

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“CALIDAD DE INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD I-3 SAN AGUSTÍN – HUAMBOS, EN EL PERIODO DE AGOSTO DE 2016 A AGOSTO DE 2021”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. MIGUEL ANGEL RAMIREZ MALCA

ASESOR:

M.C. GUIDO AURELIO DE LA QUINTANA GIRALDO

COASESOR:

M.C. JAIME GILBERTO GONZALES SALDAÑA
ORCID: 0000-0003-4425-8102

CAJAMARCA – PERÚ

2022

ASESOR:

Dr. Guido Aurelio De La Quintana Giraldo

Médico Cirujano, Magister en Ciencias, Docente de la Escuela de Medicina y de la Escuela de Post grado de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC); con estudios de doctorado en Salud Pública. Jefe del área de Salud Pública de la Facultad de Medicina – UNC.

COASESOR:

Dr. Jaime Gilberto Gonzales Saldaña

Médico Cirujano, Área de ensayos Clínicos - Oficina Ejecutiva de Investigación (OEI) - Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGITT) del Instituto Nacional de Salud, Investigador RENACYT grupo María Rostworowski II.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a su hijo Jesucristo por su infinito amor, por ser mi esperanza, paz y razón de existencia.

Al Dr. Guido A. De La Quintana Giraldo, por el apoyo valioso para la realización de este trabajo. Al Dr. Jaime G. Gonzales Saldaña, por las enseñanzas y apoyo incondicional en la presente investigación.

A los docentes de la Facultad de Medicina y a la Universidad Nacional de Cajamarca mi alma mater, por participar con empeño y dedicación en mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mi familia, por estar presente en los momentos buenos como en los no buenos, por los consejos de aliento para seguir adelante y no desmayar en el Camino.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRAC	9
INTRODUCCIÓN	11
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	13
1.1. Formulación del problema	13
1.2. Justificación	13
1.3. Delimitación del problema	14
1.4. Objetivos de la investigación	16
1.4.1. Objetivo General:	16
1.4.2. Objetivos Específicos:	17
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1. Internacionales	18
2.1.2. Nacionales	20
2.2. Bases teóricas	21
Muerte materna:	22
Morbilidad materna extrema (o severa, grave o extremadamente grave)	26
Atención prenatal	30
Historia Clínica Materno Perinatal (HCP)	34
▪ Primera parte o Carnet de Control Materno Perinatal	35
▪ Segunda parte	36
2.3. Definición de términos básicos.	37
- Atención Prenatal	37
- Muerte Materna	38
- Morbilidad Materna Extrema	38
- Historia Clínica Materno Perinatal	38
- Carnet de Control Materno Perinatal (motivo de nuestra investigación)	38
- Gestante controlada	39
- Buena Calidad de Registro de Información	39
- Regular Calidad de Registro de Información	39
- Mala Calidad de Registro de Información	39
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	40

3.1. Hipótesis.....	40
3.2. Variables.....	41
3.2.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	41
4. CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS	49
4.1. Objeto de estudio.....	49
4.2. Diseño de la investigación.....	49
4.3. Población y muestra.....	49
4.3.1. Población.....	49
4.3.2. Muestra	50
4.3.3. Unidad de análisis:.....	51
4.4. Técnicas de recolección de datos.....	51
4.5. Técnicas para el procesamiento y análisis estadístico de los datos.	52
4.6. Aspectos éticos.	53
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS	54
a) Cabecera de la Historia Clínica:.....	54
b) Filiación y antecedentes:.....	54
c) Datos basales del embarazo actual	56
d) Controles prenatales	57
Resultados Generales.....	58
6. CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	63
7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	67
8. CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	68
9. REFERENCIAS	69
10. ANEXOS	75

RESUMEN

Introducción: Una forma de reducir la morbimortalidad materno - fetal es a través de una adecuada atención prenatal, de forma oportuna, precoz e integral a fin de obtener el desarrollo de un recién nacido vivo, sano y sin deterioro de la salud materna en el contexto biopsicosocial. Una herramienta indispensable para un buen monitoreo prenatal es el Carnet de Control Materno Perinatal (CCMP), el cual contiene el registro de los datos más importantes de la gestante y del desarrollo de su embarazo, por lo que estos deben cumplir con un estándar de buena calidad para contribuir con la disminución de la morbimortalidad materno-perinatal.

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de registro de datos de los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín – Huambos (CSSAH) en el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021.

Metodología: El universo estuvo constituido por 152 CCMP de las historias clínicas y fichas familiares de gestantes atendidas en el CSSAH, que además cumplieron con los criterios de inclusión. Se diseñó una ficha electrónica de recolección de datos que contenía las variables para cada objetivo a desarrollar, buscando la calidad del llenado de las cuatro secciones del CCMP; estos datos se consignaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®. El procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico paquete IBM SPSS® Statistics Versión 24, obteniendo tablas de simple o de doble entrada, así como gráficos que faciliten la adecuada interpretación de los datos.

Resultados: Se evaluaron un total de 152 carnés, la calidad de llenado por secciones fue: “Cabecera de la historia clínica”, “REGULAR” en el 99.3% de carnés; “Filiación y Antecedentes”, “BUENA” en el 77% de carnés; “Datos basales del embarazo actual”, “REGULAR” en el 96.7% de carnés, “Controles prenatales”, “REGULAR” en el 53.9%

de los carnés. De manera general la calidad de registro de información de los 152 carnés es “REGULAR” en el 53.9% y “BUENA” en sólo el 46.1%.

Conclusión: El nivel de calidad de registro de información en los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021 es “REGULAR”.

Palabras clave: Carné de Control Materno Perinatal, calidad de registro de información, atención prenatal, morbimortalidad materno-fetal.

ABSTRAC

Introduction: One way to reduce maternal - fetal morbidity and mortality is through adequate prenatal care, in a timely, early and comprehensive manner in order to obtain the development of a live, healthy newborn without deterioration of maternal health in the context biopsychosocial. An essential tool for good prenatal monitoring is the Maternal Perinatal Control Card (CCMP), which contains the record of the most important data of the pregnant woman and the development of her pregnancy, so these must meet a standard of good quality to contribute to the reduction of maternal-perinatal morbidity and mortality.

Objective: To determine the level of quality of data registration of the Perinatal Maternal Control Card of pregnant women attended in the first level of care service of the San Agustín - Huambos Health Center (SAHHC), in the period of August 2016 to August 2021.

Methodology: The universe consisted of 152 CCMP from the medical records and family records of pregnant women treated at the SAHHC, who also met the inclusion criteria. An electronic data collection form was designed that contained the variables for each objective to be developed, seeking the quality of the completion of the four sections of the CCMP; These data were recorded in a Microsoft Excel® spreadsheet. The data processing was carried out in the statistical program IBM SPSS® Statistics Version 24, obtaining single or double entry tables, as well as graphs that facilitate the adequate interpretation of the data.

Results: A total of 152 cards were evaluated, the quality of filling by sections was: "Head of the clinical history", "REGULAR" in 99.3% of cards; "Affiliation and Background", "GOOD" in 77% of cards; "Basal data of the current pregnancy", "REGULAR" in 96.7%

of cards, "Prenatal controls", "REGULAR" in 53.9% of cards. In general, the quality of information registration of the 1152 cards is "REGULAR" in 53.9% and "GOOD" in only 46.1%.

Conclusion: The level of quality of information registration in the CCMP of pregnant women treated in the first level of care service of the Health Center I-3 San Agustín - Huambos, in the period from August 2016 to August 2021 is "REGULAR".

Keywords: Maternal Perinatal Control Card, quality of information registration, prenatal care, maternal-fetal morbidity and mortality.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los Objetivo de Desarrollo del Milenio (con su posterior actualización: Objetivos de Desarrollo sostenible), el número 5 consistió en una reducción del 75% en la tasa de mortalidad materna (TMM) (1). A pesar de ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mortalidad materna es inaceptablemente alta y estima que mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por día, 530 000 por año y 4 millones de niños nacen muertos debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (2).

Una forma de reducir la morbilidad materna – fetal es a través de una adecuada atención prenatal, ya que es una intervención fundamental, multidisciplinaria y coordinada que consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones del embarazo (3), por lo que debe darse de forma precoz, teniendo como objetivo el lograr el desarrollo de un recién nacido vivo, sano y sin deterioro de la salud de la madre, en el contexto biopsicosocial (4).

En el Perú, para llevar a cabo una atención prenatal eficaz, el Ministerio de Salud en el año de 1994, aprobó mediante la Resolución Ministerial 709-94-SA/DM, las "Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal"; la cual ha sufrido modificándose para cumplir de la manera más adecuada con su propósito; y por ello en la actualidad contamos con la “NTS N° 105 – MINSA/DGSP.V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD (NTS) PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA, aprobada en el año 2013 y con algunas modificaciones en el año 2015 (5).

La NTS N° 105 establece como fuentes de información, a la Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) y su copia resumida: el Carné de Atención Materno Perinatal (CCMP) (4), que contiene los datos más relevantes de la gestante, por lo que es una importante

herramienta médico-obstétrica, y uno de los principales instrumentos de monitoreo prenatal y perinatal, que queda en poder de la madre y permite que la información esté siempre en el momento oportuno a disposición del personal de salud (6). Una de las problemáticas más frecuentes en cuanto al CCMP es el llenado incorrecto del mismo.

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de información registrada en el Carnet de Control Materno perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021?

1.2. Justificación

La importancia de la presente investigación recae en la responsabilidad de diversas áreas como la epidemiológica, gineco - obstétrica y entre otras, dado que el ideal durante la etapa del embarazo, es obtener una adecuada evaluación médico-obstétrica en cada control prenatal, con el fin de monitorizar el bienestar del binomio materno fetal, involucrando un trabajo multidisciplinario e integral que se aboca a diversas áreas y especialidades de la ciencia de la salud.

Una de las principales estrategias dirigidas a disminuir los índices de morbilidad materna perinatal constituye un correcto control prenatal, el cual debe darse de una manera oportuna, precoz e integral y buscando el apego entre la paciente y la institución de salud para dar un servicio de calidad; de esta manera aumentar el nivel de eficacia de la atención, lo que demanda por parte del personal de salud evitar errores y omisiones en el registro de datos en la historia clínica y su aplicativo analítico (CCMP) (exigiendo una frecuente capacitación del personal, para garantizar su calidad).

El llenado correcto de datos, en los diferentes campos de la medicina, ayuda a evitar situaciones de riesgo durante el acto médico e incluso disminuir la morbilidad en muchas situaciones clínicas. El control materno perinatal no está exento de lo mencionado, ya que cuando se realiza el control y la atención prenatal es necesario

registrar una información fidedigna y de calidad, con los datos veraces y de acuerdo a la normativa establecida por el ministerio de salud en el contexto peruano. Dentro de este contexto, el CCMP es una de las principales herramientas médico-obstétricas más utilizadas, ya que facilita el monitoreo de la mujer gestante y pone a disposición en el momento oportuno la información más relevante, por lo que se debe tener énfasis en registrar una información confiable, de esta manera evitar muchas de las complicaciones que comprometan la salud materno-fetal.

Este estudio será útil para demostrar la calidad de información registrada por el personal de salud dentro del primer nivel de atención y recomendar al personal de salud del primer nivel su llenado adecuado para su uso efectivo, eficiente y oportuno.

1.3. Delimitación del problema

En el campo de la salud materno perinatal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de septiembre del año 2015, trazan como tercer objetivo “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, dentro del cual la salud materna es una prioridad, sabiendo que desde el año 2000 se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad en un 37% a nivel mundial, aunque con menores logros en países en vías de desarrollo, donde la mortalidad materna supera catorce veces más que en países desarrollados, por lo que estas regiones se han enfocado en dar mayor cobertura a la atención materna en los sistemas de salud, alcanzando hasta el 83% para el año 2012, aunque tan sólo la mitad de éstas cumplen con la cantidad de atenciones que son necesarias para un embarazo controlado, según lo informa la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2020 (7). Además, en otra información se conoce que en el año

2015 se alcanzaron cifras elevadas de muerte neonatal ya que 2,7 millones de bebés murieron durante los primeros 28 días de vida y 2,6 millones nacieron muertos (8).

La salud materna conforma parte del objetivo de una salud integral (MAIS - 2011) y plena en el contexto de la atención primaria, constituyéndola en una de las propuestas más relevantes que se ha hecho a lo largo de la historia, ya que ha contribuido en gran medida para lograr avances significativos en materia de la salud materno infantil en todo el mundo, incluido países como el Perú. Esto a pesar de las brechas que se deben cubrir para dar equidad en salud así como también para aumentar la capacidad, destreza y vocación del equipo profesional multidisciplinario de la salud (9).

Un punto muy relevante para reducir la mortalidad materna es el adecuado control prenatal, convirtiéndose en uno de los servicios de atención médica preventiva más utilizados en los países desarrollados. A pesar de los intentos internacionales y nacionales para cubrir el control prenatal en la mayor parte o el total de gestantes, tan sólo el 64% de las mujeres tienen cuatro o más controles prenatales durante el embarazo; siendo ésta en parte, una de las explicaciones de la elevada tasa de mortalidad materna - neonatal (8).

Un adecuado control materno perinatal eficaz y de calidad está enfocado en reducir los factores de riesgo de morbimortalidad materna y neonatal; por lo que, en el Perú, en el año de 1994 el Ministerio de Salud, aprobó mediante la Resolución Ministerial 709-94-SA/DM las "Normas Técnico Administrativas para la Atención Integral de la Salud Materno Perinatal", la misma que ha ido actualizándose a través de los años de acuerdo a los avances en la información médico-científica. En la actualidad contamos con la "NTS N° 105 – MINS/DGSP.V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA", aprobada en el año 2013 y su modificatoria del año 2015 (5).

La NTS N° 105 establece como fuentes de información a la Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) y al Carné de Atención Materno Perinatal (CCMP), en este último se encuentran los datos más importantes de la gestante como los datos de filiación, antecedentes e información médico-obstétrico de importancia para reducir complicaciones materno-fetales, próximos controles y los realizados anteriormente, entre otros (4). De esta manera el CCMP se constituye como una herramienta médico-obstétrica trascendental y uno de los principales instrumentos que facilitan el monitoreo prenatal y perinatal debido a su disponibilidad (6). Siendo su adecuado y eficiente manejo motivo de nuestra investigación.

Es importante que el personal médico-obstétrico cuente con un correcto llenado del CCMP conforme lo dispone la norma y gracias a ello tener información de calidad, mejorando así la eficacia y eficiencia de la atención prenatal y de esta forma tener un adecuado monitoreo con mayor probabilidad de reducir comorbilidades y evitar complicaciones relacionadas al embarazo que desencadenan mortalidad materna-fetal (10). Situación que desde su emisión a la fecha no se cumple adecuadamente.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de calidad del registro de información en los Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Describir el registro de datos en la sección cabecera de historia clínica del Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.
- Describir el registro de datos en la sección filiación y antecedentes del Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.
- Describir el registro de datos en la sección datos basales del embarazo actual del Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.
- Describir el registro de datos en la sección controles prenatales del Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.
- Valorar la calidad de registro de datos según el tipo de profesional de la salud (médico, obstetra o enfermero) que realiza el control prenatal, del Carné de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.
- Valorar el nivel de calidad del registro de cada sección del Carnés de Control Materno Perinatal de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Moncada D. y Ortega J. (11) en su investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, que consistió en determinar la calidad del llenado de los datos en la Historia Clínica Perinatal (HCP) de 371 pacientes que fueron atendidas entre enero y diciembre de 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque - Nicaragua, encontraron un cumplimiento global de llenado de HCP en un 96%, siendo cifra satisfactoria y de buena calidad para los autores, quienes además, recomiendan continuar revisando periódicamente los expedientes y al mismo tiempo seguir con la capacitación del personal de salud en cuanto al llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal.

Díaz A. y Otero L. (12) en su estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal sobre la evaluación de la calidad del llenado de la HCP de embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo - Nicaragua, durante el periodo de enero 2020, demostraron que la calidad del llenado de las 119 HCP que revisaron, fue mínima en el 63%, deficiente en el 28.6% y parcial en el 8.4%. Esta investigación divide a la HCMP en 9 segmentos, y demuestra la de calidad de llenado de cada uno: “Identificación” 44.5% mínima y deficiente 31.1%, “Antecedentes” 52.9% excelente y parcial 20.2%, “Gestación actual” 92.4% deficiente, “Parto” 37.8% significativo y mínima en 28.6%, “Patologías del embarazo, parto y puerperio” 98.3% deficiente, “Recién nacido” 52.9% deficiente y parcial 21.9%, “Puerperio inmediato” 73.1% parcial, “Egreso

materno” 50.4% parcial y deficiente 48.7%, y “Anticoncepción” donde el 84.9% fue excelente.

Acevedo J. et al (13), en su estudio de tipo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de las gestantes inscritas en el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo en los hospitales colombianos: San Lorenzo y Nazareth, durante el cuarto trimestre del año 2016, concluyó que el porcentaje de cumplimiento del diligenciamiento fue de 59,74% para el primero y del 40,26% para el segundo, además de evidenciar que los registros de las historias clínicas, son completos, claros, legibles, no presentan tachones, ni enmendaduras en el 100% para el primero, mientras que sólo el 67.74% para el segundo, con un incumplimiento del 32.26% del mismo.

Michelle y Joyce (14), en su estudio sobre oportunidad y adecuación de la atención prenatal en los Estados Unidos, con el 100 % de datos provenientes del archivo nacional de nacimiento que fueron registrados en los 50 estados y el distrito de Columbia el año 2016; se demostró que sólo el 77,1 % de estas mujeres que dieron a luz en ese año, comenzaron con la atención prenatal en el primer trimestre de gestación, un 4,6% en el tercer trimestre, y el 6% no recibió ningún tipo de atención prenatal; por otra parte este estudio también puso en evidencia que más del 75% de las gestantes, recibieron una atención prenatal de calidad, mientras que un 15% una atención inadecuada(9).

Salguero C. et al (15), en su estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, realizado en carnet materno prenatal (al cual divide en segmentos)

para correlacionar la calidad de atención del control prenatal con los resultados perinatales en mujeres que consultaron en los establecimientos de salud: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Virginia, Berlín y la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Alegría – El Salvador, en el año 2017; se reconoce que hay grandes debilidades en el llenado de la Historia Clínica Perinatal; encontrando que los segmento más completos en el llenado, fueron el segmento 1 (identificación de la paciente) y el segmento 2, (antecedentes de la mujer embarazada), ambos en un 100%, mientras que se encontró deficiencias significativas del segmento 5 hasta el segmento 11, los cuales consistían en parto/aborto, nacimiento, enfermedades, recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido, egreso materno y la anticoncepción respectivamente.

2.1.2. Nacionales

Según Ayala R. et al (16), en su estudio descriptivo de evaluación de todas las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de consultorio externo de Obstetricia en el Centro de Salud Materno Infantil "Perú-Korea Bellavista", Callao, durante el período comprendido entre octubre 2018 y febrero 2019 concluye que las calidades globales de las historias clínicas obstétricas resultaron mayoritariamente aceptables (74,83 %), mientras que, por mejorar, el 25,17 %.

Gutiérrez R. (17), en su estudio de tipo descriptivo sobre la calidad de información registrada en el carnet de control prenatal (dividido en secciones) en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia, y que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte (Lima, Perú) en el periodo de agosto a octubre de 2015, con una población de muestra que asciende a 187 puérperas,

demostrando cualitativamente que existe una buena calidad de información en la sección de datos sociodemográficos y biológicos; regular en antecedentes patológicos, familiares, personales y obstétricos, regular en exámenes de laboratorio, buena información en datos de Embarazo actual y Control prenatal del embarazo actual. Dando como conclusiones finales que existe una buena calidad de información registrada en el CCMP por parte del personal médico y obstetra.

Cueva M. (18), en su investigación de tipo transversal con diseño correlacional sobre el Conocimiento y actitud sobre el registro de la Historia Clínica Materno Perinatal del personal asistencial Microrred San Miguel Cajamarca 2018, en el cual se utilizó como población de muestra a 45 trabajadores asistenciales en contacto con la historia clínica materno perinatal, y donde se encontró que el 88.9% tenían un buen nivel de conocimiento sobre el registro de la HCMP, y el 91.1% mostró una buena actitud en el registro de la misma.

2.2. Bases teóricas

La preocupación de los organismos internacionales y nacionales como la OMS, Organización Panamericana de Salud (OPS), ministerios, y direcciones regionales de salud es disminuir al máximo los niveles de morbilidad materno perinatal, para cuyo fin se ha generado estrategias con el objetivo de brindar una atención de calidad, incluyendo la creación de sistemas de información, que requieren un estándar de calidad elevado en su registro, una de estas estrategias es la implementación de la Historia Clínica Materno Perinatal y su aplicativo analítico, la tarjeta o Carné de Control Materno Perinatal (CCMP)(19), con su

aceptación oficial en la nación peruana desde el 17 de Enero del año 2000 mediante la R.M, N° 008-2000/DM (20).

El CCMP es un instrumento de gran utilidad donde se registra la información necesaria y útil para garantizar una correcta evolución del proceso de gestación y nacimiento del niño sano, este documento utilizado en cada control de la gestante, el parto y el nacimiento del niño, permite prevenir problemas de morbilidad que afecten al binomio madre - niño (19).

Muerte materna: Definida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (21); además podemos añadir que se conoce como muerte materna tardía a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas más de 42 días, pero menos de un año, después de la interrupción del embarazo (22).

En las últimas décadas, la mortalidad materna se ha reconocido como una preocupación de interés pública a nivel mundial, llevando en muchas ocasiones al debate internacional como en los siguientes casos: la Conferencia sobre maternidad sin riesgo de 1987 (Nairobi, Kenia), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (El Cairo, Egipto), el Cuarto Congreso Mundial sobre la Mujer de 1995 (Beijing, China), y la Consulta técnica sobre maternidad sin riesgo de 1997 (Colombo, Sri Lanka); antecedentes que

impulsaron de esta forma los ODM que proporcionaron un impulso técnico y político significativo para mejorar la salud materna (23).

En la histórica Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en Nueva York en septiembre del año 2000; 189 líderes mundiales acordaron mejorar la vida de hombres, mujeres y niños del mundo a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que comprometieron a los países y agencias internacionales a monitorear el progreso en el desarrollo y los resultados de salud entre 1990 y 2015; el quinto objetivo exigió una reducción del 75% en la tasa de mortalidad materna (1).

Entre 1990 y 2015, 10.7 millones de mujeres en todo el mundo murieron por causas maternas, y aunque muchos países carecen de datos de alta calidad, se calcula que la tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos) mundial ha disminuido sustancialmente de 385 en 1990, con un total de 532 000 muertes, a 216 en 2015 con un total de 303 000, lo que corresponde a una disminución del 43,9%, y una tasa anual continua de reducción del 2 - 3%; pese a ello no se ha logrado cumplir la meta de los ODM, debido a que la reducción ha sido más lenta de lo necesario, además de que los progresos realizados y los niveles actuales de mortalidad materna difieren mucho entre países y dentro de ellos mismos (23).

Diferentes estudios demuestran que aunque la tasa de mortalidad aún es elevada en países desarrollados, la gran mayoría de las muertes maternas ocurren en los países en desarrollo, y señalan que son una de las principales causas de muerte en

mujeres jóvenes (10-24 años de edad), representando un 15% en todo el mundo (24). Siendo un hito importante la identificación de factores de riesgo de forma temprana y de manera individualizada, ya que se cree que los aumentos en las comorbilidades que afectan el riesgo de complicaciones del embarazo, como hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, han contribuido a un aumento de la tasa de mortalidad materna; por lo que el personal de salud tiene gran influencia en la recopilación de conocimientos que contribuyen a cambiar estas tasas (25).

Aunque se describe que la mayoría de muertes maternas no tienen causas bien definidas, se sabe que una gran proporción de las muertes maternas se produce en entornos en los que el registro clínico es deficiente, de baja calidad y donde muchas mujeres enfermas no acceden a los servicios de salud (26). Se han descrito diferentes causas de mortalidad materna, las cuales se pueden subdividir en tres categorías amplias: (25)

- **Directas:** por complicaciones del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio) por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos que resultan de cualquiera de los anteriores.

- **Indirectas:** por enfermedades preexistentes o que se desarrollaron durante el embarazo, que se ven agravadas por los cambios y efectos fisiológicos del embarazo.

- **Incidentales:** son aquellas por causas no relacionadas con el embarazo o el puerperio, incluidas las muertes accidentales y el homicidio.

Los datos disponibles sobre muerte materna también comprueban que cerca del 73% entre 2003 y 2009 fueron atribuibles a causas obstétricas directas; mientras que las indirectas representaron el 27,5%. Las principales causas de mortalidad materna son las siguientes (26)(22):

- **Hemorragia:** 27,1 %; del cual el 72,6% se clasificaron como hemorragia posparto
- **Trastornos hipertensivos:** Con un 14%.
- **Sepsis relacionada con el embarazo:** Con un 10,7%.
- **Resultados de aborto:** Con un 7,9%.
- **Embolia y otras causas directas** (complicaciones del parto, trabajo de parto obstruido y todas las demás causas directas): Con un 12,8%.
- **Causas indirectas:** 28%; trastornos médicos preexistentes, muertes maternas relacionadas con el VIH y todas las demás causas indirectas.

En el Perú, se ha venido incorporando esfuerzos para lograr cada una de las metas de los ODM, reflejados en casi todas las principales políticas y estrategias

nacionales comprometidas con el desarrollo; por lo que la mortalidad materna es un importante indicador de desarrollo humano y de salud dentro del país, mostrando avances en el mejoramiento de la salud materna, ya que ha disminuido la tasa de mortalidad, y ha aumentado el número de partos atendidos por el personal de salud capacitado, además de mejorar el nivel de calidad de los servicios médico-obstétricos y de protección social para el desarrollo de un embarazo sano (27).

Aunque no se logró el objetivo de reducir las tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna para el año 2015; las estadísticas del país, muestran que las muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, han disminuido notablemente en un 64.9%, pasando de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos, en los periodos de 1990-96 y 2004-2010 (27). Se considera la necesidad de seguir estimulando la buena calidad de servicio por parte del personal asistencial, capacitado en gineco-obstetricia, para seguir disminuyendo la mortalidad materna, además de la morbilidad materna extrema.

Morbilidad materna extrema (o severa, grave o extremadamente grave):

Aunque no hay una definición por consenso, se puede definir como la “complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (21). Además, se sabe que se producen durante el embarazo, pero las secuelas pueden tardar varios meses en manifestarse.

En la actualidad, a pesar del gran enfoque que se tiene por mejorar la salud materna, se dispone de pocos conocimientos detallados de morbilidad materna extrema (MME) y las causas de su aparición, sobre todo en países de bajos recursos donde se calculan las tasas más elevadas, y donde muchas gestantes no tienen un parto institucional, por lo que resulta complicado la recolección de datos, siendo hasta la actualidad desconocida en gran medida la incidencia de la MME, a excepción de los casos de cirugía que en muchas ocasiones evitan la muerte materna (26)(28). Se ha descrito que la MME puede preceder o estar asociado a muerte materna, además de ser más común que ésta, calculándose aproximadamente 70 casos por cada muerte materna en los Estados Unidos (29).

Médicos, investigadores, e incluso algunas organizaciones gubernamentales utilizan la morbilidad materna como un indicador relacionado a problemas de los sistemas de salud, buscando mejorar las deficiencias de éstos; ya que el estudio de la MME se reconoce como un medio útil para evaluar la calidad de la atención obstétrica (30). Los estudios, por su parte demuestran que el 22% de los casos de MME son potencialmente prevenibles, y aunque otro 20% se consideran no prevenibles, es necesario una mejora en la atención (31).

Existe gran diferencia entre países de recursos abundantes y limitados en cuanto a la etiología de MME; notificándose los casos menos comunes para el primer grupo, como infarto de miocardio, edema pulmonar y ventilación mecánica; mientras que en el segundo se siguen teniendo los casos que más han aquejado a las gestantes con MME, como hemorragia, principal causa casi incidental, y otras

principales que incluyen a los trastornos hipertensivos y las infecciones en el embarazo (31).

Existen muchos factores de riesgo relacionados a MME, los cuales varían dependiendo a la disponibilidad de recursos del país o región y a la estructura del sistema salud para éstos; aunque se ha descrito que en países de bajos recursos se considera que la anemia y los antecedentes de muerte fetal se han asociado con un mayor riesgo de MME (31). Se han descrito como principales factores de riesgo a las siguientes situaciones:

- **La edad materna:** en países desarrollados como en los Estados Unidos se considera que el riesgo es elevado cuando el embarazo se produce antes de los 20 años, para posteriormente disminuir en el grupo de etario de 20 a 29 años, aumentando nuevamente con la edad, presentando las tasas más altas en gestantes de 40 años a más (31).

En el Perú, se considera como factor de riesgo la gestación en la adolescencia, es decir menores de 18 años; siendo inversamente proporcional a la disminución de la edad (32), con las tasas más elevadas en menores de 15 años; además del embarazo en madres añosas es decir en mayores de 35 años (4).

- **Minorías raciales y étnicas:** relacionada a exposición de racismo y discriminación, sobre todo en países desarrollados donde la incidencia parece ser mayor en las personas negras no hispanas y menor entre las personas blancas no hispanas (33).

- **Discontinuidad de la atención hospitalaria:** Se asocia a mayor riesgo cuando se da el ingreso de la paciente para la atención del puerperio, en un hospital diferente al que se produjo el parto (34).
- **Bajos nivel socioeconómico:** Se determina que, a nivel mundial, en las regiones con extrema pobreza, se presenta el riesgo más elevado entre los negros, e incluso personas no latinoamericanas y latinoamericanas (35).
- **Comorbilidades médicas:** Diferentes estudios han asociado las condiciones preexistentes con un aumento directamente proporcional del riesgo de MME; Además de considerarse que durante la gestación en el contexto de al menos una comorbilidad médica está relacionada con un mayor riesgo de MME y mortalidad materna (31).
- **Intervalo de embarazo (Periodo intergenésico):** Se refiere al último evento obstétrico y el comienzo del próximo embarazo (último período menstrual), donde las investigaciones asocian a riesgo moderado, tanto al periodo intergenésico corto, es decir menor a 18 meses y aún más si se presenta antes de los 6 meses, como al periodo intergenésico largo, es decir mayor o igual a 60 meses (36).
- **Nacimiento de un mortinato:** el parto de un mortinato se ha relacionado con alto riesgo de MME, especialmente entre gestantes con comorbilidades médicas preexistentes (37).

- **Parto por cesárea:** a comparación del parto por vía vaginal, el parto por cesárea, ya sea como antecedente o en el parto índice, se asocia con mayores tasas de MME, y se da de manera inversamente proporcional a la edad gestacional (38).

Los diferentes sistemas de salud en diversos países, han ido implementando protocolos en forma de paquetes de prestación de servicios de salud, desarrolladas mediante la atención prenatal, además de materiales de educación, con el objetivo de reducir la MME; los cuales han mostrado resultados positivos de efectividad. Aunque los diferentes estudios no han podido recolectar la información más adecuada debido a las deficiencias en los sistemas de salud, estos se han centrado en gran medida en la evaluación sistemática de los datos de pacientes hospitalizadas que presentaban una anomalía en la fisiología gestacional; y gracias a ello se han ido desarrollando herramientas de identificación temprana para riesgo de MME (31). Por ello es necesario hacer énfasis en la recolección de datos de y una atención prenatal de calidad que contribuyan a mejorar los sistemas preventivos de salud materna.

Atención prenatal: La prestación de este servicio es de rutina para garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo del niño durante la gestación. Siendo “el conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de ninguno de los dos. Debe realizarse en todos los establecimientos de

salud por profesionales calificados médicos y obstetras, con la participación del equipo de salud” (39).

La atención prenatal (AP), debe darse de la manera más precoz, en especial en pacientes con antecedentes médicos o gineco-obstétricos negativos, por lo que el control debe darse antes de las 10 semanas; incluso en los últimos años, se viene realizando un enfoque pre-concepcional, considerándose como la etapa ideal, llevando a cabo un embarazo programado, reduciendo factores de riesgo; ya que se hace mención de que los embarazos no planeados, pueden desarrollar complicaciones, en parte por conductas y hábitos nocivos, enfermedades, farmacoterapia o automedicación, que afectan el proceso de un embarazo temprano, llegando incluso a dañar al feto, con anomalías, interrupciones o deformidades, que son parte de las malformaciones congénitas, que puede darse antes de que la paciente se dé cuenta que está gestando (40).

En cuanto a la eficacia, se ha demostrado que si se realiza una AP con un estándar de alta calidad, ésta tiene resultados positivos para promover conductas saludables durante el embarazo, además de prevenir o llegar al reconocimiento y tratamiento temprano de las complicaciones tanto maternas como fetales, ya que éstas, representan la principal causa de morbilidad materno fetal (41). En la actualidad por los estudios se conoce que los hijos nacidos de madres sin control prenatal, tienen un riesgo mayor de morir, de hasta cinco veces, en comparación con las que si recibieron el control, y del triple de que nazcan con bajo peso (42).

La OMS, en el año 2016 con su modelo de atención prenatal, tuvo como objetivo ofrecer a las gestantes una atención individualizada, respetuosa y centrada en la persona en cada contacto y en el contexto biopsicosocial, apoyando y poniendo énfasis para que el personal de salud brinde esta atención de la manera más temprana y oportuna, con buenas habilidades clínicas, basadas en evidencia científica contribuyendo a la buena calidad de servicio (3).

Por su parte la OMS hace una recomendación mundial de un mínimo de ocho contactos de atención prenatal durante la gestación, especificando que debe darse uno en el primer trimestre, dos en el segundo y cinco en el tercero; mencionando que cada país debe adoptar el modelo de acuerdo a su propio contexto social y de sistema de salud (3), mientras que en el Perú, las normativas establecen que se debe dar como mínimo seis controles prenatales, de las cuales dos deben darse por un médico gineco-obstetra, o en ausencia de este por un médico cirujano, para realizar una evaluación integral; de estos controles, dos deben darse antes de la semana 22, una entre la 22 y 24, una entre la 27 y 29, otra entre la 33 a 35 y la última entre la 37 y 40 (4). En la actualidad por los estudios se conoce que los hijos nacidos de madres sin control prenatal, tienen un riesgo mayor de morir, de hasta cinco veces, en comparación con las que si recibieron el control, y del triple de que nazcan con bajo peso (42).

Garantizar el nacimiento de un neonato sano es el objetivo primordial de la atención prenatal, en coordinación con minimizar el riesgo de la madre. Entre otros objetivos tenemos:

- ✓ Hacer estimación temprana y precisa de la edad gestacional.

- ✓ Identificar embarazos de alto riesgo, de ser posible con intervención temprana de prevención para minimizar la morbilidad materno-fetal.
- ✓ Evaluación continua del estado de salud materna y fetal.
- ✓ Promoción y educación en salud, apoyo y toma de decisiones compartida (43).
- ✓ Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural
- ✓ Planificar los controles prenatales (40).

Dentro de los principales componentes de la AP, podemos mencionar a tres, la evaluación de riesgos, la educación y promoción de la salud y la intervención terapéutica cuando es necesaria (44).

Se necesita cumplir las siguientes recomendaciones básicas para tener un control prenatal eficiente, y es que éste se debe dar de forma precoz, en lo posible en el primer trimestre del embarazo, identificando factores de alto riesgo que pongan en peligro la salud materno-fetal; debe ser periódico o continuo, con una atención por mes hasta la semana 32, para luego darse cada dos semanas entre las 33 y las 36 semanas, para posteriormente darse un control semanal desde la semana 37, hasta el parto; debe ser completo o Integral: abarcando el contexto biopsicosocial, garantizando la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud materna. Además, extenso o de amplia cobertura: abarcando un alto porcentaje de población controlada, buscando de esta manera la disminución de la tasa de morbilidad materna-neonatal (17). Todos los datos obtenidos en cada

control deben registrarse de manera ordenada y con un elevado estándar de calidad dentro de la historia gineco-obstétrica, y el carnet de control materno perinatal de manera individualizada, para dar una buena atención prenatal.

Historia Clínica Materno Perinatal (HCP): Definida dentro de la NTS peruana N° 105 como el “Instrumento desarrollado en base a una metodología sistemática con el objetivo de satisfacer las necesidades de información en la atención de la gestante, puérpera y recién nacido, está constituida por cinco páginas. La historia es llenada tanto en consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico y servicio de neonatología” (4).

Es un instrumento de gran utilidad en el contexto de la vigilancia clínica y epidemiológica desde el punto de vista de la Salud Pública. Por lo que se recomienda que se registren en ella datos con estándares de calidad, que sean completos, válidos, confiables y estandarizados (19).

La HCP, está estructurada en forma ordenada y concisa, para recolectar los datos más importantes en el contexto de una gestante controlada; todos los datos adquiridos, pueden llegar a ser de vital importancia en el ámbito clínico y manejo gineco-obstétrico, que pueden llegar a reducir la morbimortalidad materna neonatal, por lo que es necesario que su registro sea adecuado, con un estándar de buena calidad, para poner a disposición un material confiable en manos del personal de salud en el momento oportuno.

En el Perú, el personal de salud que tiene a su responsabilidad la atención prenatal, cuenta con el **“Instructivo para el registro de datos de la historia clínica materno perinatal”**, aprobado por resolución ministerial en enero del año 2 000; en el que se detalla la forma correcta de llenado y recolección de datos, dentro de la HCP, para alcanzar niveles altos de calidad de información. Podemos decir que la HCP se compone de forma general en dos partes (dos hojas, cada una de ellas, con dos caras):

- **Primera parte o Carnet de Control Materno Perinatal (objeto de estudio de este proyecto):** pone en evidencia los datos de la atención prenatal, donde en su primera carátula consta de los datos filiales más importantes de la paciente; los antecedentes obstétricos con una sección especial sobre la gestación anterior; antecedentes familiares y personales con diferentes ítems para registrar si existieron patologías previas, además de la vacunación; se registra la talla y el peso habitual para monitorizar si se da adecuada o mala ganancia de éste; vacunación contra el tétano dentro de la gestación, el tipo de sangre; hábitos nocivos; muy importante la fecha de última menstruación que nos ayudará a estimar la edad gestacional; registro en caso de haber sido hospitalizada, o si cursó con un cuadro de emergencia; tamizaje de violencia de género; examen físico y exámenes de laboratorio, que nos llevarán a un diagnóstico temprano y oportuno de patologías si en caso estuviesen presentes en la gestación.

En su segunda cara, se encuentran las actividades más importantes de acuerdo a la semana de gestación, y datos para recolección dentro de cada uno de las

atenciones prenatales, con la fecha correspondiente de forma cronológica, dando espacio para el llenado de nueve atenciones durante la gestación; también encontramos dos importantes tablas para el control de incremento de peso y altura uterina en concordancia con el número de semanas de amenorrea, que pueden ser de ayuda para descartar o diagnosticar ciertas patologías como una restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios, o caso contrario macrosomía fetal o polihidramnios, entre otros.

Además, encontramos una sección en la que se pueden poner en manifiesto las patologías maternas diagnosticadas, datos de referencia a un establecimiento de mayor complejidad en caso esto se dio; y otros datos si en caso se dieron como la psicoprofilaxis, estimulación prenatal, plan de parto, alojamiento en casa de espera (45).

- **Segunda parte:** en su primera cara se recolectan los datos correspondientes desde el ingreso al establecimiento por motivo del parto, con los datos más relevantes del manejo del parto, del recién nacido y del puerperio inmediato; mientras que en la segunda cara se dan las indicaciones al alta, la epicrisis, las principales patologías relacionadas a la parte gineco-obstétrica de la paciente, con sus respectivos códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); en caso se le haya realizado cesárea a la paciente se debe registrar el motivo principal de ésta; y se puede indicar la medicación y los medicamentos utilizados para ella (45).

El documento clínico oficial complementario, que resume las atenciones prenatales y los aspectos más importantes de la HCP, viene a ser el **Carné de Control Materno Perinatal (CCMP)**, que queda a disposición de la paciente usuaria del servicio de gineco-obstetricia o neonatología; y cumple con el objetivo de llevar su información, a disposición del personal de salud, que puede ser de un establecimiento diferente, si en caso la paciente decida acudir; por lo que al igual que en la HCP, la información registrada debe cumplir con un adecuado estándar de calidad, ya que además, se debe registrar dentro de una base de datos desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), que priorizan el llenado completo con datos veraces y de calidad (45).

El CCMP además de ser una herramienta de valoración y diagnóstico clínico, también constituye un documento médico legal, que debe cumplir con los estándares de calidad para un análisis eficiente, con letra legible, llenando completo, datos claros, concisos, pertinentes y veraces. No olvidando tener en cuenta los datos cronológicos y del personal encargado de la atención: fecha, hora, nombre, apellido, firma, número de colegiatura y sello del profesional de salud que atiende (17).

2.3. Definición de términos básicos.

- **Atención Prenatal:** Son una serie de actividades que realiza el personal de salud calificado, para brindar una evaluación integral de la gestante y el feto, con el

objetivo de alcanzar el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, y preservar la salud materna (39).

- **Muerte Materna:** “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (21).

- **Morbilidad Materna Extrema:** “complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (21).

- **Historia Clínica Materno Perinatal:** “Instrumento desarrollado en base a una metodología sistemática con el objetivo de satisfacer las necesidades de información en la atención de la gestante, puérpera y recién nacido, está constituida por cinco páginas. La historia es llenada tanto en consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico y servicio de neonatología” (4).

- **Carnet de Control Materno Perinatal (motivo de nuestra investigación):** Es una herramienta médico-obstétrica, que pone de manifiesto los datos más relevantes de las atenciones prenatales, en el contexto de una gestación; la cual queda en manos de la gestante, para cumplir con el objetivo de proporcionar

información a los diferentes integrantes del personal de salud de un mismo establecimiento de salud, o de otro en el caso la gestante acuda (45).

- **Gestante controlada:** En el Perú se considera como gestante controlada, a la mujer que al término del embarazo tiene como mínimo seis controles prenatales, de las cuales dos fueron dadas por un médico gineco-obstetra, o en ausencia de éste, por un médico cirujano, para realizar una evaluación integral (4).

- **Buena Calidad de Registro de Información:** En relación con el llenado correcto del 75% o más de la información registrada (17).

- **Regular Calidad de Registro de Información:** En relación con el llenado correcto de entre 50 a menos del 75 % de la información registrada (17).

- **Mala Calidad de Registro de Información:** En relación con el llenado correcto de menos del 50 % de la información registrada (17).

3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hi: El llenado del CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021, es de buena calidad (superior o igual al 75%).

Ho: El llenado del CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021, no es de buena calidad (menor al 75%).

3.2. Variables

3.2.1. Definición conceptual y operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	Puntuación	FUENTE
N° HISTORIA CLÍNICA	Número de identificación secuencial e individual de cada historia clínica perteneciente a un individuo.	Número de Documento Nacional de Identidad o designado por el centro de salud, llenando los casilleros de izquierda a derecha, y los casilleros sobrantes completados con ceros.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	Carné de Control Materno Perinatal (CCMP).
APELLIDOS Y NOMBRES	Conjunto de palabras que designan e identifican a un individuo.	Apellidos y nombre de la gestante, siguiendo ese orden.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Lugar donde se brindan cuidados para la salud y bienestar humano, por parte de personal capacitado.	Nombre del centro o puesto de salud (CS) donde se realizaron los controles prenatales y si en caso procedió de otro CS, colocar el nombre en donde corresponde, y marcar el cuadrado de “referida” si cuenta con referencia institucional, o “no aplica” si no proviene de otro CS o si no cuenta con referencia.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	Cédula de identidad personal para todos los actos civiles y de importancia legal.	Número de DNI o carnet de extranjería de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

SEGURO DE SALUD	Compañía que presta servicios de medicina profesional a una población determinada, que puede pertenecer al estado o ser un servicio del sector privado.	Marcación del cuadro correspondiente al tipo y llenado del código de afiliación del seguro de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
PROCEDENCIA	Área geográfica donde proviene o reside una persona, que determina su dirección de vivienda.	Lugar de residencia de la gestante atendida, incluyendo la dirección, localidad, código de sector, distrito, provincia y departamento según corresponda.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
TELÉFONO	Aparato que recibe o emite comunicaciones a larga distancia, y está conectado a una red telefónica.	Número telefónico de la gestante o persona de contacto cercano a ella; si no cuenta o no recuerda, debe registrarse alguna especificación.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
CORREO ELECTRÓNICO	Sistema que permite el intercambio de mensajes entre distintas computadoras conectadas a través de una red.	Dirección de e-mail de la gestante; es probable que algunas no cuenten con e-mail por el nivel de cultura del área geográfica, en este caso debe registrarse alguna especificación de no cuenta o no recuerda.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
OCUPACIÓN	Clase o tipo de trabajo desarrollado por una persona, con la especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Tipo de ocupación que tiene la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo desde su nacimiento.	Registro de la edad actual de la gestante en años cumplidos; si la gestante es menor de 15 o mayor de 35 años, marcación con aspa en el cuadrado de seguimiento continuo.	Cualitativa nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel más elevado de estudios que ha logrado realizar una persona.	Marcado correspondiente del cuadro del nivel de estudios, y registro del último año de estudios de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ESTADO CIVIL	Situación legal en la que se encuentra una persona jurídica con respecto a otra, dependiendo del grado de relación interpersonal.	Marcado del casillero correspondiente al estado civil de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
NOMBRE DEL PADRE DEL FUTURO RECIÉN NACIDO	Nombre del progenitor masculino de un recién nacido.	Apellido y nombre, en ese orden, del padre del futuro recién nacido.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
GESTACIONES PREVIAS	Número de gestaciones previas que incluyen abortos, embarazo molar y ectópicos; el embarazo múltiple se considera como una gestación.	Número de gestaciones previas, sin contar la actual de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ABORTOS PREVIOS	Número de interrupciones voluntarias o involuntarias de embarazos anteriores, antes de las 22 semanas o muerto con un peso menor a 500 gr.	Número de abortos anteriores si en caso haya presentado la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
PARTOS PREVIOS	Término de una o varias gestaciones anteriores para que se produzca el nacimiento de uno o varios individuos.	Número de partos anteriores, y marcación del cuadro correspondiente si tuvo 0 o más de 3 partos, recién nacido con menos de 2.5 Kg, embarazo múltiple, y/o parto antes de las 37 semanas. Además anotación del número de partos vaginales y número de cesáreas anteriores, número de hijos	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

		nacidos muertos, y vivos, de estos, número de hijos que viven, cuantos murieron en la primera semana y cuantos después de ésta, en los cuadros correspondientes.			
HIJO ANTERIOR DE MAYOR PESO AL NACER	Individuo con mayor peso al nacimiento, producto de una gestación anterior de una determinada madre.	Anotación en números del peso en gramos del recién nacido que haya tenido el mayor peso al nacer.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
GESTACIÓN ANTERIOR	Embarazo anterior de determinada madre.	Fecha de término del último parto o aborto de la gestante, en el orden año/mes/día. Más marcado de un cuadro del área de terminación, y “no aplica” si es primigesta; si fue aborto, marcación del cuadro del tipo, y “no aplica” si es primigesta. Además marcado de uno de los cuadros del área de lactancia materna, y “no aplica” si es primigesta. Y marcado del cuadro del lugar de parto.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
PERIODO INTERGENÉSICO ADECUADO	Tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo, mínimo 18 meses y no más de 60 meses.	Marcación en uno de los cuadros correspondiente a “sí” o “no”, de acuerdo a si fue un periodo intergenésico adecuado o no.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
CAPTADA	Gestante que acude al control prenatal como producto de una intervención del personal de salud a nivel comunitario (visita domiciliaria, etc.)	Marcación en uno de los cuadros “sí” o “no” dependiendo si la gestante fue captada o no.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

REFERIDA POR AGENTE COMUNITARIO	Intervención de un agente comunitario hacia una gestante, para remitirla o transportarla al centro de salud para la realización de controles prenatales.	Marcación de uno de los cuadros “si” o “no”, dependiendo si la gestante fue referida o no por un agente comunitario.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ANTECEDENTES FAMILIARES	Padecimiento de una o varias enfermedades en uno o más familiares cercanos de la gestante.	Marcación en el/los cuadro/os, si alguno de los familiares cercanos de la gestante o de su pareja presenta uno o más de los antecedentes mencionados.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ANTECEDENTES PERSONALES	Padecimiento de una o varias enfermedades crónicas, infecciosas o relacionadas a un embarazo anterior.	Marcación en el/los cuadro/os, si la gestante presenta uno o más de los antecedentes mencionados.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
VACUNAS PREVIAS	Antecedente de inmunizaciones artificiales que se dieron previo o no al embarazo.	Marcación de uno de los cuadros de “si” o “no” cuenta la gestante con cada una de las vacunas mencionadas.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
PESO HABITUAL	Peso en Kilogramos que la gestante tenía los tres meses previos al embarazo evaluado.	Anotación del número del peso habitual de la gestante en Kilogramos.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
TALLA	Medida de la talla de la gestante atendida, en centímetros que excede al metro, tomada por el personal de salud.	Anotación de la talla de la gestante en centímetros.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
VACUNA ANTITETÁNICA	Inmunidad artificial inyectable contra el agente bacteriano <i>Clostridium tetani</i> .	Llenado del casillero de N° Dosis previas, considerando los últimos 10 año, además del mes de la gestación actual donde se aplicó la primera y segunda dosis, además marcado de “sin dosis”, si no cuenta con alguna, o	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

		“no aplica” si se vacunó previo a la gestación.			
TIPO DE SANGRE	Grupo sanguíneo según la clasificación ABO y factor Rh al que pertenece la gestante.	Marcación en uno de los cuadros del grupo sanguíneo y uno del factor Rh de la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
HABITOS NOCIVOS	Conductas repetidas que perjudican la salud de la gestante.	Número de cigarros promedio que la gestante fuma por día, y marcado del casillero correspondiente a “sí” o “no” respecto al consumo de drogas por la gestante.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)	Último periodo menstrual de la gestante, previo al embarazo.	Anotación de la fecha del primer día de sangrado del último periodo menstrual de la gestante, en orden de año/mes/día, más el marcado del cuadro “sí” o “no” respecto a la duda.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	Apoyo de imagen de ultrasonido que permite confirmar o visualizar el producto de la gestación, antes del nacimiento, y que puede ser útil para determinar patologías del embrión o feto.	Anotación del resultado de la edad gestacional (EG) por ecografía, si no se cuenta con FUM o si es dudosa, además de la fecha de realizado en el orden año/mes/día. Si no hay duda de la EG por FUM, se deberá marcar el cuadro de “no aplica”.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)	Cálculo estimado de la posible fecha de nacimiento del producto de la gestación, basándose en 40 semanas a partir de la FUM de la gestante..	Anotación de la FPP en el orden año/mes/día.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
HOSPITALIZACIÓN	Ingreso de una persona enferma o herida a un nosocomio para su examen, diagnóstico y	Marcación del cuadro de “sí” o “no” si la gestante fue o no hospitalizada durante el embarazo, por algún motivo	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

	tratamiento y curación por parte del personal médico.	diferente a labor de parto; si lo fue, llenado de la fecha en el orden año/mes/día, además del registro del diagnóstico de hospitalización, con el correspondiente CIE 10.			
EMERGENCIA	Situación médica en la que la vida y la salud del paciente se enfrentan a una amenaza inmediata.	El llenado sólo si la gestante acudió por emergencia durante el embarazo, por causas no relacionadas a labor de parto, más la fecha en el orden año/mes/día, y registro del diagnóstico, y CIE 10.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
VIOLENCIA DE GÉNERO	Acto con que se busca dañar a una persona, física o psicológicamente por su género.	Marcación del cuadro “si” o “no” cuenta con ficha de tamizaje y si hubo o no violencia de género, más la fecha de realizado del tamizaje en el orden año/mes/día.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
EXAMEN FÍSICO	Exploración corporal que realiza el personal de salud capacitado a una persona, con el fin de hallar signos patológicos.	Marcación del cuadro correspondiente a “sin examen”, “normal” o “patológico”, de cada uno de los exámenes mencionados.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
EXÁMENES DE LABORATORIO	Examen de una muestra sanguínea, de orina o de algún tejido corporal con un fin diagnóstico.	Marcación de un cuadrado correspondiente a “normal”, “anormal”, “negativo”, “positivo”, “no se hizo” o “no aplica”, más el llenado de los casilleros con valores cuantitativos, además de la fecha de realización en el orden año/mes/día, según corresponda en cada uno de los exámenes.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

ATENCIONES PRENATALES	Acciones que se concretan en entrevistas programadas entre el personal de salud y la gestante, para controlar la evolución del embarazo y disminuir la morbimortalidad madre-niño.	Llenado correcto con letra legible la columna correspondiente al número de atención, y de acuerdo a las instrucciones de cada parámetro que se detallan en la primera columna izquierda.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
RESPONSABLE DEL CONTROL PRENATAL	Personal de salud capacitado para la atención prenatal de la gestante.	En atenciones prenatales, se debe contar con el registro del nombre en el casillero del responsable de la atención.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
CURVA DE CRECIMIENTO DEL PESO MATERNO POR SEMANAS DE AMENORREA	Herramienta gráfica importante para evidenciar en el tiempo en semanas, el aumento o disminución del peso materno a partir de las 13 semanas de gestación.	Marcación con puntos unidos en el gráfico, del peso materno en kilogramos, según semanas de amenorrea, en los controles prenatales realizados	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP
CURVA DE CRECIMIENTO DE ALTURA UTERINA POR SEMANAS DE AMENORREA	Herramienta gráfica importante para evidenciar en el tiempo en semanas el aumento progresivo de la altura uterina de la gestante, a partir de las 13 semanas de gestación que indican un útero extrapélvico.	Marcación con puntos unidos en el gráfico, de la altura uterina en centímetros, según semanas de amenorrea, en los controles prenatales realizados.	Cualitativa, nominal.	No aplica: 0 Incompleto: 1 Completo: 2	CCMP

4. CAPÍTULO IV: MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Objeto de estudio

El objeto de estudio de la presente investigación lo constituye cada Carné de Control Materno Perinatal (CCMP) de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín - Huambos, en el periodo de Agosto del 2016 a Agosto de 2021.

4.2. Diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación es de carácter **no experimental**; al no tener influencia ni manipular las variables de estudio se considera **observacional**; describe de manera secuencial la calidad de información contenida en los CCMP (motivo de la investigación) por lo que se considera **descriptivo**; **transversal** porque los datos se recopilan y analizan en un momento dado; y por la forma en que se recogió la información contenida en los CCMP de un periodo de tiempo perteneciente a antes del inicio de esta investigación se considera **retrospectivo**.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

i. Población de referencia:

Pacientes atendidos en el primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín - Huambos.

ii. Población Elegible:

Pacientes gestantes atendidas en el primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín - Huambos.

iii. Población Diana:

Pacientes gestantes atendidas en el primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín - Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.

Criterios de inclusión

Pacientes cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021, y/o que cuente con Carnet de Control Materno Perinatal anexo en la historia clínica personal de la historia clínica familiar, en buen estado y con letra legible.

Criterios de exclusión

Pacientes gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud San Agustín – Huambos, en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021, que no cuenten con su Carnet de Control Materno Perinatal, archivado en historia clínica personal de la historia clínica familiar, o que éste se encuentre en malas condiciones que no permitan la legibilidad de su información.

4.3.2. Muestra

Se evaluó a la población total de gestantes registradas en las historias clínicas del Centro de Salud San Agustín – Huambos, entre el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021, por ser una pequeña población para extraer muestra.

4.3.3. Unidad de análisis:

Conformado por los Carné de Control Materno Perinatal de las pacientes atendidas en el servicio de primer nivel de atención de Centro de Salud San Agustín Huambos durante su gestación en el periodo de Agosto de 2016 a Agosto de 2021.

4.4. Técnicas de recolección de datos

Para la obtención de la información requerida se procedió de la siguiente manera:

- Presentación de solicitud de autorización dirigida al área de jefatura del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos para proceder con la revisión de historias clínicas y fichas familiares.
- Obtención de datos mediante la revisión de cada Carné de Control Materno Perinatal (CCMP) que cumple con los criterios de inclusión y que se encontró en las historias clínicas y fichas familiares de dicho establecimiento.
- Recolección de los datos del CCMP en una ficha electrónica (Anexo 1) para su procesamiento utilizando la hoja de cálculo Microsoft Excel ®, incluyendo las secciones, de las respectivas variables, conforme es señalado en el Instructivo del MINSA.

Se estableció puntuación de:

- Dos puntos si la variable se registró correctamente.
- Un punto si la variable se registró de manera incorrecta o incompleta.
- Cero puntos si “no aplica”, debido a la ausencia de la variable en el modelo de CCMP.

4.5. Técnicas para el procesamiento y análisis estadístico de los datos.

- El registro de datos provenientes de los CCMP fue extraído en una ficha de datos de manera electrónica, posteriormente los datos se consignaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®.
- Se realizó de forma preliminar un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas, y posteriormente de acuerdo a los objetivos de la investigación, se analizó el nivel de calidad del registro en los CCMP en la población, de manera general, para las cuatro secciones y sus variables, designando de acuerdo al porcentaje obtenido:
 - ✓ Llenado correcto: mayor o igual al 75% de registro correcto de información.
 - ✓ Llenado regular: de 50 al 74.9% de registro correcto de la información.
 - ✓ Llenado incorrecto: menor de 50% del registro correcto de la información.
- Los datos obtenidos se presentan en cuadros de simple y de doble entrada, así como en gráficos que faciliten la adecuada interpretación de los datos.

4.6. Aspectos éticos.

La presente investigación, se desarrolló respetando las consideraciones éticas aplicadas a la investigación, los derechos humanos y de autor; teniendo en cuenta las “Directrices éticas internacionales para Investigación relacionada con la salud que involucra a seres humanos”, desarrolladas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS, en el año 2016; basándonos en algunas guías concernientes a nuestro campo de investigación, como la guía N° 1 sobre el “valor científico y social y respeto de los derechos”; la guía N° 12 sobre la “recopilación, almacenamiento y uso de datos en investigaciones relacionadas con la salud” y la guía N° 19 que trata sobre la investigación en gestantes (46).

Se ha considerado también lo establecido en el capítulo 6 referente al trabajo de investigación, en la sección de los preceptos deontológicos en la práctica médica, establecida en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, haciendo referencia a los artículos 42° ya que respeta la normativa internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos, 43° porque contará con la aprobación del comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, 48° debido a que la información se obtiene de una investigación médica, para su publicación, sin llegar a incurrir en falsificación o plagio; y asimismo el artículo 95° del capítulo 1 de la historia clínica en la sección de los documentos médicos, ya que se mantendrá el anonimato de los pacientes a los cuales pertenece la historia clínica, por ser de uso exclusivo con fines de investigación (47).

Es importante mencionar que además se ha tenido en cuenta los principios 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 24 de la Declaración Jurada de Helsinki de Octubre de 2013; que hacen referencia a una buena práctica de investigación médico-científica (48).

5. CAPÍTULO V: RESULTADOS

Se revisaron 152 Carnet de Control Materno Perinatal (CCMP), de las historias clínicas y fichas familiares de la población de gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos, durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021, y que además cumplían con los criterios de inclusión.

De acuerdo al objetivo general y específicos se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Cabecera de la Historia Clínica:

Para esta sección sólo incluye la variable correspondiente a N° Historia Clínica, la cual fue llenada de manera incorrecta en el 99.3% (151/152) del total de CCMP. Ver tabla 1.

TABLA 1. Distribución de resultados de la sección Cabecera de Historia Clínica de los CCMP.

Cabecera de la Historia Clínica	No Aplica	%	Registro incorrecto	%	Registro correcto	%
N° Historia clínica	0	0.0%	151	99.3%	1	0.7%

Tabla elaborada por el investigador.

b) Filiación y antecedentes:

Esta sección cuenta con 23 variables, de las cuales fueron llenadas correctamente con porcentajes de buen registro: Documento Nacional de Identidad 98.7% (150/152), procedencia 98.7% (150/152), Ocupación 98.7% (150/152), antecedentes familiares 95.4% (145/152), antecedentes personales 92.8% (141/152), edad 90.8% (138/152), apellidos y nombres 88.2% (134/152), grado de instrucción 86.2% (131/152), gestaciones previas 85.5% (130/152), estado civil 77.0% (117/152).

Las variables que fueron llenadas con una calidad regular con sus correspondientes porcentajes son: hijo anterior de mayor peso al nacer 68.4% (104/152), Captada 68.4%

(104/152), periodo intergenésico adecuado 66.4% (101/152), abortos previos 55.9% (85/152), seguro de Salud 54.6% (83/151).

Por otro lado, las variables que fueron llenadas incorrectamente con porcentaje de mal registro son: correo electrónico 99.3% (151/152), establecimiento de salud 94.7% (144/152), gestación anterior 86.8% (132/152), nombre del padre del futuro recién nacido 84.9% (129/152), partos previos 63.8% (97/152), referida por agente comunitario 60.5% (92/152), vacunas previas 56.6% (86/152), teléfono 52% (79/152). Ver tabla 2.

TABLA 2. Distribución de resultados de la sección Filiación y antecedentes de los CCMP.

Filiación y Antecedentes	No Aplica	%	Registro incorrecto	%	Registro correcto	%
Apellidos y nombres	0	0.0%	18	11.8%	134	88.2%
Establecimiento de salud	0	0.0%	144	94.7%	8	5.3%
Documento Nacional de Identidad	0	0.0%	2	1.3%	150	98.7%
Seguro de salud	0	0.0%	69	45.4%	83	54.6%
Procedencia	0	0.0%	2	1.3%	150	98.7%
Teléfono	0	0.0%	79	52.0%	73	48.0%
Correo electrónico	0	0.0%	151	99.3%	1	0.7%
Ocupación	0	0.0%	2	1.3%	150	98.7%
Edad	0	0.0%	14	9.2%	138	90.8%
Grado de instrucción	0	0.0%	21	13.8%	131	86.2%
Estado civil	0	0.0%	35	23.0%	117	77.0%
Nombre del padre del futuro RN	0	0.0%	129	84.9%	23	15.1%
Gestaciones previas	0	0.0%	22	14.5%	130	85.5%
Abortos previos	0	0.0%	67	44.1%	85	55.9%
Partos previos	0	0.0%	97	63.8%	55	36.2%
Hijo anterior de mayor peso al nacer	0	0.0%	48	31.6%	104	68.4%
Gestación anterior	0	0.0%	132	86.8%	20	13.2%
Periodo intergenésico adecuado	0	0.0%	51	33.6%	101	66.4%
Captada	0	0.0%	48	31.6%	104	68.4%

Referida por agente comunitario	0	0.0%	92	60.5%	60	39.5%
Antecedentes familiares	0	0.0%	7	4.6%	145	95.4%
Antecedentes personales	0	0.0%	11	7.2%	141	92.8%
Vacunas previas	0	0.0%	86	56.6%	66	43.4%

Tabla elaborada por el investigador.

c) Datos basales del embarazo actual

Esta sección cuenta con 13 variables, de las cuales fueron llenadas correctamente con porcentajes de buen registro: emergencia 100% (152/152), Talla 99.3% (151/152), Peso habitual 98.7% (150/152), Tipo de sangre 92.8% (141/152).

Por el contrario, las que fueron llenados incorrectamente con porcentajes de mal registro: vacuna antitetánica 100% (152/152), ecografía obstétrica 100% (152/152), exámenes de laboratorio 100% (152/152), fecha probable de parto (FPP) 98.7% (150/152), hospitalización 98.7.1% (150/152), violencia de género 94.7% (144/152), fecha de última menstruación (FUM) 94.1% (143/152), examen físico 89.5% (136/152), hábitos nocivos 54.6% (83/152). Ver tabla 3.

TABLA 3. Distribución de resultados de la sección Datos basales del embarazo actual, de los CCMP.

Datos basales del embarazo actual	No Aplica	%	Registro incorrecto	%	Registro correcto	%
Peso Habitual	0	0.0%	2	1.3%	150	98.7%
Talla	0	0.0%	1	0.7%	151	99.3%
Vacuna antitetánica	0	0.0%	152	100%	0	0.0%
Tipo de Sangre	0	0.0%	11	7.2%	141	92.8%
Hábitos nocivos	0	0.0%	83	54.6%	69	45.4%
FUM	0	0.0%	143	94.1%	9	5.9%
Ecografía obstétrica	0	0.0%	152	100%	0	0.0%
FPP	0	0.0%	150	98.7%	2	1.3%
Hospitalización	0	0.0%	150	98.7%	2	1.3%
Emergencia	0	0.0%	0	0.0%	152	100%

Violencia de género	0	0.0%	144	94.7%	8	5.3%
Examen físico	0	0.0%	136	89.5%	16	10.5%
Exámenes de laboratorio	0	0.0%	152	100%	0	0.0%

Tabla elaborada por el investigador.

d) Controles prenatales

Esta sección cuenta con 4 variables, de las cuales sólo una variable que fue llenada correctamente con su porcentaje de buen registro: Responsable de la atención prenatal 90.8% (138/152).

Por el contrario, las que fueron llenados incorrectamente con porcentajes de mal registro: atenciones prenatales 100% (152/152), curva de crecimiento de peso materno por semanas de amenorrea 67.8% (103/152), curva de crecimiento de altura uterina por semanas de amenorrea 56.6% (86/152). Ver tabla 4.

TABLA 4. Distribución de resultados de la sección controles prenatales.

Controles prenatales	No Aplica	%	Registro incorrecto	%	Registro correcto	%
Atenciones prenatales	0	0.0%	152	100%	0	0.0%
Responsable de la atención prenatal	0	0.0%	14	9.2%	138	90.8%
Curva de crecimiento de peso materno	0	0.0%	103	67.8%	49	32.2%
Curvo de crecimiento de altura uterina	0	0.0%	86	56.6%	66	43.4%

Tabla elaborada por el investigador.

Resultados Generales

Mediante los resultados de la sumatoria del total de valores obtenidos (correctos e incorrectos) de cada Carnet de Control Materno Perinatal (CCMP) de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención Centro de Salud I-3, San Agustín – Huambos, durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021, y al promediarlos se obtuvo (ver tabla 5 y gráfico 6):

La sección Cabecera de la Historia Clínica (sección 1), fue registrada con una calidad regular en 151 CCMP; con buena calidad en sólo uno, y ninguno con mala calidad de información. Ver gráfico 1.

GRÁFICO 1. Distribución de resultados de la calidad de registro de información en la sección cabecera de la historia clínica de los CCMP.



Gráfico elaborado por el investigador.

- La sección filiación y antecedentes (sección 2), que tiene 23 variables, contó con 117 CCMP que fueron llenados con buena calidad, 35 con calidad regular y ninguno con mala calidad. Ver gráfico 2.

GRÁFICO 2. Distribución resultados de la calidad de registro de información en la sección filiación y antecedentes de los CCMP.

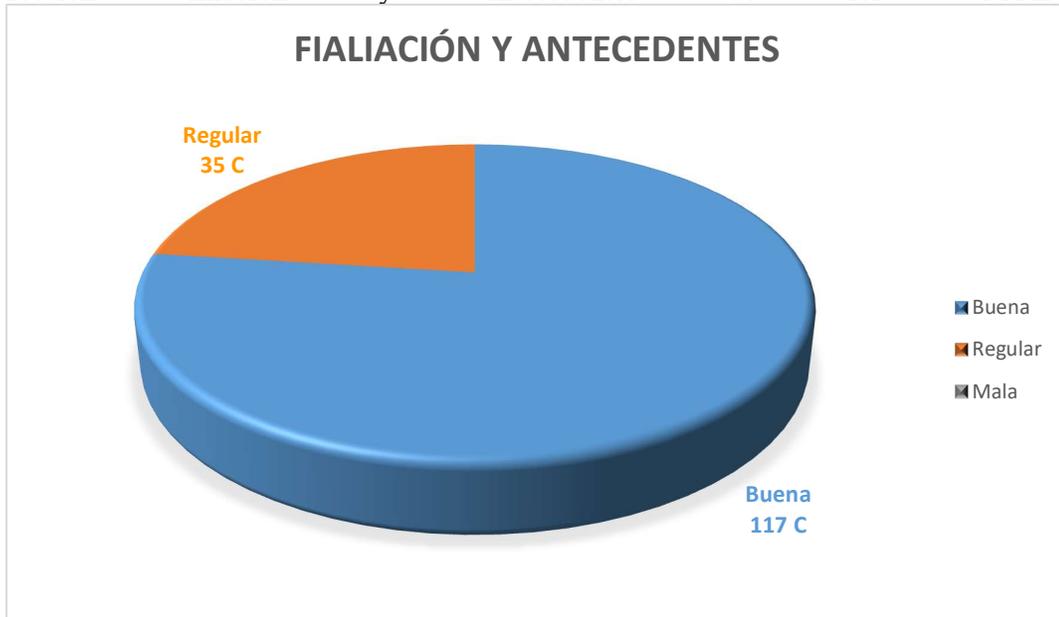


Gráfico elaborado por el investigador.

- La sección datos basales del embarazo actual (sección 3), que tiene 13 variables, contó con 147 CCMP que fueron registrados con regular calidad de información, 5 con buena calidad y ninguno con mala calidad. Ver gráfico 3.

GRÁFICO 3. Distribución de resultados de la calidad de registro de información en la sección datos basales de embarazo actual de los CCMP.



Gráfico elaborado por el investigador.

- La sección controles prenatales (sección 4), que tiene 4 variables, contó con el 38.5% de registro correcto, por lo que corresponde a una mala calidad de registro de información. Ver gráfico 4.

GRÁFICO 4. Distribución de resultados de la calidad de registro de información en la sección controles prenatales de los CCMP.



Gráfico elaborado por el investigador.

- Por último, de manera general, de los 152 CCMP, 82 (53.9%) tienen un llenado de buena calidad, 70 (46.1%) de regular calidad y ninguno (0.0%) de mala calidad. Por lo que el nivel de calidad de registro del objeto de estudio de esta investigación es regular. Ver gráfico 5.

GRÁFICO 5. Distribución de resultados de la calidad de registro de información en el total de CCMP.

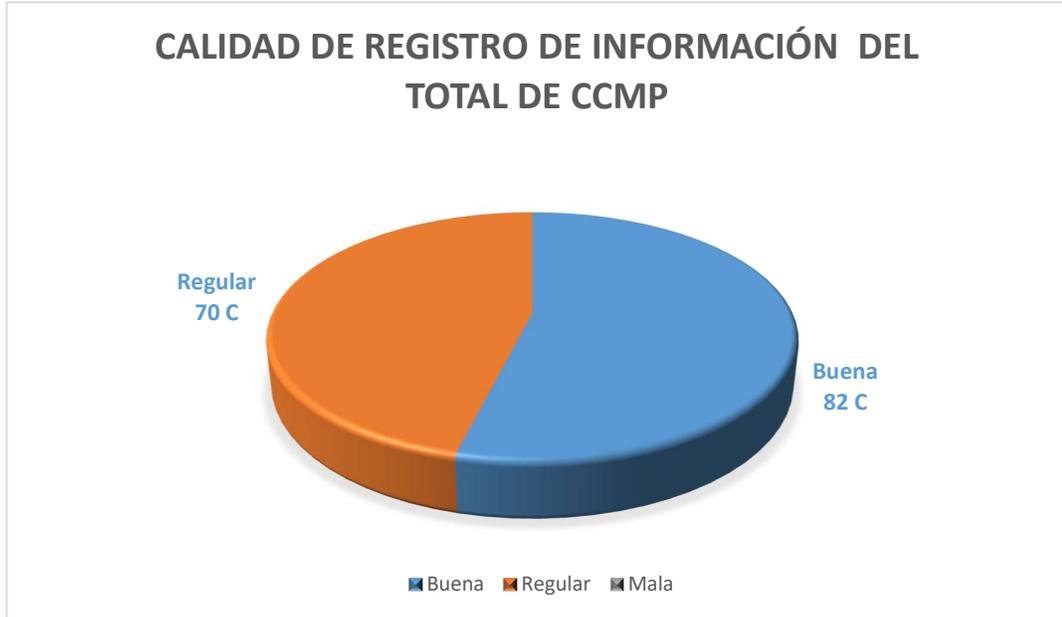


Gráfico elaborado por el investigador.

GRÁFICO 6. Distribución de resultados de la calidad de registro de información por secciones del CCMP.

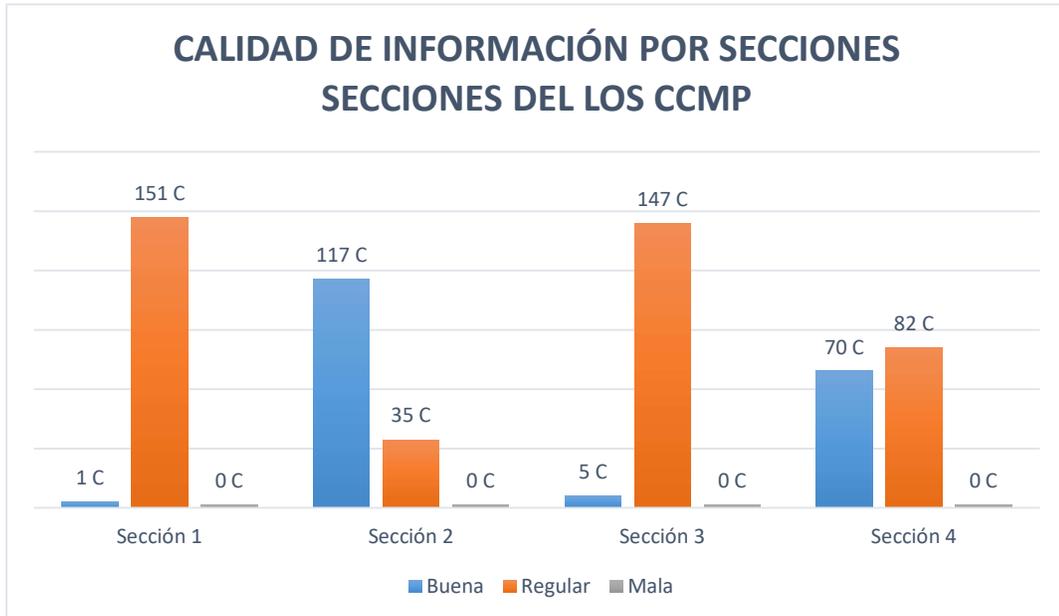


Gráfico elaborado por el investigador.

TABLA 5. Número de CCMP de acuerdo a la calidad de registro en las respectivas secciones, y de manera general para todos los CCMP con sus respectivos porcentajes.

SECCIÓN	Registro BC	%	Registro CR	%	Registro MC	%
Cabecera de la Historia Clínica	1	0.7%	151	99.3%	0	0.0%
Filiación y antecedentes	117	77.0%	35	23.0%	0	0.0%
Datos basales del embarazo actual	5	3.3%	147	96.7%	0	0.0%
Controles prenatales	70	46.1%	82	53.9%	0	0.0%
TOTAL DE CCMP	82	53.9%	70	46.1%	0	0.0%

Tabla elaborada por el investigador.

6. CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

El Perú no es un país ajeno a los logros importantes de la reducción de la mortalidad materna, pues ésta disminuyó en 72.9% desde el año 1990 hasta 2016 (49), esto demuestra el empeño del Ministerio y entidades de la salud por mejorar la calidad de atención a la gestante, implementado planes estratégicos y normas para el personal responsable de la atención prenatal, además del desarrollo de un instructivo para el llenado correcto del Carné de Control Materno Perinatal (CCMP) (45).

Entre los hallazgos del presente estudio, la sección “cabecera de historia clínica”, con su única variable, número de historia clínica evidencia que, de los 152 carnés estudiados, la mayoría cuentan con una calidad de llenado regular (gráfico 1), a diferencia con los hallazgos de Ayala R. et al (16) y Gutiérrez R (17), quienes encontraron un correcto llenado en el 100% en ambos estudios. Asimismo, por Acevedo J. et al (13), encontró un adecuado registro de datos del 89.01% y 100% para los establecimientos: San Lorenzo y Nazaret respectivamente. El resultado del presente estudio es un reflejo de la falta de conocimiento de su adecuado registro, ya que casi en la totalidad de los casos, el personal de salud deja espacios en blanco en el lado izquierdo del inicio del número de la historia clínica, los cuales deben ser completados con ceros, acorde al mencionado instructivo (45).

La sección “filiación y antecedentes” de 23 variables, evidenció una buena calidad de registro en el 77% del total (gráfico 2), de forma similar a lo reportado por Ayala R. et al (16) dado que, en la mayoría de las variables de secciones comparables a la nuestra, resultaron con un registro de calidad aceptable; asimismo, el estudio de Salguero C. et al (15) encontró un registro correcto del 100% para sus segmentos 1 y 2 similares a nuestra sección. Por el contrario, Gutiérrez (17) en su investigación encontró una calidad regular de llenado en su sección compatible con la nuestra. Además, Díaz A. y Otero L. (12) en

sus segmentos: “Identificación” y “antecedentes” encontraron que la calidad era mínima en el 44.5% y excelente en el 52.9% respectivamente. Cabe señalar que, la variable correo electrónico, en casi la totalidad de carnés evaluados se encontró incompleta, esto demuestra el nivel sociocultural del área geográfica donde la población no hace uso de este medio electrónico de comunicación. Además, otra deficiencia del conocimiento por parte del personal de salud es el orden de la colocación de apellidos y nombres tanto de la gestante y/o del padre del futuro recién nacido; su importancia además de estar normado por el ministerio, puede llevar a una confusión al nombrar al nuevo individuo o recién nacido, debido a que algunos nombres se constituyen como apellidos y viceversa. Por otro lado, existe errores en el llenado de ítems que corresponden a un valor numérico, obviándose o rayando los casilleros en lugar de colocar el número cero cuando la paciente no presenta alguno de los antecedentes o parámetros correspondientes al llenado.

En la sección “datos basales del embarazo actual” presenta una calidad regular de registro en casi la totalidad de carnés revisados (grafico 3), a diferencia de los resultados reportados por Ayala R. et al (16) en un centro hospitalario de mayor nivel, y de los hallazgos de la sección de “embarazo actual” del estudio de Gutiérrez R (17), quienes concluyen que la mayoría de variables cuentan con una calidad aceptable y con buena calidad de registro respectivamente; entre las discordancias del estudio de Gutiérrez y el nuestro se puede evidenciar al resultado de las variables: vacuna antitetánica, fecha de última regla, fecha probable de parto, hábitos nocivos y algunos ítems del examen físico que, para el autor mencionado son registrados correctamente en el mayor porcentaje de su muestra, a diferencia de nuestros hallazgos. Por el contrario, nuestros resultados tienen similitud en esta sección con los de Salguero C. et al (15) quien concluye que la mitad de los datos de su sección “embarazo actual” fueron llenados correctamente, además de la falta de registro de los exámenes de laboratorio, al igual que en nuestra investigación. Un

punto importante a destacar en esta sección y en algunas de las otras que cuentan con ítems de registro de una fecha, es el orden de año/mes/día, siendo un punto débil para el registro de este formato en casi la totalidad de los carnés, llevando a la disminución de la puntuación de calidad, lo que evidencia que no se está cumpliendo adecuadamente con lo dispuesto por la norma.

En la última sección correspondiente a “controles prenatales” se demostró que, la mayor parte de los carnés cuentan con una calidad regular de registro (gráfico 4). Resultados que no concuerdan con los obtenidos por Ayala R. et al (16) y Gutiérrez (17), quienes obtuvieron una calidad aceptable en todas sus variables y una buena calidad de llenado respectivamente. De forma similar, Salguero C. et al (15) encontró registros favorables, completos, periódicos y precoces en esta sección. Respecto a la variable “atenciones prenatales”, no presentó ningún carné llenado correctamente, identificándose errores en cuanto al registro de fechas, uso de términos y signos que no corresponden a una respuesta normada por el ministerio de salud. Otro punto importante a mencionar es la omisión del llenado de las curvas de crecimiento de peso materno y altura uterina, como demuestran los resultados.

Uno de los objetivos planteados para la presente investigación fue valorar la calidad de registro de datos según el tipo de profesional de la salud que realiza el control prenatal, sea médico, obstetra, enfermero u otro. Esta valoración no puede ser evaluada debido a la falta de especificación de la profesión del responsable de la atención prenatal; hecho que no se puede atribuir como un error del personal de salud, debido a que el instructivo MINSA (45) sólo señala que se complete con el nombre del profesional en el ítem determinado.

Por último, de manera general el nivel de calidad de registro de información en los CCMP de nuestra investigación, fue REGULAR, pues sólo el 53.9% del total de carnés cuentan con una buena calidad de registro (gráfico 5). Encontramos diferencia en el porcentaje de los resultados obtenidos por Ayala R. et al (16) quién encontró que la calidad global de su muestra es aceptable en el 74.83%, esto es en parte debido a que su estudio se dio en un establecimiento de mayor complejidad donde se cuenta con la presencia de especialistas y probablemente un mayor entrenamiento en el personal y control en el adecuado registro de datos. Además, nuestro hallazgo no concuerda con la investigación de Gutiérrez (17), quien encontró una buena calidad de registro del CCMP en su estudio, esto en un centro hospitalario de mayor complejidad, donde a diferencia de nuestros resultados encontró que el 83% del total de carnés de su estudio fueron registrados correctamente, además de reportar el buen cumplimiento con los estándares de calidad de registro por parte del personal de salud de su establecimiento. Nuestra investigación también halla diferencias porcentuales no muy alejadas con el estudio de Acevedo J. et al (13), en el Hospital Nazareth (40.26% vs. 53.9%) y en el Hospital San Lorenzo (59.74% vs. 53.9%). Nuestro hallazgo final demuestra que el personal de salud del primer nivel de atención presenta déficits de conocimiento y adherencia a la normativa impuesta por el Ministerio de Salud, por lo que se debe tomar medidas para la capacitación y motivación del profesional responsable de la atención prenatal, y de esta forma contribuir con la reducción de la morbimortalidad materno perinatal.

7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

El nivel de calidad de información registrada en la sección “Cabecera de Historia Clínica” de los Carné de Control Materno Perinatal (CCMP) de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021 es “REGULAR”.

El nivel de calidad de información registrada en la sección “Filiación y antecedentes” de los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021 es “BUENO”.

El nivel de calidad de información registrada en la sección “Datos basales del embarazo actual” de los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021 es “REGULAR”.

El nivel de calidad de información registrada en la sección “Controles prenatales” de los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021 es “REGULAR”.

El nivel de calidad de información registrada en los CCMP de gestantes atendidas en el servicio de primer nivel de atención del Centro de Salud I-3 San Agustín - Huambos durante el periodo de agosto de 2016 a agosto de 2021 es “REGULAR”.

8. CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

Es importante la implementación de programas de capacitación constante del personal de salud, tanto médico, obstetra, enfermero, u otros responsables de la atención prenatal, en especial en el primer nivel de atención, por ser la puerta de entrada a los servicios de salud a la gestante, y de esta forma brindar una atención integral con el registro correcto datos, para poder contribuir con la disminución de la morbimortalidad materna perinatal.

El interés de las autoridades responsables en el área de salud, por implementar de un único modelo de CCMP a nivel nacional, tanto para el sector estatal como para el privado, puede ser de gran ayuda para tener una mejor vigilancia en todo el país, del conocimiento e interés por parte del personal de salud para el llenado de dicho instrumento, y así contribuir con la mejora de la salud materna y la disminución de las tasas de morbimortalidad materno-infantil, asimismo esto puede despertar el interés por más estudios comparativos a futuro dentro del país como también a nivel internacional.

Es importante destacar que el instructivo MINSA, desde su edición en el año 2000 no ha tenido actualizaciones, por lo que las autoridades deben preocuparse y tomar interés para posteriores ediciones actuales, con normas claras y concisas sobre un correcto llenado, integral y de calidad del Carné de Control Materno Perinatal, por su trascendencia como un excelente instrumento médico que apoya con el aporte de datos de gran importancia para una buena salud de la gestante y la reducción de la mortalidad madre-niño.

La ejecución de los programas de control y vigilancia del registro de historias clínicas aplicable a los Carné de Control Materno Perinatal puede ser útil para fomentar el interés del personal de salud por un registro correcto de datos, tener una atención más acorde con las normas, y así llevar un embarazo saludable, evitando complicaciones de la gestante y sanciones legales hacia el profesional.

9. REFERENCIAS

1. WHO. Millennium Development Goals (MDGs): Key Facts [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
2. OMS. Mortalidad materna [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>
4. MINSA. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01: Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna: Estimulación prenatal. Lima. Perú. 2013.
5. MINSA. Resolución Ministerial N° 670-2015-MINSA: Modificar la NTS N° 105-MINSA-DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA. Lima. Perú. 2015.
6. Simini F, Dia J, Matijasevitch A, Forteza C, et al. Sistema informático perinatal: manual resumido. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo. Uruguay. 2003.
7. OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y bienestar [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
8. WHO. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>
9. Tavera M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018. 64(3): 383-392.

10. Kassaw A, Debie A, Geberu D. Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*. 2020. 2020: 9592124.
11. Moncada D. Ortega J. Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2016 [Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General. UNAN - Managua. Facultad de Ciencias médicas]. Nicaragua. 2019.
12. Narvaez M. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) de embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo. Enero 2020 [Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General. UNAN - Managua. Facultad de Ciencias médicas]. Carazo. Nicaragua. 2020.
13. Acevedo J, Becerra J, Calvo M, Pescador R. Calidad del diligenciamiento historia clínica programa detección temprana alteraciones del embarazo. Colombia. 2016.
14. Michelle j, Osterman M, Martin J. Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016. *National Vital Statistics Reports*. 2018. 67(3).
15. Salguero C, Sánchez L. Calidad del uso del carné materno prenatal con resultados perinatales en mujeres que consultaron en establecimientos de salud en el año 2017 [Tesis para optar al título de: Doctor en Medicina. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina]. San Salvador. El Salvador. 2018.
16. Ayala R, Israel C, De la Cruz J. Calidad de las historias clínicas de consulta externa de obstetricia en un establecimiento de salud nivel i-4 del callao. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. Lima. Perú. 2019. 8(1).
17. Gutiérrez R. Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en púérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte

- agosto-octubre 2015 [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana]. Lima, Perú, 2016.
18. Cueva M. Conocimiento y actitud sobre el registro de la Historia Clínica Materno Perinatal del personal asistencial Microred San Miguel Cajamarca 2018 [Tesis para optar el grado académico de: Maestro en Gestión de los servicios de la salud. Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado]. Perú. 2018.
 19. Fescina R, Demusio B, Martínez G. Instrucciones de llenado y definición de términos. Sistema Informático Perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo. Uruguay. 2011.
 20. MINSA. Resolución Ministerial N° 008-2000-SA-DM. Lima. Perú. 2000.
 21. MINSA, NTS No 174 - INSA/2021/CDC: Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Lima. Perú. 2021.
 22. Brown H, Simpson L. Overview of maternal mortality [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-maternal-mortality?search=muerte%20materna&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 23. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016. 387 (10017): 462-74.
 24. Patton G, Coffey C, Sawyer S, Viner R, Haller D, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*. 2009. 374 (9693): 881-92.

25. Garland J, Little D. Maternal Death and Its Investigation. *Academic Forensic Pathology*. 2018. 8(4):894-911.
26. Filippi V, Chou D, Ronsmans C, Graham W, Say L. Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity. En: *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2): Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*. The World Bank. 2016. p.51-70.
27. INEI. Salud Materna: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Nacional y Departamental [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
28. Ronsmans C. Severe acute maternal morbidity in low-income countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009;23(3):305-16.
29. Ahn R, Gonzalez G, Anderson B, Vladutiu C, Fowler E, Manning L. Initiatives to Reduce Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in the United States. *Ann Intern Med*. 2020. 173(11_Supplement): S3-10.
30. Say L, Souza J, Pattinson R. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009. 23 (3): 287-96.
31. Moroz L. Severe maternal morbidity [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/severe-maternal-morbidity?search=morbilidad%20materna&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1395848147
32. MINSA. NTS No 130 - MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo,

Parto y Puerperio. Resolución Ministerial Na 007 - 2017/MINSA. Ministerio de Salud. Lima. Perú. 2017.

33. Lappen JR, Pettker CM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #54: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2021. 224(4): B2-15.
34. Wen T, Krenitsky NM, Clapp MA, D'Alton ME, Wright JD, Attenello F, et al. Fragmentation of postpartum readmissions in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2020. 223(2):252.e1-252.e14.
35. Howland RE, Angley M, Won SH, Wilcox W, Searing H, Liu SY, et al. Determinants of Severe Maternal Morbidity and Its Racial/Ethnic Disparities in New York City, 2008–2012. *Matern Child Health J*. 2019. 23(3):346-55.
36. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R, Zavala A, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2018. 83(1):52-61.
37. Lewkowitz AK, Rosenbloom JI, López JD, Keller M, Macones GA, Olsen MA, et al. Association Between Stillbirth at 23 Weeks of Gestation or Greater and Severe Maternal Morbidity. *Obstetrics & Gynecology*. 2019. 134(5):964-73.
38. Blanc J, Rességuier N, Loundou A, Boyer L, Auquier P, Tosello B, et al. Severe maternal morbidity in preterm cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2021. 261:116-23.
39. MINSA. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2014. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>

40. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014. 25(6): 880–886.
41. Linden K. Expanding the concept of safety in antenatal care provision. *The Lancet*. 2021. 398(10294):4-5.
42. Vintzileos A, Ananth C, Smulian J, Scorza W, Knuppel R. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002. 186(5):1011-6.
43. Lockwood C, Magriples U. Prenatal care: Initial assessment [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=atencion%20prenatal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
44. Rosen M, Merkatz I, Hill J. Caring for our future: a report by the expert panel on the content of prenatal care. *Obstet Gynecol*. 1991. 77(5):782-7.
45. MINSA. Instructivo para el registro de datos de la historia clínica materno perinatal. Lima. Perú. 2000.
46. WHO, CIOMS. International ethical guidelines for health-related research involving humans. Geneva: CIOMS. 2017.
47. Ortíz P, Perales A, Mendoza A, Molero D, Zavaleta S. Código De Ética Y Deontología del Colegio Médico del Perú. Lima. Perú. 2020.
48. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
49. Munayco C, y Gil F, MINSA-CDC. Estimación de la razón de mortalidad materna en el Perú 2002 - 2016. Lima. Perú. 2019.

10. ANEXOS

ANEXO 1:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana
CAJAMARCA -PERÚ



Ficha de recolección de datos

El presente estudio es realizado por un Interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, con el objetivo de evaluar el nivel de calidad de registrado del carnet de control materno perinatal de gestantes que fueron atendidas en el centro de salud San Agustín – Huambos, entre agosto de 2016 y agosto de 2021.

Nº: 0 _____.

Siglas del nombre: _____ Edad (en años): _____ Procedencia (Localidad de domicilio, distrito, provincia y departamento de correspondencia):

_____.

I. Sección de Filiación y antecedentes: Marcar con aspa (X) la opción Completo si la información se encuentra registrada correctamente; o Incompleto si no hay registro de la información, o no está completa o está registrada incorrectamente; o no aplica, si no es necesario contar con el registro información.

1. N° de Historia Clínica: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
2. Apellidos yNombre: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
3. Establecimiento de salud: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
4. DNI: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo

5. Seguro de salud (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
6. Procedencia: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
7. Teléfono: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
8. Correo electrónico (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
9. Ocupación: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
10. Edad: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
11. Grado de instrucción: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
12. Estado Civil (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
13. Padre de futuro RN: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
14. Gestaciones previas: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
15. Abortos previos: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
16. Partos previos (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
17. RN anterior de mayor peso: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
18. Gestación anterior: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
19. Periodo Intergenésico: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
20. Captada: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
21. Referida por agente comunitario: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
22. Antecedentes familiares: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
23. Antecedentes personales: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
24. Vacunas Previas: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
- II. Sección datos basales del embarazo actual: Marcar con aspa (X) la opción Completo si la información se encuentra registrada correctamente; o Incompleto si no hay registro de la información, o no está completa o está registrada incorrectamente; o no aplica, si no es necesario contar con el registro información:**
1. Peso habitual: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo

2. Talla: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
3. Vacuna antitetánica: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
4. Tipo de sangre: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
5. Hábitos nocivos: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
6. Última menstruación: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
7. Ecografía Obstétrica: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
8. Fecha probable de parto: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
9. Hospitalización: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
10. Emergencia: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
11. Violencia de género: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
12. Examen físico: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
- 13: Exámenes de laboratorio: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo

III. Sección controles prenatales y curvas de crecimiento de incremento de peso materno y altura uterina por semanas de amenorrea: Marcar con aspa (X) la opción Completo si la información se encuentra registrada correctamente; o Incompleto si no hay registro de la información, o no está completa o está registrada incorrectamente; o no aplica, si no es necesario contar con el registro información:

1. Atenciones prenatales: (0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
2. Profesión de la persona que realiza el control prenatal:
(0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
3. Curva de crecimiento de incremento de peso materno por semanas de amenorrea:
(0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo
4. Curva de crecimiento de incremento de altura uterina por semanas de amenorrea:
(0) No aplica (1) Incompleto (2) Completo