



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CALIDAD DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN
MÉDICA EN PREECLAMPSIA
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ. 2014**

PRESENTADA POR
ROCÍO MILAGROS DELZO PAUCAR

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA
DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCION DE POSGRADO**

**CALIDAD DEL PROTOCOLO DE ATENCION MEDICA EN
PREECLAMPSIA.
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE. 2014.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE MAESTRA EN GESTION
ESTRATEGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA**

PRESENTADO POR

ROCIO MILAGROS DELZO PAUCAR

LIMA-PERÚ

2015

ASESOR

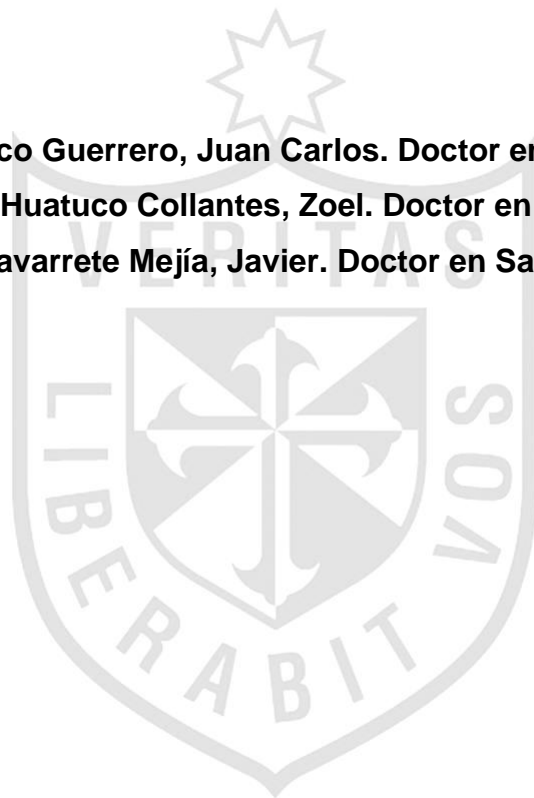
Loayza Alarico, Manuel. Doctor en Salud pública

JURADOS

Velasco Guerrero, Juan Carlos. Doctor en Salud Pública

Huatuco Collantes, Zoel. Doctor en Medicina

Navarrete Mejía, Javier. Doctor en Salud Pública



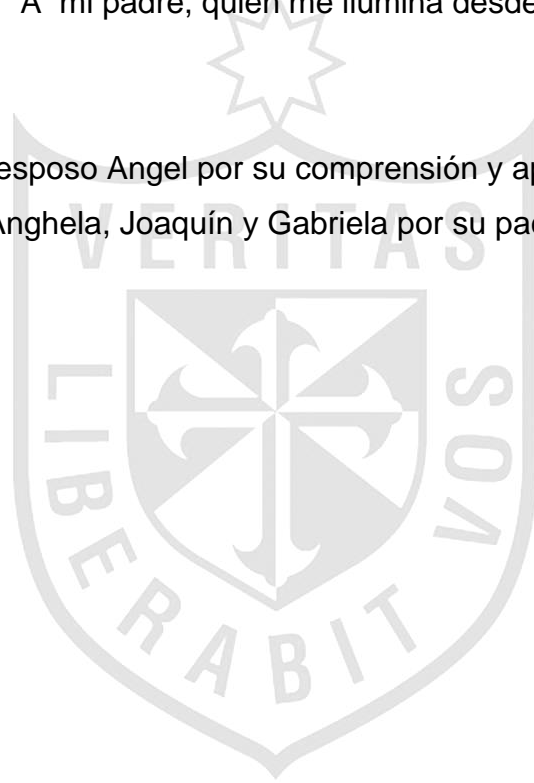
DEDICATORIA

A mi madre, por su dedicación y apoyo constante e inagotable

A mi padre, quien me ilumina desde el cielo.

A mi esposo Angel por su comprensión y apoyo constante,

A mis hijos Anghela, Joaquín y Gabriela por su paciencia y comprensión.



AGRADECIMIENTO

A Manuel Loayza Alarico, doctor en salud pública, por la lectura del borrador del proyecto de investigación y las sugerencias para terminarlo.

A Javier Navarrete Mejia, doctor en salud pública, por la ayuda en el procesamiento de datos.

A Zoel Huatuco Collantes, doctor en Medicina, por la lectura del borrador de la tesis y sugerencia para terminarlo.

Al personal de Archivo del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale por su apoyo y colaboración en la búsqueda de las historias clínicas.

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es la complicación más peligrosa del embarazo, en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. En nuestro país según el reporte del MINSA, los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de muerte materna.

Objetivo: Evaluar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de preeclampsia por parte del personal médico y obstetras en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo.

Metodología: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, y cuantitativo. La población está definida por todos los casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones durante el periodo enero a diciembre del 2014, sumando 127 en el periodo de estudio. Se usó como instrumento la ficha de la auditoría de la calidad de atención de hospitalización del MINSA.

Resultados: La calificación final dio un total de 72.44% como "aceptables" (puntaje mayor de 80 puntos) siendo el puntaje más alto de 92.5, y el 27.56% están en el rubro "por mejorar", siendo el puntaje más bajo de 62.5. Con respecto a la calidad de registro de enfermedad actual, se ha encontrado completa y concordante con los problemas de ingreso en un 66.14%, incompleta en un 23.86%, porque faltan datos en tiempo de enfermedad, desarrollo cronológico, signos y síntomas principales

Conclusiones: Nuestros resultados tienen mejor puntuación en relación a otros estudios con un puntaje de 72.44% como historias clínicas aceptables y que los registros anotados en las historias clínicas han sido coherentes y consistentes con la información brindada en el protocolo de preeclampsia del servicio, lo cual ha permitido manejos oportunos y adecuados en un 88.98% de los casos, evidenciándose evolución favorable en el 98.43% de las pacientes y estancias hospitalarias adecuadas en el 98.43% de los casos de preeclampsia.

Palabras claves: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, auditoría de caso, auditoría en salud, auditoría médica.

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is the most dangerous complication of pregnancy, in severe cases put in danger the life of the mother and the fetus. In our country according to the report of the MINSA, the hypertensive disorders of pregnancy represent the second leading cause of maternal death.

Objective: To evaluate the percentage of compliance with the protocol of preeclampsia by part of the medical staff and midwives in the obstetric service

Methodology: The study is descriptive, retrospective, and quantitative. The population is defined by all the cases of pregnant women with preeclampsia with or without complications during the period from January to December 2014, totaling 127 in the period of study. Was used as an instrument the tab for the audit of the quality of inpatient care of MINSA.

Results: The final qualification gave a total of 72.44 % as "acceptable" (score greater than 80 points) being the highest score of 92.5 and 27.56 % are under the heading "to improve", being the lowest score of 62.5 . With regard to the quality of registry of current disease, has been found complete and consistent with the problems of income in a 66.14 %, incomplete in a 23.86 %, because of the lack of data in time of sickness, chronological development, signs and symptoms main.

Conclusions: Our results are best score in relation to other studies with a score of 72.44 % as medical histories acceptable and that the records listed in the medical histories have been coherent and consistent with the information provided in the protocol of pre-eclampsia of the service, which has allowed timely and adequate manipulation in a 88.98 % of the cases, characterizing an favorable evolution in 98.43 % of the patients and appropriate hospital stays in the 98.43 % of the cases of preeclampsia.

Key Words: - Audit of the quality of health care, case audit, audit in health, medical audit.

INDICE

	Pág.
Asesor y Jurados	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
I.1 Antecedentes de la investigación	15
I.2 Bases teóricas	18
I.3 Definición de términos	20
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
II.1 Tipo de investigación	22
II.2 Diseño de investigación	22
II.3 Población y muestra	22
II.4 Recolección de datos. Instrumento	23
II.5 Procesamiento de datos	23
II.6 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS	24
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

ANEXO 1.- Instrumento de medición: Ficha de la auditoria de la calidad de atención de hospitalización del MINSA.

ANEXO 2.- Protocolo de manejo de preeclampsia del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Ramiro Priale Priale.



INDICE DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico No 1. Calidad de Registro de datos de filiación en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	24
Grafico No 2. Calidad de Registro de Antecedentes personales no patológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.Essalud.	24
Grafico No 3. Calidad de Registro de Antecedentes personales patológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	25
Grafico No 4. Calidad de Registro de Antecedentes epidemiológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	25
Grafico No 5. Calidad de Registro de Antecedentes ocupacionales en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	26
Grafico No 6. Calidad de Registro de Enfermedad Actual en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	26
Grafico No 7. Calidad de Registro del Examen Clinico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	27
Grafico No 8. Calidad de Registro de la Nota de Ingreso en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	27
Grafico No 9. Calidad de Registro del Plan de Trabajo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	28

Grafico No 10. Calidad de Registro del Diagnostico Presuntivo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	28
Grafico No 11. Calidad de Registro de Diagnóstico Definitivo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	29
Grafico No 12. Calidad de Registro de Diagnóstico con código CIE-10 en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	29
Grafico No 13. Calidad de Registro de Notas de Evolución en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	30
Grafico No 14. Calidad de Registro de Exámenes de Laboratorio en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud	30
Grafico No 15. Calidad de Registro de Interconsultas en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	31
Grafico No 16. Calidad de Registro de Evoluciones Enfermería y/o Obstetricia en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	31
Grafico No 17. Calidad de Registro de Funciones Vitales en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	32
Grafico No 18. Calidad de Registro de Hoja de Balance Hidrico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	32

Grafico No 19. Calidad de Registro de Tratamiento de Soporte en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	33
Grafico No 20. Calidad de Registro de Tratamiento Etiológico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	33
Grafico No 21. Calidad de Registro de Tratamiento Etiológico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	34
Grafico No 22. Calidad de Registro de las Complicaciones en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	34
Grafico No 23. Calidad de Registro de Estancia Hospitalaria en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	35
Grafico No 24. Calidad de Registro del Alta en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	35
Grafico No 25. Calidad de Registro de Indicaciones de Alta en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	36
Grafico No 26. Calidad de Registro del Consentimiento Informado en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	36
Grafico No 27. Calidad de Registro de Pulcritud en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	37
Grafico No 28. Calidad de Registro de Hora de Atención en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	37

Grafico No 29. Calidad de Registro de Letra Legible en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	38
Grafico No 30. Calidad de Registro de Firma y Sello Medico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.	38
Grafico No 31. Calificacion de la Calidad de los Registros	39



INTRODUCCION

La preeclampsia es una complicación médica del embarazo, enfocada dentro del síndrome de daño endotelial del embarazo y se caracteriza por hipertensión inducida durante el embarazo asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria) y edema de miembros inferiores. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. El único tratamiento es el parto, siendo la inducción del parto o la cesárea los procedimientos más comunes. Es la complicación del embarazo más peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. ⁽⁵⁾

La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20.

La morbilidad y la mortalidad materna en la preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nota descriptiva N°348 en Mayo de 2014 mencionan: "La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado". La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año

2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%.

Como respuesta de la OMS frente a este problema, se enfoca en la mejora de la salud materna es una de las principales prioridades de la OMS, que está tratando de reducir la mortalidad materna ofreciendo orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos, fijando normas mundiales y prestando apoyo técnico a los Estados Miembros.

En nuestro país según el último reporte del MINSA al año 2011, los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de muerte materna, si bien es cierto que se ha evidenciado una reducción considerable del número de muertes maternas, sin embargo no se logra una reducción óptima de la tasa de mortalidad materna.

El presente trabajo de investigación tiene por Objetivo evaluar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de preeclampsia por parte del personal médico y obstetras en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Es conocido que los trastornos hipertensivos del embarazo y sus complicaciones representan un complejo desorden multisistémico sin ningún signo ni síntoma clínicamente patognomónico, epidemiológicamente la incidencia de pre eclampsia es de un 6-8% en la población general, 14% en gestantes con antecedente familiar de preeclampsia, y 24% en gestantes con antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior. Según el último reporte del MINSA al año 2011, los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de muerte materna, si bien es cierto que se ha evidenciado una reducción considerable del número de muertes maternas, sin embargo a pesar de las diferentes políticas de gestión a nivel de MINSA Y ESSALUD y la implementación de protocolos y guías clínicas de atención de esta patología, no se logra evitar las complicaciones mortales de la preeclampsia.⁽⁶⁾

El hospital Essalud Ramiro Ramiro Priale Priale de Huancayo es un Hospital de Nivel IV. Es un hospital que cuenta con áreas críticas como Emergencia, UCI de adultos, UCI neonatales, sala de operaciones, centro obstétrico, atiende pacientes que generalmente son complejos ya que vienen referidos de establecimientos de salud de I y II nivel. En el área de centro obstétrico el número de partos mensuales oscila entre 250 a 300 partos cada mes, con una tasa de cesáreas que oscila entre 20 a 25% del total de partos. Durante el año 2014 se ha incrementado el número de muertes maternas, teniendo como primera causa: preeclampsia severa y sus complicaciones.

Por lo tanto conocer la calidad del registro en esta patología, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad así como analizar la calidad de la atención médica, según el protocolo de atención de preeclampsia nos permitirá el conocimiento de los errores cometidos y sus causas; además, de la corrección de ellos para obtener mejores rendimientos. También podremos evaluar problemas de infraestructura y equipamiento médico, y esta información permitirá a los directivos del hospital orientar recursos a la solución de problemas encontrados.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

I.1.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Referente a la Historia de la Auditoria Médica, Hipócrates destacó la importancia de documentar todas las variaciones posibles de cada individuo y luego deducir su relevancia. En el Juramento Hipocrático (data de 460 A. de JC.), que forma parte de la colección Hipocrática junto con los aforismos, este señala explícitamente en uno de sus párrafos que "... no practicará la talla vesical quien no sabe hacerla" aludiendo puntualmente a un tema de calidad que a pesar del transcurrir del tiempo no es conceptualizado en toda su dimensión. ⁽⁹⁾

El informe Flexner (1910), quien reportó deficiente capacitación en 165 Facultades de Medicina, es una crítica al sistema de enseñanza en Estados Unidos, considerándose el estímulo inicial para la acreditación hospitalaria, también influyeron el Colegio Norteamericano de Cirujanos (1917), mediante el Programa de Estructuración Orgánica Hospitalaria, Gustav Ward (1927) que estudio la tasa de mortalidad en infecciones postoperatorias y Tomas Ponton (1929), los que calificaban a lo realizado como bueno, regular o malo, adoleciéndose del defecto de no poder aplicar a procedimientos no quirúrgicos. ⁽¹⁰⁾

En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fueron los primeros esfuerzos de implementar la auditoría, sin embargo el documento "Trabajando para los pacientes" marcó un hito en el desarrollo de la Auditoría Médica. ⁽¹¹⁾

A nivel nacional, en 1987 llega Carol Lewis con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, intentando implementar sistemas de auditoria medica en el Hospital San Bartolomé y en el Hospital Guillermo Almenara, sin tener el respaldo de los cuerpos médicos de ambos hospitales por lo tanto no puede iniciar

el procedimiento de auditoria y concluyó con una adecuación del archivo de Historias Clínicas, además asesora al Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud sobre registros, al San Bartolomé sobre la historia clínica perinatal simplificada, culmina su trabajo con un ciclo de charlas en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. A partir de 1991 se creó el Servicio de Auditoría Médica en el Hospital Guillermo Almenara, siendo el Dr. José Piscoya Albañil uno de los más importantes propulsores de la Auditoría Médica en nuestro país. ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾

Actualmente en Essalud esta normado la conformación de Comités de Auditoría Médica, existiendo experiencia en algunos Hospitales principalmente de Lima; sin embargo, los trabajos de los Comités no han sido sistematizados, ni publicados como investigación que permitan tomarlos como referencia. ⁽¹⁴⁾

Siendo el sistema de calidad guiado por normas internacionales estandarizadas por una organización de aceptación universal denominada ISO por sus siglas en inglés, también el Hospital Almenara es pionero en la adecuación de la metodología de auditorías de aseguramiento de la calidad aplicadas a la medicina y en ese sentido se ha diseñado un programa que adecuando a la norma ISO 10011 sigue todos los pasos de ella. Iniciando con una reunión de apertura donde se precisa el objetivo y alcance de la auditoría, se explica el método y se plantea el horario en que se realizará. Se precisa un listado de hallazgos que posteriormente se traducen en no conformidades, las que dan lugar a solicitudes de acción correctora que se hacen diferenciando en mayores y menores de acuerdo a la significación en el acto médico, concluyendo con una reunión de cierre donde se destacan las soluciones planteadas y se señala el seguimiento que hará el comité auditor o por delegación los jefes de servicio asistencial. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

En Setiembre del 2001 se desarrolla el Instrumento AGREE, el cual ha sido financiado por el programa europeo EUBIOMED2. El instrumento AGREE es una herramienta genérica desarrollada principalmente para ayuda a productores y usuarios de guías de prácticas clínicas, en la evaluación de la calidad metodológica de estas. Puede ser utilizado como ayuda en la evaluación formal de guías en el ámbito de los programas de guías de prácticas clínicas. ⁽¹⁸⁾

La calidad de la historia clínica, piedra angular de todo el sistema de información hospitalario, es un tema esencial y el papel de los Archivos de Historias Clínicas y Servicios de Documentación Clínica, al respecto, se materializa en tres grandes áreas: a) El establecimiento de manuales de procedimiento para la cumplimentación de los documentos clínicos y la organización de la historia clínica en forma de guías de uso. b) La vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y de los documentos clínicos. Normalización y diseño de formatos. c) La realización de revisiones de historias para determinar su calidad y proponer medidas de mejora. ⁽¹⁹⁾

En la documentación médica española, enfocan en la evaluación de localización de las historias clínicas una revisión legal. Ésta consiste en realidad en hacer hincapié en la revisión de aquellos aspectos de la historia con mayor repercusión legal. Se ha evidenciado que las demandas y pleitos por responsabilidad médica se asocian con la existencia de una documentación incompleta e inadecuada en la historia clínica. Para ello, se comprueba: la legibilidad de las anotaciones, la forma de realizar la corrección de los errores en la documentación, si las anotaciones están firmadas por la persona que ha hecho la observación o quién realizó las pruebas o tratamiento, que los informes escritos por residentes o personal en formación estén firmados con el visto bueno del médico responsable, la ausencia de documentos mal archivados (de otras personas) y la presencia de todos los consentimientos informados. ⁽²⁰⁾

A partir del 2005 el Ministerio de Salud del Perú, publica la Norma Técnica N° 029 de Auditoría de la Calidad de atención en Salud con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, brindando formatos para auditorías de los actos médicos tanto en consulta externa, hospitalización, y otros. ⁽²¹⁾

Está demostrado que la auditoría sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos es un método eficiente de implementación del cambio sostenible. En tal

sentido, la realización de las auditorías debe estar acompañada de procesos interactivos y educativos con los profesionales de salud, que redunden en beneficio de la salud de la población. ⁽²³⁾

El planteamiento central de la auditoría médica como un mecanismo no punitivo, voluntario y con incidencia en el reporte de errores para, mediante la metodología de la educación médica continua, posibilitar y garantizar la calidad del acto médico. ⁽²⁴⁾

En Essalud existen investigaciones aisladas como “Auditoría Médica y Calidad de Atención en el Programa de Atención Domiciliaria Essalud – 2003”. ⁽²⁵⁾ Auditoría Médica en un centro asistencial de Essalud con Sistema de Gestión Hospitalaria, Centro Médico Coishco-Ancash, 2003. ⁽²⁶⁾

1.2.-BASES TEORICAS

El Servicio Nacional de Salud Británico, define la Auditoría Médica como el análisis crítico y sistemático de la calidad de asistencia médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos, en cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente.

El Profesor Aves Donnabedian, quien a no dudarlo es uno de los impulsores de esta temática en las últimas tres décadas, opina que la Auditoría Médica es un proceso de mejora de la calidad, realizado a través de la revisión sistemática de la atención recibida contrastando con criterios y estándares reconocidos. Abarca la estructura, proceso y resultados del cuidado de la salud y propone los cambios a implementarse en los individuos, en los equipos, en los niveles de servicios, monitorizando los resultados esperados. ⁽²⁷⁾ ⁽²⁹⁾

Mientras que el Dr. José Piscoya Albañil, el iniciador de la Auditoría Médica en nuestro país, propone que es un proceso interdisciplinario por el cual el Cuerpo Médico revisa colectivamente las Historias Clínicas, las evalúa y pone en práctica los correctivos necesarios luego de haberlos comparado con los estándares validados.

En los servicios de salud se vienen utilizando los términos Auditoría Clínica y Auditoría Médica que con frecuencia se confunden; al respecto es conveniente hacer algunas precisiones, puesto que la primera tiene que ver con todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultados e impactos de todo un equipo interdisciplinario de atención en salud, en tanto que la segunda apunta a la actuación del médico como tal. ⁽²⁸⁾

Dependiendo de la relación entre el auditor y el auditado, la Auditoría Médica puede dividirse en dos grandes grupos, la Auditoría Contractual o Externa, que es esencialmente involucrada en el control y rendimiento, caracterizada por ser formal, estatutaria, reguladora y conduce a sanciones; y la Auditoría Interna o Educativa, que es principalmente educativa, el profesional revisa su propio trabajo y no es punitiva. ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

Los objetivos de la auditoría han sido definidos como educación, planificación, evaluación, investigación y diplomacia anticipadora, que significa iniciar la auditoría interna antes que sea impuesta la auditoría externa que tiene características punitivas. ⁽²³⁾

El Royal College of Physicians y el Royal College of Surgeons, indicaron la importancia del aspecto educativo de la Auditoría Médica, reconociendo que “la educación es el producto más útil de la auditoría y que la auditoría es el proceso educativo más importante para los médicos”. La planificación y la información sobre como los recursos son utilizados, los consideran como segundo objetivo y un tercer objetivo de la auditoría es evaluar la atención médica. Sin embargo, algunos autores creen que el primer objetivo de la auditoría es mejorar los estándares de atención. ⁽³¹⁾

Se propone el término espiral, en contraposición al clásico ciclo de la auditoría, buscando una connotación más dinámica y relevante, debido a que este proceso es verdaderamente una espiral de ciclos repetidos. En este proceso primeramente se selecciona el tópico o la condición a ser evaluada, se define los criterios relevantes con protocolos y estándares, se colecta y analiza la información más

relevante, se evalúan los resultados obtenidos, se desagregan los hallazgos, planteando los correctivos necesarios y monitorizando las recomendaciones. ⁽³⁰⁾

La Auditoría Médica y Calidad tienen estrategias coincidentes requiriendo buena información y análisis, la misión y visión de los servicios de salud enuncian "...prestar servicios de salud , de calidad...", siendo la Auditoria Médica una herramienta muy importante para medir la calidad.

1.3.- DEFINICIONES CONCEPTUALES

- Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.- Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".

-Auditoría de Caso.- Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo -administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un Informe denominado "Informe de Auditoría de Caso".

-Auditoría en Salud.- Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

-Auditoría Médica.- Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

- Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.- Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.

CAPITULO II

METODOLOGIA

II.1 Tipo de investigación

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, y cuantitativo.

II.2 Diseño metodológico

El presente estudio tiene un diseño no experimental retrospectivo, ya que tomara datos comprendidos en las historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones, comprendidas durante el periodo de enero a diciembre de 2014, es observacional ya que no se interviene sobre las variables, transversal ya que se realizara un corte en el tiempo.

II.3 Población y muestra

II.3.1 Población

La población está definida por todos los casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones durante el periodo enero a diciembre del 2014 atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo.

Los datos obtenidos de la central de informática del complejo hospitalario nos indican que en el Hospital Ramiro Priale Priale de Essalud se atendieron 127 gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones

Criterios de Inclusión:

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve a partir de las 20 semanas de gestación.
- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa a partir de las 20 semanas de gestación.

-Gestantes con diagnóstico de síndrome de HELLP.

-Gestantes con diagnóstico de hipertensión crónica mas preeclampsia sobreagregada a partir de las 20 semanas de gestación.

Criterios de Exclusión:

-Gestantes con diagnóstico de hipertensión crónica.

II.3.2 Tamaño de la muestra.

El total de gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones suman 127 casos desde enero a diciembre de 2014 correlacionada con la estadística oficial del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

II.4.-Metodo de recolección de datos. Instrumentos

La recolección de datos fue hecha mediante la observación directa de las historias clínicas de las pacientes seleccionados, se usó como instrumento la ficha de la auditoria de la calidad de atención de hospitalización, publicada en la Norma técnica de Auditoria de la calidad de Atención en Salud MINSA 2005 (NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01) .

II.5.- Procesamiento de datos

Se utilizó el Excel 2013 en una PC I6. Para el análisis se usó estadística descriptiva.

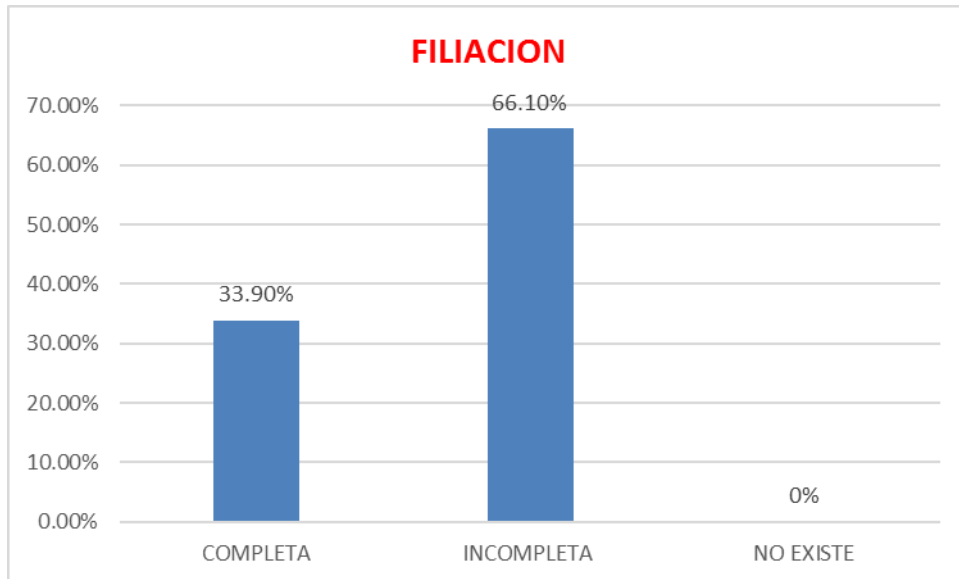
II.6.- Aspectos éticos

El equipo de investigación dará prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida de las historias clínicas, todo ello basado en la declaración de Helsinki.

CAPITULO III

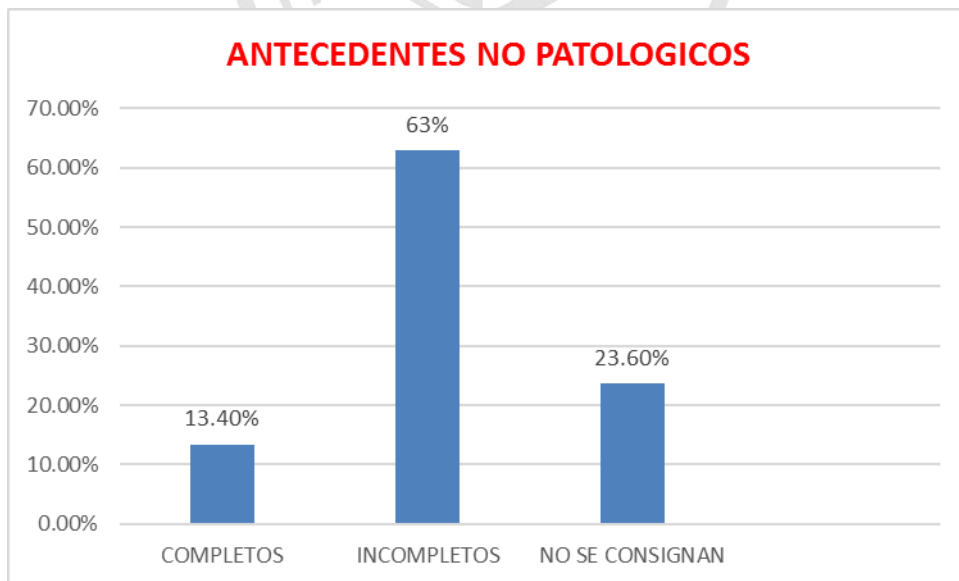
RESULTADOS

GRAFICO N° 01. Calidad de Registro de datos de filiación en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



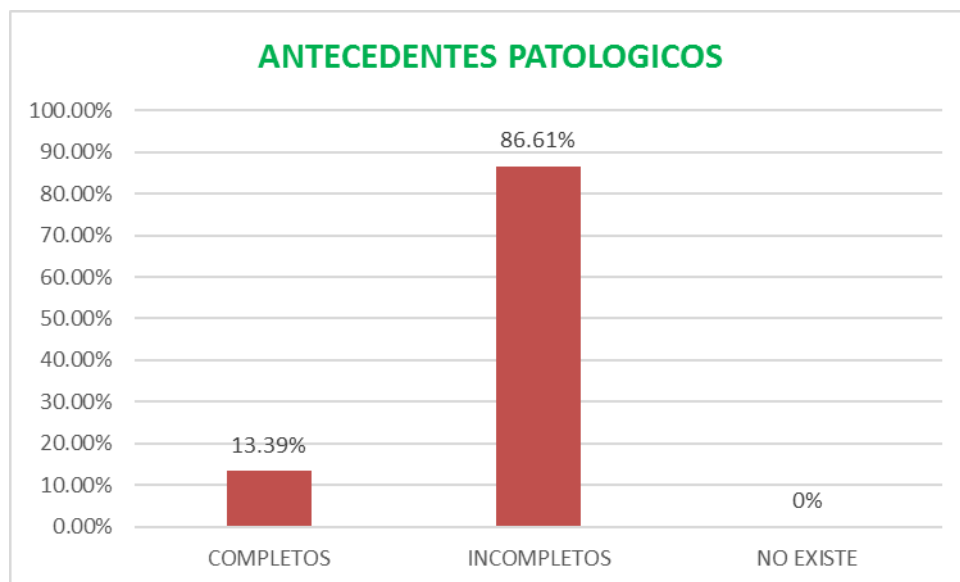
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 02. Calidad de Registro de Antecedentes personales no patológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



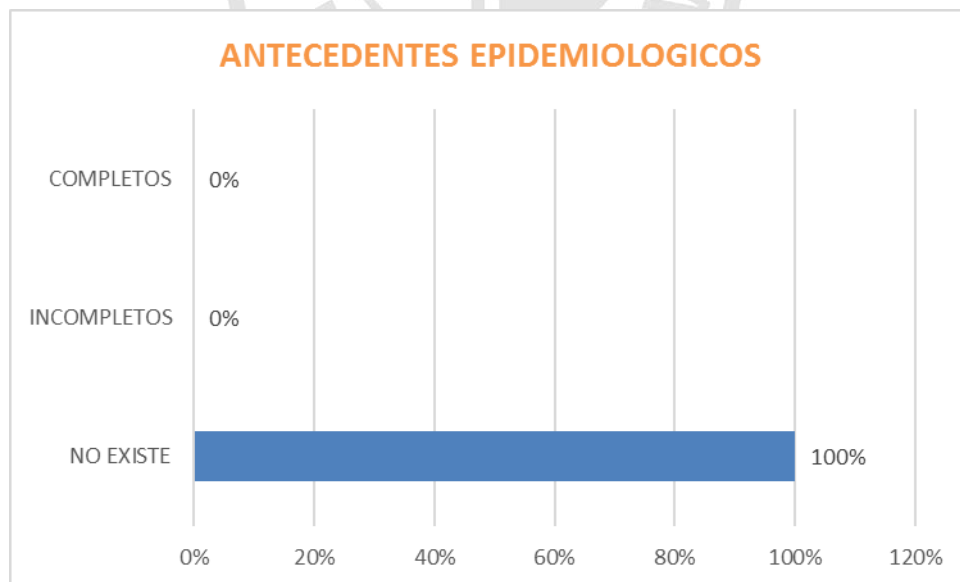
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 03. Calidad de Registro de Antecedentes personales patológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



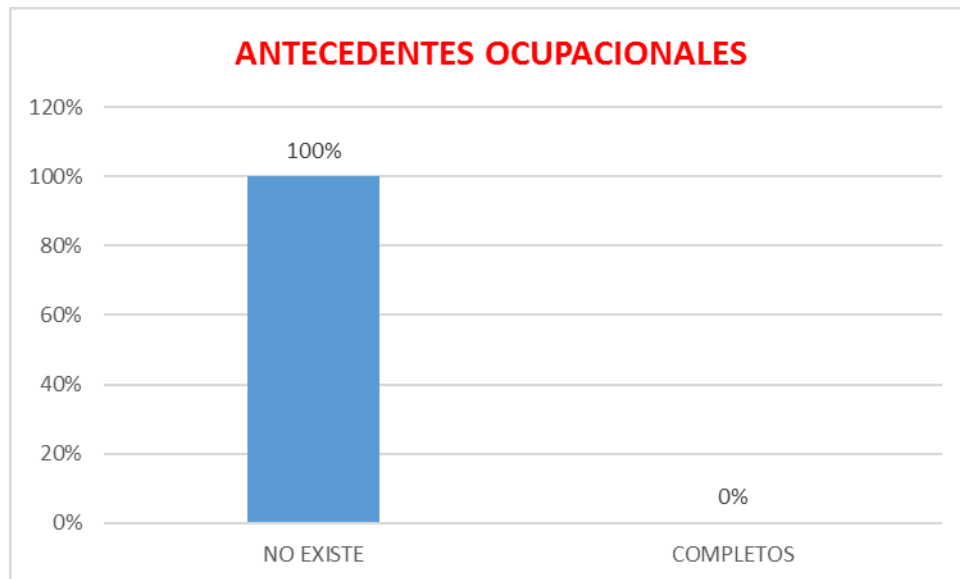
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 04. Calidad de Registro de Antecedentes epidemiológicos en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



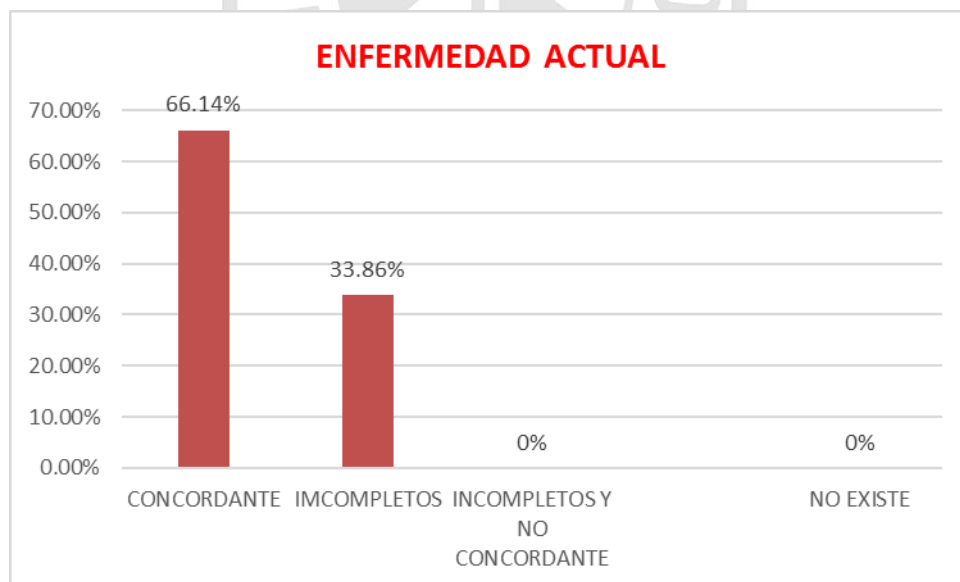
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 05. Calidad de Registro de Antecedentes ocupacionales en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



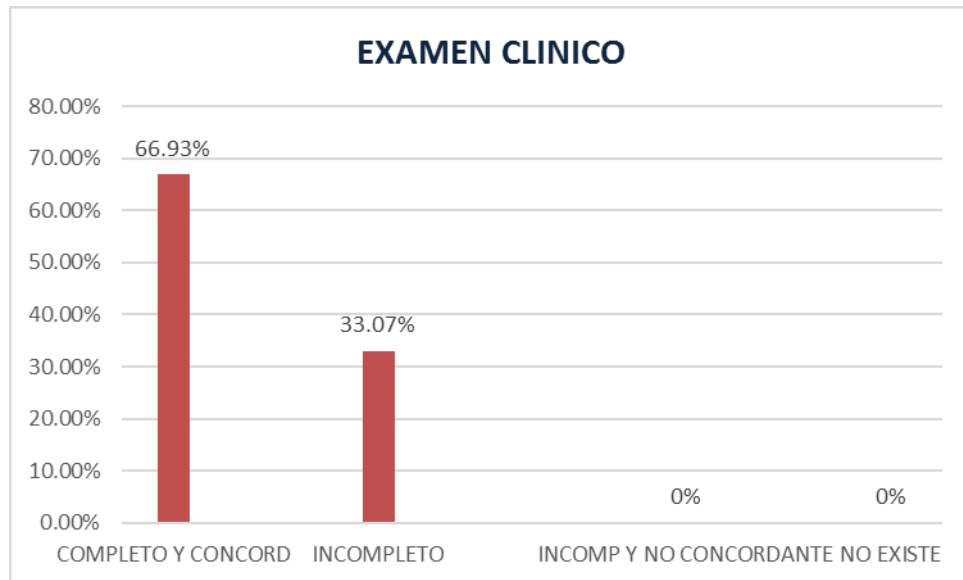
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 06. Calidad de Registro de Enfermedad Actual en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



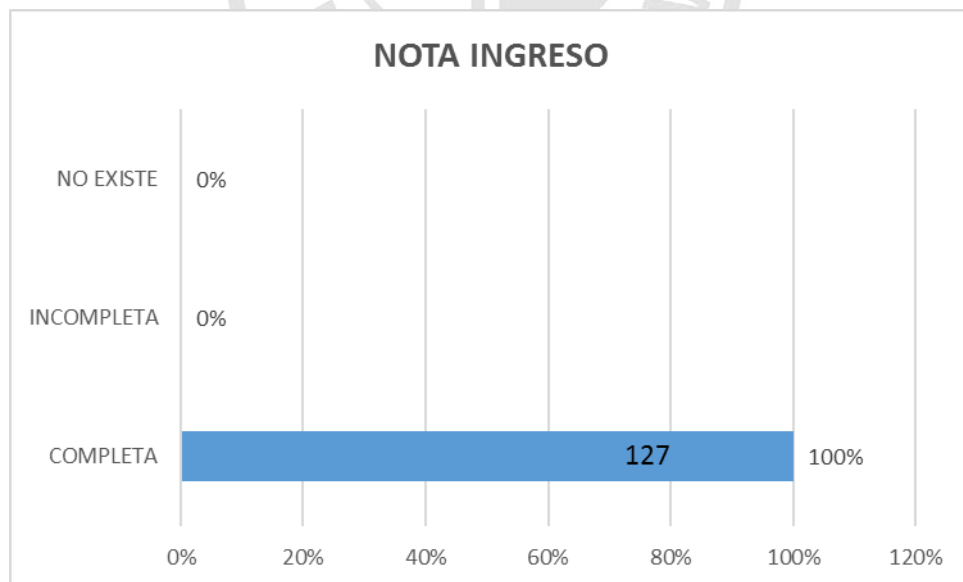
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 07. Calidad de Registro del Examen Clínico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



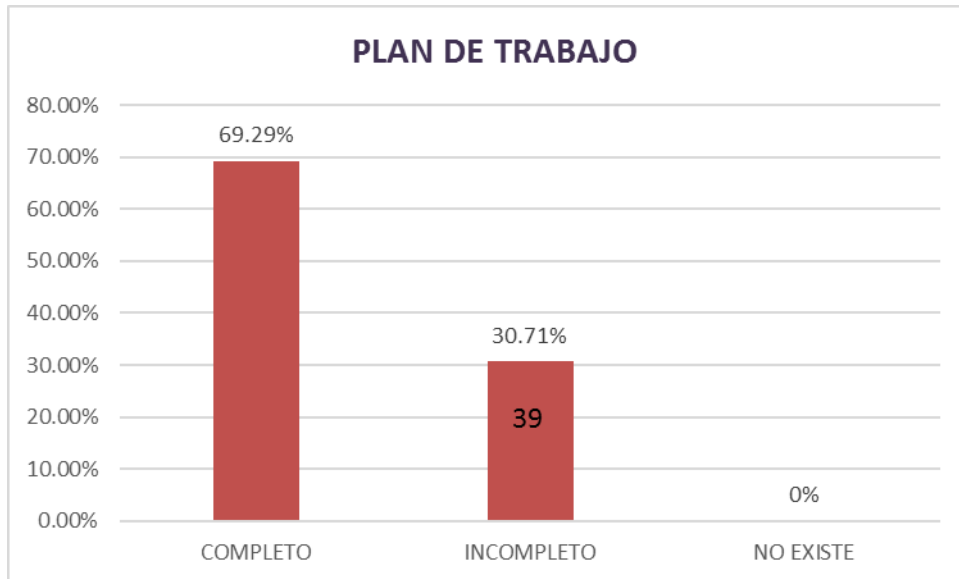
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 08. Calidad de Registro de la Nota de Ingreso en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



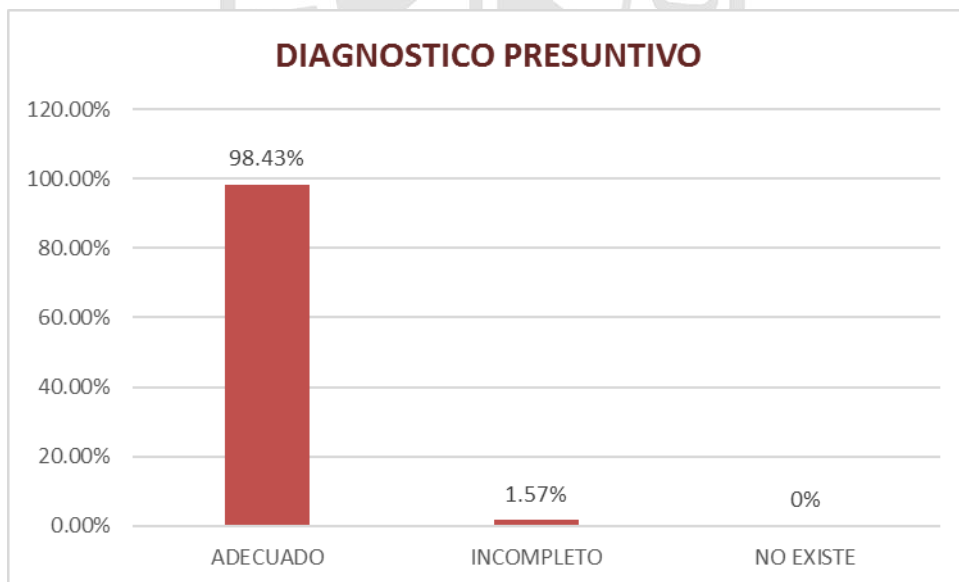
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 09. Calidad de Registro del Plan de Trabajo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



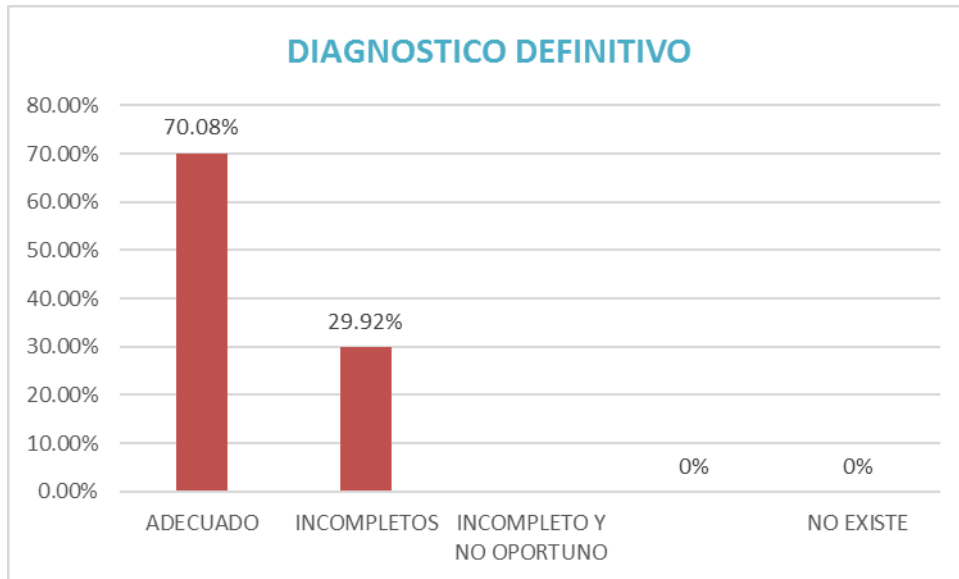
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 10. Calidad de Registro del Diagnostico Presuntivo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



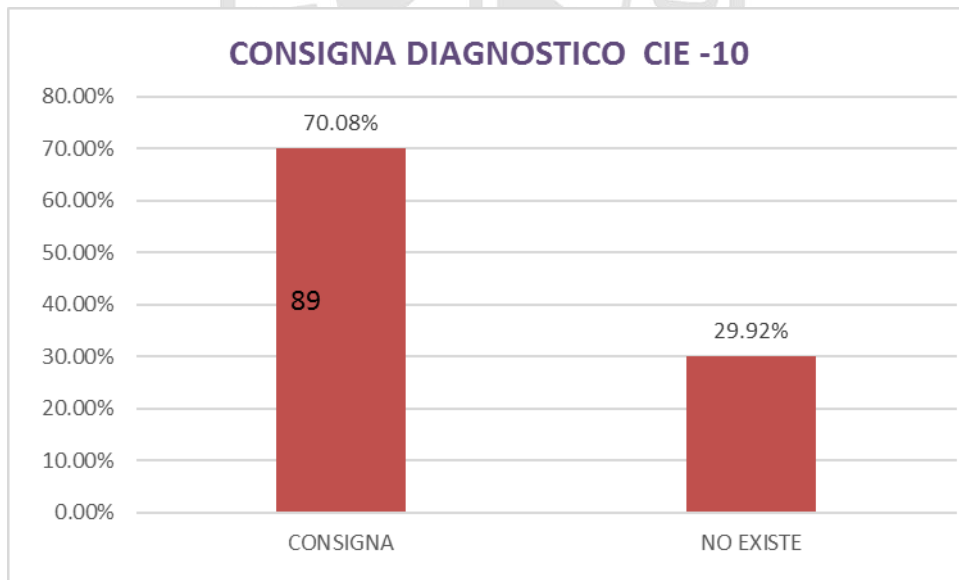
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 11. Calidad de Registro de Diagnóstico Definitivo en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



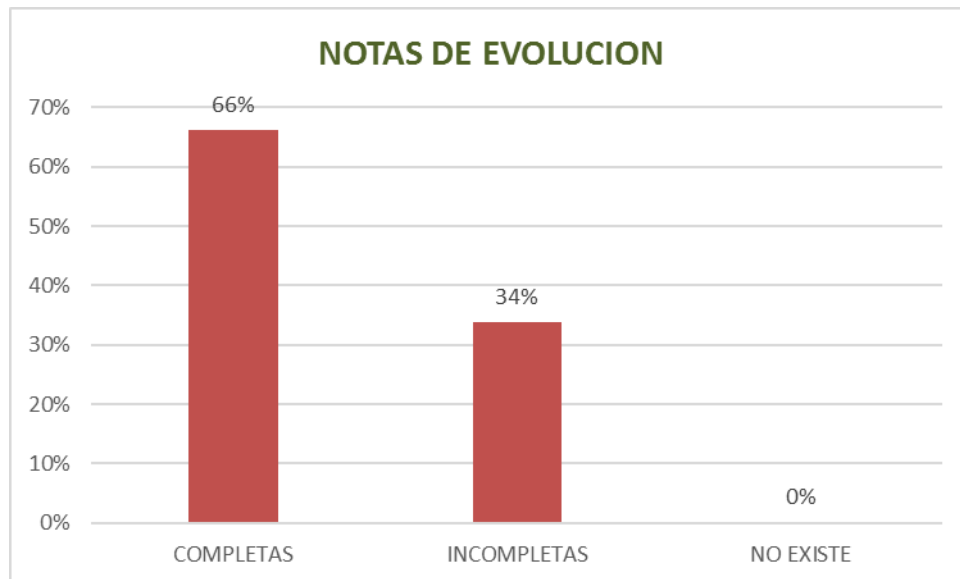
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 12. Calidad de Registro de Diagnóstico con código CIE-10 en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



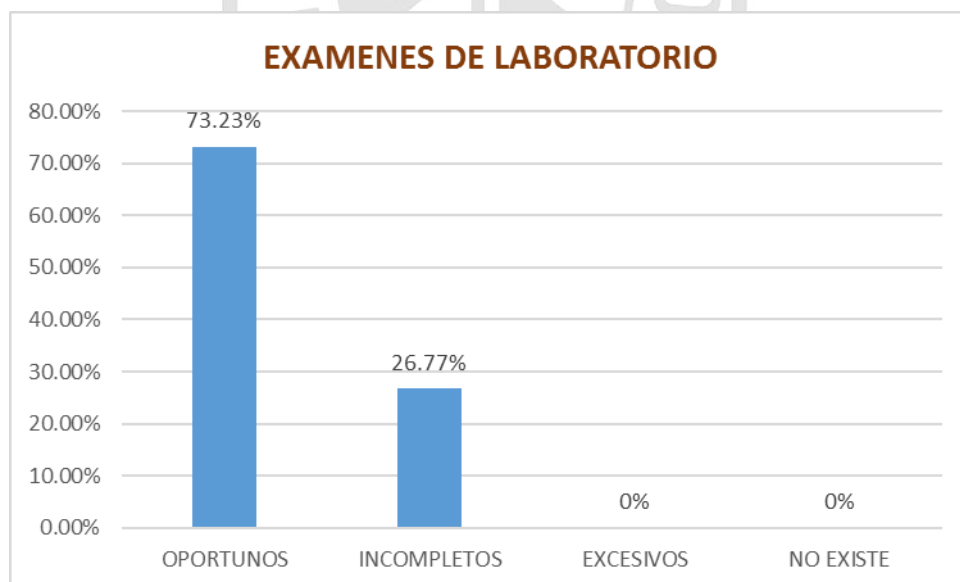
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 13. Calidad de Registro de Notas de Evolución en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



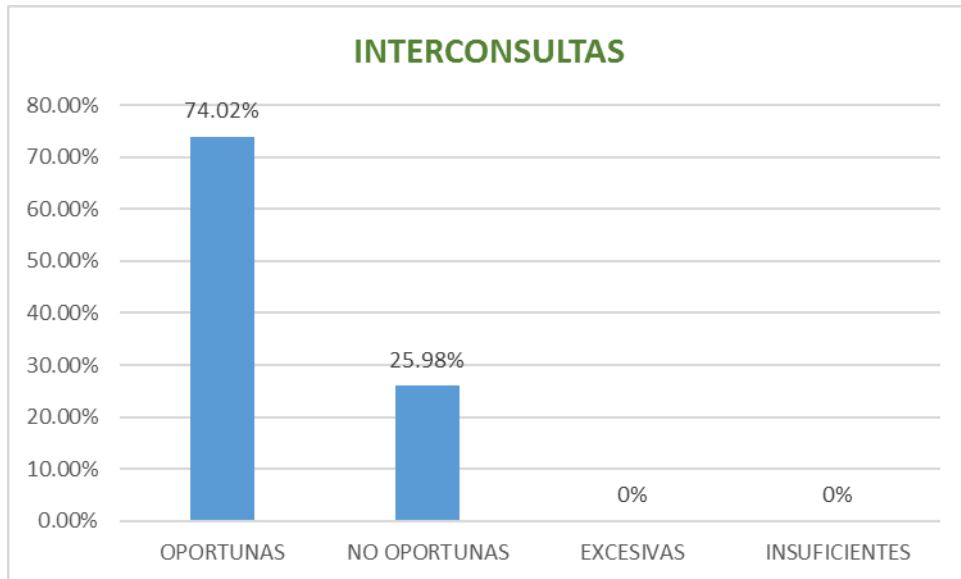
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 14. Calidad de Registro de Exámenes de Laboratorio en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



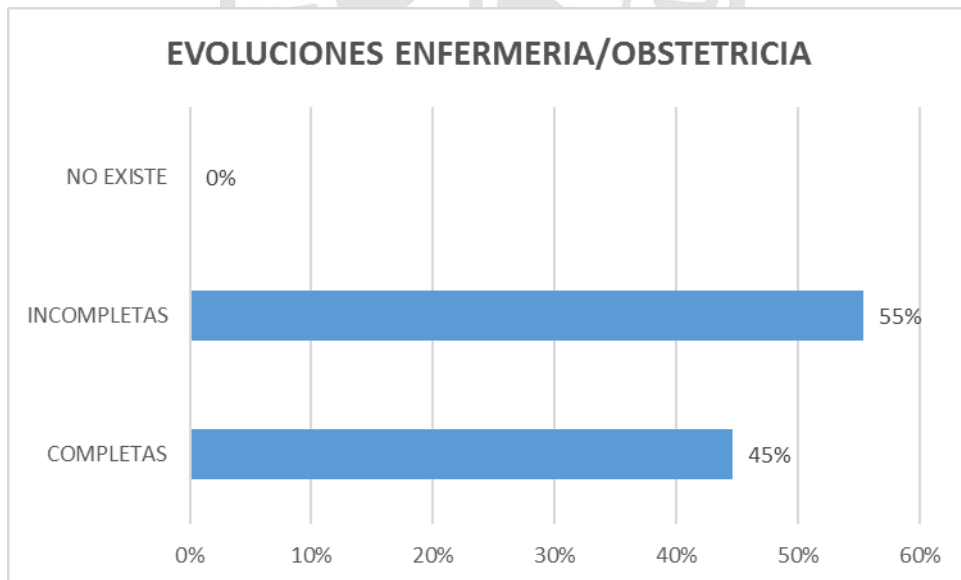
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 15. Calidad de Registro de Interconsultas en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



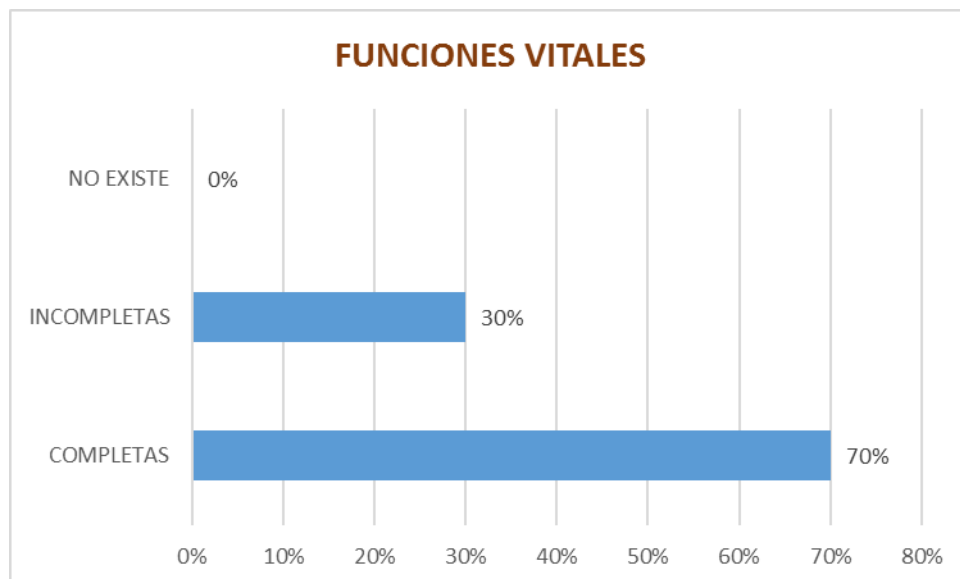
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 16. Calidad de Registro de Evoluciones Enfermería y/o Obstetricia en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



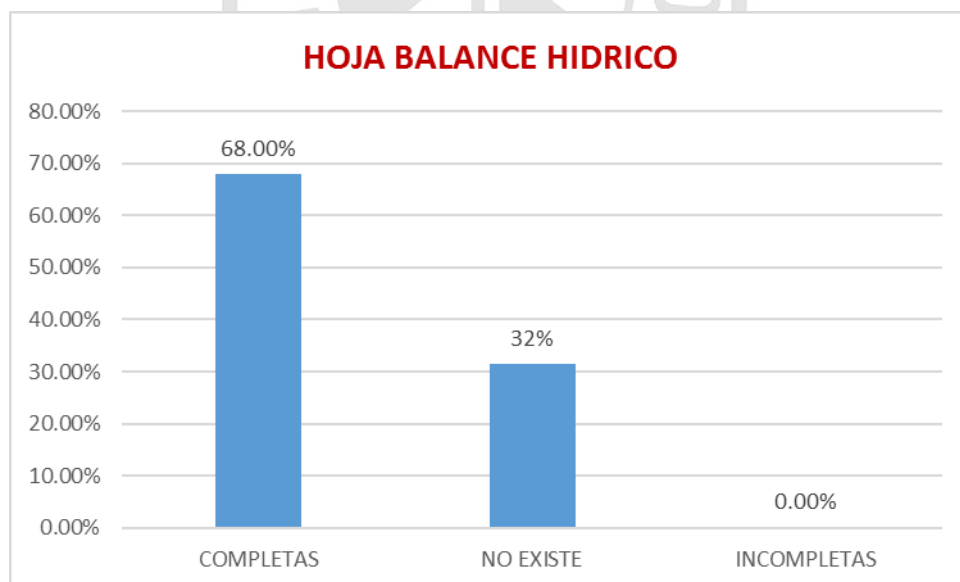
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 17. Calidad de Registro de Funciones Vitales en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



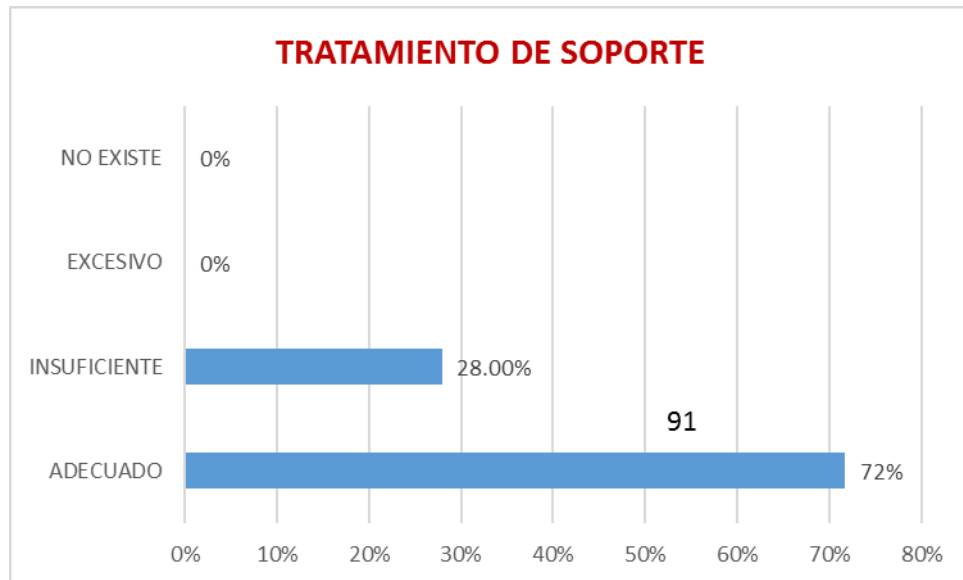
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 18. Calidad de Registro de Hoja de Balance Hidrico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



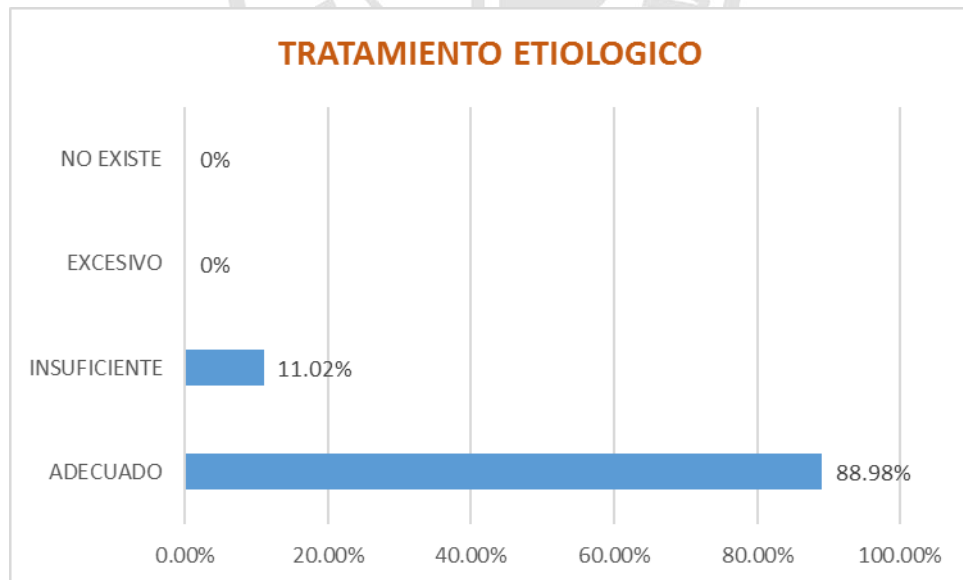
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 19. Calidad de Registro de Tratamiento de Soporte en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



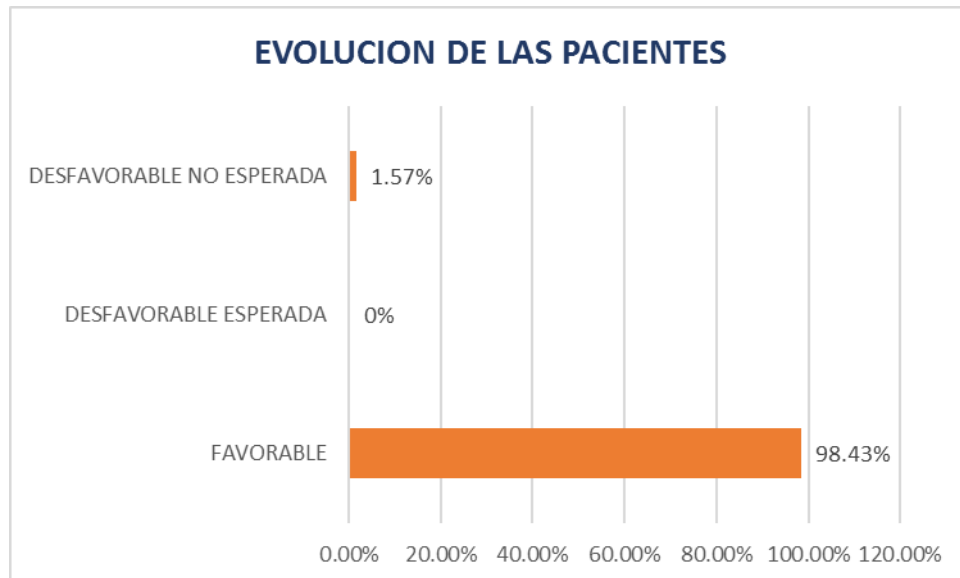
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 20. Calidad de Registro de Tratamiento Etiológico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



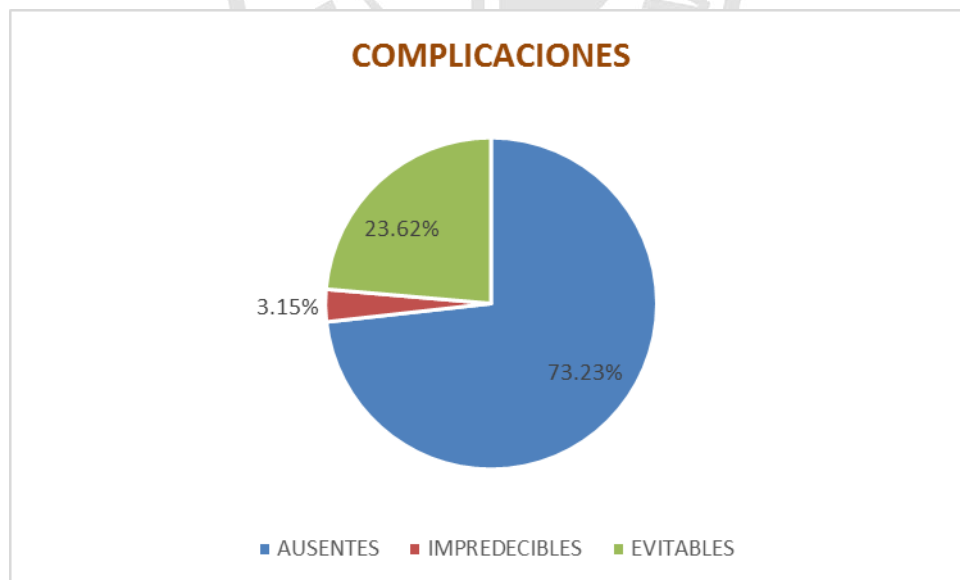
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 21. Calidad de Registro de Evolución de las Pacientes en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



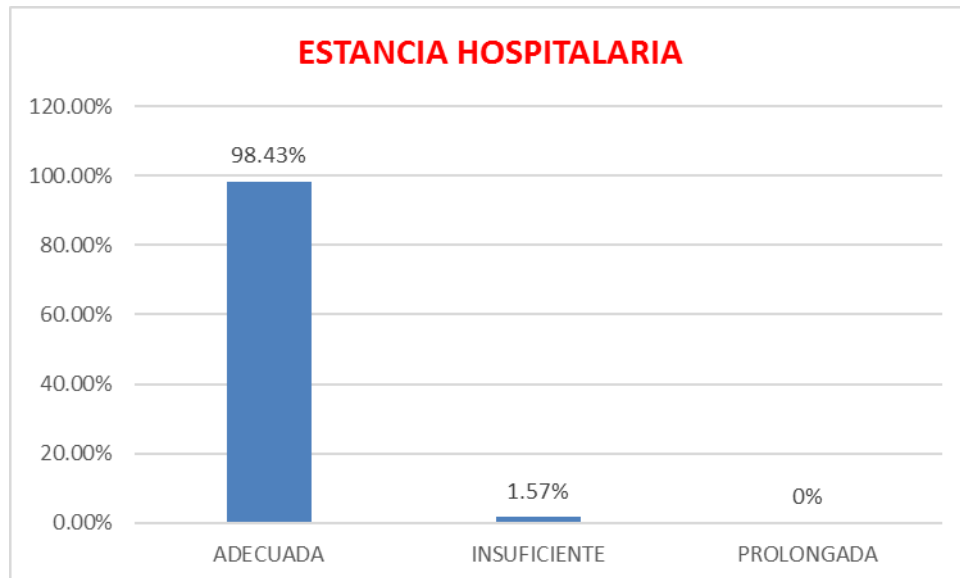
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 22. Calidad de Registro de las Complicaciones en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



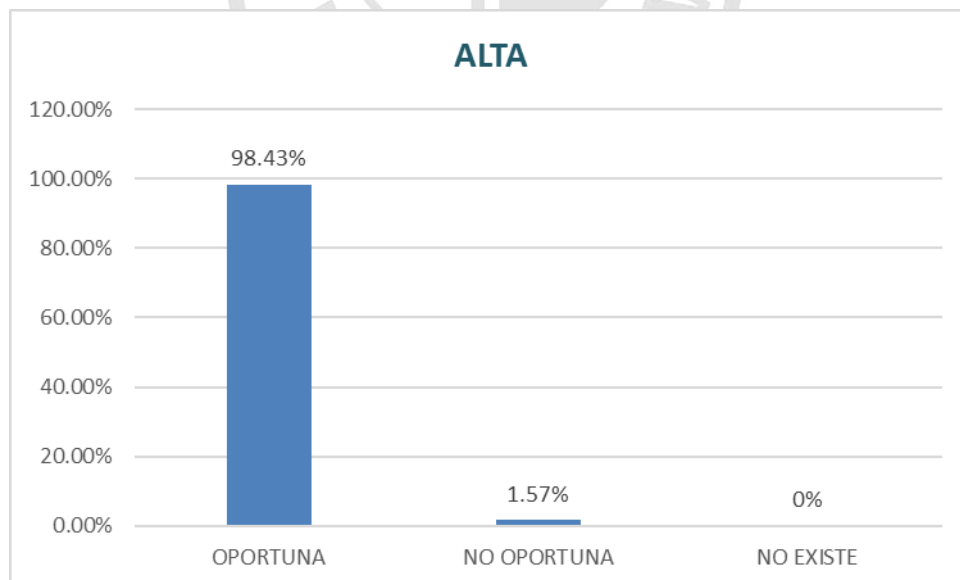
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 23. Calidad de Registro de Estancia Hospitalaria en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



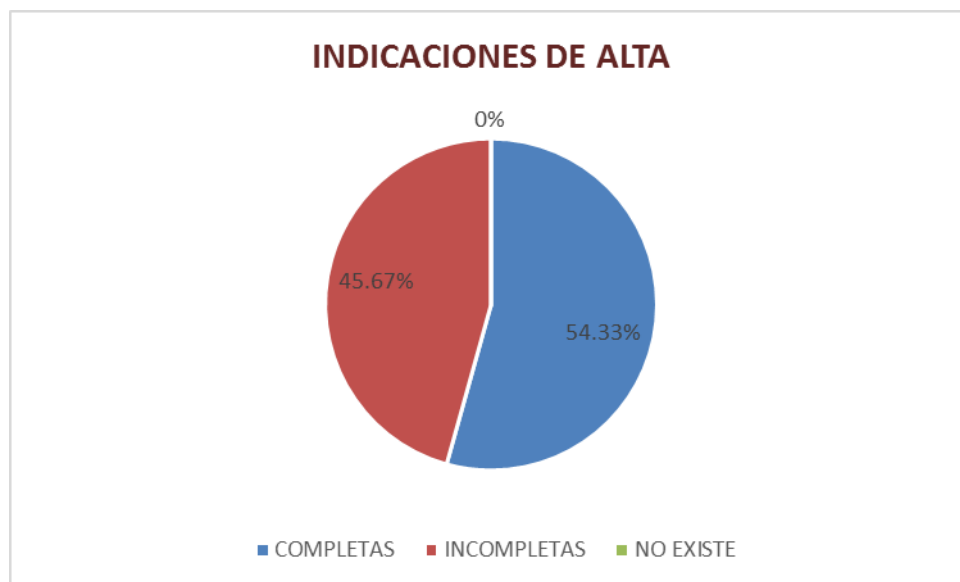
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 24. Calidad de Registro del Alta en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



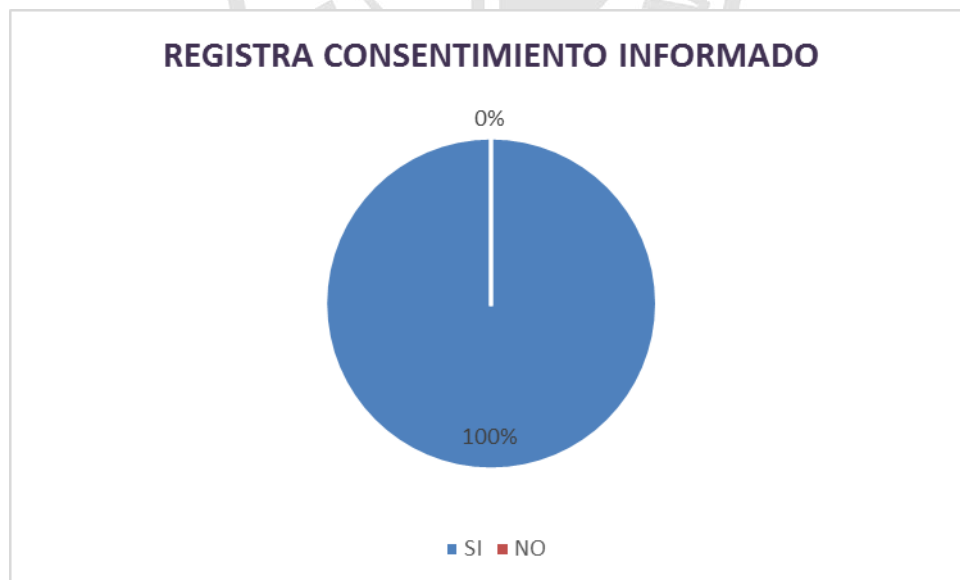
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 25. Calidad de Registro de Indicaciones de Alta en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



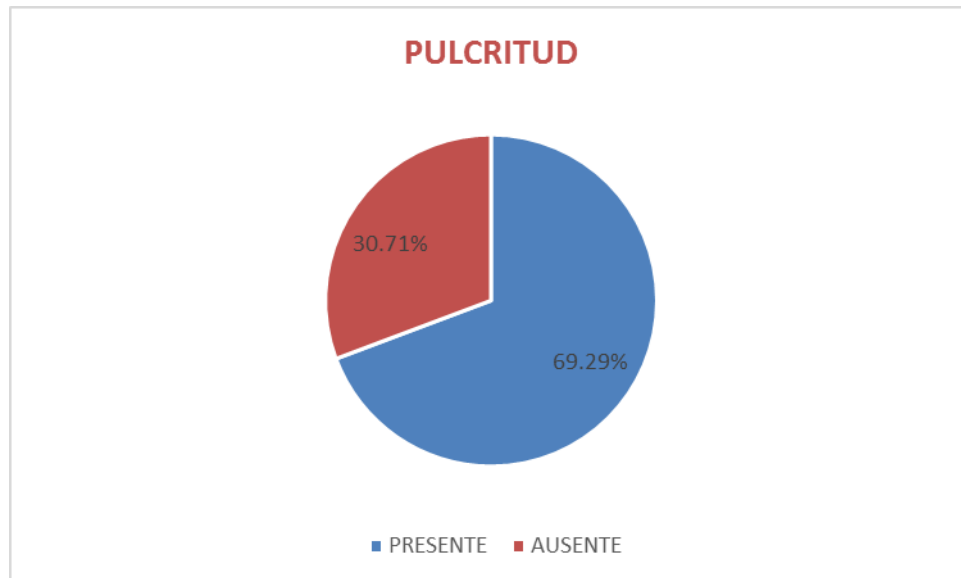
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 26. Calidad de Registro del Consentimiento Informado en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud.



Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 27. Calidad de Registro de Pulcritud en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



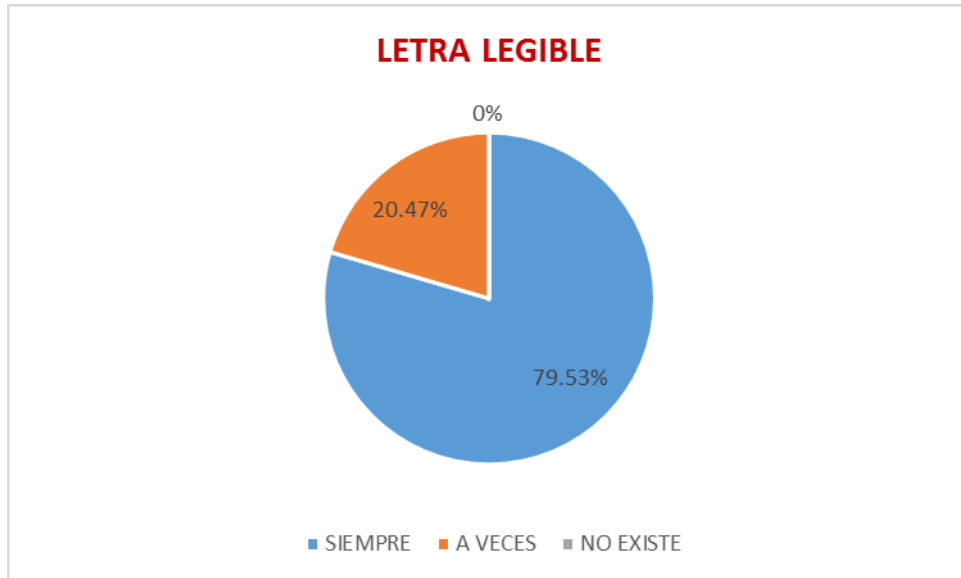
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 28. Calidad de Registro de Hora de Atención en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



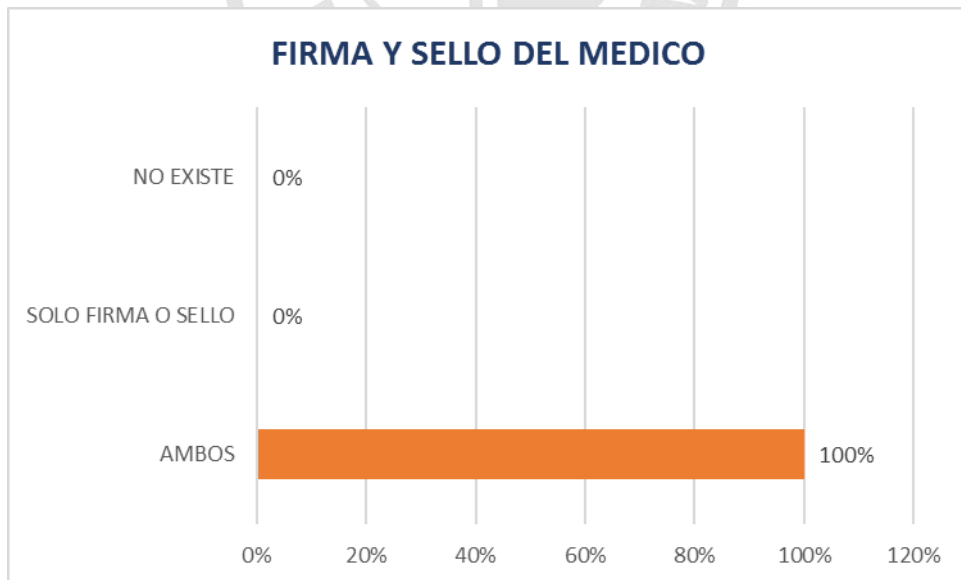
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 29. Calidad de Registro de Letra Legible en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



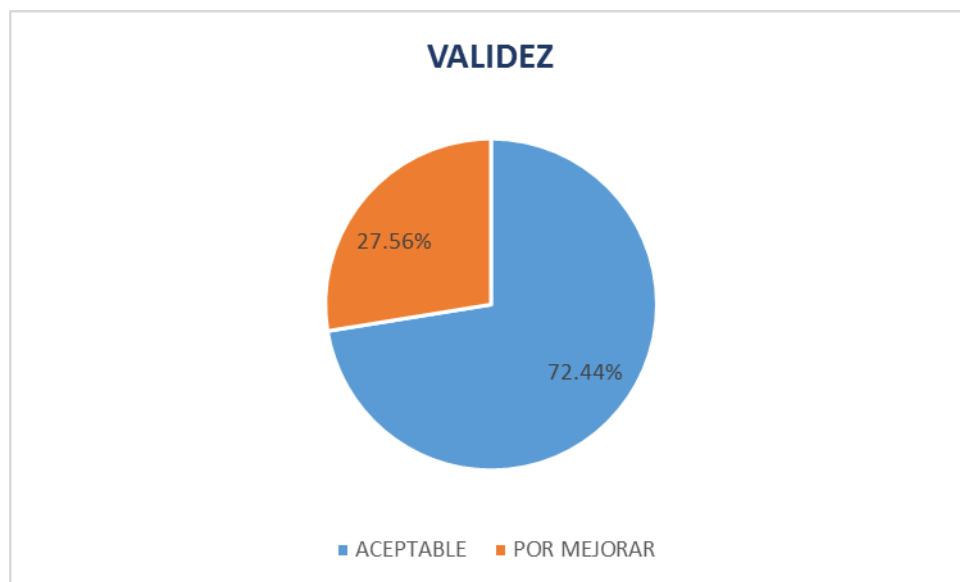
Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 30. Calidad de Registro de Firma y Sello Medico en las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud

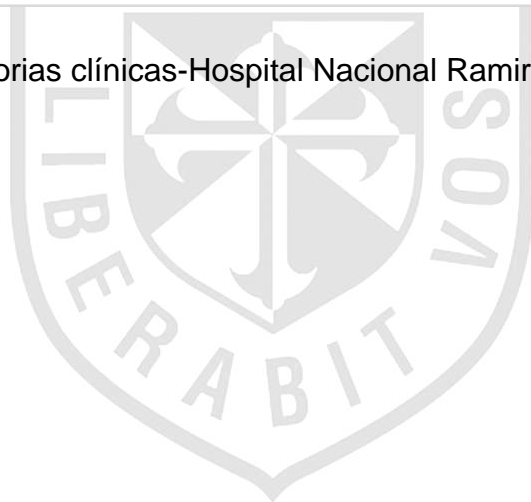


Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.

GRAFICO N° 31. Calificación de la Calidad de los Registros de las historias clínicas. Hospital Nacional Ramiro Priale Priale. Essalud



Fuente: Historias clínicas-Hospital Nacional Ramiro Priale Priale.



CAPITULO IV

DISCUSION

La auditoría médica en los servicios de salud, se comporta como un proceso de mejora continua que evalúa la calidad de atención en comparación con estándares nacionales o internacionales, en base a ello inicia acciones de mejora cuando éstos no son alcanzados. La auditoría de registros en salud, no solo evalúa la calidad de dichos registros sino que a través de ello también valora la calidad de la atención médica, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y de la atención brindada.

En los últimos años en el país se han incrementado los problemas médico legales que afectaron la integridad de casi todas las instituciones que brinda servicios de salud tanto públicas como privadas, han afectado en igual medida la estructura, las funciones y la capacidad de respuesta del Sector Salud a las necesidades de la población. Se presenta ante ello, la oportunidad de analizar esta situación por su magnitud y profundidad, a través de la observación de la conducción del proceso de atención de la salud de las personas para que por medio de ello, junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando.

En los servicios de Obstetricia de Hospitales Nacionales categorías II y III, que son establecimientos de salud de referencia de patologías complejas, la complicación obstétrica por Preeclampsia es la más peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida de la madre. Asimismo como esta patología representa la segunda causa de muerte materna en nuestro país, resulta importante evaluar la calidad del protocolo de preeclampsia en los servicios de obstetricia, en el presente trabajo se evaluó 127 historias clínicas en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Essalud tomando como referencia estándar el protocolo de preeclampsia del servicio de obstétrica del mencionado hospital y utilizando como instrumento de medición la ficha de

auditoria de la calidad de atención de hospitalización(ANEXO 1), validada en la norma técnica N° 029-MINSA.

Los Hallazgos de la auditoria de la calidad del protocolo de preeclampsia de las 127 historias clínicas, dieron como resultado en la calificación final un total de 72.44% como "aceptables"(puntaje mayor de 80 puntos) siendo el puntaje más alto de 92.5 puntos, y las 35 historias clínicas restantes (27.56%) están en el rubro "por mejorar", siendo el puntaje más bajo de 62.5 puntos. Estos resultados son superiores a los obtenidos en el estudio de Matzumura y col, sobre evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa (2010-2011), concluyo en calificación de la calidad de registros como aceptable 63.8% y por mejorar 36.2%. ⁽³²⁾

En otro estudio realizado por Edwin Pablo-Rocano, sobre evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia Hospital Nacional Arzobispo Loayza, las historias clínicas auditadas tuvo una calificación entre 48 y 64% (de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro), lo que las califica como regulares. Los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las HC auditadas. El 100% de HC registró en forma incompleta los ítems de Enfermedad Actual y 70% no enfatizó el motivo de consulta. No hubo una sola HC en la que se registró la codificación CIE10. ⁽³³⁾

Es importante señalar que el hospital donde se desarrolló nuestro estudio se trabaja con historias clínicas digitales y con un sistema de registro de códigos y datos computarizados , lo cual permite tener historias imprimidas con resultados de laboratorio impresos mejorando la pulcritud, legibilidad y presencia obligatoria de diagnósticos con código CIE-10 en las formatos de emergencia y consulta externa de las historias, sin embargo las notas de evoluciones, hojas de funciones vitales , formatos de balance hídrico así como registro de terapéuticas diarias son manuales y sin formatos preestablecidos lo cual quita puntajes en las evaluación de la validez de los datos consignados.

Con respecto al registro de los datos de filiación, se encontró el 66.1% de las historias clínicas en el rubro de incompletas, porque faltan 2 a más datos de filiación y solo el 33.9% tenían datos completos y suficientes. Ha sido frecuente que no consignan datos de fecha, hora, religión, raza. En el estudio de Llanos y col. realizaron una auditoria médica de historias clínicas de consulta externa en cuatro hospitales del Perú y hallaron que el llenado de las historias clínicas es bastante pobre para fecha y hora de consulta (13,7%).⁽³⁴⁾

En relación a los antecedentes personales no patológicos, el registro de datos es incompleto en un 63%, completo en un 13.4% y no existes datos en un 23.6%, no consignan datos completos de los controles prenatales, tipos de parto, antecedentes de alimentación.

Con respecto a la calidad de registro de enfermedad actual, se ha encontrado completa y concordante con los problemas de ingreso en un 66.14%, incompleta en un 23.86%, porque faltan datos en tiempo de enfermedad, desarrollo cronológico, signos y síntomas principales. Estos resultados contrastan con los descritos por Cordero en un centro médico de EsSalud con sistema de gestión hospitalaria, que registra 50% de registros concordantes 50% incompletos.⁽²⁶⁾

En relación al examen clínico, se ha evidenciado registro de datos completos del examen preferencial de pacientes obstétricas por patología de preeclampsia en un 66.93% y examen clínico incompleto en un 33.07%, porque siendo examen preferencial no consignan datos en relación a edemas patológicos, incrementos excesivos de peso materno. Nuestros hallazgos son similares al estudio de Matzumura y col. en cuanto al examen físico, obtuvieron un 64% de historias correctamente llenadas, 34% a medias y 8 historias sin examen físico alguno.⁽³²⁾

Con respecto a la Nota de ingreso se encuentra completa en el 100% de las historias clínicas auditadas. Este hallazgo se relaciona a la presencia de médicos residentes de ginecología y obstetricia, quienes confeccionan notas de ingreso que deben ser supervisadas y validadas por un médico asistente, por lo tanto la

elaboración de un nota de ingreso completa es parte de la formación académica y docente con los residentes.

En relación al plan de trabajo, se encuentran completos en un 69.2%, e incompletos en un 30.71%, porque no tienen las interconsultas de cardiología, oftalmología, nefrología, las cuales son parte del protocolo de preeclampsia.

Con respecto al Diagnostico Presuntivo las posibilidades son adecuadas en el 98.43%, de los casos, ya que guardan relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes, y el 1.57% son incompletos porque no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica.

En relación al Diagnóstico Definitivo las posibilidades son adecuadas y oportunas en el 70.08% de las historias clínicas, porque existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares, y en el 29.92% son incompletos porque no figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. En el estudio de Matzumura y col, los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente).⁽³²⁾

Con respecto al uso del código de CIE-10 se encuentra consignado en el 70.08% de las historias clínicas y en el 29.92% no existe codificación. Estos hallazgos también difieren por los reportados por autores como Perata y col., que encontraron el registro de este criterio en 84,6% de la muestra evaluada.⁽³⁵⁾ Sin embargo contrasta enormemente con el estudio de Pablo Rocano donde no hubo una sola HC en la que se registró la codificación CIE10⁽³³⁾, siendo realidades distintas, en dos hospitales nacionales del ministerio de salud.

En relación a las notas de evolución son completas en el 66% de las historias clínicas, porque siguen el sistema SOAP, consignan funciones vitales, y son

incompletas en el 34% de las historias clínicas porque faltan algunos datos mencionados.

Con respecto a los exámenes de laboratorio son completos y oportunos en el 73.23% de las historias clínicas, porque los exámenes han sido solicitados oportunamente y según se requieren durante la evolución de la preeclampsia, siendo incompletos en el 26.77% de las historias clínicas, porque no se solicitan todos los exámenes necesarios estipulados en el protocolo de preeclampsia.

En relación las Interconsultas son suficientes y oportunas en el 74.02% de las historias clínicas evaluadas y son no oportunas en el 25.98%.

Con respecto a las notas de enfermería y/o obstetricia son completas en el 45% de las historias clínicas evaluadas porque registran funciones vitales, medicamentos, vías de administración, dosis procedimientos o interurrencias, y son incompletas en el 55% de las historias clínicas porque faltan datos.

En relación a la hoja de funciones vitales son completas en el 70% de las historias clínicas porque en la hoja de la gráfica está registrada la presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y son incompletas en el 30% de las historias porque faltan datos.

Con respecto a la hoja de balance hídrico son completas en el 68% de los casos y no existen en el 32% de las historias clínicas.

En relación al tratamiento de soporte son adecuadas y suficientes en el 72% de las historias clínicas, porque registran tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos, y es insuficiente en el 28% de las historias porque faltan datos. Con respecto al tratamiento Etiológico son adecuados y suficientes en el 88.98% de los casos porque cubre los requerimientos sustentados en la evolución clínica consignaron al menos el nombre genérico, dosis, vía de administración y frecuencia del fármaco; y son insuficientes en el 28% de los casos porque no se relaciona al tratamiento de los requerimientos. Comparado con nuestros resultados, los obtenidos por González y col. mostraron un cumplimiento adecuado de este criterio en 87,1% de

su muestra un resultado similar fue hallado por Bocanegra y col., con 91,4% de historias clínicas con registro explícito del tratamiento aplicado. ⁽³⁶⁾

En relación a la evolución de los pacientes ha sido favorable en el 98.43% de las historias clínicas evaluadas, y desfavorable no esperada en 1.57% con dos muertes maternas por síndrome HELLP, estas pacientes no pertenecían a la red Junín, llegaron transferidas de la red Cerro de Pasco.

Con respecto a las complicaciones, se encontraron ausentes en el 73.23%, impredecibles en el 3.15%, porque no se esperaba de acuerdo al tratamiento instalado, y evitables en el 23.62%.

En relación a la estancia hospitalaria ha sido adecuada en el 98.43% de las historias clínicas evaluadas ya que oscilan en promedio entre 3- 5 días de estancia hospitalaria, y el promedio de días de hospitalización por esta patología es de 3- 7 días y se encuentra insuficiente en el 1.57% de los casos.

Con respecto al alta ha sido oportuna en el 98.47% de las historias evaluadas porque se han dado las altas luego de definir y superar el problema de preeclampsia, y no existe el alta en 1.57% porque son pacientes fallecidos por las complicaciones.

En relación a las indicaciones de alta han sido completas en el 54.33% de las historias clínicas evaluadas e incompletas en el 45.67% de los casos.

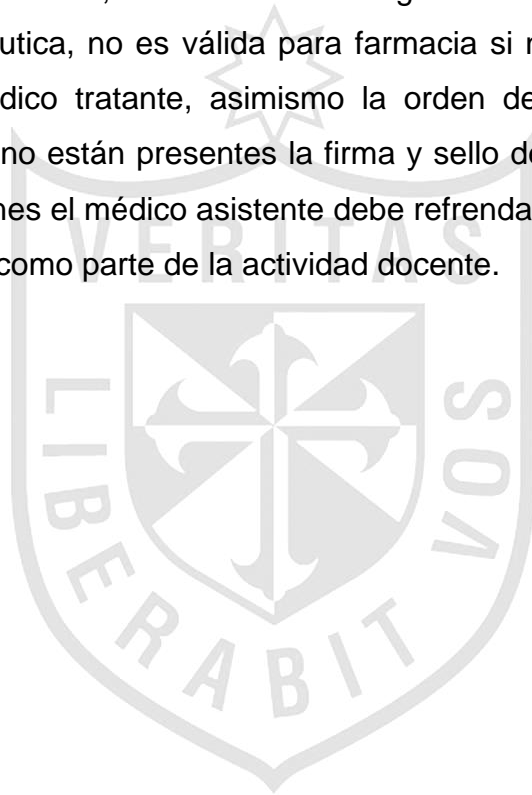
Con respecto al registro de consentimiento informado se encuentra presente en el 100% de las evaluaciones.

En relación a la pulcritud se encuentra presente en 69.29% de las historias clínicas evaluadas, porque las historias están limpias, ordenadas con formatos adecuados y pulcritud ausente en el 30.71% de las historias.

Con respecto al registro de la hora de atención si está consignado en 74.02% de las historias clínicas y no existe registro en el 25.98%.

En relación a letra legible siempre está presente en 79.53% de las historias clínicas y a veces es letra legible en 20.47% de las historias evaluadas.

Con respecto al registro de firma y sello del médico tratante ambos se encuentran presentes en el 100% de las historias clínicas. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Matzumura y col. ambos se encuentran presentes en 97,2% (314) de las historias clínicas evaluadas. Estos resultados difieren enormemente a los obtenidos en los estudios de Perata y col. que obtuvieron presentes firma y sello en 49,7%. Nuestros hallazgos en relación a este registro se debe a que la terapéutica, no es válida para farmacia si no se ha consignado la firma y sello del médico tratante, asimismo la orden de hospitalización no se registra al sistema si no están presentes la firma y sello del médico, asimismo en las notas de evoluciones el médico asistente debe refrendar las anotaciones de los internos y residentes como parte de la actividad docente.



CONCLUSIONES

Nuestros resultados tienen mejor puntuación en relación a otros estudios con un puntaje de 72.44% como historias clínicas aceptables, y que los registros anotados en las historias clínicas han sido coherentes y consistentes con la información brindada en el protocolo de preeclampsia del servicio, lo cual ha permitido manejos oportunos y adecuados en un 88.98% de los casos, evidenciándose evolución favorable en el 98.43% de las pacientes y estancias hospitalarias adecuadas en el 98.43% de los casos de preeclampsia.

Se reconoce que el llenado de la historia no está directamente asociado con la calidad de la atención; pues se puede observar buenas prácticas clínicas independientes del llenado de las historias clínicas. Sin embargo es importante mejorar la calidad de registros en salud, si bien es cierto que el medico al escribir los ítems demorara en el llenado, sin embargo esto le permitirá un proceso de ordenamiento y mejoramiento de sus procesos mentales con ello enfocara en forma sistemática la información recogida, con el fin de tomar decisiones consistentes y oportunas.

En nuestra realidad nacional, no hay motivaciones en el personal de salud para mejorar el llenado de las historias clínicas, tampoco hay procesos interactivos ni educativos a los profesionales de salud sobre las normas del ministerio de salud para el correcto llenado de las historias clínicas.

RECOMENDACIONES

Para la adecuada evaluación de las Historias Clínicas debe existir en los establecimientos de salud un comité de gestión de la calidad que tenga como finalidad velar por garantizar y mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente. Dicho comité debe revisar y evaluar las Historias Clínicas en un porcentaje representativo de toda la población hospitalaria y con cronogramas mensuales de cada servicio médico, para asegurar que las normas establecidas se estén manteniendo, y realizar la auditoría médica.

Los errores no pueden ser ignorados, se deben reconocer sus causas, analizar y plantear las medidas preventivas necesarias. La auditoría médica asociada a la retroalimentación de resultados, es un método eficiente en la implementación de cambios en el sistema de calidad de atención. Este es el planteamiento central de la auditoría médica como un mecanismo no punitivo, voluntario y con incidencia en el reporte de errores para, mediante la metodología de la educación médica continua, posibilitar y garantizar la calidad del acto médico. ⁽²⁴⁾

Con el fin de mejorar la calidad de registro en las historias clínicas, se podría disponer de un formato de Historia Clínica de atención en hospitalización, emergencia, consulta externa que cumpla con los estándares del Ministerio de Salud, para recordar al médico los datos que se deben asignar en este documento.

FUENTES DE INFORMACION

- 1.- Ley N° 26842. Ley General de Salud. El Peruano. Normas Legales. Julio 1997.
- 2.- Resolución N° 654-GG-ESSALUD-2001, que aprueba la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, Procedimiento para distribución, emisión, registro y control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo- CITT.
- 3.-Resolución N° 001-GDP-ESSALUD-2003. Guía para la realización de Auditoria Médica en el Seguro Social de Salud.
- 4.- Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 001-GDPESSALUD-2004. Modificación en la Guía para la realización de Auditoria Médica en el Seguro Social de Salud-Essalud.
- 5.- Niswander KR, Obstetricia Practica Clínica. Reverte Barcelona 1987, pag. 163-168.
- 6.- Ministerio de Salud del Perú, Oficina de Estadística e Informática. Dirección General de Salud de las Personas. Escuela Nacional de Salud Pública.
- 7.-Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Diseño de Sistema de Auditoria Médica y de Gestión. Lima: MINSA; 2000.
- 8.-Alexander AM para documentar sistemas de calidad. Prentice Hall, 1999.
- 9.- UNMSM. Diplomado en Auditoria Médica Facultad de Medicina; Piscocoya Albañil, José. 1998.
- 10.- Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. Oxford 1998, 1 – 15.
- 11.- Schroeder SA. Outcome assessment 70 years later are we ready? N Engl J Med 1987; 316: 160- 1.

- 12.- Piscoya AJ, Aliaga E, Auditoria Médica como pilar de la calidad en la Atención de Salud. Revista Médica IPPS 1997. Vol. 6 (Nº 3-4): 66 – 74.
- 13.- Piscoya AJ. Manual de Auditoria Médica en Hospitalización. Oficina de Auditoria Médica – Hospital Nacional Guillermo Almenara – Essalud. Abril 1999.
- 14.-Seguro Social de Salud. Normas y Procedimientos para la auditoría médica de prestaciones de salud en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) Lima, 2010.
- 15.-Piscoya AJ, Calidad de la atención en Salud a través de la Auditoria Medica, Anales de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos, Vol 61.
- 16.-Piscoya AJ. El ciclo de la auditoria médica. En: Diplomado de Auditoria Médica.Universidad Ricardo Palma. Lima, 2007.
- 17.-Osorio G, Sayes N, Fernández L. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Revista Médica de Chile 2002; 130: 226-229
- 18.-The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish. Setiembre 2001
- 19.-Terrada ML, Peris BR. Lecciones de Documentación Médica. Valencia: Cátedra de Documentación Médica, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia, 1988.
- 20.-Peris BR, Documentación Médica hospitalaria en España: Algunas reflexiones desde Valencia. Pap Méd 1998;7(1):18- 24.
- 21.-Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica peruana de auditoría en salud para el mejoramiento de la calidad de los servicios N° 029MINSa. En: www.portalminsa/publicaciones
- 22.-Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Auditoría de Historias Clínicas de Hospitalización ISE - EPS. Primera Revisión. Lima: SEPS; 2000
- 23.-Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (II).Definiciones y tipología. Med Clin (Barc) 1994; 103:741-4.

- 24.-Ortega-Benito JM. La auditoria médico-clínica (III):Facetas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 25-8.
- 25.- Tarco VD, Auditoria Médica y Calidad de Atención en el Programa de Atención Domiciliaria Essalud. UNMSM. (Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud). Lima –Perú, 2003.
- 26.-Cordero BR, Auditoria Médica en un centro asistencial de Essalud con Sistema de Gestión Hospitalaria UNMSM (Tesis para optar titulo de especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud). Lima-Peru 2004
- 27.- Colegio Médico del Perú. Auditoria Médica (cd-rom). Programa de Educación Médica Continua. Perú – CMP. 2002.
- 28.- Mejía. B, Auditoria Médica. Colombia: Ed. Ecoe ediciones, 2000. Capítulo 8: 41 – 45.
- 29.- Sociedad Peruana de Auditoria Médica. Curso de Capacitación de Auditoria Médica, 2002. Perú. Módulo II: 5 y 6.
- 30.- Sociedad Peruana de Auditoria Médica. Curso de Capacitación de Auditoria Médica, 2002. Perú. Módulo II: 7 y 8.
- 30.- Ortega -Benito J. La Auditoria Médico-clínica IV. Perspectivas. En Medicina Clínica 1995. Vol. 104; 103: 27 y 28.
- 31.- Campión P, Stanley Y, Haddleton M, audit. In general practice: Students and practitioners learning together. Quality in health care 1992; 1: 114 – 118.
- 32.- Matzumura KJ, Gutiérrez CH, Sotomayor S, Pajuelo CG. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Marcos, Vol 75. Num3(2014).

- 33.- Rocano EP. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Rev Soc Peru Med Int. 2008;21(2):51-4.
- 34.- Llanos LF, Mayca J, Navarro GC. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev Med Hered.2006;17(4):220-6.
- 35.-Perata - Salazar M, Llanos Z L, Cabello - 25. Morales EA, Mayca Pérez J. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. Rev Med Hered. 2006;17(1):35-41.
- 36.-Bocanegra S, Bocanegra G; Alvarado V. Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el Hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. Rev Med vallejana. 2008;5(2):115 -24.
- 37.- Cuesta GA, Moreno RJ, Gutiérrez MR. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma, 1986.
- 38.- Abad GM. Investigación evaluativa en Documentación. Aplicación a la Documentación Médica. Valencia: Universitat de València, 1997.
- 39.- Antolín GM, González CR, Parra FT, Ferreras de la Fuente A. Propuesta de un método de evaluación de la calidad formal del informe médico de alta hospitalaria. Todo Hosp 1997;136:67-72.
- 40.- Galobart A, Casals A, Suñol L, Sicras A. Valoración de la calidad del informe de urgencias en un hospital comarcal. Rev Calid Asist 1996;11(3):113-7.
- 41.- Sánchez JM, Vivas D, Salinas F. Sistema de información monitorizado para la detección de problemas en la dirección de centros hospitalarios. Control de Calidad Asistencial 1987;2:23-7.
- 42.- Rodríguez RJ, Sastre BJ, Pérez CC, Ibarra SJ, Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. Todo Hosp 1994;109:4953.

43.- Bischofberger VC, Pulme O. Análisis de los principales errores que se producen en el informe de alta y en el libro de registro de un hospital. Med Clin (Barc) 1992;98(15):565-7.

44.- Argimón PJ, Jiménez VJ. Diseño de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Barcelona: Signo, 1997.

45.-Gómez GR, Gonzales LM, Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-CABECERA, Universidad Ces-Universidad Autónoma facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud Posgrado en auditoria en salud, 2008.



ANEXOS

1.-Instrumento de medición (ficha de auditoria de la calidad de atención de hospitalización del Ministerio de Salud).



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:	
SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN	
MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	
III.- OBSERVACIONES:	
A) ESTUDIO CLÍNICO:	
NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO	

a) Filiación:	Estándar/No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
c) Antecedentes personales patológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/No aplicable	1	No existe	0				
f) Enfermedad Actual:	Completa y concordante con los problemas de ingreso	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso	2	No existe	0
g) Examen Clínico:	Completa y concordante con la enfermedad actual.	6	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual	2	No existe	0
h) Nota de ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0		
i) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
SUB.TOTAL "A"								0

B) DIAGNÓSTICOS:									
a) Presuntivo/s:	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0			
b) Definitivo/s:	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0	
c) Uso del Código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0					
SUB.TOTAL "B"									0
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS									
a) Notas de evolución	Completas	5	Incompletas	3	No existe	0			
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	excesivos	1	Incompletos	0	
d) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	excesivas	1	Insuficientes	0	
SUB.TOTAL "C"									0
D) NOTAS DE ENFERMERÍA									
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			

SUB.TOTAL "D"									0
E) TRATAMIENTO:									
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	6	Insuficiente	4	excesivos	2	No existe	0	
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	10	Insuficiente	5	excesivos	3	No existe	0	
SUB-TOTAL "E"									0
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES									
a) Evolución:	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable esperada	2,5	Desfavorable no esperada	0			
b) Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0			
c) Estancia	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongada	0			
d) Alta:	Estándar/No aplicable	2	No oportuna	1	No existe	0			
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar/No aplicable	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB-TOTAL "F"									0
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA									
a) Registra Consentimiento informado	Si	1,5	No	0					
b) Pulcritud:	Estándar/No aplicable	1	No	0					

c) Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0					
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0,5	Nunca	0			
e) Registra Médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0					
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
SUB.TOTAL "G"									0
TOTAL									0
CALIFICACIÓN:									
ACEPTABLE:	IGUAL O MAYOR DE 80								
POR MEJORAR:	MENOR DE 80								
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:									
Ausencia de firma y sello del médico tratante									
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X									
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa									
Otras:									



**ANEXO 2. PROTOCOLO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS
MATERNOS FETALES SERVICIO OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALE PRIALE.**

PRECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD

1.-DEFINICIÓN

Desorden multisistémicos, sin signos ni síntomas patognomónicos, caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y/o evidencia de daño endotelial en cualquier órgano después de las 20 semanas de gestación.

2.-FISIOPATOLOGIA

Compromiso de mecanismos genéticos, inmunológicos, reactividad vascular aumentada, radicales libres de oxígeno y per oxidación de lípidos que originan una placentación defectuosa y disfunción o daño de la célula endotelial materna todo lo cual produce vasoespasmo, edema, proteinuria, coagulopatía, anomalías renales, anomalías hepáticas y disminución del flujo sanguíneo placentario.

3.-CLASIFICACIÓN

a.-Preeclampsia – Eclampsia

Hipertensión que usualmente aparece después de las 20 semanas de gestación, en combinación con proteinuria y/o edema patológico; eclampsia denota el desarrollo de convulsiones o coma sin otra causa identificable.

-Preeclampsia sin signos de severidad

-preeclampsia con signos de severidad

B.-Hipertensión Crónica

Hipertensión que antecede a la gestación o se manifiesta antes de las 20 semanas de gestación o después de las 6 semanas post parto.

C.-Hipertensión Crónica con Preeclampsia Sobreagregada

el desarrollo de preeclampsia/eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

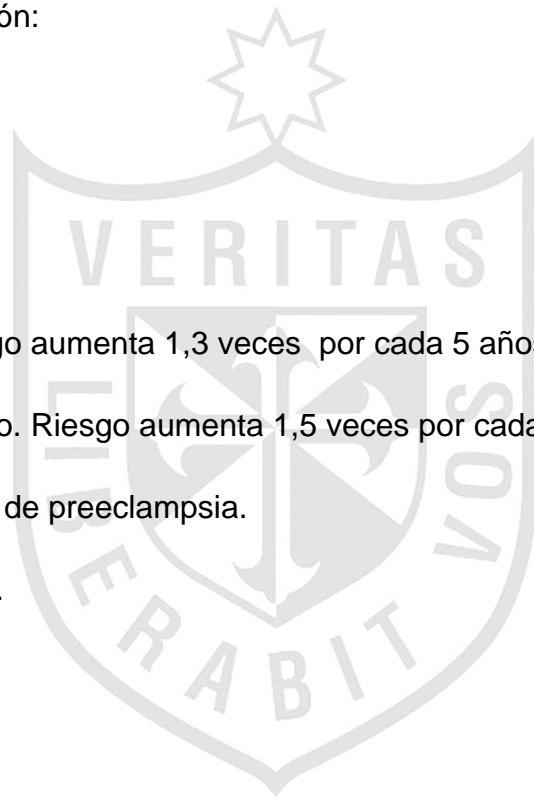
D.-Hipertensión Gestacional.

Hipertensión que aparece en la segunda mitad del embarazo o en las 24 horas post parto, sin otros signos de preeclampsia.

4.-FACTORES DE RIESGO

Antes de la Concepción:

- Nuliparidad
- Primiparidad
- Preeclampsia previa.
- Edad materna. Riesgo aumenta 1,3 veces por cada 5 años.
- Periodo intergenesico. Riesgo aumenta 1,5 veces por cada 5 años.
- Antecedente familiar de preeclampsia.
- Hipertensión crónica.
- Nefropatía
- Obesidad.
- Resistencia a la insulina.
- Diabetes mellitus.
- Transtornos trombofílicos.
- Colagenopatías.
- Hiperhomocistinemia
- Drepanocitosis y rasgo falciforme.



-Estrés, tensión psicosocial, trabajo, ejercicio físico, bajo nivel socioeconómico.

Obstetricos:

-Embarazo múltiple.

-Cromosomopatías fetales.

-Mola hidatiforme.

-Infección de vías urinarias.

-No control prenatal.

5.- CUADRO CLINICO

-Presión arterial elevada

-Aumento de peso

-Signos premonitorios.

-Edema pulmonar.

-Edema de cara y manos.

-RCIU.

-Oligohidramnios.

-Oliguria.

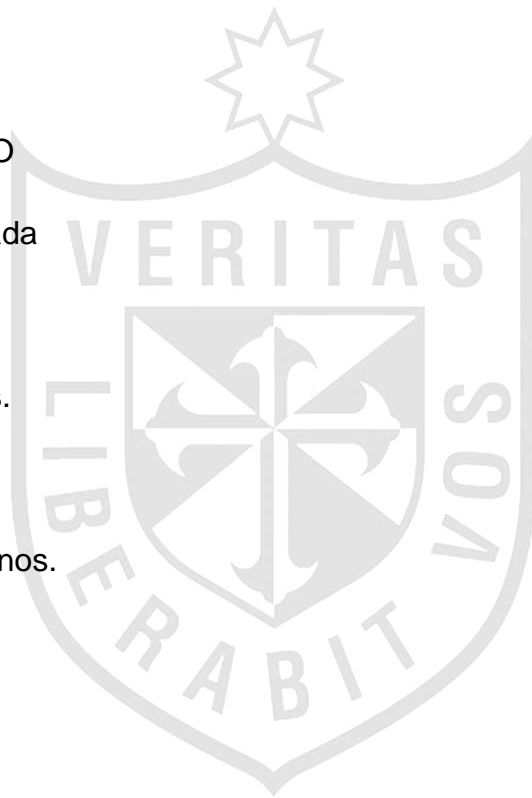
-Convulsiones.

6.-DIAGNOSTICO

Preeclampsia sin signos de severidad

-Hipertensión arterial mayor de 140/90 mmHg.

-Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas.



Más : Síntomas sugerentes de daño de órgano blanco: cefalea, escotomas, dolor epigástrico, o en cuadrante superior derecho.

-Oliguria.< 500 ml/24 horas, o < 30cc/hora

-Edema pulmonar

-RCIU

-Oligohidramnios

-Eclampsia

7.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

-Hipertension arterial crónica esencial o secundaria

-Hipertiroidismo

-Nefropatías

-Epilepsia

-Enfermedad vascular cerebral por aneurisma o malformación arteriovenosa.

-Feocromocitoma

-Consumo de cocaína.

8.-MANEJO

-Parto: La actitud frente a la paciente con preeclampsia, será el parto, se extraerá al producto por la mejor vía. Completada las 34 semanas se inducirá el parto.

Antes de las 34 semanas, se madurará al feto con corticoides y se tendrá una actitud expectante; al mínimo signo de deterioro materno o fetal se interrumpirá la gestación.

-Prevención de Convulsiones : Uso de sulfato de magnesio, cuando estamos frente a la preeclampsia con signos de severidad

Dosis de ataque: -6 gr de sulfato de magnesio en bolo. En un volutrol preparar 3 ampollas de sulfato de magnesio al 20% y diluir hasta completar los 100cc y pasar en bolo.

Dosis de mantenimiento : 1-2 gr de Sulfato de Magnesio por hora. En un volutrol preparar 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% y diluir hasta completar los 100cc y pasar entre 10 y 20 microgotas por minuto.

Vigilar:

- Diuresis horaria , con sonda Foley
- Control de reflejos osteotendinosos
- Control de frecuencia respiratoria

Manejo en caso de intoxicación con sulfato de magnesio:

Administrar Gluconato de calcio al 10% 1 ampolla lento y diluido endovenoso.

-Vigilancia materna

Control de frecuencia respiratoria

Control de peso diario

Control de diuresis

Vigilancia de presión arterial

Vigilancia de reflejos osteotendinosos

Vigilancia de signos premonitorios

Vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal.

9.-EXAMENES AUXILIARES

Vigilancia materna

Hemograma completo , Glucosa, Transaminasa, Bilirrubina directa e indirecta

Ácido úrico, DHL, Perfil de coagulación,

Vigilancia fetal

-NST, Test estresante antes de la Inducción del trabajo de Parto, MIP.

10.-EXAMENES POR IMÁGENES

Ecografía obstétrica, Doppler de arteria cerebral media, Doppler de arteria umbilical, Doppler de ductus venoso según el caso.

11.-INTERCONSULTA

Las pacientes con signos de severidad, requieren evaluación por:

Oftalmología, Cardiología, Nefrología.

12.-CRITERIO PARA EL PARTO INMEDIATO

Causas maternas:

-gestación a termino

-plaquetas < 100000 cells/mm³

-dolor persistente y severo en epigastrio, nauseas

-deterioro progresivo de la función hepática

Deterioro progresivo de la función renal

Sospecha de DPP

Signos premonitorios persistentes.

Causas fetales

-distress fetal

-DPP

-Ausencia de flujo al final de la Diástole antes de 28 semanas

Oligohidramnios

13.-COMPLICACIONES

Propias del trastorno hipertensivo

- cerebro: edema, hemorragia, infarto.
- ojos: desprendimiento de retina, ceguera cortical, papiledema
- cardiovascular: hipertensión, edema pulmonar
- pulmonar: edema pulmonar, neumonía por aspiración.
- hígado: congestión, hematoma, infarto, rotura.
- riñón: glomeruloendoteliosis, sind. Nefrótico, insuficiencia renal.
- sangre: trombocitopenia, anemia hemolítica, CID
- feto y placenta: RCIU, prematuridad, DPP, muerte fetal o neonatal.
- Piel y TCSC: petequias, equimosis, edema
- mucosa: edema laríngeo.

Propias del tratamiento del trastorno hipertensivo

- Sobre hidratación : edema pulmonar
- Hipotensión por drogas antihipertensivas.
- Complicaciones neonatales producto de parto pre término
- Complicaciones por el parto operatorio.

14. CRITERIOS DE INGRESO A UCUMF

- Preeclampsia pre término, menor de 34 semanas
- Preeclampsia con signos de severidad.

-Síndrome Hellp

15.-CRITERIOS DE EGRESO DE UCUMF

-Púerperas mayor de 12 horas

-Presiones arteriales controladas espontáneamente o con medicamentos

-Daño en órgano blanco controlado.

