BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento
Rodríguez Villalón, Marta; Reina Caro, Antonio José; Romero Valencia, Libertad. Valoración de la cumplimentación del registro del Documento de Salud de la Embarazada tras el parto. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0805.php

Valoración de la cumplimentación del registro del Documento de Salud de la Embarazada tras el parto

Autores:
Marta Rodríguez Villalón[1], Antonio José Reina Caro[1], Libertad Romero Valencia[1]

[1]DUE Especialista en Obstetricia-Ginecología. Unidad docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. (España)

Resumen

Objetivo principal: Conocer el nivel de cumplimentación del registro del parto del documento de salud de la embarazada en mujeres que hayan dado a luz en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla.
Metodología: Estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal. Se tomará como población de estudio a todas las mujeres que acudan a la visita puerperal en los centros "El Juncal" y "El Porvenir" después de haber parido en el HUVR.
Resultados principales: Los datos obtenidos se analizarán a través de estadística descriptiva y seguirán un plan de difusión para darlos a conocer.
Conclusión principal: Se pretende identificar que porcentajes se cumplimentan y si depende del tipo de parto. Creemos que los resultados del estudio nos podrían permitir aproximarnos a la calidad de la atención sanitaria prestada por los profesionales que atienden a las gestantes.

Palabras clave: registro; Documento de Salud de la Embarazada; cumplimentación; parto.

Abstract

Objective: to know the level of completion of the register of the Pregnant Health document after childbirth who have given birth at the Hospital Universitario Virgen del Rocio (HUVR) of Sevilla.
Methodology: Observational, descriptive, transversal type study. All the women who attend the postpartum visit at "El Juncal" and "El Porvenir" centers after have given birth in the HUVR will be taken as study population.
Main results: the data obtained will be analyzed using descriptive statistics and will continue a dissemination plan to get them known.

Main conclusion: intends to identify the percentages of completion and if it depends on the type of birth. We believe that the results of the study could afford closer to the quality of health care provided by professionals who give care to pregnant.

Key words: Register, Pregnant Health document after childbirth, completion, birth.

Introducción:

Los registros son la constancia escrita por parte de los profesionales de hechos o datos significativos con la intención de efectuar alguna acción posterior como por ejemplo; el seguimiento, la elaboración del plan de cuidados, la realización de estudios de investigación.[1]
Estos deben seguir unas características básicas para asegurar su utilidad, como la permanencia de su uso, para así garantizar el seguimiento de los cuidados, la identificación tanto del paciente como del profesional, la ubicación en espacio y tiempo y el empleo de una terminología unificada.[1]

La utilización de registros clínicos responde a la necesidad de proporcionar unos cuidados integrales, individuales, planificados y continuos.
La recogida de información es el punto de partida en la elaboración del plan de cuidados enfermero. Además son documentos básicos en la investigación y el principal respaldo jurídico-legal del profesional.[1]

Un registro eficaz y completo es fundamental para optimizar los recursos y planificar la actividad asistencial, ya que de ellos se extrae la información precisa sobre los cuidados que deben prestarse.[2-10]

La cumplimentación de la documentación clínica es una actividad que todos los profesionales de la salud deben realizar en base a la legislación vigente.[3] Supone una garantía para evitar errores, repeticiones u omisiones; asimismo, protegerá de posibles demandas por negligencias y otras formas de mala praxis. Constituye, además, una herramienta básica para la investigación y la realización de estudios de control de calidad.[4]

Una de las primeras referencias sobre la necesidad de la documentación clínica aparece en la obra del médico Thomas Sydenham, *Observationes Medicae,* que data del siglo XVII. Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX establece que es necesario registrar para realizar un correcto cuidado del paciente. Sin embargo, la primera referencia sobre consideraciones de los registros como norma de calidad es de 1955, en la que Blanche describe un método para evaluar la calidad de los cuidados basándose en las anotaciones de los profesionales.[2]

Numerosas publicaciones exponen las ventajas de los registros. Entre ellas, cabe destacar que mejoran la comunicación interprofesional, reflejan organización y permiten la continuidad de los cuidados. Son, además, un soporte científico y metodológico indispensable para la recogida de información y eficaces desde el punto de vista legal, administrativo, docente y como instrumento de investigación.[4-10]

El registro debe ser estructurado, legible y sencillo, precisando revisiones periódicas para su actualización y recomendándose su sistematización dentro de una vía clínica.[2] Los

registros no sólo deben cumplir criterios legales, sino que también deben cumplir criterios profesionales relacionados con la metodología de trabajo y el proceso de atención a las personas.[4]

Está científicamente demostrado y admitido que el control sanitario sistemático de la embarazada constituye un medio muy importante para conocer la evolución de la gestación, detectar sus posibles alteraciones y evitar riesgos innecesarios en el momento del parto y el puerperio.[5-9]

Un adecuado control del embarazo resulta por tanto conveniente y necesario para proteger, tanto la salud de la madre como la del feto, así que el Documento de Salud de la Embarazada (DSE) se convierte en una herramienta imprescindible desde el comienzo hasta el final del embarazo, donde se recogen los datos de mayor interés sanitario.[5-9]

En este momento las matronas de la mayoría de los hospitales no disponen de la autonomía para emitir informes de alta de las gestantes de bajo riesgo tras el proceso de parto, por tanto, donde pueden dejar constancia de sus actuaciones realizadas, además del partograma, es el DSE, documento que sirve de enlace y continuidad con las matronas de Atención Primaria para transmitirles la información del parto y el puerperio inmediato.

La matrona de Atención Primaria necesita para el adecuado seguimiento del puerperio, información importante tanto del proceso de parto, del recién nacido como del puerperio inmediato.

- En cuanto al Parto debe conocer el comienzo de éste, si precisó analgesia, cómo finalizó, la presencia de desgarro o episiotomía y el tipo de sutura, si la gestante fue acompañada en todo el proceso, si ha realizado el contacto piel con piel.

- En cuanto al Recién nacido, el peso y Apgar al nacer, si precisó reanimación, si se le administró la profilaxis ocular y de vitamina K, al igual que la primera dosis de Hepatitis B, si se realizó donación de sangre de cordón.

- Y por último en cuanto al Puerperio inmediato la matrona demanda conocer la administración de la gammaglobulina anti-D, en el caso necesario, que tipo de lactancia ha decidido llevar a cabo y en qué momento comenzó ésta.[6]

No todos estos datos quedan reflejados correctamente en el actual informe de alta de la embarazada y es la madre la que termina dando información hablada de ese proceso, en un momento de gran vulnerabilidad como es el puerperio, dando lugar a la posible obtención de información errónea. En el momento del parto la gestante se suele encontrar “aislada”, viviendo el nacimiento de su bebé y suele olvidar datos que en esta visita son tan importantes para una valoración y actuación correcta por parte de los profesionales de Atención Primaria. Con este hecho los profesionales no están garantizando la seguridad de la gestante.

En los últimos años, un tema, de alcance internacional, que está sobre la mesa de los responsables de la gestión sanitaria es el de la seguridad del paciente. Se habla de la cultura de seguridad del paciente como una manera de abordar un conjunto de actitudes a muchos niveles que han de cubrir integralmente al usuario en cuestión de seguridad.[4]

El Ministerio de Sanidad y Política Social publicó el año 2009 el informe *Indicadores de buenas prácticas sobre la seguridad del paciente*. En este informe se presentan los resultados de un estudio multicéntrico realizado en diferentes hospitales del Estado Español utilizando los indicadores basados en las recomendaciones de buenas prácticas del NQF (National Quality Forum*)*. Entre los indicadores estudiados para conocer la situación de los centros en relación a la seguridad del paciente, se exploraban algunos relacionados con la comunicación oral y escrita.[4]

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en la base de datos Cuiden. Las palabras clave utilizadas fueron *"registro" and "parto"*. No se encontraron estudios orientados a la valoración del grado de cumplimentación del registro del parto, sin embargo sí que se han encontrado varias referencias sobre la valoración de la cumplimentación de registros de paritorio[1], los cuales concluyen en que no se cumplimenta el 100% de los datos incluidos en el partograma.
También se encontró un artículo sobre la puesta en marcha de informes de alta emitidos por matronas en el puerperio de bajo riesgo[7], en el cual queda constancia de que la matrona es el profesional idóneo para mejorar la calidad de la atención proporcionada a la mujer y al recién nacido.

Actualmente el registro más importante sobre la salud en el embarazo corresponde al DSE, cuya primera denominación fue Cartilla Sanitaria de la Embarazada que se establece por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a través de la Orden del 24 de Octubre de 1978 y que seguidamente apareció publicado en el Boletín Oficial del Estado el 3 de Noviembre de ese mismo año.[5]
Posteriormente con los años ha ido modificándose e incorporando nuevos apartados para cumplimentar. La última actualización de dicho documento es en el año 2011.[6]

En esta misma Orden de 1978, se establece la Cartilla Maternal, como documento oficial cuya única finalidad es la protección de la salud de la gestante y el feto, mediante la recogida de los datos obtenidos en los reconocimientos periódicos, según una sistemática unificada. Todo profesional sanitario que atienda a la embarazada durante todo el proceso de embarazo, el parto o el posparto deberá dejar constancia de sus actuaciones.

En el año 2005, la Consejería de Salud pública el Proceso *Asistencial Integrado sobre el embarazo, parto y puerperio*. En este documento se realiza la descripción del mismo, en base al trabajo en equipo de profesionales que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, que conocen el proceso, que tienen conocimientos y capacidad para organizar las actividades e introducir modificaciones con la idea de mejorarlo.[8]

Vista la importancia de la correcta cumplimentación de la práctica clínica durante todo el proceso de embarazo parto y puerperio y el hecho de que en la actualidad no existe un registro exhaustivo de todo el proceso, se plantea este estudio, para valorar el grado de cumplimentación del apartado del parto del DSE en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Dado que todo lo que queda sistemáticamente anotado en las hojas de registro asegura calidad y continuidad, se quiere comprobar que dicho registro se realiza correctamente por los profesionales de Atención Hospitalaria que atienden a las gestantes en el parto, y establecer relación o no con un parto eutócico, instrumentado o cesárea.

Bibliografía:

1- Lavado-Núñez ME, Márquez-Aragúndez MP, Damas-Sosa C, Manfredi-López MJ. Registros y Protocolos. Rev. Hygia de Enfermería. 2004; 57: 10-14.

2- Herranz-Montesa A, Mateos-Gómez MR, Feijóo-Iglesias MB, Acebrón-Cubillana MC, Sánchez-Perruca MI. Valoración de la Cumplimentación de los Registros de la Unidad de Paritorio. Matronas Prof. 2005; 6(2): 23-28.

3- Márquez-Alfonso A. Informe de Enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencia. Rev. Hygia de Enfermería. 2006; 64: 49-56.

4- Tarruella-Farré M. Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. Tesela [Rev. Tesela] 2013; 14. Disponible en: *http://www.index-f.com/tesela/ts14/ts9378.php*

5- Orden del 24 de octubre de 1978 por la que se establece la Cartilla Sanitaria de la Embarazada por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 263, (1-1978).

6- Consejería de Salud. Documento de Salud de la Embarazada. 4ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011.

7- Limia-Redondo S, M.ª Concepción-Sanz-Díaz Mª, Eva Pérez-Martínez E, Santa-Cruz-Martín B, Vicente-López A, Pacheco-Ardila F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas Prof. 2012; 13(3-4): 90-96

8- Consejería de Salud. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.

9- Martínez-Galiano JM, Molina-García L, Hernández-Díez G. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. Metas de Enferm. 2012; 15(2): 59-65

10- Grupo de Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria de Granada. Relevancia del contenido y transmisión del Informe de Enfermería al Alta hospitalaria. Evidentia. 2011 oct-dic; 8(36). Disponible en: *www.index-f.com/evidentia/n36/ev7623.php*

Objetivos:

Objetivo General:

- Conocer el nivel de cumplimentación del registro del parto del documento de salud de la embarazada en mujeres que hayan dado a luz en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivo Específico:

-Identificar qué factores pueden dar lugar a la no cumplimentación del DSE para así poder establecer una posible relación o no con ser un parto eutócico, instrumentado o cesárea.

Material y método:

Diseño Metodológico:

El diseño que se propone para el presente estudio sería observacional, descriptivo, de tipo transversal.

Ámbito de Estudio:

El estudio se llevará a cabo en dos de los centros de Atención primaria pertenecientes al Distrito Sevilla, del Área Sanitaria Virgen del Rocío, el Centro de Salud "El Juncal" y "El Porvenir".

El Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla es, en la actualidad, el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su elevada producción asistencial, su destacada posición dentro de la investigación biomédica española, su importante trabajo docente y su estrategia organizativa y de gestión lo convierten asimismo en un claro referente nacional e internacional.

Su área de influencia engloba a una población general mixta, con núcleos rurales y urbanos que como Hospital Básico tiene una población de referencia de 550.502 habitantes, como Hospital de referencia a nivel provincial de 1.316.728, y como Hospital de referencia a nivel regional tiene asignada una población de 1.434.013 habitantes.

El Hospital de la Mujer atiende en torno a los 6.800 partos anuales (media de los dos últimos años, 2012 y 2013) incluyendo partos vaginales, instrumentados y por cesáreas, no obstante, en los últimos años estas cifras han ido descendiendo respecto a la media de años anteriores.

Población de Estudio:

La población que va a ser estudiada en esta investigación serán todas aquellas mujeres que acudan a la visita puerperal en el Centro de Salud de "El Juncal" y "El Porvenir", después de haber parido en el Hospital de la Mujer del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Muestra:

En este estudio no se realizará muestreo, sino que se va a trabajar con la totalidad de la población accesible, que estará formada por todas las gestantes que cumplan los criterios de inclusión indicados a continuación durante los meses desde septiembre de 2014 a mayo de 2015.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Las mujeres que participen en este trabajo de investigación deben cumplir con ciertos criterios:

- Criterios de Inclusión:

- Edad mínima de 18 años de edad, no teniendo en cuenta una edad máxima para la inclusión en el estudio.
- Toda gestante que haya parido, tanto por vía vaginal como por cesárea, en el Hospital de la Mujer del Hospital Universitario Virgen del Rocío y que acudan a la visita puerperal en los centros indicados anteriormente.
- Aquellas que lleven consigo el Documento de Salud de la Embarazada.

- Criterios de Exclusión:

- Toda gestante que sea menor de edad.
- Toda gestante que haya parido por vía vaginal o por cesárea en otro centro distinto al Hospital de la Mujer.
- Toda gestante cuyo parto haya sido atendido por residentes incluidos en este proyecto.
- Toda gestante que no aporte el Documento de Salud de la Embarazada.

Variables del Estudio:

- Cumplimentación o no del apartado del parto.
- Cumplimentación o no del apartado del recién nacido.
- Parto eutócico.
- Parto Instrumentado.
- Parto por cesárea.

Estas variables han de ser medidas por el Enfermero Interno Residente en Enfermería Obstétrico-Ginecológica con la colaboración de la Matrona del centro.

Plan de Recogida de datos:

La recogida de datos se llevará a cabo en las consultas de la matrona de los Centros de Salud “El Juncal” y “El Porvenir”, centros que cuentan con el mismo profesional de matrona. Esta recogida será llevada a cabo durante 9 meses.
Serán los Enfermeros Internos Residentes que estén rotando durante esa fecha por dichos centros los que se encarguen de la tarea de la recogida de datos. Dispondrán de una hoja de registro donde irán anotando el tipo y lugar del parto y cumplimentación o no del DSE. Dicha hoja de registro se adjunta como Anexo I.

Análisis estadístico:

Se iniciará el estudio con una depuración de las bases de datos con intención de detectar observaciones aberrantes. Se identificarán valores extremos y se caracterizará diferencias entre subgrupos.
Los datos se tabularán en una Hoja de Cálculo (Microsoft Excel 2007) para el análisis de los distintos contrastes y pruebas estadísticas. Los datos obtenidos se analizarán con la asesoría del departamento de estadística del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Se realizará un estudio descriptivo de los parámetros estadísticos: medias, varianzas, desviaciones estándar a partir de las frecuencias de los datos muéstrales, con nivel de confianza del 95%, nivel de significación $p < 0.05$ y poder estadístico del 80%.

El análisis estadístico se realizará mediante paquete estadístico SPSS.

Limitaciones del estudio:

El presente estudio puede contar con las limitaciones propias de la participación y tamaño muestral; puede que las gestantes no cumplan los criterios de inclusión y exclusión que se plantean en el presente proyecto y puede existir falta de colaboración de los profesionales para llevar a cabo la recogida de datos.
Al no encontrarse otros estudios similares, se dificulta la comparación de los resultados.

Pertinencia de la investigación:

La finalidad de este estudio, como se ha mencionado anteriormente, es conocer el grado de cumplimentación del apartado del parto del Documento de Salud de la Embarazada por el profesional que atiende el parto.
Tras la recogida de datos lo que se pretende es identificar que porcentajes se cumplimentan y si depende del tipo de parto.

Creemos que los resultados del estudio nos podrían permitir aproximarnos a la calidad de la atención sanitaria prestada por los profesionales que atienden a las gestantes. Además una vez llevada a cabo la finalización del estudio se realizarán una se serie de artículos originales, los cuáles serán publicados en alguna revista de enfermería tipo Nure Investigation o Evidentia que actualmente es la segunda en factor de impacto de las iberoamericanas, como también en la Biblioteca Las Casas. Asimismo se publicarían en congresos de Matronas como comunicación oral o en su caso como comunicación en formato póster si procede.

Se debe remarcar que, al ser un diseño descriptivo, las posibles asociaciones encontradas no tendrán validez para establecer relación causal pero sí pueden dar pie a futuros estudios con diseño analítico, orientados a investigar y contrastar las hipótesis correspondientes.

Consideraciones éticas:

Antes de realizar la recogida de datos se informará de los objetivos y metodología del estudio a las puérperas y se solicitará verbalmente la autorización para realizarla, asegurando así el carácter voluntario de su participación en el estudio y conservando en todo momento el anonimato de nuestra población de estudio.
Se asegurará el cumplimiento de la legislación vigente tanto en materia de Protección de Datos dada por la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de información y documentación clínica.
Se respetarán los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética y la declaración de Helsinki. Se solicitará y obtendrá la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro para la presentación de este proyecto de investigación.

Cronograma:

Actividad 1. Se realizarán reuniones conjuntas de todos los participantes en el estudio para la puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición de la metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.
- Contacto con los centros participantes y sus profesionales para aportarles la información general sobre el proyecto.

Actividad 2.

- Puesta en marcha del proyecto de investigación y recogida de datos.
- Reuniones del equipo cada 3 meses para la reevaluación y seguimiento del proyecto.

Actividad 3.

- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo del proyecto llevado a cabo.
- Publicación del estudio en revistas científicas.

El desarrollo del proyecto se llevará a cabo en 20 meses según el siguiente esquema:

Actividades	1 er año: meses											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Act. 1												
Act. 2												
Act. 3												
Actividades	2 do año: meses											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Act. 1												
Act. 2												
Act. 3												