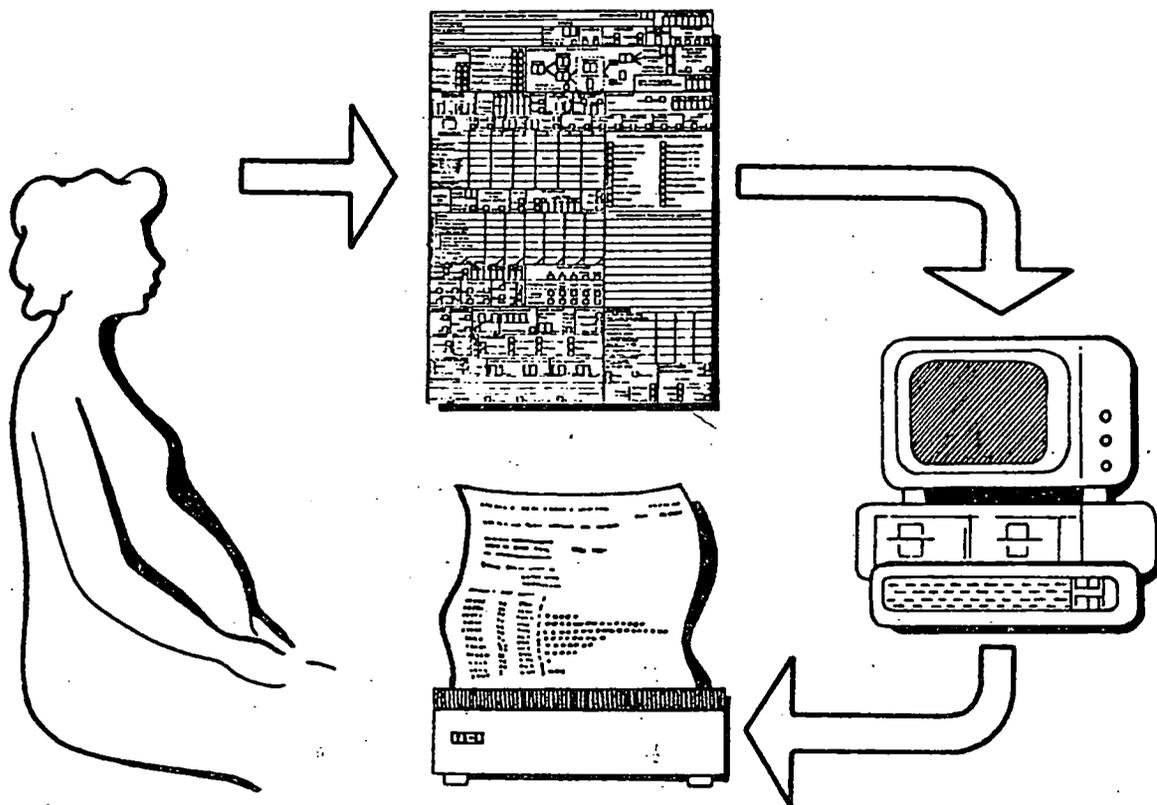

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

Manual de uso del procesamiento

Franco SIMINI, Ricardo SCHWARCZ, Angel Gonzalo DIAZ, Raquel LOPEZ,
Ruben BELITZKY, Simón Mario TENZER y Ricardo FESCINA



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO - CLAP OPS/OMS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Casilla de Correo 627, Montevideo, Uruguay
Teléfono: 80 29 29 y 80 29 30
Telex: CLAP UY 23023



S I S T E M A I N F O R M A T I C O P E R I N A T A L
M A N U A L D E U S O

Franco ¹ SIMINI , Ricardo ² SCHWARCZ , Angel Gonzalo ³ DIAZ ,
Raquel ⁴ LOPEZ , Ruben ³ BELITZKY ,
Simón Mario ⁵ TENZER y Ricardo ⁶ FESCINA

- 1 - Ingeniero, CLAP
- 2 - Director del CLAP OPS/OMS
- 3 - Consultor en Perinatología OPS/OMS, CLAP
- 4 - Analista Programador, CLAP
- 5 - Ingeniero de Sistemas, CLAP
- 6 - Jefe de la Unidad de Salud Perinatal, CLAP

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO (CLAP)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Casilla de correo 627, Montevideo, URUGUAY
Teléfono 80 29 29, 80 29 30; Télex 23023

Publicación Científica del CLAP N 1084, julio de 1986

Para el desarrollo del Sistema Informático Perinatal se recibió apoyo financiero del Programa Regional de Salud Materno Infantil de la Organización Panamericana de la Salud, con el aporte del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA)

INDICE

1. INTRODUCCION

2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA HCPS

- 2.1 Descripción de la HCPS
- 2.2 Variables de la HCPS
- 2.3 Procesamiento de los datos de la HCPS
- 2.4 Procesamiento intramuros
- 2.5 Procesamiento extramuros

3. EL SISTEMA COMPUTADOR Y PROGRAMAS

- 3.1 Generalidades
- 3.2 Descripción del sistema
- 3.3 Descripción del computador
- 3.4 Versiones del sistema

4. USO DEL SISTEMA

- 4.1 Preparación del computador
- 4.2 Inicialización de un disquete
- 4.3 Familiarización con un computador de dos disquetes
- 4.4 Familiarización con un computador de disco duro
- 4.5 Arranque con un computador de dos disquetes
- 4.6 Arranque con un computador de disco duro
- 4.7 Inicio de operación
- 4.8 Recolección de datos
- 4.9 Ingreso de datos
- 4.10 Análisis y difusión

5. DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS

- 5.0 Lista de variables
- 5.1 Ingreso de historias
- 5.2 Consulta de historias
- 5.3 Modificación de historias
- 5.4 Control de llenado
- 5.5 Consistencia cruzada
- 5.6 Estadística básica
- 5.7 Descripción de variables
- 5.8 Selección de historias
- 5.9 Riesgos relativos
- 5.10 Percentiles de peso por edad gestacional del grupo patrón
- 5.11 Percentiles de peso por edad gestacional de la población
- 5.12 Distribución de patologías maternas
- 5.13 Mortalidad según patologías maternas

- 5.14 Mortalidad neonatal por peso
- 5.15 Patologías neonatales
- 5.16 Apgar según forma de terminación del parto
- 5.17 Copia de archivos de historias

6. BIBLIOGRAFIA

7. VARIABLES DE LA HCPS CON SUS VALORES MAXIMOS Y MINIMOS

8. VARIABLES DE LA HCPS CON SUS CODIFICACIONES Y DIVISION EN CLASES

9. COMENTARIOS DEL LECTOR

1. INTRODUCCION

La Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS) y el Sistema Computador y Programas constituyen el Sistema Informático Perinatal.

El objetivo perseguido es el de obtener en forma sencilla información perinatal al día para la evaluación continua de los servicios de salud perinatales y para la toma de decisiones cerca del lugar de acción.

El personal de salud puede operar computadores de bajo costo y fácil manejo para obtener resultados del procesamiento de la información en el propio lugar donde se generan los datos.

Este manual se refiere especialmente al conjunto de programas para el ingreso y el procesamiento de los datos de la HCPS; el lector puede encontrar información adicional sobre la HCPS propiamente dicha y la modalidad de implantación en otras publicaciones del CLAP (1,11).

En el presente manual se usa el vocabulario y se mencionan los conceptos que cualquier profesional de la salud puede manejar fácilmente sin ninguna preparación especial en computación. Esta publicación podrá guiar al usuario en la exploración, estudio y rutina de uso del sistema. La explicación de todos los programas es ilustrada por ejemplos de documentos intercalados en el texto.

2. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA HCPS

2.1 Descripción de la HCPS

El CLAP introdujo en 1983 la Historia Clínica Perinatal Simplificada (1) sobre la base de su experiencia en documentación y procesamiento de datos perinatales. La HCPS es un instrumento de uso sencillo y de bajo costo que contiene la información mínima indispensable para un aceptable nivel de atención perinatal.

En la página siguiente se presenta el formulario de la HCPS en su versión castellana. Existen también las versiones en portugués e inglés para satisfacer las necesidades de todos los países de América Latina y del Caribe.

La HCPS contiene un sistema de advertencias que permite jerarquizar rápidamente riesgos y daños de la madre o del recién nacido. Las casillas amarillas del formulario, cuando están marcadas, así lo indican.

2.2 Variables de la HCPS

La HCPS incluye un diseño de registro para su procesamiento por computación. Las variables cuyo procesamiento por computación está actualmente previsto son 93. Se presenta a continuación la lista de los nombres de las variables de la HCPS que son ingresadas al Sistema Informático Perinatal.

1	ESTABLECIMIENTO	15	NACIDOS MUERTOS
2	NUMERO DE HISTORIA	16	MES TERM EMBAR ANT
3	EDAD	17	ANIO TERM EMBAR ANT
4	ALFABETIZACION	18	PESO HABITUAL
5	ESTUDIOS	19	TALLA
6	ANIOS DE ESTUDIO	20	DIA ULTIMA MENSTR
7	ESTADO CIVIL	21	MES ULTIMA MENSTR
8	ABORTOS	22	DUDAS SOBRE LA FUM
9	NACIDOS VIVOS	23	ANTITETAN 1A DOSIS
10	NACIDOS VIVOS-VIVEN	24	ANTITETAN 2A DOSIS
11	MUERTOS 1A SEMANA	25	DIAS INTERN EN EMB
12	MUERTOS DESP 1A SEM	26	TRASLADO
13	ANT. RN<2500 G	27	FACTOR RH
14	CESAREAS	28	SEROLOGIA LUETICA

29	HABITO DE FUMAR	49	ANEMIA CRONICA
30	DIA 1ER CONSULTA	50	RUPTURA PREMAT MEMB
31	MES 1ER CONSULTA	51	INFECCION PUERPERAL
32	DIA ULTIMA CONSULTA	52	HEMORRAGIA PUERP
33	MES ULTIMA CONSULTA	53	OTRAS PATOLOGIAS
34	NUMERO DE CONSULTAS	54	NINGUNA PATOL MATER
35	EMBARAZO MULTIPLE	55	EDAD GESTACIONAL
36	HIPERTENSION PREVIA	56	TAMANIO FETAL
37	PREECLAMPSIA	57	INICIO PARTO
38	ECLAMPSIA	58	HORA RUPTURA MEMB
39	CARDIOPATIA	59	DIA RUPTURA MEMB
40	DIABETES	60	MES RUPTURA MEMB
41	INFECCION URINARIA	61	PRESENTACION
42	OTRAS INFECCIONES	62	TERMINACION
43	PARASITOSIS	63	HORA DEL PARTO
44	AMENAZ PART PREMAT	64	DIA DEL PARTO
45	DESPROP.CEF.PELV.	65	MES DEL PARTO
46	HEMORRAGIA 1ER TRIM	66	ANIO DEL PARTO
47	HEMORRAGIA 200 TRIM	67	NIVEL ATENC PARTO
48	HEMORRAGIA 3ER TRIM	68	ATENCION DEL PARTO
69	ATENCION AL NEONATO	89	DIAS AL EGRESO
70	MUERTE FETAL	90	HORAS AL EGRESO
71	SEXO	91	ALIMENTAC AL ALTA
72	APGAR MIN 1	92	EGRESO DE LA MADRE
73	APGAR MIN 5	93	ASESOR.CONTRACEP
74	PESO AL NACER		
75	EDAD EXAM FISICO		
76	EXAMEN FISICO		
77	MEMBRANA HIALINA		
78	S. ASPIRATIVO		
79	OTROS SDR		
80	APNEAS		
81	HEMORRAGIA		
82	HIPERBILIRRUB.		
83	INFECCION		
84	PAT. NEUROLOGICA		
85	ANOMALIA CONGENITA		
86	OTRAS PATOLOG RN		
87	NINGUNA PATOL RN		
88	EGRESO DEL NEONATO		

Nótese que la sintaxis de estos nombres es la única que reconoce el sistema en su diálogo con el operador. El usuario deberá por lo tanto respetar las mayúsculas, las abreviaturas y la puntuación.

2.3 Procesamiento de los datos de la HCPS

Los datos de la HCPS pueden ser procesados de diversas maneras. Las distintas modalidades tienen una incidencia distinta

2. Procesamiento de los datos de la HCPS

sobre la asistencia perinatal brindada. El CLAP recomienda el procesamiento de los datos en el lugar en donde se realiza la prestación de salud (procesamiento intramuros).

En aquellos casos en que el procesamiento intramuros no sea posible, existe la posibilidad de procesar los datos fuera del lugar de asistencia perinatal. El procesamiento extramuros puede realizarse con computadores personales o en centros de cómputo ya funcionando.

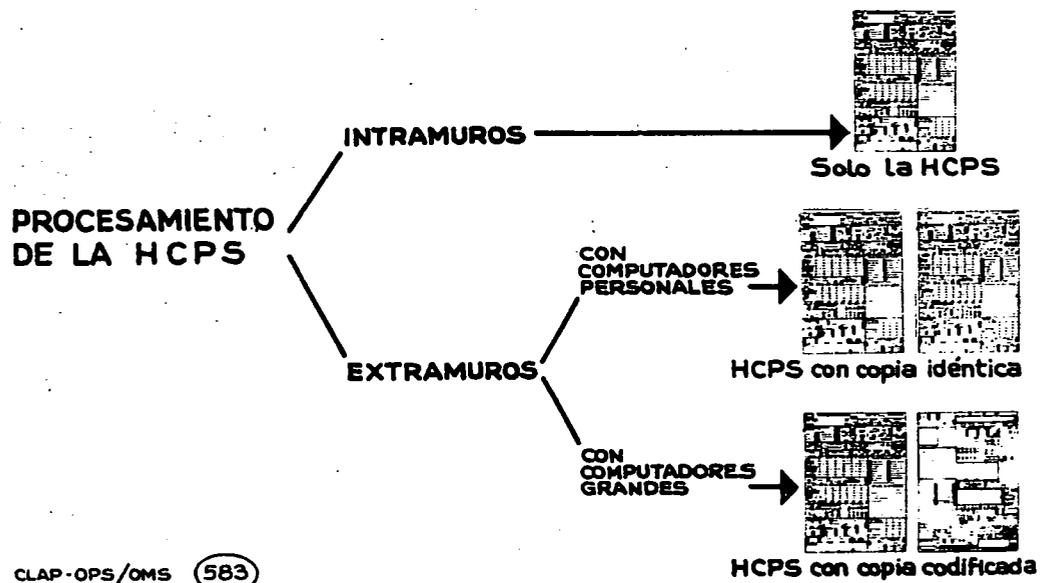
Los formularios necesarios son diferentes en cada una de las tres opciones. Se indican en la figura 1 las tres posibilidades.

En el procesamiento intramuros se necesita solamente el formulario simple de la HCPS. La misma hoja sirve para ingresar los datos al computador y para quedar archivada.

En el procesamiento extramuros con computadores personales que usen el SIP será necesario el formulario con una copia idéntica.

En el procesamiento extramuros en centros de cómputos ya existentes que usen sus propios programas, se usa una hoja de codificación.

FORMULARIOS NECESARIOS DE LA HCPS



CLAP-OPS/OMS (583)

Figura 1: Formularios de la HCPS necesarios para su procesamiento.

2. Procesamiento de los datos de la HCPS

2.4 Procesamiento intramuros

La institución de asistencia puede procesar localmente los datos recabados en el formulario de la HCPS. Para ello el CLAP ha desarrollado el Sistema Informático Perinatal (SIP) para ser usado en computadores personales.

Los datos pueden ser ingresados al computador a diario directamente por el personal de salud en el propio lugar de asistencia.

El operador ingresa los datos de la HCPS respondiendo a las preguntas que le formule el computador; para ello no se necesita ningún entrenamiento largo especial.

El procesamiento y el análisis de los datos también se realiza en la propia institución con el SIP. De esta manera el personal de salud cuenta con información en el momento en que se la requiere para facilitar la evaluación de la asistencia y para la toma de decisiones.

El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos impresos que constituyen un resumen de la actividad de la institución en un periodo dado de tiempo (Estadística Básica) o son elementos de investigación más específica (por ejemplo Riesgo Relativo, Descripción de Variables, etc).

Con el procesamiento intramuros el archivo de historias queda en la propia institución en medio magnético (disquetes o disco) además de los formularios originales. El centro de asistencia emite sus informes periódicos haciendo uso del computador y de los programas. Si un centro de cómputos central o regional requiere la información de los partos atendidos, el centro asistencial entregará duplicados de los disquetes que contienen sus historias ya ingresadas y corregidas.

2.5 Procesamiento extremuros

Para el procesamiento extremuros, se debe enviar una copia del formulario de la HCPS desde el lugar donde se realiza la asistencia perinatal a un centro de cómputos que procese los datos. La copia a enviar será idéntica en caso que los datos se procesen con un computador personal mediante el SIP. Si el nivel central dispone de sus propios programas se utilizará un formulario precodificado para ser ingresado por digitadores profesionales.

2.5.1 Procesamiento extremuros con computador personal

Para procesar los datos de la HCPS se puede utilizar el paquete de programas desarrollado por el CLAP instalado en un computador personal ubicado a distancia. Para ello es necesario enviar una copia del formulario de la HCPS después del cierre de

la historia. La copia a enviar es idéntica a la copia que queda en el lugar de atención perinatal y puede obtenerse mediante el uso de papel carbónico, o con papel de calco directo.

El uso del sistema es idéntico al descrito en la sección 2.4.

2.5.2 Procesamiento extramuros con computadores grandes

Para procesar los datos de la HCPS haciendo uso de un centro de cómputos ya funcionando con equipos grandes o medianos, existe la posibilidad de usar el formulario con una hoja inferior codificada. Esta hoja se marca por calco al llenar el formulario de la HCPS.

La hoja inferior está preparada para la codificación y transcripción de los datos. Algunos datos no precisen codificación adicional ya que los propios dígitos registrados por el personal de salud quedan. Otros deben ser codificados siguiendo las instrucciones pertinentes (6).

La transcripción de los datos a un medio magnético (un disquete por ejemplo) se realiza mediante el trabajo de perforificadores profesionales directamente desde la hoja codificada.

El centro de cómputos deberá hacerse cargo de la codificación, del ingreso y del procesamiento de los datos. Para ello existen varios paquetes de programas disponibles en el comercio, si no se disponen de programas específicos. El CLAP ha desarrollado también un sistema para el procesamiento de los datos de la HCPS en equipos de la línea PDP 11 con sistemas operativos RT11 y TSX (5).

El procesamiento de datos se puede realizar de esta manera con el envío periódico de las hojas calcadas a un centro de cómputos remoto (un ministerio, un centro de investigación epidemiológico, etc) en el cual digitadores profesionales ingresan las historias a un computador. El análisis de los datos se realiza luego con programas específicos.

La creciente disponibilidad de computadores pequeños pero de buena capacidad de procesamiento lleva al CLAP a enfatizar la modalidad de procesamiento intramuros (2,3). Esto permite evaluar "sobre la marcha" la asistencia perinatal prestada.

Es importante destacar además que con el procesamiento intramuros no es necesario contar con el calco de cada historia, lo cual abarata sensiblemente el costo de los formularios.

3. EL SISTEMA COMPUTADOR Y PROGRAMAS

3.1 Generalidades

Las características salientes del sistema pueden resumirse en los siguientes puntos:

- El Sistema fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución asistencial.

- El uso del Sistema hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.

- El Sistema proporciona a los entes asistenciales perinatales una herramienta de investigación y auditoria ágil y de fácil manejo.

- El uso del Sistema permite incrementar los lazos de cooperación entre el CLAP y las instituciones del area que utilicen la Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS).

3.2 Descripción del sistema

El uso del sistema supone la implantación previa de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en la institución asistencial, ya que los programas analizan las variables de la HCPS.

El sistema permite el ingreso, la corrección, el análisis y la presentación de datos perinatales por parte de personal con un mínimo de entrenamiento en el manejo de equipos de computación. El sistema fue diseñado para ser manejado por médicos, personal de enfermería, de archivo o de secretaria.

El sistema permite obtener un conjunto de documentos de resumen estadístico de la marcha asistencial de la institución. Estos documentos, cuyo contenido y manera de obtener se detalla en el capítulo 5, pueden ser obtenidos en cualquier momento y no alteran las historias ingresadas hasta ese momento.

El Sistema pone además en las manos del operador motivado y exigente la posibilidad de confeccionar documentos cuyo contenido responde a sus preocupaciones particulares y precisas sobre los datos perinatales.

3.3 Descripción del computador

El computador elegido para esta aplicación se encuentra en la franja de los computadores llamados "personales". Su capacidad de procesamiento es notable si se la compara con equipos de dimensiones y costo muy superiores que hubieran constituido la única opción hasta hace muy pocos años.

El Sistema puede funcionar en cualquier computador que tenga el sistema operativo D.O.S. en versión 2.1 o siguientes. Esta elección fue motivada por la preocupación de especificar una familia de computadores a la vez muy confiables y de gran difusión internacional, especialmente en la Región de las Américas.

Existen dos versiones básicas : una para computadores equipados con dos unidades de disquetes y otra para computadores con disco duro.

La capacidad de almacenamiento de datos de esta franja de computadores es acorde con el tamaño de las aplicaciones a las que se lo dedica. Un disquete de 5 1/4 pulgadas puede contener hasta 2048 historias HCPS mientras que el disco duro de 10 Mega Bytes puede contener 15 veces más, o sea 30720 historias.

Un disquete es un elemento de almacenamiento magnético de bajo costo y de fácil mantenimiento. Se trata de un sobre de cartón que contiene un disco de material parecido al de las cintas de audio. El disquete tiene diversos nombres según el fabricante: disquete, minidisk, mini floppy disk, disque souple, etc.

Los computadores en los cuales el sistema puede funcionar son el IBM PC, IBM PC/XT, IBM PC/AT y todo computador compatible al 100% con ellos.

La configuración de un computador con disquetes debe ser:

- 256 Kbytes de memoria.
- 2 unidades de disquetes de 360 Kbytes cada una.
- pantalla monocromática simple
- impresor de tipo EPSON de 80 columnas.
- sistema operativo D.O.S. versión 2.1 o siguientes.

La configuración de un computador con disco duro debe ser:

- 512 kbytes de memoria
- una unidad de disquetes 360 kbytes.
- un disco duro de 10 mega bytes como mínimo
- pantalla monocromática simple
- impresor de tipo EPSON de 80 columnas.
- sistema operativo D.O.S. versión 2.1 o siguientes.

3.4 Versiones del Sistema

Las versiones disponibles del Sistema tienen las siguientes características :

Versión	configuración del computador	idioma	historias procesables por vez
2.2	dos unidades de disquete	español	2048
3	dos unidades de disquete	ingles	2048
5.1	disco duro + un disquete	español	30720
5.2	disco duro + un disquete	ingles	30720

4.USO DEL SISTEMA

4.1 Preparación del computador

4.1.1 Computador de dos disquetes

Si dispone de un computador de dos disquetes cuyas características coinciden con las que se dieron en la sección 3.3, solamente deberá ubicar el computador en un local adecuado, conectar las partes entre sí y a la red eléctrica (cuidado con la diferencia entre 110V y 220V!).

4.1.2 Computador con disco duro

Si dispone de un computador con una unidad de disquete y con disco duro (ver las características en la sección 3.3) deberá seguir los siguientes pasos.

- conectar las partes entre sí (pantalla, teclado, impresora)
- preparar la conexión a la red eléctrica (cuidado con la diferencia entre 110V y 220V)
- instalar en el disco duro el sistema operativo mediante la secuencia especificada en el capítulo 3 del manual del D.O.S.(9.10).

Se recomienda usar todo el disco para la partición del D.O.S. e instalar en él el sistema operativo.

4.2 Inicialización de un disquete

Se deben usar disquetes de doble cara, doble densidad; éstos suelen reconocerse por las indicaciones "DS,DD" del inglés "double sided, double density".

Los disquetes magnéticos de 5 1/4 pulgadas disponibles en el comercio, deben ser sometidos a una operación de inicialización antes de estar prontos para el uso.

La inicialización de los disquetes de datos se realiza con el comando FORMAT del sistema operativo D.O.S.. El formato del disquete deberá ser de 9 sectores por pista para un total de 360 Kilo Bytes. El usuario deberá consultar el manual de su computador personal para realizar esta simple operación (9,10).

El comando a dar es el siguiente:

```
A>FORMAT B:/V
```

También se puede obtener la ayuda de un usuario experto de computadores para que éste inicialice un lote de disquetes nuevos. El tiempo necesario para formatear un disquete es de aproximadamente un minuto y generalmente el usuario no deberá volver a realizar esta operación en toda la vida útil del disquete.

4.3 Familiarización con un computador de 2 disquetes

Antes de arrancar el sistema asegúrese de contar con:

- un computador que pueda ejecutar el sistema operativo MS DOS
- dos unidades de disquetes (370 kbytes cada uno)
- una impresora de 80 columnas y papel de rollo
- un disquete de Sistema Informático Perinatal versión 2.2 suministrado por el CLAP
- un disquete de datos de prueba suministrado por el CLAP

Introduzca el disquete de Sistema en la unidad A (generalmente es la unidad de la izquierda), y el disquete de datos en la unidad B (generalmente la unidad de la derecha).

Prenda el computador y la impresora.

Espere unos segundos hasta que el sistema le pida ingresar los datos de fecha y hora.

Se encuentra ahora en situación de explorar el Sistema Informático Perinatal y de seleccionar del menú el procedimiento que desee probar.

4.4 Familiarización con un computador de disco duro

Antes de arrancar el sistema asegúrese de contar con:

- un computador que pueda ejecutar el sistema operativo MS DOS
- una unidad de disquete (370 kbytes)
- un disco duro inicializado (sección 4.1)
- una impresora de 80 columnas con papel de rollo
- un disquete con el Sistema Informático Perinatal suministrado por el CLAP
- un disquete de datos de prueba suministrado por el CLAP

Prenda el computador y espere que el sistema operativo DOS le pida ingresar la fecha y la hora.

Introduzca el disquete que contiene los datos de prueba en la unidad A y copie el archivo HISTOR.DAT desde la unidad A al disco duro (unidad C) usando el siguiente comando:

```
C>COPY A:HISTOR.DAT C:/V
```

Aparece luego en pantalla el mensaje:

```
1 FILE(S) COPIED  
C>
```

Saque entonces el disquete de datos de prueba de la unidad A y guardelo.

Está ahora configurado su computador para el uso del Sistema Informático Perinatal con datos de prueba. En las siguientes sesiones de prueba deberá arrancar desde este punto.

Apague el equipo.

Coloque en la unidad A el disquete que contiene el Sistema Informático Perinatal.

Prenda el equipo y la impresora.

Espere un minuto hasta que el sistema le pida ingresar los datos de fecha y hora. En esta espera verá como los programas son copiados automáticamente del disquete al disco duro.

Está ahora en condiciones de probar el Sistema Informático Perinatal y de seleccionar del menu la opción que desea probar.

Recuerde borrar del disco el archivo con los datos de prueba HISTOR.DAT antes de ingresar los datos reales para no afectar sus futuras estadísticas.

Para borrar el archivo de datos del disco duro ejecute los siguientes pasos:

- asegurese que en la unidad de disquete no esté el disquete de SIP.
- prenda el equipo y espere que el sistema operativo DOS le pida ingresar la fecha y hora.
- borre el archivo del disco con el siguiente comando:

```
C>ERASE C:HISTOR.DAT
```

Pase luego a la sección 4.6 para operar con datos reales.

4.5 Arranque con un computador de dos disquetes

Después de probar el Sistema con los datos de prueba suministrados por el CLAP usted puede decidir arrancar el sistema con datos reales.

Antes de arrancar con el sistema real debe asegurarse de contar con:

4. Uso del Sistema

- DOS
- un computador que pueda ejecutar el sistema operativo MS
 - dos unidades de disquetes (370 kbyte cada una)
 - una impresora de 80 columnas con papel de rollo
 - un disquete con el Sistema Informático Perinatal suministrado por el CLAP
 - un disquete nuevo e inicializado

Introduzca el disquete de sistema en la unidad A, y el disquete libre en la unidad B.

Prenda el computador y la impresora.

Espere unos segundos hasta que el sistema le pida ingresar los datos de fecha y hora. En este momento está en condiciones de usar el Sistema Informático Perinatal y de seleccionar un programa según el menú.

Al ingresar la primer historia, el sistema creará automáticamente en el nuevo disquete el archivo de historias.

4.6 Arranque con un computador de disco duro

Después de probar el Sistema con los datos de prueba suministrados por el CLAP usted puede decidir arrancar el sistema con datos reales. Recuerde de borrar el archivo de datos de su disco duro siguiendo el procedimiento descrito en la sección 4.4.

Antes de arrancar el Sistema se debe contar con:

- un computador que pueda ejecutar el sistema operativo MS DOS
- una unidad de disquete (370 kbytes)
- un disco duro formateado
- una impresora de 80 columnas y papel de rollo
- un disquete con el Sistema Informático Perinatal suministrado por el CLAP

Introduzca el disquete de Sistemas en la unidad A.

Prenda el computador y la impresora.

Se ve en la pantalla una lista de nombres de archivos que son copiados de la unidad de disquete al disco duro.

Después de unos minutos el sistema despliega un mensaje pidiendo el ingreso de la fecha y la hora.

El operador está ahora en condiciones de usar el Sistema Informático Perinatal seleccionando del menú la opción elegida.

Al ingresar la primera historia clínica el Sistema creará automáticamente en el disco un archivo de historias a ser

4. Uso del Sistema

llenado. Debe tenerse presente que este proceso tiene un tiempo de demora del orden de los 40 minutos.

4.7 Inicio de operación

En cualquiera de los dos tipos de computador, para iniciar la operación diaria el operador deberá:

1 - introducir el disquete de sistema en la unidad A (situada a la izquierda en algunos computadores o en la parte superior en otros).

2 - si se trata de un computador con 2 unidades de disquetes, debe además introducir el disquete de datos que va a usar (por ejemplo el disquete del mes tal o el de la institución cual) en la unidad B (situada a la derecha o en la parte inferior según el tipo de computador)

3 - encender el computador y la impresora. (la llave de encendido se encuentra generalmente en la parte posterior del equipo).

4 - el computador despliega algunas inscripciones breves y transitorias sin importancia para el usuario. Luego despliega su primer mensaje estable con el pedido de fecha y hora actuales.

5 - ingresar el día del mes, luego digita la tecla <RETORNO DE CARRO> que de acuerdo al tipo de teclado está marcada con 'ENTER', 'RETURN', 'RET' o con una flecha hacia la izquierda con un ángulo. La tecla <RETORNO DE CARRO> será siempre usada para terminar un dato o una orden que el operador dé al computador.

En el ejemplo siguiente el operador ingresa el 7 de noviembre de 1985:

Fecha de hoy

Día :7 <RETORNO DE CARRO>
Mes :11 <RETORNO DE CARRO>
Año :85 <RETORNO DE CARRO>

Notar que se indica en negrita lo que digite el operador.

En forma similar el operador ingresa la hora y los minutos. El operador luego confirma con la letra S o s seguida de <RETORNO DE CARRO> lo que acaba de ingresar. En caso de no confirmar, el operador tiene la opción de volver a ingresar los valores de día, mes, año, hora y minutos.

6 - el computador presenta luego el menu de operaciones. Este es el punto de partida de todas las acciones que realice el operador con el sistema.

Las opciones que tiene el operador son las del siguiente menu:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 0 Lista de variables | 10 Peso por edad gest.c/selec |
| 1 Ingreso de historias | 11 Peso por edad gest.total |
| 2 Consulta de historias | 12 Distribuc. de pat. materna |
| 3 Modificación de historias | 13 Mortalid. segun pat materna |
| 4 Control de llenado | 14 Mortalid. neonatal por peso |
| 5 Consistencia cruzada | 15 Patologías neonatales |
| 6 Estadística básica | 16 Apgar por terminac parto |
| 7 Descripción de variables | 17 Copia de archivos |
| 8 Selección de historias | 18 Fin de trabajo |
| 9 Riesgos relativos | |

En los próximos capítulos se describen en detalle estas opciones. Para seleccionar una de ellas el operador debe digitar el número correspondiente y luego <RETORNO DE CARRO>. Por ejemplo para modificar una historia el operador digitaría:

Opcion elegida: 3 <RETORNO DE CARRO>.

Todos los programas contienen explicaciones en la pantalla para guiar al operador en todo momento. Recordamos al operador que lea con atención todo lo que aparece en la pantalla para que el propio programa le indique los pasos a seguir.

4.8 Recolección de datos

Los datos deben ser consignados en el formulario de la HCPS a medida que son disponibles. En aquellas instituciones en que se realiza el seguimiento de la embarazada se abrirá un formulario en la primera consulta o visita. Este formulario podrá o bien acompañar la documentación corriente de la institución o bien constituir el único documento para el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo.

En las instituciones en las que se realiza solamente el parto se deberán llenar todos los datos de los cuales se disponga en el momento de la admisión. La información del seguimiento del embarazo podrá ser ingresada al computador usando los datos del Carné Perinatal. Para una exposición detallada de las modalidades de registro de datos en el formulario de la HCPS referimos el lector a la publicación específica sobre el tema (11).

4. Uso del Sistema

4.9 Ingreso de datos

El ingreso de datos a la computadora deberá realizarse en un local muy próximo a los consultorios o policlínicos y a las salas de parto o internación. La cercanía de la fuente de información del instrumento de procesamiento de datos es fundamental para lograr que la información sea completa y al día. Esto permite también que los resultados de los procesamientos sean fácilmente accesibles a los profesionales de la salud que operan en la institución.

La persona ideal para realizar la tarea de ingreso de datos a la computadora es el médico que atendió el parto o el médico encargado de cerrar la historia. Esta tarea pueda ser realizada sin embargo por personal de archivos médicos. El sentarse frente a la terminal de la computadora para contestar las preguntas del sistema acerca de la embarazada y su hijo es un momento privilegiado para concentrarse en el caso y repasar todas las variables. En el curso de esta sesión se encontrará los datos que faltó registrar y el sistema obligará a pensar en cada uno de los datos que conforman la HCPS.

4.10 Análisis y difusión

El análisis de los datos puede realizarse en cualquier momento con el mismo computador y en el mismo lugar. Los resultados de los procesamientos son documentos en papel emitidos por la computadora a pedido de quién la opera y ningún resultado aparece en la pantalla en forma efímera y pasajera.

La emisión de documentos impresos constituye la base de la documentación estadística que la institución analiza y guarda a lo largo de su vida institucional.

El uso del computador y los programas en apoyo a la HCPS permite que, a nivel periférico, el personal de salud se vea motivado a documentar todas las variables de la Historia Clínica Perinatal Simplificada. El Sistema indica qué variables no están documentadas y esta observación es rápidamente comunicada al personal encargado que corrige su omisión en tiempo útil.

Con el uso del Sistema el personal de salud trabaja conociendo las estadísticas completas y recientes de la institución en la que trabaja. Esto redundará en una acción asistencial consciente e informada.

A nivel regional y de planificación el uso del Sistema permite descentralizar la tarea de ingreso y corrección de datos. En efecto, la capacidad de corrección local de los datos perinatales permite obtener archivos muy confiables y completos.

4. Uso del Sistema

Estos datos, enviados en medio magnético (disquetes) a un centro concentrador regional, pueden constituir la base de procesamientos generales con fines epidemiológicos.

5. DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS

El Sistema está formado por un programa Menú que comanda la ejecución de los restantes programas y al que se retorna cada vez que termina una ejecución.

Para todos los programas que emiten documentos estadísticos el sistema pide el periodo en el que se desea estudiar los datos. El periodo que se considera se refiere a la fecha del parto o aborto registrada en la HCPS.

El sistema pide el periodo a estudiar presentando en la pantalla del computador el siguiente texto:

Ingrese un periodo de tiempo:

Desde:

Dia :1 <RETORNO DE CARRO>
Mes :7 <RETORNO DE CARRO>
Año:85 <RETORNO DE CARRO>

Hasta:

Dia :31 <RETORNO DE CARRO>
Mes :7 <RETORNO DE CARRO>
Año:85 <RETORNO DE CARRO>

Confirma los valores ingresados (S/N) ? S

En este ejemplo se solicitó el estudio de todas las historias clínicas cuya fecha de parto o aborto sea del mes de julio de 1985.

Las historias que no tienen fecha registrada en la HCPS no serán seleccionadas ya que no cumplen con la condición de fecha incluida en el periodo especificado.

Existe la posibilidad de no especificar alguno o ambos límites del periodo de estudio.

Si el operador no especifica el límite inferior el sistema analizará todas las historias contenidas en los datos cuya fecha de parto sea anterior o igual al límite superior dado por pantalla. Para ello el operador digitará solamente <RETORNO DE CARRO> a las 3 preguntas de día, mes y año del inicio del periodo y especificará una fecha completa para el fin del periodo.

Si el operador no especifica el límite superior, el sistema analizará todas las historias contenidas en los datos cuya fecha de parto sea posterior o igual al límite inferior. Para ello el

operador digitará solamente <RETORNO DE CARRO> a las 3 preguntas correspondientes al final del periodo.

Si el operador no especifica ninguno de los dos límites, el sistema analizará todas las historias contenidas en el archivo sin fijarse siquiera en sus fechas de parto. Para ello el operador digitará solamente <RETORNO DE CARRO> a las 6 preguntas de día, mes y año de inicio y fin del periodo.

Cada vez que no se defina uno de los límites o ambos el sistema despliega un mensaje indicando la acción que tomará y al cual debe responderse presionando <RETORNO DE CARRO>.

En el caso que el límite inferior o ambos límites no se especifiquen, las historias que no tienen fecha serán incluidas en el análisis. No sucede así para el caso que solo el límite superior no se especifique.

Una vez ingresado el límite inferior y superior el sistema pregunta si se confirman los datos ingresados o si se desea ingresarlos nuevamente. Si se contesta con "S" o "s" se indica que el periodo ingresado esta correcto si por el contrario se contesta con "N" o "n" se vuelve a pedir ingresar los datos de día, mes y año para cada límite hasta que se confirme.

En la tabla siguiente se presentan los tiempos de ejecución de los distintos programas:

Programa	tiempos de ejecución			
	PC 2 disquetes		PC XT disco duro	
	660 hist	2048 hist	660 hist	30720 hist
control	6 min.*	20 min.*	4 min.*	3 horas
consisten.	10 min.*	40 min.	8 min.*	9 horas *
estad.basica	8 min.	26 min.*	5 min.*	4 horas
descriptivos	3 min.*	10 min.*	2 min.*	45 minutos
riesgos	3 min.*	10 min.*	2 min.*	30 minutos
selección	4 min.*	15 min.*	3 min.*	50 minutos *
percentiles	10 min.*	40 min.*	8 min.*	8 horas *
pat.materna	5 min.*	20 min.*	4 min.*	1 hora *
mort.neo.peso	5 min.*	20 min.*	4 min.*	1 hora *
pat.neonatal	4 min.*	15 min.*	3 min.*	50 minutos *
epgar term.	3 min.*	10 min.*	2 min.*	30 minutos *

Las columnas de 660 historias tienen los tiempos de ejecución para las primeras 660 historias ingresadas.

Se describen a continuación los programas a disposición del operador a partir del menu que fue descrito en la sección 4.2.

5. Descripción de los programas

5.0 LISTA DE VARIABLES

La opción 0 permite obtener en la pantalla del computador la lista de las variables de la HCPS con sus respectivos números.

Al seleccionar esta opción (ver sección 4.2) aparece la primera pantalla. El operador puede tomarse todo el tiempo necesario para leerla.

Para pasar a leer la pantalla siguiente (algo así como dar vuelta la página de un libro) el operador digita la tecla <RETORNO DE CARRO>.

Si el operador quisiera leer una pantalla que no es la siguiente, deberá digitar el número de la pantalla deseada seguido de <RETORNO DE CARRO>.

Para finalizar y volver al menú, el operador digita "f" o "F" seguido de <RETORNO DE CARRO>.

Todas estas indicaciones aparecen en forma resumida en el último renglón de las pantallas.

Todas las variables de la HCPS caben en 3 pantallas.

5.1 INGRESO DE HISTORIAS

La opción 1 permite transferir al computador las historias clínicas relevadas en los formularios de la HCPS. Las historias ingresadas se acumulan en el archivo de datos en el mismo orden en que se ingresan por pantalla.

La primera vez que se ingresan historias a un disquete o disco vacío, el sistema genera un nuevo archivo de datos.

El sistema pregunta al operador los valores de las variables, una por una como el número de la historia, la edad de la madre, etc.. Para ingresar una historia el operador debe tener bajo los ojos el formulario de HCPS llenado previamente durante la atención de la madre y del recién nacido. El programa despliega en la pantalla la pregunta sobre el número que le fuera asignado al establecimiento. El operador mira el formulario, lee dicho número y lo digita en el teclado de la computadora, seguido de la tecla <RETORNO DE CARRO>. Automáticamente el programa pasará a la siguiente variable que es el número de historia de la madre. De esta forma se van ingresando todas las variables de un formulario.

Al final del formulario, el programa pide la confirmación de la historia recién ingresada. El operador contesta "SI", "S", "s" o "si" seguida de <RETORNO DE CARRO> para que los datos de la historia queden grabados en el disquete. Si digitare "NO", "N", "no" o "n" todo lo ingresado para la historia en curso se perdería.

El programa pide luego al operador si desea ingresar otra historia. De esta forma se pueden ingresar varias historias en forma consecutiva sin volver al menú de opciones entre una historia y la siguiente.

Este programa asegura que los datos ingresados están comprendidos dentro de los límites establecidos para cada variable. Al ingresar un valor que cae fuera del rango de la variable el Sistema despliega el mensaje de error y permite modificar el dato. En el capítulo 7 se presenta la lista de las variables de la HCPS con sus valores máximos y mínimos aceptados por el sistema. Por ejemplo la edad de la madre no puede ser inferior a 10 años ni superior a los 49 años.

Si faltara algún dato, el operador deberá teclear solamente <RETORNO DE CARRO>; este dato podrá ser agregado en otra oportunidad con la opción de modificación de historias (ver sección 5.3).

5.2 CONSULTA DE HISTORIAS

La opción 2 permite ver rápidamente en la pantalla una historia clínica completa. Para ello el sistema pregunta el número de historia que se desea consultar y, si la historia fue ingresada en el disquete instalado, la presenta en la pantalla. Este programa tiene por finalidad comprobar lo que se ingresó y tener acceso a la información de la misma manera que si se accediera a un archivo de fichas en papel ordenadas por el número de historia. No permite modificar el contenido de una historia, que es tarea de la opción 3.

La interpretación de algunas variables es inmediata (caso de fechas, edades y pesos) mientras que para las variables codificadas (por ejemplo el sexo o el estado civil) es necesario recurrir a la lista de variables y codificaciones presentada en el capítulo 8.

La historia presentada en la pantalla puede ser impresa en papel al digitar la tecla <PRINT SCREEN> que difiere según el tipo de computador.

5.3 MODIFICACION DE HISTORIAS

La opción 3 permite modificar historias ya ingresadas al disco o disquete. Con esta opción se pueden corregir errores cometidos durante el ingreso de la historia clínica o agregar datos que no eran disponibles en el momento en que se ingresó la historia.

El programa pregunta el número de la historia que se desea modificar. Luego presente los valores ya ingresados variable por variable y espera que el operador los confirme o los modifique.

Para dejar incambiado un valor el operador digitará simplemente <RETORNO DE CARRO>.

En caso de querer modificar un valor, el operador digitará el nuevo valor seguido de <RETORNO DE CARRO>. Esto es suficiente para que el valor anteriormente ingresado quede borrado y sustituido por el nuevo.

En caso de querer borrar un valor y dejar el dato en blanco (dato desconocido o imposible de obtener) el operador digitará la letra "b" o "B" seguida de <RETORNO DE CARRO>.

Para finalizar la sesión de modificación de una historia sin recorrer todas las variables el operador digita la letra "F" o "f" seguida de <RETORNO DE CARRO>. En efecto podría resultar molesto para el operador el digitar 93 veces la tecla <RETORNO DE CARRO> para modificar, por ejemplo, únicamente la edad de una paciente de 23 años cuya edad fuera erróneamente ingresada como de 43 años.

El operador puede también dirigirse directamente a la variable que desea modificar sin recorrer todas las variables anteriores. Para ello el operador digita la letra "M" seguida de <RETORNO DE CARRO>, con lo cual el programa le pide al operador el número de la variable a modificar. El operador puede consultar el capítulo 7 para averiguar el número de la variable que desea modificar.

Al final de una historia, ya sea por haber recorrido todas las variables o por haber usado el comando "F", el programa le pide al operador que confirme las modificaciones hechas. Es importante notar que el operador deberá contestar "SI" o "S" para que los cambios introducidos queden grabados permanentemente en el disco o disquete. El contestar "NO" trae como consecuencia que todos los cambios efectuados para la presente historia clínica sean anulados; o sea la historia queda tal como estaba.

RESUMEN DE COMANDOS DEL PROGRAMA DE MODIFICACION

<RETORNO DE CARRO> solo	DEJA SIN CAMBIOS
B <RETORNO DE CARRO>	DEJA EN BLANCO
F <RETORNO DE CARRO>	FINALIZAR ESTA HISTORIA
M <RETORNO DE CARRO>	A MODIFICAR UNA VARIABLE A DETALLAR

5.4 CONTROL DE LLENADO

La opción 4 tiene la función de poner en evidencia las variables que no son ingresadas en forma completa. Es por lo tanto una herramienta de control de la disciplina del personal médico en su tarea de documentación de sus acciones y observaciones de salud.

Para obtener un documento de Control de Llenado el operador selecciona la opción 4 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Para verificar que las historias ingresadas tienen fecha se ejecuta el programa de Control de Llenado sin especificar límites para que aparezcan también las historias que justamente no tienen fecha o no la tienen completa.

El programa imprime luego un documento de una página con la indicación de los datos que faltan. Antes de imprimir despliega un mensaje al operador para que éste se asegure que la impresora está conectada y que tiene papel. El operador digita <RETORNO DE CARRO> para autorizar la impresión.

La única estadística que presenta este documento es la relativa a la falta de información. En la página siguiente se intercala un ejemplo de documento de Control de Llenado.

CONTROL DE LLENADO DEL 1-ENE-85 AL 31-DIC-85

Historias ingresadas... 30156 Informacion no documentada... 6.4%
 ___sin dato___

DATOS GENERALES:		1.3%	RUPTURA FREMAT MEMB	0	0.0
ESTABLECIMIENTO	0	0.0	INFECCION PUERPERAL	0	0.0
NUMERO DE HISTORIA	0	0.0	HEMORRAGIA PUERP	47	0.2
EDAD	0	0.0	OTRAS PATOLOGIAS	0	0.0
ALFABETIZACION	517	1.7	NINGUNA PATOL MATER	47	0.2
ESTUDIOS	705	2.3			
ANIOS DE ESTUDIO	987	3.3	PARTO O ABORTO:		6.3%
ESTADO CIVIL	517	1.7	EDAD GESTACIONAL	987	3.3
			TAMANIO FETAL	2961	9.8
ANTECEDENTES:		1.2%	INICIO PARTO	5311	17.6
ABORTOS	47	0.2	HORA RUPTURA MEMB	5170	17.1
NACIDOS VIVOS	0	0.0	DIA RUPTURA MEMB	4888	16.2
NACIDOS VIVOS-VIVEN	47	0.2	MES RUPTURA MEMB	4888	16.2
MUERTOS 1A SEMANA	47	0.2	PRESENTACION	2867	9.5
MUERTOS DESP 1A SEM	47	0.2	TERMINACION	940	3.1
ANT. RN<2500 G	1269	4.2	HORA DEL PARTO	517	1.7
CESAREAS	0	0.0	DIA DEL PARTO	0	0.0
NACIDOS MUERTOS	47	0.2	MES DEL PARTO	0	0.0
MES TERM EMBAR ANT	1016	3.4	ANIO DEL PARTO	0	0.0
ANIO TERM EMBAR ANT	1063	3.5	NIVEL ATENC PARTO	658	2.2
			ATENCION DEL PARTO	376	1.2
EMBARAZO:		12.8%	ATENCION AL NEONATO	1034	3.4
PESO HABITUAL	1457	4.8	MUERTE FETAL	0	0.0
TALLA	3055	10.1			
DIA ULTIMA MENSTR	1645	5.5	RECIEN NACIDO:		11.6%
MES ULTIMA MENSTR	1222	4.1	SEXO	376	1.2
DUDAS SOBRE LA FUM	2209	7.3	APGAR MIN 1	470	1.6
ANTITETAN 1A DOSIS	%20145	66.8	APGAR MIN 5	564	1.9
ANTITETAN 2A DOSIS	%22401	74.3	PESO AL NACER	282	0.9
DIAS INTERN EN EMB	2491	8.3	EDAD EXAM FISICO	517	1.7
TRASLADO	3601	11.9	EXAMEN FISICO	2209	7.3
FACTOR RH	1363	4.5	MEMBRANA HIALINA	2538	8.4
SEROLOGIA LUEITICA	2256	7.5	S. ASPIRATIVO	2585	8.6
HABITO DE FUMAR	940	3.1	OTROS SDR	2585	8.6
DIA 1ER CONSULTA	799	2.6	APNEAS	2585	8.6
MES 1ER CONSULTA	705	2.3	HEMORRAGIA	2585	8.6
DIA ULTIMA CONSULTA	752	2.5	HIPERBILIRRUB.	2585	8.6
MES ULTIMA CONSULTA	705	2.3	INFECCION	2585	8.6
NUMERO DE CONSULTAS	0	0.0	PAT. NEUROLOGICA	2632	8.7
			ANOMALIA CONGENITA	2632	8.7
PATOLOGIAS:		0.0%	OTRAS PATOLOG RN	2632	8.7
EMBARAZO MULTIPLE	0	0.0	NINGUNA PATOL RN	2726	9.0
HIPERTENSION PREVIA	0	0.0	EGRESO DEL NEONATO	3290	10.9
PREECLAMPSIA	0	0.0	DIAS AL EGRESO	3854	12.8
ECLAMPSIA	0	0.0	HORAS AL EGRESO	%28746	95.3
CARDIOPATIA	0	0.0	ALIMENTAC AL ALTA	4183	13.9
DIABETES	0	0.0			
INFECCION URINARIA	0	0.0	PUERPERIO:		7.7%
OTRAS INFECCIONES	0	0.0	EGRESO DE LA MADRE	1739	5.8
PARASITOSIS	0	0.0	ASESOR.CONTRACEP	2914	9.7
AMENAZ PART PREMAT	0	0.0			
DESPROP.CEF.PELV.	0	0.0	Comentarios:		
HEMORRAGIA 1ER TRIM	0	0.0	-----		
HEMORRAGIA 2DO TRIM	0	0.0	-----		
HEMORRAGIA 3ER TRIM	0	0.0	-----		
ANEMIA CRONICA	0	0.0	-----		
			Firma:		

El documento contiene la indicación del programa que lo generó y la fecha del día. Luego aparece el periodo de estudio solicitado.

Luego imprime el número de historias ingresadas cuya fecha de parto está comprendida en el periodo indicado. En caso de no especificar límites este número es el total de historias ingresadas en el disco o disquete.

Aparece a continuación el porcentaje global de información no documentada, tomando en cuenta todas las variables de todas las historias del periodo. Por ejemplo "Información no documentada ... 10.6%" indica que el 10.6% de la información no fue recogida. Es necesario mantener esta cifra al mínimo mediante la concientización del personal que llena los formularios. Por obvios que sean, los datos deben quedar registrados. Y en caso de datos no obvios, se deben averiguar.

El concepto de "falta el dato" es radicalmente diferente del de "no" o "no se hizo". En efecto si la madre no fue vacunada contra el tétanos se debe consignar "no", que no es lo mismo que la ausencia del dato, que podría ser cualquiera de las dos alternativas. La HCPS fue diseñada para que todas las variables tengan algún dato. En los casos en que no corresponde, el operador recibe la instrucción correspondiente. Por ejemplo el mes y el año de terminación del embarazo anterior se llenan con ceros para las primigestas.

Luego el documento detalla el número y el porcentaje de datos no consignados para cada una de las variables de la HCPS. Por ejemplo:

"PESO HABITUAL 24 8%"

indica que en el 8% de los casos no fue ingresado el peso habitual de la embarazada.

Las variables de la HCPS están agrupadas para este documento en las siguientes secciones:

DATOS GENERALES

ANTECEDENTES

EMBARAZO

PATOLOGIAS

PARTO O ABORTO

RECIEN NACIDO

PUERPERIO

Para cada una de las secciones el documento especifica el porcentaje global de datos no consignados. Esto permite evaluar en forma comparativa el desempeño de la tarea de documentación en las distintas fases (registro de antecedentes, obstetricia, neonatología, etc.).

El documento permite agregar a mano los comentarios que el responsable de la atención perinatal juzgue conveniente agregar; comentarios que luego firma y que quedan archivados junto con los datos.

5.5 CONSISTENCIA CRUZADA

La opción 5 permite detectar las inconsistencias de las historias ya ingresadas al disco o disquete. Una historia que por un lado indique que se trata de una primigesta y por el otro que tuvo dos hijos nacidos vivos presenta una inconsistencia. Es necesario detectar este tipo de inconsistencia para luego corregirlas sin demoras y mejorar de esta manera la calidad del conjunto de datos perinatales.

Para obtener un documento de Consistencia Cruzada el operador selecciona la opción 5 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado.

Luego imprime un documento cuyo número de páginas depende de la cantidad de historias en verificación. En las páginas siguientes se reproduce un ejemplo de documento de Consistencia Cruzada.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informático Perinatal 16/85 14-AGO-1986
Area de PARAGUARI Primera Region Sanitaria - PARAGUAY AP1090/vers.5

| CONSISTENCIA CRUZADA | DEL 15-ENE-85 AL 20-ENE-85

NUMERO HISTORIA	MENSAJES DE INCONSISTENCIA
0003506	NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna
0000180	
0001448	
0002012	
0008986	NACIDOS VIVOS = < a la suma de los items desglosados con dato NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna NINGUNA PATOLOGIA RN = no y no se indico patologia alguna
0001989	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna
0010025	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero NACIDOS VIVOS = < a la suma de los items desglosados con dato NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna
0009921	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero
0003155	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna
0010004	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna EDAD GESTACIONAL difiere en mas 1 sem.con E.G. calculada por FUM
0009753	ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIOS no igual a cero

CLAP - OPS/OMS Sistema Informático Perinatal 16/85 14-AGO-1986

Area de PARAGUARI Primera Region Sanitaria - PARAGUAY

AP1090/vers.2

| CONSISTENCIA CRUZADA | DEL 15-ENE-85 AL 20-ENE-85

TOTAL DE HISTORIAS VERIFICADAS: 11
TOTAL DE INCONSISTENCIAS: 22

Comentarios: _____

Firma: _____

El documento de Consistencia Cruzada contiene la indicación del programa que lo generó y la fecha del día en el ángulo superior izquierdo.

Luego aparece el número de la historia verificada y al lado los eventuales mensajes de inconsistencia. Por ejemplo puede ocurrir que se haya ingresado un número de hijos nacidos vivos y nacidos muertos que no cierran con el número total de partos.

Las historias que no tengan inconsistencias detectadas aparecerán en el listado con el número de la historia y el resto de la línea en blanco.

La última hoja del documento de Consistencia Cruzada contiene un resumen con el total de historias verificadas y el total de inconsistencias encontradas. Estos dos números pueden ser tomados como una evaluación del correcto llenado de las historias de un periodo dado. Las historias verificadas son todas las historias cuya fecha de parto o aborto estaba comprendida en el periodo especificado por el operador. El número de inconsistencias es el número total de inconsistencias encontradas, independientemente de las historias. Esto quiere decir que si el sistema encuentra 5 inconsistencias en 4 historias, las 5 inconsistencias podrían hallarse en una única historia o estar distribuidas de alguna manera en las 4 historias.

El programa, en su versión de diciembre de 1985, contiene 44 controles de consistencia. Cada control emite un mensaje de inconsistencia para que el operador pueda fácilmente detectar la incongruencia de documentación.

Se detallan a continuación los mensajes posibles:

- 01-ALFABETIZACION = no y ESTUDIOS diferente de ninguno
- 02-ALFABETIZACION = no y ANIOS DE ESTUDIO no igual a cero
- 03-NACIDOS VIVOS < que la suma de los items desglozados
- 04-NACIDOS VIVOS no es igual a la suma de los items desglozados
- 05-NACIDOS VIVOS < o = a la suma de los items desglozados c/dato
- 06-CESAREAS ANTERIORES > NACIDOS VIVOS + NACIDOS MUERTOS
- 07-ALGUN RN PESO<2.5KG=si y NACIDOS VIVOS=0 y NACIDOS MUERTOS=0
- 08-PRIMIGESTA y con ABORTOS
- 09-PRIMIGESTA y con CESAREAS ANTERIORES
- 10-PRIMIGESTA y con NACIDOS VIVOS
- 11-PRIMIGESTA y con NACIDOS MUERTOS
- 12-PRIMIGESTA y con NACIDOS VIVOS-VIVEN
- 13-PRIMIGESTA y con MUERTOS 1A SEMANA
- 14-PRIMIGESTA y con MUERTOS DESP 1A SEM
- 15-MULTIGESTA y sin dato de ABORTOS, CESAREAS NAC VIVOS NI MUERTOS
- 16-NINGUNA PATOL MATERN = no y no se indico patologia alguna
- 17-NINGUNA PATOL MATERN = si o s/d y se indico presencia de patologia
- 18-MUERTE FETAL=no y APGAR 1ER MINUTO=0 y APGAR 5TO MINUTO=0
- 19-MUERTE FETAL=si y APGAR 1ER MINUTO >0 y APGAR 5TO MINUTO >0
- 20-MUERTE FETAL = si y EXAMEN FISICO tiene dato
- 21-MUERTE FETAL = si y PATOLOGIA NEONATAL tiene dato
- 22-MUERTE FETAL = si y EGRESO DEL NEONATO tiene dato

- 23-MUERTE FETAL = si y EDAD AL ALTA O AL FALLECER tiene dato
- 24-MUERTE FETAL = si y ALIMENTACION AL ALTA tiene dato
- 25-EDAD GESTACIONAL difiere en mas de 1 sem.con E.G.calculada por FUM
- 26-NINGUNA PATOLOGIA RN = si o s/d y se indico presencia de patologia
- 27-NINGUNA PATOLOGIA RN = no y no se indico patologia alguna
- 28-EGRESO DEL NEONATO tiene dato y no es recién nacido vivo
- 29-ALIMENTACION AL ALTA con dato y EGRESO DEL NEONATO=fallece
- 30-EDAD GESTACIONAL difiere en 3 sem con E.G.POR EXAMEN FISICO
- 31-EGRESO DE LA MADRE=fallece en emb o parto y ASESOR CONTRAc/dato
- 32-ABORTO y hay dato de PRESENTACION
- 33-ABORTO y hay dato de APGAR 1ER MINUTO
- 34-ABORTO y hay dato de APGAR 5TO MINUTO
- 35-ABORTO y hay dato de EDAD GEST EXAM FIS
- 36-ABORTO y hay dato de EXAMEN FISICO
- 37-ABORTO y hay dato de PATOLOGIA NEONATAL
- 38-ABORTO y hay dato de EGRESO DEL NEONATO
- 39-ABORTO y hay dato de EDAD AL EGRESO O AL FALLECER
- 40-ABORTO y hay dato de ALIMENTACION AL ALTA
- 41-ABORTO y TERMINACION = forceps
- 42-PESO AL NACER > 5000 g Y DIABETES=no
- 43-FALTA LA INDICACION DE PESO AL NACER
- 44-FALTA LA INDICACION DE EGRESO DEL NEONATO

Nótese que el número asociado al mensaje no se imprime. Se indican en mayúscula los nombres de las variables y en minúscula los demás caracteres de los mensajes.

Las abreviaturas usadas son las siguientes:

c/dato	con dato
s/dato	sin dato
s/d	sin dato
RN	recién nacido
E.G.	edad gestacional
FUM	fecha de última menstruación

Sobre la base de este documento el operador deberá verificar el llenado correcto de los datos sospechosos volviendo a la fuente de información (médico responsable o encargado de registros) para poderlos corregir en el sistema a través del ítem 3 de menú.

El documento permite agregar a mano los comentarios que el responsable de la atención perinatal juzgue conveniente agregar; comentarios que luego firma y que quedan archivados junto con los datos.

5.6 ESTADISTICA BASICA

La opción 6 permite obtener un conjunto de tasas de mortalidad y morbilidad que pueden resumir la asistencia perinatal de la institución. Las tasas son calculadas de acuerdo a las recomendaciones internacionales vigentes (7).

El documento de Estadística Básica contiene una "radiografía" de la institución presentada en una única página. Las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal ocupan la cabecera del documento mientras que la frecuencia de hechos salientes de la madre, parto y neonato son listados a continuación.

Para obtener un documento de Estadística Básica el operador selecciona la opción 6 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado.

El sistema comienza a calcular y despliega un mensaje de pedido de espera. El tiempo de ejecución de este programa es de aproximadamente unos 3 minutos para analizar 300 historias clínicas. El tiempo de ejecución no es directamente proporcional al número de historias a analizar. Por ejemplo para 2000 historias el tiempo de análisis es de una hora y tres cuartos aproximadamente.

El operador puede seguir el progreso de la tarea mediante el mensaje de la pantalla en el que aparece el número de historias procesadas. Este número se mueve continuamente y probablemente el operador solo pueda distinguir la cifra de las decenas.

Al terminar el análisis de los datos el sistema pide la autorización del operador para imprimir el documento. El operador, al leer el mensaje correspondiente, deberá cerciorarse de que la impresora esté correctamente encendida y que tiene papel. Luego digita la tecla <RETORNO DE CARRO> y el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la página siguiente.

ESTADISTICA BASICA DESDE 10-APR-84 HASTA 20-MAY-84

Historias ingresadas..	1600				
Nacidos vivos >499g...	1560	(<2500g: 156 10.0%	<1500g: 14	0.9%)	
Nac muertos>499g >19s.	30				
Abortos..<500g o 20s..	10				
M.fetal int>499<1000g	12	tasa 7.5 p.mil	nac.vivos+muertos	>499g	
M.fetal tardia >999 g	18	tasa 11.4 p.mil	nac.vivos+muertos	>499g	
M.neonat.precoz>499 g	20	tasa 12.8 p.mil	nac.vivos > 499g		
>999 g	16	tasa 14.4 p.mil	nac.vivos > 999g		
M.neonat.tardia>499 g	5	tasa 32.0 p.mil	nac.vivos > 499g		
>999 g	4	tasa 2.6 p.mil	nac.vivos > 999g		
M. neonatales >499 g	24	(<2500g: 19; <1500g: 12)			
M. perinatales >499 g	50	tasa 31.4 p.mil	nac.vivos+muertos > 499g		
>999 g	34	tasa 21.7 p.mil	nac.vivos+muertos > 999g		
Muertes maternas.....	1				

MADRE

Con alguna patologia..	483	30.2%
Embarazo multiple.....	18	1.1%
Hipertension previa...	85	1.1%
Preeclampsia.....	133	8.3%
Eclampsia.....	13	0.8%
Cardiopatía.....	5	0.3%
Diabetes.....	24	1.5%
Infeccion urinaria....	146	9.1%
Otras infecciones.....	98	6.1%
Parasitosis.....	37	2.3%
Amenaza parto premat..	120	7.5%
Desproporcion.....	24	1.5%
Hemorragia 1er.trim...	13	0.8%
Hemorragia 2do.trim...	24	1.5%
Hemorragia 3er.trim...	24	1.5%
Anemia cronica.....	24	1.5%
Ruptura premat.membr...	163	10.2%
Infeccion puerperal...	37	2.3%
Hemorragia puerperal..	29	1.8%
Otras patologias.....	50	3.1%
No antitetanica.....	326	20.4%
Con control prenatal..	1115	69.7%
1er. en 1er.trim..	320	20.0%
1er. en 2do.trim..	720	45.0%
1er. en 3er.trim..	560	35.0%
Sin control prenatal..	485	30.3%
y con internacion....	51	10.5%
y sin internacion....	434	89.5%

PARTO

Rotura membranas >24hs.	64	4.0%
Comienzo inducido.....	67	4.2%
Terminacion:espontanea.	1238	77.4%
forceps....	53	3.3%
cesarea....	229	14.3%
otras.....	80	5.0%
Apgar deprimidos leves.	101	6.5%
graves.	44	2.8%

NEONATO

Con alguna patologia...	312	20.0%
Membrana Hialina.....	12	0.8%
Sindrome aspirativo....	9	0.6%
Otros SDR.....	28	1.8%
Apneas.....	5	0.3%
Hemorragia.....	12	0.8%
Hiperbilirrubinemia....	67	4.3%
Infeccion.....	47	3.0%
Neurologica.....	23	1.5%
Anomalias congenitas...	19	1.2%
Otras patologias.....	39	2.5%
Con ases.contracepcion.	1346	84.1%

Comentarios:-----

Firma:-----

Nota: La validez de estos datos depende de la cantidad de informacion efectivamente documentada. Ver el documento de CONTROL DE LLENADO.

El documento de Estadística Básica contiene la indicación del programa que lo generó y la fecha del día en el ángulo superior derecho.

Luego aparece el periodo de estudio al lado del título del documento.

La indicación de historias ingresadas se refiere al periodo de estudio. Aparece luego el número de nacidos vivos con peso mayor o igual a 500 gramos (Nacidos vivos >499g). También se indica de este total los que nacieron de bajo peso (<2500 g) y los que nacieron de muy bajo peso (<1500g).

El renglón siguiente contiene los nacidos muertos de peso mayor o igual a 500 gramos (Nac muertos >499g) y los nacidos vivos con peso igual o mayor a 1000 gramos.

El cuarto renglón presenta la indicación del número de abortos. Los abortos son todos los productos de peso menor de 500 gramos.

El operador deberá verificar que la suma de los renglones 2, 3 y 4 en la columna de la izquierda coincida con el número de historias ingresadas que aparece en el primer renglón. Si esto no se verifica es señal de que hay datos que faltan en las historias, en este caso datos de peso, dato de muerte fetal o datos acerca del egreso del neonato (con vida, fallece, etc).

En el documento aparecen luego las tasas de mortalidad calculadas sobre la base de las muertes del periodo estudiado. El usuario deberá recordar que la validez de estas tasas depende del hecho que todas las historias del periodo indicado tengan todos los datos ingresados. En efecto las tasas y porcentajes se calculan para historias que cumplen determinadas condiciones (como por ejemplo un peso al nacer menor de 1000 gramos o la presencia de una determinada patología). Si el peso al nacer de un recién nacido no figura, este recién nacido no entrará en las estadísticas que incluyen una condición sobre el peso.

La mortalidad fetal intermedia para fetos de 500 gramos y más y menos de 1000 gramos incluye todas las historias cuyo peso está comprendido en el rango de 500 a 999 gramos, que tienen el dato relativo a la vida o muerte del producto y que tienen una fecha de parto o aborto completa. La tasa correspondiente se calcula con respecto al total de nacidos vivos más los nacidos muertos, en ambos casos de peso mayor o igual a 500 gramos.

La mortalidad fetal tardía incluye los productos de peso mayor o igual a 1000 gramos que tienen el dato de vida o muerte fetal y que tienen una fecha de parto completa. La tasa correspondiente se calcula con respecto al total de nacidos vivos más los nacidos muertos del periodo indicado.

La mortalidad neonatal precoz ≥ 500 y ≥ 1000 incluye las historias que cumplen las siguientes condiciones:

- peso al nacer mayor o igual a 500 gramos (1000 gramos)
- nacido vivo
- egreso del neonato fallecido
- días al egreso o al fallecer menor o igual a 7 días

Las tasas relativas se calculan sobre el total de nacidos vivos de peso mínimo 500 o 1000 gramos del periodo indicado.

La mortalidad neonatal tardía se calcula en forma similar a la mortalidad neonatal precoz con la diferencia que los días al fallecer deben estar comprendidos entre 7 y 28 días.

La mortalidad neonatal es la suma de las mortalidades neonatales precoz y tardía

La mortalidad perinatal es la suma de las siguientes mortalidades:

- mortalidad fetal tardía
- mortalidad-neonatal precoz

Se indica a continuación el número de muertes maternas acaecidas en el periodo.

Se presentan a continuación las prevalencias de patologías de la población asistida durante el periodo especificado. Se agrupan los datos en tres capítulos: madre, parto y neonato.

El documento finaliza con tres renglones para comentarios y espacio para una firma responsable. El documento es así archivable y distribuible al personal de asistencia perinatal para su evaluación, discusión y toma de decisiones.

5.7 DESCRIPCION DE VARIABLES

La opción 7 permite estudiar las variables de la HCPS una por vez. El análisis estadístico que realiza el SIP incluye la representación gráfica de la distribución, la media y el desvío estándar, los percentiles usuales y los valores máximos y mínimos. El tratamiento de las variables codificadas difiere del de las variables continuas en que no se calcula ni la media ni el desvío estándar ni el coeficiente de variación para las variables codificadas.

Ejemplos de variables continuas son la edad y el peso, mientras que el estado civil o el nivel de atención son variables codificadas. En el capítulo 7 se indica el tipo de todas las variables de la HCPS.

Para obtener un documento de Descripción de Variable el operador selecciona la opción 7 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema le pide al operador que variable desea estudiar. El operador puede especificar la variable de interés de dos maneras. Puede ingresar su número de acuerdo a la lista presentada en el capítulo 7 o con su nombre en mayúsculas. Es de notar que la ortografía tiene que ser idéntica a la lista presentada en el capítulo 7, incluyendo las eventuales abreviaturas.

Luego el sistema despliega un mensaje de pedido de espera mientras recorre las historias del disquete. A continuación el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Ni bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

El documento lleva en el primer renglón la identificación del sistema y la fecha en que fue generado. También se indica el periodo de estudio en el mismo renglón del título "Descripción de ""nombre de la variable""".

Luego el documento especifica la cantidad de historias cuya fecha de parto o aborto está comprendida entre los límites dados.

En el documento se encuentra luego el nombre oficial de la variable con eventualmente un renglón de aclaración. En caso de ser una variable codificada se imprime también su codificación.

Luego el sistema imprime el histograma de la variable. La barra más larga es siempre de 50 asteriscos con lo cual se aprovecha al máximo el ancho de la página. La división en clases está hecha de acuerdo a lo especificado en el capítulo 8. Para cada clase el histograma indica el número de casos y el porcentaje del total. Notar que el total de historias incluyen también a aquellas historias que no tengan ningún valor consignado para la variable en estudio. El renglón que tiene la columna de "valores" en blanco corresponde justamente a las historias para las cuales falta el dato de la variable en estudio. Los porcentajes son calculados sobre el total de casos incluyendo los casos sin dato.

El sistema indica cual es la escala adoptada para el histograma en historias por asterisco o asteriscos por historia según sea el caso.

El número de casos para los cálculos es el total de historias que tienen datos para la variable en estudio y el porcentaje indica cuán completo y representativo es el conjunto de datos analizados en el documento.

El documento especifica luego el primer máximo y el primer mínimo con sus números de historia correspondientes.

Si la variable en estudio es continua el documento calcula la media, el desvío estándar y el coeficiente de variación de la muestra presentada en el histograma, excluyendo los casos para los cuales no fue ingresado ningún dato. Se recuerda que el coeficiente de variación se obtiene dividiendo la media por el desvío estándar.

El documento indica en otro renglón los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 de la muestra en estudio. Se recuerda que entre el percentil 10 y el percentil 90 se encuentra el 80% del conjunto de casos. El percentil 50 también se llama mediana de la muestra y tiene la misma cantidad de casos con valor menor que casos con valor mayor. El sistema toma siempre el límite inferior de la clase en la cual se encuentra el percentil efectivamente buscado. De ahí que los valores dados para los percentiles sean aproximados (por defecto); tienen la única finalidad de caracterizar la distribución de la variable.

El documento finaliza con tres renglones para comentarios y espacio para una firma responsable. El documento es así archivable y distribuible al personal de asistencia perinatal para su evaluación, discusión y toma de decisiones.

5.8 SELECCION DE HISTORIAS

La opción 8 permite listar conjuntos de historias clínicas que cumplen una determinada condición. Por ejemplo, un operador podría seleccionar las historias cuyos pesos al nacer están comprendidos entre 500 y 999 gramos. El SIP imprime un documento donde aparecen hasta 7 variables de todas las historias seleccionadas. El operador tiene total libertad de elegir estas 7 variables entre las cuales se recomienda incluir el número de historia. Por ejemplo el operador puede estar interesado en el número de historia, el peso al nacer, la forma de terminación del parto y la edad de la madre de todos los nacimientos de peso comprendidos entre 500 y 999 gramos.

Para obtener un documento de Selección de Historias el operador selecciona la opción 8 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema imprime el encabezamiento del documento y para ello pide la autorización del operador que deberá asegurarse que la impresora tiene suficiente papel y está encendida.

Luego el sistema le pide al operador qué variable desea estudiar. El operador puede especificar la variable de selección de dos maneras. Puede ingresar su número de acuerdo a la lista presentada en el capítulo 7 o con su nombre en mayúsculas. Es de notar que la ortografía tiene que ser idéntica a la lista presentada en el capítulo 7, incluyendo las eventuales abreviaturas y respetando las mayúsculas.

Luego el operador debe especificar el rango de selección. Por ejemplo si le interesa tener un listado de todos los nacimientos de madres adolescentes deberá digitar lo siguiente:

```
INGRESE LA VARIABLE DE SELECCION: EDAD
limite inferior del rango de seleccion: 10
limite superior del rango de seleccion: 16
```

El sistema pide luego las variables de descripción. El operador puede especificar hasta 7 variables y lo hará de la misma manera que especificó la variable de selección (con números o con el nombre oficial dado en el capítulo 7). Por ejemplo:

```
INGRESE HASTA 7 VARIABLES DE SELECCION: 2
                                           3
                                           4
                                           PESO AL NACER
                                           42
                                           03
                                           10
```

Si se desea ingresar menos de 7 variables dar <RET> como ultima variable y el sistema asume fin de variables.

A continuación el sistema imprime un documento del tipo del que se intercala en la próxima página. En él aparece la variable de selección y el rango elegido. También aparece la codificación de las variables de descripción. Luego el sistema recorre el archivo de historias instalado e imprime las historias seleccionadas a medida que las encuentra.

Al final imprime una página de resumen en la que aparece el total de historias encontradas en el periodo especificado y la cantidad de ellas que satisficieron la condición impuesta por el operador.

Area de PARAGUARI Primera Region Sanitaria - PARAGUAY

| SELECCION DE HISTORIAS | DEL 1-ENE-85 AL 31-MAR-85

Pag.: 1

Variable seleccionada: EDAD Rango: 15-17

Variables descriptas con sus codigos:

- 1 - NUMERO DE HISTORIA
- 2 - EDAD
- 3 - MUERTE FETAL
 - 1 -NO HUBO
 - 2 -DURANTE EMBARAZO
 - 3 -DURANTE PARTO
 - 4 -MOMENTO DESCONOCIDO
- 4 - EGRESO DEL NEONATO
 - 1 -SANO
 - 2 -CON PATOLOGIA
 - 3 -TRASLADO
 - 4 -FALLECE
- 5 - EGRESO DE LA MADRE
 - 1 -SANA
 - 2 -CON PATOLOGIA
 - 3 -TRASLADO
 - 4 -FALLECE EMBARAZO
 - 5 -FALLECE EN PARTO
 - 6 -FALLECE EN PUERP
- 6 - ASESOR.CONTRACEP
 - 1 -NO SE HIZO
 - 2 -CONDON
 - 3 -DIU
 - 4 -ORAL
 - 5 -LIGADURA TROMPAS
 - 6 -RITMO
 - 7 -OTRO

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2942	16	1	1	1	2
9438	17	1	1	1	2
2012	16	1	1		4
436	17	1	1	1	7
10025	16	1	1	1	2
9921	15	1	1	1	2
96	16	1	1	1	2
862	17	1	1	1	3
1764	17	1	1	1	2

Area de PARAGUARI Primera Region Sanitaria - PARAGUAY

| SELECCION DE HISTORIAS | DEL 1-ENE-85 AL 31-MAR-85

Pag.: 2

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Total de historias seleccionadas: 9
Total de historias ingresadas: 2275

Comentarios: _____

_____ Firma: _____

5.9 RIESGO RELATIVO

La opción 9 permite cruzar dos variables cualesquiera de la HCPS para evaluar el riesgo relativo. El operador debe elegir una variable de exposición a un determinado riesgo y otra variable que represente un resultado. La variable de exposición al riesgo tendrá un rango de riesgo aumentado y valores de referencia. Por ejemplo la variable de exposición al riesgo podría ser la edad de la madre. El rango de riesgo podría ser de 10 años a 15 años mientras que las edades mayores constituirían la situación de referencia. La variable de resultado podría ser por ejemplo el peso al nacer con rango patológico por debajo de 2500 gramos. De esta manera el operador estudiaría la influencia de la edad materna por debajo de 15 años como factor de riesgo para el bajo peso al nacer.

Para obtener un documento de Riesgo Relativo el operador selecciona la opción 9 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema le pide al operador que variable desea estudiar como variable de exposición al riesgo. El operador puede especificar la variable de selección de dos maneras. Puede ingresar su número de acuerdo a la lista presentada en el capítulo 7 o con su nombre en mayúsculas. Es de notar que la ortografía tiene que ser idéntica a la lista presentada en el capítulo 7, incluyendo las eventuales abreviaturas y respetando las mayúsculas.

Luego el operador debe especificar el rango de exposición al riesgo. En el ejemplo de la influencia de la edad materna baja en el peso al nacer deberá digitar lo siguiente:

```
INGRESE LA VARIABLE DE SELECCION: EDAD
limite inferior del rango de seleccion: 10
limite superior del rango de seleccion: 16
```

El sistema pide luego la variable de resultado patológico. El operador puede especificar cualquiera de las variables de la HCPS y lo hará de la misma manera que especificó la variable de exposición al riesgo (con números o con el nombre oficial dado en el capítulo 7). Por ejemplo:

```
INGRESE LA VARIABLE DE RESULTADO PATOLOGICO: PESO AL NACER
limite inferior del rango de seleccion:50
limite superior del rango de seleccion:249
```

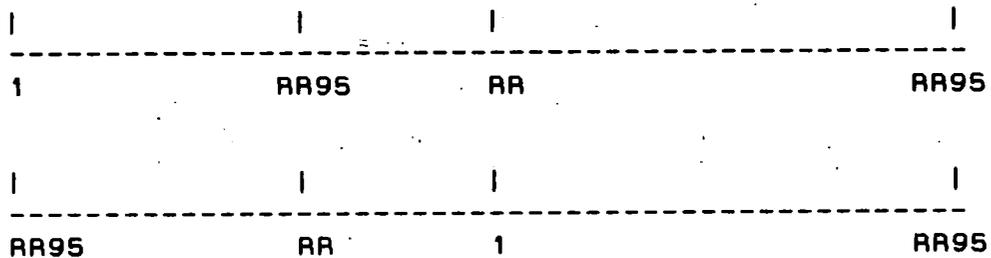
A continuación el sistema imprime un documento del tipo del que se intercala en la próxima página. En él aparece la variable de exposición al riesgo y el rango elegido. También aparece su

codificación si se trata de una variable codificada. La variable de resultado patológico también es descrita con eventualmente sus codificaciones. Se especifica el rango de resultado patológico.

El cuadro de 2 por 2 indica la distribución de los casos estudiados en las cuatro categorías de acuerdo a la división en dos de los rangos de las 2 variables. Los mensajes de las prevalencias le indican al lector si el factor de riesgo que está investigando tiene o no una influencia en el resultado patológico de su interés.

La representación gráfica del riesgo relativo permite ubicar su valor (RR) con respecto a la unidad (1) y a los límites de confianza al 95% del riesgo relativo (AR95 y AR95). Si la unidad (1) está incluida en el intervalo de confianza del riesgo relativo delimitado por AR95 y AR95, entonces no se puede descartar con un nivel de confianza del 95% que el grupo expuesto al riesgo y el grupo no expuesto al riesgo constituyan en realidad un mismo grupo con respecto a la posibilidad de presentar la patología en estudio.

Ejemplos de la representación gráfica del riesgo:



El documento finaliza con tres renglones para comentarios y espacio para una firma responsable.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informático Perinatal 16/85 07-AGO-1986
 AP1080/vers.5
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

 | ESTIMACION DE RIESGO | DEL -- AL --

Historias ingresadas : 2000

Variable de exposicion al riesgo: PESO AL NACER
 Variable de resultado patologico: MUERTE FETAL
 1 -NO HUBO
 2 -DURANTE EMBARAZO
 3 -DURANTE PARTO
 4 -MOMENTO DESCONOCIDO
 Rango de riesgo: 50-249 Rango patologico: 2-4

RESULTADO PATOLOGICO

		SI	NO	
EXPOSICION	SI	28	126	154
	NO	37	1526	1563

65 1652 1717
 Incidencia de la patologia.....p= 3.79 %
 Incidencia entre los expuestos.....p1= 18.18 %
 Incidencia entre los no expuestos.....p2= 2.37 %
 Riesgo relativo.....RR= p1/p2= 7.68
 Intervalo de confianza al 95 % : 5.43 a 15.47



Nota: el intervalo de confianza del riesgo relativo fue calculado con la formula simplificada del intervalo de confianza de la razon de los productos cruzados (odds ratio).

Comentarios _____
 _____ Firma: _____

5.10 PERCENTILES DE PESO POR EDAD GESTACIONAL DE UN GRUPO PATRON

La opción 10 genera un documento en el cual se presentan las distribuciones estadísticas del peso al nacer para las diferentes edades gestacionales para las madres sin patología y no fumadores. Se describen las distribuciones mediante los percentiles 2.5, 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95 y 97.5. Se realizan los cálculos solamente para aquellas edades gestacionales que reúnen por lo menos 5 casos.

La descripción de pesos al nacer de las madres sin patología y no fumadoras tiene la finalidad de obtener una referencia común a centros asistenciales que atienden poblaciones de muy diferente riesgo.

Para obtener un documento de Peso por Edad Gestacional de un Grupo Patrón el operador selecciona la opción 10 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

El operador puede aceptar los grupos de edad gestacional propuestos por el sistema (grupos por defecto) o bien definir él mismo los intervalos de edad gestacional que le interesen. El sistema divide la edad gestacional semana por semana desde la semana 20 hasta la 44. El operador podría por ejemplo definir una clase desde la semana 18 hasta la 23, otra de la 24 a la 30 y finalmente una desde 31 a 40.

Si se desea especificar los intervalos de Edad Gestacional se deben indicar, en cantidad de intervalos, el número de intervalos que se definirán y luego ir dando para cada uno el valor menor y el superior de edad gestacional tal como lo ve pidiendo el sistema.

Si se desea trabajar con los intervalos propuesto por el sistema se debe indicar, en cantidad de intervalos, <RET> para optar por los grupos por defecto.

El tiempo de ejecución de este programa es de aproximadamente un minuto para 100 historias clínicas. Para un disquete lleno (2048 historias) el tiempo de ejecución es de 20 minutos aproximadamente.

En la próxima página se reproduce un documento con las clase por defecto.

5.11 PERCENTILES DE PESO POR EDAD GESTACIONAL DE LA POBLACION

La opción 11 permite estudiar las distribuciones estadísticas del peso al nacer en relación con la edad gestacional. Esta opción es similar a la opción 10 con la única diferencia de que aquí se toman en cuenta todas las madres mientras que en la opción 10 se seleccionaban las madres sin patología y no fumadores.

Para obtener un documento de Peso por Edad Gestacional de la Población el operador selecciona la opción 10 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

El operador puede aceptar los grupos de edad gestacional propuestos por el sistema (grupos por defecto) o bien definir él mismo los intervalos de edad gestacional que le interesan. El sistema divide la edad gestacional semana por semana desde la semana 20 hasta la 44. El operador podría por ejemplo definir una clase desde la semana 18 hasta la 23, otra de la 24 a la 30 y finalmente una desde 31 a 40.

En la próxima página se reproduce un documento con las clase por defecto.

5.12 DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS MATERNAS

La opción 12 permite estudiar la relación existente entre las patologías maternas y la mortalidad perinatal.

Para obtener un documento de Distribución de Patologías Maternas el operador selecciona la opción 12 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema recorre las historias del disquete seleccionando a aquellas que tienen la fecha de parto comprendida en el periodo especificado por el operador. En la pantalla aparece el número correlativo de historias procesadas para que se pueda estimar el tiempo de ejecución total del programa.

La ejecución de este programa demora unos 3 minutos para analizar 200 historias clínicas.

Al terminar de recorrer las historias, el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Ni bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano

 : DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS MATERNAS : DEL 1-SEP-85 AL 30-SEP-85

Historias ingresadas.. 142

P o b l a c i o n e s

P A T O L O G I A M A T E R N A	Patologica		RN que vive		Fet int		Fet tard		Neo prec	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
EMBARAZO MULTIPLE	6	7.4	4	3.1	1100.0		0	0.0	0	0.0
HIPERTENSION PREVIA	9	11.1	9	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PREECLAMPSIA	14	17.3	12	9.4	0	0.0	1	50.0	0	0.0
ECLAMPSIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CARDIOPATIA	1	1.2	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DIABETES	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
INFECCION URINARIA	9	11.1	7	5.5	0	0.0	1	50.0	0	0.0
OTRAS INFECCIONES	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PARASITOSIS	1	1.2	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
AMENAZ PART PREMAT	7	8.6	4	3.1	1100.0		0	0.0	0	0.0
DESPROP.CEF.PELV.	5	6.2	5	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HEMORRAGIA 1ER TRIM	1	1.2	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HEMORRAGIA 2DO TRIM	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1100.0	
HEMORRAGIA 3ER TRIM	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ANEMIA CRONICA	2	2.5	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
RUPTURA PREMAT MEMB	13	16.0	10	7.9	0	0.0	0	0.0	1100.0	
INFECCION PUERPERAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HEMORRAGIA PUERP	1	1.2	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
OTRAS PATOLOGIAS	10	12.3	8	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total patologias	81	100%								
Ninguna patologia	86	60.6	81	63.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Paciente patolog	56	39.4	46	36.2	1100.0		2100.0		1100.0	
Total de pacientes	142	100%	127	100%	1	100%	2	100%	1	100%

- Notas: (1) Para las poblaciones de nacidos vivos que viven, fetos muertos y neonatos muertos se incluyen los de 500g o mas.

 (2) El item 'Ninguna patologia' incluye las embarazadas sin ningun control prenatal.
 (3) La distribucion de patologias en las poblaciones de nacidos vivos que viven, fetos muertos y neonatos muertos se refiere al total de pacientes y no al total de patologias.
 (4) El item 'RN que vive' se refiere a todos los recién nacidos vivos excluidos los que mueren a los 7 dias o antes.

Comentarios: -----

 Firma: -----

En el documento aparecen distribuciones de patologías maternas y sus correspondiente contribución a la mortalidad fetal intermedia, tardía y neonatal precoz.

En las primeras dos columnas el número de patologías y el porcentaje del total de patologías se refieren a toda la población. Esta primer columna termina con el total de patologías encontradas en el periodo y una indicación de cuantas pacientes tuvieron una o más patologías y cuantas pacientes no tuvieron ninguna patología. Recordar que el concepto de número de patologías es diferente al de número de pacientes patológicas ya que una paciente patológica puede tener más de una patología.

En las segundas dos columnas el número de patologías presentes en cada caso y el porcentaje se refieren a las madres que tuvieron un recién nacido vivo, excluyendo a las de los que murieron en el séptimo día o antes. Estas columnas terminan con el total de madres sin patología que tuvieron un recién nacido que vivió y el total de madres con una o más patologías que tuvieron un recién nacido que vivió.

En las siguientes dos columnas el número de patologías y el porcentaje se refieren a las madres que tuvieron un óbito fetal de peso entre 500 y menos de 1000 gramos (mortalidad fetal intermedia).

En las siguientes dos columnas el número de patologías y el porcentaje se refieren a las madres que tuvieron un óbito fetal de peso mayor o igual a 1000 gramos (mortalidad fetal tardía).

En las siguientes dos columnas el número de patologías y el porcentaje se refieren a las madres cuyos recién nacidos murieron en la primera semana de vida (mortalidad neonatal precoz).

5.13 MORTALIDAD SEGUN PATOLOGIAS MATERNAS

La opción 13 permite estudiar la relación entre las patologías maternas y la mortalidad perinatal con un enfoque distinto al de la opción 12. Aquí se muestra la mortalidad fetal intermedia, fetal tardía y neonatal precoz específica para cada patología materna listada.

En resumen:

opción 12 - distribución de patologías maternas habiendo fijado el tipo de mortalidad y su contribución a la mortalidad perinatal.

opción 13 - distribución de mortalidades en cada patología y tasas específicas de mortalidad fetal intermedia, fetal tardía y neonatal precoz.

Para obtener un documento de Mortalidad específica por Patología Materna el operador selecciona la opción 13 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema recorre las historias del archivo seleccionando a aquellas que tienen la fecha de parto comprendida en el periodo especificado por el operador. En la pantalla aparece el número correlativo de historias procesadas para que se pueda estimar el tiempo de ejecución total del programa.

La ejecución de este programa demora aproximadamente 3 minutos para procesar 200 historias clínicas.

A continuación el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Ni bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

CLAP - OPS/DMS Sistema Informatico Perinatal 16/85 09-JUL-1986
AP1130/vers.2

Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano

: MORTALIDAD SEGUN PATOLOGIA MATERNA : DEL 01-AGO-85 AL 31-AGO-85

Historias ingresadas.. 123

P A T O L O G I A M A T E R N A	RN que vive		MORTALIDAD		RECIEN		NACIDO		T O T A L	
	casos	%	Fet inte casos %	Fet tard casos %	Neo prec casos %	T O T A L casos %				
EMBARAZO MULTIPLE	6	100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6	100 %
HIPERTENSION PREVIA	5	62.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8	100 %
PREECLAMPSIA	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2	100 %
ECLAMPSIA	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0	100 %
CARDIOPATIA	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1	100 %
DIABETES	5	100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5	100 %
INFECCION URINARIA	5	83.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6	100 %
OTRAS INFECCIONES	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0	100 %
PARASITOSIS	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0	100 %
AMENAZ PART PREMAT	8	61.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	13 100 %			
DESPROP.CEF.PELV.	2	100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100 %			
HEMORRAGIA 1ER TRIM	2	40.0	0 0.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0	5 100 %			
HEMORRAGIA 2DO TRIM	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 100 %			
HEMORRAGIA 3ER TRIM	1	50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100 %			
ANEMIA CRONICA	2	66.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 100 %			
RUPTURA FREMAT MEMB	18	81.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	22 100 %			
INFECCION PUERPERAL	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 100 %			
HEMORRAGIA PUERP	0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 100 %			
OTRAS PATOLOGIAS	10	76.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.7	13 100 %			
NINGUNA PATOLOGIA	47	84.5	0 0.0	3 5.2	1 1.7	58 100 %				
Pacientes patolog	49	76.6	0 0.0	1 1.6	1 1.6	64 100 %				
Total de pacientes	99		0	4	2	123				

- Notas: (1) Para las poblaciones de nacidos vivos que viven, fetos muertos y neonatos muertos se incluyen los de 500g o mas.
 (2) El item 'Ninguna patologia' incluye las embarazadas sin control prenatal.
 (3) El item 'RN que vive' se refiere a todos los recién nacidos vivos excluidos los que mueren a los 7 dias o antes.

Comentarios: _____

 Firma: _____

En el documento de Mortalidad según Patologías Maternas aparecen todas las patologías maternas y como se distribuyen estas patologías en las siguientes poblaciones:

- madres cuyos recién nacidos vivos no murieron en la primera semana de vida.

- madres que tuvieron un óbito fetal de peso entre 500 y menos de 1000 gramos.

- madres que tuvieron un óbito fetal de peso mayor o igual de 1000 gramos.

- madres cuyos recién nacidos vivos murieron en la primera semana de vida.

- el total de madres cuya fecha de parto está comprendida entre los límites especificados.

El documento termina con algunos renglones para comentarios y para una firma responsable antes de distribuirlo o archivarlo.

5.14 MORTALIDAD NEONATAL POR PESO

La opción 14 permite estudiar la relación existente entre el peso al nacer y la mortalidad neonatal precoz. Para ello genera un documento con la distribución por peso de los nacidos vivos y de los muertos en el periodo neonatal. A su vez la distribución es subdividida en partos únicos y partos múltiples.

Para obtener un documento de Mortalidad Neonatal por Peso el operador seleccione la opción 14 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema recorre las historias del archivo seleccionando a aquellas que tienen la fecha de parto comprendida en el periodo especificado por el operador. En la pantalla aparece el número correlativo de historias procesadas para que se pueda estimar el tiempo de ejecución total del programa.

El tiempo de ejecución de este programa es de aproximadamente un minuto para 200 historias clínicas.

A continuación el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Ni bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informático Perinatal 16/85 08-AGO-1986
 AP1140/vers.2

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

! MORTALIDAD NEONATAL POR PESO ! DEL 1-NOV-85 AL 31-DIC-85

Historias ingresadas.. 227

PESO AL NACER en gramos	TODOS LOS PARTOS			PARTOS UNICOS			PARTOS MULTIPLES		
	nacido vivo	muerte neonat	tasa p.mil	nacido vivo	muerte neonat	tasa p.mil	nacido vivo	muerte neonat	tasa p.mil
500- 999	1	1	1000.0	1	1	1000.0	0	0	0.0
1000-1499	2	0	0.0	2	0	0.0	0	0	0.0
1500-1999	6	0	0.0	3	0	0.0	3	0	0.0
2000-2499	19	0	0.0	17	0	0.0	2	0	0.0
2500-2999	51	0	0.0	47	0	0.0	4	0	0.0
3000-3499	88	0	0.0	85	0	0.0	3	0	0.0
3500-3999	34	0	0.0	34	0	0.0	0	0	0.0
4000-4499	10	0	0.0	10	0	0.0	0	0	0.0
4500-4999	1	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0.0
5000-5499	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
5500-8000	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
T O T A L	212	1	4.7	200	1	5.0	12	0	0.0

- Notas: (1) Se consideran solamente las muertes neonatales precoces

 (en el septimo dia de vida o antes).
 (2) Se consideran en esta tabla solamente los partos, es
 decir las terminaciones de embarazo con un producto de
 peso mayor o igual a 500 gramos.

Comentarios: _____

 Firma: _____

5.15 PATOLOGIAS NEONATALES

La opción 15 permite evaluar la relación existente entre las patologías neonatales y la mortalidad neonatal precoz. Para ello genera un documento con las distribuciones de patología neonatal en la población de recién nacidos vivos y en la de muertes neonatales precoces.

Para obtener un documento de Patologías Neonatales el operador selecciona la opción 15 en el menú y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema recorre las historias del archivo seleccionando a aquellas que tienen la fecha de parto comprendida en el periodo especificado por el operador. En la pantalla aparece el número correlativo de historias procesadas para que se pueda estimar el tiempo de ejecución total del programa.

A continuación el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Si bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

5.16 APGAR SEGUN LA FORMA DE TERMINACION DEL PARTO

La opción 16 presenta la distribución de puntajes de Apgar y especifica esta distribución para las 4 sub-poblaciones de parto espontaneo, fórceps, cesarea y 'otra'.

Para obtener un documento de Apgar según la Forma de Terminación del Parto el operador selecciona la opción 16 en el menu y luego especifica el periodo de interés respondiendo a las preguntas de día, mes y año según el procedimiento acostumbrado (ver sección 5).

Luego el sistema recorre las historias del archivo seleccionando a aquellas que tienen la fecha de parto comprendida en el periodo especificado por el operador. En la pantalla aparece el número correlativo de historias procesadas para que se pueda estimar el tiempo de ejecución total del programa. A continuación el sistema le indica al operador que está por imprimir y el operador deberá verificar que la impresora está conectada, encendida y que tiene papel. Ni bien el operador digite <RETORNO DE CARRO> el sistema imprime un documento del tipo del que se reproduce en la siguiente página.

5.17 COPIA DE ARCHIVO DE DATOS

La opción 17 permite obtener duplicados del archivo de datos con fines de respaldo y de comunicación con otros centros de cómputos o el CLAP.

Es aconsejable hacer copias del archivo de datos en forma periódicas porque existe la posibilidad del deterioro parcial o total del disquete. Esta eventualidad llevaría, de no tener una copia de respaldo, a perder muchas horas de trabajo y el esfuerzo de eliminar las inconsistencias de los datos.

Para hacer copia del archivo de datos el operador deberá tener en su poder un disquete vacío y 'formateado' (ver sección 4.2).

El operador duplica sus disquetes de datos siguiendo atentamente las instrucciones desplegadas en la pantalla. Este es un procedimiento delicado que puede, si no se respetan todas las indicaciones, llevar a perder irremediamente datos o programas.

La secuencia de operaciones es la siguiente depende del equipo con que cuente.

- Para equipos con 2 disqueteras y sin disco duro:

El programa despliega un mensaje de advertencia e instrucciones

Se debe sacar el disquete de sistema de la unidad 0 (unidad de la izquierda o de arriba).

Se debe colocar en la unidad 0 el disquete vacío y formateado.

Al autorizar la copia, el sistema despliega en la pantalla un mensaje indicando que la copia está en curso.

Se vuelve a colocar el disquete de sistema en la unidad 0.

- Para equipos con disco duro y con 1 disquetera:

El programa despliega un mensaje de advertencia e instrucciones

Se debe sacar el disquete de sistema de la unidad 0 (unidad de la izquierda o de arriba).

Se debe colocar en la unidad 0 el un disquete vacío y formateado.

5.17 Copia de archivo de datos

Al autorizar la copia, el sistema despliega en la pantalla un mensaje indicando que la copia está en curso.

El archivo de datos del disco puede contener más información que la que puede contener un disquete por lo cual está previsto en el SIP la posibilidad de bajar el archivo en varios disquetes. En este caso el sistema avisa que está completo el disquete que se halla en la unidad 0 y que se debe colocar otro disquete libre y formateado en la unidad 0 para continuar con la copia. Un archivo de 30720 historias (máximo para las versiones 5) ocupa 15 diskettes que el operador deberá instalar uno detrás del otro en la unidad de disquetes.

Cuando se finaliza la copia del archivo de datos el sistema indica que se vuelva a colocar el disquete de sistema en la unidad 0.

Todas estas operaciones son guiadas por mensajes en la pantalla que le indican al operador lo que tiene que hacer en cada momento. Es importante seguir al pie de la letra todas estas instrucciones para evitar pérdidas de datos. Después de realizar este procedimiento unas pocas veces, cualquier operador sentirá la seguridad necesaria para hacerlo sin dificultades.

6. BIBLIOGRAFIA

1. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M. y TENZER S.M. "Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un Modelo para la Atención Primaria de Baja Complejidad", Boletín de la O.P.S., volumen 95, páginas 163 a 172, 1983.
2. SIMINI F. "El médico hospitalario como usuario directo de computadoras", Engenharia Biomédica - comunicações científicas, página 68, 8 Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica, Florianópolis, S.C., Brasil, novembro 1983.
3. SIMINI F. "Creación y consulta de archivos médicos por computadora en la unidad sanitaria" en Tecnologías Apropriadas en Perinatología - 40 trabajos seleccionados del CLAP, Recopilados por CAPURRO H., páginas 201 a 204, Publicación Científica del CLAP 1016, 1984.
4. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M., TENZER S.M. and LOPEZ RIBOT R. "Computerized Processing System for Simplified Perinatal Clinical Record. A proposal for Primary Health Care", aceptado para su presentación al III Symposium on Computers in Perinatal Medicine, Detroit, U.S.A., Publicación Científica del CLAP 1035-1, 1984.
5. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M., TENZER S.M. y LOPEZ RIBOT R., "Sistema de Procesamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada", aceptado para su presentación al segundo congreso latinoamericano de Investigación Operativa e Ingeniería de Sistemas, Buenos Aires, Argentina, Publicación Científica del CLAP 1035-2, 1984.
6. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M. y TENZER S.M. "Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un Modelo para la Atención Primaria de Baja Complejidad." Publicación Científica del CLAP 1045, 1984.
7. CLAP, "Definiciones y terminologías aplicables al periodo perinatal", Salud Perinatal (Boletín del CLAP), volumen 2, páginas 31 a 34, 1985.

8. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M. y TENZER S.M., "Simplified Perinatal Record. A Manual for a Proposed Low Complexity Primary Care Model", Publicación Científica del CLAP 1061, 1985.

9. MICROSOFT Corp. "Disk Operating System" (D.O.S.) Version 2.10, IBM, Boca Raton, Florida U.S.A., Order number 1502343, 1983.

10. MICROSOFT Corp. "Disk Operating System" (D.O.S.) Version 3.10, IBM, Boca Raton, Florida U.S.A., Order number 6138519, 1985.

11. SCHWARCZ R., DIAZ A.G., FESCINA R.H., DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M. TENZER S.M. y SIMINI F. "Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un Modelo para la Atención Primaria de Baja Complejidad." Publicación Científica del CLAP 1088, 1986.

7. VARIABLES DE LA HCPS CON SUS VALORES MAXIMOS Y MINIMOS

En las siguientes dos páginas se presenta un listado de las variables de la HCPS. El usuario puede consultar esta lista cada vez que necesita establecer el número de una variable.

La columna "Largo" indica el número de cifras que le fueron reservadas a cada variable. Por ejemplo el número de historia (variable 2) acepta hasta 7 cifras, lo que permite utilizar el número de cédula de identidad en la mayoría de los países de América Latina.

La columna "tipo" indica si la variable es de tipo continuo o codificado:

- 0 - variable codificada
- 1 - variable continua

La columna "clases" indica el número de clases en las que se divide el rango de la variable para construir su histograma o descripción en Diagrama de barras. Los límites de cada clase se encuentran en el capítulo 8 a continuación de cada variable.

También encontrará el usuario en las últimas dos columnas los valores máximos y mínimos de cada variable. El programa de ingreso no permite que se ingresen valores fuera de este rango. Como ejemplo los límites para edad materna son 10 años y 49 años.

LISTA DE VARIABLES

	Nombre	Largo	Tipo	Clases	Minimo	Maximo
1	ESTABLECIMIENTO	2	0	10	0	99
2	NUMERO DE HISTORIA	7	0	10	1	9999999
3	EDAD	2	1	8	10	49
4	ALFABETIZACION	1	0	2	1	2
5	ESTUDIOS	1	0	4	1	4
6	ANIOS DE ESTUDIO	1	1	10	0	9
7	ESTADO CIVIL	1	0	4	1	4
8	ABORTOS	2	1	11	0	15
9	NACIDOS VIVOS	2	1	1	0	15
10	NACIDOS VIVOS-VIVEN	2	1	1	0	15
11	MUERTOS 1A SEMANA	1	1	10	0	9
12	MUERTOS DESP 1A SEM	1	1	10	0	9
13	ANT. RN<2500 G	1	0	2	1	2
14	CESAREAS	1	1	10	0	9
15	NACIDOS MUERTOS	1	1	10	0	9
16	MES TERM EMBAR ANT	2	0	1	0	12
17	ANIO TERM EMBAR ANT	2	0	5	0	99
18	PESO HABITUAL	2	1	7	30	99
19	TALLA	2	1	10	0	99
20	DIA ULTIMA MENSTR	2	0	10	1	31
21	MES ULTIMA MENSTR	2	0	12	1	12
22	DUDAS SOBRE LA FUM	1	0	2	1	2
23	ANTITETAN 1A DOSIS	1	0	10	0	9
24	ANTITETAN 2A DOSIS	1	0	10	0	9
25	DIAS INTERN EN EMB	2	1	6	0	99
26	TRASLADO	1	0	2	1	2
27	FACTOR RH	1	0	4	1	4
28	SEROLOGIA LUETICA	1	0	2	1	2
29	HABITO DE FUMAR	1	0	2	1	2
30	DIA 1ER CONSULTA	2	0	13	1	31
31	MES 1ER CONSULTA	2	0	12	1	12
32	DIA ULTIMA CONSULTA	2	0	13	1	31
33	MES ULTIMA CONSULTA	2	0	12	1	12
34	NUMERO DE CONSULTAS	1	1	13	0	9
35	EMBARAZO MULTIPLE	1	0	2	0	1
36	HIPERTENSION PREVIA	1	0	2	0	1
37	PREECLAMPSIA	1	0	2	0	1
38	ECLAMPSIA	1	0	2	0	1
39	CARDIOPATIA	1	0	2	0	1
40	DIABETES	1	0	2	0	1
41	INFECCION URINARIA	1	0	2	0	1
42	OTRAS INFECCIONES	1	0	2	0	1
43	PARASITOSIS	1	0	2	0	1
44	AMENAZ PART PREMAT	1	0	2	0	1
45	DESPROP.CEF.PELV.	1	0	2	0	1
46	HEMORRAGIA 1ER TRIM	1	0	2	0	1
47	HEMORRAGIA 2DO TRIM	1	0	2	0	1
48	HEMORRAGIA 3ER TRIM	1	0	2	0	1
49	ANEMIA CRONICA	1	0	2	0	1

	Nombre	Largo	Tipo	Clases	Minimo	Maximo
50	RUPTURA PREMAT MEMB	1	0	2	0	1
51	INFECCION PUERPERAL	1	0	2	0	1
52	HEMORRAGIA PUERP	1	0	2	0	1
53	OTRAS PATOLOGIAS	1	0	2	0	1
54	NINGUNA PATOL MATER	1	0	2	0	1
55	EDAD GESTACIONAL	2	1	12	3	45
56	TAMANIO FETAL	1	0	2	1	2
57	INICIO PARTO	1	0	2	1	2
58	HORA RUPTURA MEMB	2	0	13	0	23
59	DIA RUPTURA MEMB	2	0	11	0	31
60	MES RUPTURA MEMB	2	0	13	0	12
61	PRESENTACION	1	0	3	1	3
62	TERMINACION	1	0	4	1	4
63	HORA DEL PARTO	2	0	13	0	23
64	DIA DEL PARTO	2	0	10	1	31
65	MES DEL PARTO	2	0	12	1	12
66	ANIO DEL PARTO	2	0	10	80	99
67	NIVEL ATENC PARTO	1	0	5	1	5
68	ATENCION DEL PARTO	1	0	5	1	5
69	ATENCION AL NEONATO	1	0	5	1	5
70	MUERTE FETAL	1	0	4	1	4
71	SEXO	1	0	2	1	2
72	APGAR MIN 1	1	0	10	0	9
73	APGAR MIN 5	1	0	10	0	9
74	PESO AL NACER	3	1	12	1	800
75	EDAD EXAM FISICO	2	1	12	3	45
76	EXAMEN FISICO	1	0	2	1	2
77	MEMBRANA HIALINA	1	0	2	0	1
78	S. ASPIRATIVO	1	0	2	0	1
79	OTROS SDR	1	0	2	0	1
80	APNEAS	1	0	2	0	1
81	HEMORRAGIA	1	0	2	0	1
82	HIPERBILIRRUB.	1	0	2	0	1
83	INFECCION	1	0	2	0	1
84	PAT. NEUROLOGICA	1	0	2	0	1
85	ANOMALIA CONGENITA	1	0	2	0	1
86	OTRAS PATOLOG RN	1	0	2	0	1
87	NINGUNA PATOL RN	1	0	2	0	1
88	EGRESO DEL NEONATO	1	0	4	1	4
89	DIAS AL EGRESO	2	1	7	0	99
90	HORAS AL EGRESO	2	1	13	0	23
91	ALIMENTAC AL ALTA	1	0	3	1	3
92	EGRESO DE LA MADRE	1	0	6	1	6
93	ASESOR. CONTRACEP	1	0	7	1	7

8. VARIABLES DE LA HCPS CON SUS CODIFICACIONES Y DIVISION EN CLASES

La tabla de característica de variables se denomina AP2010.DAT y reside en la misma unidad de almacenamiento magnético que los programas.

El formato del archivo AP2010.DAT es el siguiente:

NOMBRE DE LA VARIABLE
tipo de variable (0 = codificada, 1 = continua)
texto de aclaración de la variable
número de clases
1er codificación (si es codificada)
2da codificación (si es codificada)
...
última codificación (si es codificada)
una coma (,)
límites inferior y superior de la primera clase
límites inferior y superior de la segunda clase
...
límites inferior y superior de la última clase
una coma (,)

el archivo termina con un asterisco *

Se liste a continuación la versión española del archivo AP2010.DAT actualizado el mes de mayo de 1986:

ESTABLECIMIENTO

0

User el código asignado

10

,
0,9

10,19

20,29

30,39

40,49

50,59

60,69

70,79

80,89

90,99

,
NUMERO DE HISTORIA

0

10

,

1,999999
1000000,1999999
2000000,2999999
3000000,3999999
4000000,4999999
5000000,5999999
6000000,6999999
7000000,7999999
8000000,8999999
9000000,9999999

,
EDAD

1

En años

8

,
10,14

15,19

20,24

25,29

30,34

35,39

40,44

45,49

,
ALFABETIZACION

0

2

1,ANALFABETA

2,ALFABETA

,
1,1

2,2

,
ESTUDIOS

0

4

1,NINGUNOS

2,PRIMARIA

3,SECUNDARIA

4,UNIVERSIDAD

,
1,1

2,2

3,3

4,4

,
ANIOS DE ESTUDIO

1

Aprobados en el nivel indicado anterior

10

,
0,0

1,1
2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9

,
ESTADO CIVIL

0

4

1,CASADA
2,UNION ESTABLE
3,SOLTERA
4,OTRO

,

1,1
2,2
3,3
4,4

,

ABORTOS

1

Indique la cantidad

11

,

0,0
1,1
2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9
10,15

,

NACIDOS VIVOS

1

Indique la cantidad

1

,

0,15

,

NACIDOS VIVOS-VIVEN

1

Indique la cantidad de los que viven

1

,

0,15

,

MUERTOS 1A SEMANA

1

Indique la cantidad ; 9 para 9 o mas

10

,

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

,

MUERTOS DESP 1A SEM

1

Indique la cantidad ; 9 para 9 o mas

10

,

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

,

ANT. RN<2500 G

0

Algun RN peso menos de 2500 g

2

1,NO

2,SI

,

1,1

2,2

,

CESAREAS

1

Indique la cantidad ; 9 para 9 o mas

10

,

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8
9,9

,
NACIDOS MUERTOS

1
Indicar la cantidad ; 9 para 9 o mas
10

,
0,0
1,1
2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9

,
MES TERM EMBAR ANT

0
Indicar 0 solo para primigestas
1

,
0,12

,
ANIO TERM EMBAR ANT.

0
Indicar 0 solo para primigestas
5

,
0,0
60,69
70,79
80,89
90,99

,
PESO HABITUAL

1
En kg
7

,
30,39
40,49
50,59
60,69
70,79
80,89
90,99

,
TALLA

1
Indicar los cm por encima del metro
10

0,41
42,45
46,49
50,53
54,57
58,61
62,65
66,69
70,77
78,99

,
DIA ULTIMA MENSTR

0

Indicar el dia del mes

10

,
1,3

4,6

7,9

10,12

13,15

16,18

19,21

22,24

25,27

28,31

,
MES ULTIMA MENSTR

0

Indicar mes del año

12

,
1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

10,10

11,11

12,12

,
DUDAS SOBRE LA FUM

0

2

1,NO

2,SI

,
1,1

2,2

ANTITETAN 1A DOSIS

0

Indicar mes embarazo en que la recibio

10

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

ANTITETAN 2A DOSIS

0

Incluye una 2da dosis o un refuerzo

10

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

DIAS INTERN EN EMB

1

Dias de internacion durante el embarazo

6

0,0

1,2

3,7

8,14

15,31

32,99

TRASLADO

0

Traslado durante el embarazo

2

1,NO

2,SI

1,1

2,2

FACTOR RH

0

4

1, RH POSITIVO

2, RH - Y SENS DESCON

3, RH - Y NO SENSIBIL.

4, RH - Y SENSIBILIZ.

,

1,1

2,2

3,3

4,4

,

SEROLOGIA LUETICA

0

2

1, NEGATIVA

2, POSITIVA

,

1,1

2,2

,

HABITO DE FUMAR

0

2

1, NO

2, SI

,

1,1

2,2

,

DIA 1ER CONSULTA

0

Indicar dia del mes

10

,

1,3

4,6

7,9

10,12

13,15

16,18

19,21

22,24

25,27

28,31

,

MES 1ER CONSULTA

0

Indicar mes del año

12

,

1,1

2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9
10,10
11,11
12,12

,
DIA ULTIMA CONSULTA

0

Indicar día del mes

10

,
1,3
4,6
7,9
10,12
13,15
16,18
19,21
22,24
25,27
28,31

,
MES ULTIMA CONSULTA

0

Indicar mes del año

12

,
1,1
2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9
10,10
11,11
12,12

,
NUMERO DE CONSULTAS

1

Indicar total de cons. durante embarazo

10

,
0,0
1,1
2,2
3,3

4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9

,
EMBARAZO MULTIPLE

0
Como patologia del embarazo

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
HIPERTENSION PREVIA

0
Como patologia del embarazo parto y puerperio

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
PREECLAMPSIA

0
Como patologia del embarazo parto y puerperio

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
ECLAMPSIA

0
Como patologia del embarazo parto y puerperio

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
CARDIOPATIA

0
Como patologia del embarazo parto y puerperio

2
0,NO
1,SI

,
0,0

1,1

DIABETES

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

INFECCION URINARIA

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

OTRAS INFECCIONES

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

PARASITOSIS

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

AMENAZ PART PREMAT

0

Como patologia del parto

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

DESPROP.CEF.PELV.

0

Como patologia del embarazo y parto

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
HEMORRAGIA 1ER TRIM

0
Como patologia del embarazo

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
HEMORRAGIA 2DO TRIM

0
Como patologia del embarazo

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
HEMORRAGIA 3ER TRIM

0
Como patologia del embarazo

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
ANEMIA CRONICA

0
Como patologia del embarazo parto y puerperio

2
0,NO
1,SI

,
0,0
1,1

,
RUPTURA PREMAT MEMB

0
Como patologia del embarazo

2
0,NO
1,SI

,
0,0

1,1

INFECCION PUERPERAL

0

Como patologia del puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

HEMORRAGIA PUERP

0

Como patologia del puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

OTRAS PATOLOGIAS

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,NO

1,SI

0,0

1,1

NINGUNA PATOL MATER

0

Como patologia del embarazo parto y puerperio

2

0,UNA O MAS PATOLOG

1,NINGUNA

0,0

1,1

EDAD GESTACIONAL

1

En semanas cumplidas

12

3,9

10,19

20,24

25,28

29,31

32,33

34,35

36,37

38,39
40,41
42,43
44,45

TAMANIO FETAL

0
Corresp a la EG por palpac. o alt.uter.

2
1,NO
2,SI

1,1
2,2

INICIO PARTO

0
2
1,ESPONTANEO
2,INDUCIDO

1,1
2,2

HORA RUPTURA MEMB

0
Ind. hora del dia o 0 si llegan integras
13

0,0
1,2
3,4
5,6
7,8
9,10
11,12
13,14
15,16
17,18
19,20
21,22
23,23

DIA RUPTURA MEMB

0
Ind dia del mes o 0 si llegan integras
11

0,0
1,3
4,6
7,9
10,12
13,15

16,18
19,21
22,24
25,27
28,31

MES RUPTURA MEMB

0

Ind mes del año o 0 si llegan integras

13

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

10,10

11,11

12,12

PRESENTACION

0

Al inicio del trabajo de parto

3

1, CEFALICA

2, PELVIANA

3, TRANSVERSA

1,1

2,2

3,3

TERMINACION

0

4

1, ESPONTANEA

2, FORCEPS

3, CESAREA

4, OTRA

1,1

2,2

3,3

4,4

HORA DEL PARTO

0

Indicar la hora del día

13

8. Variables de la HCPS

,
0,0
1,2
3,4
5,6
7,8
9,10
11,12
13,14
15,16
17,18
19,20
21,22
23,23

,
DIA DEL PARTO

0

10

1,3
4,6
7,9
10,12
13,15
16,18
19,21
22,24
25,27
28,31

,
MES DEL PARTO

0

12

1,1
2,2
3,3
4,4
5,5
6,6
7,7
8,8
9,9
10,10
11,11
12,12

,
AÑO DEL PARTO

0

10

80,81

82,83
84,85
86,87
88,89
90,91
92,93
94,95
96,97
98,99

,
NIVEL ATENC PARTO
0.

5

1, PRIMARIO
2, SECUNDARIO
3, TERCARIO
4, DOMICILIARIO
5, OTRO

,
1,1
2,2
3,3
4,4
5,5

,
ATENCION DEL PARTO
0

5

1, MEDICO
2, ENFERM O PARTERA
3, AUXIL. ENFERMERIA
4, EMPIRICA
5, OTRO

,
1,1
2,2
3,3
4,4
5,5

,
ATENCION AL NEONATO
0

5

1, MEDICO
2, ENFERM O PARTERA
3, AUXIL. ENFERMERIA
4, EMPIRICA
5, OTRO

,
1,1
2,2
3,3

4,4

5,5

,
MUERTE FETAL

0

4

1, NO HUBO

2, DURANTE EMBARAZO

3, DURANTE PARTO

4, MOMENTO DESCONOCIDO

,

1,1

2,2

3,3

4,4

,

SEXO

0

2

1, FEMENINO

2, MASCULINO

,

1,1

2,2

,

APGAR MIN 1

0

Indicar 9 para 9 o 10

10

,

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7

8,8

9,9

,

APGAR MIN 5

0

Indicar 9 para 9 o 10

10

,

0,0

1,1

2,2

3,3

4,4

5,5

6,6

7,7
8,8
9,9

,
PESO AL NACER

1
Peso RN en decenas de gramos
12

,
1,49
50,99
100,149
150,199
200,249
250,299
300,349
350,399
400,449
450,499
500,549
550,800

,
EDAD EXAM FISICO

1
Edad en semanas deducida del examen fisico
12

,
3,9
10,19
20,24
25,28
29,31
32,33
34,35
36,37
38,39
40,41
42,43
44,45

,
EXAMEN FISICO

0

2
1,NORMAL
2,ANORMAL

,
1,1
2,2

,
MEMBRANA HIALINA

0

2
0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

S. ASPIRATIVO

0

2

0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

OTROS SDR

0

2

0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

APNEAS

0

2

0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

HEMORRAGIA

0

2

0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

HIPERBILIRRUB.

0

2

0,NO

1,SI

,

0,0

1,1

,

8. Variables de la HCPS

INFECCION

0

2

0, NO

1, SI

0, 0

1, 1

PAT. NEUROLOGICA

0

2

0, NO

1, SI

0, 0

1, 1

ANOMALIA CONGENITA

0

2

0, NO

1, SI

0, 0

1, 1

OTRAS PATOLOG RN

0

2

0, NO

1, SI

0, 0

1, 1

NINGUNA PATOL RN

0

2

0, UNA O MAS PATOL

1, NINGUNA

0, 0

1, 1

EGRESO DEL NEONATO

0

4

1, SANO

2, CON PATOLOGIA

3, TRASLADO

4, FALLECE

,
1, 1

2, 2

3, 3

4, 4

,
DIAS AL EGRESO

1

Dias de vida al egreso o al fallecer

7

,
0, 0

1, 1

2, 4

5, 8

9, 15

16, 32

64, 99

,
HORAS AL EGRESO

1

Horas de vida al egreso o al fallecer

13

,
0, 0

1, 2

3, 4

5, 6

7, 8

9, 10

11, 12

13, 14

15, 16

17, 18

19, 20

21, 22

23, 23

,
ALIMENTAC AL ALTA

0

3

1, PECHO SOLO

2, PECHO Y ARTIFICIAL

3, ARTIFICIAL SOLO

,
1, 1

2, 2

3, 3

,
EGRESO DE LA MADRE

0

8. Variables de la HCPS

6

- 1, SANA
- 2, CON PATOLOGIA
- 3, TRASLADO
- 4, FALLECE EMBARAZO
- 5, FALLECE EN PARTO
- 6, FALLECE EN PUERP

,

- 1, 1
- 2, 2
- 3, 3
- 4, 4
- 5, 5
- 6, 6

,

ASESOR. CONTRACEP

0

7

- 1, NO SE HIZO
- 2, CONDON
- 3, DIU
- 4, ORAL
- 5, LIGADURA TROMPAS
- 6, RITMO
- 7, OTRO

,

- 1, 1
- 2, 2
- 3, 3
- 4, 4
- 5, 5
- 6, 6
- 7, 7

,

*

9. COMENTARIOS DEL LECTOR

Los autores del presente manual tienen mucho interés en recibir los comentarios que sobre él quieran hacer los lectores. La experiencia de enfrentarse a una herramienta de trabajo nueva como es el Sistema Informático Perinatal puede resultar más o menos gratificante según la calidad de la documentación que lo acompaña.

Es con el afán de mejorar el presente manual de uso que exhortamos al lector a que responda al formulario de la próxima página y lo envíe al CLAP por correo. El estudio de las sugerencias y la indicación de errores u omisiones será de gran utilidad para ir afinando este instrumento de documentación en beneficio de la Perinatología en América Latina.

La dirección es la siguiente:

Centro Latinoamericano de Perinatología
y Desarrollo Humano CLAP (OPS/OMS)
Casilla de Correo 627
Hospital de Clínicas
Montevideo
URUGUAY

Los autores responderán personalmente a cada lector que envíe sus comentarios y sugerencias y que desee una respuesta.

< cortar según la línea punteada

He tomado contacto con el manual de uso del SIP, versión 2

1. Usó Ud. este manual como guía para aprender a manejar el SIP ? SI NO

2. Como calificaría Ud. el texto en cuanto a claridad ?
 confuso satisfactorio muy bueno

3. Indique los párrafos y las páginas donde Ud. encontró frases confusas:

página inicio de frase confusa

.....
.....
.....

4. Indique cuales fueron los capítulos o párrafos que le fueron más útiles:

.....

5. Indique cuales fueron los capítulos o párrafos que le fueron menos útiles:

.....

6. Que le cambiaría Ud a este manual para mejorarlo?

.....
.....

7. La inclusión de ejemplos reales intercalados en el manual fue útil inútil

8. Comentarios del lector:

.....
.....

9. Desea Ud recibir una contestación ? si no

Nombre del lector

Institución

Dirección

País

cortar según la línea punteada