

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Calidad de llenado de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital General del Norte de Tercer Nivel del Municipio de El Alto, en el periodo de enero a diciembre 2019.

POSTULANTE: Dra. Silvia Rita Meave Tarifa
TUTOR: Dr.M.SC. Víctor Estrada Zacarías
Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica

La Paz - Bolivia
2021

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional y el impulso para formarme en una carrera universitaria.

A mis hijos Emanuel y Sergio que son y siempre serán la razón para ser mejor persona y profesional.

A mi esposo Gustavo que fue parte fundamental en la conclusión de los estudios de la Especialidad.

A Dios, por darme la fuerza entereza para no desfallecer en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes y administrativos de la UPG-UMSA por su apoyo, orientación y colaboración constante para que este trabajo de investigación culmine y se concrete.

A mi tutor Dr.M.SC. Víctor Estrada Zacarías por su apoyo y orientación para concluir el trabajo de investigación.

Al Hospital del Norte a su Dirección, Jefatura de Enseñanza, subdirección de Gestión de pacientes, Epidemiología y Archivo por permitirme realizar el relevamiento de información que fue crucial para la conclusión y presentación del presente trabajo de investigación.

LISTA DE ACRÓNIMOS

CLAP/SMR Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva

CP Carnet perinatal

HCP Historia Clínica Perinatal

DM Diabetes mellitus

EG Edad gestacional

FCF Frecuencia cardiaca fetal

FR Frecuencia respiratoria

PA Presión arterial

IMC Índice de masa corporal

IRA Insuficiencia renal aguda

LDH Deshidrogenasa láctica MS Ministerio de Salud

MM Muerte materna

MEF Mujeres en edad fértil

NA / NC No aplica / no corresponde

NV Nacidos vivos

OPS Organización Panamericana de la Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

SIP Sistema Informático Perinatal

SNIS Sistema Nacional de Información en Salud

EC Expediente Clínica

HC Historia Clínica

INDICE	Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
5. OBJETIVOS.....	11
5.1. OBJETIVO GENERAL	11
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
6. MARCO TEÓRICO	12
6.1. Definición de adolescencia.....	12
6.2. Historia Clínica Perinatal.....	12
6.3. Secciones de la Historia Clínica Perinatal.....	13
6.4. Sistema Informático Perinatal.	22
6.5. Estadísticas del Embarazo en Adolescentes en Bolivia.....	24
6.6. Embarazo Adolescente en Bolivia.....	26
6.7. Código Niño Niña Adolescente.	27
6.8. Norma Técnica del Expediente Clínico.	28
6.9. Marco contextual.....	28
7. DISEÑO METODOLÓGICO	33
7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	33
7.2 AREA DE ESTUDIO	33
7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.	33
7.4. ESTRUCTURA DE DISEÑO DE INSTRUMENTO	34
7.5. METODO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.....	34
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
9. RESULTADOS.	38
10. DISCUSIÓN.....	55
11. CONCLUSIONES.....	57
12. RECOMENDACIONES.	59
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	60
14. ANEXOS.	63

TABLAS

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL ..	15
Tabla 2. TASAS ESPECÍFICAS Y GENERALES DE FECUNDIDAD Y TASA BRUTA DE NATALIDAD PARA LOS TRES AÑOS QUE PRECEDIERON A LA ENCUESTA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (15-49)POR AREA DE RESIDENCIA Y COMPARACIÓN ENDSA 1998,2003 Y 2008 EDSA 2016.....	24
Tabla 3. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF), NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN MUJERES DE 40 AÑOS Y PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADA, 2006	25
Tabla 4. FRECUENCIAS MODA MEDIANA CALCULADA DE LA VARIABLE DEMOGRÁFICA EDAD.....	38

FIGURAS

FIGURA. 1 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL DEL NORTE.....	32
FIGURA. 2. PORCENTAJE Y CANTIDAD DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POR EDAD.....	39
FIGURA. 3 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE EDAD EN LA HCP	40
FIGURA. 4 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE ESCOLARIDAD EN LA HCP.....	40
FIGURA. 5 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL EN LA HCP	41
FIGURA. 6 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS EN EL TOTAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS REVISADOS.....	42
FIGURA. 7 LLENADO CORRECTO DEL ACÁPITE DE CONTROL PRENATAL EN LA HCP	43
FIGURA. 8 SECCIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO DE EN CUANTO AL NÚMERO DE ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO	44
FIGURA. 9 SECCIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO.....	45
FIGURA. 10 SECCIÓN DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 13 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO	45
FIGURA. 11 SECCIÓN GESTACIÓN ACTUAL PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 25 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO.....	46
FIGURA. 12 SECCIONES PARTO Y NACIMIENTO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 23 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO.....	47
FIGURA. 13 SECCIÓN RECIÉN NACIDO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 17 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO	48
FIGURA. 14 SECCIÓN EGRESO DEL RECIÉN NACIDO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 9 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO.....	49
FIGURA. 15 SECCIÓN EGRESO MATERNO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 4 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO	50
FIGURA. 16 ÍTEMS CON MENOS DEL 85% DE CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DEL REGISTRO EN LA HCP	51
FIGURA. 17 PORCENTAJE DE REGISTRO DE FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO QUE ATENDIÓ A LA MADRE	52

FIGURA. 18 PORCENTAJE REGISTRO DE FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL RECIÉN NACIDO.....	53
FIGURA. 19 PORCENTAJE DE LLENADO DEL FORMULARIO SEGUN EDADES	54

RESUMEN

La toma de decisiones está estrechamente determinada por la calidad en el llenado de la Historia Clínica Perinatal, y nuestro estudio está dirigido a mujeres adolescentes en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto para identificar las omisiones que pueden afectar en el tratamiento o toma de decisiones oportunas en este grupo vulnerable a través del análisis cuantitativo de 139 Historias Clínicas de la gestión 2019.

El tipo de estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La población trabajada para el relevamiento de datos es de 139 historias clínicas que contienen la HCP dentro el expediente clínico.

Se evidencio un porcentaje elevado en cuanto al llenado correcto y completo de las Historias Clínicas, pero el menor porcentaje de llenado completo son las mujeres de 13 años. Otros indicadores que muestran un porcentaje preocupante en cuanto a información en las historias clínicas son: Indicación de inducción de parto con 62,6%, Aplicación de la vacuna del Tétanos con 65,5%, Condición de egreso con 69,8 %, BCG con 79,1 % y la calidad de registro de firma y sello de los profesionales es deficiente en caso de especialista pediatras en comparación con los del gineco obstetra.

Se concluye que se debe buscar alternativas para hacer de las Historias Clínicas una herramienta que ayude a una atención afectiva frente a la población vulnerable como son las gestantes adolescentes.

PALABRAS CLAVES: Historia Clínica, Adolescentes y embarazo.

ABSTRACT

Decision-making is closely determined by the quality of filling in the Perinatal Clinical History, and our study is aimed at adolescent women at the Hospital del Norte in the Municipality of El Alto to identify omissions that may affect treatment or decision-making. Timely decisions in this vulnerable group through the quantitative analysis of 139 Clinical Histories of the 2019 management.

The type of study is quantitative, observational, descriptive, cross-sectional. The population worked for the data collection is 139 medical records that contain the HCP within the clinical record.

A high percentage was evidenced in terms of the correct and complete filling of the Clinical Histories, but the lowest percentage of complete filling is the 13-year-old women. Other indicators that show a worrying percentage in terms of information in the medical records are: Induction of labor with 62.6%, Application of the Tetanus vaccine with 65.5%, Discharge condition with 69.8%, BCG with 79.1% and the quality of the registration of the signature and seal of the professionals is deficient in the case of pediatric specialists compared to those of the obstetrician gynecologist. It is concluded that alternatives should be sought to make Clinical Histories a tool that helps affective care in the face of the vulnerable population such as pregnant adolescents.

KEY WORDS: Clinical History, Adolescents and pregnancy.

1. INTRODUCCIÓN.

El embarazo precoz y violencia, son los principales problemas que enfrentan las niñas y adolescentes en Bolivia.

La violencia contra las niñas y el embarazo adolescente incrementan en Bolivia. Estas situaciones de vulnerabilidad generan graves problemas que ponen en peligro el futuro y la vida de esta población. Para revertir tales problemáticas se buscan a nivel local e internacional campañas para visibilizar las historias de vida, y promover cambios positivos.

La Pandemia y el confinamiento implicaron un gran impacto de la vida de las niñas del país. Pero esto independientemente de épocas de pandemia se viene dando a lo largo de las últimas décadas. Se entiende que cuando una adolescente esta embarazada sus derechos se ven directamente afectados, ya que dejan de asistir a la escuela en la mayoría de los casos, deben convivir con sus parejas que pueden generar violencia intrafamiliar, no acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva, tienen y enfrentan problemas económicos y otros factores de protección son vulnerados.

Los índices de violencia hacia la niñez y de género son alarmantes. En 2020 se reportaron 51 infanticidios y 108 casos de violación infantil en medio año. Hasta abril del 2021, la fiscalía General del Estado reportó nueve infanticidios y en el primer trimestre de este año se reportaron 282 casos de violación a infantes, niñas y adolescentes.

Por otro lado, el embarazo adolescente en Bolivia es más frecuente en el área rural, donde 2 de cada 10 niñas, adolescentes y jóvenes mujeres menores de 20 años estuvieron alguna vez embarazadas (1). Esto se agudiza entre poblaciones de habla de lengua indígena que en las de habla castellana, quechua: 26,5%; aymara: 23,7%; otros: 28,1%; castellano: 12,0%.

En concepto general del bienestar de la mujer embarazada está directamente relacionado con el del feto y del recién nacido, en este sentido preocupan cada día más los elevados costos financieros que se generan de la aplicación de cuidados especiales a los recién nacidos con problemas de muy bajo peso que se considera un indicador socioeconómico de la capacidad reproductiva de las mujeres.

La mortalidad materna y perinatal son indicadores de la eficacia en la atención que se les brindan a las mujeres embarazadas, relacionados con determinantes de la salud que influyen en la salud de la mujer y los niños productos de los embarazos.

Si bien, entre los reportes De los ENDSA del 1998 y 2008, la tasa global de fecundidad general en la Subregión andina descendió en más del 10%, en Bolivia la fecundidad en adolescentes se incrementó de 84 a 88 por mil. La fecundidad alcanza un pico entre los 20 y 24 años de edad y luego inicia un descenso que se acelera a medida que la edad aumenta. En comportamiento de las tasas específicas de fecundidad muestra que la fecundidad, en la adolescencia, presenta un descenso casi del 20% en la tasa específica de fecundidad en comparación del ENDSA 2008 y el EDSA 2016 (1).

La comparación entre los valores encontrados en la EDSA 2016, con la ENDSA 2008, para indicadores específicos, confirma que la fecundidad en el país se ha reducido, pero existen brechas diferenciales, determinadas, principalmente, por el idioma, la educación y el lugar de residencia (1); que son las variables que se analizan en el presente trabajo de investigación.

En lo que se refiere al embarazo adolescente en Bolivia aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años, según datos del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020 (2); que tienen relación con el aumento de complicaciones en los recién nacidos que deben ingresar a cuidados críticos especiales por las condiciones de salud que presentan al ser productos de embarazos de alto riesgo.

Ahora bien, de hecho, al llenar el acápito de edad en la HCP ya se determina que > a 35 y < de 15 son considerados embarazos de alto riesgo y por lo tanto deben ser

derivados a centros de mayor complejidad puede dar lugar a saturar los servicios de tercer nivel de atención; innecesariamente dado que se debería realizar estudios de investigación de cuánto es el porcentaje real de los embarazos en adolescentes que son hasta la conclusión embarazos de alto riesgo, es por ello que el presente estudio quiere determinar cuáles son los componentes de las diferentes secciones de la HCP que se identifican como indicadores y si éstas pueden constituirse en factores determinantes de embarazos de alto riesgo obstétrico en el caso de las embarazadas adolescentes.

2. ANTECEDENTES

La familia y las instituciones públicas, sobre todo estatales, están deslegitimadas y no captan la atención de los/as adolescentes y jóvenes, por lo que buscan espacios de información y educación entre sus pares, redes sociales e informáticas, que no siempre están bien informadas, actualizadas, exponiéndolos a conductas de riesgo.

En esta investigación (3), (4) que como punto principal es el determinar el acceso a la salud de las embarazadas adolescentes, destacar que también hacen referencia al contexto mismo de los/as adolescentes y jóvenes infiriendo en que el problema de fondo, se debe en nuestro territorio en especial en el altiplano ya que este estudio fue en la ciudad de El Alto, es que en una sociedad adulto-centrista que no los reconoce de manera efectiva como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en resolver las problemáticas que les afectan, esta población es más bien vista como sujetos dependientes, que económicamente no son productivos e incluso haciendo mención a una variable difícilmente medible y muy subjetiva que es la responsabilidad que pueda tener cada uno; en este caso diríamos que al ser “irresponsables” también determina un factor de riesgo preexistente aunque no medible.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre los profesionales de la Región de las Américas y forma parte de las herramientas de la OPS para mejorar la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (4).

En la Encuesta de Demografía y Salud del 2016 (EDSA 2016) registró que las mujeres comprendidas entre 15 a 19 años representan el 19.6% del total de la población total, En el caso de las mujeres atendidas en el marco de las prestaciones de la Ley N°475 la atención durante el embarazo de aproxima a 90% y la de post parto casi alcanza 81%, mientras que, la atención del parto apenas supera el 70 (1).

En una publicación del 2010 (4) en la ciudad de Montevideo Uruguay desarrollaron el manual de uso para implementar un sistema informático perinatal en el entendido de que el procesamiento tradicional de datos proporciona estadísticas anuales, que raramente llegan al propio personal de salud y cuando llegan, frecuentemente la oportunidad en que esto ocurre no responde a las necesidades del proveedor, no beneficiándolo de la “retroalimentación” indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud (5). Que por el planteamiento que le dan y objetivo principal de desarrollar un sistema informático es unificar la información con datos completos y correctos; lo que de manera implícita contribuye a las políticas de salud en especial en las poblaciones vulnerables como lo son los adolescentes, que en nuestro medio sería digno de imitación para obtener datos unificados y de fácil acceso para los establecimientos de salud que tengan redes de atención oportuna casos de alto riesgo obstétrico en centros de menor complejidad y la transferencia a establecimientos de mayor complejidad para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

El año 2020 en la serie de documentos técnicos normativos que se publican en el Ministerio de Salud y Deportes es que sale la publicación de las instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal, determinando el llenado correcto y completo de cada sección, con pautas para que cada proveedor de salud que esté a cargo y responsabilidad del llenado no omita ningún dato a ser llenado (6).

En nuestro medio realizando la recopilación de datos y documentos para el marco teórico encontramos que no existen estudios similares o investigaciones similares en cuanto a la determinación del llenado correcto de la Historia clínica perinatal en el la población adolescente en el estado plurinacional de Bolivia; sí existen estudios e investigaciones en relación al acceso de la salud y educación en las adolescentes embarazadas y la diferencias de sus indicadores demográficos y epidemiológicos tal cual se expone en el estudio de Taborga y col. (3) en 14 municipios de Bolivia.

3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que comprende mujeres de 12 hasta 19 años de edad (7). El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más vulnerables, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. En Bolivia desde los años 90 se introdujo en la atención perinatal el Modelo de Atención Basado en el Enfoque de Riesgo, éste modelo se instrumentaliza con la incorporación de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el sistema de salud. Uno de los factores de riesgo consignados en la HCP es la edad (< de 15 o > de 35). (8). Ahora bien, los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atiende el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder (6).

En la publicación de la OMS (2), del 2011, surgió las directrices de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de países en desarrollo; contiene recomendaciones basadas en la evidencia para la acción y la investigación para prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos.

En la misma publicación (2), hace referencia que cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 dan a luz cada año. Los bebés nacidos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo.

Existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las mayores de 16 años. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores

concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico (2).

Además, en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menores de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años (8).

Sin embargo, el abordaje del embarazo en la adolescencia también implica una relación estructural entre los servicios de salud, así como también en los contextos familiares y sociales, lo que conlleva a un aspecto de discusión mucho más a fondo. Por ejemplo el estigma social sobre el embarazo relacionado al hecho de ser adolescente, restricciones sobre su autonomía, toma de decisiones y ejercer su sexualidad responsable ligada al acceso a los servicios de salud. (3).

Según un estudio realizado el 2016 en 14 municipios de nuestro país se concluyó que *“existe un sub-registro importante de embarazos en la adolescencia en prácticamente todos los municipios del estudio”* (3), es así que se pretende en este estudio dar la magnitud real del problema y determinar los riesgos obstétricos reales.

Cualquier acción que se tome para optimizar la atención en el sector salud sea de manera oportuna y de calidad, es posible con tan solo la mejora en el llenado de la HCP para así tomar decisiones oportunas y que mejoren o disminuyan los datos estadísticos de morbilidad materna; como sociedad y profesionales de la salud con este tipo de estudios se contribuye con la corresponsabilidad de cumplimiento de la normativa vigente, apegados a la CPE.

En este caso como principal documento para la recolección de datos será la HCP evaluando la calidad de información plasmado en este documento para que así también se determine el porcentaje del llenado correcto de la HCP, ya que esta cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima

indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido; es de uso sencillo y de bajo costo, obteniendo un documento suficiente y pertinente (5).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres embarazadas comprendidas entre las edades 12-19 años (embarazo adolescente) tienen una mayor probabilidad de presentar riesgos de morbimortalidad considerados de alto riesgo obstétrico por patologías que presentan durante el transcurso del embarazo e incluso después del parto pues la mayor parte de ellas no tienen apoyo de sus parejas y aún se encuentran estudiando (8).

Si bien en los últimos datos del EDSA 2016 (1) los datos de mortalidad materna y perinatal tienden al descenso, en comparación a datos de la región circundante de nuestro país siguen siendo preocupantes, ya que se puede entender que aún existe mucho por hacer en cuanto a proponer normas medidas y acciones para corregir las deficiencias que se encuentren en este caso en el llenado de la Historia Clínica Perinatal.

La Historia Clínica es una herramienta que cuando se cumple con el llenado completo, con datos con calidad de información nos determina qué factores son considerados de alto riesgo para el binomio madre-hijo, que pueden tener complicaciones leves, severas e incluso mortales. Estos datos sirven para gestaciones de todas las edades y en todas etapas del embarazo.

El propósito de resaltar la importancia de un documento realizado de manera óptima y dejar de asumir como “normal” las fallas en el llenado de la Historia Clínica y además determinar el grado y frecuencia que ocurren estas irregularidades.

Persiste la cultura de que lo único importante es el accionar del profesional médico realizando la actividad exclusivamente asistencial, pero no se percibe la importancia del registro de la misma, y en caso de registrarla, se lo hace mínimamente y en forma “apurada” para desocuparse de lo tedioso de esta tarea o en su defecto, desligar la responsabilidad de anotar en aquellos profesionales que están dando sus primeros pasos en el ejercicio profesional y que en muchos casos están faltos de la experiencia necesaria para realizar correctamente los registros médicos, que no cuentan siquiera con la supervisión posterior por sus inmediatos superiores para detectar falencias que seguramente existen en dichos registros.

La ausencia de digitalización en las Historias Clínicas provoca pérdida de información en cuanto a indicaciones, recetas, resultado de análisis, información adicional, y hasta desconocimiento de quien es el médico responsable, pues los documentos físicos no tienen ni firma ni sello como lo estipula la normativa (9) .

La normativa actual señala que el llenado correcto y completo de todos los componentes del expediente clínico, es responsabilidad en primera instancia del médico tratante y de la institución donde se atiende a los pacientes; en este caso las secciones de la HCP (9).

Es un documento importante para la extracción de datos epidemiológicos, si existen deficiencias o peor aún ausencia de llenado de datos importantes conlleva responsabilidad tanto del actuar médico, así como también el control interno de los nosocomios que son referentes a nivel municipal, departamental o nacional.

Que seguramente al realizar este tipo de estudios, también se puedan encontrar otros componentes del expediente clínico del cual también existen acápites de los cuales no se están haciendo los registros suficientes y pertinentes ya que el entender que solo la historia clínica es objeto de auditoria médica es un concepto erróneo; ya que por ejemplo, otro de los documentos que también pese que existe norma vigente para el llenado correcto, existen hojas de transferencia que no cumplen al menos los parámetros establecidos según la Norma de Referencia y Contrareferencia, que las mismas sean: Adecuadas, Justificadas y Oportunas (10); para considerarse como suficiente para una referencia a centros de mayor resolución y que en el caso de los embarazadas consideradas de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y de embarazadas adolescentes el punto de partida de los datos en este deberían ser desde la referencia y coincidir con la HCP, que en la práctica no es así, pero este sería un punto de partida a tomar en la problemática de futuros estudios de investigación.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto, en el periodo de enero a diciembre de 2019?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel en la calidad de llenado de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2019.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los datos demográficos con mayor vulnerabilidad.
- ✓ Reconocer los datos obstétricos durante el embarazo con mayor vulnerabilidad en el llenado y registro.
- ✓ Definir si el llenado de la Historia Clínica Perinatal es completo y correcto en sus diferentes secciones.
- ✓ Definir la calidad en cuanto al llenado de las variables del control perinatal base.
- ✓ Identificar el nivel de calidad del registro de firma y sello realizado por el profesional responsable de la atención a la puérpera y el recién nacido.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Definición de adolescencia.

Se puede definir para efectos de este trabajo a la adolescencia como el periodo comprendido que se da en la transición de la niñez y la adultez. En esta transición pueden existir cambios tanto físicos como emocionales y la relación de éstos con sus pares y el mundo que los rodea. La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden causar expectativas y ansiedad tanto a los niños como a sus familias (5). Se puede dividir la adolescencia en etapas temprana (de 10 a 13 años), media (14 a 17 años) y tardía (18 a 21 años) (5).

En la legislación nacional definen las etapas del desarrollo de los cuales son sujeto de derecho de acuerdo a las siguientes etapas del desarrollo:

- Niñez, desde la concepción hasta los 12 doce años cumplidos.
- Adolescencia, desde los doce 12 años hasta los 18 dieciocho años cumplidos (8).

6.2. Historia Clínica Perinatal.

En el gestión 2020 por medio de la Dirección General de Planificación en colaboración del sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica publicaron en la serie de Documentos Normativos el manual de instrucciones de llenado y definición de términos actualizado de la Historia Clínica Perinatal, el cual nos sirve de insumo para el presente trabajo ya que en el mismo detallan y dan una orientación práctica a los proveedores de salud para el llenado de la HCP y sus diferentes secciones.

La Historia Clínica Perinatal se constituye en un instrumento de obtención y seguimiento de datos de la mujer embarazada y del recién nacido imprescindible para del equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, realizar seguimiento, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sin número de investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud (2).

El Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica en coordinación con el CLAP/SMR como respuesta a esta necesidad, ha actualizado la Historia Clínica Perinatal, el Carnet Perinatal y el Sistema Computarizado con programas para el procesamiento de la información específico para el territorio boliviano. La HCP es de uso sencillo y de distribución gratuita, constituida por una serie de secciones que contienen datos y documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el periodo neonatal inmediato(2).

La HCP es un instrumento elaborado para facilitar la detección de riesgo, tiene un formato estructurado en el que determinadas casillas están marcadas con el color amarillo mostrando al proveedor de servicios perinatales la existencia de riesgo (3). Los factores considerados de alerta en la HCP se las identifica en color amarillo y entre ellos están la edad < de 20 o > de 35; grado de escolaridad, alfabetismo, estado civil, antecedentes personales y familiares, antecedentes ginecoobstétricos, estado de salud en la gestación actual y los datos de culminación del embarazo y también se incluyen los datos del recién nacido y otros del parto en sí, que también se pueden determinar cómo alto riesgo o estados de alerta del embarazo actual (9).

6.3. Secciones de la Historia Clínica Perinatal.

En la HCP (2) se dividen en secciones para el llenado de cada uno existen indicaciones específicas en el reverso de la hoja estas secciones son:

1. IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Se coloca el nombre y apellidos (paterno y materno) de la mujer.

Domicilio: Zona - localidad/comunidad, que se refiere a la residencia habitual de la mujer, debe estar anotado la calle, número, zona localidad; si existe el caso de que la usuaria o el familiar no puedan identificar con exactitud se debe anotar cualquier referencia que facilite su ubicación como por ejemplo kilómetros de equis carretera.

Municipio – Red debe estar anotado municipio y la red de residencia de la mujer.

Teléfono debe anotarse el teléfono de la residencia habitual de la usuaria en el caso de no existir este dato se debe anotar un número de referencia del familiar.

Idioma hablado debe anotarse el que utiliza la usuaria en el cotidiano vivir, en lengua materna se debe anotar el idioma de la madre de la usuaria, este dato ayuda a poner en el acápite de auto identificación de la embarazada con alguna nación indígena.

Fecha de nacimiento deben estar anotados los días, mes y año de nacimiento de la mujer, este dato debe tener relación a la consulta de los años cumplidos en la primera consulta. En este acápite existe la casilla de alerta en amarillo en el caso de ser menor a 13 años o mayor a 35.

Alfabeta debe anotarse si la usuaria sabe leer y escribir.

Estudios deben anotarse una de las opciones de curso al sistema formal de educación, registrando solo el máximo nivel alcanzado.

Estado civil debe registrarse el estado civil según corresponda casada, unión estable, soltera, se registrará también si vive sola o no.

Lugar del control prenatal esta casilla es para el caso de usuarias que se encontraban realizando controles prenatales en otra región para lo cual se anotará el código de establecimiento asignado por el SNIS-VE.

Lugar del parto/aborto se debe anotar el código asignado al establecimiento de salud donde se produjo el parto o se realizó la cesárea. Si el control prenatal y el parto se produjeron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

Número de carnet de identidad debe anotarse el número de carnet de la usuaria.

Número de historia clínica debe anotarse según corresponda el número asignado a la usuaria en cada establecimiento de salud o institución que es útil para fines de archivo (5)(4).

2. ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS.

Son datos que se obtienen en la primera consulta. Si la usuaria es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un

establecimiento diferente al lugar del control prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del CARNET PERINATAL o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Antecedentes familiares Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos. Tomar en cuenta los antecedentes familiares y personales para diabetes, hipertensión, preeclampsia y eclampsia, ya que estos son de suma importancia para calificar a una gestante como de ALTO RIESGO ya que puede desarrollar algún trastorno hipertensivo en el embarazo actual. Para calificar los anteriores datos como de alto riesgo para la elaboración del CLAP (4) se basó en evidencias suficientes como por ejemplo:

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

FACTOR DE RIESGO	FACTOR RELATIVO (IC: 95%)
ANTECEDENTES FAMILIARES	
Historia familiar de preclampsia	2,90 (1,70-4,93)
ANTECEDENTES PERSONALES	
Nulípara	2,91 (1,28-6,61)
Múltipara con preclampsia en embarazo previo	7,19 (5,85-8,83)
Diabetes pre-existente tipo 1 o 2	3,56 (2,54-4,99)
Síndrome antifosfolipídico	9,72 (4,34-21,8)

Fuente: Instrucciones de llenado y términos de la Historia Clínica Perinatal. Documentos Normativos Ministerio de Salud-2020

Antecedentes personales Se refiere a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros seis antecedentes entre los cuales están: cirugía tracto reproductivo, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia o VIH. En lo que se refiere a violencia recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual.

Antecedentes obstétricos En este acápite se encuentran las Gestas Previas que se refieren al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Partos / vaginales - cesáreas Se refiere al número de partos; además, se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000 g fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente, con relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple registrando Si o No según corresponda. Abortos se debe anotar el número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el círculo amarillo de que es un dato de alerta. Embarazo Ectópico en este acápite se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero. Tomar en cuenta que se trata de una interrupción del embarazo, razón por la que también a la par se debe registrar en número de abortos. Para los registros en las casillas de nacidos vivos nacidos muertos se toma en cuenta las definiciones del CIE-10 que son:

Nacidos vivos Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

Nacidos Muertos Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Para las casillas de si los hijos de la usuaria viven o murieron a la primera semana se encuentra las casillas de : viven que se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta; muertos 1ra semana que se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día; muertos después de 1ra semana que se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida. No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente (4).

Fin embarazo anterior se debe anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Debe dejarse en blanco si se trata de una primigesta. Se debe marcar en el círculo amarillo en los siguientes casos:

- Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año;
- Intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.

La definición del intervalo intergenésico es un tema que ha generado discusión y sobre el que han surgido nuevos aportes (11).

Embarazo planeado en este acápite se hace referencia a si el embarazo es deseado o que sucede en un momento oportuno, siempre y cuando cumplan ambas condiciones se debe marcar en Si caso contrario se debe marcar No en la casilla de alerta en amarillo.

Fracaso de método anticonceptivo en esta parte existen posibles respuestas que se deben marcar luego de orientar a la usuaria sobre las posibles respuestas que son: No usaba ningún método, métodos de barrera, dispositivo Intrauterino (DIU), hormonal oral como la píldoras los transdérmicos en base a parches o vaginales, los implantes subdérmico o inyectable; anticoncepción de emergencia, métodos naturales método de

días fijos, método de lactancia y amenorrea, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros (4) (12).

3. GESTACIÓN ACTUAL.

En esta sección se registran todos los datos concernientes al embarazo actual, repitiéndose en algunos casos datos de la primera sección, se limita a los registros de la exploración física de la usuaria y el registro de exámenes de laboratorio de rigor que se debe solicitar a cualquier embarazada incluyendo datos de inmunizaciones necesarias y dispuestas por norma para las gestantes. Como en todas las secciones existen casillas en amarillo que nos datan de los registros que son signos de alerta que se debe tomar en cuenta.

4. CONTROL PRENATAL.

La HCP contiene espacio para 7 controles prenatales; en caso de ingresar sin controles prenatales previos no aplicará el llenado de esta sección. Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta
- Peso, en kilogramos
- Índice de masa corporal, según edad gestacional
- Presión arterial (PA), en mm de Hg
- Edad gestacional al momento de la consulta en semanas completas
- Altura uterina, en centímetros
- Presentación, cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra)
- Frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto (FCF - p.m.)
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina (marcar +, ++ o +++, en función a los hallazgos laboratoriales). Si no contiene proteínas, anotar negativo, en el caso de dejar la casilla en blanco se interpretará como “no se hizo”.

- Número de tabletas de hierro administradas.
- Señales de peligro, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- N° de Matrícula Profesional del responsable del control prenatal.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

En el caso de situaciones que por la edad gestacional no aplique anotar o efectuar alguna de estas prestaciones como, por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas se anotará no corresponde (NC).

5. ADMISIÓN POR PARTO.

Este sector está diseñado para registrar los datos relevantes del trabajo de parto y parto. Los datos de fecha hora al ingreso de la gestante a la institución, en el caso de que se trate de un aborto se deberán reemplazar la HCP por la HCP de aborto que está en el SIP Aborto. En el acápite de Carnet se hace referencia al Carnet Perinatal al momento de la hospitalización para el parto, si cuenta con el carnet, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP. En el caso de que la usuaria no presente este documento se debe indagar con la usuaria si se realizó alguna vez el control prenatal durante el embarazo actual. También existen datos importantes de las usuarias si tuvieron hospitalizaciones o la administración de corticoide antenatal en el transcurso del embarazo; durante al momento de la atención existen los acápites ruptura prematura de membranas que se refiere a la pérdida de líquido amniótico, el registro de la edad gestacional al momento del parto, el registro de la presentación y situación en la exploración clínica y el cálculo del tamaño fetal acorde que se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal. Existe el acápite que se incorporó de acompañante que va en relación a un parto humanizado donde se permite que la usuaria tenga un acompañante de la familia que la acompañe durante el proceso de parto.

6. NACIMIENTO.

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto registrando según corresponda. Para este acápite se adicionan los términos de: muerto anteparto, muerto parto y muerto ignora momento que para efectos de llenado se definirán:

Muerto Anteparto: Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto. Se define como trabajo de parto al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como finalidad la expulsión de un recién nacido viable, el mismo se identifica por una dilatación cervical de 2 o más centímetros y contracciones con una frecuencia de 3 o más en 10 minutos por más de una hora.

Muerto Parto: muerte que ocurrió durante el trabajo de parto (período de dilatación o expulsión).

Muerto Ignora momento: Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte (4).

7. POSTPARTO.

Control del postparto Este sector está destinado al registro de los controles de signos vitales, tono uterino y loquios que se le realiza a la mujer luego del parto; todo se registra en el acápite dividido en tiempos diferentes con control estricto hasta las 24 horas. En el registro de Gamma globulina anti D, antes del alta se debe registrar en el caso de mujeres Rh negativo no inmunizada y su recién nacido es RH positivo deberá recibir globulina hiperinmune anti D antes de las 72 Hrs. También se registra el valor del control laboratorial de Hb. después de las 16 o 24 del nacimiento del producto.

8. RECIÉN NACIDO. EGRESO DEL RECIEN NACIDO.

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto, como ser si fue nacimiento múltiple, las condiciones de terminación del embarazo si fue Espontáneo, cesárea se usó fórceps u otro; se registra las principales causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps u otro. Se debe registrar

la posición durante el periodo expulsivo de la usuaria, si se realizó episiotomía, si se usó oxicíclico, el estado de expulsión de la placenta, las condiciones y el momento de la ligadura de cordón, si hubo medicación que recibió la usuaria. Al final se debe registrar de forma clara el personal que atendió a la madre y refrendar con el nombre y sello.

En los datos a ser registrados del RN están los principales datos antropométricos al nacimiento, tamizaje neonatal, defectos congénitos, otras enfermedades distintas a los defectos congénitos.

9. CONDICIONES POTENCIALMENTE PELIGROSAS PARA MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA.

Esta sección a su vez se divide en siete secciones las cuáles cada una tiene un acápite de las intervenciones que vinculan al tratamiento de estas morbilidades. Las secciones a tomar en cuenta son: Hemorragia, trastornos hipertensivos, infecciones, complicaciones obstétricas, criterios clínicos y de laboratorio, trastornos metabólicos, zika y otros trastornos.

Dentro de las complicaciones obstétricas se tiene un cuadro con las variables resumen que se debe marcar como si o no en caso de existir; éstas son: Parto obstruido, rotura prolongada de membranas, oligohidramnios, polihidramnios, sufrimiento fetal agudo, retardo de crecimiento intrauterino, y otras consideradas importantes fuera de las nombradas que se registran como otras. En caso de no existir ninguna de estas se marca NO (5).

10. VARIABLES RESUMEN PARA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA

Variables para identificar casos de "Near Miss" es un variable resumen. Se debe marcar SI en el caso existir una de ellas.

Esta sección del formulario está destinada para registrar condiciones clínicas y/o disfunción de órganos y sistemas, exámenes de laboratorio y algunas intervenciones o procedimientos que por su frecuencia o gravedad permiten clasificar el caso como Morbilidad Obstétrica Severa o "Near Miss". Estas variables se utilizan generalmente en las Unidades de Terapia Intensiva y los

datos podrán ser obtenidos fundamentalmente de la historia clínica de la mujer (5)

Consta de 3 secciones: **Criterios Clínicos/ Disfunción órgano – sistema** que entre los principales se encuentran los riesgos cardiovasculares, hepáticos, respiratorios, esfera renal, hematológicos y de la esfera neurológica. **Criterios de laboratorio** donde se encuentran como principales datos las plaquetas, creatinina, bilirrubinas, PH menor a 7.1, saturación de O₂, FiO₂ y la PaO₂ y el lactato sérico. **Criterios de intervenciones** se registran las principales acciones que se le realizó a la paciente como ser la administración continua de vasoactivos, intubación y/o ventilación no relacionada con la anestesia, administración de hemocomponentes, si se realizó diálisis por IRA, si se realizó reanimación cardiopulmonar y los días de internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) (4)

11. PUERPERIO Y EGRESO MATERNO.

En esta sección se registra los controles del puerperio del segundo hasta el quinto día; estos se refieren a los signos vitales y lactancia materna donde se pueden registrar algunas observaciones. En el sector de egreso materno se debe registrar fecha y hora tipo, condición, lugar de egreso y nombre del responsable de registro. En condición de egreso existen cinco formas para registrar: Sana, con patología, muerta y autopsia; en el caso de opción N/A no aplica es cuando la usuaria ha sido trasladada a otro servicio debiendo identificar en esta parte a que institución fue trasladada (12).

6.4. Sistema Informático Perinatal.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre los profesionales de la Región de las Américas y forma parte de las herramientas de la OPS para mejorar la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (4).

Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso sostenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte de la currícula de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto (4).

Si bien el SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son; la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carnet perinatal (CP), el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal, el formulario para Zika y los programas de captura y procesamiento local de datos (4).

Los objetivos que se plantean en este documento para el sistema Informático Perinatal son los siguientes:

- Servir de base para planificar la atención.
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.
- Unificar la recolección de datos adoptando normas.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles.
- Obtener localmente estadísticas confiables.
- Favorecer el cumplimiento de normas.
- Facilitar la capacitación del personal de salud.
- Registrar datos de interés legal.
- Facilitar la auditoría médica.
- Caracterizar a la población asistida.
- Evaluar la calidad de la atención.
- Categorizar problemas.
- Realizar vigilancia de la salud materna y perinatal.
- Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales.

El SIP permite que, en la misma maternidad, los datos de la HCP puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales (4).

6.5. Estadísticas del Embarazo en Adolescentes en Bolivia.

El embarazo en la adolescencia, ha adquirido relevancia para las políticas públicas orientadas al bienestar de la juventud y la adolescencia, debido a que se torna en una situación compleja que involucra tanto a mujeres como a hombres adolescentes, sus familiares y entorno social inmediato (3).

Si bien, entre los reportes De los ENDAS del 1998 y 2008, la tasa global de fecundidad general en la Subregión andina descendió en más del 10%, en Bolivia la fecundidad en adolescentes se incrementó de 84 a 88 por mil. En el ENDSA 2016 de manera general las tasas de fecundidad evidencian una reducción moderada de la fecundidad, en comparación a los ENDSA anteriores. La fecundidad alcanza un pico entre los 20 y 24 años de edad y luego inicia un descenso que se acelera a medida que la edad aumenta. En comportamiento de las tasas específicas de fecundidad muestra que la fecundidad, en la adolescencia, presenta un descenso casi del 20% en la tasa específica de fecundidad en comparación del ENDSA 2008 y el EDSA 2016 (1).

Tabla 2 TASAS ESPECÍFICAS Y GENERALES DE FECUNDIDAD Y TASA BRUTA DE NATALIDAD PARA LOS TRES AÑOS QUE PRECEDIERON A LA ENCUESTA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (15-49) POR AREA DE RESIDENCIA Y COMPARACIÓN ENDSA 1998,2003 Y 2008 EDSA 2016

EDAD E INDICADOR	AREA		ENDSA 1998	ENDSA 2003	ENDSA 2008	EDSA 2016
	Urbana	Rural				
15-19	58	109	84	84	88	71
20-24	127	187	207	183	174	140
25-29	124	152	201	179	173	131
30-34	106	158	165	145	128	120

35-39	74	104	117	114	95	82
40-44	19	39	57	51	43	25
45-49	0	16	15	12	8	6
Tasa Global de Fecundidad¹	2,5	3,8	4,2	3,8	3,5	2,9
Tasa General de Fecundidad²	89	127	142	130	121	99
Tasa Bruta de Natalidad³	22	23	30	28	26	22

Fuente: INE- EDSA 2016

1 EXPRESADA EN NACIMIENTOS POR MUJERES

2 EXPRESADA EN NACIMIENTOS POR 1000 MUJERES

Llama la atención la situación de las mujeres del área rural, pues ellas alcanzan un promedio de 109 hijos por cada mil adolescentes, en tanto que en el área urbana se registra un promedio de 58 hijos por cada mil adolescentes (1).

Tabla 3 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF), NÚMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN MUJERES DE 40 AÑOS Y PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS, SEGUN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADA, 2006

CARACTERÍSTICAS	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 1	PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS EN MUJERES DE 40 A 49 AÑOS	PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE EMBARAZADAS DE 15 A 49
Aprendió a hablar en			
Quechua	3,9	4,5	4,0
Aymara	3,6	3,9	3,8
Castellano	2,6	3,3	3,8
Otro	3,6	4,8	2,0
Educación			
Ninguna	4,6	4,7	3,3
Primaria	4,0	4,5	2,9
Secundaria	3,1	3,3	4,0
Superior	2,0	2,2	4,3
Residencia			
Urbana	2,5	3,3	3,6
Rural	3,8	4,6	4,4
Región			
Altiplano	2,8	3,6	3,3
Valle	2,8	3,6	3,7
Llano	3,2	3,9	4,5
Departamento			
Chuquisaca	3,0	4,2	4,6
La Paz	2,5	3,4	3,1
Cochabamba	2,9	3,5	3,5
Oruro	3,0	3,5	2,8
Potosí	3,7	4,5	4,2
Tarija	2,3	3,2	3,6
Santa Cruz	3,0	3,8	4,0
Beni	3,6	4,3	7,4
Pando	3,8	4,3	5,9
Grado de pobreza del municipio			
Pobreza alta	4,7	4,6	3,4
Media	3,6	4,8	5,1
Baja	2,9	3,7	4,1

Capital de departamento	2,3	3.1	3.3
El Alto	2,5	3.3	3.6
EDSA 2016 2	2,9	3.7	3.8
ENDSA 2008	3,5	4,9	5.5
ENDSA 2003	3,8	5.3	5.2

Fuente: INE- EDSA 2016

1TASA PARA LOS TRES AÑOS QUE PRACTICARON LA ENCUESTA

2 SE EXCLUYEN MUJERES ADOLESCENTES DE 14 AÑOS

La comparación entre los valores encontrados en la EDSA 2016, con la ENDSA 2008, para los tres indicadores incluidos en el cuadro de referencia precedente, confirma que la fecundidad en el país se ha reducido, pero existen brechas diferenciales, determinadas, principalmente, por el idioma, la educación y el lugar de residencia. La fecundidad en las personas con nivel educativo alto es igual al nivel de reemplazo. Los departamentos del oriente boliviano y Potosí, tienen las tasas globales de Fecundidad más elevadas. Lo cual es coherente con el porcentaje de mujeres embarazadas en el momento de la encuesta. Sin embargo, en el departamento de Chuquisaca, si bien la Tasa Global de Fecundidad no se encuentra entre las más elevadas, el porcentaje de embarazadas en el momento de la encuesta fue alto (1) (13).

6.6. Embarazo Adolescente en Bolivia.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población (13).

El embarazo aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años, según datos del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020 (2).

El abordaje del embarazo en la adolescencia también implica una relación estructural entre los servicios de salud así como también en los contextos familiares y sociales lo que conlleva a un aspecto de discusión mucho más a

fondo en por ejemplo el estigma social sobre el embarazo en la adolescencia relacionado al hecho de ser adolescente, la autonomía y toma de decisiones de las adolescentes por que el embarazo adolescente devela una vulnerabilidad y el poco margen que las adolescentes tienen para ejercer y fortalecer su autonomía y por último la sexualidad en la adolescencia ligada con los accesos a los servicios de salud (3).

6.7. Código Niño Niña Adolescente.

La Ley N° 548 promulgada el 17 de julio de 2014 en sus Artículos 1 y 2 tiene como objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, para la garantía de esos derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad; con la finalidad de garantizar a la niña, niño y adolescente, el ejercicio pleno y efectivo de sus derechos, para su desarrollo integral y exigir el cumplimiento de sus deberes (18).

Al igual la normativa expone en su Artículo 12 que como prioridad absoluta las niñas, niños y adolescentes serán objeto de preferente atención y protección, en la formulación y ejecución de las políticas públicas, en la asignación de recursos, en el acceso a servicios públicos entre ellos la salud, en la prestación de auxilio y atención en situaciones de vulnerabilidad, y en la protección y socorro en cualquier circunstancia, obligándose todos los corresponsables al cumplimiento efectivo de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes (18).

En este contexto al ser el embarazo adolescente un estado de vulnerabilidad es que se cualquier acción que se tome como el simple hecho de llenar de forma correcta la HCP que es un documento parte de la historia clínica y por lo tanto tienen valor médico legal, contribuir para la mejora de atención a esta población en los diferentes niveles de atención en salud; siendo partícipes como profesionales de la salud de la corresponsabilidad del cumplimiento de la normativa vigente.

6.8. Norma Técnica del Expediente Clínico.

En la norma del expediente clínico aprobada por RM 090 el 26 de febrero de 2008 se expone en la Artículo 13 de Contenido Adicional que es la sección donde se debe encontrar los documentos adicionales que pueden o no existir de acuerdo a las circunstancias propias de cada caso; es así que es esta parte se encontrará la HCP como parte de las fichas o programas específicos. Los artículos 15, 16, y 18 son los acápites para claridad y pulcritud, precisión en la descripción e identificación que debe tener las notas de evolución así como los demás contenidos del Expediente Clínico donde también se hace referencia a la importancia de que cada registro o descripción contenido en estos documentos debe tener la identificación mediante firma, nombre completo y claramente escrita o mediante sello (9).

6.9. Marco contextual.

El municipio de El Alto fue creado en el marco de la Ley No. 628, el 6 de marzo de 1985 como cuarta sección de la provincia Murillo del departamento de La Paz y se ubica al oeste del país en la meseta altiplánica. Posteriormente, según la Ley No. 1014 de 26 de septiembre de 1988 se eleva El Alto a rango de ciudad. El municipio de El Alto cuenta con una superficie de 387,56 Km² que representa el 7.58% de la superficie de la Provincia Murillo, se divide con fines administrativos en 14 distritos, 10 urbanos y 4 rurales (23).

El Hospital General del Norte partiendo de lo establecido en la Constitución Política del Estado y el Código de Salud (Arts. 18 y 134, respectivamente), la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” establece las competencias concurrentes del Gobierno Departamental, a saber: *“Elaborar y ejecutar proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud”* (Art. 81, parágrafo III, numeral 1, inciso j).

En este marco, el SEDES está facultado para ejercer como autoridad de salud en el ámbito departamental y velar por la calidad de los mismos. En el contexto planteado, la Resolución Administrativa DIR-SEDES 025/14 resuelve *autorizar “...la apertura y funcionamiento del establecimiento de salud, Hospital Público*

de Tercer Nivel de Atención en Salud, denominado HOSPITAL DEL NORTE...”

El verdadero reto del Hospital del Norte, para la función pública y social que debe cumplir, estriba en definir adecuadamente cómo dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población, basada en criterios clínicos y gerenciales, lograr una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia; ello implica equilibrar esta multiplicidad de objetivos con creatividad y flexibilidad en cada experiencia local. La “función social” del establecimiento, como organización de prestación de servicios, no debe quedarse en su versión más restringida de atención de la enfermedad. Implica, además, funciones conexas de responsabilidad hacia la comunidad circundante. Hay una responsabilidad económica-social, como importante generador de empleos, formador de recursos humanos indispensables para el país, y muchas veces relevante actor económico (14).

El Hospital del Norte tiene como:

MISIÓN: “Somos un hospital de tercer nivel con alta capacidad resolutive que contribuye a Mejorar la calidad de vida de la población de El Alto a través de su cartera de servicios de salud Orientados a la persona, a la familia y a la comunidad, de manera eficiente, eficaz, con un enfoque Intercultural, aplicando la equidad de género y respetando el medio ambiente”.

VISIÓN: La visión de mediano plazo considera lo siguiente: “En el mediano plazo nos consolidaremos como un hospital de referencia para el departamento, en relación a las Patologías más complejas. Nuestro nuevo modelo organizativo, nos permitirá en el futuro la acreditación y certificación del Hospital con excelencia”.

Y como objetivos principales:

SER RESOLUTIVOS: dando respuestas que garanticen la integralidad en la atención, accesibilidad, continuidad, oportunidad, coordinación, calidad y resultados en salud.

SER SOSTENIBLE: Generar las condiciones financieras, sociales e institucionales que le permitan al Hospital del Norte sostenibilidad en el mediano y largo plazo, consolidando un modelo de atención con los más altos estándares de calidad, orientado a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población modificando positivamente los resultados en salud.

RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN: Se enmarca en orientar al hospital hacia la implementación de acciones que permitan responder las necesidades sociales de calidad de vida y salud de la población, minimizando los déficits entre necesidades (en salud) y ofertas (institucionales), y aportando a reducir las brechas por inequidad social entre grupos humanos y territorios.

DESARROLLAR EL TALENTO HUMANO: La estrategia anterior no sería posible sin que el Hospital del Norte cuente con un personal calificado. Por tanto, esta visión se enmarca en fortalecer el talento humano y consolidar un equipo humano capacitado, con vocación de servicio, e implementación de acciones que permita contribuir a satisfacer las necesidades, así como a generar las competencias que faciliten la implementación del modelo de atención.

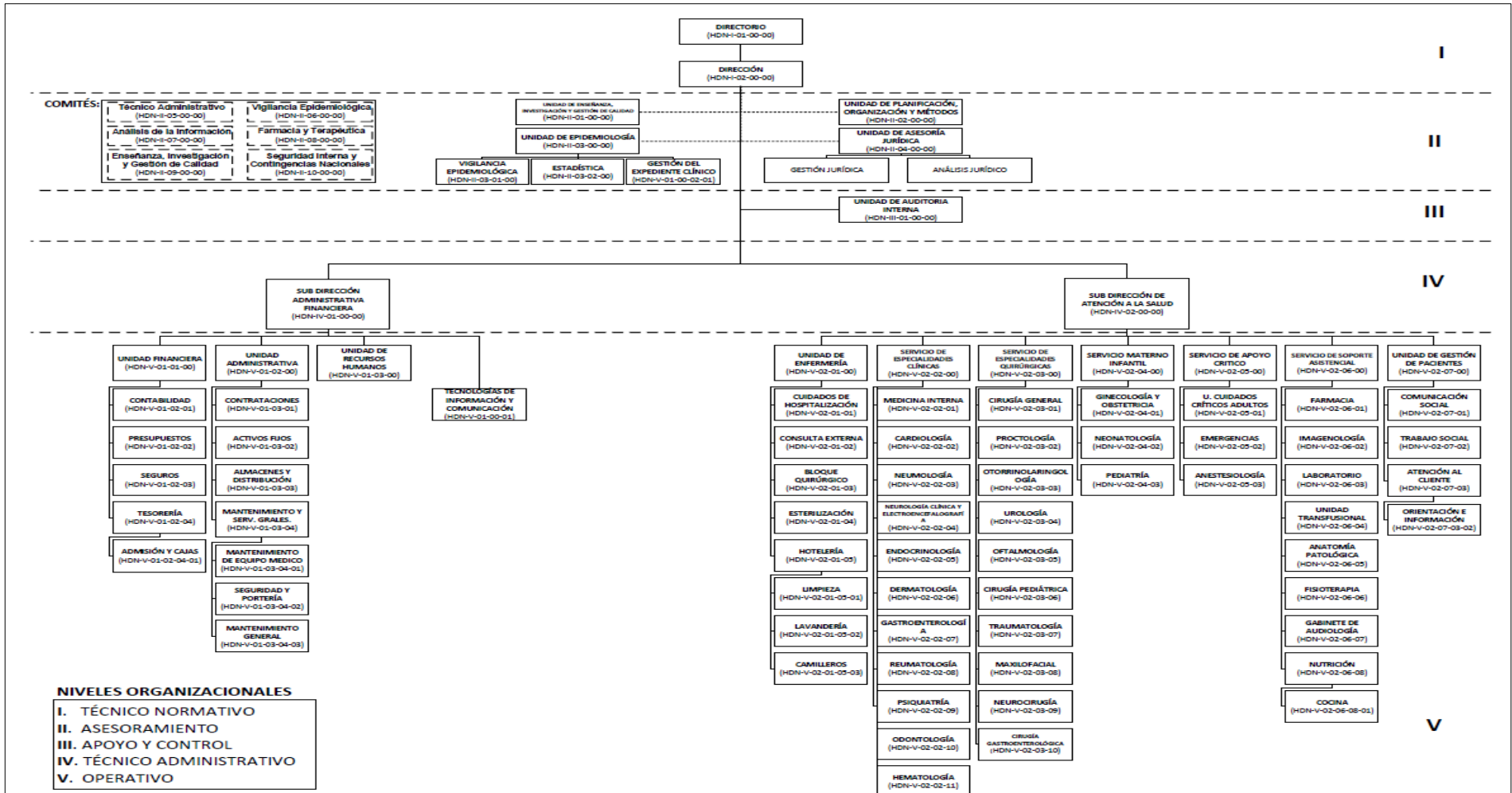
El Hospital del Norte es un establecimiento de Tercer Nivel de la ciudad de El Alto; inició sus actividades en marzo de 2015 con la atención en 20 especialidades médicas.

Cuenta con 4 áreas bien equipadas en la que se encuentra el servicio de Ginecología-Obstetricia; las cuales cuentan actualmente con 2 salas de parto y 13 incubadoras para la atención a los recién nacidos.

En cuanto a la población femenina en edad fértil que cuenta el municipio de El Alto según la revisión de los reportes del SNIS-VE del año 2019 se registra que la mujer de 15 a 39 años en el municipio de El Alto es de 374,935.6 de este total las adolescentes comprendidas entre 10 a 19 años son 181,273.6. También se

revisa los reportes que tanto en la gestión 2019 y 2020 el Hospital del norte registra un total de 28 camas en el servicio e Ginecobstetricia.

FIGURA. 1 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL DEL NORTE



Fuente: Hospital del Norte- Municipio de El Alto.2019

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

CUANTITATIVO. Es posible recopilar información cuantificable para ser usada en el análisis estadístico (15).

CORTE TRANSVERSAL. Porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucedió (16).

OBSERVACIONAL. Por ser de carácter estadístico y epidemiológico en los que el autor se limita a medir las variables (17)

DESCRIPTIVO. Porque tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, el procedimiento en este tipo de estudios consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc.; y proporcionar su descripción (15); en este caso serán las embarazadas adolescentes que concluyeron su atención de parto en el Hospital del Norte.

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital del Norte nosocomio de Tercer Nivel de la ciudad de El Alto; inició sus actividades en marzo de 2015 con la atención en 20 especialidades médicas.

Tiene cuatro áreas muy bien equipadas: se encuentran las unidades de Ginecología-Obstetricia con 2 salas de parto y 13 incubadoras.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estudiada son las Historias Clínicas de las pacientes embarazadas comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, que fueron atendidas en el Hospital del Norte en la gestión 2019.

La muestra corresponde al total de población que son las 145 historias clínicas perinatales de embarazadas adolescentes, de las cuales se excluyeron 6 historias

clínicas de pacientes en los que los expedientes no cumplían los criterios de inclusión establecidos en el presente estudio ya que no se encontraban en el área de archivo al momento de realizar el relevamiento de los datos, por lo que el total de expedientes clínicos de los cuáles se recabó los datos fueron 139.

7.4. ESTRUCTURA DE DISEÑO DE INSTRUMENTO

Para el presente estudio la herramienta de estudio son las Historias Clínicas Perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital del Norte, que tuvieron su parto entre enero a diciembre del 2019, dichas HCP corresponden a 2.024 partos/cesáreas atendidos. Se tratan de registros sobre mujeres de distinta procedencia geográfica y de distintos estratos sociales que concurren a este hospital, que es el último nivel de referencia de la atención.

(15).

Por lo cual se sistematizó en un instrumento en una hoja de cálculo en Excel (Anexo N°5) en las cuáles se determinaron las 76 variables extraídas de la HCP para de esta forma realizar el análisis de tipo descriptivo.

7.5. MÉTODO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

7.5.1. Criterios de Inclusión.

Para los criterios de inclusión en la presente investigación estableceremos las siguientes:

1. Pacientes embarazadas entre 12 a 19 años
2. Historias clínicas perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el servicio de ginecobstetricia y tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre de 2019.
3. Pacientes ingresadas para atención de parto por el servicio de emergencia y tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre de 2019.
4. Pacientes transferidas de otros niveles de atención con hojas de referencia y tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre de 2019.

7.5.2. Criterios de exclusión.

Para los criterios de exclusión en la presente investigación estableceremos las siguientes:

1. Historias clínicas de pacientes mayores de 20 años.
2. Historias clínicas de pacientes que tuvieron su parto entre el periodo de enero a diciembre de 2019 y el expediente clínico se encuentren en consulta al momento de la revisión in situ de historias clínicas.
3. Historias clínicas de pacientes que tuvieron su parto entre enero y diciembre de 2019 que el hospital no tenga en archivo por razones judiciales al momento de la revisión y extracción de datos in situ.
4. Historias clínicas de pacientes que tuvieron su parto entre el 1ro. de enero de 2019 y el 31 de enero de 2020, que no tengan en su contenido la HCP.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conocemos los 4 principios básicos de Bioética y deontología médica que son **Autonomía:** Reconocida como la capacidad que tienen las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: El “*Hacer el bien*”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No-maleficencia: Es el principio del “*primum non nocere*” “*no hacer daño*”; no producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Que sería la equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten, incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo; es también un principio de carácter público y legislado.

Ahora bien si nos encontramos o en un momento se da un conflicto de principios éticos, los de NO-maleficencia y Justicia (de nivel público y obligatorio), están por encima de los de Beneficencia y Autonomía (considerados de nivel privado) (18).

En el presente trabajo de investigación la recolección de datos se desarrolló a partir de la Historia clínica perinatal de las mujeres embarazadas que asistieron a controles prenatales en el periodo de enero de 2019 a enero 2021 al Hospital General del Norte en la ciudad de El Alto. Para este efecto se solicitó mediante nota de fecha 09 de marzo de 2021 (**Anexo 1**) al Director del Hospital con atención al Jefe de Enseñanza del nosocomio para poder desarrollar la extracción, tabulación y análisis de datos; por lo que no se vulneró ninguno de los pilares de la ética y deontología médica. Los datos que se obtuvo para el análisis de resultados se los

presentará a las autoridades del Hospital para que en base a ellos puedan si así lo desean tomar acciones como institución en beneficio de la población y mejorar la calidad en la atención. Se mantuvo en confidencialidad la identificación de todas las pacientes que formaron parte de la población muestra del estudio enmarcándonos en la Ley N° 548 del 17 de julio de 2014 (18).

9. RESULTADOS.

Los resultados encontrados siguen el orden de los objetivos específicos planteados en la investigación, en torno siempre al objetivo general.

El primero describir los factores sociodemográficos como edad, estado civil y grado de escolaridad en la población estudiada determinando la media, mediana moda, rango y desviación estándar y sus respectivas frecuencias absolutas y relativas. En cuanto al número de controles prenatales se determinó de 3 a menos como insuficiente y de 4 controles o más como suficiente; siendo en casos mayor a éste deseable, en los mismos a la vez se determinó si el llenado era correcto e incorrecto en el acápite.

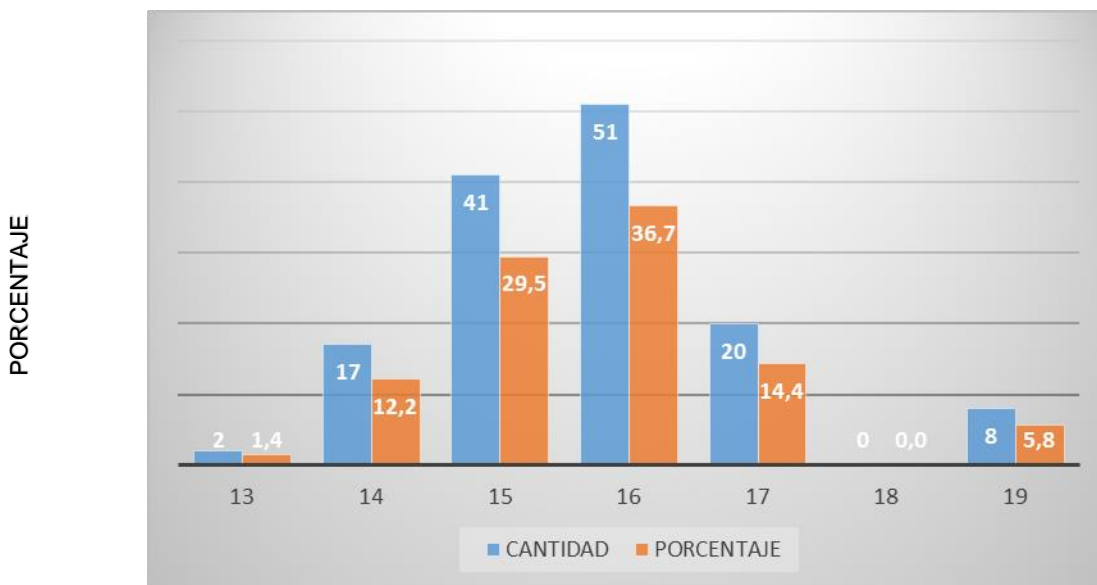
Tabla 4 FRECUENCIAS MODA MEDIANA CALCULADA DE LA VARIABLE DEMOGRÁFICA EDAD

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA
13	2	0,01	1,4	2
14	17	0,12	12,2	19
15	41	0,29	29,5	60
16	51	0,37	36,7	111
17	20	0,14	14,4	131
18	0	0,00	0,0	131
19	8	0,06	5,8	139
	139	1,00	100,0	
MODA	16			
MEDIA	16			
MEDIANA	15,73			

Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

Según lo calculado encontramos que la mediana de la edad en los 139 expedientes analizados es de 16 años con un 37%, seguida de 14 años con un 29%.

FIGURA. 2. PORCENTAJE Y CANTIDAD DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS POR EDAD EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

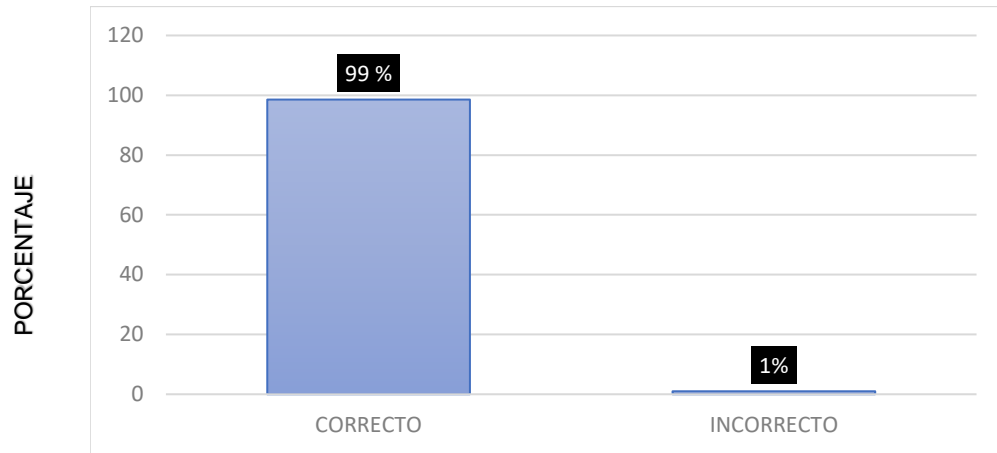


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos de Hospital del Norte 2019

En el cuadro precedente se identifica que 51 de las atenciones realizadas a la población adolescente corresponde a la edad de 16 años representando el 36,7% del total de la muestra estudiada; llegando a ser un total de 2 atenciones a las adolescentes de 13 años que corresponden al 1,4% de la muestra.

En cuanto a la calidad del llenado en los acápites demográficos estudiados tenemos como resultados:

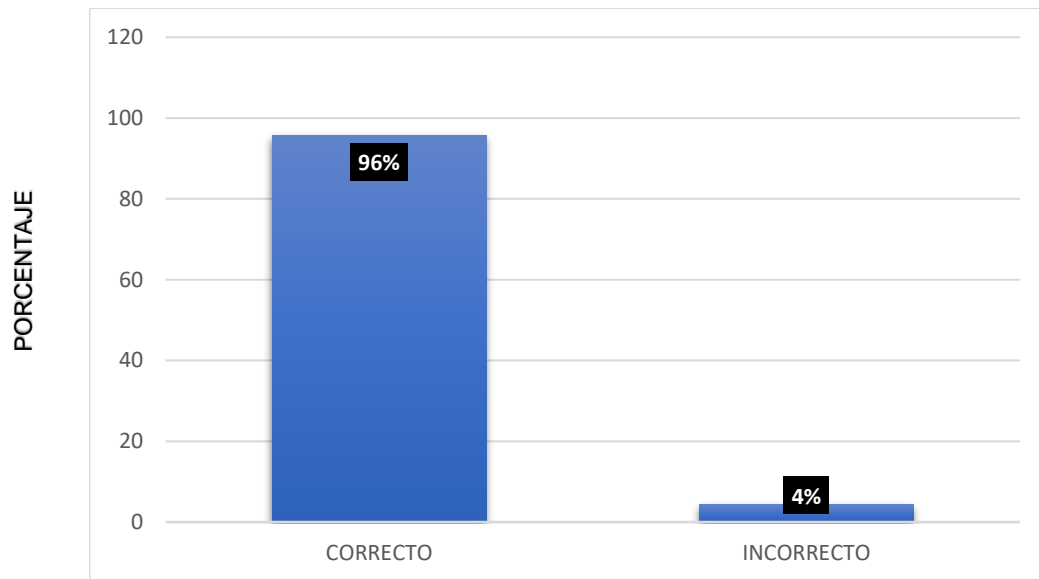
FIGURA. 3 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE EDAD EN LA HCP EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

Podemos determinar que, en cuanto a la calidad de llenado del registro de la edad, del total de la muestra se encontró que el 99% de las historias clínicas perinatales revisadas cumplían con los parámetros de calidad según norma vigente; que se refieren a la no existencia de tachaduras, borrones en el registro de los datos de edad de las pacientes.

FIGURA. 4 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE ESCOLARIDAD EN LA HCP EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

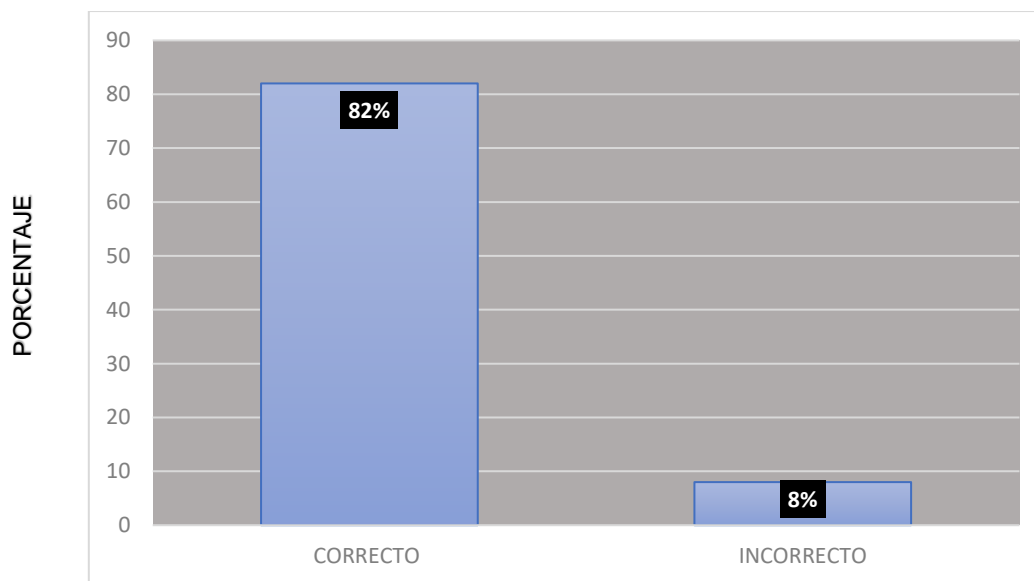


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

Se determina, que en cuanto a la calidad de llenado del registro de escolaridad del total de la muestra se encontró que el 96% de las historias clínicas perinatales revisadas cumplían con los parámetros de calidad según norma vigente; que se refieren a la no existencia de tachaduras, borrones en el registro de los datos de escolaridad de las pacientes.

Se determina, que en cuanto a la calidad de llenado del registro de estado civil del total de la muestra se encontró que solo el 82% de las historias clínicas perinatales revisadas cumplían con los parámetros de calidad según norma vigente; que se refieren a la no existencia de tachaduras, borrones en el registro de los datos de registro civil de las pacientes; tal cual se demuestra en la gráfica siguiente:

FIGURA. 5 PORCENTAJE CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL EN LA HCP EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



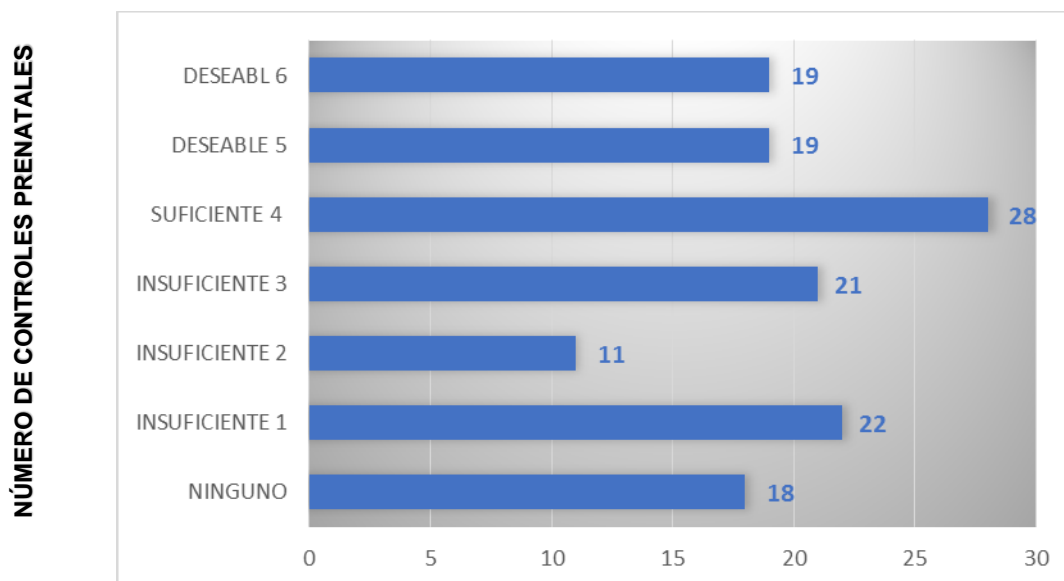
Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En las figuras 5,6,y 7 se identifica que en el llenado del dato de estado civil existe un 8% que el llenado es incorrecto; en comparación a 100% en los acápite de edad y grado de escolaridad. Ahora bien, solo en estos datos demográficos se tomó correcto o incorrecto la presencia del dato exigido en el formulario como tal.

En el acápite de controles prenatales, tal cual lo establece los organismos internacionales y nacionales se tomó en cuenta como cuatro controles como suficientes; por debajo de este número de controles prenatales se consideró insuficiente y por encima de éste número como deseables.

Para los controles prenatales se determinó el llenado como correcto e incorrecto tomando en cuenta que estén todos los ítems de la sección sin enmiendas, tachaduras o sobrescritos, y el número de controles en el total de expedientes clínicos revisados.

FIGURA. 6 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS EN EL TOTAL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS REVISADOS EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

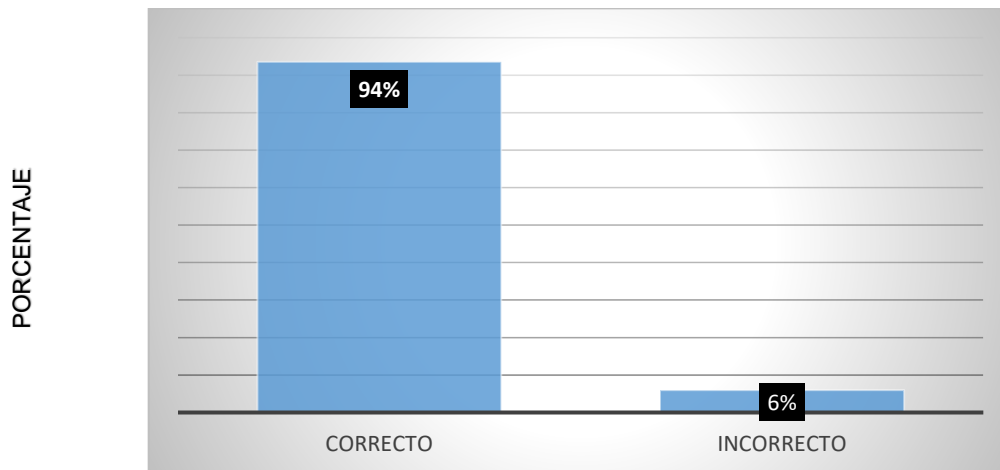


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En la figura se identifica que los controles prenatales en número de 4 considerados suficientes lo realizaron en 28 casos del total revisado, y en 22 casos llegan a ser insuficientes los CPN realizados con un número de 22; sin embargo no está muy lejos de los casos en los que no se realizó ningún control prenatal, en estos casos al momento de la revisión in situ de los expedientes clínicos, se encontró que las

razones fueron por llegar al hospital en periodo expulsivo o en su caso se determinó la cesárea de emergencia no teniendo datos en este acápite de la HCP.

FIGURA. 7 LLENADO CORRECTO DEL ACÁPITE DE CONTROL PRENATAL EN LA HCP EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

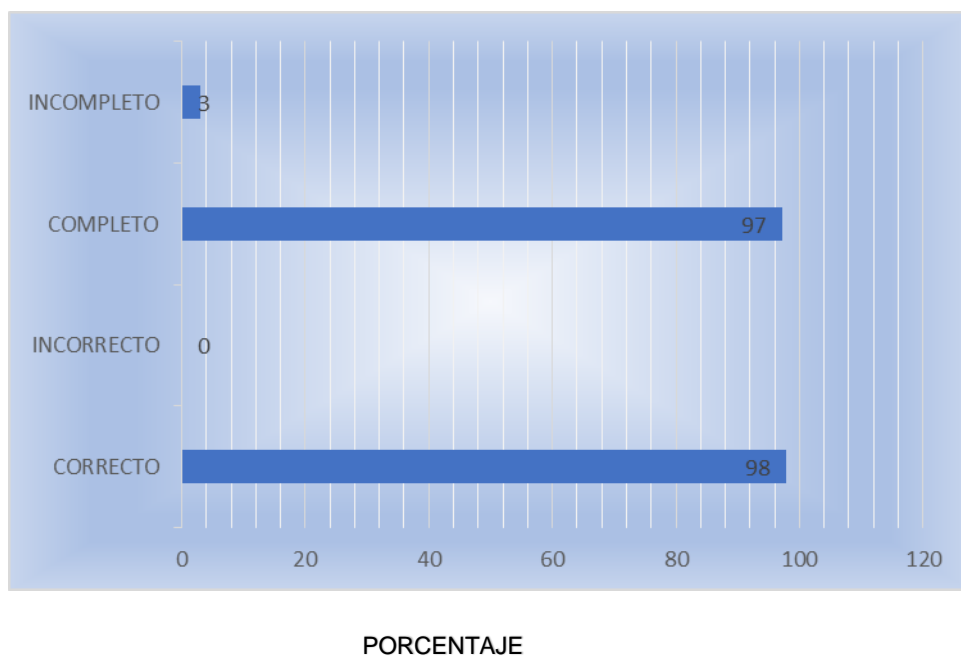


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

Se puede determinar que en cuanto al llenado correcto de controles prenatales el 94% de las HCP revisadas cumplieron con lo establecido para ser considerados como llenado sin tachaduras, borrones ni sobrescritos.

Para ello también se crearon gráficas para cada sección especificando la cantidad de ítems tomados en cuenta para determinar si están completos y si los mismos tienen enmiendas, sobrescritos y borrones se los cataloga como llenado incorrecto.

FIGURA. 8 SECCIÓN DE ANTECEDENTES FAMILIARES PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO DE EN CUANTO AL NÚMERO DE ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

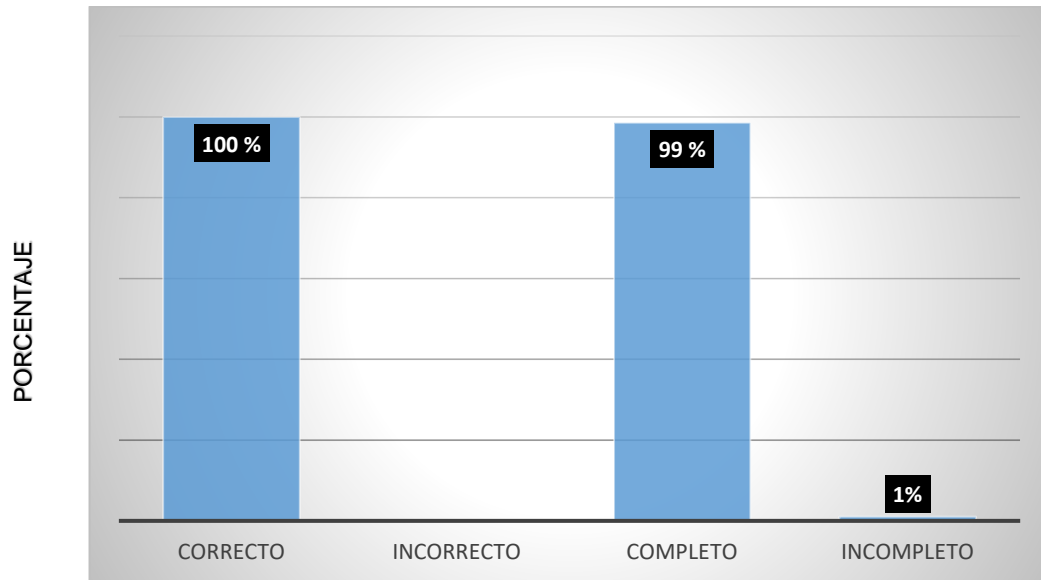


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En la sección de antecedentes familiares, el 97% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 98% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto.

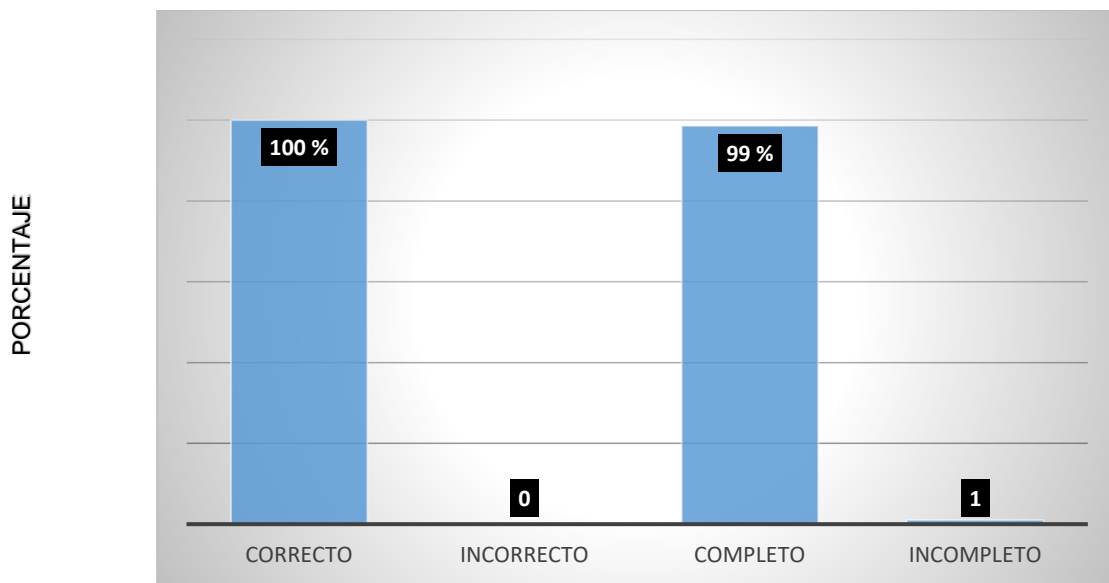
En el caso de la sección de antecedentes personales tal como se refleja en la figura 9 podemos inferir que, el 99% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 100% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto, como se puede ver en la siguiente figura:

FIGURA. 9 SECCIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

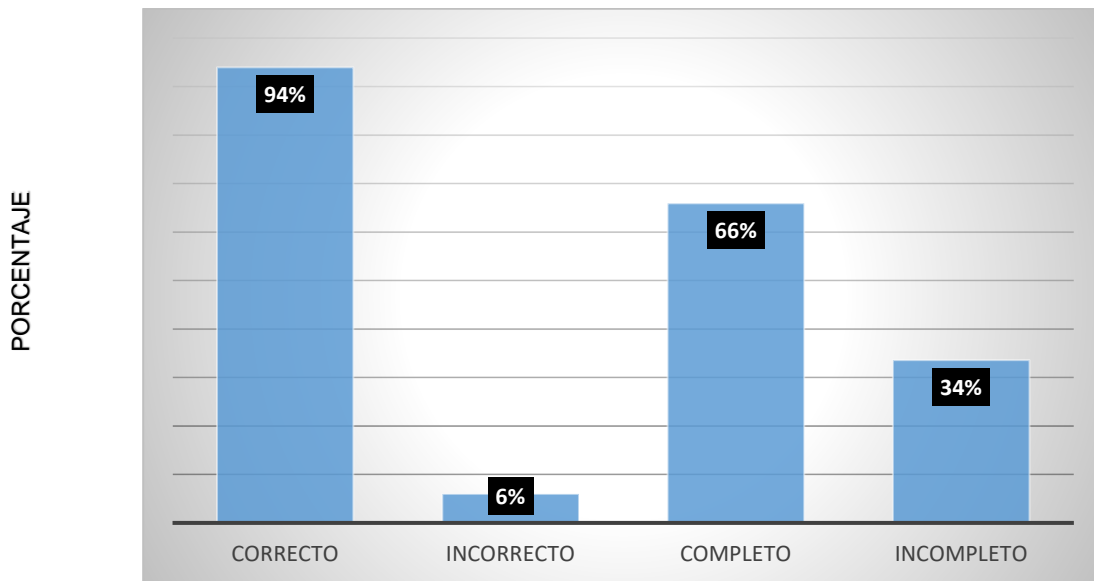
FIGURA. 10 SECCIÓN DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 13 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En la sección de antecedentes obstétricos, el 99% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 100% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto.

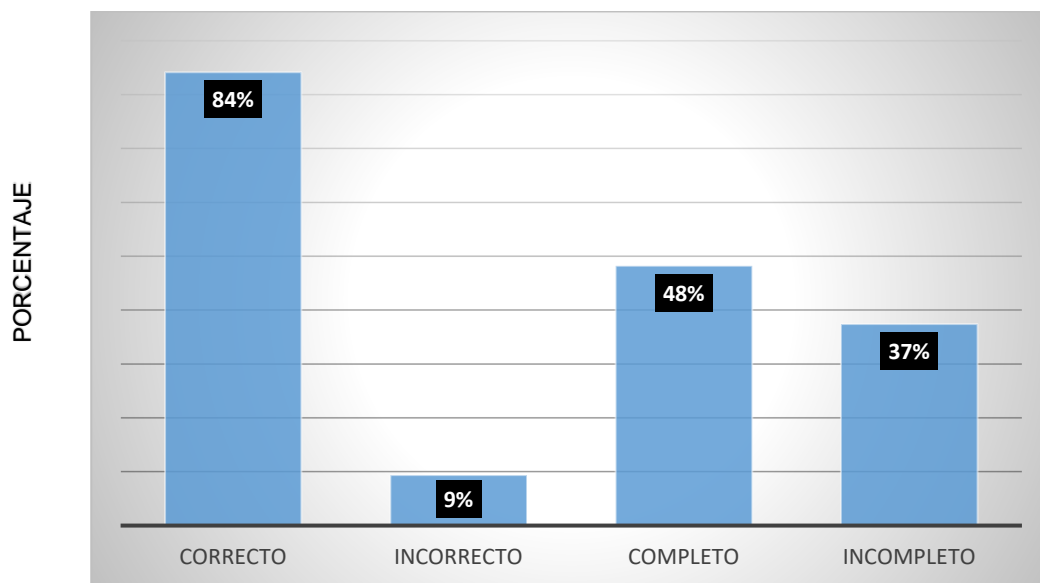
FIGURA. 11 SECCIÓN GESTACIÓN ACTUAL PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 25 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En la sección de gestación actual, el 94% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 66% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto.

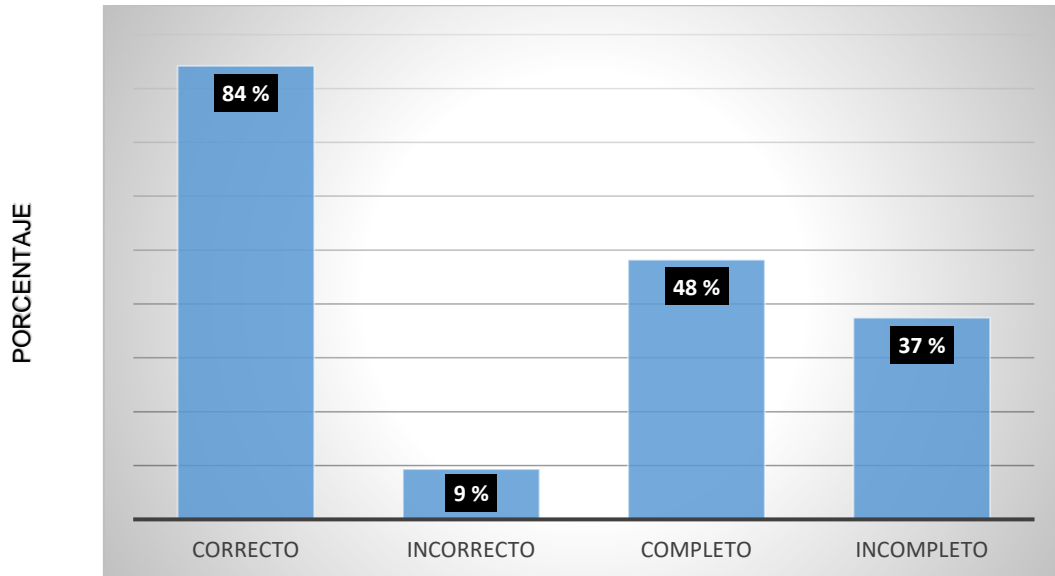
FIGURA. 12 SECCIONES PARTO Y NACIMIENTO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 23 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En las secciones de parto y nacimiento, el 48% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 84% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto.

FIGURA. 13 SECCIÓN RECIÉN NACIDO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 17 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019

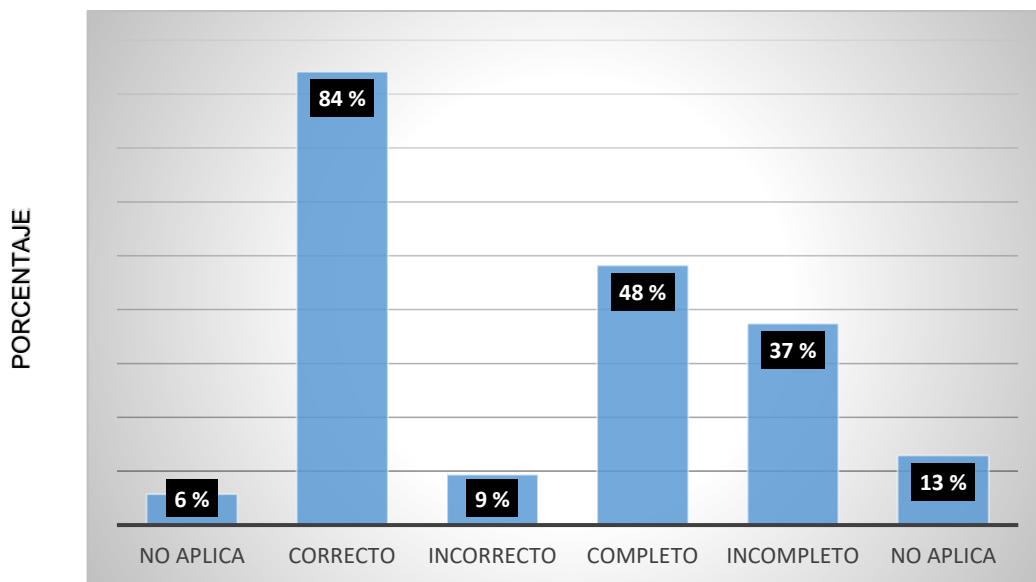


Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En las secciones de parto y nacimiento, el 48% de los expedientes revisados en cuanto al llenado son completos, y el 84% de los casos estudiados corresponden a un llenado correcto.

Para la sección de egreso del recién nacido se incluye en los resultados tanto para si es completo y si es correcto la opción no aplica, ya que en esta sección se encontró que en estos casos el recién nacido había sido trasladado a otro nosocomio para atención especializada y un 13% se encuentra con la opción no aplica no aplica en cuanto a si es completo o incompleto porque los datos no se encontraban registrados por los responsables del llenado del mismo. Como se puede determinar y observar en la siguiente figura:

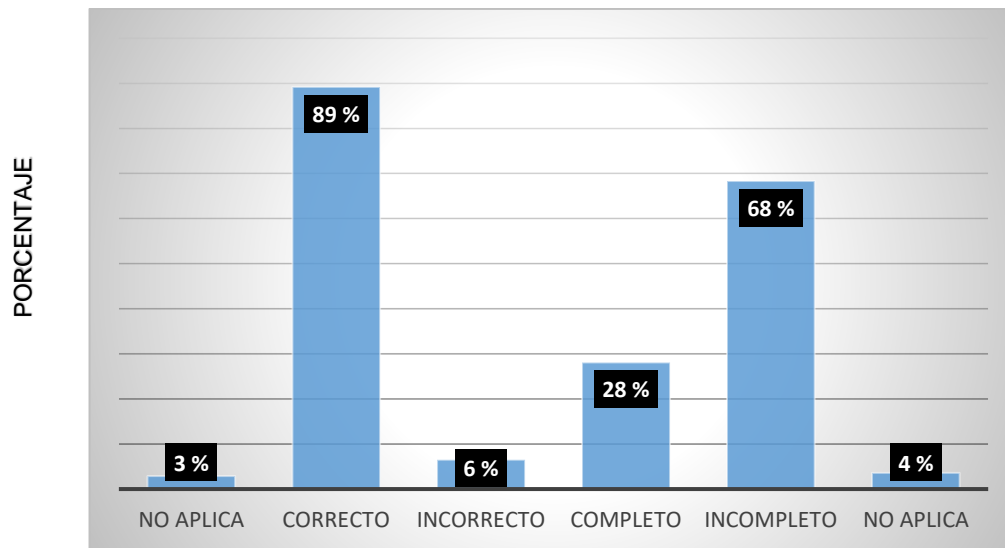
FIGURA. 14 SECCIÓN EGRESO DEL RECIÉN NACIDO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 9 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

El 84% de los casos revisados tienen un llenado correcto en la sección de egreso del recién nacido y un 6% se encontró que este acápite no aplicaba; el 48% de los casos revisados se determinó que el llenado era completo y en 13% de los casos esta variable no aplicaba.

FIGURA. 15 SECCIÓN EGRESO MATERNO PORCENTAJES DE LA CALIDAD DE LLENADO EN CUANTO AL NÚMERO DE 4 ÍTEMS Y REGISTRO CORRECTO DEL MISMO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

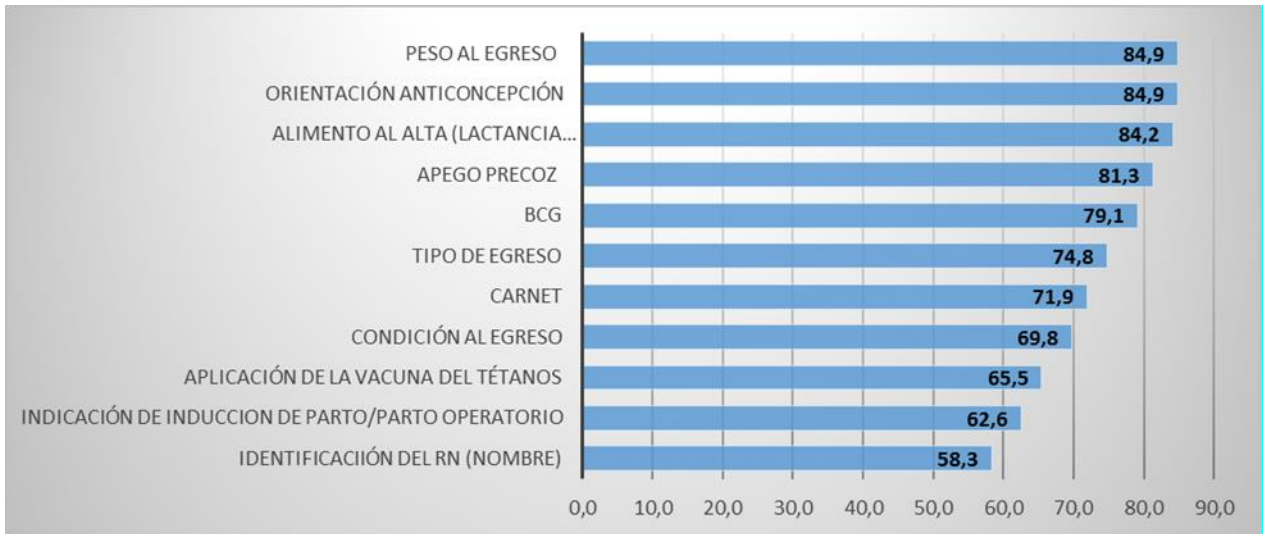
Para la sección de egreso de la madre se incluye en los resultados tanto para si es completo y si es correcto la opción no aplica, ya que en esta sección se encontró que en estos casos la madre había sido trasladada a otro nosocomio para atención especializada y un 4% se encuentra con la opción no aplica no aplica en cuanto a si es completo o incompleto porque los datos no se encontraban registrados por los responsables del llenado del mismo.

El 89% de los casos revisados tienen un llenado correcto en la sección de egreso del recién nacido y un 3% se encontró que este acápite no aplicaba; el 28% de los casos revisados se determinó que el llenado era completo y en 4% de los casos esta variable no aplicaba.

En lo que respecta al llenado completo y correcto de las diferentes secciones de la HCP se contaron cada ítem en el que se valoró el registro correcto y que cumpla con todos los ítems paralelamente se determinó cuáles de los 76 ítems son los que tienen menos del 85% en su llenado; determinando que en la sección de egreso materno y la inducción del parto con un 62,6% son los registros menos llenados en

los relacionados con la atención materna; y que en la sección de RN la aplicación de la BCG con 79,1% y la identificación del RN con 58,3% es lo que menos se llena.

FIGURA. 16 ÍTEMS CON MENOS DEL 85% DE CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DEL REGISTRO EN LA HCP EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



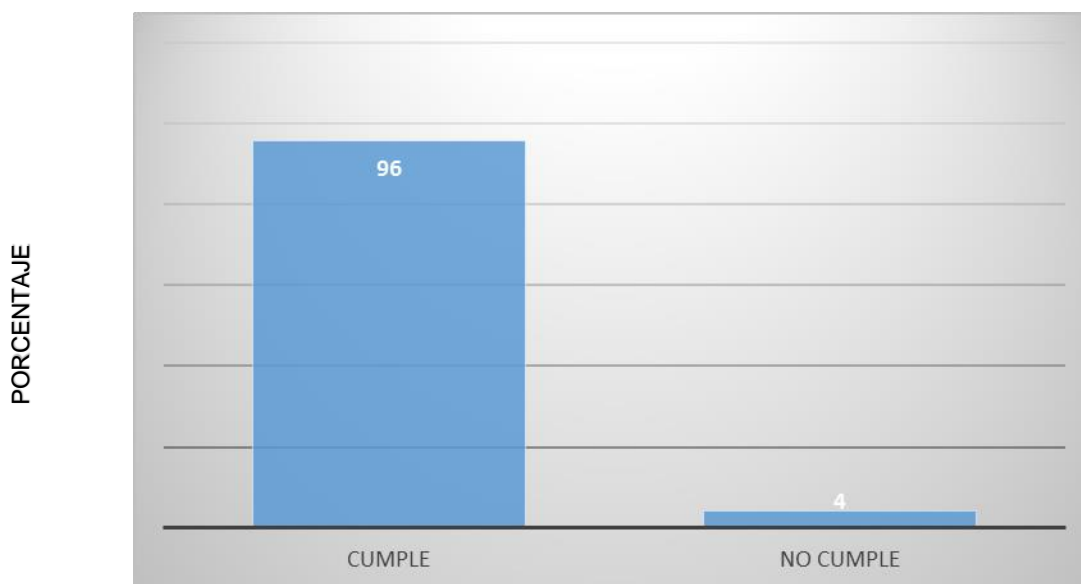
Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En las diferentes secciones de la HCP se encuentran ítems que no se encuentran registrados, para el cuadro precedente se consideró los que tienen menos del 85% del llenado incompleto.

Los datos más preocupantes son

- Indicación de inducción de parto/parto operatorio con un cumplimiento del 62,6%
- Condición al egreso que se cumple en un 69,8%
- Tipo de egreso con un 74,8%

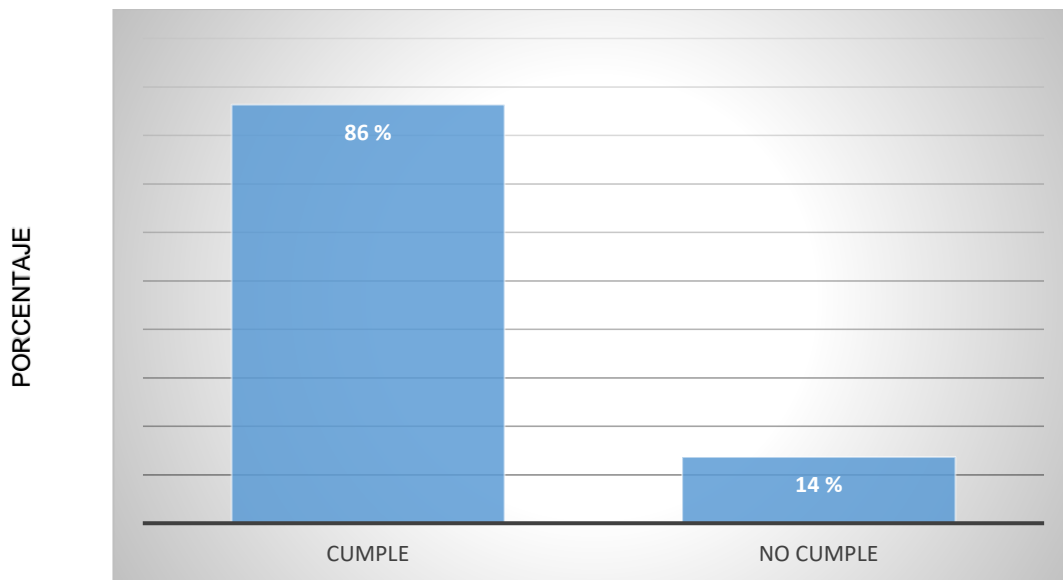
FIGURA. 17 PORCENTAJE DE REGISTRO DE FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO QUE ATENDIÓ A LA MADRE EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

En el caso del registro de firma y sello de los profesionales que atendieron a la madre y al recién nacido se tomó como cumplimiento ya sea al residente o el médico especialista considerando que este hospital es de formación de pregrado; sin embargo, en los que no se encontraba registrado firma sello o alguno de éstos se los consideró como no cumple. Encontrándose que 96% cumple este requisito.

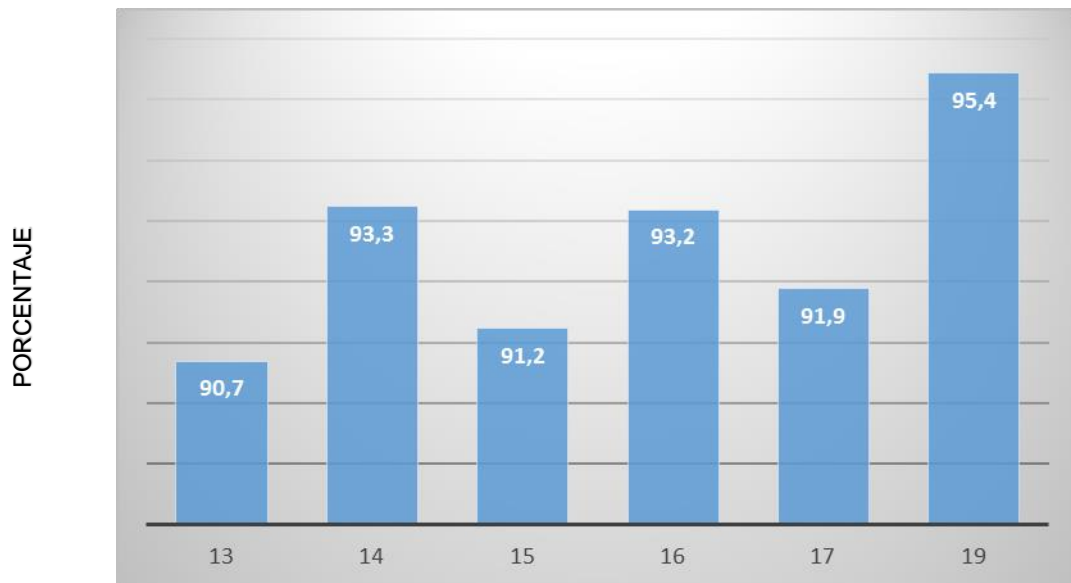
FIGURA. 18 PORCENTAJE REGISTRO DE FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL RECIÉN NACIDO EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019.

Se estableció que un 14% de los profesionales que atienden a los recién nacidos no registran su sello y firma, de este porcentaje se determinó que todos los casos no se registraba ningún ítem del egreso del recién nacido. El 86% de los casos revisados en los expedientes cumple con este requisito.

FIGURA. 19 PORCENTAJE DE LLENADO DEL FORMULARIO SEGUN EDADES EN EL FORMULARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATALA EN LOS CASOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DEL NORTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2019



Fuente: HDN Elaboración propia en base a la HCP-de los expedientes clínicos del Hospital del Norte 2019

De la totalidad de historias clínicas, el porcentaje con menor llenado es de las embarazadas de 13 años representado por el 90,7% y la de mayor porcentaje es de gestantes de 19 años representado por el 95,4%.

10. DISCUSIÓN.

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad en el llenado de la historia Clínica Perinatal en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2019. Del mismo modo se busca determinar cuáles son las variables que son más susceptibles de omisión de llenado y registro según normativa vigente.

La mayor limitante para realizar comparaciones de las variables estudiadas es que al momento estudios locales no existen o no están disponibles ni publicados al menos nivel nacional y estudios similares.

Pero en este contexto se revisó bibliografía encontrando 2 trabajos de grado en la ciudad de Lima- Perú que data del 2017 (19) y otro de diferentes centros de salud en Nicaragua (20) el primero realizado en un hospital de referencia y en el segundo caso de 3 centros de salud de la región; que si bien son documentos realizados por estudiantes de pre-grado se toma en cuenta porque se considera que los temas concernientes al llenado correcto y completo de las diferentes secciones del expediente clínico; en este caso la HCP que es un documento médico legal debe ser reforzado y considerado de vital importancia en el cumplimiento de norma vigente desde la formación en pre-grado. Y al revisar los resultados de los mismos tienen relación con las variables medidas, estudiadas y plasmadas en los resultados del presente trabajo.

En cuanto a los resultados obtenidos en ambos trabajos de médicos para optar al cargo de médicos cirujanos establecen determinar la calidad del llenado en bueno, regular y malo. Ambos identificando cada sección de la HCP para calificar en esas tres categorías. En comparación a los resultados encontrados en los 139 expedientes clínicos que se revisó en el Hospital del Norte, se encuentra coincidencias de más del 90% al 94% en las secciones de antecedentes familiares, personales y obstétricos, y el 97% a 99% en el llenado correcto y en el acápite de escolaridad tan solo de un 96%.

En cuanto a la cantidad de controles prenatales no se realizó el mismo análisis, ya que se puede considerar de suma importancia determinar el número de controles

prenatales y el llenado correcto o incorrecto, tomando en cuenta que el registro de estos datos es crucial para la decisión de la transferencia oportuna a centros de mayor complejidad a pacientes que refieren en la Historia Clínica complicaciones y alto riesgo obstétrico ; sin embargo en el estudio de Nicaragua se encontró un 98% a 99% del llenado en los diferentes acápite del control prenatal; en nuestra investigación se encontró como llenado correcto un 94% de los expedientes estudiados y el 6% no presentaba ningún registro ya que éstos casos se presentaron en pacientes que acudieron a la atención del parto sin tener ningún control prenatal previo.

En el caso del presente estudio se fue agrupando en cada sección con los ítems considerados de importancia y acoplado algunos en uno solo por tener relación directa como por ejemplo el dato de perímetro cefálico con registro de microcefalia si/no. Para lo cual se determinó 76 ítems en total (Anexo 6).

11. CONCLUSIONES.

La calidad de llenado de la Historia clínica Perinatal en el formulario CLAP/SMR OPS/OMS, en los 139 expedientes clínicos revisados y analizados en el caso de embarazos adolescentes se determinó que la mayor deficiencia en la calidad del llenado es en los acápites de las secciones de admisión del parto, egreso materno y egreso del recién nacido.

En cuanto a los datos demográficos de los expedientes estudiados, las adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años son mayormente solteras, el porcentaje de llenado en la historia clínica es menor en gestantes de 13 años.

La mayor deficiencia encontrada en la calidad de llenado en los datos obstétricos identificada es el porcentaje de indicación de inducción de parto/cesárea que es del 62,6%; y la falta de registro de egreso materno en un 69,8%, dato importante para asegurar una situación de post parto sin complicaciones.

En lo que concierne a los 76 ítems considerados como variables en el estudio realizado 14 de ellas son llenadas defectuosamente en la mayoría de los casos en los ítems de la sección de egreso materno de la Historia Clínica Perinatal. Sin embargo es necesario en este punto aclarar, que el registro de todos los ítems incluyendo datos demográficos, obstétricos o de antecedentes se los realiza al momento del alta, hecho que debe evitar ya que el objetivo del registro oportuno está enfocado a la toma de decisiones que es crucial ante una eventual transferencia a un nivel más complejo dependiendo el riesgo detectado por el personal de salud tan solo haciendo un registro correcto y completo al momento de la atención sanitaria de una paciente embarazada adolescente.

Los resultados encontrados al terminar el estudio en lo que concierne a los controles prenatales de los que se estableció en número de 4 controles como suficiente se determinó que son la mayoría de los expedientes estudiados cumplen con este parámetro; sin embargo los que se determinó en cantidad de 1 control como insuficiente no tienen mucha brecha siendo de 28 en el primer caso y 22 en el segundo; que es un dato importante para considerar y así determinar las causales en estudios complementarios posteriores, pero la cantidad no tiene mucha brecha

en lo que se encontró los casos con controles insuficientes en cantidad de solo 1, que es un elemento importante para considerar las causas que llevaron a esta conclusión en estudios complementarios posteriores.

La calidad de registro de firma y sello de los profesionales que atienden al binomio madre-hijo es deficiente en el caso de los especialistas pediatras, en comparación al especialista gineceo obstetra, considerando en este estudio estos dos acápite muy importantes ya que son parámetros de cumplimiento dentro de la norma en lo que se refiere registros de identificación en cuanto a sello y firma que todo profesional debe tener registrado en el expediente clínico y en documentos que son considerados de importancia médico-legal y que por lo tanto la omisión de esto debe considerarse para un estudio posterior y más a fondo de las causales que determinan la omisión de registro de las mismas.

12. RECOMENDACIONES.

- Al Hospital del Norte por intermedio del área de Gestión de Calidad y la Jefatura de Enseñanza, promuevan la autoevaluación continua del personal que está estrechamente relacionado con la atención de las embarazadas y el llenado correcto y completo del a HCP.

- Al Hospital del Norte por medio de sus directivos organizar y sostener programas de educación continua que involucre a todo el personal de salud vinculado directamente con la atención de las embarazadas, ya sea las referidas y las que tienen atenciones por emergencia; para que por la premura y el actuar oportuno e inmediato dependiendo de las condiciones clínicas particulares que se presenten en las pacientes no influyan en el llenado correcto y completo de la historia clínica perinatal.

- Al Servicio de Ginecología y Pediatría del Hospital del Norte para identificar los profesionales que omiten el registro de sello y firma de la Historia clínica Perinatal en las secciones del alta de la madre y del recién nacido.

- A las redes de salud por intermedio del SEDES realizar talleres informativos y formativos para que el personal que brinda la atención prenatal por primera vez a las mujeres embarazadas realicen un registro correcto y completo en los primeros niveles de atención como puertas de entrada a la atención.

- Al SERES El Alto realizar talleres informativos y formativos para reforzar al personal que brinda la atención prenatal por primera vez a las mujeres embarazadas realicen un registro correcto y completo en los primeros niveles de atención como puertas de entrada a la atención primaria.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. INE-Bolivia. Encuesta de Demografía y Salud (EDSA). Indicadores priorizados. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz; 2016.
2. Correa M. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. [Internet] OPS. 2012. [consultado 07 de febrero de 2021]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/
3. Taborga C, Yaksic M., Castro A, Schaaf D, et al.. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. Editora Presencia UNFPA; La Paz 2016. 60 p.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Planificación. SINS-VE. Instrucciones de llenado y definición de terminos de historia clinica perinatal. Quatro Hermanos; 2020. Documentos Normativos del Ministerio de Salud. La Paz - Bolivia ;2020. 84 p.
5. Ministerio de Salud. Minsalud.pe [Inetrenet] Lima-Perú s.f. 2010 [consultado 15 de julio de 2021] Ministerio de Salud de Perú. Sistema Informatico Perinatal: Informacion ADELA.
6. Ministerio de Salud y Deportes . Instrucciones de llenado y definición de términos de historia clinica perinatal. Documentos Normativos del Ministerio de Salud. La Paz-Bolivia; 2020.
7. Vargas A. El embarazo en la adolescencia consideraciones para la prevencion de embarazo adolescaente. Revista Con-ciencia. 2013; 1(1):141-148.
8. Diaz A, Sanhueza R, Yaksic B. Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chilena obtetricia ginecologia; 2002; 67(6): 481-7.
9. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Tecnica del Expediente Clinico. Documentos Técnico Normatvos. La Paz-Bolivia ; 2008.
10. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia La Paz; 2013.

11. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rosselló JL, Durán P, et al. Sistema informático perinatal historia clínica perinatal instrucciones de llenado y definición de términos. [Internet]. Montevideo: CLAP/SMR; 2011; [consultado 22 de febrero de 2021]. Disponible en :<http://www.clap.ops-oms.org>
12. Diaz A, Schwarcz, Diaz JL, Simini F, Giacomini H, Loéz R, et al. Sistema informático perinatal. [Internet] Uruguay: Publicación Científica del Clap N°1204; enero 1990 [consultado el 22 de febrero de 2021].
13. Moncloa A, Alegría E, Valenzuela G, Larrauri CA, Urquiaga J, San Martín M. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet 2018; 64 (2): 191-6.
14. SEDES La Paz. Hospital del Norte. [Internet] El Alto: Sedes.com; [consultado 07 de julio de 2021]. Disponible en : <https://www.sedeslapaz.gob.bo/content/hospital-del-norte>.
15. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación.[Internet] Mc.Graw Hill. Edición;2019 [consultado 12 de febrero de 2021].
16. Aramayo R. Sistema económico de los sistemas locales: el potencial de los 339 municipios de Bolivia.La Paz; 2018 ar-lat- jubileo; 2018.
17. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Int. J. Morphol.2014 32(2):634-645.Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>.
18. Código Niño, Niña adolescente. Ley N°548 de 17 de julio de 2014. Gaceta oficial de Bolivia. [consultado 28 de junio de 2021].
19. Fernandez G. Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puerperas hospitalizadas en el servicio ginecoobstetricia del Hospital Vitarte.[Tesis Pre-Grado] Lima -Peru; agosto octubre 2015-2016.
20. Salgado T. Cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los centros de salud de Cusmapa. [Tesis Pre-Grado] Universidad Las sabanas , San Lucas, Nicaragua; diciembre 2007.

21. Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural. Bolivia. Informe Productivo del municipio de el altoapro.marzo 2021. Dirección de Analisis Productivo 1-21.
22. Reidl-Martínez LM. Marco conceptual en el proceso de investigación. Investigación educ. médica 2012 septiembre; 1(3): 146-151.
23. Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural Bolivia.Informe Productivo del Municipio de El Alto 2021. Dirección de Analisis Productivo 1-21.
24. López C. Unidad de epidemiologia clinica y bioestadistica complejo hospitalario. La Coruña Fistera.com;2016 [consultado 14 de marzo de 2021]. Disponible en : <http://fistera.com>
25. Rodríguez M.Tipos de estudios Clinicos Epidemiologicos.Revista Médica Sanitas.2020 [Epub ahead of print].

14. ANEXOS.

Anexo 1. Carta de Solicitud de revisión de HC al Hospital del Norte.

La Paz, 09 de marzo de 2021

Señores:

Dr. Javier Mamani
DIRECTOR HOSPITAL DEL NORTE

Atn.:
Dr. Carlos Flores
JEFE DE ENSEÑANZA-HOSPITAL DEL NORTE
El Alto. -



Ref.: SOLICITUD DE PERMISO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN PARA TESIS DE GRADO

De mi mayor consideración.

Mediante la presente me dirijo a su autoridad para solicitarle formalmente el permiso para poder recolectar información de expedientes clínicos de las mujeres embarazadas que asistieron a consulta prenatal en las diferentes etapas del embarazo ya sean embarazo, parto o puerperio en el periodo de enero 2019 a enero de 2020; esto con el motivo de poder tener información relevante para poder realizar el trabajo de investigación para obtención del título en la ESPECIALIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA con el tema: “*Calidad de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto, en el periodo de enero 2019 a enero 2020*”; la información y análisis obtenidos se harán llegar a su autoridad con los resultados obtenidos. De la información y los expedientes que se revisen tenga su institución por seguro que se mantendrán todos los cánones de confidencialidad y los cánones de la ética y deontología médica.

Esperando una respuesta afirmativa y mediante su autoridad designe al área que corresponda para facilitar las revisiones de expedientes clínicos en su institución me despido muy cordialmente.

Atentamente:

Dra. Silvia R. Meave T.
CURSANTE ESPECIALIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
Y AUDITORIA MÉDICA
UNIDAD POST-GRADO U.M.S.A.

Cc/Archivo Personal

La Paz, 23 de marzo de 2021

Señor:

Dr. Carlos A. Flores Salamanca
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DEL NORTE
El Alto. -


Ref.: Solicitud de fechas para la recolección de información y revisión de historias clínicas

De mi mayor consideración

Mediante la presente me dirijo a usted para solicitar por medio de su autoridad se me pueda facilitar la recolección de datos y revisiones de historias clínicas en el Hospital del Norte, los días **25 y 26 de marzo y 01 y 02 de abril** de la presente gestión; esto con el objetivo de recolectar datos para el trabajo de investigación para la tesis de obtención del título en Gestión Calidad y Auditoría Médica en la UPG-UMSA.

Adjunto a la presente un resumen de la estructura de mi trabajo donde especifica el objetivo del estudio y la población muestra de la que necesitare recolectar información.

De antemano agradezco su colaboración al desarrollo de mi investigación y me despido de usted con las consideraciones del caso.


Dra. Silvia R. Meave Tarifa
CURSANTE DE LA ESPECIALIDAD
AUDITORIA MÉDICA Y GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
UPG-UMSA



24/03/2021

Cc/Archivo personal
Adjunta: lo indicado

Anexo 2. Nota enviada al H. del Norte con el Vo.Bo. de Jefatura de Enseñanza

La Paz, 09 de marzo de 2021

Señores:

Dr. Javier Mamani
DIRECTOR HOSPITAL DEL NORTE

Atn.:
Dr. Carlos Flores
JEFE DE ENSEÑANZA-HOSPITAL DEL NORTE
El Alto. -


Ref.: SOLICITUD DE PERMISO PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN PARA TESIS DE GRADO

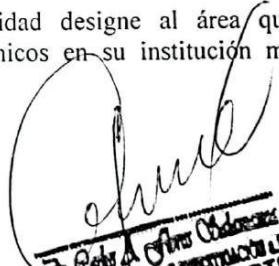
De mi mayor consideración.

Mediante la presente me dirijo a su autoridad para solicitarle formalmente el permiso para poder recolectar información de expedientes clínicos de las mujeres embarazadas que asistieron a consulta prenatal en las diferentes etapas del embarazo ya sean embarazo, parto o puerperio en el periodo de enero 2019 a enero de 2020; esto con el motivo de poder tener información relevante para poder realizar el trabajo de investigación para obtención del título en la ESPECIALIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA con el tema: *“Calidad de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital del Norte del Municipio de El Alto, en el periodo de enero 2019 a enero 2020”*; la información y análisis obtenidos se harán llegar a su autoridad con los resultados obtenidos. De la información y los expedientes que se revisen tenga su institución por seguro que se mantendrán todos los cánones de confidencialidad y los cánones de la ética y deontología médica.

Esperando una respuesta afirmativa y mediante su autoridad designe al área que corresponda para facilitar las revisiones de expedientes clínicos en su institución me despido muy cordialmente.

Atentamente:


Dra. Silvia R. Meave T.
CURSANTE ESPECIALIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
Y AUDITORIA MÉDICA
UNIDAD POST-GRADO U.M.S.A.


Dr. Carlos Flores
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DEL NORTE
Vo.Bo

Cc/Archivo Personal

Anexo 3. Nota enviada a Jefatura de Enseñanza del Hospital del Norte solicitando fechas de revisión de historias clínicas.

La Paz, 23 de marzo de 2021

Señor:

Dr. Carlos A. Flores Salamanca
**JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DEL NORTE
El Alto. -**

Ref.: Solicitud de fechas para la recolección de información y revisión de historias clínicas

De mi mayor consideración

Mediante la presente me dirijo a usted para solicitar por medio de su autoridad se me pueda facilitar la recolección de datos y revisiones de historias clínicas en el Hospital del Norte, los días **25 y 26 de marzo y 01 y 02 de abril** de la presente gestión; esto con el objetivo de recolectar datos para el trabajo de investigación para la tesis de obtención del título en Gestión Calidad y Auditoría Médica en la UPG-UMSA.

Adjunto a la presente un resumen de la estructura de mi trabajo donde especifica el objetivo del estudio y la población muestra de la que necesitare recolectar información.

De antemano agradezco su colaboración al desarrollo de mi investigación y me despido de usted con las consideraciones del caso.


Dra. Silvia R. Meave Tarifa
**CURSANTE DE LA ESPECIALIDAD
AUDITORIA MÉDICA Y GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
UPG-UMSA**
Cel 67178865




24/03/2021


Dr. Carlos A. Flores Salamanca
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN AL
HOSPITAL DEL NORTE**





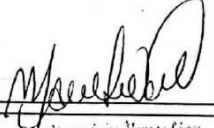
Cc/Archivo personal
Adjunto: lo indicado

Anexo 4. Vo.Bo. de Subdirección de gestión de pacientes y de archivo clínico para la recolección de datos.


GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
HOSPITAL DEL NORTE

DIRECCIÓN

CORRESPONDENCIA EXTERNA

	DATOS	HOJA DE RUTA No.	294	Fecha:	11/03/2021	Fojas:	1
	Cite:	S/C		HORA:	10:51:49		
	Remitente:	DRA SILVIA MEAVE		TELÉFONOS DE REF.:			
	ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN:	-----					
	Referencia:	SOLICITUD DE PERMISO PARA RECOLECTAR INFORMACION PARA TESIS DE GRADO					
DESTINATARIO Nº 1	DERIVAR A:	Dep. de Atención					
	ANALIZAR	<input type="checkbox"/>	OTRA OBSERVACIÓN:				
	PROCESAR	<input type="checkbox"/>					
	ATENDER SOLICITUD	<input type="checkbox"/>					
	PREPARAR INFORME	<input type="checkbox"/>					
PARA SU CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>						
PREPARAR RESPUESTA	<input type="checkbox"/>						
ARCHIVAR	<input type="checkbox"/>						
ELABORAR UN SOLO INFORME	<input type="checkbox"/>						
URGENTE	<input type="checkbox"/>						
FECHA:	11-03-21	FIRMA:	 Dr. Javier Mamani Licana DIRECTOR HOSPITAL DEL NORTE GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ				
			SELO RECIBIDO:				
			 17/03/2021				
			SE DIO CUMPLIMIENTO CON NOTA (CITE):				
DESTINATARIO Nº 2	DERIVAR A:	GESTION DE PACIENTE					
	ANALIZAR	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRA OBSERVACIÓN:				
	PROCESAR	<input checked="" type="checkbox"/>					
	ATENDER SOLICITUD	<input checked="" type="checkbox"/>					
	PREPARAR INFORME	<input checked="" type="checkbox"/>					
PARA SU CONOCIMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>						
PREPARAR RESPUESTA	<input checked="" type="checkbox"/>						
ARCHIVAR	<input checked="" type="checkbox"/>						
ELABORAR UN SOLO INFORME	<input checked="" type="checkbox"/>						
URGENTE	<input checked="" type="checkbox"/>						
FECHA:	23/03/2021	FIRMA:	 Dr. Gisela Torres Rodenas JEFE DE SECCION DE INVESTIGACION HOSPITAL DEL NORTE				
			SELO RECIBIDO:				
			 Un Hospital al servicio de su pueblo				
			SE DIO CUMPLIMIENTO CON NOTA (CITE):				
DESTINATARIO Nº 3	DERIVAR A:	Servicio del Expediente Clínico					
	ANALIZAR	<input type="checkbox"/>	OTRA OBSERVACIÓN:				
	PROCESAR	<input type="checkbox"/>					
	ATENDER SOLICITUD	<input checked="" type="checkbox"/>					
	PREPARAR INFORME	<input type="checkbox"/>					
PARA SU CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>						
PREPARAR RESPUESTA	<input type="checkbox"/>						
ARCHIVAR	<input type="checkbox"/>						
ELABORAR UN SOLO INFORME	<input type="checkbox"/>						
URGENTE	<input type="checkbox"/>						
FECHA:	25/03/2021	FIRMA:	 Dra. Maria Luisa Vargas Lopez SUBDIRECCION DE PACIENTES HOSPITAL DEL NORTE				
			SELO RECIBIDO:				
			SE DIO CUMPLIMIENTO CON NOTA (CITE):				

Nota importante: La Hoja de Ruta debe encabezar los documentos de cualquier tipo de trámite

© 2016 Planificación

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos. Formulario 1.

VARIABLE	1	2	3	4	5
IDENTIFICACIÓN					
N°HC	120773	6385	117897	124785	119240
APELLIDO PATERNO	RAMOS	VARGAS	UGARTE	QUISPE	HUANCA
APELLIDO MATERNO	APAZA	LAIME	SANCHEZ	HUALDA	PERICASO
NOMBRES	GRACIELA YA	MARIA	MARIBEL	CELESTE	YESICA
EDAD	14	14	14	13	14
EDAD/LLENADO HCP	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
GRADO ESCOLARIDAD	SECUNDARIA	PRIMARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA
GRADO ESCOLARIDAD/LLENADO HCP	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
ESTADO CIVIL	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERA	SOLTERA	UNIÓN ESTA
ESTADO CIVIL/LLENADO HCP	CORRECTO	INCORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
ANTECEDENTES FAMILIARES	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 6 ÍTEMS	6	6	6	6	6
ANTECEDENTES FAMILIARES C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
ANTECEDENTES PERSONALES	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 12 ÍTEMS	12	12	12	12	12
ANTECEDENTES PERSONALES C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 13 ÍTEMS	13	13	13	12	13
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	INCOMPLETO	COMPLETO
GESTACIÓN ACTUAL	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 25 ÍTEMS	25	25	25	23	24
GESTACIÓN ACTUAL C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	INCOMPLETO	INCOMPLETO
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	3 CONTROLE	1 CONTROL (2 CONTROLE	MAS DE 4 CO	2 CONTROLE
CONTROLES PRENATALES LLENADO CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	INCORRECTO	CORRECTO
PARTO Y NACIMIENTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 23 ÍTEMS	23	23	23	19	22
PARTO Y NACIMIENTO C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
RECIÉN NACIDO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 17 ÍTEMS	17	17	17	15	17
RECIÉN NACIDO C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	INCOMPLETO	COMPLETO
EGRESO DEL RN	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 9 ÍTEMS	9	9	9	8	7
EGRESO DEL RN C-I	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	INCOMPLETO	INCOMPLETO
EGRESO MATERNO	INCORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
DE 4 ÍTEMS	0	1	4	4	4
EGRESO MATERNO C-I	NO APLICA	INCOMPLETO	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
FIRMA SELLO DE G-O ATENDIÓ MADRE	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO
FIRMA Y SELLO DEL PEDIATRA/MÉDICO ATENDIÓ RN	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO	CORRECTO

Anexo 6. Instrumento de recolección de datos. Formulario 2.

CRITERIO	1	2	3	4	5
SECCIÓN ANTECEDENTES PERS.FAM.OBS					
Antecedentes personales	X	X	X	X	X
Antecedentes familiares	X	X	X	X	X
Antecedentes obstétricos	X	X	X	X	X
SECCIÓN EMBARAZO ACTUAL					
Medición de talla	X	X	X	X	X
Examen de mamas	X	X	X	X	X
Examen odontológico	X	X	X	X	X
Medición del peso	X	X	X	X	X
Determinación de la P/A	X	X	X	X	X
Medición de la altura uterina	X	X	X	X	X
Auscultación del FCF después de 20 semanas	X	X	X	X	X
Mov. Fetal después de las 18 semanas	X	X	X	X	X
Aplicación de la vacuna del tétanos	X/1DOSIS	X	X	X	X
Solicitud de exámenes de laboratorio	X	X	X	X	X
IMC	X	X	X	X	X
SECCIÓN ADMISION POR PARTO					
Fecha de ingreso	X	X	X	X	X
Carnet	X	X	X	X	X
Registro de consultas prenatales totales	X	X	X	X	X
Hospitalización	X	X	X	X	X
Corticoides antenatales	X	X	X	X	X
Inicio del parto	X	X	X	X	X
Ruptura de membranas anteparto	X	X	X	X	X
Edad gestional al parto	X	X	X	X	X
Presentación/situación	X	X	X	X	X
Tamaño fetal acorde	X	X	X	X	X
Acompañante	X	X	X	X	X
Registro signos vitales Postparto	X	X	X	X	X
ENFERMEDADES (Hemorragia/Trastornos hipertensivos/Infecciones/Complicaciones obstétricas)					
ENFERMEDADES (Hemorragia/Trastornos hipertensivos/Infecciones/Complicaciones obstétricas)	X	X	X	X	X
INFECCIONES POR VITUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO					
INFECCIONES POR VITUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO	X	X	X	X	X
INTERVENCIONES					
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA SEVERA					
Nacimiento/VIVO/MUERTO	X	X	X	X	X
Registro de día/hora/mes/año	X	X	X	X	X
Múltiple	X	X	X	X	X
Terminación	X	X	X	X	X
Indicación de Inducción de parto/parto operatorio	X	X	X	X	X
Posición de parto	X	X	X	X	X
Episiotomía	X	X	X	X	X
Desgarros	X	X	X	X	X
Aplicación de oxitócicos	X	X	X	X	X
Placenta	X	X	X	X	X
Alumbramiento activo	X	X	X	X	X
Medicación recibida	X	X	X	X	X
Registro del nombre de quien atendió el parto	X	X	X	X	X
CONTROL PRENATAL					
Números de controles prenatales	3	1	2	5	2
Fecha	X	X	X	X	X
Edad gestacional	X	X	X	X	X
Peso	X	X	X	X	X
Tensión arterial	X	X	X	X	X
Altura uterina/presentación	X	X	X	X	X
FCF/MF	X	X	X	X	X
RECIEN NACIDO					
Sexo	X	X	X	X	X
Peso al nacer del recién nacido /Peso EG	X	X	X	X	X
Talla del recién nacido	X	X	X	X	X
Perímetro cefálico del recién nacido	X	X	X	X	X
APGAR del recién nacido	X	X	X	X	X
Reanimación del recién nacido	X	X	X	X	X
Edad gestacional por capurro	X	X	X	X	X
Registro del nombre de quien atendió al RN	X	X	X	X	X
Referido (Alojamiento conjunto/Neonatología/otro hospital)	X	X	X	X	X
Apego precoz	X	X	X	X	X
Lactancia materna Inmediata	X	X	X	X	X
Enfermedades y defectos congénitos	X	X	X	X	X
Tamizaje neonatal	X	X	X	X	X
EGRESO MATERNO					
Registro de fecha y hora	X	X	X	X	X
Orientación anticoncepción	X	X	X	X	X
Condición al egreso	X	X	X	X	X
Tipo de egreso	X	X	X	X	X
Anticoncepción	X	X	X	X	X
EGRESO RN					
Vivo/Muerto/Refrido	X	X	X	X	X
Registro de fecha y hora	X	X	X	X	X
Identificación del RN (Nombre)	X	X	X	X	X
Lugar	X	X	X	X	X
Alimento al alta (lactancia exclusiva/parcial/artificial)	X	X	X	X	X
Meconio 1er. día	X	X	X	X	X
Peso al egreso	X	X	X	X	X
BCG	X	X	X	X	X
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL CUMPLE					
La casilla de EXPEDIENTE CUMPLE, se marcará con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los 76 ítems.	68	71	75	75	74
PROMEDIO GLOBAL					
El promedio global, se obtiene de dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE entre el total de expedientes revisados X 100.	70.10	73.20	77.32	77.32	76.29

Anexo 7. Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
EDAD	EDAD INSCRITA EN LA HCP AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL PREENATAL	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS CUMPLIDOS
ESCOLARIDAD	MÁXIMO NIVEL ALCANZADO EN LA EDUACIÓN FORMAL	CUALITATIVA ORDINAL	PRIMARIA SECUNDARIA UNIVERSITARIO
ESTADO CIVIL	REGISTRADO EN LA HCP	CUALITATIVA ORDINAL	CASADA SOLTERA UNIÓN ESTABLE
ALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	CUALITATIVA ORDINAL DICOTÓMICA	SI NO
CONTROL PRENATAL SUFICIENTES EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES	ES EL CUIDADO DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y PRUEBAS PRENATALES PARA MANTENER LA SALUD DE LA MADRE Y EL HIJO.	CUANTITATIVA POLITÓMICA	NINGÚN CONTROL (ALERTA) 1 CONTROL (INSUFICIENTE) 2 CONTROLES (INSUFICIENTE) 3 CONTROLES (INSUFICIENTE) 4 CONTROLES (SUFICIENTE) MAS DE 4 CONTROLES (DESEABLE)
LLENADO COMPLETO	LLENADO COMPLETO Y LEGIBLE DE TODOS LOS ACÁPITES DE LAS SECCIONES DE LA HCP BASE	CUANTITATIVA POLITÓMICA	CORRECTO INCORRECTO COMPLETO INCOMPLETO NO APLICA
LLENADO CORRECTO	LLENADO CORRECTO SON LOS CASOS EN LOS QUE NO SE RELAJAN BORRONES O ENMIENDAS AL LLENADO DE LAS DIFERENTES SECCIONES.		