

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



**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE
REGISTRO DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
PERINATAL DE MUJERES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS,
MUNICIPIO DE EL ALTO, GESTIÓN 2021**

**POSTULANTE: Dr. Juan Carlos Cajias Luna
TUTOR: Dra. M.Sc. Paola Andrea Santos Magne**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica**

La Paz - Bolivia
2024

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y salud para lograr este momento importante de mi formación profesional , por darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades ni desfallecer en el intento

A mi madre Hilda, por sus consejos, comprensión y amor

A mi padre Adelio, por su apoyo moral y material

AGRADECIMIENTOS

**A mi alma mater la Universidad Mayor de San Andrés
A los docentes de la especialidad del postgrado, por todas sus
enseñanzas
A mi tutor Dra. M.Sc. Paola Andrea Santos Magne por todas sus
orientaciones**

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

HCP	Historia Clínica Perinatal.
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEDES	Servicio departamental de salud
SERES	Servicio regional de salud
FCF	Frecuencia cardiaca fetal
PA	Presión arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
VDRL/RPR	Venereal Disease Research Laboratory Examen de reagina plasmática rápida
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
Hb	Hemoglobina
EG	Edad Gestacional
FPP	Fecha Probable de Parto
FUM	Fecha Última Menstruación
RN	Recién Nacido
ID RN	Número de certificado de nacimiento

GLOSARIO TERMINOLÓGICO

Control Prenatal: Es la atención integral, completa, periódica y precoz de la embarazada por personal de salud, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones, para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo.

Periodo Perinatal: Periodo que comprende desde la gestación hasta el término de las primeras cuatro semanas de vida neonatal.

Factor de riesgo: Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos.

Riesgo obstétrico: es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo; tienden a sufrir una enfermedad, injuria o muerte. Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo tanto al consultar en cualquier establecimiento de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo.

Historia Clínica Perinatal: Es un formulario de datos perinatales básicos; diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto, el puerperio y el recién nacido.

Estándares: Son declaraciones establecidas por expertos que definen los referenciales o patrones de calidad de un producto o servicios.

Registro de datos: Información sobre algo concreto que permite su conocimiento exacto o sirve para deducir las consecuencias derivadas de un hecho.

RESUMEN

Introducción: La historia clínica perinatal (HCP) es un formulario para el registro de datos durante la atención de la mujer gestante. El incumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal es un factor que afecta el control prenatal y el embarazo de la gestante, teniendo como posible consecuencia un erróneo diagnóstico y complicaciones. **Objetivo general:** evaluar el cumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal de mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, gestión 2021. **Diseño y Método:** se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, en una muestra de 181 historias clínicas perinatales. El método documental y el instrumento hoja de registro de recolección de datos. El cumplimiento del registro de datos en las historias clínicas perinatales se evaluó a través de “escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos en las historia clínicas perinatales” con las categorías: excelente, significativo, parcial, mínimo y deficiente. **Resultados:** se determinó que el 50.28% de las historias clínicas perinatales cumplieron con el registro de datos completos y una clasificación de “excelente”. Se determinó que el mayor porcentaje de cumplimiento de registro de datos por secciones de las historias clínicas perinatales fue en la “sección nacimiento” al 100% y el menor porcentaje correspondió a la “sección gestación actual” con 53.04%. Solo el 75.14% de las HCP cumplieron con los estándares de calidad del control prenatal realizando el registro de las 12 actividades normadas. **Conclusión:** una de cada dos historias clínicas perinatales si cumplió con el registro de datos de la gestante y el recién nacido de acuerdo a la norma. Lo que refleja un mejor control prenatal (integral y completo), en el 50% de las Historias Clínicas Perinatales, para identificar a mujeres gestantes con factores de riesgo que puedan condicionar complicaciones durante el embarazo.

PALABRAS CLAVE: historia clínica perinatal, gestante, estándares, registro de datos.

ABSTRACT

Introduction: The perinatal clinical history (PCHs) is a form for recording data during the care of the pregnant woman. Failure to record data in the perinatal clinical history is a factor that affects prenatal control and the pregnancy of the pregnant woman, possibly resulting in erroneous diagnosis and complications.

General objective: to evaluate compliance with data registration in the perinatal clinical history of pregnant women treated at the Lotes y Servicios Comprehensive Health Center, Municipality of El Alto, management 2021.

Design and Method: a quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in a sample of 181 perinatal medical records. The documentary method and the data collection record sheet instrument. Compliance with data recording in perinatal medical records was evaluated using the “classification scale for compliance with data recording in perinatal medical records” with the categories: excellent, significant, partial, minimal and poor. **Results:** it was determined that 50.28% of the perinatal medical records met the registration of complete data and a classification of “excellent”. It was determined that the highest percentage of compliance with data recording by sections of the perinatal medical records was in the “birth section” at 100% and the lowest percentage corresponded to the “current pregnancy section” with 53.04%. Only 75.14% of PCHs met the quality standards of prenatal control by recording the 12 regulated activities. **Conclusion:** one out of every two perinatal medical records complied with the registration of data on the pregnant woman and the newborn according to the standard. This reflects better prenatal control (comprehensive and complete), in 50% of the Perinatal Clinical Records, to identify pregnant women with risk factors that may cause complications during pregnancy.

KEYWORDS: perinatal clinical history, pregnant woman, standards, data recording.

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4.1. Pregunta de Investigación.....	11
V. OBJETIVOS	12
5.1. Objetivo General.....	12
5.2. Objetivos Específicos	12
VI. MARCO TEÓRICO.....	13
6.1. Historia Clínica Perinatal	13
6.1.1. Llenado de Datos en la Historia Clínica Perinatal	17
6.1.2. Estructura de la Historia Clínica Perinatal	18
6. 2. Control Prenatal	28
6. 2.1. Requisitos del Control Prenatal.....	29
6. 2.2. Clasificación del Embarazo en Control Prenatal	30
6. 2. 3. Identificación de Factores de Riesgo Durante el Control Prenatal	31
6.3. Marco Legal	34
6.4. Marco Contextual	50
VII. DISEÑO METODOLOGICO	52
7.1. Tipo de Estudio	52
7.2. Marco Muestral	52
7. 2. 1. Población	52
7. 2. 2. Muestra	52

	PÀG.
7. 2. 3. Selección de la Muestra.....	54
7. 2. 3. 1. Criterios de Inclusión.....	54
7. 2. 3. 2. Criterios de Exclusión	54
7. 3. Variables	55
7. 4. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	66
7. 5. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	69
VIII. CONSIDERACIONES ETICAS	75
IX. RESULTADOS	76
X. CONCLUSIONES.....	93
XI. RECOMENDACIONES.....	96
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	97
XIII. ANEXOS.....	104

INDICE DE FIGURAS

PÀG.

Figura Nº 1. Objetivos de la historia clínica perinatal.....	14
Figura Nº 2. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el embarazo.....	47
Figura Nº 3. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el embarazo.....	48
Figura Nº 4. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el trabajo de parto.....	48
Figura Nº 5. Procedimientos para evaluar y clasificar atención postnatal a la madre.....	49
Figura Nº 6. Procedimientos para evaluar la condición al nacer.....	49

INDICE DE TABLAS

	PÀG.
Tabla N° 1. Factores de riesgo durante el control prenatal	33
Tabla N° 2. Cálculo del tamaño de la muestra	53
Tabla N° 3. Operacionalización de las variables	56
Tabla N° 4. Escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos en las historia clínicas perinatal para Objetivo General	70
Tabla N° 5. Escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos en las historia clínicas perinatal para Objetivos Específicos.....	73

INDICE DE CUADROS

	PÀG.
Cuadro Nº 1. Formas de registro de datos en historia clínica perinatal...	17
Cuadro nº 2. Identificación de la embarazada.....	18
Cuadro nº 3. Antecedentes: familiares, personales y obstétricos.....	19
Cuadro nº 4. Gestación actual.....	20
Cuadro nº 5. Control prenatal.....	21
Cuadro nº 6. Admisión por parto	22
Cuadro nº 7. Nacimiento.....	23
Cuadro nº 8. Recién nacido.....	24
Cuadro nº 9. Postparto	25
Cuadro nº 10. Egreso del recién nacido.....	26
Cuadro nº 11. Egreso materno.....	27

INDICE DE GRAFICOS

PÀG.

Gráfico N° 1. Distribución porcentual del nivel cumplimiento del registro de datos en las historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	76
Gráfico N° 2. Distribución porcentual del nivel cumplimiento del registro de datos por secciones de las historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021	77
Gráfico N° 3. Distribución porcentual del registro de datos en identificación de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	79
Gráfico N° 4. Distribución porcentual del registro de datos de antecedentes familiares, personales y obstétricos de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	80
Gráfico N° 5. Distribución porcentual del registro de datos de gestación actual de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	82
Gráfico N° 6. Distribución porcentual del registro de datos en admisión por parto de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	85
Gráfico N° 7. Distribución porcentual del registro de datos de nacimiento en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....	86

Gráfico N° 8. Distribución porcentual del registro de datos de recién nacido en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....87

Gráfico N° 9. Distribución porcentual del registro de datos de postparto en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....88

Gráfico N° 10. Distribución porcentual del registro de datos de egreso del recién nacido en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....89

Gráfico N° 11. Distribución porcentual del registro de datos de egreso materno en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....90

Gráfico N° 12. Distribución porcentual del registro de datos de las 12 actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad) de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021.....91

I. INTRODUCCION

La atención de la mayoría de los embarazos, partos y puerperios se llevan a cabo en establecimientos de salud de primer nivel. Es por tal motivo, que la mayor parte de las actividades diagnósticas, preventivas y curativas enfocadas al binomio madre-hijo, recaen en este nivel del sistema de salud de Bolivia. ¹

En el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios-Ciudad de El Alto se atiende a mujeres embarazadas, ya que el embarazo es una condición fisiológica que requiere de una evaluación médica que vigile el bienestar tanto de la mujer como del producto de la gestación, debido a que el embarazo favorece la presentación de una serie de alteraciones que comprometen la salud y la vida materno-fetal.

En la atención de la salud materna la herramienta más útil que está a disposición del médico es la Historia Clínica Perinatal (HCP); es la base de toda atención de salud materna y perinatal, es una herramienta de utilidad asistencial (documenta prestaciones), administrativa (auditoria) y legal (civil y penal) ², fue diseñado como formulario para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer gestante durante el control prenatal, trabajo de parto, puerperio y del neonato. ³ Su utilidad radica en unificar la recolección de datos maternos y neonatales desde la gestación, hasta el puerperio y nacimiento en una sola hoja. Por lo cual es esencial que los datos registrados en la HCP durante el control prenatal, parto y del recién nacido sean veraces, completos, válidos, confiables y estandarizados. ⁴

El control prenatal es completo e integral, posee un conjunto de actividades y procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, de esa forma, se puede controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal. ⁵

Bolivia mantiene niveles más altos de mortalidad materna en la región con más de 160 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Los índices de mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país. ⁶

Durante el control prenatal el cumplimiento del registro de datos en la Historia Clínica Perinatal permite; identificar factores de riesgo de mortalidad materna, antecedentes médicos, ginecológicos y obstétricos, antecedentes del embarazo y parto actual, de acuerdo a la norma nacional establecida de “Instrucciones de Llenado y Definición de Términos de la Historia Clínica Perinatal”. Así como el registro de los estándares de calidad con las 12 actividades normadas para el control prenatal en la historia clínica perinatal de acuerdo al “Manual para la Implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención”.

El incumplimiento con la falta de registro de estos datos en la Historia Clínica Perinatal, predisponen que la atención a la mujer gestante no sea completo e integral y se desconozcan datos importantes por el médico o enfermería que llegue a tratarla en cualquier momento del embarazo, lo que retrasa la toma de decisiones apropiadas, siendo este un factor muy importante a la hora de prevenir complicaciones, así como la muerte materna. Por esta razón es imperativo que se realice un adecuado registro de todos los datos correspondientes, para de esta manera, mejorar la atención, pero sobre todo para brindarles un adecuado diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento a las mujeres gestantes.

En concordancia con lo antes mencionado, fue necesario una “evaluación del cumplimiento del registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales de mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios Municipio de El Alto, gestión 2021”; para determinar la magnitud de las deficiencias en el registro de los datos y verificar el cumplimiento del registro de los datos en la historia clínica perinatal, conforme a las normas establecidas.

II. ANTECEDENTES

Según la Organización Panamericana de la Salud “La información para un sistema de salud depende de los datos que generan los servicios de salud. De ahí la importancia que tiene, tanto para los establecimientos de salud como para el sistema de atención médica, la validez de la información obtenida en los registros”.⁷

En la revisión de estado del arte; fue conveniente referir experiencias de estudios previos relacionados al tema del trabajo de grado, que a continuación se presentan.

Estudios Previos Internacionales

Según Gaitán Pacheco A., con su investigación “Cumplimiento en el registro de la historia clínica perinatal de las gestantes de la empresa médica previsional en la consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, primer semestre del 2015”, propuso un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en la consulta externa de la referida institución. El objetivo fue evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Médica previsional. En los resultados: del estudio se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de Historias clínicas perinatales con datos completos de un 56.25% y una ausencia de registros de un 47.75% con datos incompletos. El mayor porcentaje de calidad de registro en la Historia clínica Perinatal fue bueno debido al correcto llenado de los datos de identidad, antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, en los ítems; registro de toma de presión arterial, aplicación de la vacuna antitetánica, registro de exámenes de laboratorio.⁸

Lo importante la investigación de Gaitán radica en la evaluación de los diversos criterios de la historia clínica perinatal, donde más de la mitad de ellos tuvieron un llenado correcto.

Según Moncada D y Ortega J., en su estudio titulado “Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, enero a diciembre 2016”, cuyo objetivo fue: evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón, fue un estudio de tipo descriptivo y transversal. Con tamaño de muestra de 371 pacientes, se revisó los diferentes expedientes buscando determinar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal. La mayoría de los datos registrados en la HCP, reflejan el llenado correcto en cuanto a los datos de filiación como nombres, teléfono, dirección y procedencia fueron registrados en un 96%, teniendo por consiguiente 4% de llenado incorrecto, los antecedentes personales, familiares y obstétricos fueron llenados adecuadamente en un 99.4%, Sobre la gestación actual de las pacientes se completó satisfactoriamente en un 99.1%; sin embargo, hay una disminución en cuanto al registro de los exámenes de laboratorio en un 0.9%, En el llenado de parto/aborto, neonato y puerperio fueron completados apropiadamente según registros en un 97.6%, excepto en defectos congénitos y tamizaje neonatal de los cuales casi 3% queda llenado de manera incorrecta. Por otra parte, el egreso neonatal fue donde más se encontraron deficiencias con un llenado incorrecto en un 27% y se encuentra identificación de recién nacido en 0% de HCP. La conclusión fue que la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal cumple con el 94.4%. No se cumple con el llenado en un 100%.⁹

La investigación de Moncada y Ortega tuvo un cumplimiento global de llenado de HCP en un 96%, siendo el mismo satisfactorio. Sin embargo, se recomienda capacitación del personal de salud acerca del llenado adecuado de la Historia Clínica Perinatal.

Un estudio realizado por Zeron C, Sánchez J., que investigaron: “Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San Jose de Bocay en el periodo de Enero a Junio del año 2015”. Cuyo propósito fue; determinar la calidad del llenado de la HCP en mujeres

embarazadas activas atendidas en el Hospital Primaria Ambrosio Mogorron. Constituyo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. En el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, las limitaciones se en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad. En cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. El déficit en los exámenes de laboratorio está en su mayoría en Chagas, Paludismo/Malaria, Bacteriuria, Glicemia en Ayunas y prueba de Estreptococo. Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%.¹⁰

En este estudio realizado por Zeron C, Sánchez J., la conclusión fue la mayoría de los casos la calidad de la Historia Clínica Perinatal es mala ya que no se cumple con el registro de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud de Nicaragua, por lo que se recomienda implementar un plan de capacitación y evaluación del correcto llenado de la HCP.

Según Meléndez M, Reyes D., en su estudio “Cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud de Waspam-Atlántico Norte en el periodo Julio-Septiembre del año 2014”, se realizó la evaluación de programas de salud a través de la investigación del llenado de los 13 indicadores de calidad normados por el Ministerio de Salud de Nicaragua; mediante la revisión de 200 Historias clínicas perinatales del área de estudio, dando como resultado que del 100% de los expedientes evaluados solo el 17.5% cumplen con los requisitos estipulados, encontrando mayor error en los ítems: exámenes de laboratorio con 66%, antecedentes personales y obstétricos 63.5% y la evaluación del estado nutricional en base al IMC con un 55%. Se encontró que los antecedentes personales y obstétricos el 36.5% cumple con el correcto llenado.¹¹

En este estudio de Meléndez M, Reyes D., se comprobó que se está realizando un deficiente llenado de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud de Nicaragua; ya que del total de expedientes evaluados solo el 17.5% cumplieron con los estándares de calidad, siendo los ítems omitidos con mayor frecuencia los siguientes: exámenes de laboratorio, antecedentes personales y obstétricos y la evaluación del incremento de peso materno.

Según Tania Salgado Torres en su investigación; “Cumplimiento de los estandares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los Centros de Salud de Cusmapa, las Sabanas, San lucas. Madriz. Enero – diciembre del 2007”. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre la evaluación del llenado completo y adecuado de la historia clínica perinatal, a partir de la aplicación de los estándares de calidad. Se analizaron 151 expedientes clínicos que tengan Historia Clínica Perinatal de pacientes con partos institucionales en los Centros de salud de Cusmapa.¹²

En este estudio de Salgado; se comprobó que se está realizando un buen y correcto llenado de los datos concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes personales, familiares y obstétricos que satisfacen más del 80% que exigen las normas propuestas por el Ministerio de Salud de Nicaragua.

Estudios Previos en Bolivia

Según Rita Meave Tarifa, con su estudio; “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”. El tipo de estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra corresponde al total de población que son las 145 historias clínicas perinatales de embarazadas adolescentes. Se evidencio un porcentaje elevado en cuanto al llenado correcto y completo de las Historias Clínicas Perinatales, 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%, 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.¹³

En este estudio de Meave; se comprobó que la calidad de llenado de la Historia clínica Perinatal en los 145 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 y egreso del recién nacido.

En otro estudio de Varinia Chungara Choque; “Calidad del registro de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud Apostol Santiago del Municipio de Tupiza en la gestión 2018” de Varinia Chungara Choque, fue de tipo cuali-cuantitativo descriptivo, retrospectivo, el objetivo fue evaluar la “Calidad del Registro de la Historia Clínica Perinatal”. La muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. En el análisis del llenado de la HCP se encontró que en el segmento de identificación, las limitaciones se en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad. En cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. El déficit en los exámenes de laboratorio antes y después de las 20 semanas de gestación en su mayoría en Chagas, Bacteriuria, Glicemia en Ayunas y prueba de Estreptococo, VIH.¹⁴

En este estudio de Chungara; la conclusión fue que en la mayoría de los casos la calidad de la Historia Clínica Perinatal es mala ya que no se cumple con el registro de todos los segmentos normada por el Ministerio de Salud de Bolivia.

III. JUSTIFICACION

Bolivia siendo uno de los países más pobres de Sud América, cuenta con un presupuesto muy bajo para el sector salud, que muchas veces no cubre con las necesidades básicas en la atención de la población. Por lo que el Ministerio de Salud ha priorizado el control prenatal, aplicando diversas estrategias y normas que contribuyan a que el personal de atención primaria se capacite en conocimientos y actitudes para abordar de manera adecuada a la mujer embarazada.

Las mujeres embarazadas atendidas durante el control prenatal y parto eutócico en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios-Ciudad de El Alto, son una población vulnerable de tener factores de riesgo de morbi-mortalidad materna-perinatal. El control prenatal es un programa que reviste una gran importancia debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y a disminuir los índices de morbi-mortalidad materna-perinatal, por las características que posee; completo e integral, precoz y continuo. Lo que demanda por parte del personal de salud evitar errores y omisiones en el registro de datos en la historia clínica perinatal, porque un correcto registro de datos refleja en gran medida la calidad de atención a la mujer gestante.

El control prenatal no está exento de lo antes mencionado, ya que cuando se lo realiza es necesario registrar una información fidedigna, con datos veraces y de acuerdo a las normativas establecidas por el Ministerio de Salud en el contexto boliviano. Dentro de este contexto, la Historia Clínica Perinatal (HCP) es una de las principales herramientas médico-obstétricas más utilizadas, ya que facilita el monitoreo de la mujer gestante y pone a disposición la información más relevante sobre la paciente y su embarazo en un servicio de salud, por lo que es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, y confiables, para evitar muchas de las complicaciones que comprometan la salud materno-fetal.

En salud materno-fetal, la herramienta más útil que está a disposición del personal médico del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, es la Historia Clínica Perinatal, la cual, pese a capacitaciones brindadas por SEDES-La Paz y pese a existir una normativa vigente explicando de forma detallada el llenado de la misma, se observó deficiencias del registro de datos en las historias clínicas perinatales durante el control prenatal a mujeres gestantes, lo que pone de manifiesto; datos incompletos o incluso llenados inadecuadamente, omisiones o vacíos frecuentes, lo que ocasiona sesgos importantes y afecta la información recabada de la mujer gestante.

Con este incumplimiento en el registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales; se hace necesario una evaluación de las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, para determinar la magnitud de las deficiencias en el registro de los datos y verificar el cumplimiento del registro de los datos en la historia clínica perinatal, conforme a las normas establecidas, a fin de mejorar la atención en salud de mujeres gestantes con optimizar o mejorar la eficiencia del control prenatal, para de esta forma tener una adecuada vigilancia y evolución del embarazo, con mayor probabilidad de reducir comorbilidades y evitar complicaciones relacionadas al embarazo que desencadenan mortalidad materna-fetal.

Siendo la Historia Clínica Perinatal una herramienta tan importante en la recolección de datos y el control prenatal, el contar con un estudio que refleje el nivel de cumplimiento del registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales de mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud integral Lotes y Servicios, permitirá generar información que lleve a plantear recomendaciones para evitar el incumplimiento del registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, atienden a mujeres gestantes durante su; embarazo, parto eutócico, puerperio inmediato y al recién nacido, estos hechos deben ser registrados, lo que se convierten desde el enfoque de la información en datos, estos datos deben ser registrados en un formato específico; la Historia Clínica Perinatal (HCP), la cual debe ser llenada correctamente y sin omisiones desde la primera consulta de control prenatal y a través de ella (HCP) identificar factores de riesgo de forma temprana durante el embarazo, contribuyendo a prevenir complicaciones leves, severas, la mortalidad materna y perinatal.

Durante el control prenatal de mujeres gestantes en consulta externa, se observó frecuentemente un llenado incompleto de la Historia Clínica Perinatal (HCP) con; falta de registro de datos de acuerdo a las normas establecidas “Instrucciones de Llenado y Definición de Términos de la Historia Clínica Perinatal” y “Atención integrada al continuo del curso de la vida adolescente-mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio recién nacido/a- niño/a menor de 5 años- niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad- personas adultas mayores”. Así como la falta del registro de los estándares de calidad de la historia clínica perinatal (12 actividades normadas) durante el control prenatal de toda embarazada según la norma “Manual para la Implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel de Atención”. Y sobre la base de estos datos registrados se considerará a la mujer gestante de bajo riesgo o alto riesgo en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, pero no se realiza un control del cumplimiento del registro de datos en la Historia Clínica Perinatal.

El incumplimiento del registro de datos y registro de los estándares de calidad en la Historia Clínica perinatal, predispone que en la atención del control prenatal o el parto de la mujer gestante se desconozcan datos importantes por

el médico que llegue a tratar a la gestante en cualquier momento del embarazo, lo que retrasa la toma de decisiones apropiadas y oportunas relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato. Afectando o deteriorando el control prenatal siendo no integral e incompleto y afectando también el seguimiento de la mujer gestante durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, teniendo como posible consecuencia un erróneo diagnóstico y tratamiento.

4.1. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal de mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, gestión 2021?

V. OBJETIVOS

5. 1. Objetivo General

- Evaluar el cumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal de mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, gestión 2021.

5. 2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de cumplimiento del registro de datos en cada sección de las historias clínicas perinatales.
- Describir las frecuencias porcentuales de los datos si registrados y no registrados en las diferentes secciones de las historias clínicas perinatales.
- Establecer la frecuencia porcentual de los datos si registrados y no registrados en las 12 actividades normadas del control prenatal por el Ministerio de Salud-Bolivia (estándares de calidad), en las historias clínicas perinatales.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Historia Clínica Perinatal

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 investigaciones operativas”.¹⁵

La Historia Clínica Perinatal es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada; relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, parto, puerperio y el recién nacido hasta el alta.¹⁶

La Historia Clínica Perinatal facilita la vigilancia de pacientes embarazadas, su clasificación según riesgo para su mejor valoración y manejo. Su uso sencillo, de fácil acceso a la información, como el registro de todos los datos considerados básicos y fundamentales para la toma de decisiones del manejo de las pacientes embarazadas, tanto por quien realiza la historia como por quien atiende a la paciente por primera vez, hace que la HCP se constituya en un excelente elemento que cumple con todos los parámetros básicos que debe cumplir un control prenatal.¹⁷ La Historia Clínica Perinatal es una herramienta de utilidad asistencial (documenta prestaciones), administrativa (auditoria) y legal (civil y penal).¹⁸ Su correcta administración y gestión contribuye a optimizar los establecimientos de salud.¹⁹

Los objetivos de la Historia Clínica Perinatal son.^{21, 22}

Figura Nº 1. Objetivos de la historia clínica perinatal

- Normatizar y unificar la recolección de los datos.

- Facilitar al personal de salud aplicar sus normas de atención para la embarazada y el recién nacido.

- Ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención primaria para la madre y el recién nacido.

- Ayudar en la capacitación del equipo de salud.

- Constituir un registro de datos de interés legal para la mujer embarazada y su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales en el nivel primario de atención de baja complejidad.



MEJORAR LA SALUD MATERNA Y PERINATAL

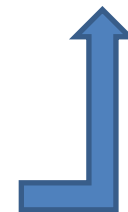
Proveer datos para →

- Conocer las características de la población atendida.

- Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.

- Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

- Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal.



Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua²⁰. Távara L. Parra J.²¹

La utilidad de la Historia Clínica Perinatal radica en: “Unificar la recolección de datos clínicos maternos y neonatales desde la gestación, hasta el puerperio y nacimiento en una sola hoja”. Por lo cual es esencial que los datos registrados sean completos, válidos, veraces, confiables y estandarizados.²²

En la Historia Clínica Perinatal los datos registrados deben ser lo más completos posibles, para poder considerar: el crecimiento, desarrollo y el grado de madurez del feto y la valoración del bienestar de la embarazada.²³ Se considera que un registro es válido si existe un porcentaje de cumplimiento del mismo que sea del 90% proporcionando información válida tanto para el clínico como para el paciente, los gestores de la sanidad, los investigadores y los usuarios. La seguridad de la veracidad de los datos, ofrece confianza de los mismos. La confianza se establece por comparación de los datos recogidos con repetidas medidas obtenidas por distintas personas o en distintos tiempos o lugares.²⁴

La estandarización de datos, en ocasiones también conocida como normalización, es el proceso de ajustar o adaptar ciertas características para que los datos se asemejen a un tipo o modelo común con el objetivo de que su tratamiento, acceso y uso sea más sencillo para los usuarios.²⁵ Y estándar que es: “prototipo o modelo digno de ser imitado y en su caso superado, que se define mediante consenso de los líderes en determinada temática y se busca con la aplicación de una norma”.²⁶

La Historia Clínica Perinatal se ubica en el “Expediente Clínico de Atención de Parto”; según el “Reglamento del Manejo del Expediente Clínico para Primer Nivel de Atención” de SEDES La Paz, Artículo 12. (Expediente clínico de atención de parto):

El expediente de atención de partos eutócicos o de bajo riesgo en establecimientos de primer nivel de atención, incluye todos los documentos necesarios que reflejen la atención en el periodo de trabajo de parto, periodo de

dilatación, periodo expulsivo, alumbramiento, puerperio inmediato y mediato. Posteriormente, estos documentos forman parte del expediente clínico de consulta externa de la paciente.

El ordenamiento del expediente clínico de la paciente en el momento de internación para la atención del parto:

1) Historia clínica de internación obstétrica

2) Historia clínica perinatal

3) Hoja de enfermería para control de signos vitales

4) Hoja de Consentimiento informado

5) Partograma

6) Hojas de evolución e indicaciones médicas

7) Protocolo de atención de parto

8) Formulario del Continuo: Evaluar y clasificar el estado de salud de la madre en el periodo postnatal

9) Hojas de evolución de enfermería y cumplimiento de indicaciones médicas

10) Kardex de medicamentos suministrados

11) Solicitud de exámenes complementarios (laboratorio, imagenología, gabinete y sangre segura)

12) Resultados de exámenes complementarios

13) Nota de alta

14) Epicrisis

15) Historia clínica general (de consulta externa previa)

16) Formulario de referencia (si corresponde)

17) Formulario de contrareferencia

18) Resultado de auditoría interna (si corresponde)

19) Certificado médico (si corresponde)

20) Otros documentos (Por ejemplo, fotocopia del carnet de identidad, croquis de la vivienda, papeleta del Sistema Único de Salud, etc.)

21) Recetarios recibos.

6.1. 1. Llenado de Datos en la Historia Clínica Perinatal

La Historia Clínica Perinatal 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 (ver cuadro N° 1).²⁷

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.²⁸

Cuadro N° 1. Formas de registro de datos en la historia clínica perinatal

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo	DOMICILIO <u>Av América 6937</u>
Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números	años en el mayor nivel <input type="text" value="6"/>
Finalmente algunos datos serán registrados marcando dentro de un círculo	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>
La forma correcta de marcar los números es llenando todos los casilleros	gestas previas = 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> Hb = 9,5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> leucocitos = 5000 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes:	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	<input checked="" type="radio"/>

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

Esta información es presentada siguiendo las secciones de la Historia Clínica Perinatal.

6.1. 2. Estructura de la Historia Clínica Perinatal

En Bolivia de acuerdo a la norma técnica, “Manual de Instrucciones de Llenado y Definición de términos de la Historia Clínica Perinatal”²⁹, Ministerio de Salud y Deportes gestión 2020, para registrar datos y llenar correctamente la Historia Clínica Perinatal (anexo Nº 1) se compone de 9 secciones:

Sección 1: Identificación

Cuadro nº 2. Identificación de la embarazada

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS V. 4.10		FECHA DE NACIMIENTO		AUTENTICACIÓN		Alfabeta		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN	
NOMBRE		dia	mes	Indígena	no	ninguno	primaria	casado	unión estable	CONTROL PRENATAL EN			
DOMICILIO		ano		Mestiza	si	secund	privada	soltera		PARTO EN			
LOCALIDAD / COMUNIDAD				Otra				otro		C. Ident.			
MUNICIPIO		EDAD (años)				atras en el mayor nivel				Vive sola			
REC.		< de 15								si		Nº H.C.I.	
TELÉFONO		> de 15											
IDIOMA HABLADO													
LENGUA MATERNA													

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

- Nombre
- Domicilio
- Municipio
- Teléfono
- Idioma hablado
- Fecha de nacimiento
- Alfabeta
- Estudios Estado civil
- Lugar del control prenatal
- Lugar del parto/aborto
- Número de carnet de identidad
- Número de historia clínica

Sección 2: Antecedentes: Familiares Personales y Obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer 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.

Cuadro nº 3. Antecedentes: familiares, personales y obstétricos

El formulario 'ANTECEDENTES' está dividido en tres columnas principales:

- FAMILIARES:** Incluye TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia y otra cond. medica grave.
- PERSONALES:** Incluye cirugía tracto reprod., infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia y VIH+.
- OBSTÉTRICOS:** Incluye gestas previas (gestas previas, 3 suprat. consecutivos, anti. ectópico), abortos (vaginales), nacidos vivos (viven, muertos 1ª sem., después 1ª sem.), nacidos muertos (muertos 1ª sem., después 1ª sem.), y Antecedente de gemelares.

Además, hay secciones para 'FIN DE EMBARAZO ANTERIOR' (día, mes, año, menos de 1 año) y 'EMBARAZO PLANEADO' (no, sí). Una sección final 'FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO' incluye opciones como no usaba barrera, DIU, hormonal, otro/gélico y natural.

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Antecedentes obstétricos:
 - Gestas Previas
 - Abortos
 - Embarazo Ectópico
 - Nacidos Vivos
 - Nacidos Muertos
 - Viven
 - Muertos 1ra semana
 - Muertos después de 1ra semana
 - Fin embarazo anterior
 - Embarazo planeado
 - Fracaso de método anticonceptivo antes de embarazo actual

Sección 3: Gestación Actual

Se registran los datos recabados durante el primer control prenatal del embarazo actual y se va completando en los controles sucesivos.

Cuadro nº 4. Gestación actual

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

- Peso anterior
- Talla (cm)
- Fecha de última menstruación (FUM)
- Fecha probable de parto (FPP)
- Confiabilidad de la edad gestacional
- Estilos de vida
- Fumadora activa
- Fumadora pasiva
- Drogas
- Alcohol
- Violencia
- Antirubeola
- Antitetánica
- Examen odontológico y de mamas
- Examen Odontológico
- Examen de mamas
- Cérvix
- Papanicolaou
- Colposcopia
- Grupo
- Gamaglobulina anti d.
- Toxoplasmosis
- Prueba de hemoglobina
- Fe/Folatos
- Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)
- Sífilis
- Chagas
- Paludismo / malaria
- Bacteriuria
- Glicemia en ayunas
- Detección de proteínas en orina
- Estreptococo b / 35 - 37 semanas
- Planeando mi parto
- Orientación/lactancia materna

Cuadro nº 5. Control prenatal

CONTROL PRENATAL	Día	Mes	Año	Peso	IMC	P.A.	Edad gest.	Altura uterina	Presentación	FCF (l.p.m.)	Movim. fetales	Proteinuria	Nº Tab. S. leucoso	Señales de peligro, exámenes, tratamientos	Responsable	Próxima cita	

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

La HCP contiene espacio para 7 controles prenatales, si se requiere de más espacio para nuevos controles anexar una “cuadrícula complementaria de controles de la HCP” u otra hoja. 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 (Anexo 1).
- Presión arterial (PA), en mm de Hg.
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.), 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 - l.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). Si no contiene

proteínas, anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como “no se hizo”.

- N° 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.

Sección 4: Admisión por Parto o Aborto

Cuadro n° 6. Admisión por parto

PARTO <input type="radio"/> ABORTO <input checked="" type="radio"/>		HOSPITALIZ. en EMBARAZO	CORTICOIDE ANTENATAL	INICIO	ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO	EDAD GEST. al parto	PRESENTACIÓN SITUACIÓN	TAMAÑO FETAL ACORDE	ACOMPAÑANTE
FECHA DE INGRESO día mes año	CONSULTAS PRENATALES Total	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí Días	completo <input type="radio"/> incompleto <input checked="" type="radio"/> ninguna <input checked="" type="radio"/> no comosp <input type="radio"/>	espontáneo <input type="radio"/> inducido <input checked="" type="radio"/> cesáreo elect. <input checked="" type="radio"/> cesáreo emerg. <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí hora min	< 37 sem <input checked="" type="radio"/> > 12 hrs <input checked="" type="radio"/> T° > 38 °C <input checked="" type="radio"/>	cefálica <input type="radio"/> pelviana <input checked="" type="radio"/> transversa <input checked="" type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>	pareje <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>
CARNET <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> sí			semana inicio	cesáreo elect. <input checked="" type="radio"/> cesáreo emerg. <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	semanas días por FUM por Eco			

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

Este sector está diseñado para registrar los datos relevantes del trabajo de parto y parto.

- Parto
- Fecha de ingreso
- Carnet
- Consultas prenatales “total”
- Hospitalización en embarazo
- Corticoide antenatal
- Inicio del trabajo de parto
- Rotura de membranas anteparto
- Edad gestacional al parto
- Presentación / situación
- Tamaño fetal acorde
- Acompañante (Apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto)

Sección 5: Nacimiento

Cuadro nº 7. Nacimiento

NACIMIENTO		VIVO <input type="radio"/>		hora	min	día	mes	año	MÚLTIPLE		TERMINACIÓN		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO		INDUC. <input type="radio"/>	OPER. <input type="radio"/>											
MUERTO		anteparto <input type="radio"/>	parto <input type="radio"/>	se ignora momento <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		si <input type="radio"/>	orden	espart. <input type="radio"/>	cesárea <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>															
POSICIÓN PARTO		EPISIOTOMÍA		DESGARRO		ALUMBRAMIENTO ACTIVO				PLACENTA		OXITÓCICOS		MEDICACIÓN RECIBIDA													
sentada <input type="radio"/>	acostada <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	Grado (1 a 4)		Oxitocina	Lig. tardía cordón	Tracc. controlada	Masaje uterino	completa	retenida	postalumbramiento	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	Carbono en TdP <input type="radio"/>	antibiót. <input type="radio"/>	analgésico <input type="radio"/>	anest. local <input type="radio"/>	anest. regional <input type="radio"/>	anest. genl. <input type="radio"/>	transfusión <input type="radio"/>	sulfato de Mg <input type="radio"/>	psicodro. <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	otro (especificar)		
cuculles <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

Nacimiento: Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto. Registrar según corresponda. La definición de nacido Vivo y Muerto se encuentra en la sección antecedentes obstétricos.

- Muerto Anteparto
- Muerto Parto
- Muerto Ignora momento
- Fecha y hora del nacimiento
- Múltiple (nacimiento múltiple)
- Terminación
- Indicación principal de inducción o parto operatorio
- Posición parto
- Episiotomía
- Desgarro perineal (Grado 1 a 4)
- Alumbramiento activo
 - Oxitocina
 - Lig. Tardía cordón
 - Tracción controlada
 - Masaje uterino
- Placenta
- Oxitócicos postalumbramiento
- Medicación recibida

Sección 6: Recién Nacido

Cuadro nº 8. Recién nacido

RECIÉN NACIDO				P. cefálico	cm	Micro	si	no	PESO	E.G.	APGAR	Lactancia materna	Apego							
SEXO	f	m	no definido	PESO AL NACER	<2500g	>4000g	Microcefalia	si	no	adec.	peq.	gde.	no	si						
DEFECTOS CONGÉNITOS		no	menor	mayor	¿cuáles?	ENFERMEDADES	1 ó más	ninguna	TAMPAJE HEDINATAL	VIH en RN	Expuesto	Tto.	RPR	Tto.	Chagas	Tcno	TSH	FALLECE en SALA de PARTO	no	si
REFERIDO		alój. conj.	reana tología	otro hosp.																
ATENDIÓ										Médico	Obstetiz	Enf.	Auxil.	Estud.	Partera/o	Fam/citro	Nombre			
PARTO																				
NEONATO																				

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

En caso de Muerte Fetal registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad gestacional y marcar Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda). Registrar además puntaje de Apgar al 1er min “00”.

- Sexo
- Peso al nacer
- Perímetro cefálico
- Longitud
- Microcefalia
- Edad gestacional (por CAPURRO)
- Peso para la edad gestacional
- APGAR (min)
- Lactancia materna inmediata
- Apego precoz
- Reanimación
- Defectos congénitos
- Enfermedades

- Tamizaje neonatal:
 - VIH en recién nacido, Sífilis, Audición, Chagas, Bilirrubina, Toxoplasmosis neonatal (Toxo IgM), Hemoglobinopatías, TSH (Hipotiroidismo).
- Fallece en sala de parto
- Referido
- Atendió Nombre

Sección 7: Postparto

Cuadro nº 9. Postparto

POSTPARTO						
Tiempo	Temp °C	P.A.	Pulso	Tono uterino	Loquios	Responsable
30 min.						
1 hora						
2 horas						
6 horas						
12 horas						
24 horas						
Gamma Globulina anti D no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>					Hb postparto <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

Control del postparto: este sector está destinado al registro de los controles del postparto.

- Momento del examen postparto (en min/hs., luego del parto):
 - Temperatura (ToC)
 - Pulso
 - Tono uterino
 - Loquios
 - Apellido de la persona que realiza dicha valoración.
- Gamma globulina anti D, antes del alta (globulina)
- Hemoglobina postparto

Sección 8: Egreso del Recién Nacido

Cuadro nº 10. Egreso del recién nacido

EGRESO RN		vivo <input type="radio"/>	muerto <input checked="" type="radio"/>	fue referido <input checked="" type="radio"/>	falleció durante traslado o lugar de Ref. no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	Edad días completos <1 día <input checked="" type="radio"/>	ALIMENTO AL ALTA	lactancia exclusiva <input type="radio"/>	Meconio 1er día no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>
dia	mes	año	hora	min	lugar:		BCG no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>	parcial <input checked="" type="radio"/>	PESQ AL EGRESO
id. RN								artificial <input checked="" type="radio"/>	
Nombre RN					Responsable				

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

En particular, la HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva del recién nacido, para registrar en la propia historia el estado (vivo o fallece), su peso y fecha al alta.

- Debe llenarse en todos los nacidos vivos, excepto ante un nacido muerto.
- Si el niño nació vivo y sigue vivo al momento del alta, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta.
- Además, debe marcarse el círculo 'vivo'.
- Si el niño nació vivo, pero por alguna complicación requiere ser trasladado a otro establecimiento, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora de la transferencia. Además, debe marcarse el círculo 'traslado' y anotar el código que identifique el lugar.
- Si el niño nació vivo y muere, el EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del fallecimiento, además de marcarse el círculo 'fallece'. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento, debe figurar claramente el código del otro establecimiento.
- En caso de ABORTO y de MUERTE FETAL, esta sección queda en blanco.

Para el caso de los traslados o referencias, se registra en:

- Fallece durante o en lugar de traslado
- Edad egreso en días completos (vivo o muerto)

- Si es dentro de las primeras 24 horas registrar 00 y marcar el círculo “< 1 día”.
- Alimento al alta: Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido en las últimas horas de su estadía en la institución:
 - Lactancia materna exclusiva
 - Lactancia no exclusiva (parcial)
 - Leche artificial.
- BCG: Marcar (SI/NO)
- Meconio
- Peso al egreso
- ID RN: Registro del número de certificado de nacimiento
- Nombre del recién nacido
- Nombre del responsable del egreso del RN

Sección 9: Egreso Materno

Cuadro nº 11. Egreso materno

EGRESO MATERNO				Fecha/hora		CONDICIÓN AL EGRESO					
día	mes	año	hora	min	sana	NA	c/patología	muerta			
					<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
TIPO DE EGRESO				lugar		Referida		fallece durante o en lugar de traslado		Autopsia	
Muerta	Fuga	Alta solicitada	Alta hospitalaria					no	si	no	si
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Responsable							

Fuente: Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal (29)

- Fecha del egreso por día/mes/año y hora del egreso
- Tipo de egreso
- Condición de egreso
- Lugar de egreso
- Nombre del responsable del egreso

6.2. Control Prenatal

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, atención prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.³⁰

El control prenatal se define como “el conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”.³¹

Según la OMS en 2019 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos.³² América Latina y el Caribe el 93.7% de los partos son atendidos institucionalmente, y se calcula que el 95% de las embarazadas recibieron asistencia prenatal. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo.³³ Bolivia mantiene niveles altos de mortalidad materna en la región con más de 160 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos y aún con un subregistro de datos. Los índices de Mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país.³⁴

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.³⁵

Los objetivos del Control Prenatal son.³⁶

- Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- Identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la vitalidad del feto.
- Identificar el riesgo y la emergencia obstétrica, para una derivación oportuna.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Promoción de la nutrición.

6. 2.1. Requisitos del Control Prenatal

El control prenatal es eficiente, cuando cumple con cuatros requisitos básicos que son.^{37, 38}

Precoz o temprano: el control deberá iniciarse lo más temprano posible en el primer trimestre de la gestación, con la finalidad de permitir la ejecución oportuna de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control prenatal. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico o continuo: Es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo. Actualmente en nuestro país se considera como mínimo que una gestante reciba cuatro controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; la primera atención antes de las 20 semanas; la segunda de 22 a 29 semanas, la tercera entre las 33 a 35 semanas y la cuarta entre las 37 a 40 semanas. Y continúa; todas las atenciones deben de llevarse a cabo de forma sistémica e ininterrumpida.

Completo o Integral: es decir, que los contenidos mínimos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento,

protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, el control prenatal deberá incluir actividades de monitoreo a la embarazada para la detección y tratamiento de patologías en forma temprana y apropiada con el fin de obtener una madre y recién nacidos sanos. Incluiría también exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional y educación para la salud.

Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrá esperar un descenso en la morbilidad materna y perinatal. Para realizar un control prenatal efectivo no se requieren instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; Sin embargo, se requiere el uso sistemático de una historia clínica perinatal que recoja y documente la información pertinente.

6. 2.2. Clasificación del Embarazo en Control Prenatal

Según la OMS/OPS toda embarazada captada en el control prenatal deberá ser clasificada como.³⁹

Bajo Riesgo:

Es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente.

Alto Riesgo:

Tipo I: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social: analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés, tabaquismo,

alcohol u otras drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna igual o menor de 19 años y mayor de 35 años, talla 1,50 metros o menos, peso menor a 45 kg u obesidad, paridad menor de 4, intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años.

Tipo II: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad mayor de 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia-eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas.

Tipo III: Constituye el riesgo mayor para las embarazadas que ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértice, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, púrpura hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías. Estas patologías pueden ser antecedentes de morbilidad materna con o sin muerte fetal o patología con el embarazo actual.

6. 2.3. Identificación de Factores de Riesgo Durante el Control Prenatal

La identificación de los factores de riesgo permite determinar entre la población de gestantes quienes tendrán mayor posibilidad de padecer determinadas enfermedades o complicaciones, por lo que se creó un instrumento en el cual se anote la mínima información pero esencial como lo es la Historia Clínica Perinatal, esta es la encargada de informar el contenido que corresponda al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido.⁴⁰

El factor de riesgo corresponde a la “característica biológica, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido, puedan sufrir un daño”. Desde el punto de vista médico, el daño es la morbimortalidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo. Durante el control prenatal, mediante anamnesis, examen físico y evaluaciones de laboratorio e imágenes, se detectará la presencia de factores de riesgo. Si estos son detectados, la embarazada debe ser derivada a un nivel superior de atención.⁴¹

Enfoque de riesgo:

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, la familia, las comunidades, se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma posibilidad o riesgo de padecer un daño determinado, ya que dicha probabilidad en algunos es mayor que en otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades, de cuidados que va desde un mínimo para las embarazadas de bajo riesgo, hasta un máximo necesario solo para aquellas embarazadas con probabilidad de sufrir daño por riesgo alto.

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de referencia y contrareferencia. Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores de riesgo. En algunas de ellas se emplean listas sencillas, y en otras se desarrollan escalas con puntuación numérica, de acuerdo con su importancia. Se prefiere utilizar listas sencillas, en las cuales se requiere un conocimiento más amplio de las diferentes patologías propias o concurrentes con el embarazo y que de alguna manera podrían modificar el curso y el resultado del mismo; estas orientan al médico en la decisión de si una paciente puede continuar o no su control prenatal en un nivel de atención de baja complejidad, alertándolo en la realización de una

interconsulta a un nivel de mayor complejidad, sin importar si la respuesta de este nivel sea que la paciente puede continuar su control prenatal en el lugar que originó la referencia.⁴²

La tabla 1 presenta una lista de factores de riesgo que pueden ser identificados mediante la historia clínica perinatal y la exploración física.⁴³

Tabla Nº 1. Factores de riesgo durante el control prenatal

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
Edad materna menor a 17 años Edad materna mayor a 35 años Relación peso / talla (IMC) – Obesidad > 29 – Delgadez < 20 Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día Alcoholismo Drogadicción Nivel socioeconómico bajo	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años Aborto a repetición Antecedente de parto pre término Antecedentes de nacido con Circular de cordón Antecedentes de muerte prenatal Antecedente de nacido con defecto congénito Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
ANTECEDENTES MÉDICOS	EMBARAZO ACTUAL
Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Enfermedad renal Diabetes Endocrinopatías Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad hematológica Epilepsia y otras enfermedades neurológicas Enfermedad psiquiátrica Enfermedad hepática con insuficiencia Enfermedad auto inmune con afectación sistémica Trombo embolismo Patología médico-quirúrgica grave	Hipertensión inducida por el embarazo Anemia Diabetes gestacional Infección urinaria de repetición Infección de transmisión perinatal Isoinmunización Rh Embarazo múltiple Polihidramnios Oligohidramnios Hemorragia genital Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a semana 32) Crecimiento intrauterino retardado Defecto fetal congénito Estática fetal anormal a semana 36 Amenaza de parto pretérmino Embarazo pos término Rotura prematura de membranas ovulares Tumoración uterina Patología médico-quirúrgica grave

Fuente: Sánchez E. Factores para un embarazo de riesgo (43)

6.3. Marco Legal

Todas las instituciones que otorgan servicios de salud a la población se encuentran bajo normas y disposiciones legales que regulan su actividad dentro del concepto de derechos y obligaciones de los proveedores y derechos y obligaciones de la población o comunidad, es así que las normativas legales se mencionan y son de cumplimiento obligatorio por sus representantes legales.

6.3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.⁴⁴

Artículo 9. Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley: Numeral 5: Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 35.

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Artículo 36.

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 39.

I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.⁴⁴

6. 3. 2. Ley del Ejercicio Profesional médico (Ley nº 3131).⁴⁵

La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio profesional médico en Bolivia, se aplica en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores público, seguridad social, privado sin/con fines de lucro, legalmente autorizado.

Capítulo II:

Artículo 3.

c) El médico en el ejercicio de su profesión actuar con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes.

Artículo 4.

Acto médico: Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

Gestión de calidad: Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico.

Capítulo IV

Del ejercicio médico y las funciones. **Artículo 10.** (Documentos Médicos Oficiales). Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico.

Capítulo VII

Artículo 15.

La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.⁴⁵

6. 3.3. Decreto Supremo n° 28562. Reglamento a la ley n° 3131 del Ejercicio Profesional Médico.⁴⁶

Considerando:

Que la Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico.

Que se ha establecido principios y definiciones del contexto del ejercicio profesional médico; asimismo se han consolidado las competencias del Ministerio del área de Salud en la supervisión y control del ejercicio profesional médico; como también se ha reconocido mediante Ley de la República al Colegio Médico de Bolivia como entidad colegiada.

Que se ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales.

Que se ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente.

Que se ha institucionalizado mediante Ley de la República la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.

Que se ha establecido las excepciones legales al secreto médico.

Que, en el contenido de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

Capítulo II: Normas, protocolos y gestión de calidad

Artículo 4°. (Normas y protocolos). Se establecen las siguientes definiciones:

Norma: Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.

Protocolo: Disposición técnica reconocida que refleja el “estado del arte” o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.

El Ministerio **del área de Salud elaborará las normas y los protocolos de atención de alcance nacional y cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional** con la participación activa de representantes de las sociedades científicas correspondientes. Las normas tienen vigencia de tres años y deben ser revisadas y actualizadas conforme al avance de la ciencia y las evidencias. En este marco, aquellas que hayan cumplido su vigencia deben

adecuarse en el plazo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Las normas y protocolos elaborados serán aprobados mediante Resolución Ministerial, La Autoridad Departamental de Salud es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud.

Los Gerentes de Red, los Directores de Hospitales y los responsables de establecimientos de salud de primer nivel, son los responsables de supervisar la aplicación de las normas y protocolos nacionales vigentes en el Departamento y denunciar el incumplimiento ante la Autoridad Departamental de Salud.

Es atribución de la Autoridad Departamental de Salud, en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones profesionales realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme lo mandan las leyes. **El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención.**

La existencia, conocimiento y aplicación de los protocolos de atención vigentes es un requisito indispensable para la certificación de los establecimientos de salud y su acreditación.

Artículo 5. (Gestión de Calidad).

La **gestión de calidad** de los **servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.** En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina

Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación. De no existir esta instancia, el Director del establecimiento debe implementarla en un plazo máximo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, sin que implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión de calidad y Auditoría Médica, y de Enseñanza e Investigación, implementados mediante este Decreto Supremo.

Capítulo V: Documentos médicos oficiales

Artículo 12°. (Expediente médico). El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial. La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.⁴⁶

6. 3. 4. Norma Técnica Para el Manejo el Expediente Clínico.⁴⁷

Disposiciones Generales

Artículo 1. Fundamentación

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico.⁴⁷

Artículo 6. Condiciones Básicas del Expediente Clínico.

Para lograr que el Expediente Clínico, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas:

6.1. Veracidad: Consiste en la descripción veraz de todo lo referente al estado de salud enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

6.2. Carácter: Científico Consiste en el apego estricto a la *lex artis medicae*.

6.3. Integridad: Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud - enfermedad del paciente, complementados por métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, junto a notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado y documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables.

6.4. Sujeción a la norma: Consiste en el estricto cumplimiento de la norma existente para la elaboración y manejo del Expediente Clínico, así como de la utilización de formularios u otros documentos expresamente diseñados para tales propósitos.⁴⁷

Contenido del Expediente Clínico

Artículo 11. Contenido General

El Expediente Clínico integra dos partes: Asistencial y Administrativa:

El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.

El contenido administrativo proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla a cada paciente.⁴⁷

Artículo 12. Contenido Específico

12.1. Papeleta de interacción

12.2 Notas de internación

12.3. Gráfica de Registro de Signos Vitales

12.4. Historia Clínica. - Es el documento central del EC que, a más de señalar los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y **ginecoobstétricos** en el caso de la mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud- enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y especial. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta básica de conducta y tratamiento.

12.5 Consentimiento Informado

12.6 Informes de Exámenes Complementarios

12.7 Notas de Evolución

12.8. Interconsultas

12.9. Notas de Informe Profesional

12.10. Documentos Quirúrgicos

12.10.1. Protocolo Quirúrgico

12.11. Documentos de Anestesiología

12.11.1. Nota Preanestésica

12.11.2. Protocolo del Procedimiento de Anestesia

12.11.3. Nota de Recuperación Anestésica

12.12. Notas de Indicaciones Médicas

12.13. Documentos de Enfermería

12.13.1. Notas de Evolución de Enfermería

12.13.2. Notas de Registro de Tratamientos de Enfermería

12.14. Epicrisis

12.15. Informe de Emergencias.⁴⁷

6. 3. 5. Reglamento del Manejo del Expediente Clínico para Primer Nivel de Atención - SEDES La Paz.⁴⁸

Capítulo III: Contenido del Expediente Clínico

ARTICULO 15. (Contenido específico)

Parágrafo 30: Historia clínica perinatal: Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer gestante durante el control prenatal, el parto, el puerperio, la atención al neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el periodo post aborto hasta el alta. Cumple la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos necesarios que resumen la información mínima indispensable para lograr los objetivos por el personal de salud que realiza la atención periódica a la mujer gestante. Está constituida por secciones para el registro de identificación de la paciente, antecedentes familiares, personales y obstétricos, gestación actual, parto – aborto, nacimiento, recién nacido, post parto.⁴⁸

6. 3. 6. Norma de “Instrucciones de Llenado y Definición de Términos de la Historia Clínica Perinatal”.²⁹

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Serie: Documentos Técnico Normativos La Paz – Bolivia 2020

Presentación

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.

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 Historia Clínica Perinatal es de uso sencillo y de distribución gratuita. La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato

Este manual de instrucciones de llenado de la Historia Clínica perinatal y formularios complementarios y definición de términos del Sistema Informático Perinatal SIP+ Bolivia, tiene la finalidad de apoyar en trabajo operativo del personal de salud en todos los niveles de atención de esta forma generar acciones oportunas para encaminar una estructura en salud con mayor efectividad en mujeres, niñas y niños bolivianos.

Es importante resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado, por lo cual es esencial que los datos registrados sean veraces, completos, válidos, confiables y estandarizados. El hecho de que la historia clínica se encuentre correctamente llenada y registrada con el mayor número de datos disponibles influye de forma positiva sobre la paciente, dado que puede obtenerse explícitamente información relevante y útil de la mujer gestante durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, a través de la Historia Clínica Perinatal se identifica también factores de riesgo de forma temprana, que permite toma de decisiones oportunas.²⁹

Objetivo:

“Ser un manual de instrucciones de llenado y definición de términos actualizado de la Historia Clínica Perinatal, en el mismo detalla y da una orientación práctica a los proveedores de salud para el llenado de la Historia Clínica Perinatal y sus diferentes secciones”.²⁹

6. 3. 7. Manual para la Implementación de los Ciclos de Mejoramiento de la Calidad de Atención en Servicios de Segundo y Tercer Nivel de Atención.⁴⁹

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Serie: Documentos Técnico Normativos La Paz – Bolivia 2012

Marco Conceptual:

Partiendo de que la “calidad es, en esencia, la condición o conjunto de condiciones que permiten hacer bien hechas las cosas, sean éstas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben” (Programa Nacional de Calidad en Salud).

La calidad no sólo es gestión como se entendería de la conocida expresión de “gestión de calidad”, sino que es un proceso continuo de mejoramiento que tiene como resultado de las acciones que se realizan, de un servicio que se presta o de un producto que se entrega, la satisfacción de los usuarios, tanto externos como internos.

Vale decir, entonces, que la calidad debe ser comprendida como gestión y resultado, siendo éste el que evalúa el usuario, más allá de analizar situaciones o procesos gestionarios que seguramente no conoce o no son de su interés específico, sino la calidad de atención o servicio que se le presta o recibe directamente.⁴⁹

La definición de calidad que maneja el MSD trata de englobar todos estos antecedentes como la “condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. (Bases para el funcionamiento y organización del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – MSD/2008).⁴⁹

En este marco, el MSD decidió implementar los ciclos de mejoramiento de la calidad, que consiste en la medición sistemática del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención y de la aplicación de paquetes de cambio, con el objetivo de lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de los y las usuarias de los servicios de salud.

Los **estándares de calidad** son declaraciones explícitas de calidad esperada y sirven como parámetro de medición, **se establecen con base en normas**, guías, protocolos y opinión de expertos basados en evidencias científicas. Estos estándares son construidos participativamente, logrando la aceptación y el compromiso de todos los proveedores de salud. El enfoque de los ciclos de mejoramiento de la calidad es de aprendizaje y de colaboración entre pares.⁴⁹

1. Planificación

Paso 1 Identificación y priorización de los problemas más importantes de la salud materna, neonatal e infantil de su departamento o ámbito de intervención, con base en indicadores trazadores relacionándolos con su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia en salud pública.

Paso 3 Construcción de estándares de calidad y de indicadores para su evaluación.

Se deben seleccionar los estándares de calidad a monitorear con base en las normas/protocolos nacionales de atención materna infantil.

El objetivo general de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención es mejorar la calidad de los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil.

Para el mejoramiento de la calidad en el registro e interpretación correcta de la historia clínica de la embarazada durante el control prenatal.⁴⁹

El Estándar de Calidad en la Historia Clínica Perinatal (HCP) es:

Se deberá llenar la Historia Clínica Perinatal de toda embarazada que acuda a su control prenatal y registrar las 12 actividades normadas.

La definición del Estándar de Calidad sería:

Registro de las 12 actividades normadas en la HCP.

Las 12 actividades serían:

1. Antecedentes personales y obstétricos
2. Medición de talla
3. Examen de mamas
4. Semanas de amenorrea
5. Medición del peso
6. Determinación de presión arterial
7. Medición de AFU (Altura Fondo Uterino)
8. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20semanas)
9. Movimientos fetales (después de las 18semanas)
10. Aplicación de vacuna antitetánica.
11. Solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH).
12. Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal.⁴⁹

6. 3. 8. Norma de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida Adolescente-Mujer en Edad Fértil-Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio Recién Nacido/a- Niño/a menor de 5 años- de 5 años a menor de 12 años de edad- personas adultas mayores.⁵⁰ Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia:

CUADROS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN BOLIVIA 2013

Parte 2: Mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio

Figura Nº 2. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el embarazo

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 10: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO – MUJER SIN TRABAJO DE PARTO

Completar la Historia Clínica Perinatal (Encabezado, Antecedentes y Gestación Actual)		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
		<p>Uno o más de los siguientes:</p> <p>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Muerte fetal o muerte neonatal previas Malformación congénita Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos o consecutivos Peso al nacer del último bebé < 2500 g o > 4000 g Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo Cirugías previas en el tracto reproductivo <p>Embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple Menor de 15 años o mayor de 35 años de edad Isorrimunización Rh en el embarazo actual o anterior Palidez palmar severa y/o anemia severa Hemorragia genital Masas pévicas PA diastólica de 90 mmHg o más <p>HISTORIA CLÍNICA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial previa Infección por VIH: PVL'S o Western Blot (+) Diabetes mellitus insulino dependiente Nefropatía/Cardiopatía Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol) Cualquier otra enfermedad o afección médica severa <p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Proteinuria (+ o más) Prueba rápida para VIH reactiva PAP (+) 	<p>EMBARAZO CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL</p>	<p>➤ Manejo de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Si existe Preeclampsia/Eclampsia iniciar tratamiento: Manejo de emergencia (Págs. 68, 69) Si existe hemorragia genital aplicar el Cuadro de Procedimientos 11 (Pág. 51) Si presenta RPM y fiebre: Manejo de emergencia (Pág. 67) Si presenta Amenaza de parto pretérmino: Manejo de emergencia (Pág. 67) <p>➤ En embarazos de 24 a 34 semanas: Aplicar dosis inicial de betametasona 12 mg IM</p> <p>➤ Mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo</p> <p>➤ Administrar oxígeno de acuerdo a disponibilidad.</p> <p>➤ Llenar el formulario de Referencia</p> <p>➤ Referir URGENTEMENTE AL HOSPITAL</p>
<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces? ¿Ha tenido hijos con alguna malformación congénita? ¿Percebe movimientos fetales? (a partir de las 30 semanas de gestación) ¿Ha tenido fiebre? ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál? ¿Le ha salido sangre por vagina? ¿Ha tenido dolor en la parte superior del abdomen? ¿Muy intenso? ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color? ¿Ha tenido flujo? ¿Ha tenido dolor de cabeza severo, visión borrosa o convulsiones? ¿Ha perdido la conciencia? ¿Fuma, bebe o consume drogas? ¿En anterior embarazo tuvo presión alta y/o convulsiones? ¿Tiene tuberculosis? ¿Toma medicamentos, drogas? 	<p>DETERMINAR, OBSERVAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Fecha probable de parto Edad gestacional Peso y Talla Índice de Masa Corporal durante el embarazo (IMC) Presión arterial. Temperatura Altura del Fondo Uterino (AFU) Frecuencia cardíaca fetal Presentación Embarazo múltiple Si tiene cesárea anterior y/o cirugía previa en útero Si tiene palidez palmar intensa Si tiene señales de peligro Si hay hinchazón en cara, manos y/o piernas. Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal. Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual. Toma de PAP: en gestación menor a 20 semanas. Revisar la cavidad oral para observar presencia de inflamación de encías o dientes móviles (gingivitis, periodontitis) 	<p>SI DURANTE LOS SIGUIENTES CONTROLES DETECTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preeclampsia severa (Dolor de cabeza intenso, dolor en epigastrio o hipocóndrio derecho, visión borrosa) Eclampsia (convulsiones, pérdida de conciencia) Fiebre Infección urinaria (ITU) con fiebre Amenaza de parto pretérmino (edad gestacional menor a 37 S) Restricción de crecimiento intrauterino Rotura prematura de membranas (salida de líquido por la vagina). Embarazo mayor de 41 semanas. Disminución o ausencia de movimientos fetales. Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos fetales por min.) Diabetes no controlada (glicemia mayor a 105 mg/dl). 		

Fuente: Atención integrada al continuo del curso de la vida (50)

Figura N° 3. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el embarazo

<p>Alteraciones de la presión arterial: Es hipertensión arterial en el embarazo cuando: • La presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHg. • Es hipotensión arterial cuando: La presión sistólica es menor a 90 mmHg y el pulso es mayor a 110 latidos por minuto.</p>	<p>Uno o más de los siguientes: ANTECEDENTES DE: • Sífilis (+) • Violencia • Periodo entre embarazos menor a 2 años o mayor a 5 años • Embarazo No planeado • Madre soltera EMBARAZO ACTUAL • IMC en zona roja (E) o naranja (D) • Edad Gestacional no confiable • Fumadora activa / pasiva • Caries, gingivitis y/o periodontitis • Examen de mamas anormal • Embarazada Rh negativa • Toxoplasmosis: IgG (+), IgM (+) • VDRL / RPR reactivo (> 1:8) o Prueba Rápida (+) • Prueba rápida para VIH reactiva • Prueba ELISA para Chagas (+) • Gota gruesa para malaria (+) • Infección urinaria y bacteriuria asintomática • Glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dl • Altura Uterina (AFU) no correlacionada con edad gestacional • Palidez de piel y mucosas y/o Anemia moderada • Situación/presentación fetal anómala en gestación mayor a 37 semanas • Flujo genital fétido</p>	<p>• RPR, VDRL reactivas: Penicilina benzatínica 2,4 millones VIM 1 dosis • Caries, gingivitis y/o periodontitis: Referir al odontólogo. • Infección urinaria y bacteriuria asintomática: Cotrimoxazol (Pág.48) • Flujo genital: Manejo sintomático de ITS (Pág. 18) • Administrar hierro y ácido fólico (Pág.46) • Administrar vacunas: TT y una dosis de refuerzo dT en la 2da mitad del embarazo • En zonas de alta prevalencia de parasitosis, administrar mebendazol o albendazol (Pág.46) • Dar orientación en nutrición y cuidados del embarazo (Pág.43) • Orientar a la familia y llenar el Plan de Parto y Nacimiento Seguros. • Enseñar señales de peligro durante el embarazo y señales de trabajo de parto (Pág.63) • Programar la nueva consulta (Pág.47) • Llenar el Carnet Perinatal • Orientar sobre: - Estilos de vida saludable (Pág.28) - Prevención de ITS/VIH/SIDA (Pág.20) - Posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág.88) - Prevención y control del cáncer de cuello uterino (Pág.36) - Importancia de realizar control prenatal • Referir al hospital, REFERENCIA NO URGENTE</p>
<p>CÁLCULO DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO - POR FUM (Fecha de última menstruación): FUM + 7 DIAS - 3 MESES = FECHA PROBABLE DE PARTO (Según la regla de Naegele) - Puede utilizar el gestograma del CLAP</p>	<p>• No presenta ninguna de las señales anteriores.</p>	<p>• Enseñar señales de peligro del embarazo y de trabajo de parto (Pág.63) • Administrar hierro y ácido fólico (Pág.46) • Administrar una dosis de refuerzo dT en la segunda mitad del embarazo. • En zonas de alta prevalencia de parasitosis, administrar mebendazol o albendazol (Pág.46) • Dar orientación en nutrición, cuidados del embarazo (Pág.43) • Llenar el Plan de Parto y Nacimiento Seguros • Programar la reconsulta (Pág.47) • Orientación sobre: - Estilos de vida saludable (Pág.28) - Prevención de ITS/VIH/SIDA (Pág.20) - Posición correcta y el buen agarre para la lactancia (Pág.88) - Prevención y control del cáncer de cuello uterino (Pág.36) - Importancia de realizar control prenatal</p>

Anemia, según valores de Hemoglobina por piso ecológico:


Metros sobre el nivel del mar	Moderada (g/dl)	Severa (g/dl)
A nivel del mar	8,0 - 11,0	< a 8,0
a 2.700 m	9,4 - 12,6	< a 9,4
a 3.800 m	11,0 - 14,0	< a 11,0
a 4.000 m	11,4 - 14,4	< a 11,4
a 4.500 m	12,4 - 15,4	< a 12,4

Fuente: NBS/MSPS-02/2000

Fuente: Atención integrada al continuo del curso de la vida (50)

Figura N° 4. Procedimientos para evaluar y determinar riesgo durante el trabajo de parto

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 12: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

<p>Empleando la Historia Clínica Perinatal Base y el Partograma, correctamente llenados, Evaluar el Riesgo durante el Trabajo de parto</p> 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CLASIFICAR</p>	<p>EVALUAR</p>	<p>CLASIFICAR</p>	<p>TRATAR</p>
<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene ganas de pujar? ¿Cuándo comenzó el trabajo de parto? ¿De qué tiempo está su embarazo? El feto ¿Se mueve? ¿Hay salida de líquido por genitales o Rótura de Membranas (RM)? - En caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiempo de la RM? ¿Es mayor de 6 horas? ¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza, visión borrosa, y/o ruidos en los oídos? ¿Tiene o ha tenido recientemente convulsiones (ataques)? ¿Tiene o ha tenido hemorragia genital? ¿Dolor abdominal severo? ¿Dificultad respiratoria? ¿Tiene calentura o fiebre? ¿Ha tenido cesárea previa? ¿Alguno de sus hijos ha nacido muerto? ¿En algún parto la placenta ha quedado retenida? <p>DETERMINAR,</p> <ul style="list-style-type: none"> Intensidad y frecuencia de las contracciones Ganas de pujar, adelgazamiento del periné, cabeza fetal visible Edad gestacional, AFU Presión Arterial Temperatura axilar Palidez de piel y mucosas AFU (altura de fondo uterino) Posición del feto (Maniobras de Leopold) ¿Es podálica o trans versa? Dinámica uterina en 10 minutos: <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene menos de 3 contracciones o 3 o más contracciones intensas? Frecuencia cardíaca fetal (FCF) ¿es menor de 100 o mayor a 180 latidos/minuto? Salida de líquido amniótico y/o flujo genital con mal olor ¿Edema en cara y manos Proteinuria Presencia de hemorragia vaginal Tienen prueba para VIH, ¿es positiva? 		<p>La parturienta presenta menos de 3 contracciones en 10 minutos o, usando el partograma, el parto NO es inminente Y tiene una de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene menos de 15 o más de 35 años de edad Hipertensión o hipotensión arterial Tiene o ha tenido recientemente convulsiones (ataques) o desmayos Proteinuria (+) Tiene o ha tenido recientemente dolor de cabeza intenso y/o visión borrosa y/o zumbido en los oídos Edema en cara y manos Calentura o fiebre Flujo genital fétido Rótura de Membranas mayor a 6 horas Edad Gestacional: Menor a 36 semanas o Mayor a 41 semanas, por FUM o ecografía FCF menor a 100 o mayor a 180 latidos/minuto Hemorragia genital intensa Altura Uterina (AFU) no correlacionada con edad gestacional Palidez intensa de piel y mucosas y/o anemia severa Presentación podálica o situación transversa Antecedente de cesárea previa/iterativa Embarazo múltiple Antecedente de Muerte fetal intrauterina Antecedente de retención placentaria <p>SI, ADEMÁS de una o más de las señales del cuadro superior, presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o Ganas de pujar y/o Adelgazamiento de periné y/o Apertura de la vagina, cabeza fetal visible 	<p>TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Canalizar vía venosa con bránula N° 16 o 18 Aplicar Suero Fisiológico o Ringer Lactato a 40 gotas por min. Si sospecha de preclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (Págs.68, 69) Nifedipino: 20 mg VO Si existe sospecha de infección (RPM mayor a 6 horas, fiebre y/o flujo vaginal con mal olor): Manejo de emergencia (Pág.67) En amenaza de parto pretérmino: Manejo de emergencia (Pág.67) Referir URGENTEMENTE al hospital
		<p>La madre tiene contracciones uterinas y no presenta ninguna de las señales anteriores</p>	<p>PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO PERINATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 13 Canalizar vía venosa empleando Suero Fisiológico o Ringer Lactato Preclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (Págs.68, 69) Ante sospecha de infección (RPM mayor a 6 horas, fiebre y/o flujo vaginal con mal olor) : Manejo de emergencia (Pág.67) Prever alta probabilidad de Reanimación Neonatal (Pág.82) Considerar necesidad de referir en postparto inmediato (a la madre y al recién nacido)
			<p>TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 13 Prever probabilidad de Maniobras de Reanimación Neonatal (Pág.82)

Fuente: Atención integrada al continuo del curso de la vida (50)

Figura Nº 5. Procedimientos para evaluar y clasificar atención postnatal a la madre

ATENCIÓN POSTNATAL A LA MADRE

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 14: EVALUAR Y CLASIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE EN EL PERIODO POSTNATAL

EVALUAR		CLASIFICAR	TRATAR
<p>Una o más de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez intensa de piel y mucosas Sangrado abundante por vagina Hipotensión y/o taquicardia Fiebre Salida de restos placentarios Salida de loquios con mal olor Hipertensión Visión borrosa Dolor abdominal intenso Ataques (convulsiones) Tristeza o llanto fácil o inactividad, por más de 2 semanas 		<p>PUERPERIO CON COMPLICACIÓN SEVERA</p>	<p>➤ Referir URGENTEMENTE al hospital, luego de haber estabilizado a la paciente y haber iniciado tratamiento específico</p>
<p>Una o más de las siguientes señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez de piel y mucosas Sutura de episiotomía (si hubiera) con debilidad o signos de infección Sutura de cesárea (si hubiera) con signos de infección Tristeza o llanto fácil por menos de 2 semanas Enfermedad obstétrica en tratamiento (preeclampsia, eclampsia, etc.) Enfermedad sistémica en tratamiento 			<p>PUERPERIO CON COMPLICACIÓN</p>
<p>No presenta ninguna de las señales anteriores</p>		<p>PUERPERIO SIN COMPLICACIÓN</p>	<p>➤ Vigilar a la madre después del parto</p> <p>➤ Brindar cuidados generales</p> <p>➤ Dar hierro durante 90 días (Pág. 46)</p> <p>➤ Dar Vitamina A 200.000 UI si no la recibió después del parto</p> <p>➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 74)</p> <p>➤ Indicar cuándo volver a control (Pág. 75)</p> <p>➤ Conversar sobre el plan de emergencias para el postparto</p> <p>➤ Orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna exclusiva (Pág. 88) Señales de peligro durante el puerperio (Pág. 74) Cuidados generales en el postparto incluyendo el aseo perineal Anticoncepción postparto (Pág. 32, 33) Señales de peligro en el recién nacido (Pág. 107) Cuidados generales del recién nacido (Pág. 106) <p>➤ Indicar que vuelva para control en 2 días</p>

La HCPB es útil para la evaluación del puerperio de la madre

CLASIFICAR

PREGUNTAR	OBSERVAR, PALPAR, DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene fiebre? ¿Tiene sangrado genital (por la vagina)? ¿Tiene dolor de cabeza intenso? ¿Presenta o ha presentado visión borrosa? ¿Tiene dolor abdominal intenso? ¿Ha presentado ataques? ¿Cómo está el estado de ánimo? (Señales de depresión: agitación e irritabilidad, disminución del apetito, dificultad para concentrarse o pensar, sentimiento de inutilidad o culpa, aislamiento social, pérdida de energía, sentimientos negativos hacia el bebé, pensamientos de muerte o suicidio, dificultad para dormir) 	<ul style="list-style-type: none"> Temperatura axilar Presión arterial Frecuencia cardíaca Palidez cutánea y palmar Sangrado por vagina Salida de restos placentarios Características de los loquios Estado del periné y/o suturas (si se realizó episiotomía) Depresión (Severa: tiene pensamientos de muerte o suicidio y uno o más de las otras señales de depresión)

Fuente: Atención integrada al continuo del curso de la vida (50)

Parte 3: Atención al recién nacido/a

Figura Nº 6. Procedimientos para evaluar la condición al nacer

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 17: EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER

EVALUAR		CLASIFICAR	TRATAR
<p>El RN presenta uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> RPM mayor a 12 horas Madre con flujo genital fétido Antecedente de reanimación neonatal Dificultad respiratoria moderada o severa Cianosis generalizada Palidez intensa Peso < 2000 g Edad gestacional menor a 32 semanas Malformaciones congénitas mayores Traumas severos durante el nacimiento 		<p>CONDICIÓN GRAVE AL NACER</p>	<p>➤ Administrar OXÍGENO, si tiene dificultad respiratoria o cianosis generalizada (Pág.83)</p> <p>➤ Nada por boca, si tiene dificultad respiratoria</p> <p>➤ Dar la Primera Dosis de Antibióticos apropiados (Pág. 98) en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rotura de membranas Flujo genital con mal olor <p>➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de estabilización y transporte (Pág. 96)</p> <p>➤ Mantener al RN abrigado en el trayecto al hospital</p>
<p>El RN presenta ALGUNO DE LOS SIGNOS ANTERIORES Y</p> <ul style="list-style-type: none"> Líquido amniótico con meconio 			<p>POSIBLE ASPIRACIÓN DE MECONIO</p>
<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peso entre 2.000 a 2.500 g Edad gestacional entre 32 a menor de 37 semanas Peso mayor a 3.800 g Fiebre materna Dificultad respiratoria leve Antecedentes de riesgo perinatal Trauma leve 		<p>CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER</p>	<p>➤ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida</p> <p>➤ Mantener al recién nacido junto con su madre</p> <p>➤ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 86)</p> <p>➤ Orientar a la madre sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 88) Cuidados del RN en el hogar (Pág. 89) Cuidados 'extra' para el RN prematuro o con bajo peso al nacer (Pág. 90) <p>➤ Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito (Pág. 86)</p> <p>➤ Enviar a su domicilio, junto con la madre una vez que cumple los criterios de alta</p> <p>➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 89)</p> <p>➤ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a las 24 h, o realizar visita domiciliaria</p>
<p>No presenta ninguno de los signos anteriores</p>		<p>CONDICIÓN BUENA AL NACER</p>	<p>➤ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida</p> <p>➤ Mantener al recién nacido junto con su madre</p> <p>➤ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 86)</p> <p>➤ Orientar a la madre sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 88) Cuidados del RN en el hogar (Pág. 89) <p>➤ Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito (Pág. 86)</p> <p>➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 89)</p> <p>➤ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a los 2 días</p>

PREGUNTAR

- ¿Hubo rotura prematura de membranas mayor a 12 horas?
- ¿La madre presenta fiebre?
- ¿La madre presentó flujo genital con mal olor?
- ¿Hubo meconio en el líquido amniótico?
- ¿El recién nacido ha sido reanimado, empleando maniobras de reanimación neonatal?

DETERMINAR, OBSERVAR

- Dificultad respiratoria (usando la escala de Silverman Andersen)
- Color de la piel:

 - Cianosis generalizada
 - Palidez intensa

- Verificar presencia de:
 - Malformaciones
 - Traumas
 - Peso al nacer
 - Valorar la edad gestacional (Capurro)

CLASIFICAR

CUIDADOS GENERALES DURANTE LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Antes y después de tocar al recién nacido/a **LÁVESE LAS MANOS** con agua, jabón y solución antiséptica

Mantenga al recién nacido siempre en un ambiente caliente para evitar el enfriamiento (hipotermia)

La temperatura axilar de un recién nacido debe estar entre 36.5 a 37.2 °C

Aplice a todo RN los cuidados esenciales y rutinarios después de clasificar y tratar

Fuente: Atención integrada al continuo del curso de la vida (50)

6. 4. Marco Contextual

El trabajo de grado se realizó en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios Red Lotes y Servicios, SERES El Alto, está ubicado en la Avenida Juan Lechin Oquendo, número 100, lado Iglesia San Pedro, Urbanización Lotes y Servicios-Rio Seco, Municipio de El Alto Distrito IV (**anexo N° 2**). Para lo cual se solicitó la autorización de su Director (**anexo N° 3**).

Su infraestructura es propia, cuenta con las siguientes áreas: área de recepción y estadística, área de consultorios: médico de turno, médico de consulta externa, odontólogo, área de emergencias, la cual cuenta con instrumentos básicos y ecógrafo, área de partos, la cual cuenta con 2 camas para el control y seguimiento de las pacientes en trabajo de parto, área de sala de partos, la cual cuenta con 5 camas para internación, área de farmacia, que esta abastecida con medicamentos genéricos, área de vacunación, área de laboratorio.

Es un establecimiento prestador de servicios en salud de primer nivel de atención, orientado preferentemente al cuidado de la salud del binomio madre-niño. Tiene los siguientes servicios

- Medicina general en un consultorio externo atiende adultos y niños cuyo horario es de 12 horas.
- Medicina general en un consultorio de turno cuya atención es principalmente a mujeres gestantes; en control prenatal, atención de partos eutócicos, internación de púerperas y atención al recién nacido, cuyo horario es de 24 horas. También atiende emergencias médicas.
- Consultorio de enfermería del programa ampliado de vacunas cuyo horario es de 12 horas.
- Consultorio médico del Bono Juana Azurduy de Padilla cuyo horario es de 8 horas
- Consultorio de odontología con horario de 12 horas.

- Laboratorio clínico cuyo horario es de 12 horas.
- Farmacia cuyo horario es de 12 horas.

Según informe estadístico del C. S. I. Lotes y Servicios durante la gestión 2021 reporta la “cobertura atención parto en servicios” de 341 (anexo N° 4) partos eutócicos. Sus recursos humanos, son dependientes del SEDES La Paz, Ministerio de Salud y Alcaldía Municipal de El Alto. Cuenta con el siguiente personal: 9 médicos generales, 4 odontólogos, 3 licenciadas de enfermería, 1 licenciada en farmacia, 12 auxiliares de enfermería, 3 técnicos de laboratorio, 3 auxiliares de farmacia, 4 administrativos, 4 auxiliares de limpieza.

6. 4. 1. Área de Estudio

Es el lugar donde se realizó el trabajo de grado:

Macro localización: El Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, es un establecimiento prestador de servicios en salud de primer nivel de atención. Las áreas con que cuenta son: área de admisión de pacientes, área de estadística (donde se almacenan los expedientes clínicos), área de consultorios: medicina general de consulta y turno donde la atención es principalmente a mujeres gestantes; en control prenatal, atención de partos eutócicos, internación de puérperas y atención al recién nacido, consultorios de pediatría y odontología, áreas de farmacia, vacunación y laboratorio (anexo N° 5).

Micro localización: El lugar donde se realizó la revisión de expedientes clínicos que contienen las Historias Clínicas Perinatales, es el área de estadística (anexo N° 6).

6. 4. 2. Unidad de Estudio

El trabajo de grado tuvo como unidades de estudio; las historias clínicas perinatales, contenidas en los expedientes clínicos de las gestantes atendidas durante el período comprendido de enero a diciembre del 2021.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7. 1. Tipo de Estudio

El presente trabajo de grado es una investigación cuantitativa; tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se eligió este tipo y diseño de investigación ya que permitió dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos planteados. El enfoque fue cuantitativo debido a la necesidad de realizar un conteo de datos. La finalidad del estudio es puramente descriptiva y suscrita aun período de tiempo determinado.

7. 2. Marco Muestral

7. 2. 1. Población

La población son las 341 Historias Clínicas Perinatales de pacientes gestantes que fueron atendidas por control prenatal y partos institucionales.

7. 2. 2. Muestra: Cálculo del tamaño de la muestra

Para obtener la muestra, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular.

N = Total de la población (341 HCP).

Zα² = Nivel de confianza 95%, el valor de Z será 1,96 elevado al cuadrado.

p = Proporción esperada, en este caso es 50%.

q = 100 – p, en este caso 100 – 50 = 50.

d = Margen de error (precisión absoluta) en este caso un 5%.

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{341 * (1.96)^2 * 50 * 50}{(5)^2 * (341 - 1) + (1.96)^2 * 50 * 50}$$

$$n = \frac{341 * 3.8416 * 50 * 50}{25 * 340 + 3.8416 * 50 * 50}$$

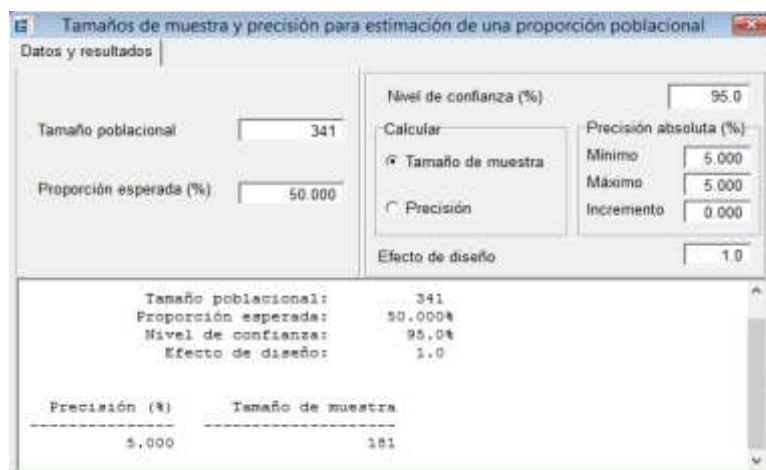
$$n = \frac{1309.9856 * 50 * 50}{8500 + 9604}$$

$$n = \frac{3274964}{18104}$$

$$n = 180.89 = 181 \text{ HCP}$$

Se obtiene un tamaño de muestra de 181 Historias Clínicas Perinatales. También se realizó el cálculo de la muestra mediante el programa estadístico Epidat 3.1, con una población de 341 HCP, un nivel de confianza de 95%, un error máximo de 5% y una proporción de 50%. La muestra fue de 181 HCP.

Tabla Nº 2. Cálculo del tamaño de la muestra



Fuente: Base de datos del estudio

7. 2. 3. Selección de la Muestra

7. 2. 3. 1. Criterios de Inclusión

- Historias Clínicas Perinatales de pacientes gestantes asignadas para su atención en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, según el registro del Seguro Único de Salud.
- Historias clínicas perinatales pertenecientes a pacientes gestantes atendidas por sus controles prenatales en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios y que tuvieron su parto institucional en el mismo centro de salud; entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 2021.
- Historias Clínicas Perinatales del periodo de estudio contenido (presentes) en los expedientes clínicos.
- Historias Clínicas perinatales de pacientes puérperas que fueron dadas de alta hospitalaria (medica) del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios durante el periodo de estudio.

7. 2. 3. 2. Criterios de Exclusión

- Historias clínicas perinatales que no correspondan al periodo de estudio.
- Historias Clínicas Perinatales de pacientes transferidas de otros centros de salud de atención primaria donde realizaron sus controles prenatales, con hojas de referencia por trabajo de parto y tuvieron su parto institucional en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios en el periodo de estudio.
- Historias Clínicas Perinatales de pacientes que tuvieron su parto extra-institucional y/o no realizaron controles prenatales, en el periodo de estudio.
- Historias Clínicas Perinatales de pacientes que tuvieron su parto institucional en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios durante el periodo de estudio que no se encuentren en su expediente clínico.

7.3. Variables

Según el grado de complejidad, tanto las variables cuantitativas como las cualitativas pueden ser simples o complejas. Las variables simples son las que se manifiestan directamente a través de un indicador o unidad de medida, no se descomponen en dimensiones. Las variables complejas son aquellas que por su naturaleza no pueden ser estudiadas como un todo, sino que deben ser descompuestas en sus partes constitutivas o dimensiones, se pueden descomponer en dos dimensiones como mínimo, luego se determinan los indicadores para cada dimensión. Una dimensión es un elemento integrante de una variable compleja, que resulta de su análisis o descomposición.⁵¹

Se definió las siguientes variables:

- Identificación de la gestante.
- Antecedentes (familiares, personales y obstétricos).
- Gestación actual
- Admisión por parto
- Nacimiento.
- Recién nacido
- Postparto.
- Egreso del recién nacido
- Egreso materno.
- Actividades normadas (estándares de calidad) del control prenatal.
- Cumplimiento del registro de datos de cada sección de la historia clínica perinatal.
- Cumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal.

Debido a que son variables complejas se pueden descomponer en dos dimensiones o criterios como mínimo o más.⁵²

Tabla N° 3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	VALOR	INDICADOR
Identificación de la gestante	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conjunto de información sociodemográfica que es necesario disponer para definir características una gestante recabados en la HCP sección 1	1. Cumplimiento del registro de: nombre	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			2. Cumplimiento del registro de: domicilio	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			3. Cumplimiento del registro de: municipio	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			4. Cumplimiento del registro de: teléfono	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			5. Cumplimiento del registro de: idioma hablado	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			6. Cumplimiento del registro de: fecha de nacimiento	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			7. Cumplimiento del registro de: edad	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			8. Cumplimiento del registro de: etnia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			9. Cumplimiento del registro de: alfabetización	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			10. Cumplimiento del registro de: estudios	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			11. Cumplimiento del registro de: estado civil	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			12. Cumplimiento del registro de: lugar del control prenatal	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			13. Cumplimiento del registro de: lugar del parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			14. Cumplimiento del registro número de carnet de identidad	SI Registro No registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			15. Cumplimiento del registro número de historia clínica	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Antecedentes familiares, personales y obstétricos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Recopilación del historial de enfermedades o condiciones médicas padecidas por la gestante, su familia y eventos obstétricos	16. Cumplimiento del registro de: tuberculosis	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			17. Cumplimiento del registro de: diabetes	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

		que se presentaron en anteriores embarazos recabados en la HCP sección 2	18. Cumplimiento del registro de: hipertensión	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			19. Cumplimiento del registro de: pre eclampsia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			20. Cumplimiento del registro de: eclampsia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			21. Cumplimiento del registro de: otra condición médica grave	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			22. Cumplimiento del registro de: cirugía tracto reproductivo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			23. Cumplimiento del registro de: infertilidad	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			24. Cumplimiento del registro de: cardiopatías	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			25. Cumplimiento del registro de: nefropatías	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			26. Cumplimiento del registro de: violencia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			27. Cumplimiento del registro de: VIH +	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			28. Cumplimiento del registro de: gestas previas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			29. Cumplimiento del registro de: abortos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			30. Cumplimiento del registro de: partos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			31. Cumplimiento del registro de: partos vaginales	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			32. Cumplimiento del registro de: cesáreas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			33. Cumplimiento del registro peso de ultimo recién nacidos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			34. Cumplimiento del registro nacidos vivos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
35. Cumplimiento del registro de: vivos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO			
36. Cumplimiento del registro nacidos muertos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO			

			37. Cumplimiento del registro embarazo ectópico	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			38. Cumplimiento del registro de: fin de embarazo anterior	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			39. Cumplimiento del registro de: embarazo planeado o no	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			40. Cumplimiento del registro uso de método de planificación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Gestación actual	Cualitativa Nominal Dicotómica	Son todos aquellos datos necesarios del embarazo actual recabados durante la primera atención prenatal (captación) y se va completando en las atenciones sucesivas junto con los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados, en la HCP sección 3	41. Cumplimiento del registro de: peso anterior	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			42. Cumplimiento del registro de: talla	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			43. Cumplimiento del registro de: IMC inicial	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			44. Cumplimiento del registro Fecha de ultima menstruación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			45. Cumplimiento del registro de: Fecha probable de parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			46. Cumplimiento del registro de: confiabilidad de edad gestacional	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			47. Cumplimiento del registro de: Fumadora act., o pas.	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			48. Cumplimiento del registro de: drogas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			49. Cumplimiento del registro de: alcohol	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			50. Cumplimiento del registro de: violencia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			51. Cumplimiento del registro de: antirubeola	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			52. Cumplimiento del registro de: antitetánica	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			53. Cumplimiento registro examen odontológico y de mamas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			54. Cumplimiento registro examen de cérvix (pap., y colposcopia)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			55. Cumplimiento del registro de: grupo Rh	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			56. Cumplimiento del registro de: gammaglobulina anti D	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			57. Cumplimiento del registro toxoplasmosis	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			58. Cumplimiento del registro de: prueba de hemoglobina	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			59. Cumplimiento del registro de: Fe y folatos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			60. Cumplimiento del registro de: VIH	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			61. Cumplimiento del registro de: sífilis	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			62. Cumplimiento del registro de: chagas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			63. Cumplimiento del registro de: paludismo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			64. Cumplimiento registro detección de proteínas en orina	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			65. Cumplimiento del registro de: bacteriuria	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			66. Cumplimiento del registro glicemia en ayunas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			67. Cumplimiento del registro estreptococobetas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			68. Cumplimiento del registro Planeando mi parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			69. Cumplimiento del registro de: orientación de lactancia materna	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			70. Cumplimiento del registro Control prenatal fecha (día, mes, año)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			71. Cumplimiento del registro de: peso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			72. Cumplimiento del registro de: IMC	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			73. Cumplimiento del registro de: Presión arterial	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			74. Cumplimiento del registro edad gestacional	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			75. Cumplimiento del registro de: altura uterina	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			76. Cumplimiento del registro de: presentación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			77. Cumplimiento del registro Frecuencia cardiaca fetal	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			78. Cumplimiento del registro movimientos fetales	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			79. Cumplimiento del registro de: proteinuria	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			80. Cumplimiento del registro Nº tab., de sulfato ferroso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			81. Cumplimiento del registro de: señales de peligro, exámenes (EGO y otros), tratamientos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			82. Cumplimiento del registro de: responsable	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			83. Cumplimiento del registro de: fecha próxima cita	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Admisión por parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Información obtenida durante el parto recabado en la HCP sección 4	84. Cumplimiento del registro fecha de ingreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			85. Cumplimiento del registro de: carné	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			86. Cumplimiento del registro consultas prenatales totales	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			87. Cumplimiento del registro hospitalizaciones en el embarazo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			88. Cumplimiento del registro de: corticoides antenatales	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			89. Cumplimiento registro inicio del trabajo de parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO
			90. Cumplimiento del registro de: rotura de membranas anteparto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			91. Cumplimiento del registro edad gestacional al parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			92. Cumplimiento del registro de: presentación/situación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			93. Cumplimiento del registro de: tamaño fetal acorde	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			94. Cumplimiento del registro acompañante	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Nacimiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	Son los datos del recién nacido y de la parturienta inmediatamente posterior al parto recabados en la HCP sección 5	95. Cumplimiento del registro vivo o muerto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			96. Cumplimiento del registro de: fecha y hora del nacimiento	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			97. Cumplimiento del registro de: nacimiento múltiple	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			98. Cumplimiento del registro de: terminación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			99. Cumplimiento del registro de: posición parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			100. Cumplimiento del registro de: episiotomía	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			101. Cumplimiento del registro de: desgarro perineal	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			102. Cumplimiento del registro de: alumbramiento activo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			103. Cumplimiento del registro de: placenta	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			104. Cumplimiento del registro oxitócicos post-alumbramiento	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			105. Cumplimiento del registro de: medicación recibida	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Recién nacido	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conjunto de información sobre cambios fisiológicos de vida intrauterina a la extrauterina y patologías, que es necesario disponer para definir características del Recién Nacido recabados en la HCP sección 6	106. Cumplimiento del registro de: sexo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			107. Cumplimiento del registro de: peso al nacer	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			108. Cumplimiento del registro de: perímetro cefálico	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			109. Cumplimiento del registro de: longitud	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			110. Cumplimiento del registro de: edad gestacional por Capurro	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			111. Cumplimiento del registro peso para la edad gestacional	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			112. Cumplimiento del registro de: apgar	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			113. Cumplimiento del registro reanimación	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			114. Cumplimiento del registro lactancia materna inmediata	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			115. Cumplimiento del registro de: apego precoz	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			116. Cumplimiento del registro de: defectos congénitos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			117. Cumplimiento del registro enfermedades	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			118. Cumplimiento del registro de: VIH en recién nacido	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			119. Cumplimiento del registro de: sífilis	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			120. Cumplimiento del registro de: audición	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			121. Cumplimiento del registro de: chagas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			122. Cumplimiento del registro de: bilirrubina	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			123. Cumplimiento del registro toxoplasmosis neonatal	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			124. Cumplimiento del registro hemoglobinopatías	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			125. Cumplimiento del registro hipotiroidismo	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			126. Cumplimiento del registro de: fallece en sala de parto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			127. Cumplimiento del registro de: referido	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			128. Cumplimiento del registro atendió el parto y nombre	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			129. Cumplimiento del registro de: atendió el neonato y nombre	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Postparto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Información del puerperio inmediato de la parturienta en el tiempo que estuvo internada posterior al nacimiento del recién nacido recabado en la HCP sección 7	130. Cumplimiento del registro de: temperatura	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			131. Cumplimiento del registro presión arterial	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			132. Cumplimiento del registro de: pulso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			133. Cumplimiento del registro involución uterina	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			134. Cumplimiento del registro de: loquios	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			135. Cumplimiento del registro de: nombre del responsable	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			136. Cumplimiento del registro de: gamma globulina anti D	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			137. Cumplimiento del registro de: Hb postparto	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Egreso del recién nacido	Cualitativa Nominal Dicotómica	Son los datos del recién nacido a la hora del alta recabados en la HCP sección 8	138. Cumplimiento del registro de: opción vivo o fallece	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			139. Cumplimiento del registro fecha del egreso por día/mes/año y hora	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			140. Cumplimiento del registro de: fue referido	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO
			141. Cumplimiento del registro si fallece durante o en el lugar de referencia	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			142. Cumplimiento del registro de: edad al egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			143. Cumplimiento del registro de: alimento al alta	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			144. Cumplimiento del registro de: BCG	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			145. Cumplimiento del registro de: meconio	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			146. Cumplimiento del registro de: peso al egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			147. Cumplimiento del registro de: ID RN (número de certificado de nacimiento)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			148. Cumplimiento del registro de: nombre del recién nacido	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			149. Cumplimiento del registro de: nombre del responsable del egreso del RN	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Egreso Materno	Cualitativa Nominal Dicotómica	Son los datos de la puérpera a la hora del alta recabados en la HCP sección 9	150. Cumplimiento del registro de: fecha del egreso por día/mes/año y hora	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			151. Cumplimiento del registro de: Tipo de egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			152. Cumplimiento del registro de: Condición de egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			153. Cumplimiento del registro de: Lugar de egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			154. Cumplimiento del registro de: Nombre del responsable del egreso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Actividades normadas (estándares de calidad) del control prenatal	Cualitativa Nominal Dicotómica	A toda gestante que acude a su control prenatal se le deberá llenar la historia clínica perinatal y registrar en ella las 12 actividades normadas (estándares de calidad) por el Ministerio de Salud-Bolivia.	155. Cumplimiento del registro de: antecedentes, familiares, personales y obstétricos	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			156. Cumplimiento del registro de: medición de talla	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			157. Cumplimiento del registro de: examen de mamas	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			158. Cumplimiento del registro de: semanas de amenorrea	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			159. Cumplimiento del registro de: medición del peso	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			160. Cumplimiento del registro de: determinación de presión arterial	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			161. Cumplimiento del registro de: medición de AFU (altura fondo uterino)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			162. Cumplimiento del registro de: auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20 semanas)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO

			163. Cumplimiento del registro de: movimientos fetales (después de las 18semanas)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			164. Cumplimiento del registro de: aplicación de vacuna antitetánica	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			165. Cumplimiento del registro de: solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH)	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
			166. Cumplimiento del registro de: evaluación del estado nutricional con base IMC	SI Registro No Registro	% HCP con SI REGISTRO % HCP con NO REGISTRO
Nivel de Cumplimiento del registro de datos de cada sección de las historias clínicas perinatales	Cualitativa Ordinal Politomica	Llenado de todas las secciones de la HCP con datos de la gestante y el recién nacido	Evaluación del registro de datos de Sección 1: identificación de la gestante Sección 2: antecedentes: familiares personales y obstétricos Sección 3: gestación actual Sección 4: admisión por parto o aborto Sección 5: nacimiento Sección 6: recién nacido Sección 7: postparto Sección 8: egreso del recién nacido Sección 9: egreso materno	1. Excelente 91-100% 2. Significativo 81-90% 3. Parcial 71-80% 4. Mínimo 61-70% 5. Deficiente < 61%	% HCP de cumplimiento Excelente en cada sección % HCP de cumplimiento Significativo en cada sección % HCP de cumplimiento Parcial en cada sección % HCP de cumplimiento Mínimo en cada sección % HCP de cumplimiento Deficiente en cada sección
Nivel de Cumplimiento del registro de datos en la historia clínica perinatal	Cualitativa Ordinal Politomica	Cumplimiento de criterios auditables de los registros de datos, durante el control prenatal que se brinda a la paciente gestante plasmado en la historia clínica perinatal	Evaluación del registro de datos de todas las historias clínicas perinatales	1. Excelente 91-100% 2. Significativo 81-90% 3. Parcial 71-80% 4. Mínimo 61-70% 5. Deficiente < 61%	% HCP de cumplimiento Excelente % HCP de cumplimiento Significativo % HCP de cumplimiento Parcial % HCP de cumplimiento Mínimo % HCP de cumplimiento Deficiente

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

7. 4. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó la técnica **observación documental o análisis documental**, es una técnica de recolección de información; que consiste en recopilar, analizar y procesar los datos contenidos en todo tipo de documentos en función de los objetivos de investigación. En esta investigación los documentos fueron: Historias Clínicas Perinatales.

El instrumento utilizado fue una **hoja de registro de recolección de datos (anexo N° 7)**, con una estructura de acuerdo a la norma nacional del llenado de la historia clínica perinatal, también basándose en los objetivos y en la operacionalización de las variables.

La **hoja de registro de recolección de datos** se codificó acorde a las variables y definiciones operativas (dimensiones), registrándose la presencia (SI REGISTRO) o ausencia (NO REGISTRO) de las mismas. A las variables se les asignaron una letra del abecedario y a sus definiciones operativas (dimensiones) correspondientes un número arábigo. Ejemplo; si se trata de la variable “Identificación de la gestante” entonces se codificó con la letra A y las dimensiones 1; 2; 3; etc., continuando con el resto de las variables y sus dimensiones, como se presenta a continuación:

A = Identificación de la gestante con 15 definiciones operativas (Dimensiones):

1. Nombre, 2. Domicilio, 3. Municipio, 4. Teléfono, 5. Idioma hablado, 6. Fecha de nacimiento, 7. Edad, 8. Etnia, 9. Alfabetización, 10. Estudios, 11. Estado civil, 12. Lugar del control prenatal, 13. Lugar del parto, 14. Número de carnet de identidad y 15. Número de historia clínica.

B = Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos con 25 definiciones operativas (Dimensiones): 16. Tuberculosis, 17. Diabetes, 18. Hipertensión, 19. Pre eclampsia, 20. Eclampsia, 21. Otra condición médica

grave, 22. Cirugía tracto reproductivo, 23. Infertilidad, 24. Cardiopatías, 25. Nefropatías, 26. Violencia, 27. VIH, 28. Gestas previas, 29. Abortos, 30. Partos, 31. Partos vaginales, 32. Cesáreas, 33. Peso de ultimo recién nacidos, 34. Nacidos vivos, 35. Vivos, 36. Nacidos muertos, 37. Embarazo ectópico, 38. Fin de embarazo anterior, 39. Embarazo planeado o no, 40. Uso de método de planificación.

C = Gestación actual con 43 definiciones operativas (Dimensiones):

41. Peso anterior, 42. Talla, 43. IMC inicial, 44. FUM, 45. FPP, 46. Confiabilidad de edad gestacional, 47. Fumadora activa o pasiva, 48. Drogas, 49. Alcohol, 50. Violencia, 51. Antirubeola, 52. Antitetánica, 53. Examen odontológico y de mamas, 54. Examen de cérvix (pap., y colposcopia), 55. Grupo Rh, 56. Gammaglobulina anti D, 57. Toxoplasmosis, 58. Pruebas de hemoglobina, 59. Fe y folatos indicados, 60. VIH, 61. Sífilis, 62. Chagas, 63. Paludismo, 64. Detección de proteínas en orina, 65. Bacteriuria, 66. Glicemia en ayunas, 67. Estreptococobetas, 68. Planeando mí parto, 69. Orientación de lactancia materna. Control prenatal con: 70. Fecha (día, mes, año), 71. Peso, 72. IMC, 73. Presión arterial, 74. Edad gestacional, 75. Altura uterina, presentación, 76. Presentación, 77. Frecuencia Cardíaca Fetal, 78. Movimientos fetales, 79. Proteinuria, 80. Nº tabletas, de sulfato ferroso, 81. Señales de peligro (exámenes y tratamientos), 82. Responsable, 83. Fecha próxima cita.

D = Admisión por parto con 11 definiciones operativas (Dimensiones):

84. Fecha de ingreso, 85. Carnet, 86. Consultas prenatales totales, 87. Hospitalizaciones en el embarazo, 88. Corticoides antenatales, 89. Inicio del trabajo de parto, 90. Rotura de membranas anteparto, 91. Edad gestacional al parto, 92. Presentación/situación, 93. Tamaño fetal acorde, 94. Acompañante.

E = Nacimiento con 11 definiciones operativas (Dimensiones):

95. Vivo o muerto, 96. Fecha y hora del nacimiento, 97. Nacimiento múltiple, 98. Terminación, 99. Posición parto, 100. Episiotomía, 101. Desgarro perineal, 102. Alumbramiento activo, 103. Placenta, 104. Oxitócicos post-alumbramiento, 105. Medicación recibida.

F = Recién nacido con 24 definiciones operativas (Dimensiones):

106. Sexo, 107. Peso al nacer, 108. Perímetro cefálico, 109. Longitud, 110. Edad gestacional por Capurro, 111. Peso para la edad gestacional, 112. Apgar, 113. Reanimación, 114. Lactancia materna inmediata, 115. Apego precoz, 116. Defectos congénitos, 117. Enfermedades, 118. VIH en recién nacido, 119. Sífilis, 120. Audición, 121. Chagas, 122. Bilirrubina, 123. Toxoplasmosis neonatal, 124. Hemoglobinopatías, 125. Hipotiroidismo, 126. Fallece en sala de parto, 127. Referido, 128. Atendió el parto y nombre, 129. Atendió al neonato y nombre.

G = Postparto con 8 definiciones operativas (Dimensiones):

130. Temperatura, 131. Presión arterial, 132. Pulso, 133. Involución uterina, 134. Loquios, 135. Nombre del responsable, 136. Gamma globulina anti D, 137. Hemoglobina postparto.

H = Egreso del recién nacido con definiciones operativas (Dimensiones):

138. Opción vivo o fallece, 139. Fecha del egreso por día/mes/año y hora, 140. Fue referido, 141. Si fallece durante o en el lugar de referencia, 142. Edad al egreso, 143. Alimento al alta, 144. BCG, 145. Meconio, 146. Peso al egreso, 147. ID RN (número de certificado de nacimiento), 148. Nombre del recién nacido, 149. Nombre del responsable del egreso del RN.

I = Egreso materno con 5 definiciones operativas (Dimensiones):

150. Fecha del egreso por día/mes/año y hora, 151. Tipo de egreso, 152. Condición de egreso, 153. Lugar de egreso, 154. Nombre del responsable de egreso de la madre.

J = Actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad) con 12 definiciones operativas (Dimensiones):

155. Antecedentes personales y obstétricos, 156. Medición de talla, 157. Examen de mamas, 158. Semanas de amenorrea, 159. Medición del peso, 160. Determinación de presión arterial, 161. Medición de AFU (altura fondo uterino), 162. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20 semanas), 163. Movimientos fetales (después de las 18 semanas), 164. Aplicación de vacuna antitetánica, 165. Solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH), 166. Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal.

La hoja de registro de recolección de datos se aplicó a las 181 historias clínicas perinatales de la muestra.

7. 5. Técnica de procesamiento y Análisis de Datos

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento en las historias clínicas perinatales. Una vez recolectados los datos se procedió a la realización de una matriz de recolección de datos en una hoja de cálculo electrónica (Excel), en la que se transcribieron los datos obtenidos de cada “hoja de recolección de datos”.

Los datos registrados en la matriz de Excel fueron codificados y tabulados, se obtuvieron; gráficos, tablas de frecuencias y porcentajes, para su debido análisis e interpretación, trasladando los datos a hojas Word convirtiéndolos en resultados. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, mediante distribuciones utilizando frecuencias (n) y porcentajes (%).

Para el análisis de datos del objetivo general:

Se obtuvo un puntaje de calificación del cumplimiento de registro de datos, de las 154 Dimensiones, presentes (SI registro) en las 9 secciones (variables A – I) de la Historia Clínica Perinatal. Según el siguiente cálculo del **puntaje de calificación del cumplimiento de registro de datos**:

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 154 DIMENSIONES en la Historia Clínica Perinatal, lo que es igual a 154 puntos. Estos 154 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 120 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$120/154 * 100 = 77.92\% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

El **puntaje de cumplimiento de registro de datos** fue categorizado, para determinar el nivel de cumplimiento del registro de datos en la Historia Clínica Perinatal, se utilizó una escala de clasificación del estudio de A. Díaz Barba y L. Otero Aragón ⁵³, con los siguientes niveles:

Tabla Nº 4. Escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos en las historia clínicas perinatal para Objetivo General

CATEGORIAS	VALOR	DEFINICION
Excelente	91-100%	Cumple con el registro de datos de todas las dimensiones
Significativo	81-90%	Cumple con el registro de datos de la mayoría de las dimensiones
Parcial	71-80%	Cumple con el registro de datos de algunas dimensiones
Mínimo	61-70%	Cumple con el registro de datos de pocas dimensiones
Deficiente	< 61%	No cumple con el registro de datos de la mayoría de las dimensiones

FUENTE: A. DÍAZ BARBA Y L. OTERO ARAGÓN (53)

Finalmente se calculó las frecuencias (n) y porcentajes (%) de las diferentes categorías del nivel de cumplimiento del registro de datos en las 181 Historias Clínicas Perinatales de la muestra.

Para el análisis de datos de los objetivos específicos:

a. Para el primer objetivo específico se realizaron los siguientes procedimientos:

En cada una de las 9 secciones (variables A – I) de la Historia Clínica Perinatal, se obtuvo un puntaje de calificación del cumplimiento de registro de datos, de las Dimensiones, presentes (SI registro). Según el siguiente cálculo del **puntaje de calificación del cumplimiento de registro de datos:**

A = Identificación de la gestante con 15 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 15 DIMENSIONES en **Identificación de la gestante**, lo que es igual a 15 puntos. Estos 15 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 12 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$12/15 * 100 = 80\% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

B = Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos con 25 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 25 DIMENSIONES en **Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos**, lo que es igual a 25 puntos. Estos 25 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 22 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$22/25 * 100 = 88\% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

C = Gestación actual con 43 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 43 DIMENSIONES en **Gestación actual**, lo que es igual a 43 puntos. Estos 43 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 20 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$20/43 * 100 = 46.51\% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

D = Admisión por parto con 11 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 11 DIMENSIONES en **Admisión por parto**, lo que es igual a 11 puntos. Estos 11 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 8 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$8/11 * 100 = 72.72 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

E = Nacimiento con 11 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 11 DIMENSIONES en **Nacimiento**, lo que es igual a 11 puntos. Estos 11 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 5 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$5/11 * 100 = 45.45 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

F = Recién nacido con 24 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 24 DIMENSIONES en **Recién nacido**, lo que es igual a 24 puntos. Estos 11 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 15 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$15/24 * 100 = 62.5 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

G = Postparto con 8 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 8 DIMENSIONES en **Postparto**, lo que es igual a 8 puntos. Estos 8 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 8 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$8/8 * 100 = 100 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

H = Egreso del recién nacido con 12 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 12 DIMENSIONES en **Egreso del recién nacido**, lo que es igual a 12 puntos. Estos 12 puntos equivalen al 100%.

EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 11 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$11/12 * 100 = 91.66 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

I = Egreso materno con 5 Dimensiones.

Cada DIMENSION vale 1 punto; existen 5 DIMENSIONES en **Egreso materno**, lo que es igual a 5 puntos. Estos 5 puntos equivalen al 100%. EJEMPLO: Si en un instrumento se recolectan 4 puntos de dimensiones con; SI REGISTRO, su porcentaje sería:

$$4/5 * 100 = 80 \% \text{ de puntaje de cumplimiento de registro de datos}$$

En cada una de las 9 secciones (variables A – I) de la Historia Clínica Perinatal, el **puntaje de cumplimiento de registro de datos** fue categorizado, para identificar el nivel de cumplimiento del registro de datos en cada sección de las historias clínicas perinatales. Se utilizó una escala de clasificación del estudio de A. Díaz Barba y L. Otero Aragón ⁽⁵³⁾, con los siguientes niveles:

Tabla N° 5. Escala de clasificación del cumplimiento del registro de datos en las historia clínicas perinatal para Objetivos Específicos

CATEGORIAS	VALOR	DEFINICION
Excelente	91-100%	Cumple con el registro de datos de todas las dimensiones
Significativo	81-90%	Cumple con el registro de datos de la mayoría de las dimensiones
Parcial	71-80%	Cumple con el registro de datos de algunas dimensiones
Mínimo	61-70%	Cumple con el registro de datos de pocas dimensiones
Deficiente	< 61%	No cumple con el registro de datos de la mayoría de las dimensiones

FUENTE: A. DÍAZ BARBA Y L. OTERO ARAGÓN (53)

Finalmente se calculó las frecuencias (n) y porcentajes (%) de las diferentes categorías del nivel de cumplimiento del registro de datos en cada una de las

de las 9 secciones (variables A – I) de las 181 Historias Clínicas Perinatales de la muestra.

b. Para el segundo objetivo específico se realizaron los siguientes procedimientos:

Se calculó las frecuencias (n) y porcentajes (%) de las; con SI registro y NO registro, en las 9 secciones de las historias clínicas perinatales.

- Identificación de la gestante (15 Dimensiones)
- Antecedentes (25 Dimensiones)
- Gestación actual (43 Dimensiones)
- Admisión por parto (11 Dimensiones)
- Nacimiento (11 Dimensiones)
- Recién nacido (24 Dimensiones)
- Postparto (8 Dimensiones)
- Egreso del recién nacido (12 Dimensiones)
- Egreso materno (5 Dimensiones)

c. Para el tercer objetivo específico se realizaron los siguientes procedimientos: Se calculó las frecuencias (n) y porcentajes (%) de las Dimensiones; con SI registro y NO registro, en las 12 actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad), de las historias clínicas perinatales.

- Antecedentes personales y obstétricos
- Medición de talla
- Examen de mamas
- Semanas de amenorrea
- Medición del peso
- Determinación de presión arterial
- Medición de AFU (Altura, Fondo, Uterino)
- Auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20 semanas)
- Movimientos fetales (después de las 18semanas)
- Aplicación de vacuna antitetánica
- Solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH)
- Evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

Previo a la realización de esta investigación se solicitó por escrito al director del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, la autorización para realizar la investigación, explicándole los objetivos, procedimientos y los beneficios del estudio, asumiendo el compromiso de confidencialidad, respeto en el manejo de los datos y uso discrecional de la información solo para los fines del presente estudio, particularmente para propósitos de publicación de los resultados.

Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente para la elaboración de bases de datos, tabulación, análisis de variables y actividades académicas, se respetó la confidencialidad de la información obtenida y la identidad de las pacientes registradas en las historias clínicas perinatales se mantuvo en anonimato y no fueron revelados. Se consideró así los puntos de la declaración de Helsinki y los 4 principios básicos de Bioética que son:

Autonomía: Se respetó este principio porque el director del centro de salud dio su autorización para la recolección de datos al revisar las historias clínicas perinatales mediante la aplicación de un instrumento.

Beneficencia: Este principio de la bioética se respetó, porque los resultados del presente estudio, benefician a la población de gestantes y recién nacidos.

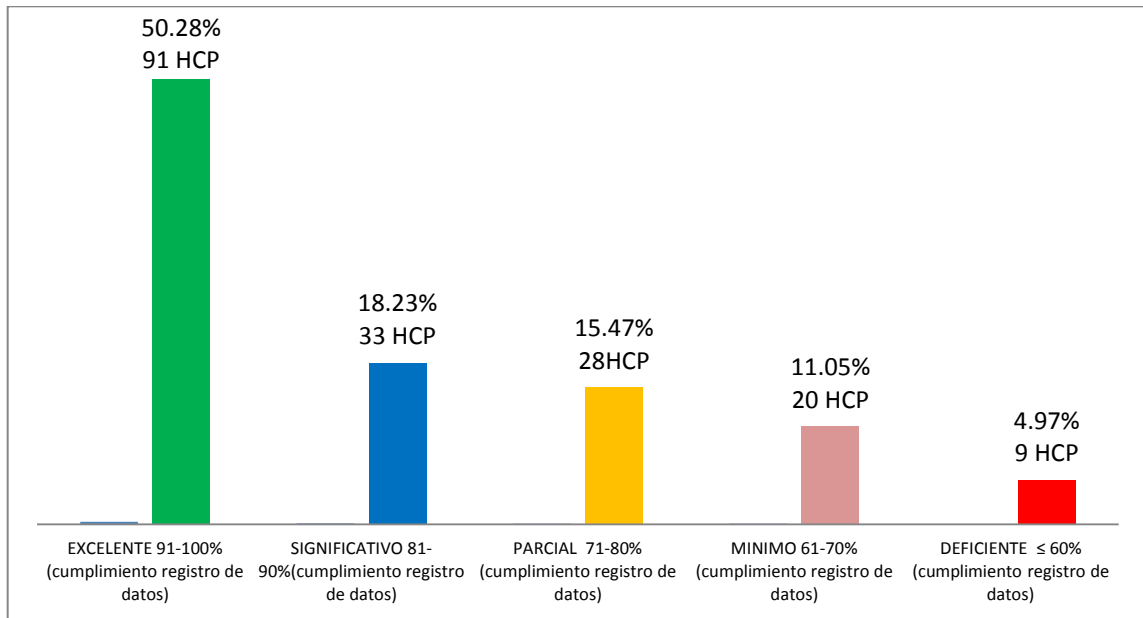
No Maleficencia: También se respetó este principio, pues no se realizó ningún experimento en seres humanos, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos de historias clínicas perinatales.

Justicia: De la misma manera que con los otros principios, este fue respetado. La investigación no utilizó un consentimiento informado para realizarlo, por lo que se respetó el derecho a la confidencialidad de la información recolectada. Para tal efecto, se codificaron previamente, siendo manejada dicha información exclusivamente por el investigador.

IX. RESULTADOS

Objetivo General

Gráfico N° 1. Distribución porcentual del nivel cumplimiento del registro de datos en las historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



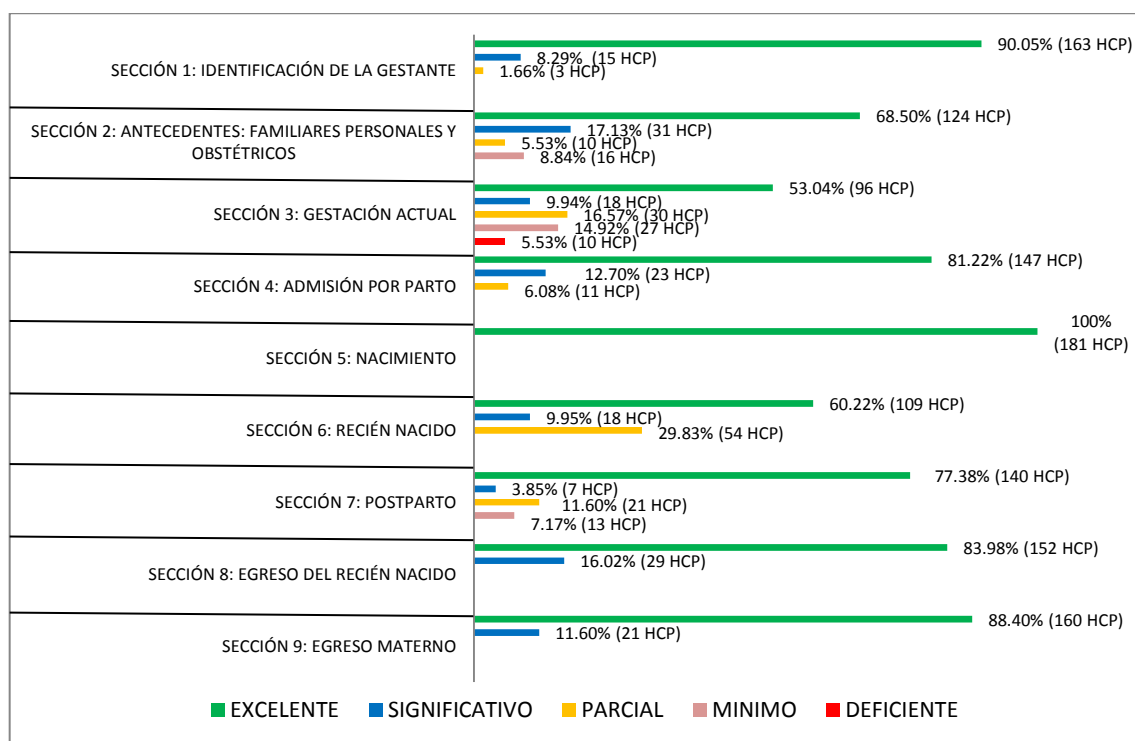
Fuente: Base de datos del estudio

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las 181 historias clínicas perinatales que formaron parte de la investigación, se evidenció que el nivel predominante fue **EXCELENTE** con **50.28%** (91/181), seguido de **SIGNIFICATIVO** con **18.23%** (33/181), **PARCIAL** con **15.47%** (28/181), **MINIMO** con **11.05%** (20/181) y **DEFICIENTE** con **4.97%** (9/181).

Objetivos Específicos

Primer Objetivo Específico

Gráfico N° 2. Distribución porcentual del nivel cumplimiento del registro de datos por secciones de las historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos por secciones de las historias clínicas perinatales; en la “Sección 1: identificación de la gestante” se evidencio que la categoría predominante fue EXCELENTE con 90.05% (163/181), seguido de SIGNIFICATIVO con 8.29% (15/181) y PARCIAL con 1.66% (3/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 2: antecedentes: familiares personales y obstétricos” se encontró que la categoría predominante fue EXCELENTE con 68.50% (124/181), seguido de SIGNIFICATIVO con 17.13% (31/181), MÍNIMO con 8.84% (16/181) y PARCIAL con 5.53% (10/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 3: gestación actual” se demostró que la categoría predominante fue EXCELENTE con 53.04% (96/181), seguido de PARCIAL con 16.57% (30/181), MINIMO con 14.92% (27/181), SIGNIFICATIVO con 9.94% (18/181) y DEFICIENTE con 5.53% (10/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 4: admisión por parto” se evidencio que la categoría predominante fue EXCELENTE con 81.22% (147/181), seguido de SIGNIFICATIVO con 12.70% (23/181) y PARCIAL con 6.08% (11/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 5: nacimiento” se demostró que la única categoría fue EXCELENTE con 100% (181/181).

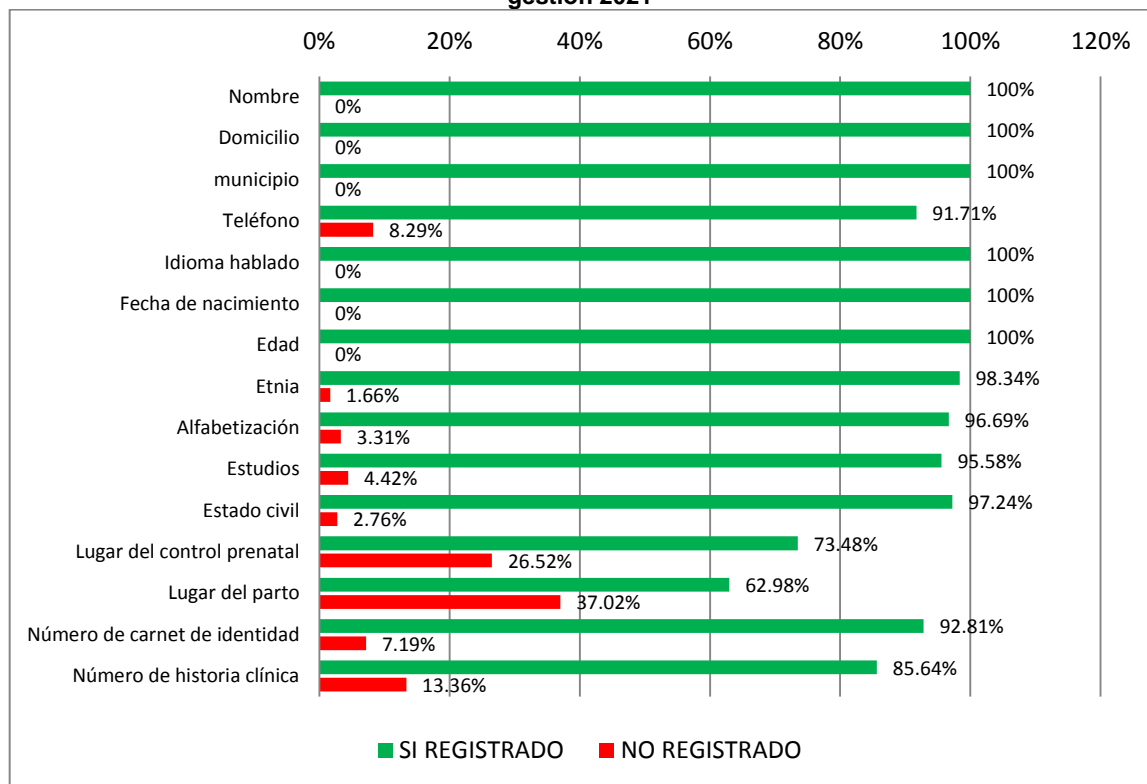
El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 6: recién nacido” se encontró que la categoría predominante fue EXCELENTE con 60.22% (109/181), seguido de PARCIAL con 29.83% (54/181) y SIGNIFICATIVO con 9.95% (18/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 7: postparto” demostró que la categoría predominante fue EXCELENTE con 77.38% (40/181), seguido de PARCIAL con 11.60% (21/181), MÍNIMO con 7.17% (13/181) y SIGNIFICATIVO con 3.85% (7/181).

El análisis del nivel de cumplimiento del registro de datos de las historias clínicas perinatales en la “Sección 8: egreso del recién nacido” se evidencio que la categoría predominante fue EXCELENTE con 83.98% (152/181), seguido de SIGNIFICATIVO con 16.02% (29/181). En la “Sección 9: egreso materno” se evidencio que la categoría predominante fue EXCELENTE con 88.40% (160/181), seguido de SIGNIFICATIVO con 11.60% (21/181).

Segundo Objetivo Específico

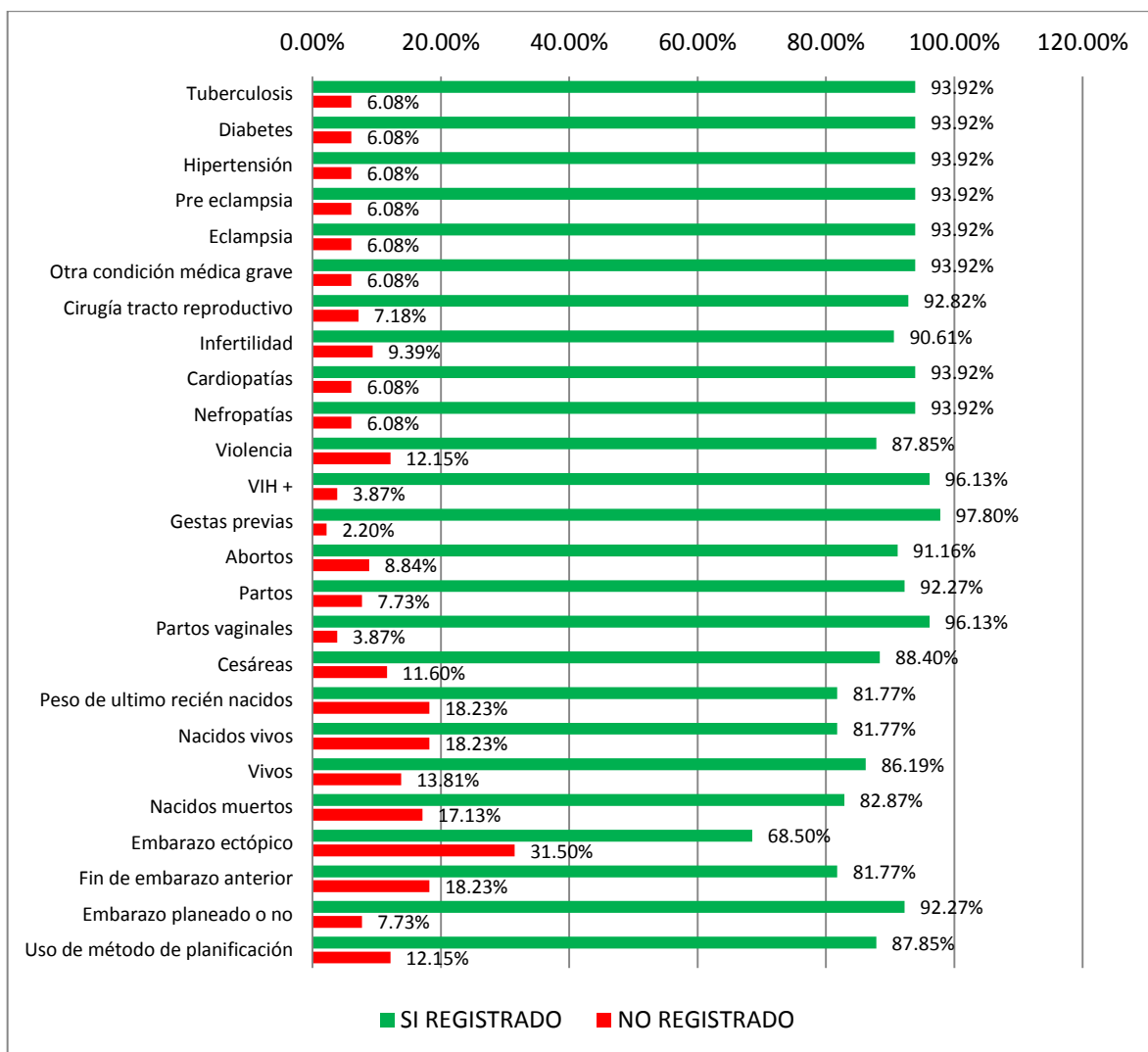
Gráfico N° 3. Distribución porcentual del registro de datos en identificación de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

En la sección de “**identificación**”, se evidenció que, de 15 datos estudiados: los registrados en 100% (181/181) en las Historias Clínicas Perinatales fueron 6 datos: nombre, domicilio, municipio, idioma hablado, fecha de nacimiento y edad. Seguido por 6 datos registrados por encima del 90% en las historias clínicas perinatales que fueron; con una distribución casi similar de porcentajes en los datos; etnia 98.34% (178/181) y estado civil 97.24% (176/181), también porcentaje casi similar en los datos; alfabetización 96.69% (175/181), estudios 95.58% (173/181), número de carnet de identidad 92.81% (168/181) y teléfono 91.71% (166/181). El resto de la distribución de porcentajes de registro de datos fue; número de historia clínica 85.64% (155/181), control prenatal 73.48% (133/181), el menor porcentaje de registro de datos fue: lugar del parto con 62.98% (114/181).

Gráfico N° 4. Distribución porcentual del registro de datos de antecedentes familiares, personales y obstétricos de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



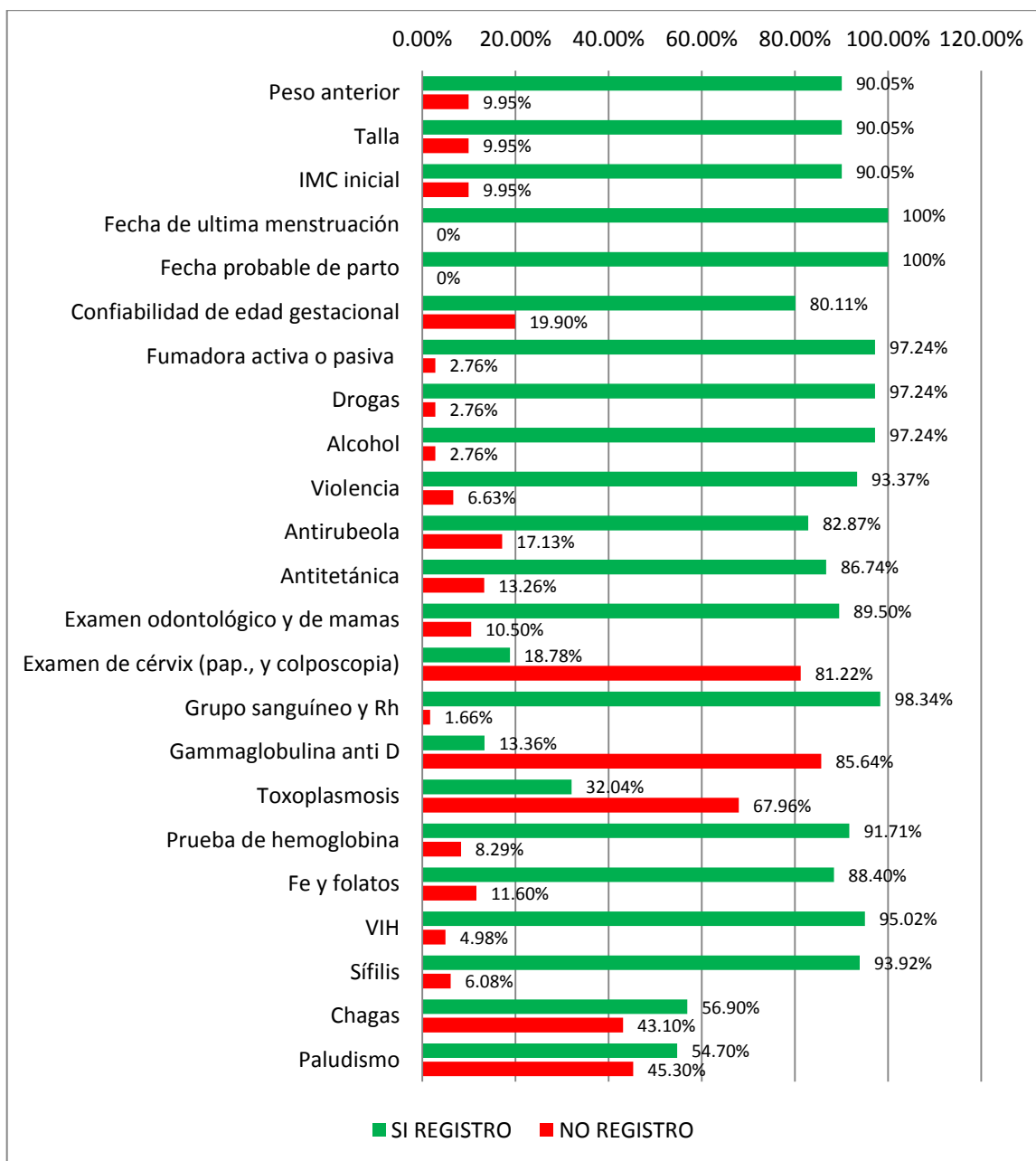
Fuente: Base de datos del estudio

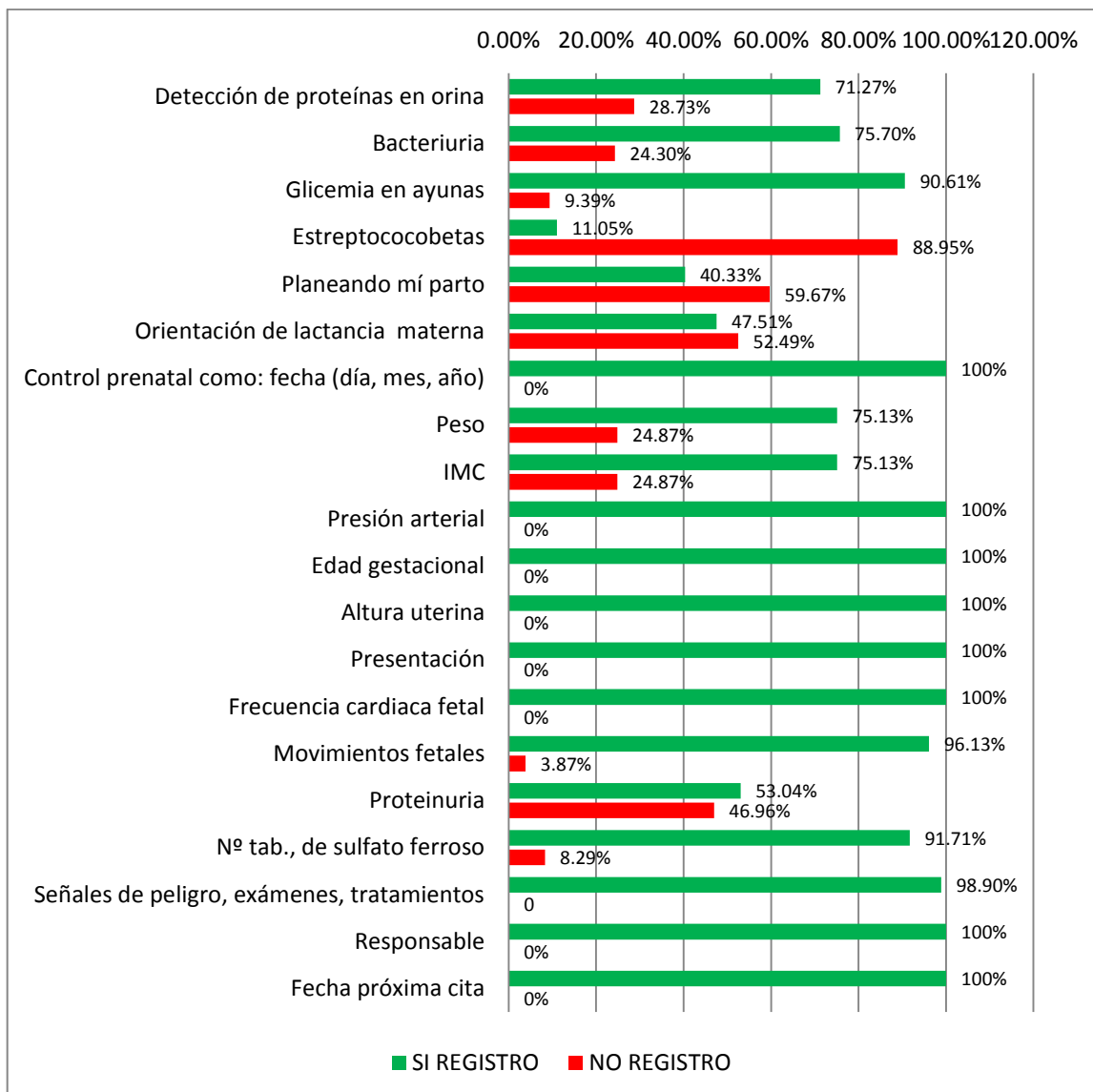
En relación a la sección de **“antecedentes familiares, personales y obstétricos”**, se encontró que de 25 datos estudiados: la mayoría 16 datos se encontraban registrados en más del 90% en las historias clínicas perinatales, siendo el mayor porcentaje del dato; gestas previas 97.80% (177/181), seguido del registro similar en los datos: VIH + y partos vaginales con 96.13% (174/181), también se observó una distribución similar de porcentajes en los datos: tuberculosis, diabetes, hipertensión, pre eclampsia, eclampsia, otra condición

médica grave, cardiopatías y nefropatías con 93.92% (170/181). Cirugía tracto reproductivo tuvo un registro de 92.82% (168/181), los porcentajes fueron similares en los datos: partos y embarazo planeado o no con 92.27% (167/181), seguido de: abortos 91.16% (165/181) e infertilidad 90.61% (164/181).

El registro de 8 datos tuvo un porcentaje mayor a 80% en las historias clínicas perinatales; cesáreas 88.40% (160/181), se observó una distribución similar de porcentajes en 2 datos: violencia y uso de método de planificación con 87.85% (159/181), seguidos por los datos: nacidos muertos 82.87% (150/181), vivos 86.19% (156/181), también se observó una distribución similar de porcentajes en 2 datos: nacidos vivos y fin de embarazo anterior con 81.77% (148/181), peso de ultimo recién nacidos 81.77% (148/181). El menor porcentaje de registro de dato fue de embarazo ectópico 68.50% (124/181).

Gráfico N° 5. Distribución porcentual del registro de datos de gestación actual de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021





Fuente: Base de datos del estudio

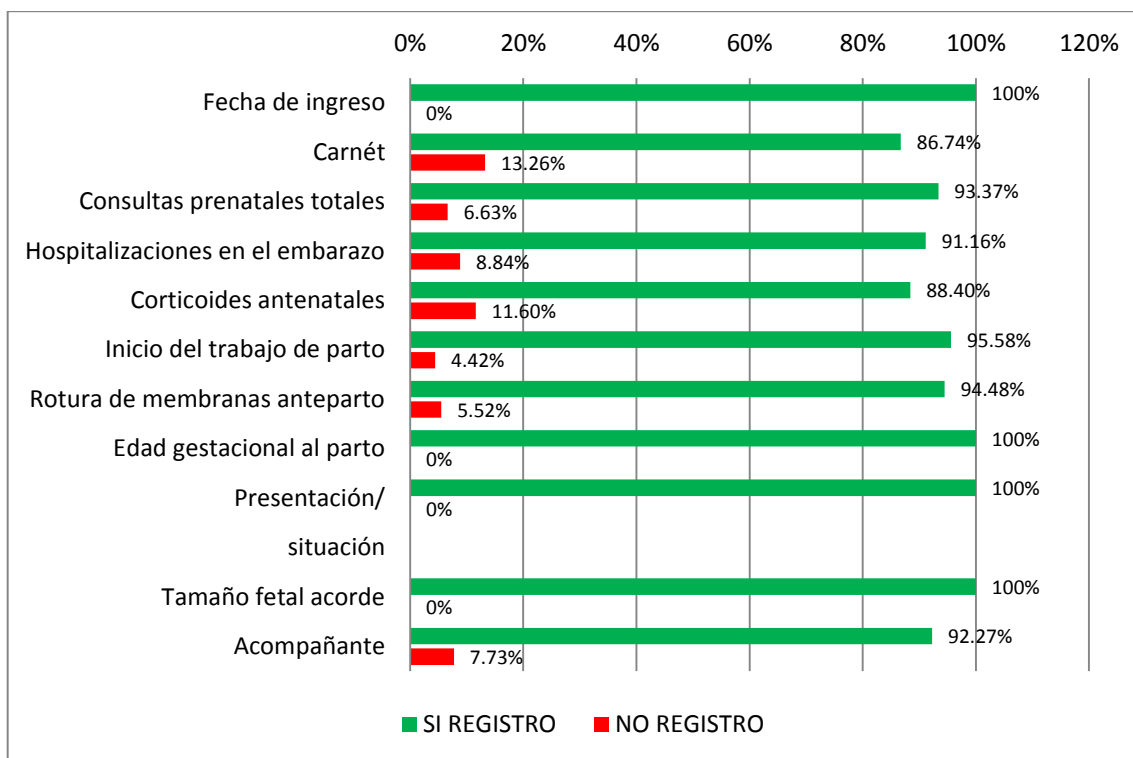
Los resultados obtenidos en la sección “**gestación actual**”, evidencian que, de 43 datos estudiados, los registrados en 100% (181/181) en las Historias Clínicas Perinatales fueron 10 datos: fecha de última menstruación, fecha probable de parto, control prenatal como: fecha (día, mes, año), presión arterial, edad gestacional, altura uterina, presentación, frecuencia cardiaca fetal, responsable y fecha próxima cita. Los datos registrados en más del 90% de las HCP fueron 15 datos; fumadora activa o pasiva 97.24% (176/181), drogas 97.24% (176/181), alcohol 97.24% (176/181), violencia 93.37% (169/181),

grupo sanguíneo y Rh 98.34% (178/181), prueba de hemoglobina 91.71% (166/181), VIH 95.02% (172/181), sífilis 93.92% (170/181), glicemia en ayunas 90.61% (164/181), movimientos fetales 96.13% (174/181), N° tab., de sulfato ferroso 91.71% (166/181), señales de peligro 98.90% (179/181), en peso anterior, talla, IMC inicial; los porcentajes registrados fueron similares con 90.05% (163/181).

Los datos registrados en más del 80% de las HCP fueron 5 datos; confiabilidad de edad gestacional 80.11% (145/181), antirubeola 82.87% (150/181), antitetánica 86.74% (157/181), examen odontológico y de mamas 89.50% (162/181) y Fe y folatos 88.40% (160/181). Los datos registrados entre el 50% y más de 70% de las HCP fueron 7 datos; proteinuria 53.04% (96/181), paludismo 54.70% (99/181), chagas 56.90% (103/181), detección de proteínas en orina 71.27% (129/181), bacteriuria 75.70% (137/181), en peso e IMC los porcentajes registrados fueron similares con 75.13% (136/181).

Los datos registrados menores a 50% en las HCP fueron 6 datos; orientación de lactancia materna 47.51% (86/181), planeando mí parto 40.33% (73/181), toxoplasmosis 32.04% (58/181), examen de cérvix (pap., y colposcopia) 18.78% (34/181), gammaglobulina anti D 13.36% (26/181) y estreptococobetas 11.05% (20/181).

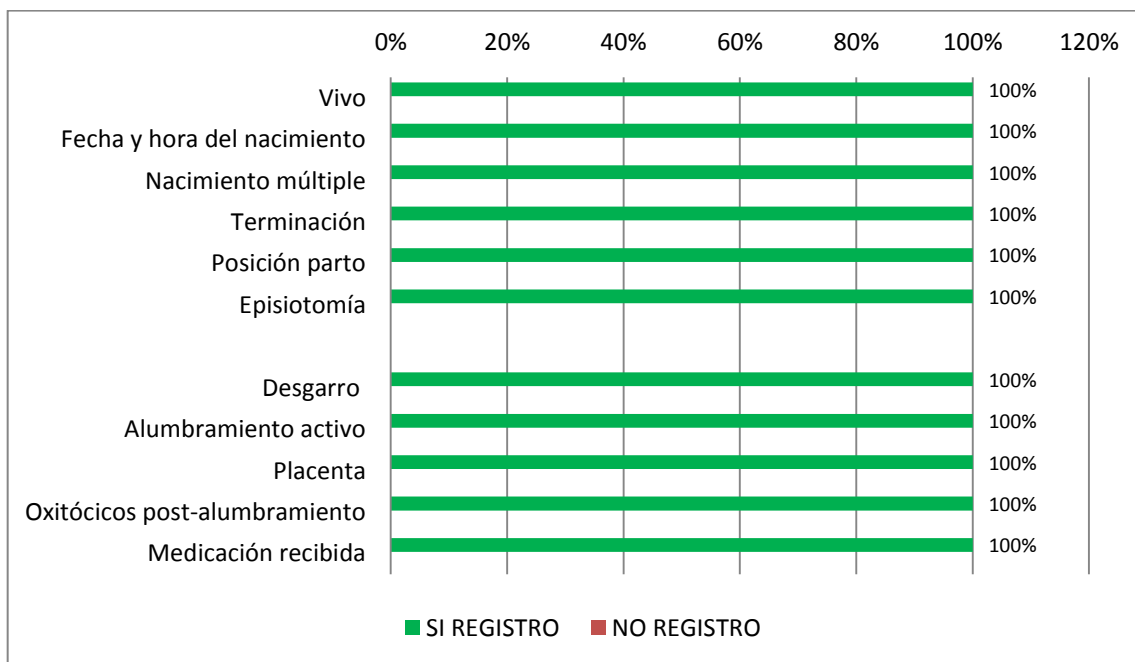
Gráfico Nº 6. Distribución porcentual del registro de datos en admisión por parto de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

En la sección “**admisión por parto**”, se encontró que de 11 datos estudiados en las Historias Clínicas Perinatales; los registrados en 100% (181/181) en las HCP fueron 4 datos: fecha de ingreso, edad gestacional al parto, presentación/situación, tamaño fetal acorde. Los registrados en más del 90% en las HCP fueron 5 datos: inicio del trabajo de parto 95.58% (173/181), rotura de membranas anteparto 94.48% (171/181), consultas prenatales totales 93.37% (169/181), acompañante 92.27% (167/181) y hospitalizaciones en el embarazo 91.16% (165/181). Seguidos por el registro de datos en las HCP de corticoides antenatales 88.40% (160/181) y el menor porcentaje de registro fue carnet 86.74% (157/181).

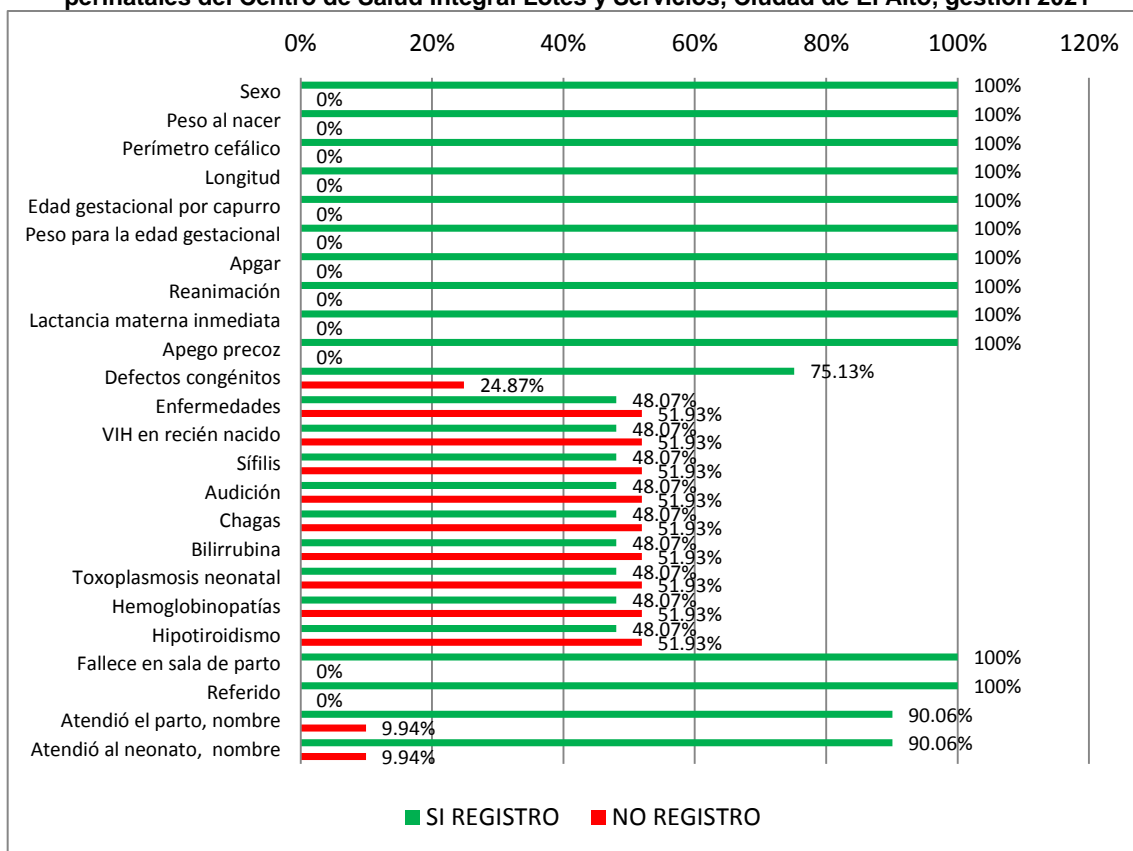
Gráfico N° 7. Distribución porcentual del registro de datos de nacimiento en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

Los resultados obtenidos en la sección de “**nacimiento**”, evidencian que los 11 datos estudiados, fueron registrados al 100% (181/181) en las historias clínicas perinatales.

Gráfico N° 8. Distribución porcentual del registro de datos de recién nacido en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021

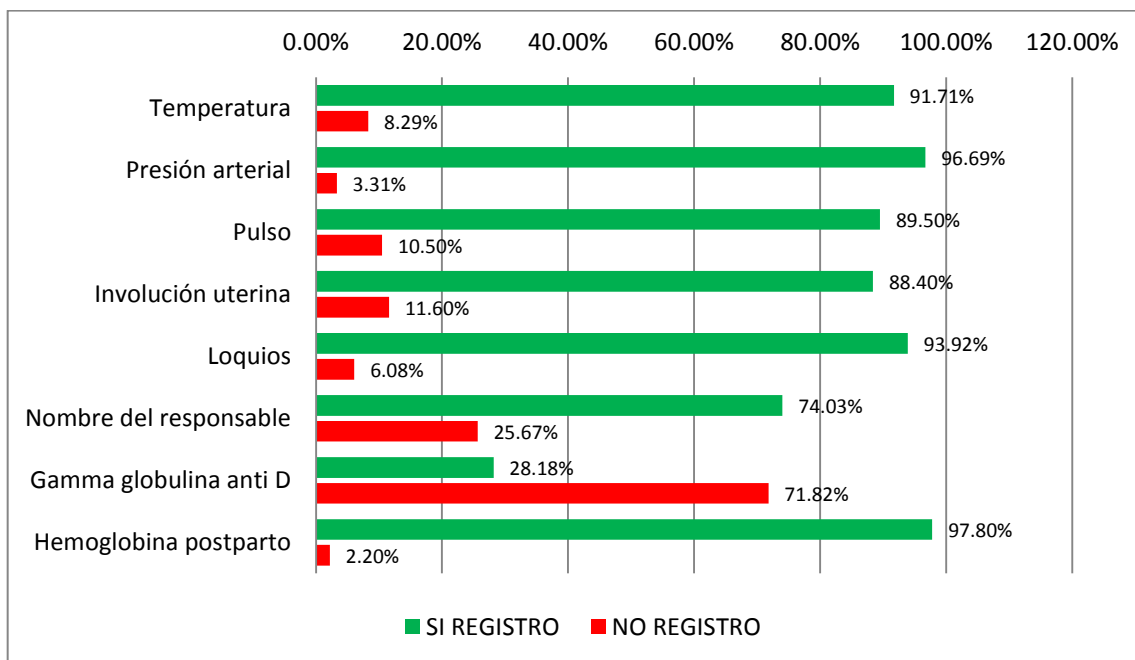


Fuente: Base de datos del estudio

Con relación a la sección **“recién nacido”**, se encontró que de 24 datos estudiados: la mitad se encontraban registrados al 100% (181/181) en las historias clínicas perinatales, los 12 datos fueron: sexo, peso al nacer, perímetro cefálico, longitud, edad gestacional por capurro, peso para la edad gestacional, apgar, reanimación, lactancia materna inmediata, apego precoz, fallece en sala de parto y referido. Seguidos por el registro de datos con porcentajes similares en 2 datos; atendió el parto nombre y atendió al neonato nombre, ambos con 90.06% (161/181). El dato de defectos congénitos tuvo 75.13% (136/181).

Los menores porcentajes registrados fueron similares al 48.07% (87/181) en las HCP en 9 datos; enfermedades, VIH en recién nacido, sífilis, audición, chagas, bilirrubina, toxoplasmosis neonatal, hemoglobinopatías e hipotiroidismo.

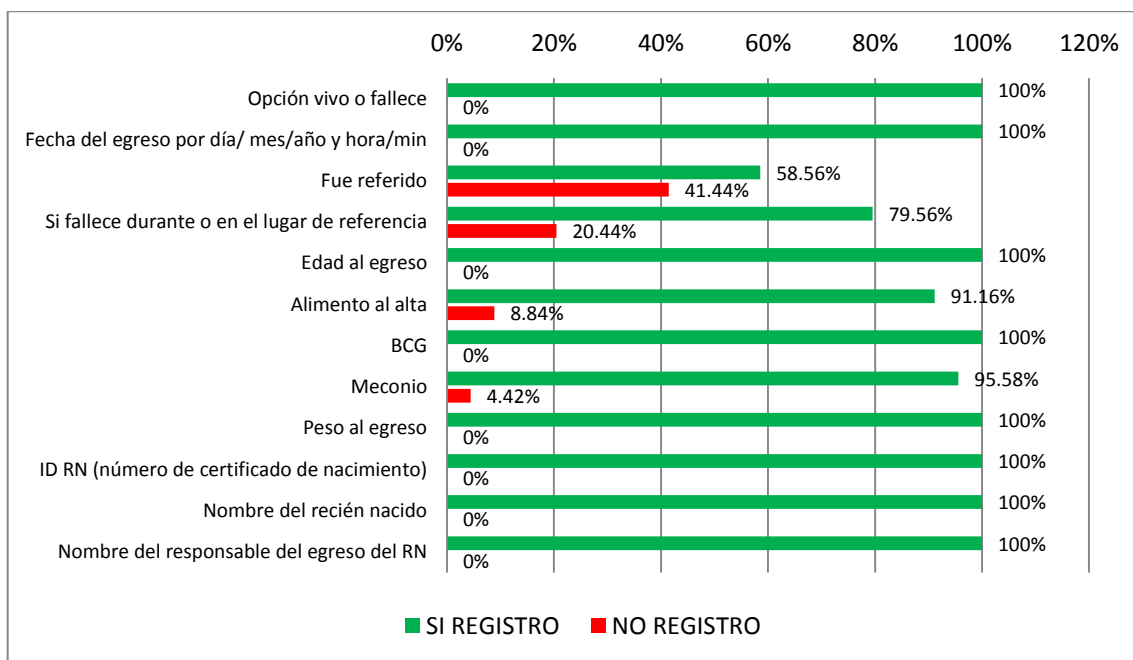
Gráfico N° 9. Distribución porcentual del registro de datos de postparto en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

En la sección de “**postparto**” (puerperio inmediato), los datos registrados en más del 90% de las historias clínicas perinatales fueron 4 datos; hemoglobina postparto 97.80% (177/181), presión arterial 96.69% (175/181), loquios 93.92% (170/181) y temperatura 91.71% (166/181). Los datos registrados en más del 80% de las HCP fueron 2; pulso 89.50% (161/181) e involución uterina 88.40% (160/181). Seguidos por el registro de datos de nombre del responsable 74.03% (134/181) y el menor porcentaje de registro en las HCP fue de Gamma globulina anti D 28.18% (51/181).

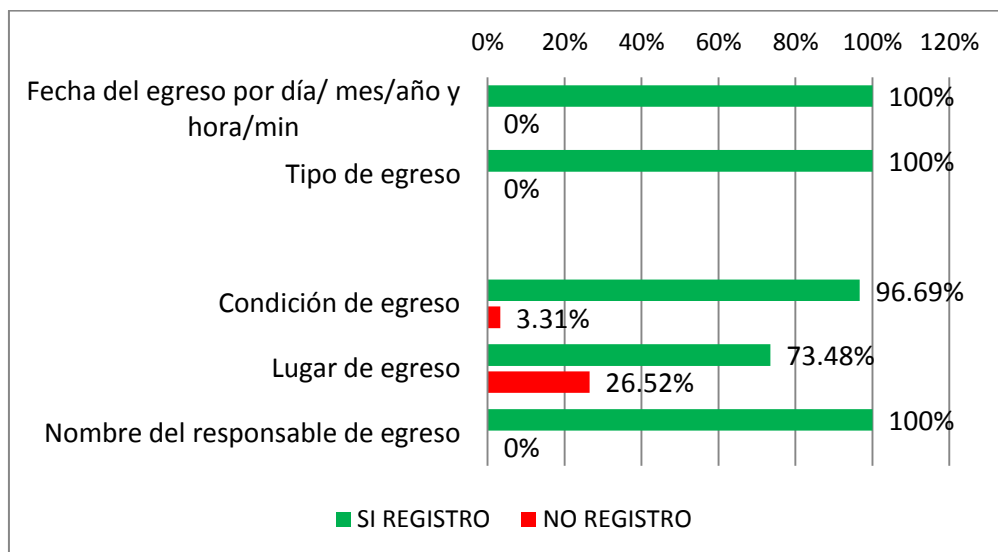
Gráfico N° 10. Distribución porcentual del registro de datos de egreso del recién nacido en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

En relación a la sección “**egreso del recién nacido**” de 12 datos estudiados: la mayoría se encontraban registrados en 100% (181/181) de las historias clínicas perinatales fueron 8 datos; opción vivo o fallece, fecha del egreso por día/ mes/año y hora/min, edad al egreso, BCG, peso al egreso, ID RN (número de certificado de nacimiento), nombre del recién nacido y nombre del responsable del egreso del RN. Los datos registrados en más del 90% de las HCP fueron 2 datos; meconio 95.58% (173/181) y alimento al alta 91.16% (165/181). Seguidos por el registro de datos de “si fallece durante o en el lugar de referencia” con 79.56% (144/181) y el menor porcentaje de registro en las HCP es “fue referido” 58.56% (106/181).

Gráfico N° 11. Distribución porcentual del registro de datos de egreso materno en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021

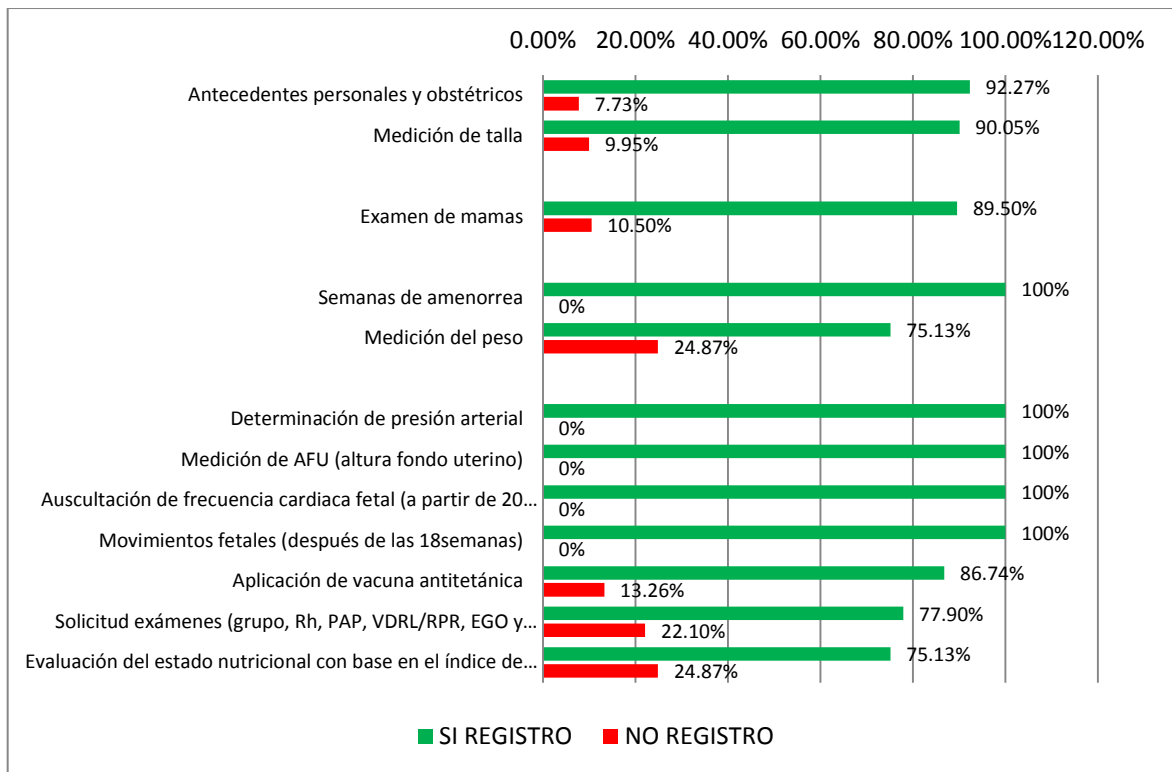


Fuente: Base de datos del estudio

En la sección de “**egreso materno**”, los datos registrados en 100% (181/181), en las historias clínicas perinatales, fueron 3 datos: fecha del egreso por día/ mes/año y hora/min, tipo de egreso y nombre del responsable de egreso. Seguidos por el registro de datos de; condición de egreso 96.69% (175/181) y lugar de egreso 73.48% (133/181).

Tercer Objetivo Específico

Gráfico N° 12. Distribución porcentual del registro de datos de las 12 actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad) de gestantes en las historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, Ciudad de El Alto, gestión 2021



Fuente: Base de datos del estudio

Del total de **12 actividades normadas** del control prenatal (estándares de calidad):

5 actividades normadas estuvieron registrados con porcentajes de 100% (181/181) similares en las historias clínicas perinatales (HCP), fueron; semanas de amenorrea, determinación de presión arterial, medición de AFU (altura fondo uterino), auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20 semanas) y movimientos fetales (después de las 18semanas)

1 actividad normada “antecedentes personales y obstétricos” estuvo registrado con porcentaje de 92.27% (167/181) en las HCP.

1 actividad normada “medición de talla” estuvo registrado con porcentaje de 90.05% (163/181) en las HCP.

1 actividad normada “examen de mamas” estuvo registrado con porcentaje de 89.50% (161/181) en las HCP.

1 actividad normada “aplicación de vacuna antitetánica” estuvo registrado con porcentaje de 86.74% (157/181).

1 actividad normada “solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH)” estuvo registrado con porcentaje de 77.90% (141/181) en las HCP.

2 actividades normadas estuvieron registrados con porcentajes de 75.13% (136/181) similares en las historias clínicas perinatales (HCP), fueron; medición del peso y evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal.

X. CONCLUSIONES

Con respecto al objetivo general:

Después de analizar los resultados obtenidos de la investigación, se concluye que en el Centro de Salud Integral Lotes y Servicios; el 50.28% de las historias clínicas perinatales (91 HCP) tuvieron un nivel de cumplimiento de registro de datos “excelente”.

De lo anterior se infiere que una de cada dos historias clínicas perinatales si cumplió con el registro completo de datos de la gestante y el recién nacido de acuerdo a la norma de “Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal” (Ministerio de Salud-Bolivia), durante el periodo 2021. Lo que refleja un mejor control prenatal (integral y completo), en el 50% de las Historias Clínicas Perinatales, para identificar oportunamente a las mujeres gestantes que tienen mayor predisposición para presentar factores de riesgo que puedan condicionar complicaciones leves o severas durante el embarazo.

Con respecto al primer objetivo específico:

Después de analizar los resultados obtenidos en cada sección de las Historias Clínicas Perinatales, se concluye:

La “Sección 5: nacimiento”, fue la más completa de todas las secciones en el registro de datos, ya que se encontraba con un nivel de cumplimiento de registro de datos “excelente”, en 100% de historias clínicas perinatales (181 HCP).

Las secciones que tuvieron un nivel de cumplimiento de registro de datos entre “excelente” y “significativo” fueron; la “Sección 8: egreso del recién nacido” y “Sección 9: egreso materno”. En estas secciones hay un elevado porcentaje de cumplimiento de registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales.

Las secciones que tuvieron un nivel de cumplimiento de registro de datos entre “excelente”, “significativo” y “parcial” fueron; “Sección 1: identificación de la gestante”, “Sección 4: admisión por parto” y la “Sección 6: recién nacido”. En estas secciones hay un mediano porcentaje de cumplimiento de registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales.

Las secciones que tuvieron un nivel de cumplimiento de registro de datos entre “excelente”, “significativo”, “parcial” y “mínimo” fueron; “Sección 2: antecedentes: familiares, personales y obstétricos” y la “Sección 7: postparto”. En estas secciones hay un elevado porcentaje de incumplimiento en el registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales.

La “Sección 3: gestación actual”, fue la más incompleta de todas las secciones en el registro de datos, ya que su nivel de cumplimiento de registro de datos se encontraba entre; “excelente” con 53.04% (96/181), “significativo” con 9.94% (18/181), “parcial” con 16.57% (30/181), “mínimo” con 14.92% (27/181) y “deficiente” con 5.53% (10/181).

Con respecto al segundo objetivo específico:

En las Historias Clínicas Perinatales el mayor porcentaje de datos “no registrados” fueron; en la sección 3 “gestación actual”, sección 2 “antecedentes: familiares, personales y obstétricos”, ambas secciones corresponden al registro de datos durante el control prenatal y la sección 7 “postparto”. Las 3 secciones juntas contienen 76 datos de 154 datos que se registran en la Historia Clínica Perinatal.

En las Historias Clínicas Perinatales, las secciones que se encuentran con mayor porcentaje de datos “si registrados” fueron; en sección 1 “identificación”, sección 4 “admisión por parto”, sección 5 “nacimiento”, sección 6 “recién nacido”, sección 8 “egreso del recién nacido” y sección 9 “egreso materno”.

Con respecto al tercer objetivo específico:

Las actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad), que tuvieron un porcentaje de datos “si registrados” al 100% en el llenado de las historias clínicas perinatales (181/181 HCP), fueron 5 actividades: semanas de amenorrea, determinación de presión arterial, medición de AFU (altura fondo uterino), auscultación de frecuencia cardiaca fetal (a partir de 20 semanas) y movimientos fetales (después de las 18 semanas). De esto se infiere que se está cumpliendo con el registro del examen físico de la gestante y su producto.

Las actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad), que tuvieron un mayor porcentaje de datos “no registrados” en el llenado de las historias clínicas perinatales, fueron 3 actividades: solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH), medición del peso y evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal. De esto se infiere que los datos con mayor deficiencia en su registro fueron; los exámenes de laboratorio, control de peso y estado nutricional. Por lo que no se está realizando valoración del estado nutricional de la gestante y detección de enfermedades transmisibles.

Las actividades normadas del control prenatal (estándares de calidad), que tuvieron un mayor porcentaje de datos “si registrados” en el llenado de las historias clínicas perinatales, fueron 4 actividades: antecedentes personales y obstétricos, medición de talla, examen de mamas, aplicación de vacuna antitetánica. De esto se infiere que algunos datos no se completan con su registro en la Historia Clínica Perinatal. Posible falta de coordinación con la gestante desde que tiene su primera consulta prenatal en consulta externa.

XI. RECOMENDACIONES

A la dirección del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios:

Implementar un plan de promoción, capacitación y evaluación del correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal que involucre al personal médico y de enfermería para fortalecer las competencias de estos en cuanto al registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales a fin de obtener información confiable.

Realizar revisiones periódicas de los expedientes clínicos por parte del comité de gestión de calidad del centro de salud, para identificar las principales deficiencias del registro de datos en las Historias Clínicas Perinatales.

Realizar controles periódicos de los estándares de calidad del control prenatal verificando el registro de las 12 actividades normadas en las historias clínicas perinatales.

Realizar el análisis de Historias Clínicas Perinatales durante los; comités de análisis de información (CAIs) para mejorar los items en que hay mayor dificultad para el registro de datos.

Al personal de salud del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios:

Promover la auto-evaluación continua por parte del personal de salud que brinda la atención a la mujer gestante durante el control prenatal, puerperio y al recién nacido, en el cumplimiento del registro de datos tanto de la Historia Clínica Perinatal, como también de los estándares de calidad del control prenatal.

Es importante mejorar principalmente la sección de “gestación actual” en la cual fue donde se encontró más incumplimiento del registro de datos en las historias clínicas perinatales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud-Estado Plurinacional de Bolivia. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel. (Internet) 2013 (citado 14 de marzo de 2022). Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_Inivelseguro.pdf
2. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. (Internet). 9º ed. Chile: Universidad Católica y Pontificia de Chile; 2018 (Acceso 04/03/2022). Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR. HISTORIA CLINICA PERINATAL y Formularios Complementarios Instrucciones de llenado y definición de términos. (Internet). Montevideo – Uruguay; 2011 (Acceso 04/03/2022). Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1584.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR. Guías para el continuo de atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizada en APS. (Internet) 2º ed. Uruguay; 2010 (Acceso 04/03/2022). Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1573.pdf>
5. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) (Internet) 2019 (Acceso 27/04/2022). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14996:carla-s-story-putting-the-brakes-on-maternal-mortality-in-bolivia&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Bolivia%20tiene%2C%20a%20su%20vez,con%20un%20subregistro%20de%20datos.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos (Internet) 2017 (acceso 27/04/22). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14406:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-3&Itemid=0&showall=1&lang=es#gsc.tab=0

8. Gaitán A. Cumplimiento en el registro de la historia clínica perinatal de las gestantes de la empresa médica previsual en la consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, primer semestre del 2015. (Tesis en Internet) (Nicaragua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 (Acceso 22/04/2022). Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/3634/1/60459.pdf>
9. Moncada D, Ortega J. Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, enero a diciembre 2016. (Tesis en Internet) (Managua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019 (Acceso 11/04/2022). Disponible en: <https://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNANM11268>
10. Zeron C, Sánchez J. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San Jose de Bocay en el periodo de Enero a Junio del año 2015. (Tesis en Internet) (Managua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015 (Acceso 11/04/2022). Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1359/>
11. Meléndez M, Reyes D. Cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud de Waspam Atlántico Norte en el periodo Julio-Septiembre del año 2014. (Tesis en Internet) (Managua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014 (Acceso 11/04/2022). Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4360/1/230241.pdf>
12. Salgado T. Cumplimiento de los estandares de calidad en el llenado completo de la historia clinica perinatal en los Centros de Salud de Cusmapa, las Sabanas, San lucas. Madriz. Enero –diciembre del 2007. (Tesis en Internet) (Managua): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2007 (Acceso 11/04/2022). Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/2737>
13. Meave S. 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. (Tesis en Internet) (La Paz): Universidad Mayor de San Andrés; 2021 (Acceso 22/04/2022). Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/28937>
14. Chungara V. Calidad del registro de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud Apostol Santiago del Municipio de Tupiza en la gestión 2018. (Tesis en Internet) (Tarija): Universidad Autonoma Juan Misael Saracho; 2021 (Acceso 27/04/2022). Disponible en: <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/134>

15. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. (Internet) 2020 (citado 14 de marzo de 2022). Disponible en: <https://bolivia.unfpa.org/es/publications/instrucciones-de-llenado-y-definici%C3%B3n-de-t%C3%A9rminos-de-la-historia-cl%C3%ADnica-perinatal>
16. Ministerio de Salud de Nicaragua. Texto de Capacitación Materno Infantil II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal. (Internet) 2016 (acceso 14/04/2022). Disponible https://www.jica.go.jp/Resource/project/nicaragua/008/materials/ku57pq00002pn8k0-att/materiales_04_02.pdf
17. Ministerio de Salud de Nicaragua. Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal. (Internet) 2013 (acceso 14/04/2022). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/360319624/N-106-Manual-de-Llenado-de-HCP#>
18. Velito A, Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. (Internet) 2010 (acceso 10/04/2022); págs. 1-26. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
19. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano (CLAP). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización mundial de la salud (OMS). Boletín sobre salud prenatal. (Internet). 1990 (Acceso 21/04/2022). Disponible en: www.clap.opsoms.org/web/boletines%20y%20novedades/boletin%2010.
20. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. 2015 (Internet) (Acceso 15/05/2022). Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/l%20Normas%20y%20protocolo%20para%20la%20atencion%20prenatal,%20parto%20puerperio.pdf>
21. Távara L. Parra J. Experiencias con el manejo del sistema informático perinatal en el hospital María Auxiliadora. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. . (Internet) 1989 (acceso 10/04/2022); 35:8: 36-44. Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/589>
22. Ministerio de salud del Perú. Norma técnica para la atención integral de la salud materna (Internet) 2009 (Acceso 03/04/2022). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

23. Miranda H, Cardiel L, Acosta Y. A propósito de la historia perinatal en neonatología. Revista Mexicana de Pediatría (Internet) 2003 (Acceso 03/04/22); 70(1): 37-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp031i.pdf>
24. Planas M. Rodríguez T. Lecha M. La importancia de los datos. Nutr Hosp (Internet) 2004 (Acceso 03/04/22); 19:9:11-13. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000100003
25. ayuware.es (Internet). Disponible en: <https://www.ayuware.es/blog/como-estandarizar-datos/#:~:text=La%20estandarizaci%C3%B3n%20de%20datos%2C%20en,o%20personas%20que%20dispongan%20de>
26. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Bases para organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud (PRONACS) 2008 (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: [https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/BASES%20PARA%20LA%20ORGANIZACION%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20DEL%20PROYECTO%20NACIONAL%20DE%20CALIDAD%20EN%20SALUD%20\(PRONACS\).pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/BASES%20PARA%20LA%20ORGANIZACION%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20DEL%20PROYECTO%20NACIONAL%20DE%20CALIDAD%20EN%20SALUD%20(PRONACS).pdf)
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia 2008 (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cartilla_Embarazo_Adolescencia_14_mun.pdf
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). SISTEMA INFORMATICO PERINATAL HISTORIA CLINICA PERINATAL y Formularios Complementarios (Internet) 2017 (Acceso 27/04/2022). Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/248624/1307423/file/Manual%20preliminar%202017%20-%20SIP.pdf>
29. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. (Internet) 2020 (citado 14 de marzo de 2022). Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_manual_instructivo_sip_2020-_1.pdf
30. Schwarcz R. Fescina R. Duverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires-Argentina. Ed. Ateneo. 2005.

31. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo. 2008 (Internet) (Acceso 15/05/2022). Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/1%20Normas%20y%20protocolo%20para%20la%20atencion%20prenatal,%20parto%20puerperio.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna (Internet). 2019 (Acceso 20/04/2012). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
33. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Internet) (Acceso 20/04/2012). Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/rese%C3%B1a-general#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20el%2093.7%25%20de%20los,mortalidad%20materna%20en%20el%20mundo.>
34. Organización Mundial de la Salud (OMS) (Internet) 2019 (Acceso 27/04/2022). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14996:carla-s-story-putting-the-brakes-on-maternal-mortality-in-bolivia&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Bolivia%20tiene%2C%20a%20su%20vez,%20con%20un%20subregistro%20de%20datos.
35. Cáceres-Manrique M. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol (Internet) 2009 (Acceso 03/04/22); 60:2:165-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf>
36. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
37. Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. 2013 (Internet) (Acceso 15/05/2022). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
38. Gómez Ordoñez Vitalio. Guías en obstetricia, obstetricia aplicada con enfoque práctico. 1ra edición. La Paz-Bolivia, Ed. ABBASE. 2004.
39. Ministerio de Salud de Venezuela. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. CUIDADOS PRENATALES Y ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA. 2013 (Internet) (Acceso 27/04/2022). Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>

40. Ministerio de Salud de Perú. Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas (Internet). 2006 (Acceso 21/04/2022). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-0.pdf
41. Carvajal J. RALPH C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9na edición. Santiago de Chile –Chile. Ed. Universidad católica de Chile (Internet) 2018. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
42. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de control prenatal y factores de riesgo. (Internet) 2013 (Acceso 21/04/2022). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTR%20OL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
43. Sánchez E. Factores para un embarazo de riesgo. Revista Médica Sinergia (Internet) 2019 (Acceso 03/04/22); 4: 9: e319. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/319/671>
44. Gaceta oficial de Estado Plurinacional de Bolivia. Constitución Política del Estado 2009 (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/app/webroot/archivos/CONSTITUCION.pdf>
45. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Ley N° 331 del ejercicio profesional médico 2008 (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/Ley%203131%20Ejercicio%20Mdico.pdf>
46. Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562, 2005 (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html#:~:text=Que%20la%20Ley%20N%C2%BA%203131,Privado%20sin%20fines%20de%20lucro.>
47. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Norma Técnica Para el manejo del Expediente Clínico. (Internet) 2008 (Acceso 03/04/2022). Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/64%20Norma%20expediente%20clinico.pdf
48. SEDES-LA PAZ. Reglamento del manejo del expediente clínico para primer nivel de atención sedes La Paz. (Internet) (Acceso 04/04/2022). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/500451594/REGLAMENTO-DEL-MANEJO-DEL-EXPEDIENTE-CLI-NICO-PARA-EL-PRIMER-NIVEL-DE-ATENCION-N>

49. Ministerio de Salud de Bolivia. Manual para la implementación de los ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención. (Internet) 2012 (acceso 14/04/2022). Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/35-libros-y-normas/2477-mauales-1-de-la-ursc>

50. Ministerio de Salud de Bolivia. Atención integrada al continuo del curso de la vida adolescente-mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio recién nacido/a- niño/a menor de 5 años- niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad- personas adultas mayores. (Internet) 2013 (acceso 14/04/2022). Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/ATENCI%C3%93N_CONTINUO.pdf

51. Arias F.G. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Capítulo 6: técnicas e instrumentos de recolección de datos. (Internet). 6 ed. EDITORIAL EPISTEME Caracas Venezuela, 2012 (Acceso 24/03/2022); p. 67-74. Disponible en: <https://booksmedicos.org/el-proyecto-de-investigacion-introduccion-a-la-metodologia-cientifica/>

52. Espinoza E. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. Rev pedg de la Universidad de Cienfuegos (Internet) 2018 (Acceso 23/04/22); 14(65): 39-49. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14s1/1990-8644-rc-14-s1-39.pdf>

53. Díaz A, Otero L. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) de embarazadas atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo. Enero 2020. (Tesis en Internet) (Managua): Universidad de Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020 (Acceso 11/04/2022). Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/14241/>

ANEXO Nº 3. SOLICITUD DE AUTORIZACION A DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS

La Paz, 4 de marzo de 2022



Señor:

Dr. Luis Quisbert Chalco

DIRECTOR CENTRO DE SALUD INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS

Presente.

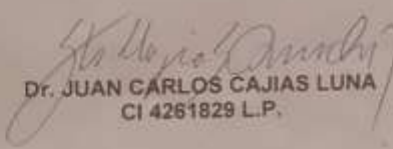
Ref.: SOLICITUD REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PERINATALES

Señor Director:

Mediante la presente solicito a su autoridad la revisión de historias clínicas perinatales del Centro de Salud Integral Lotes y Servicios, para la realización del Trabajo de Grado: "EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS PERINATALES DURANTE EL CONTROL PRENATAL A GESTANTES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS, CIUDAD DE EL ALTO, GESTION 2021". Misma que corresponde a la Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoria Medica de la UMSA.

Sin otro particular me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atte.


Dr. JUAN CARLOS CAJIAS LUNA
CI 4261829 L.P.


Dr. Luis Quisbert Chalco
DIRECTOR CENTRO DE SALUD INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS
04/03/22

ANEXO Nº 4. PARTOS INSTITUCIONALES EN EL CSI LOTES Y SERVICIOS GESTION 2021

CUADRO DE MONITOREO DE ANALISIS DE INDICADORES						
INDICADORES NIÑO	POB	DICIEMBRE			Ser. CUATRIMESTRE	
		Ejec	Acum	%	Acum	%
• Cobertura Atencion Parto en Servicio	406	27	341	84	341	84
• Cobertura Atencion Parto Dom. por Personal Salud	406				0	0
• Cobertura Mujer Embarazada Con 90 tab. de Hierro	406				0	0
• Cob. 1er Control Post Parto (en las primeras 48 hrs)	406				0	0
• Cobertura Mujer Puerpera Con 90 tab. de Hierro	406				0	0
• Cob. Mujer puerp. Vit. "A" (en las primeras 48 hrs)	406				0	0
• Cobertura Orientacion en Planificacion Familiar	5514				0	0
• Cobertura Usuanas Nuevas de MAC Modernos	5514				0	0
• Cobertura de Muestras de PAP Tomadas	4818				0	0
• IVA realizadas	1445				0	0
• IVA resultados positivos	1445				0	0
• Cobertura 1ra Dosis DT en Mujeres de 7 a 49 años	1296				0	0
• Cobertura 2da Dosis DT en Mujeres de 7 a 49 años	1296				0	0
• Cobertura 3ra Dosis DT en Mujeres de 7 a 49 años	1296				0	0
• Cobertura 4ta Dosis DT en Mujeres de 7 a 49 años	1296				0	0
• Cobertura 5ta Dosis DT en Mujeres de 7 a 49 años	1296				0	0

ANEXO Nº 5. INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL CSI



ANEXO Nº 6. ÁREA DE ESTADÍSTICA



ANEXO N° 7. HOJA DE REGISTRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	FORMULARIO DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL LOTES Y SERVICIOS	N° EX. CL. <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
---	---	---

VARIABLE	DIMENSION	SI REGISTRA	NO REGISTRA
A IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE	1. nombre		
	2. domicilio		
	3. municipio		
	4. teléfono		
	5. idioma hablado		
	6. fecha de nacimiento		
	7. edad		
	8. etnia		
	9. alfabetización		
	10. estudios		
	11. estado civil		
	12. lugar del control prenatal		
	13. lugar del parto		
	14. número de carnet identidad		
	15. número de historia clínica		
A. Nivel Cumplimiento:	A. TOTAL		
B ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS	16. tuberculosis		
	17. diabetes		
	18. hipertensión		
	19. pre eclampsia		
	20. eclampsia		
	21. otra condición médica grave		
	22. cirugía tracto reproductivo		
	23. infertilidad		
	24. cardiopatías		
	25. nefropatías		
	26. violencia		
	27. VIH +		
	28. gestas previas		
	29. abortos		
	30. partos		
	31. partos vaginales		
	32. cesáreas		
	33. peso de último recién nacidos		
	34. nacidos vivos		
	35. vivos		

		36. nacidos muertos		
		37. embarazo ectópico		
		38. fin de embarazo anterior		
		39. embarazo planeado o no		
		40. uso de método de planificación		
B. Nivel Cumplimiento:		B. TOTAL		
C GESTACIÓN ACTUAL		41. peso anterior		
		42. talla		
		43. IMC inicial		
		44. Fecha de última menstruación		
		45. Fecha probable de parto		
		46. confiabilidad de edad gestacional		
		47. Fumadora act., o pas.		
		48. drogas		
		49. alcohol		
		50. violencia		
		51. antitubercia		
		52. antitetánica		
		53. examen odontológico y de mamas		
		54. examen de cérvix (pap., y colposcopia)		
		55. grupo Rh		
		56. gammaglobulina anti D		
		57. toxoplasmosis		
		58. prueba de hemoglobina		
		59. Fe y folatos		
		60. VIH		
		61. sífilis		
		62. chagas		
		63. paludismo		
		64. detección de proteínas en orina		
		65. bacteriuria		
		66. glicemia en ayunas		
		67. estreptococobetas		
		68. Planeando mi parto		
		69. orientación de lactancia materna		
		70. Control prenatal como: fecha (día, mes, año)		
		71. peso		
		72. IMC		
		73. Presión arterial		
	74. edad gestacional			
	75. altura uterina			
	76. presentación			
	77. Frecuencia cardíaca fetal			

		78. movimientos fetales		
		79. proteinuria		
		80. Nº tab., de sulfato ferroso		
		81. Señales de peligro, exámenes (EGO), tratamientos		
		82. responsable		
		83. fecha próxima cita		
C. Nivel Cumplimiento:		C. TOTAL		
D ADMISIÓN POR PARTO		84. fecha de ingreso		
		85. carné		
		86. consultas prenatales totales		
		87. hospitalizaciones en el embarazo		
		88. corticoides antenatales		
		89. inicio del trabajo de parto		
		90. rotura de membranas ant.		
		91. edad gestacional al parto		
		92. presentación/ situación		
		93. tamaño fetal acorde		
		94. acompañante		
	D. Nivel Cumplimiento:		D. TOTAL	
E NACIMIENTO		95. vivo o muerto		
		96. fecha y hora del nacimiento		
		97. nacimiento múltiple		
		98. terminación		
		99. posición parto		
		100. episiotomía		
		101. desgarro perineal		
		102. alumbramiento activo		
		103. placenta		
		104. oxitócicos post-alumbra.		
		105. medicación recibida		
E. Nivel Cumplimiento:		E. TOTAL		
F RECIÉN NACIDO		106. sexo		
		107. peso al nacer		
		108. perímetro cefálico		
		109. longitud		
		110. edad gestacional por Capurro		
		111. peso para la edad gesta.		
		112. apgar		
		113. reanimación		
		114. lactancia materna inmediata		
		115. apego precoz		
		116. defectos congénitos		
		117. enfermedades		
	118. VIH en recién nacido			

		119. sífilis		
		120. audición		
		121. chagas		
		122. bilirrubina		
		123. toxoplasmosis neonatal		
		124. hemoglobinopatías		
		125. hipotiroidismo		
		126. fallece en sala de parto		
		127. referido		
		128. atendió el parto y nombre		
		129. atendió neonato y nombre		
F. Nivel Cumplimiento:		F. TOTAL		
G POSTPARTO		130. temperatura		
		131. presión arterial		
		132. pulso		
		133. involución uterina		
		134. loquios		
		135. nombre del responsable		
		136. gamma globulina anti D		
		137. hemoglobina postparto		
G. Nivel Cumplimiento:		G. TOTAL		
H EGRESO DEL RECIÉN NACIDO		138. opción vivo o fallece		
		139. fecha del egreso por día/mes/año y hora		
		140. fue referido		
		141. si fallece durante o en el lugar de referencia		
		142. edad al egreso		
		143. alimento al alta		
		144. BCG		
		145. meconio		
		146. peso al egreso		
		147. ID RN (número de certificado de nacimiento)		
		148. nombre del recién nacido		
	149. nombre del responsable de egreso			
H. Nivel Cumplimiento:		H. TOTAL		
I EGRESO MATERNO		150. fecha del egreso por día/mes/año y hora		
		151. Tipo de egreso		
		152. Condición de egreso		
		153. Lugar de egreso		
		154. Nombre del responsable de egreso		
I. Nivel Cumplimiento:		I. TOTAL		
Nivel Cumplimiento HCP:		TOTAL HCP:		

VARIABLE	DIMENSION	TOTAL SI REGISTRA	TOTAL NO REGISTRA
J ACTIVIDADES NORMADAS DEL CONTROL PRENATAL (ESTÁNDARES DE CALIDAD)	155. antecedentes personales y obstétricos		
	156. medición de talla		
	157. examen de mamas		
	158. semanas de amenorrea		
	159. medición del peso		
	160. determinación de presión arterial		
	161. medición de AFU (altura fondo uterino)		
	162. auscultación de frecuencia cardíaca fetal (a partir de 20 semanas)		
	163. movimientos fetales (después de las 18semanas)		
	164. aplicación de vacuna antitetánica		
	165. solicitud exámenes (grupo, Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO y Hb, Prueba VIH)		
	166. evaluación del estado nutricional con base en el índice de masa corporal		

ANEXO Nº 8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	AÑO 2022											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Planteamiento del problema												
Revisión bibliográfica												
Definición de Objetivos												
Definición de variables												
Elaboración del Marco Teórico												
Elaboración del diseño metodológico												
Solicitud de permiso para la investigación												
Organización y recolección de datos												
Tabulación y análisis de datos												
Interpretación de los resultados												
Redacción de conclusiones y recomendaciones												
Elaboración y presentación del trabajo de grado												

Fuente: elaboración propia