

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Posgrado de Auditoria y Calidad en la Atención Médica**

**Especialidad de Auditoria Médica**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS PERINATALES  
ELECTRÓNICAS DE LA MATERNIDAD  
DEL HOSPITAL ITURRASPE  
REALIZADAS DURANTE EL PRIMER  
SEMESTRE DEL AÑO 2021.**

**Trabajo Final Integrador de Investigación**

**Autor: Antonella Lucia Rossetti**

**Directora: Carrera, Liza**

**Santa Fe-Argentina**

**Abril 2023**

## **Agradecimientos**

A mi familia y a mi pareja, por el apoyo incondicional y la compañía de siempre.

## **Índice**

A) Estructura.....	1
B) Resumen.....	3
C) Introducción.....	5
D) Marco teórico.....	8
E) Metodología.....	23
F) Resultados.....	24
G) Conclusiones.....	32
H) Recomendaciones.....	33
I) Anexos.....	34
J) Bibliografía.....	39

**Tema:** Calidad de las historias clínicas perinatales.

**Título:** Análisis de la calidad de las historias clínicas perinatales electrónicas de la maternidad del Hospital José Bernardo Iturraspe realizadas durante el primer semestre del año 2021.

**Pregunta de investigación**

¿Cuál es el cumplimiento que se registra en las historias clínicas perinatales electrónicas?

**Descripción del Problema:** La ausencia de registros dificulta la integración, el procesamiento de indicadores de salud, el desarrollo de auditorías médicas, la vigilancia epidemiológica, y con los sistemas administrativos entre otros. La historia clínica perinatal electrónica es un instrumento diseñado para ayudar en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la embarazada durante el control prenatal, parto, puerperio, y del neonato.

**Objetivo general:**

-Analizar el cumplimiento del registro completo de los datos de las historias clínicas informáticas perinatales a partir del sistema informático perinatal.

**Objetivos específicos:**

-Analizar la calidad de los datos de las historias clínicas perinatales.

-Demostrar la importancia en obtener historias clínicas completas.

-Identificar los principales registros ausentes de las historias clínicas perinatales, tanto del recién nacido como de su gestante.

-Investigar la repercusión de la falta de los registros por auditorías médicas y sus repercusiones epidemiológicas.

**Población:** Gestantes con ingreso al Hospital José Bernardo Iturraspe y parto en el primer semestre del año 2021.

**Tipo de estudio:**

Cuantitativo y cualitativo.

**Metodología/Diseño del estudio:**

-Selección de cien historias clínicas perinatales electrónicas de gestantes con parto en el Hospital José Bernardo Iturraspe en el primer semestre del año 2021, utilizando el Sistema Informático Perinatal (SIP).

-Evaluación de los registros de las historias clínicas perinatales de las gestantes dentro de las primeras 20 semanas: antecedentes familiares, personales y obstétricos, datos antropométricos (peso y talla), vacunación y serología; y del recién nacido: sexo, peso, talla, perímetro cefálico, edad gestacional y Apgar.

-Descripción de las variables que con más frecuencia se encuentran ausentes en las historias clínicas perinatales informáticas.

-Conclusiones del análisis de la calidad de los registros médicos y recomendaciones para perfeccionar su llenado.

## **Resumen**

**Introducción:** La historia clínica perinatal electrónica es un instrumento diseñado para ayudar en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la persona gestante durante el control prenatal, parto, puerperio, y del neonato. La ausencia de estos registros dificulta la integración con los sistemas administrativos, el procesamiento de los indicadores de salud, el desarrollo de auditorías médicas y la vigilancia epidemiológica, entre otros.

**Objetivos:** Analizar el cumplimiento del registro completo de los datos de las historias clínicas informáticas perinatales a partir del sistema informático perinatal del Hospital José Bernardo Iturraspe.

**Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, cualitativo y cuantitativo.

**Población:** El análisis se realizó sobre una muestra aleatoria de 100 historias clínicas perinatales informáticas del Hospital José Bernardo Iturraspe.

**Método:** Se realizó el análisis sobre una muestra aleatoria de 100 historias clínicas perinatales informáticas, obtenidas del Sistema Informático Perinatal sobre un total de 1371 historias clínicas. De estas mismas se registró si tanto los datos de la gestante como del recién nacido estaban ausentes, presentes o incompletos.

Se tuvieron en cuenta diferentes datos de las historias clínicas perinatales, de la persona gestante: antecedentes familiares, personales, obstétricos, vacunación y serología dentro de las primeras 20 semanas de embarazo (HIV, Chagas, toxoplasmosis y sífilis); y del recién nacido: sexo, peso, perímetro cefálico, longitud, edad gestacional y Apgar.

**Resultados:** Datos de la gestante: Antecedentes familiares y personales completos 100%, antecedentes obstétricos completos 70%, vacunación anti-rubéola completo 97%, vacunación antitetánica completo 4%, HIV presente en el 99%, Sífilis completo en un 20%, toxoplasmosis y Chagas presentes en todas las historias clínicas perinatales; Peso presente en el 33% y talla 35%.

Datos del Recién Nacido: Sexo y peso al nacer presentes en el 100%, Longitud, perímetro cefálico y Apgar presentes en el 99% de las historias clínicas perinatales; y por último la edad gestacional presente en el 97%.

**Conclusiones:** Se pudo observar que si bien los datos del recién nacido se hallaban completos casi en su totalidad, en lo que respecta a la gestante se encontraron que están incompletos sus antecedentes obstétricos (30%), vacunación antitetánica (96%), Sífilis (80%), Peso (67%) y Talla (65%). Esto hace que disminuya la calidad de la historia clínica perinatal.

Todos los datos de la historia clínica perinatal son de fundamental importancia, ya que constituyen una base para la planificación de la atención de la gestante y del niño/a. La misma facilita el funcionamiento de los servicios perinatales, normaliza y formaliza la recolección de datos, facilita al personal de salud la aplicación de normas para la atención, constituye un registro de datos para la investigación en servicios de salud, entre otros.

## **Introducción:**

La historia clínica perinatal electrónica es un instrumento diseñado para colaborar y agilizar en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la persona gestante durante el control prenatal, parto, puerperio, y del neonato. Forma parte de una base de datos utilizada en la vigilancia epidemiológica y para la toma de decisiones en salud pública, que facilita la comunicación entre los diferentes niveles de atención. Por lo tanto, su llenado correcto desde primer nivel de atención, hasta la realización del parto, puerperio y alta, es fundamental para la obtención de datos válidos, fidedignos y estandarizados.

La evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas es parte de las competencias y objetivos de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico. La información presente en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del efector; favorece la investigación y docencia.

La ausencia de estos registros dificulta la integración y ejecución de procesos relevantes en salud pública, ya que obstaculiza la integración de datos con sistemas administrativos, el procesamiento de indicadores de salud, el desarrollo de auditorías médicas y la vigilancia epidemiológica, entre otros.

Las Historias clínicas perinatales permiten al personal de salud brindar un servicio más oportuno, de manera que su llenado correcto mejora la calidad de atención, evitando complicaciones materno-fetales. La particularidad del llenado es vital, ya que forma parte del expediente clínico y está sujeta a auditoría médica.

El presente trabajo surge del interés de evaluar la calidad de las historias clínicas perinatales de la maternidad del Hospital Iturraspe de Santa fe, a través del sistema informático perinatal (SIP), con el fin de evaluar el grado de

cumplimiento con los estándares en la confección de las historias clínicas perinatales; además detallar los datos que faltan con mayor frecuencia.

El sistema informático perinatal fue publicado en el año 1983 por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), unidad técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva. El sistema mencionado es un producto de consenso entre profesionales de la Región, y forma parte de las herramientas de la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la calidad de atención de madres y niños.

El hospital Iturraspe es un establecimiento de referencia de alta complejidad para los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y efectores pertenecientes al segundo nivel de atención de la zona como son, el Centro de Especialidades Médicas de Santa Fe (CEMAFE), Hospital Provincial Sayago, Hospital Dr. Emilio Mira y López y el Hospital Protomédico Manuel Rodríguez. Además, es el centro de referencia para derivación de algunos procesos sanitarios desde el centro norte provincial e incluso de los Hospitales Nodales de Rafaela y Reconquista. El nuevo Hospital Iturraspe, se encuentra ubicado en Blas Parera 8301, cuenta con servicios de maternidad 2B y maternidad 3B con neonatología, guardia con sistema de triage, diagnóstico por imágenes, laboratorio, quirófanos para cirugías de urgencia y programadas, unidad de cuidados críticos y áreas de internación adulta y pediátrica con un total de 278 camas.

En el año 2003 se aprobaron las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica que tienen por objeto mejorar la organización y funcionamiento de servicios de maternidad dedicados a la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Para la elaboración de esta norma se tiene en cuenta el enfoque de riesgo que permite identificar distintas necesidades de cuidados asistenciales.

Nivel 1: Sólo corresponde al primer nivel de atención y no contempla servicios de internación. En este nivel no se prevé la realización de partos.

Nivel 2: Son servicios que se desenvuelven en establecimientos de salud con internación de tipo general (medicina general) o especializada (maternidades). No poseen terapia intensiva y pueden contar con algún servicio de apoyo en especialidades generales como Clínica Médica o Cirugía General.

Nivel 3: A diferencia del nivel 2, este cuenta con servicio de terapia intensiva, con servicios de apoyo en especialidades generales como clínica médica o cirugía y especialidades de apoyo para interconsulta (cardiología, nefrología, etc.). Estas Instituciones se dividirán en 2 categorías: "A y B" de acuerdo al listado de factores de riesgo dependiendo del nivel máximo de complejidad de cada Hospital. Los Hospitales de nivel 3 desarrollarán el máximo nivel de alto riesgo perinatal.

Por lo tanto el Hospital José Bernardo Iturraspe al ser de alta complejidad constituye la puerta de entrada al sistema de salud, está en condiciones de resolver patologías de mayor gravedad y desarrollar especialidades de alta complejidad, así como procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución sea por el recurso humano y/o tecnológico. Por excepción puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo.

## **1-MARCO TEORICO**

### **Concepto de Historia Clínica**

Es un documento médico-legal en el cual se registra la asistencia médica brindada al paciente, conteniendo toda la información del proceso médico y a la que se adjuntan los exámenes complementarios realizados. Es el instrumento más útil con el que cuenta un médico para dejar constancia de la atención realizada al paciente, y de ser necesario justificar su correcto desempeño, de allí su importancia médico-legal.

Para la auditoria médica es la herramienta que podrá verificar las prestaciones brindadas, evaluar la atención medica prestada, y comparar sus datos con los estándares de calidad. Además es un documento muy rico para docencia e investigación. (Escudero Carlos Hugo, Manual de Auditoria Médica, pág. 273)

### **1.1-Antecedentes históricos**

#### **El nacimiento de la Historia Clínica y su desarrollo**

La medicina griega tiene un origen mítico-religioso. Se desarrollaba en templos donde los dioses inspiran a los sacerdotes-médicos. En el templo de Epidauro existen las primeras lápidas donde se encuentran por escrito el nombre del enfermo que hace la ofrenda y el mal que padece. Estos documentos podrían considerarse como las primeras “prehistorias clínicas”.

#### **Historia Clínica Hipocrática**

Los viajes de Hipócrates lo llevan a conocer las matemáticas con Pitágoras y la medicina ejercida en los templos Egipcios. Con estos conocimientos funda una escuela que revolucionó la medicina de La Antigua Grecia. Esta escuela recopila en el “Corpus hippocraticum” una serie de libros que representan el origen del saber científico-médico occidental.

Los Asclepiadeas hipocráticos sienten la necesidad intelectual de desarrollar por escrito, con precisión y orden, naciendo de esta manera la historia de la historia clínica. Las mismas las ordenan en grupos o “Katástasis” según lo dominante o esencial de cada una de ellas. Estos grupos se caracterizan por

los rasgos geográficos, astronómicos, climáticos y de acuerdo a la estación del año.

La historia clínica Hipocrática cuenta con una estructura que consta de la numeración ordinal del enfermo, mención nominal, localización social, y breve referencia. A continuación, se describe día a día el curso de la enfermedad en orden cronológico de los hechos. Finaliza con purificación o muerte del paciente. Así es como se desarrollan las primeras 42 historias clínicas que se encuentran en Las Epidemias I y III.

Más tarde Galeno, describe las enfermedades de acuerdo a género y especie, y pretende conocer las enfermedades como son en sí mismas y no como aparecen. Se ocupó sobre todo de la nosología, con un criterio tipificador, en oposición al carácter individualista de la medicina Hipocrática

### **Edad Media: mediados del siglo XIII**

Se decreta la obligatoriedad del estudio de medicina en las facultades. La mayoría de los médicos egresados estaban muy preparados desde el punto de vista teórico pero comenzaban el ejercicio de la medicina sin tener contacto con los pacientes. Este hecho condiciona la reaparición de la historia clínica como documento escrito en forma de "consilium", consejos de médicos más adiestrados en la práctica, que comenzaron a circular por Europa, inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos. Bartolomeo Montagna en 1435 publica una de las recopilaciones más importantes con 302 ordenadas en capítulos con disposición topográfica descendente.

Cada uno estaba formado por cuatro apartados que consistían en Título o Epígrafe, Primera sección donde se nombra la persona sus síntomas, la Segunda Sección que incluye la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas, y por último la terapéutica.

### **Renacimiento**

Durante el s. XV las Facultades de Medicina comienzan a exigir para la formación práctica, las visitas a los enfermos bajo dirección técnica, por lo que

las universidades se adaptan a esta nueva realidad comenzando a coordinar con los hospitales.

La preocupación por la descripción de nuevas enfermedades lleva a la publicación de cientos de casos raros. El cambio de mentalidad del hombre del renacimiento hace que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas. Se añade una clara visión estética mejorando el estilo literario y añadiendo coherencia narrativa en la descripción clínica.

### **Historia Clínica de Sydenham (1624-1689)**

Sydenham redactó meticulosamente las historias individuales de sus pacientes y reunió su amplia experiencia clínica. Su trabajo se caracterizó por ser siempre de estrecho contacto con el paciente, consagrándose más al estudio de los síntomas que al de las teorías médicas. Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares (propios de la enfermedad), constantes (aparecen siempre pero no son propios) y accidentales (añadidos por la naturaleza del enfermo, edad, sexo, temperamento). Además define los grandes síndromes y ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración en agudo y crónico, y por el momento en que aparecen.

### **Método Anatomoclínico**

La exploración anatómica de cadáveres comienza en Alejandría en el s. III a.C., pero en Europa no se inicia hasta mediados del s. XIII con la descripción anatómica del cuerpo humano. En el s. XVII la práctica de la autopsia se generaliza y el informe de anatomía patológica llega a ser frecuente como el fin de la historia clínica.

A lo largo del s. XVIII se desarrolla el “método anatomoclínico” en el que aparece la lesión anatómica como fundamento de la enfermedad y surge la necesidad de encontrar la causa de la muerte. Con el desarrollo del microscopio se describe la célula comenzando así la histología, con el inicio de

la anestesia se descubren técnicas de obtención de tejidos y así diagnosticar la existencia, el lugar y la especie de la enfermedad.

A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión y auscultación; aparecen nuevos inventos como el termómetro, estetoscopio, y esfigmomanómetro. Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, oftalmoscopio y otoscopio. Se desarrolla el laboratorio como signo clínico y la microbiología.

Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna.

## **Siglo XX**

A principios del siglo XX nace la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propia enfermedad, y la influencia que ello puede tener en el propio curso de la enfermedad. Adquiere entonces una extraordinaria importancia la anamnesis y su interpretación así como la relación médico-paciente. Todo el s. XX se caracteriza por el extraordinario desarrollo tecnológico, comenzando por la radiología que es la primera de las técnicas de diagnóstico por imagen, multiplicándose así de forma exponencial las exploraciones complementarias. Se desarrollan las especialidades médicas y la inclusión dentro de la historia clínica de informes de pruebas especializadas.

A raíz fundamentalmente de la Segunda Guerra Mundial adquiere gran importancia y relieve la enfermera como profesional dedicada a proporcionar los cuidados necesarios para recuperar y mantener la salud; y en el último cuarto del s. XX se organiza y regulan sus funciones documentando y recogiendo de forma paralela a la historia médica los registros de enfermería.

Todo esto convierte a la historia clínica en un documento multiprofesional, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente. También durante la segunda mitad del s. XX y como corriente general en toda Europa, comienza la creación de Servicios nacionales de Salud, que

proporcionan cobertura sanitaria pública a los trabajadores y con ello la construcción de grandes hospitales. La historia clínica deja de ser entonces propiedad particular del médico, en ellos se archivan ordenados por episodios los contactos del paciente con el sistema público de salud.

En la última década del s. XX influidos por la corriente americana basada en la Sanidad privada, surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal. Se comienzan a elaborar leyes que aumentan el protagonismo del paciente en su propio relato patográfico y en la toma de decisiones, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital. Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia, entendiéndose de esta manera, también por las leyes, la necesidad de la historia individual del paciente como método científico para el desarrollo y aprendizaje de la medicina. (Historia de las Historias Clínicas, María José Fombella Posada, M. José Cereijo Quinteiro, 2012)

## **2-CONCEPCIONES DE CALIDAD**

### **Definiciones de calidad:**

Calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades, es la necesidad de realizar continuamente el balance entre beneficios y riesgos frente a los problemas que nos plantean los pacientes para obtener los mejores resultados posibles.

En el área de los profesionales de la salud es de esperarse que las acciones realizadas en pro de la misma busquen la mayor calidad. (Escudero Carlos Hugo, Manual de Auditoria Médica, 2013 Pág. 109)

Según Myers y Slee 1950, la calidad de la atención es el grado en el que se cumplen las normas, en relación con el mejor conocimiento médico existente en cada momento, de acuerdo a los principios y prácticas generalmente aceptadas.

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian es el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. La calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso.

### **2.1-Calidad de la Historia Clínica**

Se entiende por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. (Ley 26529, Derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de Salud, año 2009)

#### **Requisitos:**

- Veracidad: debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

- Exacta

- Rigor técnico de los registros: los datos que contiene deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

-Completa: debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los

documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

-Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, y número de matrícula. (Dra. Adriana Silvia Velito, Dr. Sergio Ramiro Tejada Soriano, Año 2010)

## **2.2 Enfoques en la evaluación de las historias clínicas**

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos. Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de "calidad". En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. A su vez dentro de este enfoque podemos distinguir dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa. La revisión cuantitativa, en la que se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, la cumplimentación de los mismos, así como, otros aspectos tales como su ordenación. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva que es realizada por personal formado en Documentación Médica.

La revisión cualitativa, es una evaluación con una mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia.

Un segundo planeamiento consiste en la realización de una revisión de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección. (Dra. Adriana Silvia Velito, Dr. Sergio Ramiro Tejada Soriano, Año 2010)

## **2.3 Historia clínica informatizada: Ley 26529**

El contenido puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos

contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Según la resolución 648/86 emitida por la Secretaria de Salud del Ministerio de Salud y Acción social, se fija un lapso de 15 años para la conservación de las historias clínicas en los distintos establecimientos asistenciales privados autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional. En el caso que cesasen sus actividades los consultorios o establecimientos privados, las historias clínicas correspondientes a pacientes con obra social, deberán ser remitidas a los respectivos entes de la obra social y las de los demás pacientes a la Secretaria.

La historia Clínica debe constar de:

- Fecha de inicio de su confección
- Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar
- Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;

Además todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, tratamientos, prácticas, estudios

principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, hojas de indicaciones médicas, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, prescripciones dietarias, estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas.

Se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, y los herederos forzosos con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán

entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido.

### **Historias Clínicas informáticas**

Históricamente el registro de las tareas del cuidado de salud de los pacientes se ha realizado en papel. Esta forma de registro tiene implícitas algunas desventajas como su accesibilidad, legibilidad, recuperación de la información y almacenamiento. Con la aparición de las computadoras se generó una nueva forma de registrar la consulta médica. Este nuevo formato tiene la potencialidad de anular o al menos disminuir las desventajas del registro en papel. Es por eso que hoy en día son cada vez más las instituciones de salud en el mundo que se encuentran migrando sus registros médicos a formato electrónico.

En su forma más simple se podría definir a los Registros Médicos Electrónicos (RME) como la versión digital o electrónica de los registros médicos en papel, aunque el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) especifica que son más que la versión electrónica de los registros en papel y que tienen el objetivo de brindar ayuda para que los procesos de cuidado de la salud sean más eficientes, utilizando recordatorios, alertas u otros tipos de ayuda a la toma de decisiones.

Según la definición del Organización Internacional de Estándares (ISO por sus siglas en inglés) los Registros médicos electrónicos son el repositorio de información sobre el estado de salud de una persona en formato procesable por una computadora, que es almacenada y transmitida de forma segura y accesible por múltiples usuarios autorizados, disponiendo de un formato estandarizado que es independiente del sistema de RME utilizado y cuyo

propósito es el de acompañar la continuidad del cuidado de forma eficiente y facilitando un cuidado de salud integrado y de calidad.

Según la definición de la Sociedad Global de Sistemas de Información de Salud, (HIMSS) por sus siglas en inglés, el RME es el repositorio longitudinal de toda la información relacionada a la salud de una persona que se genera en uno o más encuentros de atención médica. La información incluida en el registro electrónico incluye datos demográficos del paciente, evoluciones o notas clínicas, lista de problemas o diagnósticos, medicamentos, signos vitales, antecedentes médicos, registros de inmunizaciones, datos de laboratorio y reportes de estudios por imágenes entre otros.

Además, dan soporte a otras actividades del cuidado a través de interfaces, incluyendo ayuda a la toma de decisiones basadas en evidencia, gestión de la calidad y reporte de resultados de cuidado clínico.

Aún y cuando hay gran interés y potenciales beneficios reportados, y si bien existen algunas excepciones, la tasa de adopción a nivel mundial sigue siendo baja. Al estudiar las barreras por las cuales los RME no están siendo implementados más ampliamente los estudios encontraron que existen barreras financieras, técnicas, psicológicas, sociales, legales y organizaciones, así como el tiempo necesario y el correcto manejo del cambio como principales factores.

### **Situación de los RME en América Latina**

Si bien el uso de RME puede traer grandes beneficios a América Latina y el Caribe, no existen datos que permitan conocer su grado de adopción y uso. En la región los RME son denominados de distinta manera dependiendo del país: por ejemplo en Argentina se los conoce como Historia Clínica Electrónica, y en Colombia, Registro Clínico Electrónico, en otros países también pueden ser denominados Registro clínico Digital o Ficha Electrónica.

### **Beneficios de los Registros médicos electrónicos:**

- Identificación precisa de los pacientes.

- Se puede asegurar la seguridad y confidencialidad de los datos personales del paciente.
- Facilitan la integración con sistemas administrativos lo que puede agilizar el agendamiento y programación de consultas médicas.
- Si están correctamente implementados pueden ayudar a los profesionales a que dispongan menor tiempo dedicado a tareas administrativas.
- Permite compartir información clínica entre profesionales sanitarios tanto de la unidad como de diferentes hospitales.
- Mejoran la seguridad jurídica del profesional por el registro electrónico de la información del paciente.
- Incrementan la calidad asistencial al disponer de información del paciente inmediata y en tiempo real.
- Mejoran la eficiencia del proceso asistencial al evitar desperdicio de medicamentos y estudios de diagnóstico innecesarios.
- Mejoran el proceso de toma de decisiones en todos los niveles.
- Proporcionan indicadores de salud en tiempo real, para la toma de decisiones.
- Disminuyen los errores por ilegibilidad en las recetas de los médicos.
- Disminuyen del gasto en papel y ayudan a conservar el medio ambiente.
- Facilitan la vigilancia epidemiológica (OPS, OMS 2016)

### **3- SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte curricular de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

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

Los objetivos del SIP son:

- Servir de base para planificar la atención.
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.

- Unificar la recolección de datos adoptando normas.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles.
- Obtener localmente estadísticas confiables.
- Favorecer el cumplimiento de normas.
- Facilitar la capacitación del personal de salud.
- Registrar datos de interés legal.
- Facilitar la auditoría.
- Caracterizar a la población asistida.
- Evaluar la calidad de la atención.
- Categorizar problemas.
- Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales .

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

Desde 1983 la historia clínica ha sido modificada en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades nacionales e internacionales definidas por los Ministerios de Salud de la Región. Su formato y diseño, sin embargo, han sufrido pocas modificaciones. Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente predefinidos y aquellos datos que requieren mayor

información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo (Fescina RH, De Musio B, Martinez G, Diaz Rosello JL, Serruya S, Mainero L, Rubino M., Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, Salud de la Familia y Comunidad,OPS, OMS)

#### **4- Metodología**

##### **Material y método:**

El presente es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, cualitativo y cuantitativo. La población de estudio son las historias clínicas perinatales informáticas de embarazadas que tuvieron el parto en el Hospital J.B Iturraspe en el primer semestre del año 2021.

Se incluyeron las pacientes con parto/cesárea registrado desde el 1/1/2021 al 30/6/2021 inclusive.

El análisis se realizó sobre una muestra aleatoria de 100 historias clínicas perinatales informáticas, obtenidas del Sistema Informático Perinatal sobre un total de 1371 Historias Clínicas. De estas mismas se registró si tanto los datos de la gestante como del recién nacido estaban ausentes, presentes o incompletos.

Las variables que se tuvieron en cuenta de la madre: antecedentes familiares, personales, obstétricos, vacunación y serología dentro de las primeras 20 semanas de embarazo (HIV, chagas, toxoplasmosis y sífilis); y del recién nacido: sexo, peso, perímetro cefálico, longitud, edad gestacional y Apgar.

## **5-Resultados:**

A continuación se presentan detallados los resultados de una muestra de 100 historias clínicas perinatales, con un total de 1371 historias clínicas perinatales presentes desde el 1 de enero al 30 de junio del año 2021.

### **a) Antecedentes familiares:**

Corresponden a los antecedentes de la familia de la paciente. Se interroga sobre tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, preeclampsia, y eclampsia.

De las 100 historias clínicas perinatales examinadas la totalidad de estas presentaron registro de los antecedentes familiares.

### **b) Antecedentes personales:**

Se desarrollan los antecedentes de la paciente: tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia o VIH. Los mismos estaban completos en todas las historias clínicas perinatales.

### **c) Antecedentes obstétricos:**

Comprende el número de gestaciones previas sin incluir el embarazo actual, peso del recién nacido en el último embarazo, fecha del último embarazo, embarazo gemelar, presencia de abortos, entre otros.

En el 70% los antecedentes obstétricos (Figura 1) se presentaban en forma completa.

Las que se encontraban incompletas (30%), mostraban con mayor frecuencia, los siguientes datos ausentes: la fecha del fin del embarazo anterior y la presencia o ausencia de embarazo ectópico.

### **c) Vacunación Anti rubéola:**

Se observó que el 97% presentaba registros completos, 2% incompletos y el 1% ausentes (Figura 2).

d) Vacunación antitetánica:

El 96% de las historias clínica perinatales contaban con registros incompletos, siendo los datos faltantes en las mismas la fecha de colocación de la vacunación antitetánica y el número de dosis de la misma. Solo el 4% de los registros estaban completos.

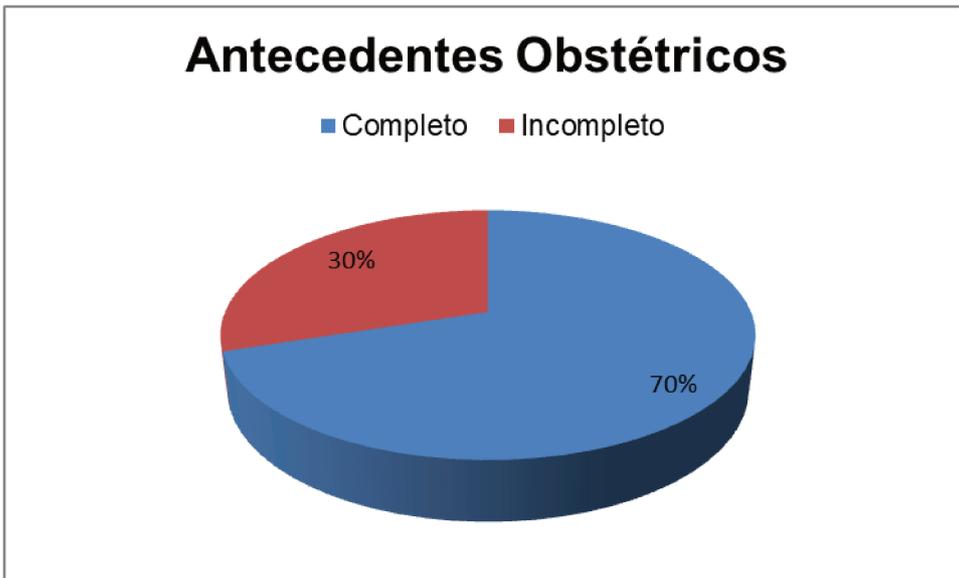


Figura 1. Antecedentes Obstétricos

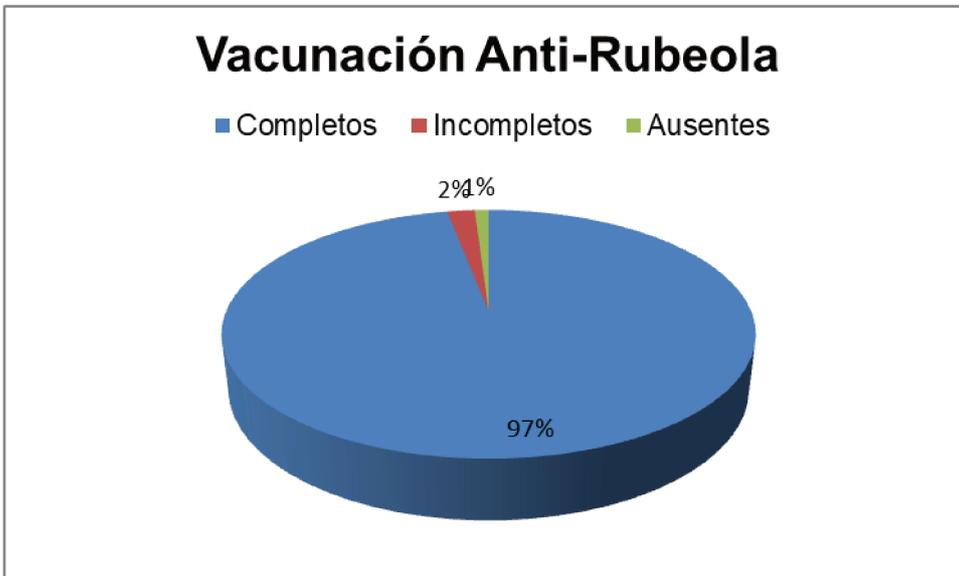


Figura 2. Vacunación Anti-Rubéola



Figura 3. Vacunacion Antitetánica

### **Serología de la embarazada en las primeras 20 semanas**

#### e) VIH:

El 99% de las historias clínicas perinatales estaban completas, detallando que la prueba se había solicitado y realizado por la paciente.

Solo un 1% restante carecía de datos. (Figura 4)

#### f) Sífilis:

El 20% de las historias clínicas detallaban la prueba treponemica y no treponemica solicitada y su correspondiente tratamiento; en el 80% restante estos datos se encontraban incompletos por omisión de la edad gestacional (Figura 5).

#### g) Toxoplasmosis:

El 100% de las historias clínicas perinatales detallaban esta información.

#### h) Chagas:

Todas las historias clínicas perinatales informáticas contaban con este dato.



Figura 4. VIH

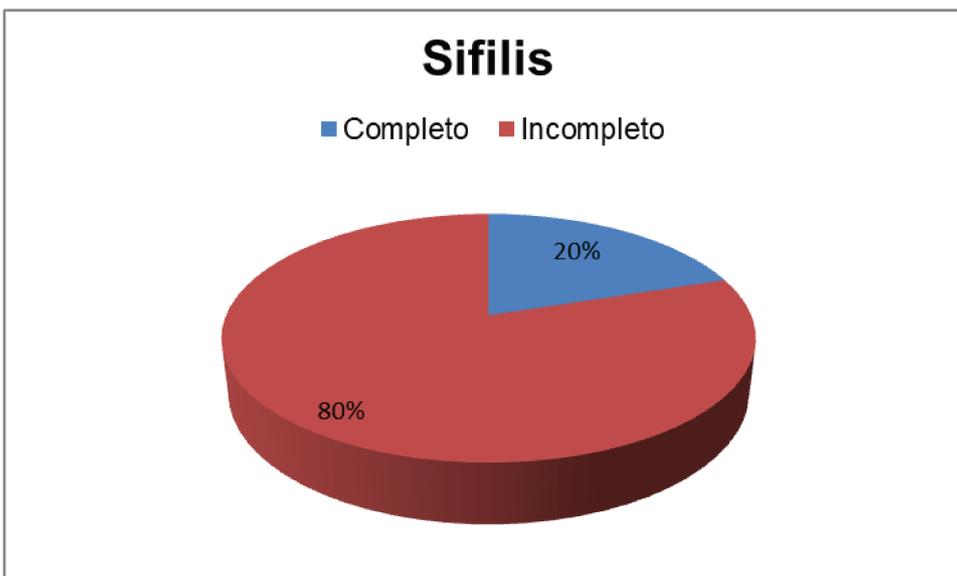


Figura 5. Sífilis

i) Peso Materno:

En el 67% de las historias clínicas perinatales se encontraba ausente. Solo el 33% estaban completas (Figura 6).

j) Talla:

En el 65% de las historias clínicas no se encontraba este dato. Solo el 35% estaba completo (Figura 7).

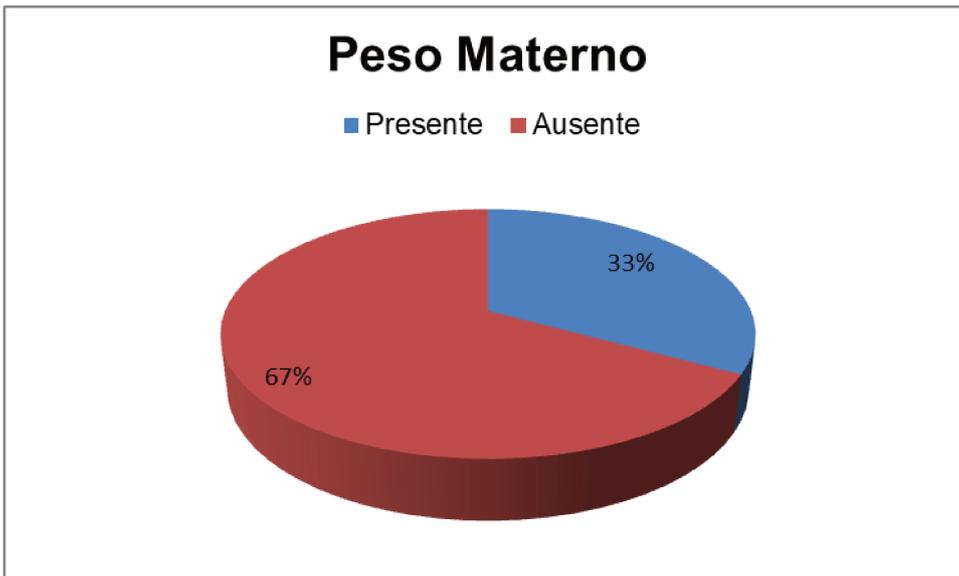


Figura 6. Peso Materno

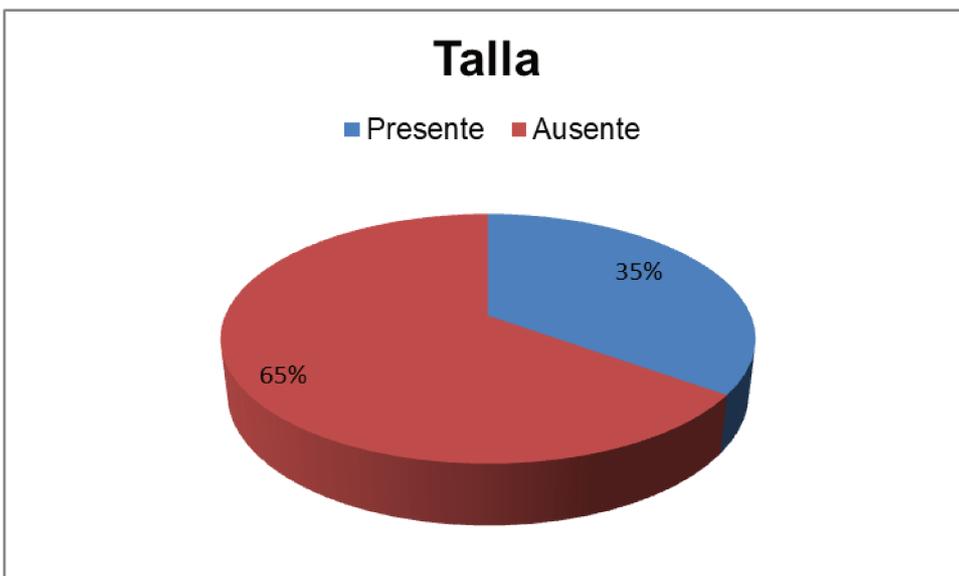


Figura 7. Talla

Datos del Recién Nacido:

a) Sexo:

Se diferencia como femenino, masculino o no diferenciado. En el total de historias clínicas se encontraban presentes.

b) Peso al Nacer:

Se encontraba completo en todas las historias clínicas analizadas.

c) Perímetro Cefálico:

En el 99% de las historias clínicas se encontraba este dato. Solo en el 1% carecía este dato (Figura 8).

d) Talla:

El 99% de las historias clínicas analizadas contaban con este dato (Figura 9).

e) Edad gestacional:

El 97% de las historias clínicas perinatales estaban completas, 2% incompletas y el 1% ausentes (Figura 10).

f) Apgar:

Sistema de Puntuación que se utiliza para evaluar el estado clínico del recién nacido, realizado al primer y quinto minuto de vida. En el mismo se evalúa: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color.

El 99% de las historias clínicas perinatales contaban con este dato.



Figura 8. Perímetro Cefálico

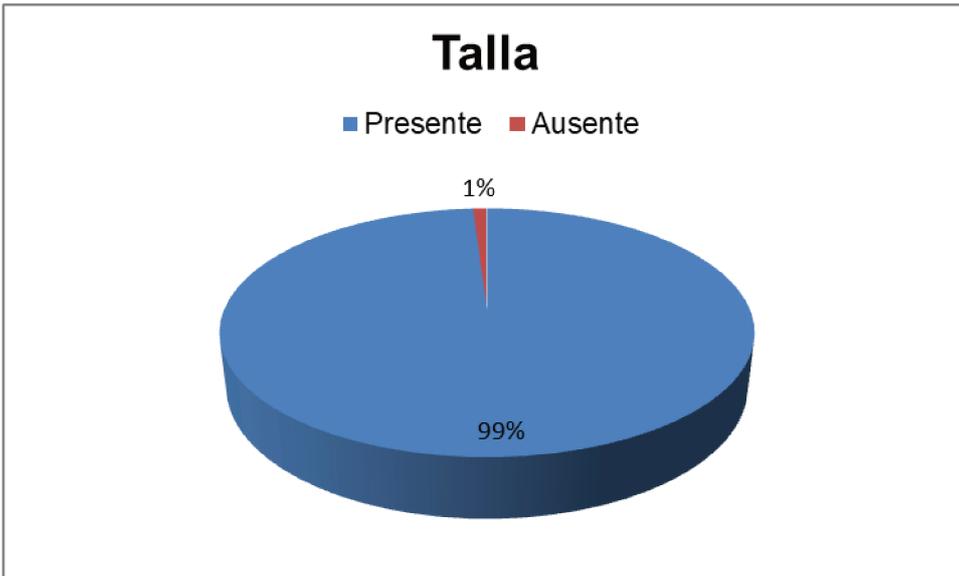


Figura 9. Talla

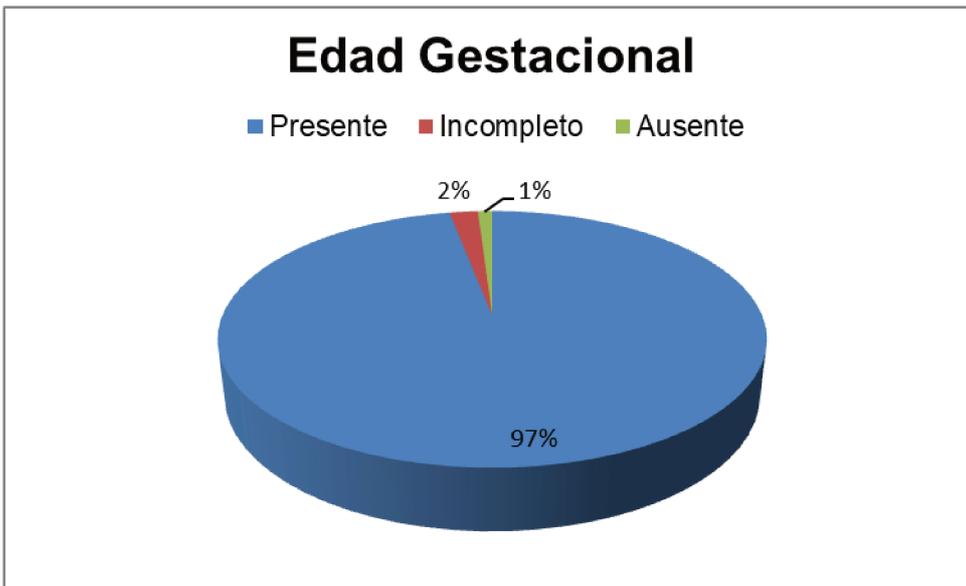


Figura 10. Edad Gestacional

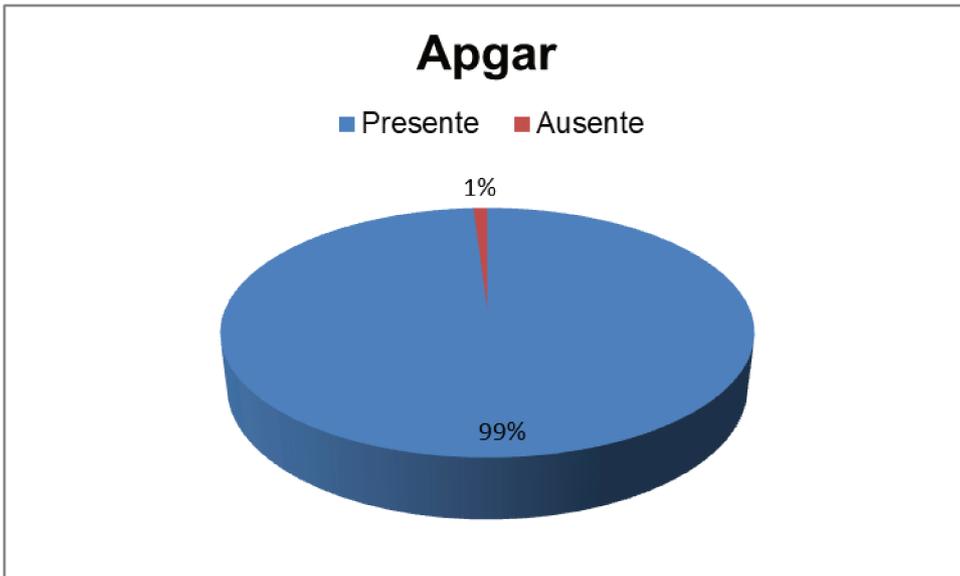


Figura 11. Apgar

## **6-Conclusiones y recomendaciones:**

### **Conclusiones:**

Con la información detallada anteriormente se pudo identificar los principales datos ausentes de las historias clínicas perinatales.

Si bien los datos del recién nacido se hallaban completos casi en su totalidad, en lo que respecta a la gestante se encontraron incompletos sus antecedentes obstétricos (30%), vacunación antitetánica (96%), Sífilis (80%), Peso (67%) y Talla (65%). La falta de estos datos hace que disminuya la calidad de la historia clínica perinatal.

Es necesario destacar que estos datos como todos los de la historia clínica perinatal son de fundamental importancia, ya que constituyen una base para la planificación de la atención de la gestante y del niño/a. La misma facilita el funcionamiento de los servicios perinatales, normaliza y formaliza la recolección de datos, facilita al personal de salud la aplicación de normas para la atención, constituye un registro de datos para la investigación en servicios de salud, entre otros.

Por lo tanto, es necesario plantear una mejora en la carga de estos datos, principalmente en los antecedentes obstétricos, vacunación antitetánica con número de dosis y fecha de colocación, Prueba treponémica y no treponémica completando la semana de gestación de la paciente en que se realiza la misma, peso y talla.

La estrategia para la eliminación de sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de un control prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección, mediante el tratamiento a las parejas sexuales y el uso del condón.

La historia clínica es el instrumento más útil con el que cuenta un médico para dejar constancia de la atención realizada al paciente, y de ser necesario justificar su correcto desempeño.

## **Recomendaciones:**

De acuerdo a los resultados obtenidos se sugiere una capacitación continua sobre Sistema Informático Perinatal, para lograr un correcto manejo del mismo, evitar la pérdida de datos de las historias clínicas perinatales, optimizar el tiempo de carga, acortar los plazos desde la atención a la transcripción de datos y desarrollar una correcta migración de los datos obtenidos de las historias clínicas perinatales en papel.

Realizar una supervisión periódica de los datos que se encuentran ausentes a fin de mejorar la calidad de las mismas y poder completarlos, proyectando un trabajo en equipo, integral y articulado con los diferentes niveles de atención.

Categorizar las problemáticas que surjan a la hora de la carga de los datos para que los mismos puedan ser solucionados por el área de informática.

Actualización de los sistemas y programas en los equipos electrónicos para evitar sistemas lentos y la pérdida de datos ya cargados.

## **Anexos**

### **Datos a desarrollar de la historia clínica perinatal:**

- ✓ Identificación: Nombre y apellido de la paciente, DNI, domicilio, localidad, teléfono, fecha de nacimiento, edad, etnia, alfabetización, años de estudios, estado civil, lugar de control prenatal y lugar del parto.
- ✓ Antecedentes personales, familiares y obstétricos:

Antecedentes personales: Se refiere a los antecedentes propios de la mujer. Incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más antecedentes de: cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia o VIH. El término cirugía-genito urinaria no incluye a las cesáreas. En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual.

Antecedentes familiares: se refiere a padres y hermanos.

Antecedentes obstétricos: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual.

Partos: vaginales/cesáreas: Número de partos por cesárea y vaginal. Peso del recién nacido en el último embarazo. Registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar)

#### Abortos:

Expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos.

#### Nacidos vivos:

Si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa, independientemente de la duración del embarazo.

#### Embarazo ectópico:

Número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

Nacidos muertos:

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

Viven:

Hijos vivos al momento de la consulta.

Muertos en la primera semana:

Recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día.

Muertos después de la primera semana

Recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más).

Fin de embarazo anterior: Fecha

Embarazo planeado: Si o no.

Fracaso del método anticonceptivo antes del embarazo actual:

- No usaba ningún método
- Barrera
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Hormonal
- Anticoncepción de emergencia
- Métodos naturales.

Gestación actual: Peso habitual antes del embarazo. Talla, Fecha de última menstruación (FUM), Fecha de probable parto (FPP). Deben ser registradas en formato día-mes-año.

Confiabilidad de la edad gestacional (EG) por FUM o ecografía menor a las 12 semanas: Registrar SI/NO.

Estilo de vida: si es fumadora pasiva/activa, consumo de drogas (marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína); alcohol, violencia física, psicológica, sexual. Todo debe ser registrado.

Antirubéola: Completar si fue colocada previa al embarazo, en el embarazo, no sabe o NO si no la tiene en el carnet de vacunación.

Antitetánica: Colocar si esta vigente o no, y completar con la fecha de la primera y segunda dosis.

Examen odontológico y de mamas: Completar si es normal o no.

Se busca identificar problemas que puedan alterar la alimentación con leche materna (pezones invertidos, tumores, etc)

Cérvix: Completar la inspección visual, papanicolao y colposcopia, si los mismos son normales, anormales o no fueron realizados.

Grupo RH: Grupo y factor sanguíneo.

Gamma globulina anti-D: Se marcará "SI" si siendo RH negativo no inmunizada recibió la gamma globulina anti-d en el embarazo y "NO" en caso que no la haya recibido. En caso de ser RH positivo o RH negativo inmunizada se deberá completar "no corresponde".

Toxoplasmosis: Registrar el valor de la prueba IgM y/o IgG.

Infección por HIV, toxoplasmosis, sífilis y hemoglobina: Completar si fue solicitado y realizado antes y después de las 20 semanas de gestación.

Hierro y folatos: El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional en el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural. Debe completarse si ambos fueron o no indicados.

Chagas: Es una enfermedad considerada endémica en 21 países. Se deberá registrar el resultado positivo, negativo o no se realizó.

Paludismo/malaria: Se deberá registrar si es positiva, negativa o no se realizó.

Bacteriuria: Se deberá controlar antes y después de las 20 semanas, y colocar NORMAL si tiene urocultivo negativo, anormal si tiene urocultivo con más de 100.000 unidades formadoras de colonias o no se realizó.

Glucemia en ayunas: Se deberá completar antes y después de las 20 semanas. Marcar círculo amarillo cuando sea igual o mayor a 105 mg/dl.

Estreptococo B 35-37 semanas: La infección por estreptococo grupo B es una causa importante de morbi-mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección es la realización de hisopado vaginal y anal. Se debe completar su resultado positivo, negativo o si no se realizó.

Preparación para el parto: Tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), informar a la mujer y su familia los cambios que ocurren en la gestación y los esperados en el parto y puerperio.

Consejería lactancia materna: Incluye consejería sobre los beneficios de la lactancia materna, posiciones para amamantar, cambios en la composición de la leche materna, etc. Se registrará según corresponda si o no.

- ✓ Consultas antenatales: Se deberá registrar día, mes y año de la consulta, edad gestacional, peso, presión arterial, altura uterina, presentación fetal: cefálica, pelviana o situación transversa, frecuencia cardíaca fetal por minuto, movimientos fetales positivos o negativos, proteinuria positiva o negativa, signos de alarma, exámenes y tratamiento, iniciales técnico y fecha de próxima cita.

- ✓ Admisión por parto: Registrar si se trata de parto o aborto. Fecha de ingreso, si tiene carne perinatal, cantidad de consultas prenatales, si necesitó hospitalización en el embarazo, uso de corticoides, inicio del parto, si presentó ruptura prematura de membranas, edad gestacional al parto, presentación y situación, tamaño fetal acorde y acompañantes en el trabajo de parto.

Trabajo de parto: Partograma: hora, minutos, posición de la madre, presión arterial, pulso, contracciones en 10 minutos, etc.

Nacimiento: vivo o muerto, fecha y hora, múltiple o no, terminación del parto, posición en el parto, episiotomía, desgarros, placenta completa o retenida, ligadura del cordón precoz o no, medicación recibida, etc.

- ✓ Enfermedades y hemorragias maternas: Se registrarán todas las patologías ocurridas en embarazo, parto y puerperio.
- ✓ Recién nacido: completar sexo, datos antropométricos, apgar, si necesito reanimación, defectos congénitos, tamizaje neonatal, si expulsó meconio el primer día etc.
- ✓ Puerperio: día y hora, signos vitales de la mamá, control de involución uterina y loquios. Vacunación antirubéola post parto y gammaglobulina anti-D.
- ✓ Egreso del RN: Completar fecha, edad al egreso, traslado o muerte, peso y médico responsable
- ✓ Egreso materno: fecha, si se traslada, anticoncepción, y médico responsable.

## **Bibliografía:**

-Asprea I, García O, Nigri C, (2013) *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Dirección Nacional de Maternidad e infancia, Ministerio de Salud de la Nación.

URL <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal>

- Escudero, C. (2013) *Manual de Auditoria Médica*. Editorial Dunken.

URL

[https://books.google.com.ar/books/about/Manual\\_de\\_Auditor%C3%ADa\\_M%C3%A9dica.html?id=XSr2AAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&hl=es-419&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.ar/books/about/Manual_de_Auditor%C3%ADa_M%C3%A9dica.html?id=XSr2AAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&hl=es-419&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true)

- Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. (2012) *Historia de la historia clínica*. *Galicia Clin*; 73 (1): 21-26.

URL <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>

-Ley Nacional N° 26.529 (2009). *Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado*. Boletín Oficial, Buenos Aires.

URL <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

-OMS/OPS (2010) *Sistema informático perinatal, Historia Clínica Perinatal y formularios complementarios*.

URL [https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/SISTEMA-INFORMATICO-PERINATAL-HISTORIA-CLINICA-PERINATAL-Y-FORMULARIOS-COMPLEMENTARIOS\\_INSTRUCCIONES-DE-LLENADO-Y-DEFINICION-DE-TERMINOS.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/SISTEMA-INFORMATICO-PERINATAL-HISTORIA-CLINICA-PERINATAL-Y-FORMULARIOS-COMPLEMENTARIOS_INSTRUCCIONES-DE-LLENADO-Y-DEFINICION-DE-TERMINOS.pdf)

-OPS/OMS (2016) *Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*.

URL

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28209/9789275318829_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

-Resolución Ministerial N° 348/ 03 (2003) *Norma de organización y funcionamiento de servicio de maternidad*. Buenos Aires.

URL <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-348-2003-85616/texto>

-Robledo Galván H, Meljem Moctezuma J, Fajardo-Dolci G, Olvera-López D (2012) De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud, *Rev. Conamed*, 17 (4).

URL

<file:///D:/Contacts/Dialnet-DeLaIdeaAlConceptoEnLaCalidadEnLosServiciosDeSalud-4175520.pdf>