

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Secretaría de Graduados
Maestría en Salud Materno Infantil

**“Análisis de Registros, Calidad de los Datos y
Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica
Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón
Carrillo. Santiago del Estero Año 2005”**

Directora: Lic. Mgtr. YOLANDA BETTONI
Autora: Méd. MÓNICA LILIAN MORELLI

CÓRDOBA 2007

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

MAESTRÍA EN SALUD MATERNO INFANTIL

Acreditación y Categorización: Resolución N° 414/99. CONEAU "B"

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, Resolución N°
890/02.

VEREDICTO:.....

DIRECTORA: Lic. Mgtr. Yolanda Bettoni

TRIBUNAL EVALUADOR:

1-.....

2-.....

3-.....

RESÚMEN

“Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005”

Autora: Morelli Mónica Lilian

La investigación consistió en la evaluación del llenado de los datos en la Historia Clínica Perinatal, de las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional, Dr. Ramón Carrillo, utilizando el software del sistema Informático Perinatal (SIP) del CLAP, con el objeto de detectar y describir los datos faltantes o incorrectos en las mismas, la implicancia que ocasionan los mismos con el fin de optimizar la calidad del llenado y en consecuencia, la prestación.

Objetivo General

- Perfeccionar el llenado de la Historia Clínica Perinatal a fin de mejorar la calidad de las prestaciones futuras.

Objetivos Específicos

- Evaluar el llenado de la Historia Clínica Perinatal y describir cuales son los datos faltantes o incorrectos más frecuentemente.
- Determinar la implicancia que tiene la falta o incorrección de esos datos.
- Proponer normas, medidas y acciones, que tiendan a corregir las deficiencias encontradas en el llenado de la Historia Clínica Perinatal.

Material y Método

Para el presente estudio se considera población y muestra todas las Historias Clínicas Perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Ramón Carrillo, que tuvieron su parto entre el 1 de enero del 2005 y el 31 de diciembre del 2005, ingresadas al Sistema Informático Perinatal (SIP).

Tipo o enfoque de Investigación

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo del fenómeno que se refiere a los datos faltantes o incorrectos en los registros perinatales de las HCP volcadas al SIP. En virtud de tratarse de una investigación sin antecedentes de otros trabajos similares en la provincia, se trata de un trabajo exploratorio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de una fuente secundaria, la cual es la base de datos constituida por las HCP volcadas en soporte informático (SIP), en la Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, correspondiente al año 2005.

Conclusiones y recomendaciones

Se detectó un elevado porcentaje de falta de datos (20.3%), sobre todo en los referidos al recién nacido (31.8%) y al egreso del mismo (40.5%), lo que hace recaer la responsabilidad en los profesionales de neonatología. Además falta de integración en equipo por parte de neonatólogos y obstetras. También se detectó significativas falencias en el registro del control prenatal (15.3%) y datos del embarazo (25.9%)

*Se deben promover acciones tendientes a mejorar la captación de datos en la Historia Clínica Perinatal (HCP).

*Definir a los Responsables del llenado de la HCP dentro de las instituciones y capacitarlos mediante Talleres de llenado de la HCP.

*Modificaciones en el formulario impreso de la HCP:

PRÓLOGO

“En un intento por llegar a la verdad, busqué información en todas partes, pero en muy pocas instancias pude obtener historias clínicas adecuadas para fines comparativos”

Florence Nightingale¹, 1863.

El problema que motiva la investigación, se encuentra claramente sintetizado en la referencia citada de Florence Nightingale, aún cuando la misma data del año 1863.

Esto demuestra que este problema, aunque viejo, continúa vigente. No tiene fronteras ni límites políticos o culturales. Desde siempre existió el registro incompleto o incorrecto de los datos.

Sin embargo, es nuestra obligación profesional, intentar modificar esta situación. Debemos rescatarla de la oscura indiferencia en que se encuentra, para volverla visible y hasta irritante, para quienes son los responsables de la misma. Se pretende con esto generar una sensibilización en quienes son los protagonistas para que motivados, produzcan los cambios pertinentes para transformar esta realidad.

Mónica Morelli, Marzo 2007.-

¹ Enfermera italiana, reformadora del sistema sanitario. Fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes.

INDICE

	Pág.
RESÚMEN.....	3
PRÓLOGO.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	8
MARCO REFERENCIAL.....	19
OBJETIVOS.....	25
MATERIAL Y MÉTODO.....	26
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXO.....	51

INTRODUCCIÓN

La investigación consistió en la evaluación del llenado de los datos en la Historia Clínica Perinatal, correspondientes a las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo de Santiago del Estero, utilizando el software del Sistema Informático Perinatal (SIP), creado por el CLAP, con el objeto de detectar y describir los datos faltantes o incorrectos en las mismas, la implicancia que conllevan y cuales son las áreas responsables de estas falencias.

El propósito es *resaltar esta situación deficiente que asumimos como normal* y además determinar en que grado y con qué frecuencia ocurren estas irregularidades.

Se decidió evaluar la Historia Clínica Perinatal, por ser el ámbito actual de trabajo. Se percibió la problemática y surgió un interés particular por intentar modificar esta situación.

Se determinó para la investigación, analizar las Historias Clínicas Perinatales volcadas en el Sistema Informático Perinatal, en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2005. Esas Historias Clínicas volcadas al SIP, constituyen una base de datos de aproximadamente 6000 pacientes.

Luego del análisis e interpretación de los datos resultantes y de sus posibles causas, se puede concluir de que existe un elevado porcentaje de falta de datos en el llenado de la Historia Clínica Perinatal, sobre todo en los

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

MARCO TEÓRICO

El registro médico comenzó a desarrollarse en 1918, con la estandarización de los hospitales en los EE.UU. y como un medio para evaluar la calidad de la atención. Sin embargo, el origen de los registros médicos puede remontarse a Hipócrates² y otros estudios de civilizaciones más antiguas, cabe señalar que 1600 años antes de Cristo, se produjeron anotaciones sobre casos quirúrgicos en Egipto.

La calidad de la atención es el eje fundamental del derecho a la salud de las personas, sin este criterio, es difícil definir si realmente las acciones que se brindan en los servicios, promueven su protección.

La calidad de los servicios de salud, es un elemento complejo, que debe abordarse en forma multifactorial. La calidad debe reorientar la cultura organizacional, estableciendo la gestión de la calidad como una meta institucional.

Por lo tanto para que un hospital funcione con un alto nivel de rendimiento, no es suficiente que tenga servicios de alta complejidad, sino el desarrollo de un sistema de información ágil, íntegro y confiable que suministre datos sobre morbilidad, fortaleciendo de esta forma del perfil epidemiológico de la población, asistente a ese hospital.

² Médico griego considerado el padre de la medicina, nació en el sigloV adC, alrededor del año 460 adC en Kos y falleció en el siglo IV adC, año 370 adC. Fue el responsable de la redacción del Juramento Hipocrático, jurado por los profesionales médicos al momento de su graduación de grado.

Significado de los Datos en Salud

La información para el sistema de salud depende de los datos que generan los servicios de salud y de otros registros de tipo intersectorial. 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.

Los datos en el sector salud son importantes porque reflejan la realidad de la población asistida, es decir se puede realizar un diagnóstico de la situación de salud, además de detectar los sectores más vulnerables o en situación de riesgo, e implementar medidas y acciones correctivas.

Para este trabajo consideraremos dato³, a una representación simbólica -numérica, alfabética, etc.- de una entidad. No tiene valor semántico -sentido- en sí mismo, pero convenientemente tratado -procesado- se puede utilizar en la realización de cálculos o toma de decisiones. Representan un conjunto discreto de factores objetivos sobre un hecho real, no dice nada sobre el porqué de las cosas y por sí mismo tiene poca o ninguna relevancia o propósito.

Todas las organizaciones necesitan datos y algunos sectores son totalmente dependientes de ellos. Los encontramos en los registros de los hechos y en el caso particular del sector salud, estos registros se realizan en las Historias Clínicas.

³ Definiciones extraídas de material elaborado por el Dr. Soriano Enrique, para el Curso Universitario de Postgrado de Epidemiología y Estadística, del Hospital Italiano. Año 2006.

Mediante el procesamiento de los datos, obtenemos la “información”. La palabra “informar” significa literalmente “dar forma a”. La información es un conjunto organizado de datos que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno.

A diferencia de los datos, la información tiene significado -relevancia y propósito-. Aquellos se convierten en información cuando su creador les añade significado. La información modifica el proceso de atención.

Las computadoras nos pueden ayudar a añadir valor y transformar datos en información a través de la categorización, la corrección, la condensación y el cálculo, pero es muy difícil que nos puedan ayudar a analizar el contexto de dicha información.

Es necesario conceptualizar la Historia Clínica, como una descripción detallada y ordenada de la información relevante en relación a la salud de una persona. La misma está integrada por una serie de registros individuales, producidos por diferentes especialistas en medicina y otros profesionales que participan en la atención directa de la salud de las personas.

El tema del registro correcto, completo y oportuno de esa información, es de fundamental importancia, tanto para el paciente de quién se originan, como para los profesionales responsables de los registros.

Para el paciente reviste gran importancia debido a que su Historia Clínica refleja su situación de salud. La lectura de este documento debería aportar

en forma clara el diagnóstico (si se hubiera concretado), la evolución del paciente, los resultados de los métodos complementarios utilizados, el nombre de los profesionales intervinientes, los criterios por los que se deciden determinadas conductas (por ejemplo indicación de cesárea o inducción).

Todos los elementos mencionados hacen a la cobertura y calidad de la atención del servicio de salud, lo que beneficia directamente al usuario del mismo.

Es decir, que la Historia Clínica se constituye en una herramienta específica que permite el análisis y revisión del trabajo médico.

En cuanto a los profesionales de la salud, la Historia Clínica representa un instrumento legal de que se realizaron las acciones e indicaciones específicas para resolver o mejorar la situación de salud del paciente. Esto significa que dichas acciones e indicaciones deben estar expresamente escritas, en forma clara, legible y con la rúbrica correspondiente.

Se debe tener en cuenta que todo aquello que no se escribió en la Historia Clínica, se considera no indicado o no realizado. Por lo tanto la omisión de escribir puede ser plausible de otorgar derechos en el futuro, a posibles damnificados, a iniciar acciones legales contra los profesionales, en caso de ocurrir algún resultado desfavorable que afecte la integridad o la vida del paciente.

De ahí la importancia de la completitud y corrección en el respaldo escrito del actuar de los profesionales.

Corresponde además decir que el registro de los datos sirve a los fines estadísticos, ya que a través de ellos se pueden diagnosticar diversas situaciones sobre las que se podría incidir con acciones correctivas, una vez detectadas.

La Jurisprudencia se ha expedido sobre la Historia Clínica sosteniendo que *este documento médico es la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención médica brindada al paciente* (Cám.Civ. y Com. Morón, Sala II, 28/2/91, JURIS, 87-168). También hay numerosos fallos jurisprudenciales que se volvieron en contra del galeno pues se trataba de Historias Clínicas "irregularmente confeccionadas", o "mal llevadas", o "prácticamente inexistente", o "plagada de deficiencias y de omisiones"

Los registros médicos son elementos cruciales para contribuir con la evaluación de la calidad de atención, sin embargo, el desarrollo de los mismos para tal fin, no ha cobrado la importancia, como en los Estados Unidos de Norteamérica, donde la calidad de registros, médicos es vital para la acreditación de hospitales

Estos registros médicos que conforman la Historia Clínica son básicos para planear y controlar la atención médica del paciente. Son además, un medio de comunicación de los profesionales que participan en la atención; sin

embargo, estas condiciones se cumplen parcialmente en la mayoría de los hospitales.

Influyen en esta situación, aspectos como letra ilegible, anotaciones relevantes incompletas y las preconcepciones que tienen los profesionales responsables del llenado sobre la completitud y validez.

Según Hernán Zengarini⁴ (2002), la historia clínica y los registros médicos informatizados se caracterizan por:

a.- Veracidad

“La historia clínica, 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.

b.- Exactitud

c.- Rigurosidad técnica de los registros

Los datos en ella contenida 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.

d.- Coetaneidad de registros

⁴ Abogado de la ciudad de Rosario, Argentina, quien analizó exhaustivamente el tema de la Historia Clínica Informatizada y elaboró un documento de difusión internacional, el cual se agregó a la bibliografía presentada.

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

e.- Compleitud

Debe contener información categórica, suficiente y sintética 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.

f.- Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombres y apellidos, rúbrica y número de colegiado, de forma legible.”

En cuanto a la Historia Clínica que nos compete, la cual es la Perinatal, corresponde a un área relativamente nueva de las especialidades médicas, ya que es recién en 1875 que se crea la especialidad de Obstetricia en Europa, luego con los años alrededor de 1960 se desarrollan lo que hoy conocemos como salas de neonatología modernas.

Un clásico de los estudios vinculados a la atención obstétrica lo constituye el caso de Ignaz Semelweis, con sus investigaciones en Suiza en el siglo pasado en torno de la asepsia en el trabajo de parto.

A partir de Tarnier⁵ se institucionalizó la atención del parto, antes se lo realizaba en los domicilios particulares, y eran atendidos por una “comadrona”.

En la medida que avanzan los estudios y trabajos referidos a la atención del embarazo y parto, se observa un incremento de la conciencia que asume la ciencia médica, orientando a los involucrados en una práctica de su profesión volcada hacia una “responsabilidad social” y una “responsabilidad de los Servicios de Salud”.

Actualmente, en el área perinatal, existen instrumentos de registro de datos perinatales, los cuales son: la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el carnet perinatal (CP). Estos registros deben volcarse en un programa informático denominado Sistema Informático Perinatal (SIP), específicamente diseñado para monitorear la salud perinatal.

El SIP es un estándar de registro clínico en América Latina y el Caribe. Fue elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Centro especializado de OPS/OMS en Perinatología, con sede en Montevideo, Uruguay.

El CLAP fue creado por el Profesor Caldeiro Barcia, en la década de los años 1970, quién además creó los registros de trabajo de parto y de atención. Su objetivo era mejorar la salud perinatal y para ello utiliza el SIP.

⁵ Creador del Fórceps para el “parto obstruido”.

En este estudio el SIP se entiende como las siglas del “Sistema Informático Perinatal”, este sistema incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica, que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad.

Constituye una herramienta útil para controlar el proceso de atención de la embarazada, “básicamente el SIP es una Historia Clínica (HC) y su archivo”⁶.

Resulta importante para las instituciones medicas el siguiente comentario: “registre lo observado y compare con lo esperado”⁷, esto alude a una autoevaluación del funcionamiento de una institución, porque nos brinda un acercamiento a conocer cómo nos encontraríamos respecto de los parámetros o estándares deseables o esperados.

La Historia Clínica Perinatal (HCP) es un formulario básico en una sola hoja, su contenido está basado en consensos clínicos universales. En este registro se contempla absorber más de 500 indicadores, a partir del primer contacto con la embarazada⁸.

El Carnet Perinatal (CP) es una copia de todos los datos contenidos en la HCP y se encuentra en poder de la paciente. Este carnet diseñado en un papel común, se constituye como una herramienta de registro de datos económica, práctica y eficaz.

⁶ Diaz Rosello, J. “Curso - taller del Sistema Informático Perinatal (SIP) para Windows e Internet”. Mayo 2003. CLAP-OPS-OMS. Montevideo. Uruguay.

⁷ ibídem

⁸ Ver Simini y otros “Manual del Sistema Informático Perinatal” Publicación del CLAP Nro. 1524, Julio 2003. OPS-OMS

El registro de los datos en el Carnet Perinatal se inicia en el Centro Primario de Atención, que en la provincia de Santiago del Estero se conoce bajo la sigla de UPA, que significa Unidad Primaria de Atención.

Mediante el mismo surge lo que se conoce como “referencia”, la cual es una derivación con los datos básicos que acontecen al control prenatal de la embarazada y que inciden en el resultado final de dicho proceso fisiológico de la mujer.

Una vez realizado el parto, se llega a la instancia de darle el “alta” a la puérpera y todos los informes del proceso de atención, se archivan en papel y en una computadora del Hospital donde se realizó la atención.

Cuando se traspasan los datos de la HCP al CP se constituye lo que se denomina “contrarreferencia”, que sería la devolución que debe hacer el tercer nivel de atención (Maternidad), al primer nivel de atención UPA, hospitales del interior o puestos sanitarios, para que estos tomen conocimiento de cómo concluyó el proceso iniciado por ellos.

Según sus creadores “el SIP incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica volcada previamente por los profesionales de salud en el Carnet Perinatal (CP), durante el control del embarazo y en la Historia Clínica Perinatal (HCP) al momento de ingresar la paciente a la institución donde se concretará el parto. De esta manera, se integra y articula el proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad. En sus funciones se incluye:

- servir de base para planificar la atención.
- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas 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 asistencia.
- categorizar los problemas.
- realizar investigaciones epidemiológicas.
- instrumentar el control de calidad de la atención. ”⁹

Si se cumplimentara el llenado de estos formularios en cantidad y calidad se poseería una valiosa información para implementar acciones de promoción y prevención, mejorar la referencia y contrarreferencia, autoevaluar los servicios e innumerables beneficios más.

⁹ CLAP-OPS-OMS “Sistema Informático Perinatal”. Publicación del CLAP Nro. 1524, Julio del 2003, Montevideo, Uruguay.

MARCO REFERENCIAL

El servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo constituye la institución de referencia de la provincia, se encuentra en dicho hospital, desde la inauguración del mismo, el 9 de julio de 1960, habiendo sido trasladada allí desde el hospital Independencia, donde funcionaba previamente a la creación del nuevo hospital.

Actualmente el edificio del hospital donde presta atención la maternidad, se encuentra ubicado en la Avenida Belgrano (S) N° 2273. Dicha avenida constituye hacia el sur, el acceso desde la provincia de Córdoba y hacia el norte, desde la provincia de Tucumán.

El sector público en la provincia de Santiago del Estero, posee un gran caudal de datos en salud, ya que según la siguiente información correspondientes al año 2004¹⁰, sobre un total de 16144 partos ocurridos en toda la provincia, 13409 ocurrieron en establecimientos públicos, lo que implica un 83% de asistencia al sector público de la población constituida por mujeres en edad reproductiva. Este simple dato nos está haciendo una radiografía de que más del 80% de mujeres en edad fértil no tienen acceso a otro sistema de salud que no sea el público, quedando solo un 17% de mujeres que poseen acceso a un sistema de salud privado o de obras sociales.

¹⁰ Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Información básica-2004-

Según los datos expuestos en la tabla “Partos del Subsector Oficial por Jurisdicción”, presentada en el Anuario 2005 de Información Perinatal, Santiago del Estero es la provincia argentina que presenta el mayor porcentaje de partos atendidos en hospitales públicos.

Aunque esta información no es específicamente el tema de la investigación que se enfoca en la falta o incorrección de los datos, el conocer esta situación, reafirma aún más la necesidad de mejorar los registros del sector público con instrumentos válidos como el SIP.

En el año 2005 se registraron en la provincia 13.400 partos institucionales, siendo registrados en el SIP de toda la provincia 9057, lo que determina el 68%.

En la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo se realizan anualmente un promedio de 6000 partos, lo que implica casi un 50% del total provincial de partos institucionales.

La maternidad Ramón Carrillo funciona dividida en diferentes sectores: de internación de embarazadas, sala de partos y de internación de puérperas. En otro sector del hospital anexo al servicio de maternidad se encuentra el Servicio de internación de Neonatología, también máximo nivel de referencia en la provincia.

La maternidad cuenta con personal médico (de 20 horas semanales) para atención de las distintas salas, consultorios externos, de ecografía y de salud reproductiva.

También cuenta cada día, con dos o tres médicos de 24 horas por guardia, además de obstétricas de guardia y residentes médicos y obstétricos de las residencias médica de gineco-obstetricia y de obstetricas.

El resto de su personal es el de enfermería y los recientemente incorporados identificadores, luego de una capacitación en identificación de los recién nacidos.

La institución donde se realiza este trabajo, el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Ramón Carrillo, cumple además actividades docentes. En la misma se forman y capacitan profesionales de diversas carreras de la salud: rotantes de los últimos años de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Tucumán, médicos residentes de la especialidad de gineco-obstetricia, residentes de la carrera de obstétricos, pasantes de la misma carrera en su período de prácticas, practicantes de la carrera de enfermería.

Todos estos profesionales o futuros profesionales, requerirán registros de calidad para realizar investigaciones, estudios de grado y postgrado y vemos que actualmente dichas inquietudes se ven malogradas ante las deficiencias observadas.

Es decir, que es amplio el abanico de beneficiarios de la correcta cobertura y calidad del registro de datos correspondientes a los pacientes atendidos en esta institución pública.

Al auditar las Historias Clínicas Perinatales mediante el Sistema Informático Perinatal en el Servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo, se detectan las deficiencias en el llenado y se comienza a analizar las causas de las mismas, que se describirán oportunamente.

El presente trabajo gira en torno a la descripción de tales falencias que surgen al momento de la recolección de los datos de las pacientes, mediante este instrumento.

Se considera que se necesita, no solo contar de datos fidedignos para la toma correcta de decisiones en el Sistema de Salud, sino que además la recolección de los mismos debería ser lo más precisa posible, para una descripción más real y acabada de la realidad sobre la cual nos interesa incidir.

Se volcaron en la investigación las observaciones realizadas durante casi dos años en el Servicio de Maternidad Ramón Carrillo.

Durante este tiempo se pretendió colaborar en la concientización y compromiso del personal de la maternidad con respecto a mejorar el registro de los datos, realizando observaciones de falencias e informando de las mismas tanto al Jefe de Servicio como a los involucrados en la corrección de estas, observando gran resistencia, sobre todo en el personal médico, en contraste con el personal obstétrico que asume con mayor responsabilidad el volcar en la Historia Clínica Perinatal la atención brindada a las pacientes.

Reseña de la implementación de la HCP en Santiago

La hoja de la Historia Clínica Perinatal, se implementa en Santiago del Estero por inquietud de algunas obstétricas de planta de la maternidad del Hospital Ramón Carrillo¹¹ cuando transcurría el año 1993. Según cuenta anecdóticamente la Lic. Saganías, introdujo el formulario para su uso, en una de sus guardias, sin contar con autorización oficial de sus superiores. A partir de ese momento, llegó la Historia Clínica Perinatal al Regional, para quedarse, aunque se discontinuara su llenado por falta de provisión desde el Programa Materno Infantil en numerosas oportunidades.

Posteriormente se incorpora el volcado de las mismas al Sistema Informático Perinatal en su versión original en DOS. Esto significaba un adelanto de la atención perinatológica hacia la Historia Clínica informatizada o electrónica. Sin embargo, este adelanto se ve interrumpido unos años después en razón de no disponer de recursos humanos para tal fin. Pero se continúa con el llenado del formulario en papel de la HCP, aunque en forma discontinuada, ya que no había provisión continua del formulario desde el Programa de Maternidad e Infancia de la provincia.

Se interrumpió el proceso de volcado de datos al SIP y hasta se llegó a perder los registros históricos de la experiencia.

El sistema SIP vuelve a implementarse por iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación, a fines del año 2003, entregando equipos informáticos a todas

¹¹ Cabe nombrar como una de las impulsoras de esta iniciativa, a la Lic. Liliana Saganias quién incorporó la hoja de la HCP y el CP a la Maternidad del Regional.

las provincias argentinas, con la capacitación necesaria a las personas involucradas en el proceso de registro y envío de datos al Ministerio de Salud de la Nación¹².

En ese momento, la provincia de Santiago del Estero, atravesaba una crisis institucional que precipitó en una Intervención por parte del Gobierno Nacional.

Casualmente, entre las irregularidades que dieron motivo a dicha intervención, fueron la falta de fidelidad de los datos referidos a los indicadores de salud de la población¹³.

Luego que culmina el período de la Intervención de la Provincia, gran parte de los profesionales y técnicos capacitados para el SIP fueron desplazados y reemplazados por personal nuevo en esa área y que ya no pudo recibir la capacitación como los anteriores.

Esto implica volver a un punto cero, con la pérdida del esfuerzo institucional por actualizar y brindar calidad en la confección de la HCP.

Hasta el presente, los datos registrados en el SIP en la Maternidad de mayor envergadura de Santiago del Estero, la del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, se llevan a cabo desde octubre del 2004. Recién se estarían cumpliendo dos años de registros ininterrumpidos.

¹² Esto sucedió durante un período de intervención Federal a la provincia, debidos a razones de inestabilidad política.

¹³ Entre los registros de salud, era llamativo que las tasas de mortalidad infantil sospechosamente eran similares a las de un país del primer mundo, inclusive más baja que la media del país.

OBJETIVO GENERAL

- Perfeccionar el llenado de la Historia Clínica Perinatal a fin de mejorar la calidad de las prestaciones futuras.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el llenado de la Historia Clínica Perinatal y describir cuales son los datos faltantes o incorrectos.
- Determinar la implicancia que tiene la falta o incorrección de esos datos.
- Proponer normas, medidas y acciones, para corregir las deficiencias encontradas en el llenado de la Historia Clínica Perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Características de la Población y de la Muestra

Para el presente estudio se consideró trabajar con el universo, es decir todas las Historias Clínicas Perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Ramón Carrillo, que tuvieron su parto entre el 1 de enero del 2005 y el 31 de diciembre del 2005, ingresadas al Sistema Informático Perinatal (SIP), según las estadísticas del SIP dichas HCP corresponderían a 6755 partos. Por lo tanto se podrá advertir que se trabajó con el 100% de la población elegida.

Se tratan de registros sobre mujeres de distinta procedencia geográfica y de distintos estratos sociales que concurren a este centro medico, que es el último nivel de referencia de la atención publica en la provincia de Santiago del Estero.

Tipo o enfoque de Investigación

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo del fenómeno, que se refiere a la falta de datos y datos incorrectos en los registros perinatales de las HCP volcadas al Sistema Informático Perinatal. Se trata de una investigación sin antecedentes con otras similares en la provincia, lo que supone un trabajo innovador y exploratorio, con la pretensión de que los conocimientos que se logren, representarán un punto de partida para la escasa sino inexistente información sobre el tema.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los antecedentes fueron obtenidos de una fuente secundaria, la cual es la base de datos constituida por las HCP volcadas en soporte informático (SIP), en la Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, correspondiente al año 2005.

Se analizaron mediante el instrumento elaborado para tal fin, el cual es el Sistema Informático Perinatal, que no solo permite la recolección sino también el análisis de los registros recogidos.

El SIP dispone de diferentes salidas de análisis de los datos que se han cargado previamente y que constituyen bases de datos perinatales que pueden ser comparadas con otras bases de otras instituciones del país, de otros países (que usen este mismo instrumento) o con bases de la misma institución pero de diferentes años de registros, lo que permite evaluar la evolución de los indicadores y determinar dónde serían necesarias la implementación de acciones correctivas.

Previamente se realizó un análisis bibliográfico y documental buscando antecedentes de investigaciones referidas al tema en cuestión.

Se recurrió luego a “entrevistas” informales con informantes clave y técnicos involucrados en el proceso del registro y la toma de datos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos con que se trabajó y que se presentan a continuación corresponden a las Historias Clínicas Perinatales (HCP) cargadas en el SIP en la Maternidad del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, cuyos partos ocurrieron entre el 01/01/2005 y el 31/12/2005.

La **Tabla 1** en el Anexo II, es una salida del SIP que nos permite realizar un control de llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP).

Los resultados están expresados en tasas aunque esta salida también permite ver las cantidades absolutas (tasas y casos).

Se trabajó solamente con las tasas en función de la claridad para interpretar dichos resultados. Se obtuvo un ranking de datos faltantes para determinar cuales son los sectores de la HCP en que se observa mayor faltante y quienes son los responsables de los mismos.

Se observa en la primera fila de la Tabla 1 (ver Anexo II), que la **tasa total de falta de datos**, es decir el promedio de todos los datos faltantes, constituye un **20.3%**. Lo óptimo según el CLAP es llegar a un 5% de falta en general.

En las filas subsiguientes, discrimina los datos faltantes por grupos, por ejemplo en la segunda fila de la misma Tabla, se refiere a los datos patronímicos, donde la faltante es de 5,9% y satisfactoriamente se acerca al 5% esperado.

Sin embargo, dentro de este 5,9%, se observó mediante la auditoría de las historias clínicas, una gran cantidad de veces que aunque no falta, está mal registrado el dato, por ejemplo el número del DNI de la paciente, encontrando dos o más números diferentes entre sí en la misma HCP. El dilema es determinar cual es el número de DNI correcto.

El mayor volumen de falta de datos, o sea el número uno en el ranking, se encuentra en la novena fila de la mencionada tabla del Anexo II, son los relacionados al **Egreso del Recién Nacido**, corresponde a un **40.5%** de faltante.

Estos datos son fecha del egreso, condición al egreso (vivo, vivo después de traslado, fallece, fallece después de traslado), edad (en días completos al egreso), lactancia (exclusiva, parcial, fórmula), peso al egreso¹⁴.

La falta de llenado de este módulo adquiere particular significado porque contiene información indispensable para calcular las tasas de mortalidad y evaluar el resultado perinatal.

Con respecto al ítem *certificado de nacido vivo* se comunicó por escrito al personal de “identificadores” recién incorporados al equipo, la sugerencia de que registraran el número de identificación de la pulsera del niño en ese casillero. Tal sugerencia contaba con el visto bueno del Jefe de Servicio de la Maternidad, pero fue denegada verbalmente por la Responsable de las identificadoras, a nivel ministerial.

¹⁴ Ver Formularios de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el Anexo II.

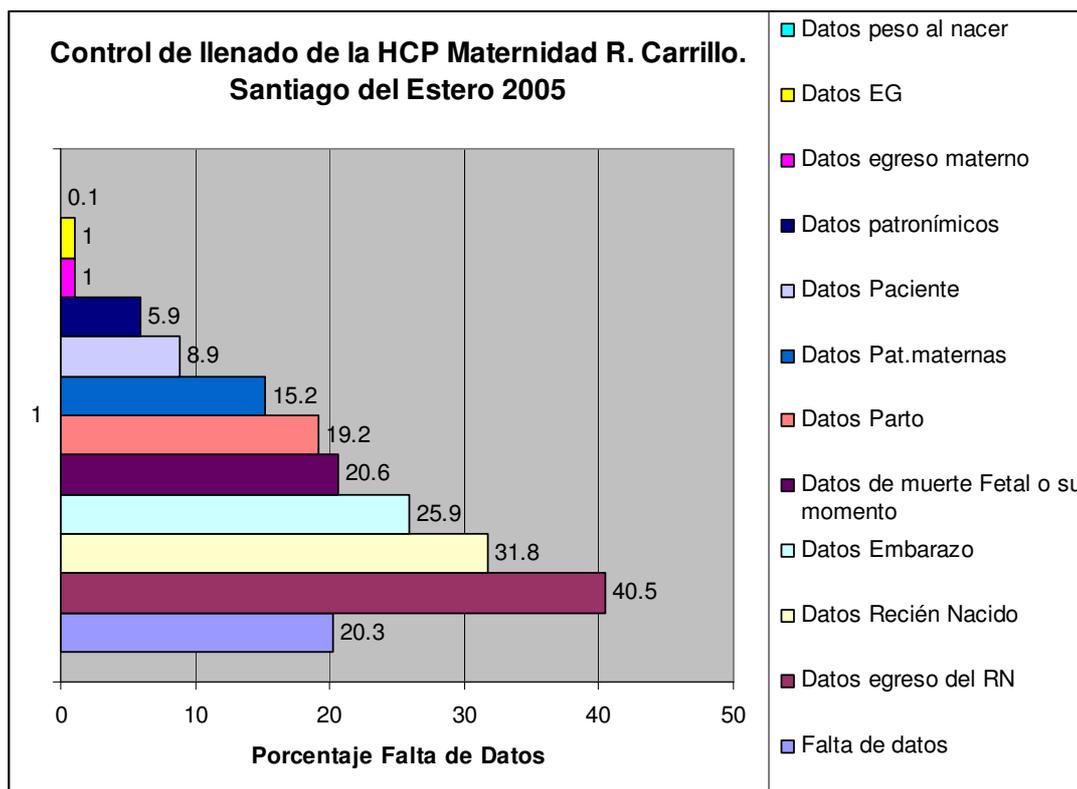
Se considera como implicancia de no colocar el número de identificación del recién nacido, el no tener en soporte informático en forma accesible y oportuna esa información, y además se pierde la posibilidad de ratificar la identidad del recién nacido y del vínculo con su madre.

Siguiendo con el ranking de falta de llenado de la tabla mencionada, estaría en segundo lugar la sección correspondiente a **Datos Recién Nacido** con una tasa de **31.8%** de falta de datos.

Suelen faltar los relacionados con los indicadores *Fallece en sala de parto (Si/No)* y *Referido (Alojamiento conjunto/Hospitalizado/Otro hospital)*. Esto se debe a que los datos del Recién Nacido no los llena el Neonatólogo o la Enfermera de neonatología que recibe el niño la mayoría de las veces los registra el médico u obstétrico que realizó el parto o la cesárea y solo vuelca lo que tiene certeza y estos son los datos *Sexo, Peso al nacer, Perímetro cefálico, Longitud de talla, Edad gestacional, Apgar*, (que copia del libro de Recién Nacidos), cuyo registro es responsabilidad de las enfermeras de Neonatología. En el mencionado libro no discriminan si el peso es adecuado a la edad gestacional, detalles acerca si reanimaron al niño o no, si pasó con su madre o fue internado, referencias que se puntualizan en el libro después de algún tiempo de transcurrido el parto. Estas falencias se corregirían si se hace responsable al personal médico en primer lugar y de enfermería de neonatología, de completar el mismo.

Para mostrar en forma más clara esta información, se realizó un gráfico de esta salida del SIP con los grupos ordenados de menor a mayor, según el porcentaje de faltante de datos. (Gráfico 1).

GRAFICO 1



FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

En tercer lugar en este ranking de faltante de datos, se encuentra **Datos Embarazo**, con un **25.9%** (Tabla 1).

Los indicadores que corresponden a este grupo, están detallados en la Tabla 2 del Anexo II, bajo el título de *Indicadores de Control Prenatal*.

En cuanto a la responsabilidad del registro del control prenatal, se presenta el circuito del llenado de los datos perinatales.

Los referidos al control del embarazo debe ser llenados en su carnet perinatal (CP) por quién realizó dichos controles. Constituyen la referencia en papel del SIP.

Al ingresar la paciente a la maternidad para la realización del parto, debe portar su CP para que estos datos puedan ser transcritos a la Historia Clínica Perinatal (HCP) por el profesional encargado de la admisión.

Esto nos lleva a deducir que existen tres posibles responsables de la faltante de datos, el profesional que controló y no registró durante los controles prenatales, el profesional que hizo la admisión de la paciente y no copió tal cual los datos del carnet perinatal o la embarazada que se olvidó de portar el CP al ingreso a la maternidad no pudiendo tener acceso a los mismos quién realiza al admisión.

El porcentaje de embarazadas que no trajo el carnet perinatal es del 50,3% durante el 2005 (Tabla 2).

La tasa de pacientes sin control prenatal (CPN) es del 29,7%. (Tabla 2) del SIP.

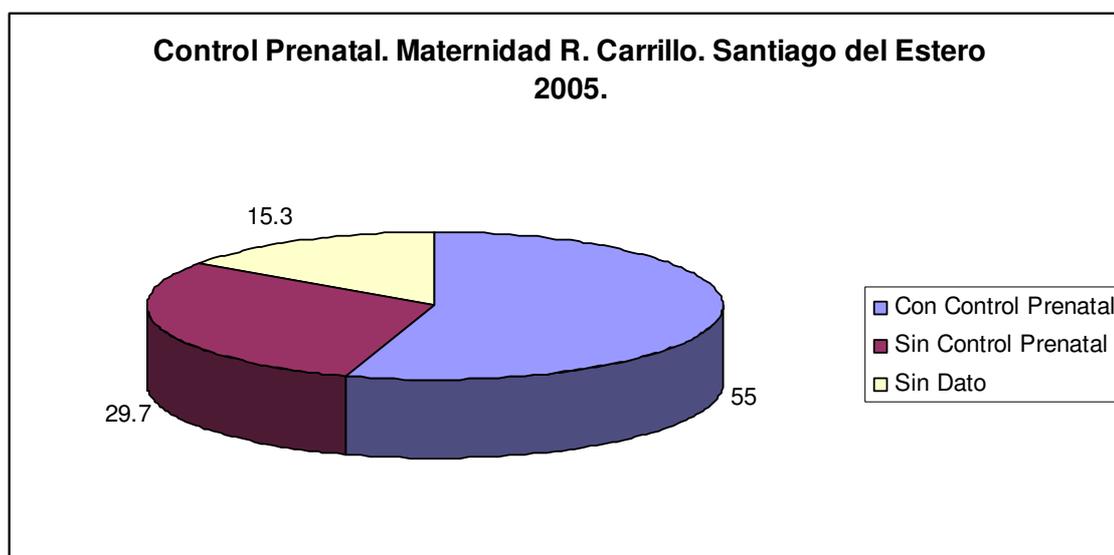
La lectura que se hace de estos números es que se debe mejorar el primer nivel de atención para aumentar el número de embarazadas que es captada para el control de su embarazo y además, aquellas que fueron captadas deben ser concientizadas de la importancia de la portación de su carnet

perinatal para no ser consideradas de alto riesgo por desconocimiento de su embarazo actual y antecedentes si llega para la atención del parto a un centro asistencial donde deberá ser asistida por profesionales que no realizaron su control de embarazo y por lo tanto desconocen todo lo referente al mismo.

Con determinados datos extraídos de la Tabla 2 del SIP, *Indicadores de Control Prenatal* (ver Apéndice), se elaboró el Gráfico 2, donde se presenta claramente el comportamiento de la población en relación al control prenatal (CPN) y el de los profesionales encargados de captar esa información.

Resultan de estos datos: “*si realizó control prenatal*” el **55%**; “*no realizó consulta prenatal*” el **29,7%**, y hay un **15,3%** “**sin dato**” (Gráfico 2).

Gráfico 2



FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

Ese porcentaje sin dato, no se sabe a que grupo volcarlo ya que si en realidad pertenecen al grupo sin control, se engrosaría este grupo a un 45% de pacientes sin control prenatal, pero como ya se mencionara, el “sin dato” es tan perjudicial porque no se puede determinar hacia donde se inclina la balanza, dejando el terreno de la certeza para entrar en el de los supuestos.

Otro dato interesante de la Tabla 2 de Control Prenatal es el Indicador *Hemoglobina (HB) no medida en embarazo* que constituye un 81.2%. Aquí podemos tener dos opciones, que sea cierto este dato y no se le haya hecho control de Hb en el embarazo, o se le hizo el análisis y no se lo volcó al carnet perinatal (CP) y por consiguiente tampoco en el SIP, teniendo el resultado que se está exponiendo. Planteada esta situación a los responsables de la misma intentarían revertirla.

Otro indicador de CPN de relevancia y que se puede analizar en la Tabla 2 es la *VDRL no hecho en embarazo*, que constituye un 12.6%; pero a la par de este dato tenemos un **28.5% sin dato**. Significa que solo tenemos confirmación de VDRL hecha en el embarazo de un 58.9%. Lo que es inaceptable para un servicio de esta envergadura y para un indicador de índole obligatoria en un control de embarazo, pero que está en relación con la tasa de control de embarazo de esta población, la cual es de un 55.0%, lo que implica que mejorando la captación de la embarazada para el control prenatal, vamos a elevar la tasa de VDRL hecha en el embarazo.

Otro indicador importante del CPN para prevenir un desenlace desafortunado en especial para el recién nacido y también para la madre, es el de averiguar el Grupo Rh de la madre.

En nuestra Tabla del SIP tenemos un **28.3%** de casos en que se **desconoce el Grupo Rh de la madre** que ingresó para el parto (significa más de la cuarta parte de la población total asistida).

Es inadmisibles la faltante de este dato, ya que es un análisis que se puede realizar en la maternidad y tener el resultado en muy poco tiempo. Entonces existe la disyuntiva acerca de si se hizo el análisis al ingreso de la paciente, en caso de no lo hubiera traído registrado en el carnet perinatal, o si hay una omisión de volcar el resultado en la hoja del SIP y a veces tampoco en las hojas de evolución de la Historia Clínica común de la internada.

Es un dato de vital importancia ante la posibilidad de presentarse complicaciones de índole hemorrágica.

Este dato no solo es importante por una posible complicación hemorrágica para la madre, sino también en el caso de las madres que poseen sangre Factor Rh (-) por la posibilidad de ocurrir patologías por incompatibilidad sanguínea con el hijo.

En su experiencia particular la autora tuvo la oportunidad de asistir, en guardias del servicio de neonatología, a muchos recién nacidos Rh(+), hijos de madres Rh (-) , en que la madre estaba sensibilizada por no haber recibido el tratamiento adecuado oportunamente (partograma hasta las 72

horas posteriores al parto) en el parto previo y debió implementar la exanguíneo transfusión de urgencia.

Conociendo y estando debidamente registrado el dato del Grupo sanguíneo y Factor Rh de la madre, se puede prever en el último caso citado la administración de la medicación específica para evitar la sensibilización materna y con ello futuras complicaciones para la madre e hijos que pueda concebir. Dichas complicaciones tan sencillas de prevenir, una vez instaladas, pueden dejar importantes secuelas para el niño y la familia, además del costo al sistema de salud.

Otro ejemplo es la práctica de colocar la Antirubeola posparto que se realizaba a prácticamente todas las puérperas, sin embargo, no se registraba en el formulario de la HCP y por lo tanto no se cargaba en el SIP. El personal encargado de administrar la vacuna son las enfermeras, pero no lo registraban en la HCP; se habló con la jefa de enfermeras de puérperas y aunque en un principio argumentaba que a ellas no les correspondía registrar el dato en la HCP, se comprometió a hacerlo, en función de que habiéndose realizado la práctica tal como exige la normativa nacional, figurábamos según los registros del SIP, como si no se lo hubiera hecho.

Sin embargo, actualmente se detecta que se cumple esta norma compulsivamente y consultada al respecto a la médica responsable del Programa de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de la provincia (Dra. Coronel), manifiesta que debe colocarse solo una vez esta vacuna posparto

o postaborto, ya que tiene inmunidad por diez años¹⁵. Se comunicó esta situación observada a la Supervisora de Enfermería del área de Infectología para hacer una aclaración a los involucrados en la situación mencionada para actuar correctamente y registrar de la misma manera.

La faltante de estos datos es de vital importancia ya que hacen referencia en gran parte al resultado perinatal y al desconocer los mismos, queda inconclusa la información recogida en las etapas previas de atención, ya que no se puede suponer resultados. En las ciencias médicas se debe trabajar con certezas y no con supuestos. Además, la atención de la embarazada y luego del recién nacido, es un trabajo en equipo, intervienen diferentes profesionales según la atención correspondiente a cada etapa.

La tabla de Control de llenado es una muestra de ese trabajo en equipo y como, la falta de compromiso de un sector, desvaloriza el esfuerzo del otro, ya que seguramente las prácticas fueron realizadas, pero no se registraron estos hechos, como por ejemplo el hecho de controlar y dar el alta al recién nacido o internarlo si era lo indicado, con lo que se desconoce el resultado perinatal.

Estos datos faltantes de recién nacido son de incumbencia de los profesionales de neonatología que controlan a los niños en las horas siguientes a su nacimiento y determinan si están en condiciones de egreso

¹⁵ A partir de la inquietud de la autora, la responsable del Área de Inmunizaciones del Ministerio de Salud, elaboró un instructivo que se difundirá entre los responsables de esas prácticas.

junto a su madre (el egreso materno está determinado por otros profesionales especializados en obstetricia).

Cuando se planteó esta situación a los profesionales intervinientes en el egreso del recién nacido, justificaron la misma explicando que cuando ellos controlan a los niños en el área de puérperas, la mayoría de las veces no se encuentra junto a la cama la historia clínica de la madre, por lo que registran en un cuaderno de apuntes los niños revisados por ellos, pero esos datos no eran copiados al formulario de la Historia Clínica Perinatal y por lo tanto no eran cargados al programa SIP.

La **Tabla 3** es una salida del SIP que permite evaluar determinadas variables seleccionadas que describen la población asistida en relación al riesgo perinatal, o sea la posibilidad de asociarse estadísticamente con un incremento de riesgo de muerte fetal, muerte neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer.

Entre estas variables se destaca en la primera fila la variable “*Consultas prenatales 1-4*” con una tasa de 49.2%, pero existe un **15.3% sin dato**.

Otra variable importante en esta tabla es la “*madre sin pareja*” que constituye un 28.7%, pero tenemos el **10.6% sin dato**.

Un dato significativo es la variable “*Educación elemental*” la cual constituye una tasa de 2.5%, pero llamativamente figura un **81.4% sin dato**¹⁶.

¹⁶ La variable “educación elemental” está interpretada en el Anuario 2005 de Información Perinatal como Analfabetismo funcional que definiría a las madres sin escolaridad o con primaria incompleta.

Se pretendió aclarar esta variable y se elaboró la **Tabla 4** del SIP con Indicadores a elección y se eligieron las variables relacionadas al grado de educación de la madre y se observa que las tasas de falta de datos son mucho más elevadas que las que presentan registro de datos.

La **Tabla 5** del Anexo II es una salida denominada **Indicadores básicos** es elaborada con los principales indicadores de salud perinatal. Se puede observar que la mayor faltante de datos se da en la variable *“Mortalidad neonatal precoz (por mil)”*, que expresa el número de muertes neonatales en los primeros 7 días de vida sobre el total de nacidos vivos, expresados por mil nacidos vivos. Hay un solo caso de muerte registrado y un 85.6% sin dato.

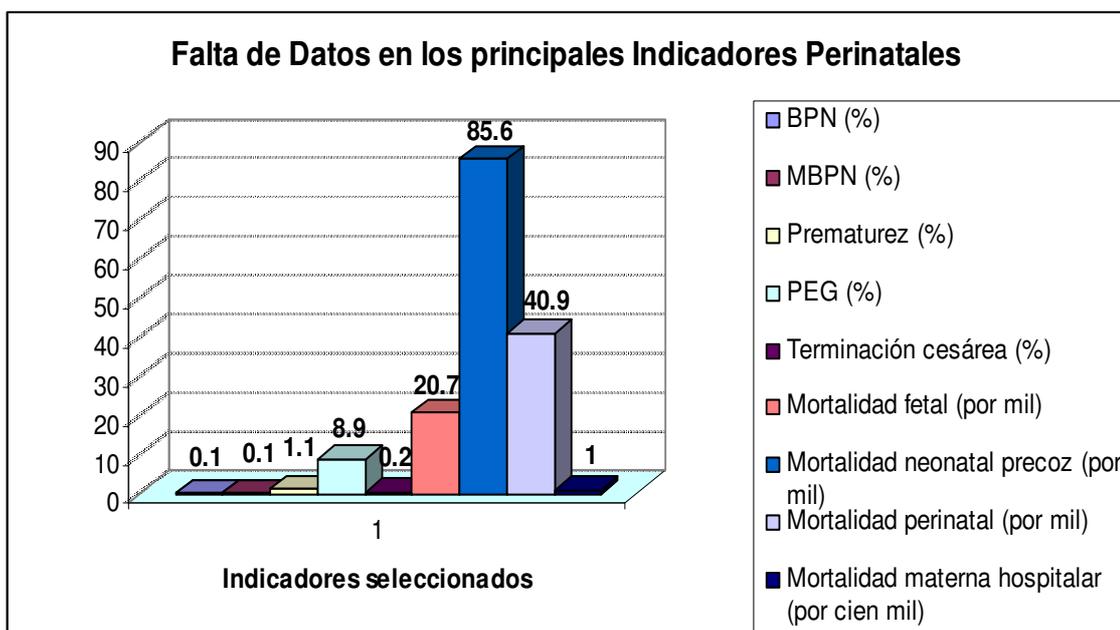
Le sigue en este ranking el indicador *“Mortalidad perinatal (por mil)”*, que refleja el número de muertes fetales y neonatales en los primeros 7 días de vida, sobre el total de nacidos expresado por 1000 nacidos vivos y muertos¹⁷. Este indicador presenta un 40.9% de falta de dato. Este importante subregistro invalida las tasas de mortalidad neonatal (0.2%) y perinatal (17.1%) elaboradas por el SIP, tal como ocurre con la tasa de mortalidad fetal que tiene un 20.7% de “sin dato”.

¹⁷ La tasa de mortalidad perinatal es la razón de las muertes de fetos de peso mínimo 500gramos o de más de 22 semanas de edad gestacional completas más el número de muertes neonatales precoces (antes de los 7 días), dividido por el total de nacidos vivos y muertos. Esta tasa de mortalidad perinatal es la que se usa actualmente y fue conocida como Mortalidad Perinatal III, en oposición a la Mortalidad II (de 20 semanas a 28 días) y a la Mortalidad I (de 28 semanas o 1000 g hasta 7 días). Definiciones extraídas del Manual del SIP- Publicación del CLAP N°1524.

En el resto de los indicadores de la misma tabla es ostensiblemente menor el subregistro a excepción de PEG% que presenta un 8.9% sin dato.

Para visualizar más claramente estos datos expuso en el gráfico 3.

GRÁFICO 3



FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

Una importante dificultad que se reconoce en el SIP es que cuando no está totalmente integrada la red de hospitales usuarios al mismo, no permite detectar con facilidad los casos de muertes maternas.

Esto ocurre, en primer lugar porque el SIP se carga con los datos de los partos realizados en la institución. En el caso de la Maternidad del Ramón Carrillo, al ser el último nivel de referencia de la provincia, es el lugar donde desgraciadamente ocurren muchos de estos desenlaces, con el agravante de que estas pacientes ingresan muchas veces a otros servicios de urgencia

o cuidados intensivos del mencionado hospital y no en el servicio de maternidad, con lo que se pierde el contacto con dicho servicio y puede terminar como una muerte por otra causa y no como muerte materna, de ahí el elevado subregistro de las mismas. Además, al no realizarse el parto en el Ramón Carrillo, no se carga la HCP en el SIP y no se puede recuperar el resumen que realiza el SIP de la HCP y que se está usando como contrarreferencia hacia los niveles de atención por debajo del Carrillo.

Con respecto a las pacientes que fallecen y cuyo parto fue realizado en la maternidad Ramón Carrillo, también hay dificultad para el llenado, ya que muchas veces estas Historias Clínicas fueron secuestradas antes de llegar para ser volcadas al SIP.

Se adjunta parte de un informe que fuera elevado a autoridades nacionales con respecto a los datos de mortalidad materna en Argentina y Santiago del Estero, comparando los datos oficiales (INDEC) y los obtenidos por el Comité de Vigilancia de Mortalidad Materna durante los años 2003 al 2006.

Razón de Mortalidad materna en Argentina; Santiago del Estero, según INDEC y según vigilancia, sobre 100.000 nacidos vivos años 2003-2006.

	2003	2004	2005	2006
Argentina	44	40	39
Sgo del Estero (INDEC)	55	73	57
Sgo según Vigilancia	143	127	73,1	90,3º
Subregistro	61.5%	42.5%	22%

FUENTE: Comité de vigilancia y proyecto de investigación "Morbilidad Materna Severa y Mortalidad Materna en Santiago del Estero" (CICYT-UNSE).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La Falta de Datos disminuye la calidad de la información obtenida mediante esta herramienta que es el SIP.
- La mayor faltante de datos se encuentra en el área de responsabilidad de Neonatología.
- Se detectó dificultad para trabajar en equipo por parte de los profesionales neonatólogos y obstetras.
- Hay una desvalorización por parte de los profesionales médicos del acto de registrar las acciones realizadas.
- Se debería revalorizar los registros médicos tradicionales e informatizados para un uso óptimo de estos instrumentos, mejorando así la calidad de los servicios y la salud perinatal.
- Para lograr cambios positivos en el punto expuesto previamente, sería recomendable la intervención desde las carreras de grado relacionadas a la salud, principalmente medicina que es donde el problema de registrar los hechos es más acentuado, con el objeto de que implementen medidas para evaluar a los alumnos por la calidad y completitud de los registros de sus acciones. Además deberían conocer y tener acceso a estas herramientas informáticas cuando cursan las materias específicas a las mismas.

- A nivel de postgrados se debería evaluar este ítem en las respectivas residencias, por ejemplo en el Hospital Ramón Carrillo hay residencias de ginecología y obstetricia y de obstétricos.
- Realizar talleres de llenado y carga de HCP en el SIP al momento de las incorporaciones de nuevos residentes en el servicio.
- Evaluaciones periódicas de control de llenado de las HCP y socializar los resultados de los análisis obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

-ANDER EGG E. y AGUILAR M. "Cómo elaborar un proyecto". Editorial Humanitas. Buenos aires 1991.

-ARANGUREN E. Y REZZÓNICO R. "Auditoría Médica" Garantía de Calidad en la Atención de la Salud. Fundación Favaloro. Tomo 1. Buenos Aires. 1998.

-ANDÉREZ GONZALEZ A. "Historia Clínica e Informática: aspectos Legales". Informática y Salud N°20. Marzo/Abril 1999.

-ATHOS A. y Otros "Historia Clínicas Electrónicas en Cuba, quimera o posibilidad real" Revista Cubana de Informática Médica N°1 Año 2000.

-ATIENZA Oscar Alfredo "Algunas consideraciones sobre la Historia Clínica Médica Electrónica Única". Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Disponible en:

<http://www.medicin.com.ar/histocli.asp>

-BARRETO-PENIÉ Jesús. "La historia clínica: documento científico del médico". Ateneo 2000. Cuba. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf

-CALVO SOLANO Marlen "Los Registros del Expediente Médico. Un enfoque de garantía. Hospital Max Peralta. Primer trimestre 1996" Costa Rica 1996.

-“5 SALUD PERINATAL” Disponible en:

http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones_22.pdf.

-CLAP-OPS-OMS “Sistema Informático Perinatal”. Publicación del CLAP Nro. 1524, Julio del 2003, Montevideo, Uruguay.

-Conferencia Nacional de Obispos de Brasil. Pastoral de Crianza. Brasil, 1998. Disponible en:

<http://www.pastoraldacrianca.org.br/español/presentacion>

-“El Derecho a la Salud y los objetivos de desarrollo del Milenio” OPS/CEPAL. Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf>

-GARAY OSCAR E. “De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada” El cambio se debe dar a través de una ley. Argentina 2004. Disponible en: www.bioetica.org/cuadernos/ensciones10.htm

-GRANDI Carlos y Otros “Diez Años de Registros Continuos con el Sistema Informático Perinatal”. Hospital Materno Infantil Sardá, CLAP-OPS/OMS. Rev. Hosp.. Mat. Inf. R. Sardá 1998; 17:97-192.

-“Informe Estadístico de Defunción – Guía para los médicos sobre el empleo del modelo internacional para el registro de las causas de muerte” Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades y Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y

ETS. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación, Enero de 2001.

Disponible en:

<http://www.deis.gov.ar/Capacitacion/home.htm>

-KROLL C. "Historia Clínica Electrónica". Asociación Médica Argentina. 23 de Noviembre de 2003.

-LANGER, A. y ESPINOZA, H.: "Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe", en Nuevos Desafíos de la responsabilidad política, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, N° 5, Buenos Aires, CEDES-FLACSO-CELS, 2002.

-LOMUTO Celia "Análisis de la Situación de Salud Materno Infantil" República Argentina 1994, 1995 y 1996. Rev. Hosp. Materno Infantil Ramón Sardá 1998, Vol. 17, N°2.

-LLANOS ZAVALAGA F. "Auditoría Médica en el primer nivel de atención"- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev. Med. Hered. 2000;11:107-12.

-MANDIROLA H., NANO M. "Aspectos legales de los Registros Médicos Informatizados RMI" Rev. Informática Médica, Vol. 2, N°3, 1999.

-MARIONA F. y Otros "Derecho Médico: Historia Clínica Manuscrita e Historia Clínica Informatizada. Medios de prueba válidos en sede judicial". Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA), V. III, N°2 de 1998.

-MAYOL PERERA María Martha "Auditorías Médicas – Auditorías de Historias Clínicas" Montevideo, Uruguay 2005.

-Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF “Mortalidad Materna. Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos”. Argentina, 2003.

-Ministerio de Salud de la Nación “Análisis de la Situación Materno Infantil de la República Argentina”. Argentina, 2002.

-MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud materno infantil. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Julio 2004. Argentina.

- NAVARRO Judith “Redacción de Artículos Científicos” OPS - Lima, Perú, 2004. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/dd/pub/RedaccionArticulosCientificos.ppt#257,1>

-OPS “Investigación, publicación y docencia en salud: más que un enlace”. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México, 2005. Disponible en:

[http://www.paho.org/Spanish/dd/pub/JNavarro-](http://www.paho.org/Spanish/dd/pub/JNavarro-Mexico2006.ppt#403,1)

[Mexico2006.ppt#403,1](http://www.paho.org/Spanish/dd/pub/JNavarro-Mexico2006.ppt#403,1), Investigación, publicación y docencia en salud: más que un enlace

-PAVON-LEON, Patricia y otros “Evaluación del Expediente Clínico en la atención obstétrica” Artículo de Internet, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de Veracruzana, Xalapa, México.

-PASSOS NOGUEIRA Roberto “Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud”. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 N°4. OPS-OMS 1997.

-PINEDA E. y Otros. “Metodología de la Investigación” Manual para el desarrollo de personal de salud. Serie PALTEX N° 35. 2ª. Edición 1994.

-PROGRAMA MATERNO INFANTIL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. “Lineamientos y estrategias 1997-2000”.

-Publicación Científica CLAP N°1249 “Estadística Básica – Manual de Autoinstrucción” Serie Capacitación para el aprovechamiento del Sistema Informático Perinatal (SIP). 1° edición 1992. CLAP-OPS/OMS. Montevideo, Uruguay.

-RAMOS, S. y Otros “Para que cada muerte materna importe” pag. 63-80, 2004, CEDES. ISBN: 950-9572-25-X-

-RUIZ ABRIL María Elena “Desafíos y Oportunidades para la Equidad de Género en América Latina y el Caribe” Informe del Banco Mundial. Washington, 2003. Disponible en:

<http://www.worldbank.org/lacgender>

-SALUD REPRODUCTIVA RURAL EN LA ARGENTINA. Provincias de Misiones, Salta y Santiago del Estero. Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable Región de América Latina. Banco Mundial. 2001.

-SIMINI Y OTROS. “Sistema Informático Perinatal. Latencia de incorporación e impacto en el registro clínico perinatal” Ginecología y Obstetricia. México. 2001.

-Sistema Informático Perinatal de la República Argentina. “Anuario 2005 de Información Perinatal”. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2007.

-TAMBINI Gina. (OPS). “Salud de madre, recién nacido y niño en el marco de salud de familias y comunidades. Retos y propuestas”. La Habana. Cuba, 2006. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish//AD/FCH/Tambinicuba.ppt>

- TOBAR Federico “Cómo redactar trabajos científicos en Salud Pública” Buenos Aires. Disponible en:

<http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Metodologiadelainvestigacion/Como-redactar-trabajos%20cientificos%20en%20salud%20publica.pdf>

-TOBAR F. y ROMANO YALOUR M. “Las Tesis en las Maestrías de Salud Pública en Argentina”. Buenos Aires. Disponible en:

<http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Metodologiadelainvestigacion/Las-tesis-en%20las%20maestrias%20de%20salud%20en%20Argentina.pdf>

-ZENGARINI HERNÁN “Historia Clínica y registros Médicos Informatizados” Boletín Informativo N°82 CORPECE – Ecuador 2002.

Disponible en:

www.corpece.org.ec/documentos/articulos/internacionales/historia_clinica_registros_medicos_informatizados.doc

ANEXO

I - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

II - TABLAS DE ANÁLISIS DE DATOS PRODUCIDAS POR EL SIP.

III - MODELO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (HCP) Y CARNET PERINATAL (CP).

I- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

HCP: Historia Clínica Perinatal, es un formulario de datos perinatales básicos, resumidos en una sola hoja. Su contenido está basado en consensos clínicos universales.

CP: Carné Perinatal (es una copia de todos los datos contenidos en la HCP y se encuentra en poder de la paciente, telemática en papel, sin necesidad de otra red en soporte informático. El registro de los datos en el carné perinatal se inicia en el Centro Primario de Atención, que en la provincia de Santiago del Estero se conoce bajo la sigla de UPA. Aquí se inicia, con dicho carné lo que se conoce con el nombre de **referencia**, la cual es una especie de derivación con los datos básicos que acontecen a la embarazada y que inciden en el resultado final de dicho proceso fisiológico de la mujer.

Al alta todos los datos se archivan en papel y en una computadora. Cuando se traspan los datos de la HCP al CP se constituye lo que se denomina **contrarreferencia** que sería la devolución que debe hacer el tercer nivel de atención (Maternidad), al primer nivel de atención UPA, hospitales del interior o puestos sanitarios, para que estos tomen conocimiento de cómo concluyó el proceso iniciado por ellos.

SIP: siglas del Sistema Informático Perinatal, este sistema incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica, que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad. Constituye una herramienta útil para controlar el proceso de

atención de la embarazada. Básicamente el SIP es una Historia Clínica (HC) y su archivo.

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología. Este constituye una organización o Centro especializado en Perinatología, quién elabora esta propuesta (Historia Clínica Perinatal, Carnet Perinatal y Software Sistema Informático Perinatal), para acompañar y evaluar la atención de la salud materno infantil. La sede del CLAP se encuentra en Montevideo, Uruguay. Fue creado por el Profesor Caldeiro Barcia, quién además creó los registros de trabajo de parto y de atención. Su objetivo es mejorar la salud perinatal y para ello utiliza el SIP.

II- TABLAS DE ANÁLISIS DE DATOS PRODUCIDAS POR EL SIP

TABLA 1



CLAP (OPS/OMS)
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano



Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 1.44

Control de llenado HCP
6681 embarazos; 6755 nacimientos;

Indicador	Tasa
Falta de datos	20.3
Falta de datos patronímicos	5.9
Falta de datos Paciente	8.9
Falta de datos Embarazo	25.9
Falta de datos Parto	19.2
Falta de datos Pat.maternas	15.2
Falta de datos Recién Nacido	31.8
Falta de muerte Fetal o su momento	20.6
Falta dato egreso del RN	40.5
Falta dato egreso materno	1.0
Falta dato peso al nacer	0.1
Falta dato EG	1.0

FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

TABLA 2

**Indicadores de control prenatal
6682 embarazos; 6755 nacimientos;**

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
Sin consulta prenatal	1988	29.7	1020	15.3
Consultas prenatales 1-4	1809	49.2	1020	15.3
Con consulta prenatal	3674	55.0	1020	15.3
1er. consulta en 1er. trimestre (1-12s)	487	13.3	696	14.8
1er. consulta en 2do. trimestre (13-24s)	1501	40.9	696	14.8
1er. consulta en 3er. trimestre (25-43s)	1004	27.3	696	14.8
No trae carnet perinatal	3364	50.3	246	3.7
Hb no medida en embarazo	5427	81.2	no calculable	No calculable
VDRL no hecho en embarazo	841	12.6	1906	28.5
Vacuna antitetánica no vigente	856	12.7	1303	19.3
Papanicolaou no disponible	4065	60.8	2300	34.4
Suplemento hierro no indicado	1112	16.6	4663	69.8
Bacteriuria no hecha en embarazo	4450	66.6	1881	28.2
No MgSO4 en preeclampsia	43	27.2	79	50.0
No MgSO4 en eclampsia	14	26.4	24	45.3
Sin corticoides a pacientes de menos de 35 sem	936	13.9	2330	34.5
Sin dato de examen odontológico	2230	33.4	no calculable	No calculable
Sin dato examen mamario	31	0.5	no calculable	no calc
Sin dato examen cérvix	2569	38.4	no calculable	No calculable
Grupo Rh desconocido	1892	28.3	no calculable	No calculable

TABLA 3



CLAP (OPS/OMS)
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano



Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 1.44

Informe de indicadores a elección
6682 embarazos; 6755 nacimientos;

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
Consultas prenatales 1-4	1809	49.2	1020	15.3
Edad materna 10 a 14	51	0.8	55	0.8
Edad materna 35 y más	712	10.7	55	0.8
Educación elemental	168	2.5	5441	81.4
Habito de fumar	245	3.7	294	4.4
Madre sin pareja	1919	28.7	706	10.6
Paridad >=4	1258	18.8	68	1.0
Paridad cero	2462	36.8	68	1.0
Sin consulta prenatal	1988	29.8	1020	15.3

FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

TABLA 4



CLAP (OPS/OMS)

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano



Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 1.44

**Informe de indicadores a elección
6682 embarazos; 6755 nacimientos;**

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
Analfabetismo	226	3.4	465	7.0
Educación < 4 años	56	0.8	5441	81.4
Educación elemental	168	2.5	5441	81.4
Educación ninguna	0	0.0	5441	81.4
Educación secundaria	1013	15.2	55	0.8

FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

TABLA 5



CLAP (OPS/OMS)

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano



Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 1.44

Indicadores básicos
6682 embarazos; 6755 nacimientos;

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
RN vivos	5449	no calculable	22	No calculable
BPN (%)	511	9.4	6	0.1
MBPN (%)	118	2.2	6	0.1
Prematurez (%)	824	15.1	58	1.1
PEG (%)	489	9.0	483	8.9
Terminación cesárea (%)	1781	26.4	12	0.2
Mortalidad fetal (por mil)	96	17.3	1395	20.7
Mortalidad neonatal precoz (por mil)	1	0.2	5781	85.6
Mortalidad perinatal (por mil)	95	17.1	2764	40.9
Mortalidad materna hospitalar (por cien mil)	5	91.8	70	1.0

FUENTE: SIP Maternidad Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Año 2005.

III- MODELO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (HCP) Y
CARNET PERINATAL (CP)