

# Dossier módulo obstetricia en ORION CLINIC

Registro de la actividad clínica en hospitalización y paritorio.

---

Sistemas de Información Enfermería del HGUA.

Documento basado en el Guión de formadores del módulo obstétrico de EVERIS/ Subdirección General de sistemas de información para la salud.

## EXTRACTO

Nuevas formas de registro de la actividad clínica de la matrona en Unidades de hospitalización y unidad partos.

NOVIEMBRE-2015

# DOSSIER MATRONA EN ORION CLINIC

---

Nuevas formas de registro de la actividad clínica de la matrona en Unidades de hospitalización OC y unidad de partos. A continuación, se detallan las pautas de trabajo y registro de la actividad clínica a fin de consensuar entre todos los implantadores el mismo mensaje:

En todos los pacientes (dentro de ORION CLINIC) se registrará:

a. **REGISTRO DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICOS:**

El cual se realizará por la matrona o ginecólogo a cargo de la paciente, en el caso de que no estuviera ya registrado.

b. **REGISTRO OBSTÉTRICO INICIAL:**

a. Esta ventana es donde se realizaran los diferentes registros obstétricos que englobarían un posible seguimiento de embarazo desde consultas externas, un registro realizado a la paciente en urgencias u hospital y los registros propios realizados en el bloque obstétrico (paritorio).

b. Es importante destacar que como campos obligatorios, al igual que en los demás informes de OC, se muestran en amarillo y que para este registro nos solicitaría el motivo de la valoración y la semana gestacional. Este último dato se calcula de manera automática si indicamos la fecha de la última regla.

c. **DERIVAR PACIENTES AL BLOQUE OBSTÉTRICO:**

Es paso imprescindible para poder acceder a la historia clínica de la paciente desde el bloque obstétrico. Por ello cuando una paciente se encuentre en el bloque obstétrico da igual si ha sido derivado a este modulo por un médico o una matrona o que su origen sea de HOSP o de URG **el paciente siempre permanecerá en el listado origen** y además aparecería en el listado obstétrico.

Por lo tanto, la matrona, enfermera de planta o médico deberán realizar previamente el traslado de la paciente desde el mapa de camas de la unidad inicial, al bloque obstétrico. En el caso de que la paciente deba acceder al bloque obstétrico desde urgencias, se le asignará previamente una cama en hospitalización.

d. **REGISTROS INDISPENSABLES PARA PODER CERRAR EL PROCESO OBSTÉTRICO:**

1. **Registro inicial:** Parte de la información de este registro puede ser realizada desde el modulo de hospitalización o urgencias, antes de que la paciente pase al bloque obstétrico.

2. **Dilataciones** : este registro es el que **substituirá al actual partograma** utilizado por los clínicos que intervienen en el proceso de parto.

En esta pantalla se irán registrando los diferentes registros de dilataciones que se van realizando a la paciente. Por lo que aquí es donde cualquier profesional consultará la evolución de la dilatación del paciente.

3. **Parto**: Este registro consta de dos partes claramente diferenciadas, la primera parte consta de los registros de equipo, anestesia y datos del inicio del parto. Como campo obligatorio deberemos de indicar el tipo de anestesia. Los demás campos son opcionales pero deben ser rellenados si aplican al proceso de parto. Una vez disponemos de este primer bloque guardado nos habilitará la parte inferior de la pantalla para realizar el registro de fetos.

Es muy importante recalcar que en esta pantalla deben de indicarse **tantos registros como fetos** y que existe una relación directa con la pantalla de neo/mortinatos, ya que en esta pantalla, aparecerán los fetos registrados, y es obligatorio indicar datos de cada uno de ellos.

Según el tipo de “**parto fin**” indicado nos habilitará el motivo de instrumentación, ya que no todos los tipos de partos lo requieren. Aquí, es aconsejable indicar que en el campo observaciones pueden indicar parámetros referentes al feto, como pueden ser una circular de cordón o datos referentes a la instrumentación (campana del numero 5 o KIWI en el caso de tratarse de un parto que ha requerido la ventosa obstétrica).

Una vez dispongamos de al menos un registro podremos pasar a la ventana de alumbramiento.

4. **Alumbramiento**: El alumbramiento es el momento en que la madre expulsa la placenta durante el proceso de parto. En esta ventana es donde se deberá indicar dicho momento. Como único campo obligatorio se encuentra el tipo, pero los demás campos se deben de indicar si proceden.

La fecha y hora que propone el sistema es la actual, pero se puede editar para indicar una hora anterior y hacer el registro exacto del alumbramiento.

En el campo características, el profesional, puede indicar todo aquello que considere oportuno referente a la placenta.

Se pueden realizar si es necesario varios registros de alumbramiento, por ejemplo en los casos que los fetos se encuentren

en bolsas independientes. Una vez dispongamos de un registro podremos acceder a la ventana de neo/mortinatos.

5. **Neo/Mortinatos:** Al acceder a la ventana podemos observar que nos aparecen tantos fetos como registros realizados en la ventana de parto.

Para poder firmar el informe obstétrico es obligatorio que al menos se registre el peso y sexo de cada uno de los fetos. Si el botón no se habilita es porque falta registrar estos campos de algún registro del listado. El primer campo es donde indicaremos si el feto es un neonato (nace vivo) o mortinato (nace muerto),

6. **Puerperio:** En la parte inferior del informe podemos registrar datos del puerperio de la madre. En este apartado podemos indicar datos como las constantes u otras informaciones especificadas, o bien registrar aquellos datos que consideremos en el campo observaciones, como puede ser el contacto piel con piel o si se le realiza a la madre un tacto rectal etc.

Con esto únicamente nos quedaría firmar el informe obstétrico, pero, la recomendación, al igual que en los demás informes, debe de ser previsualizarlo previamente. De esta manera el usuario podrá ver el informe y localizar algún error. Se observará que la previsualización aparece el informe con la marca de agua de provisional.

Al firmar el informe se nos mostraría en pantalla desde donde se podría imprimir si se desea. (*Pendiente decidir si se imprime*)

Al salir al listado de obstetricia observaremos que **la paciente no aparece en dicho listado (tras la firma del informe)** y que no haría falta ninguna acción adicional para quitarlo del listado.

#### **e. REGISTROS OPCIONALES:**

Una vez dentro de la pantalla de registro obstétrico podemos acceder a los registros opcionales que se podría realizar a la paciente:

**Exploraciones madre:** En este apartado se podrán registrar exploraciones obstétricas de la madre divididas en exploraciones generales, de la madre o exploración con espéculo. Como los demás registros, en este tenemos ciertos campos como obligatorios para poder guardar el registro.

**Exploraciones feto:** cuando dispongamos de al menos una exploración de la madre, podremos realizar un registro de exploración de fetos .

**Evaluaciones feto:** una vez dispongamos de un registro de dilatación de la madre podremos realizar un registro de evaluaciones del feto, donde es importante indicar que es un registro opcional y que nos permitirá registrar datos concretos del feto, como el **PH Calota**.

#### **f. SALIR DE OBSERVACION Y CERRAR PROCESO:**

- a) **Salir de observación:** al pulsar sobre este botón, la paciente desaparece del listado obstétrico volviendo a encontrarse únicamente en su unidad de origen (urgencias u hospitalización).

Esta acción se realizará cuando se consideré que la paciente no va a dar a luz en este momento pero no se le da el alta ya que el proceso de parto es inminente.

Cuando llegado el momento se volviera a derivar la paciente al listado obstétrico todos los registros que tuviera realizados se mostrarían en la ventana correspondiente.

- b) **Cerrar proceso:** Al pulsar en el botón la paciente, al igual que en el botón anterior, desaparece del listado y vuelve a la unidad origen.

La diferencia es que al realizar esta acción hemos cerrado el proceso obstétrico, ya sea porque el paciente no ha parido en el centro, porque se muestran registros de un parto anterior que no aplicarían o porque se decide que no se le va a realizar el seguimiento. Por lo que si la paciente en algún momento se vuelve a derivar a obstetricia se trataría como un contacto nuevo y no se mostrarían los registros anteriores..

## **REGISTROS MATRONA EN HOSPITALIZACIÓN**

En el caso en que la matrona deba acudir a la unidad de hospitalización para realizar alguna actividad, deberá realizar lo siguiente:

- 1) Salir a la portada de ORION CLINIC y cambiar al módulo de hospitalización. De esta manera podrá acceder a la historia clínica desde el mapa de camas.
- 2) Deberá registrar la actividad realizada en el evolutivo de enfermería. En el cual, también se podrán añadir los diagnósticos NANDA, que precise.
- 3) Antecedentes obstétrico–ginecológicos: Se podrán consultar o registrar.
- 4) Registro obstétrico: Se podrá iniciar desde la unidad de hospitalización antes de trasladar a la paciente al módulo de obstetricia.
- 5) Exploraciones de la madre: También se podrá acceder al registro desde la u. de hospitalización.
- 6) Trasladar a la paciente a la lista de observación obstetricia: En el caso que sea necesario.

