ACC CIETNA
Para el cuidado de la salud

Vol. 13 N° 2 (2026): e1477
https://doi.org/10.35383/cietna.v13i2.1477

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

CC BY

Calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas en un hospital regional de Honduras, 2021-2025

Quality of Clinical Documentation in Adolescents with Obstetric Complications in a Regional Hospital of Honduras, 2021-2025

Cándida Felicita Blanco-Bernárdez[1a]
Yuri Belinda Fiallos Hernández[2b]

[1] Hospital Dr. Salvador Paredes, Municipio Trujillo, Departamento Colon. Honduras.

[2] Hospital Pediátrico Maria, Tegucigalpa Distrito Central. Honduras.

[a] Master en Epidemiologia
[b] Master en cuidados críticos

Recibido: 14/05/2026
Aceptado: 04/08/2026
Publicado: 26/11/2026

Autor corresponsal:

Cándida Felicita Blanco Bernárdez
candidablanco249@gmail.com

Resumen

Objetivo. Evaluar la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en un hospital regional de Honduras durante el periodo 2021-2025. **Método.** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. El universo estuvo constituido por 410 historias clínicas y la muestra fue de 204 expedientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un instrumento estructurado de 25 ítems, validado mediante juicio de expertos según el método de Lawshe y una prueba piloto. La confiabilidad se determinó mediante el alfa de Cronbach, con un valor de 0,89. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2019 e IBM SPSS Statistics, versión 25.0, mediante estadística descriptiva. **Resultados principales.** El 99,0 % de los registros clínicos fue clasificado como de alta calidad y el 1,0 %, como de calidad media. La oportunidad presentó el mayor cumplimiento (99,3 %), seguida de la completitud (98,7 %) y la coherencia (96,2 %). La claridad y la legibilidad obtuvieron el menor cumplimiento (78,0 %). **Conclusión general.** la calidad del registro clínico fue predominantemente alta; sin embargo, la claridad y la legibilidad constituyeron los principales aspectos susceptibles de mejora. Por ello, se recomienda fortalecer la capacitación del personal, la auditoría documental y la estandarización de los registros.
Palabras clave: Registros Médicos; Calidad de la Atención de Salud; Embarazo en Adolescencia; Complicaciones del Embarazo; Enfermería.

Abstract

Objective. To evaluate the quality of clinical documentation in adolescents with obstetric complications treated at a regional hospital in Honduras between 2021 and 2025. **Methods.** A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study was conducted. The study population consisted of 410 medical records, and the sample included 204 records selected through non-probability convenience sampling. A structured 25-item instrument was used, validated through expert judgment using Lawshe's method and a pilot test. Reliability was assessed using Cronbach's alpha, yielding a coefficient of 0.89. Data were processed using Microsoft Excel 2019 and IBM SPSS Statistics version 25.0 and analyzed through descriptive statistics. **Main results.** A total of 99.0% of the clinical records were classified as high quality and 1.0% as moderate quality. Timeliness showed the highest level of compliance (99.3%), followed by completeness (98.7%) and coherence (96.2%). Clarity and legibility presented the lowest level of compliance (78.0%). **General Conclusion.** The quality of clinical documentation was predominantly high; however, clarity and legibility emerged as the main areas requiring improvement. Strengthening staff training, documentation audits, and the standardization of clinical records is recommended.
Keywords: Medical Records; Quality of Health Care; Adolescent Pregnancy; Pregnancy Complications; Nursing.

Introducción

El embarazo en la adolescencia constituye un importante desafío para la salud pública a nivel mundial debido a sus implicaciones sociales, económicas y sanitarias. Cada año, aproximadamente 12 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, siendo América Latina y el Caribe una de las regiones con mayores tasas de fecundidad adolescente, según la Organización Mundial de la Salud[1,2]. Este fenómeno se relaciona estrechamente con la pobreza, las desigualdades de género, el limitado acceso a la educación sexual integral y las barreras para acceder oportunamente a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad[3]. En Honduras, el embarazo adolescente continúa representando un problema prioritario de salud pública. En 2019, el embarazo adolescente en jóvenes de 15 a 19 años afectó al 22,9 % de las jóvenes, con mayor prevalencia en las áreas rurales (28 %)[4].

Esta situación es más evidente en departamentos con alta vulnerabilidad social, como Colón, donde predominan condiciones de pobreza, ruralidad y acceso limitado a los servicios sanitarios. Las condiciones geográficas, culturales y religiosas presentes en estas comunidades influyen tanto en la ocurrencia del embarazo como en la utilización de los servicios de salud. Diversos estudios reportan una mayor frecuencia de trastornos hipertensivos del embarazo, anemia, infecciones urinarias, parto pretérmino, bajo peso al nacer y desproporción cefalopélvica en este grupo poblacional[5]. El Hospital Dr. Salvador Paredes constituye un centro de referencia obstétrica en la región, donde se atiende a adolescentes embarazadas provenientes principalmente de zonas rurales y urbano-marginales.

Anualmente, se registran aproximadamente 400 partos en adolescentes, y se observa una elevada frecuencia de complicaciones obstétricas durante su atención. Esta realidad evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de vigilancia clínica y garantizar una adecuada documentación de la atención brindada. Diversos estudios han evidenciado la necesidad de evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería como indicador de la calidad asistencial, debido a la relevancia que estos representan en términos de seguridad del paciente y continuidad del cuidado[6,7]. La calidad de los registros clínicos adquiere especial relevancia al constituir una herramienta esencial para la continuidad asistencial, la toma de decisiones clínicas y la evaluación de la calidad de la atención obstétrica. Asimismo, la calidad del expediente clínico posee relevancia asistencial, administrativa y médico-legal, dado que permite valorar la atención brindada y constituye evidencia documental ante situaciones de responsabilidad profesional[8]. La historia clínica permite documentar los antecedentes maternos, los factores de riesgo, los procedimientos realizados, las intervenciones terapéuticas y la evolución clínica de la paciente, y favorece, además, la vigilancia epidemiológica y la generación de evidencia científica en salud materna[9].

Asimismo, un registro clínico completo, claro y estructurado posee valor administrativo, asistencial y médico-legal. Además, cuando se fortalece mediante sistemas de información o expedientes clínicos electrónicos, puede mejorar la disponibilidad, la calidad y la seguridad de los datos utilizados para la toma de decisiones en salud[10]. Diversos estudios han evidenciado que los registros clínicos presentan inconsistencias y omisiones relacionadas con información incompleta, falta de sistematicidad en la documentación y variabilidad en los procesos de registro realizados por los profesionales de la salud. En este contexto, la auditoría constituye una herramienta metodológica relevante para valorar la calidad de la atención, identificar brechas en los procesos asistenciales y orientar acciones de mejora continua en los servicios de salud[11,12].

Estas deficiencias pueden afectar la continuidad del cuidado, dificultar la evaluación de la práctica clínica y limitar el análisis de los resultados en salud, especialmente en áreas críticas como la atención obstétrica[13,14]. La problemática adquiere especial relevancia en la atención de adolescentes con complicaciones obstétricas, puesto que una adecuada documentación de los eventos clínicos permite identificar factores de riesgo, evaluar la oportunidad de las intervenciones médicas y

monitorear la evolución de las pacientes durante su estancia hospitalaria1,[15,16]. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, mediante el Sistema de Información Perinatal, reconoce la importancia del registro clínico estandarizado en la atención de la mujer, el embarazo, el parto y el recién nacido, y destaca su utilidad para generar información basada en evidencia, facilitar la auditoría, evaluar la calidad de la atención y apoyar la toma de decisiones en salud materno-perinatal[17].

En el sistema sanitario hondureño, los hospitales regionales desempeñan un papel fundamental en la atención de emergencias obstétricas y el manejo de complicaciones asociadas al embarazo adolescente. La implementación de registros electrónicos únicos en unidades de maternidad puede favorecer la estandarización de la información clínica, mejorar la disponibilidad de los datos y fortalecer la continuidad asistencial en los servicios obstétricos[18]. A pesar de la elevada demanda de atención materna en estos establecimientos, la evidencia científica relacionada con la calidad de los registros clínicos en adolescentes con complicaciones obstétricas continúa siendo limitada, particularmente en el ámbito hospitalario local. En este contexto, el expediente clínico constituye un documento fundamental para la continuidad asistencial, el acceso a la información en salud y la evaluación de la atención brindada[15,16,19].

En este sentido, analizar la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas representa una oportunidad para identificar fortalezas y debilidades en la documentación médica y de enfermería, así como para promover prácticas de registro más rigurosas y sistemáticas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención obstétrica[20,21]. Desde esta perspectiva, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Dr. Salvador Paredes, con el propósito de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de los procesos de atención y a mejorar la calidad de los servicios de salud materna.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, orientado a evaluar la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Dr. Salvador Paredes durante el periodo comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Este enfoque permitió medir objetivamente el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad documental presentes en las historias clínicas evaluadas.

Área de estudio

La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Salvador Paredes, institución pública de referencia en atención materno-infantil, ubicada en el departamento de Colón, Honduras. El hospital brinda atención obstétrica y neonatal a población proveniente de áreas urbanas y rurales del litoral atlántico hondureño y constituye uno de los principales centros de atención para adolescentes embarazadas con complicaciones obstétricas de la región. La fuente de información estuvo constituida por las historias clínicas resguardadas en el archivo hospitalario, las cuales fueron revisadas físicamente mediante una guía estructurada de evaluación documental

Universo, muestra y muestreo

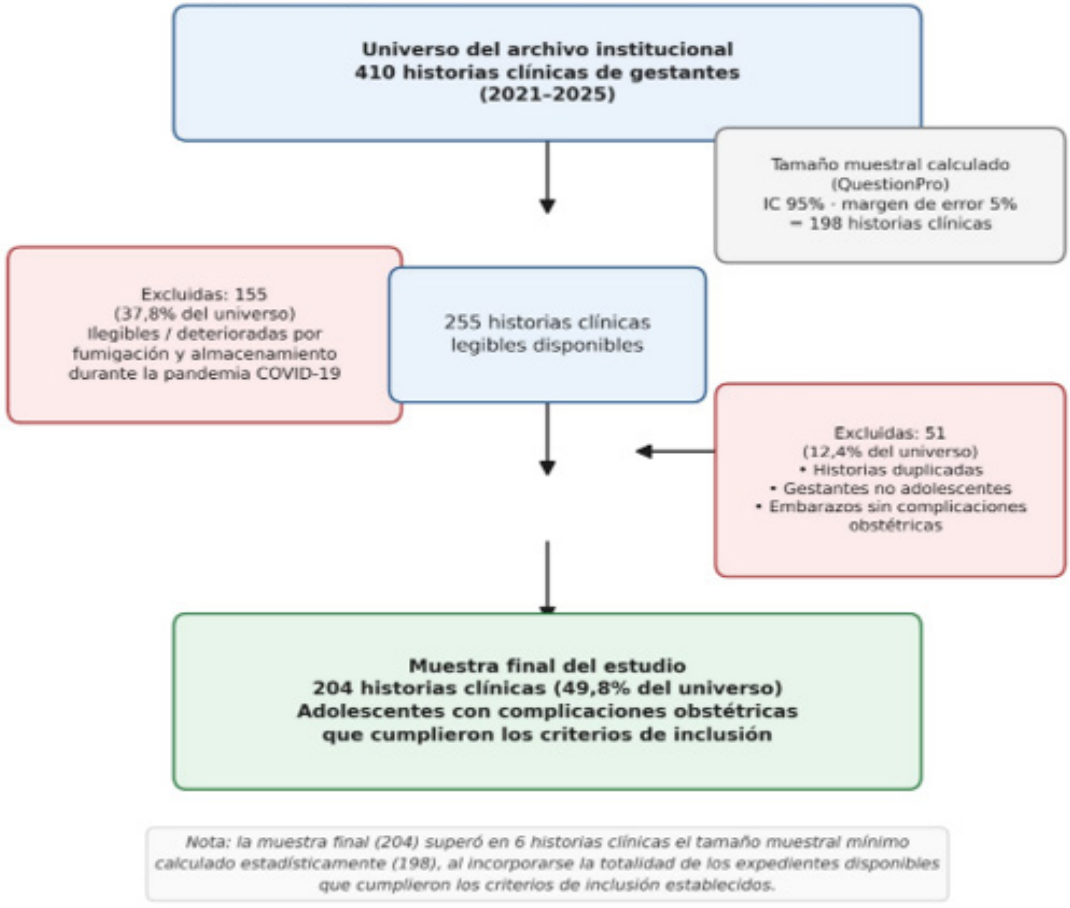
El universo de estudio estuvo constituido por 410 historias clínicas de gestantes registradas en el archivo institucional durante el periodo 2021-2025. Para la determinación del tamaño muestral se utilizó la calculadora de QuestionPro, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, lo que arrojó un tamaño muestral inicial de 198 historias clínicas.

Durante el proceso de selección, se constató que 155 historias clínicas (37,8 % del universo) se encontraban en condiciones que impedían su selección: 29 eran ilegibles y 126 estaban deterioradas como consecuencia de los procesos de fumigación y almacenamiento del archivo durante el periodo de la pandemia por COVID-19. Por esta razón, fueron excluidas, sin que pudiera determinarse si correspondían o no a adolescentes con complicaciones obstétricas, dado que el archivo institucional agrupa de forma general las historias clínicas de toda la población de gestantes atendidas. De las 255 historias clínicas legibles restantes, se excluyeron adicionalmente 51 (12,4 % del universo): 12 por corresponder a registros duplicados, 15 por pertenecer a gestantes que no cumplían el criterio de adolescencia y 24 por corresponder a embarazos sin complicaciones obstétricas documentadas.

Como resultado de este proceso de depuración, la muestra final quedó constituida por 204 historias clínicas (49,8 % del universo) que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Esta cantidad superó en seis unidades el tamaño muestral mínimo calculado estadísticamente (198); por ello, se optó por incorporar la totalidad de los expedientes disponibles que cumplían con los criterios de inclusión, con el propósito de maximizar la representatividad de la muestra.

Cabe destacar que el elevado porcentaje de historias clínicas que no pudieron ser seleccionadas debido a su ilegibilidad o deterioro (37,8 %) constituye un hallazgo relevante, pues evidencia deficiencias en los procesos de conservación y almacenamiento documental del archivo institucional. Si bien este aspecto no constituyó un objetivo específico de la presente investigación, centrada en la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas, debe interpretarse como una limitación estructural del sistema de archivo que afecta indirectamente la calidad y la disponibilidad de la información clínica institucional.

Figura 1. Flujo de selección de la muestra del estudio



Fuente: Elaboración propia

Se cumplieron los criterios: se incluyeron las historias clínicas de adolescentes de entre 10 y 19 años con diagnóstico documentado de complicación obstétrica, atendidas en el Hospital Dr. Salvador Paredes durante el periodo 2021-2025. Se excluyeron los expedientes duplicados, los registros que no correspondían a adolescentes, los embarazos sin complicaciones obstétricas documentadas y las historias clínicas deterioradas o ilegibles que impedían su análisis. Estas últimas fueron registradas dentro del flujo de selección por constituir un hallazgo relacionado con la conservación documental del archivo institucional.

Variables y operacionalización

La variable principal del estudio fue la calidad del registro clínico, evaluada mediante un instrumento estructurado diseñado para medir el nivel de completitud, claridad y legibilidad, coherencia y oportunidad de la información consignada en las historias clínicas. La dimensión de completitud fue evaluada mediante una escala ordinal de tres categorías: completo (2 puntos), parcial (1 punto) y ausente (0 puntos). Las dimensiones de claridad y legibilidad, coherencia de la información y oportunidad del registro fueron valoradas mediante una escala dicotómica (sí = 1; no = 0). Las variables secundarias incluyeron características sociodemográficas, obstétricas y neonatales, entre ellas: la edad de la paciente, la edad gestacional, la escolaridad, la procedencia, la paridad, el número de controles prenatales, el inicio del control prenatal, el tipo de complicación obstétrica, el tipo de parto, las intervenciones realizadas, el estado materno al egreso, la condición del recién nacido, el peso al nacer y el puntaje de APGAR.

Clasificación de la calidad del registro clínico

La calidad del registro clínico se determinó a partir del puntaje total obtenido en el instrumento de evaluación, cuyo valor máximo correspondió a 39 puntos. La clasificación del nivel de calidad se realizó según el porcentaje de cumplimiento del puntaje total posible, con tres categorías: alta calidad (31-39 puntos; ≥80 %), calidad media (24-30 puntos; 60-79 %) y baja calidad (0-23 puntos; <60 %).

Instrumento de recolección de datos

La recolección de la información se realizó mediante el "Instrumento de Evaluación de la Calidad del Registro Clínico en Adolescentes Embarazadas con Complicaciones Obstétricas", elaborado específicamente para el estudio. El instrumento estuvo conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: completitud del registro (14 ítems), claridad y legibilidad (4 ítems), coherencia de la información (4 ítems) y oportunidad del registro (3 ítems), con un puntaje máximo de 39 puntos. El instrumento fue construido a partir de literatura científica relacionada con la auditoría clínica, la calidad documental y la evaluación de registros clínicos, considerando recomendaciones metodológicas de organismos internacionales y criterios utilizados en investigaciones previas sobre calidad de la documentación clínica en salud materna.

Validación del instrumento

Previo a su aplicación definitiva, el instrumento fue sometido a validación de contenido mediante el método de Lawshe y el juicio de expertos. Cada ítem fue valorado como esencial, útil pero no esencial o no esencial. Participaron cinco profesionales con experiencia en investigación, auditoría clínica, obstetricia y enfermería materno-infantil: una enfermera jefe del área de gineco-obstetricia, dos médicos especialistas en gineco-obstetricia y dos médicos generales de atención directa en el área. Los especialistas evaluaron la pertinencia, claridad, relevancia y coherencia de los ítems del instrumento, y se realizaron ajustes en la redacción y organización de las dimensiones de acuerdo con las observaciones emitidas.

Posteriormente, se efectuó una prueba piloto en 20 historias clínicas con características similares a las de la muestra definitiva, con el propósito de evaluar la comprensión, aplicabilidad y consistencia interna del instrumento durante el proceso de recolección de datos. La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con un valor global de α = 0,89, considerado

adecuado para instrumentos de evaluación clínica y de investigación en salud. Este resultado evidenció una alta consistencia interna entre los ítems evaluados.

Procesamiento y análisis de los datos

La información fue recolectada mediante formularios digitales elaborados en Google Forms® (Google LLC, Estados Unidos), lo que permitió la digitalización sistemática de la información obtenida durante la revisión de los expedientes clínicos. Posteriormente, la base de datos fue exportada a Microsoft Excel® 2019, donde se realizó el proceso de depuración, codificación y control de calidad, mediante la verificación de la consistencia, los valores faltantes, los registros duplicados y los posibles errores de digitación.

Una vez validada la base de datos, la información fue procesada mediante el programa IBM SPSS Statistics®, versión 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, Estados Unidos). Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y desviación estándar, según el tipo de variable. Los resultados fueron organizados en tablas para facilitar su análisis e interpretación científica.

El estudio se realizó conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Al tratarse de una investigación retrospectiva basada en revisión de historias clínicas, no implicó intervención directa ni riesgo adicional para las pacientes. Se garantizó la confidencialidad mediante anonimización y codificación de los expedientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas, registro N.º 021-2026, IRB 00003070, y contó con autorización institucional del Hospital Dr. Salvador Paredes.

Resultados

Se analizaron 204 historias clínicas de adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Dr. Salvador Paredes durante el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2025. En la evaluación global de la calidad del registro clínico, el 99 % (n = 202) de los expedientes fue clasificado como de alta calidad, mientras que el 1 % (n = 2) correspondió a una calidad media, sin identificarse registros de baja calidad.

La media del índice global de calidad fue de 2,99 (DE = 0,099), correspondiente a una variable categorizada en tres niveles (baja = 1, media = 2 y alta = 3), lo que evidenció una marcada concentración de los registros clínicos en el nivel de alta calidad. Estos resultados deben interpretarse considerando el carácter retrospectivo del estudio y la dependencia de la disponibilidad de la documentación existente en el archivo institucional.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las adolescentes con complicaciones obstétricas.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Procedencia		
Rural	164	80,3
Urbana	40	19,6
Escolaridad		
Ninguna	14	7,0
Primaria	160	80,0
Secundaria	30	12,5
Estado civil		
Casada	8	3,9

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	32	15,6
Unión libre	164	80,3
Empleo		
Sí	11	5,3
No	193	94,6
Acceso a servicios de salud		
Cercano	52	25,4
Medio	62	30,3
Lejano	90	44,1
Apoyo familiar durante el embarazo		
Adecuado	108	52,9
Parcial	64	31,3
Ausente	32	15,6
Tipo de parto		
Cesárea	106	53,0
Vaginal	93	46,5
Desenlace materno		
Estable	196	98,0
Complicada	3	1,5
Número de controles prenatales		
Ninguno	20	10,0
1–4 controles	94	47,0
≥5 controles	85	42,5
Edad (años)		
Media ± DE	16,54 ± 1,67	
Mediana	17	
Moda	16	
Rango	13–19	

Nota: Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio.

En el análisis de la caracterización sociodemográfica, obstétrica y del grupo etario, la población estudiada estuvo conformada principalmente por adolescentes procedentes del área rural (80,3 %), con escolaridad primaria (80,0 %) y en unión libre (80,3 %). La mayoría no contaba con empleo (94,6 %) y casi la mitad reportó un acceso lejano a los servicios de salud (44,1 %). Predominó el apoyo familiar adecuado durante el embarazo (52,9 %). El parto por cesárea fue ligeramente más frecuente (53,0 %), y la evolución materna fue favorable en la mayoría de los casos (98,0 %). La edad promedio fue de 16.5 años, y el 57,0 % recibió al menos cinco o más controles prenatales o entre uno y cuatro controles durante la gestación.

Tabla 2. *Clasificación de la calidad del registro clínico*.

Nivel de calidad	Frecuencia	Porcentaje
Alta	202	99,0
Media	2	1,0
Baja	0	0,0
Total	204	100

Nota: Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio

En el análisis por dimensiones, la completitud del registro presentó un cumplimiento del 98,7 %, con una media de 27,65 puntos sobre un máximo de 28. La coherencia de la información alcanzó un cumplimiento del 96,2 % (media = 3,85/4), mientras que la oportunidad del registro mostró el porcentaje más elevado, con un 99,3 % (media = 2,98/3). En contraste, la claridad y legibilidad presentaron el menor nivel de cumplimiento (78,0 %), constituyéndose en la dimensión con mayor margen de medición.

Tabla 3. *Evaluación de la calidad del registro clínico por dimensiones*.

Dimensión	Puntaje máximo	Media	% de cumplimiento
Completitud	28	27,65	98,7
Claridad y legibilidad	4	3,12	78,0
Coherencia	4	3,85	96,2
Oportunidad	3	2,98	99,3

Nota: Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio

Respecto de los ítems específicos evaluados, se observó un elevado nivel de cumplimiento en el registro de la hora de ingreso y de la evolución clínica, ambos con un 100 % de documentación. Asimismo, el registro del peso al nacer y del puntaje de Apgar presentó un nivel de completitud del 99 %, lo que refleja una adecuada documentación de la información neonatal esencial.

Tabla 4. *Cumplimiento de ítems específicos del registro clínico*.

Ítem evaluado	Cumplimiento (%)
Registro de la hora de ingreso	100,0
Registro de la evolución clínica	100,0
Registro del peso al nacer	99,0
Registro del puntaje de Apgar	99,0

Nota: *Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio*

En relación con la completitud de las variables clínicas y obstétricas, el tipo de parto presentó un cumplimiento del 100 %, seguido de las intervenciones realizadas y del estado materno al egreso, ambos con un 99,5 %. La complicación obstétrica registrada, el peso al nacer y el puntaje de Apgar alcanzaron porcentajes de completitud superiores al 99 %, lo que evidencia una adecuada documentación de la información clínica relevante.

Tabla 5. *Nivel de completitud de variables clínicas y obstétricas del registro clínico (n=204).*

Variable	Completo (%)	Parcial (%)	Ausente (%)
Complicación obstétrica registrada	99,0	0,5	0,5
Tipo de parto	100,0	0,0	0,0
Intervenciones realizadas	99,5	0,0	0,5
Estado materno al egreso	99,5	0,0	0,5
Peso al nacer	99,0	0,0	1,0
Apgar	99,0	0,0	1,0

Nota: *Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio*

Las variables sociodemográficas y obstétricas también mostraron altos niveles de completitud. La edad de la paciente y la paridad alcanzaron un cumplimiento del 100 %, mientras que la edad gestacional y la escolaridad registraron un 99 % de completitud. Las variables relacionadas con el control prenatal evidenciaron los porcentajes más bajos de registro, particularmente el inicio del control prenatal (93,1 %) y el número de controles prenatales (95,1 %), y se constituyeron en los principales componentes con información ausente.

Tabla 6. *Nivel de completitud de variables sociodemográficas y obstétricas del registro clínico (n=204)*

Variable	Completo (%)	Parcial (%)	Ausente (%)
Edad de la paciente	100,0	0,0	0,0
Edad gestacional al ingreso	99,0	1,0	0,0
Escolaridad	99,0	0,0	1,0
Procedencia	99,5	0,5	0,0
Paridad	100,0	0,0	0,0
Número de controles prenatales	95,1	0,0	4,9
Inicio del control prenatal	93,1	1,0	5,9

Nota: *Elaboración propia a partir de la base de datos del estudio*

Los registros de las variables sociodemográficas y obstétricas evidenciaron una alta calidad documental, con niveles de completitud superiores al 93 % en todos los ítems evaluados. Las variables edad de la paciente y paridad registraron un cumplimiento del 100 %, seguidas de la procedencia (99,5 %), la edad gestacional al ingreso y la escolaridad (99 %).

Sin embargo, las variables asociadas al control prenatal mostraron los mayores porcentajes de información ausente, particularmente el inicio del control prenatal (5,9 %) y el número de controles prenatales (4,9 %). Estos hallazgos sugieren que, aunque la documentación general fue satisfactoria, persisten oportunidades de mejora en el registro de los antecedentes relacionados con la vigilancia prenatal, información fundamental para la valoración del riesgo obstétrico y la planificación de intervenciones oportunas durante la atención materna.

Discusión

Los resultados de este estudio permiten reconocer una relación directa entre la calidad del registro clínico y la capacidad institucional para sostener procesos de continuidad asistencial, vigilancia obstétrica y seguridad del paciente. La alta clasificación global de los registros no debe interpretarse únicamente como un dato cuantitativo favorable, sino como una señal de que el Hospital Dr. Salvador Paredes dispone de una base documental útil para reconstruir la atención brindada a adolescentes con complicaciones obstétricas, analizar las decisiones clínicas y generar información para la gestión del cuidado. Asimismo, debe considerarse que la Secretaría de Salud verifica el cumplimiento de los indicadores de salud del país a partir de los registros disponibles en cada unidad asistencial. La historia clínica constituye un documento médico-legal que debe ser completo, secuencial, claro, legible, comprensible y veraz, ya que la omisión de información puede afectar la calidad de la atención y tener implicaciones en los procesos de responsabilidad profesional[22,23].

Este hallazgo guarda relación con lo descrito por Andrade[24], quien plantea que la auditoría del expediente clínico permite valorar el cumplimiento de los estándares asistenciales y detectar oportunidades de mejora en los servicios de salud. De forma similar, Duarte y Vera[14] identificaron que la calidad del registro de las historias clínicas se vincula con la trazabilidad de la atención y con la posibilidad de evaluar la calidad de los procesos institucionales. En este estudio, la elevada completitud de las variables clínicas esenciales sugiere que el personal de salud registra con mayor rigurosidad aquellos datos que considera críticos para el desenlace materno y neonatal, como el tipo de parto, las intervenciones realizadas, el estado materno al egreso, el peso al nacer y el puntaje de Apgar.

La coherencia observada entre los datos clínicos, las intervenciones y la evolución de las pacientes también tiene un significado relevante. No se trata solo de que el expediente contenga información, sino de que esta mantenga una secuencia lógica que permita comprender el proceso asistencial. Esta relación entre la coherencia documental y la continuidad clínica coincide con lo señalado por Gutiérrez-Vega y colaboradores[23], quienes destacan que el expediente clínico es un recurso fundamental para evaluar la calidad de la atención y sustentar decisiones clínicas y legales. En el contexto obstétrico, donde las complicaciones pueden progresar rápidamente, la coherencia del registro facilita que otros profesionales comprendan lo ocurrido y actúen con mayor seguridad. La disponibilidad de datos clínicos estructurados y registros de calidad permite evaluar el desempeño de los servicios, identificar debilidades en los procesos asistenciales y orientar intervenciones de mejora continua basadas en información clínica confiable[25].

En este sentido, los resultados se asemejan a lo reportado por López Cano y Yepes Delgado[26], quienes identificaron dificultades en la calidad del registro clínico asociadas a la legibilidad, la organización de la información y la autocrítica profesional sobre la documentación. La literatura reciente señala que la incompletitud de los expedientes obstétricos puede comprometer la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y la continuidad asistencial, especialmente cuando existen vacíos en los antecedentes, la evolución clínica, las notas de enfermería, los signos vitales o los procedimientos realizados[27].

La oportunidad del registro fue otro elemento importante, dado que la documentación oportuna de la hora de ingreso y de la evolución clínica permite establecer una secuencia temporal del cuidado, aspecto esencial en la atención de emergencias obstétricas, especialmente en pacientes con riesgo obstétrico elevado, en quienes los factores maternos, perinatales y relacionados con la atención sanitaria pueden influir en la morbimortalidad[28]. En este sentido, se ha evidenciado que los retrasos en el acceso y la respuesta frente a las emergencias obstétricas influyen en los desenlaces maternos.

Aunque el presente estudio no evaluó los tiempos de atención ni la mortalidad materna, sí permite

inferir que un registro oportuno contribuye a mejorar el seguimiento de las decisiones clínicas y puede apoyar futuras auditorías de calidad y seguridad. La capacitación del personal constituye una estrategia relevante para mejorar la calidad de las historias clínicas, especialmente en los componentes relacionados con la legibilidad, la consignación de datos clínicos, la hora de atención y la identificación del profesional responsable del registro[29,30].

Sin embargo, el hallazgo más relevante no fue la alta calidad global, sino la menor puntuación obtenida en claridad y legibilidad. Este resultado muestra que un expediente puede estar completo y ser oportuno, pero aun así presentar limitaciones para comunicar con precisión lo ocurrido durante la atención. La calidad de los registros clínicos del parto depende no solo de la existencia del formulario, sino también del adecuado llenado de las variables esenciales para documentar la atención materna y neonatal[6,18,22]. La claridad del registro depende de la forma en que el personal expresa sus valoraciones, hallazgos e intervenciones, especialmente cuando se utilizan notas manuscritas o narrativas.

La menor claridad también puede interpretarse en relación con la complejidad propia de la atención obstétrica, especialmente cuando se trata de pacientes con riesgo obstétrico elevado. En estos escenarios, la presencia de patologías maternas, antecedentes prenatales incompletos y factores asociados a la atención sanitaria exige registros clínicos precisos, oportunos y comprensibles, ya que cualquier omisión o dificultad en la interpretación puede limitar la continuidad del cuidado y la toma de decisiones durante la atención materno-perinatal[17,28]. Bajo estas condiciones, la prioridad inmediata puede centrarse en resolver la urgencia clínica, mientras que la calidad narrativa del registro queda en segundo plano. Por ello, esta interpretación coincide con los planteamientos de Figueira-Teuly y colaboradores[20], quienes señalan que los registros de enfermería en servicios ginecoobstétricos requieren mejoras relacionadas con la precisión, la continuidad y la calidad de la información documentada.

Otro aspecto que merece atención es la relación entre los registros incompletos de control prenatal y el riesgo obstétrico. Aunque la mayoría de las variables presentó una alta completitud, el inicio del control prenatal y el número de controles fueron los ítems con mayor ausencia de información. Esta omisión limita la capacidad del equipo de salud para valorar antecedentes, identificar factores de riesgo y comprender la trayectoria de atención previa al parto. En adolescentes, esta información resulta especialmente valiosa, puesto que el embarazo en esta etapa suele estar relacionado con vulnerabilidad social, acceso tardío a los servicios y mayor riesgo de complicaciones[1,7]. Por ello, el registro prenatal no debe verse como un dato administrativo, sino como un insumo clínico para anticipar riesgos.

Los resultados también dialogan con la literatura sobre registros electrónicos. Bignell y Petrovskaya[31] señalan que los expedientes electrónicos pueden modificar la práctica de enfermería en el trabajo de parto al favorecer la estandarización, la accesibilidad y la continuidad de la información. De manera similar, Chela y colaboradores[13] plantean que la documentación clínica digital en enfermería ofrece oportunidades para mejorar la calidad del registro, aunque también implica desafíos de implementación. En el contexto del hospital estudiado, la transición progresiva hacia formatos digitales podría constituir una línea estratégica para reducir los problemas de legibilidad, fortalecer la auditoría y mejorar la disponibilidad de información para la toma de decisiones. Asimismo, la implementación de registros electrónicos únicos en las unidades de maternidad puede favorecer la estandarización de la información clínica, mejorar la disponibilidad de los datos y fortalecer la continuidad asistencial en los servicios obstétricos[22,29,32].

Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos tienen implicaciones importantes, puesto que el registro clínico no es una tarea secundaria ni meramente administrativa, sino que forma parte del cuidado. Lo que no se registra con claridad puede perder valor clínico, dificultar la comunicación entre turnos y debilitar la continuidad de la atención. Por ello, fortalecer la calidad del registro

también significa fortalecer la seguridad del paciente, la responsabilidad profesional y la visibilidad del cuidado de enfermería dentro del equipo interdisciplinario[11].

A diferencia de los estudios que reportan deficiencias marcadas en la completitud de las historias clínicas, en esta investigación los niveles de completitud fueron altos. Esta diferencia podría explicarse por el tipo de variables evaluadas, muchas de ellas incluidas en formatos institucionales estructurados o de llenado obligatorio. No obstante, cuando el registro depende de la escritura narrativa, como ocurre con algunas notas clínicas, se hace más evidente la debilidad en la legibilidad. Esta diferencia entre los datos estructurados y los narrativos permite inferir que la estandarización de los formatos puede mejorar la completitud, pero no garantiza por sí sola una comunicación clínica clara.

Como línea futura de investigación, sería pertinente realizar estudios prospectivos que evalúen no solo la existencia del dato en el expediente, sino también la calidad clínica del contenido registrado. Asimismo, se recomienda desarrollar investigaciones multicéntricas en hospitales regionales de Honduras para comparar patrones de documentación, identificar factores asociados con la baja claridad y evaluar el impacto de auditorías periódicas o herramientas digitales en la calidad del registro. También sería útil explorar la percepción del personal de enfermería y medicina sobre las barreras que enfrenta para documentar con claridad durante la atención obstétrica.

No obstante, este hallazgo debe interpretarse con cautela, dado que el 99 % de los registros clasificados como de alta calidad corresponde únicamente a los expedientes disponibles, legibles y analizables que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. En consecuencia, los resultados no representan la totalidad de los expedientes existentes en el archivo institucional, particularmente aquellos que no pudieron ser revisados debido a su deterioro físico, ilegibilidad o imposibilidad de análisis. Esta precisión es relevante porque la exclusión de registros en malas condiciones documentales puede favorecer la evaluación de expedientes mejor conservados y, por tanto, influir en la estimación global de la calidad del registro clínico.

En conjunto, los hallazgos muestran que el hospital dispone de una base documental sólida, pero presenta un punto crítico claramente identificado: la claridad y la legibilidad. Mejorar este aspecto puede tener un efecto directo en la comunicación clínica, la seguridad materno-neonatal, la auditoría de la atención y la generación de indicadores confiables. Por ello, las acciones de mejora deberían orientarse a la capacitación del personal, la supervisión periódica de los expedientes, la estandarización de las notas clínicas y la transición progresiva hacia los registros electrónicos.

El presente estudio presentó limitaciones propias de su diseño retrospectivo, puesto que dependió de la disponibilidad, conservación y calidad de los expedientes clínicos resguardados en el archivo institucional. La revisión se realizó únicamente con expedientes disponibles, legibles y analizables, por lo que los resultados deben interpretarse en función de esta condición documental.

Algunos registros no pudieron ser incluidos debido al deterioro físico, ilegibilidad o daño documental asociado a procesos de almacenamiento y fumigación realizados durante el período posterior a la pandemia por COVID-19. Si bien estos expedientes no pudieron ser evaluados mediante el instrumento aplicado, su identificación constituye un hallazgo relevante sobre la calidad y conservación documental del archivo institucional.

Otra limitación corresponde al tipo de muestreo utilizado, pues la selección de expedientes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con los registros accesibles durante el período de recolección. Por tanto, el hallazgo de alta calidad del registro clínico corresponde únicamente a los expedientes revisados que cumplieron con los criterios de inclusión, disponibilidad, legibilidad y posibilidad de análisis.

Asimismo, al tratarse de una investigación realizada en un único hospital regional, los resultados deben interpretarse con cautela y no pueden generalizarse de forma directa a otros establecimientos de salud del país. Esta condición abre la posibilidad de desarrollar estudios multicéntricos que permitan ampliar la representatividad de los hallazgos sobre calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas en Honduras.

Finalmente, la evaluación de dimensiones como claridad y legibilidad pudo estar influenciada por cierto grado de subjetividad durante la revisión documental, aun cuando se utilizó un instrumento estructurado y validado con criterios previamente definidos para reducir esta variabilidad.

El estudio pudo presentar sesgo de selección debido al uso de muestreo no probabilístico por conveniencia y a la exclusión de expedientes deteriorados, ilegibles o imposibles de analizar. Esta situación pudo favorecer la inclusión de registros en mejores condiciones documentales, por lo que el porcentaje de expedientes clasificados como de alta calidad debe interpretarse con cautela y no como representativo de la totalidad de registros existentes en el archivo institucional.

Asimismo, el carácter retrospectivo de la investigación pudo generar sesgo de información, puesto que los datos analizados dependieron de la forma en que fueron documentados originalmente por el personal de salud. En este tipo de diseño no es posible controlar las condiciones en que se elaboraron los registros clínicos, la carga asistencial existente al momento de la atención ni la variabilidad individual en la escritura manuscrita.

La evaluación de la claridad y legibilidad también pudo incorporar cierto grado de subjetividad, dado que la interpretación de la escritura manuscrita depende parcialmente del criterio del evaluador. Para disminuir este posible sesgo, se utilizó un instrumento estructurado, previamente validado por juicio de expertos, con criterios definidos para valorar completitud, claridad, coherencia y oportunidad del registro clínico.

Finalmente, al haberse realizado en un solo centro asistencial, los hallazgos reflejan la realidad documental del hospital estudiado y no necesariamente la situación de otros hospitales regionales o nacionales. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones incluyan diseños multicéntricos y estrategias de selección probabilística que permitan mejorar la representatividad de los resultados.

Conclusiones

La evaluación de la calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Dr. Salvador Paredes permitió identificar un elevado nivel de cumplimiento en las dimensiones de completitud, coherencia y oportunidad de la información documentada. Estos hallazgos evidencian que el expediente clínico constituye una herramienta funcional para respaldar la continuidad asistencial, el seguimiento de los procesos obstétricos y la toma de decisiones clínicas en el contexto hospitalario estudiado.

La adecuada documentación de variables relacionadas con el estado materno, el tipo de parto, las intervenciones realizadas y los resultados neonatales fortalece la capacidad institucional para monitorear indicadores de salud materna y perinatal, generar evidencia para la gestión sanitaria y contribuir al mejoramiento continuo de la calidad asistencial. En un contexto como el de Honduras, donde el embarazo adolescente continúa representando un importante desafío para los servicios de salud, disponer de registros clínicos confiables adquiere relevancia estratégica para la vigilancia epidemiológica y la planificación de intervenciones orientadas a reducir riesgos y complicaciones.

En definitiva, la claridad y la legibilidad presentaron los niveles de cumplimiento más bajos en

comparación con las demás dimensiones evaluadas. Aunque esta situación no compromete de forma sustancial la calidad global del registro, sí constituye una señal de alerta sobre la necesidad de fortalecer la calidad narrativa y la presentación de la información clínica. Un expediente clínico no solo debe contener información suficiente, sino también comunicarla de forma comprensible, precisa y accesible para cualquier profesional que participe en la atención de la paciente.

La escritura clara, ordenada y legible representa un componente esencial de la seguridad del paciente, puesto que reduce el riesgo de interpretaciones erróneas, facilita la continuidad del cuidado y fortalece la comunicación interdisciplinaria. Asimismo, debe recordarse que el expediente clínico constituye un documento con valor legal, ético, científico y administrativo; por tanto, la calidad de la escritura, la precisión de los registros y la adecuada documentación de los hechos asistenciales forman parte de la responsabilidad profesional de quienes intervienen en la atención.

Los resultados obtenidos respaldan la necesidad de promover procesos permanentes de capacitación, auditoría clínica y supervisión documental que permitan fortalecer la cultura institucional del registro clínico. De igual manera, la implementación progresiva de formatos estandarizados y sistemas electrónicos de información podría contribuir a mejorar la legibilidad, reducir las omisiones y optimizar la calidad de los datos utilizados para la atención, la investigación y la gestión de los servicios de salud.

Por último, este estudio aporta evidencia local sobre la calidad de los registros clínicos en adolescentes con complicaciones obstétricas y constituye un punto de partida para futuras investigaciones orientadas a evaluar la calidad del contenido clínico, los factores asociados a las deficiencias documentales y el impacto de las estrategias de mejora sobre la seguridad del paciente y los resultados materno-perinatales. Asimismo, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer no solo la capacitación del personal y la estandarización de los registros, sino también las condiciones institucionales de almacenamiento, resguardo y conservación de los expedientes clínicos, a fin de preservar su integridad, disponibilidad, trazabilidad y valor legal.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud: Centro de prensa [Internet]. Embarazo en la adolescencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salu. 10 Abr 2024 [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas: Nuestra labor [Internet]. Embarazo adolescente. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina Regional para América Latina y el Caribe: Qué hacemos [Internet]. Embarazo en adolescentes. Panamá: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina Regional para América Latina y el Caribe [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes
4. Carmenes A, Landa B. Factores asociados al embarazo adolescente reincidente en un hospital público. Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 9(1): 09-17. Disponible en: https://doi.org/10.47784/rismf.2024.9.1.331
5. Hernández B. Honduras lidera embarazos adolescentes en América Latina. Criterio.hn [Internet]. 26 Set 2025 [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://criterio.hn/honduras-lidera-america-latina-con-tasa-record-de-embarazos-adolescentes/
6. Vicente M, Robles de los Santos J, García C, Magaña M, García N. Calidad de registros clínicos de

enfermería de cuidados intensivos neonatales de un hospital especializado. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 8(1): 10249-10268. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10337

7. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investig Innov Rev Cient Enferm [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 3(1): 27-36. Disponible en: https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750

8. Galeas B. Calidad del expediente clínico. Evaluación de parámetros medicolegales. Rev Cienc Forenses Honduras [Internet]. 2025 [citado 08 Jun 2026]; 11(1): 6-16. Disponible en: https://doi.org/10.5377/rcfh.v11i1.21374

9. Meave S. Calidad de llenado de la Historia Clínica Perinatal en el embarazo adolescente en el Hospital General del Norte de Tercer Nivel del Municipio de El Alto, en el periodo de enero a diciembre 2019 [Tesis]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2021 [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/37196/TE-2265.pdf

10. Rivera R. Experiencias sobre la implementación del Expediente Clínico Electrónico. Rev e-Cienc Inf [Internet]. 2022 [citado 08 Jun 2026]; 12(1): 22-39. Disponible en: https://doi.org/10.15517/eci.v12i1.46350

11. Camarena E. Importancia de los registros, la estadística y los sistemas de información para la gerencia de los servicios de salud. Saluta [Internet]. 2021 [citado 08 Jun 2026]; (4): 10-30. Disponible en: https://doi.org/10.37594/saluta.v1i4.606

12. Castillo L, Lazo M, Columbié M, Loranca A, Escobar J, Nájera K. La auditoría clínica en la mejora de la calidad de la atención de salud en el Servicio de Pediatría. Rev Cienc Med Vida [Internet]. 2026 [citado 08 Jun 2026]; 4(1-3): 058. Disponible en: https://editorial.udv.edu.gt/index.php/RCMV/article/view/597

13. Chela A, Chela M, Cisneros T, Bosquez D. Evaluación y mejora de la documentación clínica digital en servicios de enfermería: propuestas y desafíos. Rev Imaginario Social [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 7(3). Disponible en: https://doi.org/10.59155/is.v7i3.215

14. Duarte E, Valdez R. Evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas. Academic Disclosure [Internet]. 2022 [citado 08 Jun 2026]; 5(1): 54-66. Disponible en: https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3080

15. Pérez E, Palomino G. Precisión diagnóstica y calidad del registro clínico obstétricos en un hospital de San Martín. Rev Salud Amaz Bienestar [Internet]. 2025 [citado 08 Jun 2026]; 4(2): e1148. Disponible en: https://doi.org/10.51252/rsayb.v4i2.1148

16. Perarnau S, Gomar C, Estapé T, Mateu M. Calidad de los registros del proceso en el área quirúrgica y posibles consecuencias para la seguridad del paciente. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2025 [citado 08 Jun 2026]; 48(2). Disponible en: https://doi.org/10.23938/assn.1120

17. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Sistema de Información Perinatal (SIP). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/sip

18. Sanjuluca H, Almeida A, Correia R, Costas T. Quality of records in clinical forms of childbirth in the Maternity Hospital of Lubango, Angola. Gac Sanit [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 37: 102246. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102246

19. Alonso de los Santos M, Ramos M. Expedientes clínicos: obstáculos y posibilidades para el libre acceso a la información de salud. Estud Derecho Inf [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; (18): 129-154. Disponible en: https://doi.org/10.22201/iij.25940082e.2024.18.18875

20. Figueira J, Corvalán P, Garrido M, Boyardi V, Oviedo A, Barrios C. Calidad de los registros de enfermería del servicio de internación gineco-obstétrica de un hospital público. Gac Med Boliv [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 47(2): 15-19. Disponible en: http://gacetamedicaboliviana.umss.edu.bo/index.php/gacetamedicaboliviana/article/view/1306

21. Hernández J. Evaluación del expediente clínico en un establecimiento de salud privado en Ocotepeque, Honduras. Innovare Rev Cienc Tecnol [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 12(2): 61-66. Disponible en: https://doi.org/10.5377/innovare.v12i2.16604

22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 11 Set 2023 [citado 08 Jun 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

23. Buenaño K, Castillo S. Responsabilidad médica-civil ante la omisión de información en la historia clínica. Religación [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 8(38): e2301105. Disponible en: https://doi.org/10.46652/rgn.v8i38.1105

24. Andrade S. Auditoría médica del expediente clínico del servicio de consulta externa en un hospital de tercer nivel de atención. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 7(2): 7521-7545. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5879

25. Cortes G, Salluh I. Registros de cuidados intensivos en América Latina: una oportunidad para mejorar la calidad y los desenlaces clínicos. Med Crít [Internet]. 2022 [citado 08 Jun 2026]; 36(7): 454-457. Disponible en: https://doi.org/10.35366/108712

26. López L, Yepes C. Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 08 Jun 2026]; 41(2): e350725. Disponible en: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e350725

27. Sumera, Badarunisa, Sobia, Nissa, Chandio S, Raishem. Assessing the completeness of patient medical records of obstetric patients in the PUHMS tertiary care center. J Popul Ther Clin Pharmacol [Internet]. 2025 [citado 08 Jun 2026]; 32(4): 296-303. Disponible en: https://doi.org/10.53555/8637d243

28. Ontano M, Roncal I. Factores asociados a la morbimortalidad materna y perinatal en pacientes con riesgo obstétrico muy alto. Hospital Matilde Hidalgo, 2020-2022. Ciencia Ecuador [Internet]. 2025 [citado 08 Jun 2026]; 7(31): 1-29. Disponible en: https://doi.org/10.69825/cienec.v7i31.328

29. Scrochio D, Femina L, Gregorio P, Beccaria L. Protocol audit of the six national patient safety goals in a teaching hospital. Cuid Enferm [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 18(2): 184-196. Disponible en: https://docs.fundacaopadrealbino.com.br/media/documentos/74bfd5540d637f3ff4807153925a1079.pdf

30. Yarinsueca J, Ronceros G, Pérez K, Gutiérrez E. Programa de intervención para mejorar la calidad de historias clínicas realizadas por internos de medicina de un hospital público de Lima, Perú. FEM [Internet]. 2022 [citado 08 Jun 2026]; 25(1): 47-48. Disponible en: https://doi.org/10.33588/fem.251.1169

31. Bignell C, Petrovskaya O. Understanding the role and impact of electronic health records in labor and delivery nursing practice: a scoping review protocol. Digit Health [Internet]. 2024 [citado 08 Jun 2026]; 10: 20552076241249271. Disponible en: https://doi.org/10.1177/20552076241249271

32. Sheehan O, Greene R, McKernan J, Murphy B, Cahill C, Cleary B, et al. Introduction of a single electronic health record for maternity units in Ireland: outline of the experiences of the project management team. JMIR Form Res [Internet]. 2023 [citado 08 Jun 2026]; 7: e38938. Disponible en: https://doi.org/10.2196/38938

Editor

Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Cómo citar este trabajo

Blanco C, Fiallos Y. Calidad del registro clínico en adolescentes con complicaciones obstétricas en un hospital regional de Honduras, 2021-2025. Ac Cietna [Internet]. 2026; 13(2): e1477. Disponible en: https://doi.org/10.35383/cietna.v13i2.1477

Contribución de autoría

CRediT: Candida Blanco y Yury Fiallos: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración de proyecto, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Revisión y Edición.

Financiación

El presente artículo no cuenta con financiación específica de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación. La investigación fue financiada por las autoras.

Conflicto de interés

Los autores del artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses en su realización.