

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CONSULTA EXTERNA EN
LA “ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS”**

**GERMAN ANDRES LOSADA HERNANDEZ
EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2009**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN LOS
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CONSULTA EXTERNA EN
LA “ESE HOSPITAL MUNICIPAL DE ALGECIRAS”**

**GERMAN ANDRES LOSADA HERNANDEZ
EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de MEDICO y
CIRUJANO**

**Asesor
DOLLY CASTRO BESTANCOURTH
Enfermera Mag. Epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2009**

Nota de aceptación:

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Diciembre 4 de 2009

DEDICATORIA

A Dios que nos ha dado la vida, la fortaleza, la fuerza motivadora que hizo posible la culminación de este objetivo.

A nuestras familias, padres, hermanos, por estar ahí cuando más los necesitamos.

German Andrés

Edgar Andrés

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a :

A la Dra. Dolly Castro Betancourt, Enfermera Especialista en Epidemiología, por su asesoría científica y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

Al Dr. Pedro Reyes Gaspar, Medico Especialistas en Administración de Servicios de Salud, por su disposición permanente e incondicional en aclarar nuestras dudas y por sus substanciales sugerencias durante la redacción de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACION	22
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
5. LA HISTORIA CLINICA	25
5.1 DEFINICION	25
5.2 DESCRIPCIÓN FÍSICO FUNCIONAL DE LAS IPS	26
5.3 MARCO LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA	27
5.4 SANCIONES DE LA HISTORIA CLINICA	29
5.5 OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA	29
5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA	31

5.7	ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA	32
		Pág.
5.8	MODALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	33
5.9	OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO	33
5.10	ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA	33
5.11	ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA	34
5.12	RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA	35
5.13	MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA	36
5.13.1	Apertura e identificación de la historia clínica	36
5.13.2	Diligenciamiento De la Historia Clínica	37
5.13.3	Ingreso de documentos al archivo	37
5.13.4	Numeración consecutiva de la Historia Clínica	38
5.14	COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA	38
5.14.1	Identificación del usuario	38
5.14.2	Registros específicos	38
5.15	APARTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SU CONTENIDO	38
5.15.1	Motivo del ingreso	38
5.15.2	Historia de la enfermedad actual	39
5.15.3	Antecedentes	39
5.15.4	Revisión por sistemas	40

5.15.5	Examen físico	40
		Pág.
5.15.6	Diagnósticos	40
5.15.7	Curso Clínico	41
5.15.8	Observaciones de enfermería	41
5.16	NOTAS SOAP	41
5.16.1	Datos subjetivos	42
5.16.2	Datos objetivos	42
5.16.3	Valoración	42
5.16.4	Plan	42
5.17	DOCUMENTOS QUE FORMAN LA HISTORIA CLÍNICA	42
5.17.1	Epicrisis	43
5.17.2	Hojas de evolución	43
5.17.3	Hojas de datos de enfermería	43
5.17.4	Hojas de seguimiento de enfermería	44
5.17.5	Hojas de quirófano	44
5.17.6	Hojas de prescripciones médicas	44
5.17.7	Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios	44
5.17.8	Registros de enfermería	45
5.17.9	Hojas de autorización	45

5.17.10	Hojas administrativas	46
		Pág.
5.18	COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	46
5.19	ASPECTOS ÉTICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	47
6.	METODOLOGIA	48
6.1	TIPO DE INVESTIGACION	48
6.2	AREA DE ESTUDIO	48
6.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	49
6.4	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	49
6.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	50
6.6	PRUEBA PILOTO	50
6.7	TABULACION Y CODIFICACION DE DATOS	50
6.8	PLAN DE ANALISIS	51
6.9	CONSIDERACIONES ETICAS	51
7.	RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	53
7.1	CRITERIOS ADMINISTRATIVOS	53
7.1.1	Formas mínimas	53

7.1.2	Historia clínica ordenada según hojas de registro	54
7.1.3	Historia clínica legible	55
		Pág.
7.1.4	Identificación de los médicos en la historia clínica	56
7.2	CRITERIOS CLINICOS	56
7.2.1	Historia clínica de ingreso a la institución	56
7.3	EXAMEN FÍSICO	57
7.4	NOTAS DE EVOLUCIÓN	59
8.	DISCUSIÓN	60
9.	CONCLUSIONES	63
10.	RECOMENDACIONES	65
	BIBLIOGRAFÍA	66
	ANEXOS	67

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Número total de pacientes y número de historias clínicas revisadas por servicio	53
Tabla 2.	Formas mínimas en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización	53
Tabla 3.	Historia clínica ordenada según hojas de registro	55
Tabla 4.	Legibilidad de las historias clínicas en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias	56
Tabla 5.	Identificación de los médicos en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias	56
Tabla 6.	Características de la historia clínica en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias	57
Tabla 7.	Realización de examen físico en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias	58
Tabla 8.	Presencia de notas de evolución en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de Recolección de Datos	68

RESUMEN

INTRODUCCION. La historia clínica representa un sin número de información no solo de tipo clínico sino también administrativo clave en el funcionamiento de la IPS como empresa, además de ser un elemento epidemiológico determinante en las políticas que en materia de salud pública adopta el Gobierno nacional, de la misma forma es un elemento de gran valor legal.

OBJETIVO. Evaluar la calidad de la historia clínica de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, que consultaron durante el año 2008 en la ESE Hospital municipal de Algeciras con el fin de identificar errores en el diligenciamiento de la historia clínica y así hacer las respectivas recomendaciones.

METODOLOGIA. El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo y se utilizan las técnicas de inspección, comprobación y verificación. El diseño es no experimental, en el que se efectuara la revisión de las historias clínicas que hayan sido diligenciadas en el periodo comprendido entre el primero de enero de 2008 a 31 de diciembre del 2008. Este estudio está diseñado para describir la ausencia de criterios clínicos y administrativos encontrados en las historias clínicas, las cuales serán seleccionadas de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa de la ESE hospital municipal de Algeciras.

RESULTADOS. En lo que respecta a consulta externa se encontró que datos como: teléfono, nombre de usuario en la hoja de evolución, documento de identidad en la hoja de evolución, numero de historia clínica en la hoja de evolución no son anotadas, siendo consideradas como malas según el porcentaje de cumplimiento. En el servicio de hospitalización se califico como regular la evaluación del peso y como malo el examen de cabeza, órganos de los sentidos, cuello, y dermatológico. Durante la revisión de las notas de evolución en este mismo servicio, el porcentaje de cumplimiento de la anamnesis es considerado como malo.

CONCLUSIONES. En los servicios de urgencias y hospitalización, criterios administrativos básicos, como nombre de usuario, documento de identidad, dirección y teléfono, estuvieron presentes en algunas de las historias clínicas pero no en la totalidad, como era de esperarse, dada la importancia de esta información para la facturación de los servicios. En el servicio de urgencias, la epicrisis no se

diligenció en gran porcentaje, dada su importancia, debe ser considerada una falla administrativa.

La legibilidad de la letra en los tres servicios evaluados fue deficiente, encontrándose además problemas como tachones, enmendaduras y siglas.

Palabras claves.: Auditoria Clinica Hospitalaria, Calidad de los servicios de Salud, historia clínica.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The medical history represents a without number of information not only clinical type but also key administrative hot IPS as a company, also be a decisive epidemiological factor in policies that public health takes the national Government, likewise is an element of great legal value.

OBJECTIVE. Evaluate the quality of the medical history of patients in emergency, outpatient and inpatient, who saw during the year 2008 the ESE services municipal hospital of Algeciras for identify errors in the diligenciamiento history and make the respective recommendations.

METHODOLOGY. The study is descriptivo-retrospectivo and inspection, testing and verification techniques are used. The design is not experimental, to undertake the review of the medical histories that have been diligenciadas in the period between the first of January 2008 to 31 December 2008. This study is designed to describe the clinical and administrative criteria found in the medical histories, which will be selected emergency, inpatient and outpatient the ESE services absence municipal hospital of Algeciras.

RESULTS. As far as outpatient found that data as: phone, username on the sheet of evolution, evolution, sheet ID number history clinic in evolution sheet are not annotated, being considered as bad as the compliance rate. Hospitalization service I qualify as a regular evaluation of the weight and as a bad review of head, bodies of the senses, neck, and dermatológico. During the review of developments in this same service notes, the anamnesis compliance rate is considered as bad.

CONCLUSIONS. Services of emergency and hospitalization, administrative criteria basic as user name, document of identity, address and phone, were present in some of the medical histories but not all, as expected, given the importance of this information for billing of services. In the emergency room, the epicrisis no diligenció in large percentage, given its importance, should be considered an administrative failure.

The readability of the letter in three evaluated services was poor, finding also problems such as tachones, enmendaduras and acronyms.

Words keys: audit Clinica hospital, quality services of health, medical records.

INTRODUCCION

La Auditoria es una herramienta de evaluación y control en el cumplimiento de los estándares de calidad, hoy por hoy con la crisis del sistema de salud Colombiano, que lleva a la quiebra a diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); deja entrever que solo la búsqueda de la calidad es uno de los más valiosos argumentos de estas empresas para sobrevivir e imponerse en un mercado en donde los usuarios piden mayores beneficios y mínimo riesgo para él y los suyos.

La historia clínica representa un sin número de información no solo de tipo clínico sino también administrativo clave en el funcionamiento de la IPS como empresa, además de ser un elemento epidemiológico determinante en las políticas que en materia de salud pública adopta el Gobierno nacional, de la misma forma es un elemento de gran valor legal.

Es por ello que esta investigación aporta un sin número de información que le permitirán a la ESE Hospital de Algeciras detectar cuales son las variables que inciden en su calidad además de tomar correctivos que mejoraran esta, en donde el usuario es el más beneficiado, de la misma forma estos datos podrán extrapolarse a otras instituciones prestadoras de salud permitiendo aplicar correctivos a las variables administrativas y clínicas que inciden en la calidad de la historia clínica.

El siguiente documento es base de consulta de futuros trabajos al respecto que permitirán evaluar el progreso de las diferentes estrategias adoptadas por la IPS de Algeciras en la solución de los problemas en el diligenciamiento de la historia clínica.

Este es un paso más en la búsqueda de calidad de la salud en Colombia y una invitación a usted para ser partícipe de este proceso.

1. ANTECEDENTES

Son bien conocidas las historias clínicas de Hipócrates, que consideran la totalidad del hombre, su ambiente y época de la vida; este padre de la medicina, nació 460 AC dio importancia a la anamnesis, observación, percusión y auscultación. Indico un método racional de la descripción cuidadosa de la sintomatología y manifestaciones objetivas dadas por el enfermo, creando de esta manera la historia clínica.

Galeno, desvirtuó este enfoque individualista de Hipócrates y dio un típico enfoque nosológico.

En el Medioevo se olvidó todo este aporte a la historia clínica, basándose en la observación de las estrellas y no en los síntomas. Para la época renacentista tomó nuevamente fuerza la visión de la historia clínica Hipocrática.

Para el siglo XVII se presentan dos enfoques importantes, una que toma la clínica, en donde Thomas Sydenham da a la observación un lugar importante en la construcción de la historia clínica y otra dada por la medicina anatomopatológica.

En el siglo XVIII, se consolida la estructura de la historia clínica que hoy conocemos en donde se aborda el aspecto psicosomático y el humanístico o antropológico.¹

En cuanto a la auditoría en salud en especial en la de calidad de historia clínica son pocos los estudios al respecto que en la literatura se referencian, creemos que existe poco interés en la auditoría de historias clínicas restándole importancia los estudios clínicos, dejando de lado elementos que son también relevantes en la

¹ GÓMEZ, Ricardo Alfonso. GONZALEZ, Martha Yaneth; Evaluación de la calidad de las historias clínicas la UBA Coomeva-Cabecera; posgrado Auditoría en Salud, Universidad CES- Universidad Autónoma; 2007.

atención del paciente, como lo es la historia clínica síntesis de calidad humana del personal de salud, disposición de equipos y el correcto diligenciamiento de la historia, es de resaltar algunos estudios en Auditoria de la historia clínica a nivel internacional y nacional:

En 1990 Albert Flexner recopiló experiencia de su colega Codman en Boston, a cerca de un estudio de tipo retrospectivo en intervenciones quirúrgicas año a

año, Flexner estudio cada caso. De la misma manera en Estados Unidos para el año 1952 la Comisión de Acreditación de Hospitales ubicó la auditoria en salud como una disciplina de gran valor para las instituciones en pro de calidad y el mejoramiento de la atención.²

En Colombia existe un volumen pequeño pero importante de investigaciones acerca de la calidad en la historia clínica, algunas de ellas:

En el 2007 un estudio realizado por estudiantes del área de Posgrados en Auditoria en Salud del Instituto de Ciencias de la Salud (CES) y la Universidad Autónoma de Bucaramanga determinó grave ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas del servicio de Urgencias de la Clínica Regional Oriente de la Policía Nacional, con una media del 26% en el rango de Aceptable, en dicho estudio se tomó una muestra 404 Historias de una población de 15 mil Historias Clínicas que consultaron durante el transcurso del primer semestre de ese mismo año, observándose que en más del 50% en variables como análisis diagnóstico, revisión por sistemas, los antecedentes tanto personales como familiares, apoyos diagnósticos y la continuidad del proceso no fueron registrados.³

Ya para el 2008 estudiantes de la misma institución realizaron una investigación de evaluación en la calidad de la historia clínica en la UBA COOMEVA-CABECERA, de una muestra de 384 de una población de 17000 pacientes atendidos en consulta externa incluyendo el servicio del programa de promoción y prevención en el periodo de 1 de julio de 2007 y 31 de diciembre del mismo año,

² BLANCO, Jorge Humberto, Fundamentos de Salud Pública; tomo II, Administración de servicios de salud; editorial CIB; segunda edición año 2005

³ AYALA, Sergio Eduardo. PEREZ, Andrea María; Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional oriente de la Policía Nacional; posgrado Auditoria en Salud, Universidad CES- Universidad Autónoma; 2007.

encontrándose deficiencias en su estructura, pertinencia y cumplimiento de la normatividad en donde resaltan variables como factores de riesgo, factores biopsicosociales, revisión por sistemas, análisis del paciente que oscilaron entre un 20 y 60% de no registro.¹

En nuestro departamento es aun más escaso este tipo de estudios, es de resaltar un estudio en la calidad de la historia clínica realizado para el año 2005 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Neiva, durante dicha investigación se evaluaron la totalidad de historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el periodo de enero-abril de 2005, para un total de 367 historias clínicas que fueron revisadas una a una, encontrándose pocas historia de ingreso a la institución son: la ocupación, revisión por sistemas y antecedentes gineco-obstétricos entre un 20 y 70% y del examen físico el peso, órganos de los sentidos, genitales, dermatológico y vascular periférico oscilan entre un 40 y 90%.⁴

De la evolución de historias clínicas podemos afirmar que es un instrumento cuyo resultado depende exclusivamente de la comunicación entre el médico y el paciente, lo que exige que esta sea de calidad para beneficio del paciente.

⁴ QUINTERO, Yesid Yamid. DIAZ, Germán; Auditoria de la historia clínica en el servicio de medicina interna en el Hospital Universitario de Neiva enero a abril del 2005; Programa de Medicina Universidad Surcolombiana.2005.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia clínica representa el instrumento más importante con el que cuenta el médico durante la entrevista, ya que permite la identificación, el diagnóstico acertado, el tratamiento temprano y adecuado además del seguimiento del paciente. De igual forma presenta un valor jurídico de carácter privado, obligatorio y sometido a reserva, que no puede ser descuidado por los médicos, ya que constituye el elemento probatorio de primera magnitud en un eventual juicio por responsabilidad profesional.

Durante nuestra práctica clínica como estudiantes en el Hospital Universitario de Neiva, vemos como las historias clínicas no son diligenciadas de manera completa faltando datos como: dirección, teléfono, antecedentes gineco-obstétricos; dentro del examen físico el peso y la temperatura, de la misma manera entre los sistemas el dermatológico, vascular periférico y los órganos de los sentidos son los que menos se registran esto a pesar de contar el Hospital con un número importante de recurso humano que va desde el especialista, pasando por el residente, el médico interno, el mismo estudiante de medicina, enfermería y auxiliares, además del auditor de la institución, quienes frecuentemente pasan revista a este documento.

De igual forma ocurre en las instituciones prestadoras de servicios en salud de primer nivel, quienes a pesar de manejar un volumen menor de usuarios también presentan errores en el diligenciamiento de la historia clínica; por ser un hospital de baja y mediana complejidad no cuenta con el personal suficiente, pobre auditoría en la calidad de la historia clínica además de poca motivación del personal en función del mejoramiento permanente en el diligenciamiento de este instrumento.

Tener información acerca de los errores más comunes en el registro de esta y permitir que todo el personal de salud lo socialice, en especial de la ESE Hospital de Algeciras, no solo podría reducir estas falencias sino también disminuir los costos y lo que es mejor aun incrementar la calidad en la prestación del servicio de salud.

Debido a la importante connotación de la historia clínica tanto para el personal de salud, la institución prestadora del servicio y para el paciente, nos plantea una

serie de interrogantes: si el Hospital es un centro de tercer y cuarto nivel referencia del sur de Colombia, ¿qué podemos esperar de los centros de primer nivel de nuestro departamento en cuanto a la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica se refiere? Para resolver este interrogante debemos conocer las deficiencias de los centros de primer y segundo nivel del Huila, es por ello que contribuyendo a ese conocimiento nos formulamos el siguiente cuestionamiento base de esta investigación

¿Cuáles son la deficiencias más frecuentes en el diligenciamiento de la historia clínica desde el punto de vista administrativo y clínico en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización de la ESE Hospital municipal de Algeciras durante el periodo comprendido entre enero del 2008 a diciembre del mismo año?

3. JUSTIFICACION

El correcto diligenciamiento de la historia clínica reviste importancia para el clínico en lo que respecta a su ejercicio profesional, como ayuda a la docencia en el procesos de formación del equipo en salud, brinda información relévate para la realización de investigaciones, clínicas , epidemiológicas y operacionales, proporciona la evidencia necesaria sobre las responsabilidades implícitas en la atención, en lo concerniente a lo administrativo permite la programación control y evaluación de los diferentes procesos realizados en las institución, de la misma forma la historia es un instrumento que facilita y controla la eficiencia en el manejo de los recursos promoviendo la calidad y eficacia en las decisiones y las acciones en salud.

La historia tiene una serie de características que les permiten a los diferentes actores involucrados en el proceso de atención en salud hacer uso de esta con la seguridad que el cumplimiento de estas brinda, algunas de estas características como la secuencialidad, la racionalidad científica, la legibilidad de la letra a la hora de diligenciarla, la presencia de la totalidad de la información relevante sobre el paciente y la coherencia de esta información entre otras, son olvidadas con alguna frecuencia por el personal en salud perjudicando el ejercicio medico, de las instituciones y deteriorando la calidad de la salud en los usuarios.

La identificación de los errores más frecuentes a la hora de diligenciar la historia clínica, además de su socialización permitirá una considerable reducción de estos, promoviendo el mejoramiento en la atención al usuario; que se ve reflejado en una mayor sensibilidad en el diagnostico, inicio temprano y adecuado del tratamiento y seguimiento estricto que permite evaluar la progresión clínica del paciente. Esto se traduce en calidad del servicio prestado, con canalización adecuada de recursos humanos, tecnológicos, científicos y humanos.

La ESE Hospital Municipal de Algeciras en el caso particular de esta investigación, a pesar de estar ceñidos a los modelos implementados por el ministerio de protección social, se observa frecuentemente en los análisis realizados por el comité interno de historias clínicas una deficiencia en la calidad de las mismas, esta es la razón que motiva esta investigación, que busca señalar datos de gran valor que conllevan finalmente a la mala calidad de la historia clínica y por ende a baja eficiencia y eficacia, una vez reconocidas estas deficiencias proponer soluciones.

Es indispensable realizar investigaciones que permitan no solo conocer la situación real de la calidad en la historia clínica si no también que sirva de instrumento de comparación con estudios similares, alimentado soluciones en los errores de diligenciamiento en cuanto a la historia clínica se refiere.

De allí que hoy, se le asigne un valor relevante al mismo por lo que todos los médicos deben tener conciencia y conocer en justa dimensión lo que significa la historia clínica en su diario que hacer.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de la historia clínica de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, que consultaron durante el año 2008 en la ESE Hospital municipal de Algeciras con el fin de identificar errores en el diligenciamiento de la historia clínica y así hacer las respectivas recomendaciones.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar la presencia de los criterios administrativos durante la evaluación de la historia clínica tales como: carpeta de archivo, hoja de identificación, hoja de evolución y hoja de ayudas diagnosticas.
- Corroborar la presencia de los criterios clínicos en la evaluación de la historia clínica tales como: datos socio demográficos, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, revisión por sistemas, examen físico, diagnostico, ayudas diagnostica, tratamiento, seguimiento y control.
- Verificar la legibilidad del diligenciamiento de la historia clínica y la presencia de los datos de identificación del personal de salud que se registra en ella.
- Verificar la presencia de los componentes de las notas de evolución tales como: signos vitales, anamnesis, examen físico, conducta y firma del médico.

5. LA HISTORIA CLINICA

5.1 DEFINICION

La historia clínica es el más importante de los documentos que realiza cualquier equipo de salud, especialmente el médico, y tiene un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud (2).

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (resolución 1995 de 1999).

Es el fruto de la relación entre los profesionales de los servicios sanitarios y los usuarios, y es, sin duda, desde el punto de vista deontológico, el elemento principal de la relación médico-paciente.

También puede ser definida como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (1).

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente y para el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. Su función principal es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por distintos equipos.

² BLANCO, Jorge Humberto, Fundamentos de Salud Publica; tomo II, Administración de servicios de salud; editorial CIB; segunda edición año 2005

5.2 DESCRIPCIÓN FÍSICO FUNCIONAL DE LAS IPS

Desde hace algunos años las empresas han reconocido la importancia de la administración, organización y mantenimiento de la información empresarial, de allí que esta constituye la principal fuente en la toma de decisiones en cualquier tipo de organización y su correcta utilización se convierte en una de las principales ventajas competitivas de las empresas en nuestros días.

Respecto a esto, toda IPS deberá organizar un servicio de registro, archivo medico y estadístico, que facilite la admisión, clasificación y ordenamiento de las historias clínicas que proporcione los indicadores necesarios para la toma de decisiones del establecimiento. Además deberá crear según su naturaleza y complejidad, un comité de historias clínicas encargado de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de las historias clínicas.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada. También se adoptara mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados por la ley. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. Por último las IPS y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

5.3 MARCO LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

Esta dado por la resolución 1995 de julio 8 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

La Ley 23 de 1981 establece en el Capítulo III. Artículo 34: “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

La historia clínica no puede ser entregada a cualquier persona, se requiere mostrar autorización expresa del paciente e indicarse los fines que se persiguen para ser dispuesta. Existen causales validas para dar información de la historia clínica inclusive al paciente referidos en el Artículo 38 de la Ley 23 así:

- Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y conviene.
- A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Cabe anotar la no procedencia de escribir siglas no aceptadas universalmente, la ilegitimidad y no claridad de las anotaciones. Artículo 36 Ley 23 de 1981: “En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante”.

El decreto 2174 de 1996, fue el primero por el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en

Salud. Este fue derogado por el decreto 2309 del 2002, en el que se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Explica cómo se da la organización de dicho sistema, cómo se fundamenta el Sistema de habilitación, el proceso de auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación, y el Sistema de Información para la Calidad. El 3 de abril del año 2006 apareció el decreto número 1011 del ministerio de la protección social, por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, instaurándose las acciones que desarrollara el SOGCS orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados principalmente en el usuario. De manera simultánea aparece la resolución número 1043 de 2006, por medio de la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Así la historia clínica se identifica como uno de los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan.

La resolución número 1474 del 2002 establece el manual de estándares de acreditación de instituciones Prestadoras de servicios de salud, determinando que en el proceso de gestión de la atención, se debe contar con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados.

La historia clínica como documento privado de manejo inadecuado se regirá por los Artículos 221 y 224 del Código Penal. El Artículo 221 del citado establece lo siguiente “Falsedad en Documento Privado: El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba incurrirá, si lo usa, en prisión de uno a seis años. “

El Artículo 224 establece: “El que destruya, suprima u oculte, total o parcialmente un documento Privado que pueda servir de prueba, incurrirá en prisión de uno a seis años”.

La elaboración y confección hace parte de la Norma de Atención o Lex Artis. Prima el deber ético por sí mismo de dejar constancia de las condiciones como efectuamos la atención y que ésta se realizó.

5.4 SANCIONES DE LA HISTORIA CLINICA

El descuido en la elaboración y manejo tiene consecuencias jurídicas importantes, no solo dentro de un proceso de responsabilidad medica sino también en procesos penales relacionados con los llamados documentos privados.

- La historia clínica está vigilada por el código Penal.

La ley penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantiza la legitimidad del documento:

Uno tiene que ver con la INTEGRIDAD FISICA del documento, de acuerdo en lo dispuesto en al art. 224 del Código Penal que consagra el delito “Falsedad Material” (destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir como prueba) y el otro que hace relación con su CONTENIDO y corresponde al tipo penal denominado “Falsedad Ideológica” (cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas) (5).

- Las contempladas en la Ley 23 de 1981.

5.5 OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA.

La historia clínica tiene dos objetivos generales, uno de ellos es registrar datos e información de los procesos de la atención en salud y el otro es servir de documento base para la investigación en salud, para evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados (2).

Otros objetivos incluyen obtener información de los procesos clínicos y quirúrgicos a los que haya sido sometido el paciente, evaluar la calidad de los procesos de atención en salud, de investigación, de docencia y de administración institucional y servir de elemento fundamental de análisis para los comités de historias clínicas, de calidad y de auditoría médica.

La historia clínica busca y cumple innumerables objetivos y cuya importancia está enmarcada desde varios puntos de vista.

Desde el punto de vista Administrativo la historia clínica cumple una función especial como fuente de datos para programación, control y evaluación del sistema de salud, para ordenación y planeación.

Desde el punto de vista Asistencial sirve de memoria al responsable de la atención, para el seguimiento, y como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo de salud y la institución que interviene en la atención del paciente.

Desde el punto de vista Docente como ayuda de la educación continuada de los profesionales médicos y del equipo de salud.

Desde el punto de vista Investigativo la historia clínica sirve para la realización de investigaciones clínicas, epidemiológicas y operativas.

Desde el punto de vista social permite conocer los datos consignados, la composición familiar y factores de riesgo para la realización de ejercicios de prevención en salud familiar y de la comunidad.

Desde el punto de vista de control de calidad, Facilita y controla la eficiencia de los recursos y evaluación de la calidad y eficacia de las decisiones y acciones de salud, sobre el paciente, con base en parámetros definidos y a través de revisiones sistemáticas de historias.

Desde el punto de vista médico legal, proporciona la evidencia necesaria sobre las responsabilidades implícitas en la atención. (2)

5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica debe cumplir con las siguientes características:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un paciente, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Otras características que debe tener la historia clínica:

- **Completa:** Que contenga la totalidad de la información relevante sobre el paciente y que se consigne de manera clara e íntegra, con el fin de atender en forma adecuada a una persona.
- **Coherente:** La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. Entender que cada anotación es un elemento integrante de un todo es fundamental, pues obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite y aporte elementos importantes a las siguientes.
- **No dejar espacios en blanco sin llenar.**

Incluir Autorizaciones: Dentro de la historia debe estar siempre la constancia clara de que se cuenta con el consentimiento informado y la autorización expresa del paciente.

- **Fecha y Firmada:** Existe un principio general de derecho según el cual cada persona responde por sus propias acciones u omisiones.

La identificación de la persona a cargo y del momento en que se verifica determinada actuación, permite independizar cada implicado de manera tal que los errores o accidentes ocurridos a un paciente no deben ser imputados en forma solidaria a todos los médicos vinculados a su atención sino a quien en el momento de ocurrir el incidente estaba respondiendo por la atención del paciente.

- **Legible:** Si algún defecto comparten la inmensa mayoría de estos documentos es el de la dificultad que implica su lectura. La letra que usan los médicos al hacer las anotaciones propias de una historia es prácticamente indescifrable y por tanto su comprensión está seriamente cuestionada.

5.7 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

En la actualidad existen dos tipos de estructura que pueden darse a la historia clínica: la “tradicional” y la “orientada hacia los problemas del paciente”. En la historia tradicional los datos están organizados según su fuente: informes del paciente, notas de enfermería, informes auxiliares de diagnóstico, etc. (2).

La historia orientada hacia los problemas del paciente incluye una hoja que permite listar los problemas del paciente y organiza la historia de tal manera que permite visualizar los problemas, el razonamiento y acciones desarrolladas para solucionarlos.

5.8 MODALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Hay dos modalidades de historia clínica: la física y la electrónica (2), entendiéndose ambas modalidades, como el medio de recopilación de la información del paciente, pero también se debe tener en cuenta que aunque no deben variar mucho, si es diferente la Historia clínica de primera vez, con la Historia clínica de control, al igual que las interconsultas de especialistas con sus respectivos manejos.

5.9 OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un paciente, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en el presente documento. (2)

5.10 ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias Clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos por la ley.

Teniendo en cuenta el ciclo vital de los documentos, los archivos se forman a través de las siguientes fases:

- Archivos de gestión, en los que se reúne la documentación en trámite en busca de solución a los asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa por las mismas oficinas u otras que la soliciten. (5)
- Archivos centrales o intermedios, en los que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, una vez finalizado su trámite, que siguen siendo urgentes y objeto de consulta por las propias oficinas y los particulares en general. (5)
- Archivos permanentes o históricos, a los que se transfiere desde el archivo intermedio la documentación que debe conservarse permanentemente, dado el valor que cobra para la investigación, la ciencia y la cultura.(5)

El archivo de la Historia clínica del prestador de servicios de salud debe tener un reglamento general donde debe organizarse y según la rotación de los documentos. En el archivo de gestión se encuentran los usuarios activos y que no han utilizado el servicio durante los últimos 5 años siguientes a la última atención. en el archivo Central se encuentran las historias de los usuarios que no volvieron a usar los servicios transcurridos 5 años desde su ultima atención, las cuales deben conservarse por lo menos 15 años y en el archivo histórico se encuentran las historias con valor científico, histórico o cultural.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas destruidas con la fecha de la última atención. Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de las historias clínicas y el revisor fiscal o contralor del proceso.

5.11 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Las personas que pueden acceder a la Historia Clínica son:

- El usuario

- Demás personas determinadas por la ley manteniéndose siempre la reserva legal.

Respecto a esto último entre los autorizados para acceder a la historia clínica se encuentran:

- Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81).
- La Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, en cumplimiento de su función pública de inspección, vigilancia y control de la calidad de la atención en salud (Art 34, Ley 23 / 81).
- El equipo de salud, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, (Art 61, Ley 23/81 y Art 30 Decreto 3380/81).
- Los tribunales de Ética Médica (Ley 23/81).
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81).

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

5.12 RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO TÉCNICO RESPECTO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la historia clínica y porque ésta cumpla con los propósitos para los cuales ha sido diseñada. De todo este personal, es el médico

quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva.

El papel del médico ante la historia clínica no sólo radica en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de las otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos.

En este último tiempo y cada vez con más frecuencia, las entidades que intermedian los servicios de salud (Entidades promotoras de salud E.P.S., Empresas de Medicina Prepagada, Compañías Aseguradoras y cualquier otra forma institucional afín), solicitan tanto a médicos como a instituciones hospitalarias, el envío de historias clínicas de sus pacientes, con base en múltiples argumentos: auditoría médica de la atención, soporte para el pago de facturas, estadísticas, etc. Como se establece en la Ley 23 de 1981, la Superintendencia y el Ministerio de Salud prohíben enfáticamente este tipo de prácticas. De acuerdo con el concepto autorizado por las autoridades y la ley, no pueden las empresas que responden por la afiliación, el registro y recaudo de cotizaciones de sus usuarios, pretender acceder a una información que le corresponde tener a las I.P.S. como responsables de la integridad, exactitud y guarda de estos documentos y por cuya reserva y salvaguarda tiene que responder civil, penal y éticamente.

La resolución N° 3905 de 1994 adoptó un formato de resumen de atención (Epicrisis), que es el documento que obligatoriamente debe diligenciar una I.P.S. y que puede ser aportado como una respuesta o soporte a las exigencias de E.P.S, empresas de medicina prepagada, aseguradoras, etc.(2)

5.13 MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA

5.13.1. Apertura e identificación de la historia clínica. La atención por primera vez a un usuario debe cumplir con la realización del procedimiento de apertura de historia clínica, que incluye la captura de información de datos de identificación contemplados anteriormente.

- La identificación de la historia clínica corresponde a:
- Número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años.
- Número del registro civil para los menores de siete años.
- Numero del NUIP dado por la registraduría civil para recién nacidos y menores de edad.
- Número de pasaporte o cédula de extranjería para población extranjera.
- Número de cédula de ciudadanía de la madre, o del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, en el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad.(5)

5.13.2. Diligenciamiento De la Historia Clínica. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Las normas de diligenciamiento de historia clínica trascienden a los registros clínicos y anexos a la historia.

5.13.3. Ingreso de documentos al archivo.

- El ingreso de toda historia, registro clínico o documento anexo a la misma se realizará a través de una relación de entrega.
- El funcionario del archivo quien recibe, debe verificar contra relación y físico de entrega de historia clínica, N° historia, Nombre a quien pertenece la historia, N° Folios de la historia.

Se debe revisar la cantidad de folios que componen la historia clínica, la cual debió ser numerada en forma consecutiva, por el responsable del diligenciamiento de la misma, lo cual significa, que todo aquel que realiza la primera anotación de cada hoja, debe identificarla en forma correcta y clara, con los datos de identificación del paciente y N° de historia clínica respectivo y así mismo, efectuar el registro del número de folio respectivo en la parte inferior derecha de la misma.

5.13.4 Numeración consecutiva de la Historia Clínica. Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

5.14 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLINICA

5.14.1 Identificación del usuario. Los contenidos mínimos para la identificación del usuario corresponden a los siguientes:

Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, N° documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfono del domicilio, lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante, aseguradora.

5.14.2 Registros específicos. Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

Los documentos anexos a la historia clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales contenidos en la historia son :

- Consentimiento informado.
- Autorización para necropsia.
- Declaración de retiro voluntario.
- Formato Referencia y Contrarreferencia.
- Formato Autorización para quien tenga acceso a la historia clínica.

5.15 APARTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SU CONTENIDO.

5.15.1 Motivo del ingreso. Se inicia describiendo el síntoma o signo que perturba al paciente y la duración del mismo.

5.15.2 Historia de la enfermedad actual: Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.

5.15.3 Antecedentes:

Antecedentes familiares: Estado de salud de la familia, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.

Antecedentes personales:

- ❖ Historia social
- ❖ Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.

- ❖ Historia médica previa
- ❖ Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad, intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.
- ❖ Hábitos
- ❖ Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.
- ❖ Historia medicamentosa
- ❖ Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.
- ❖ Alergias a medicamentos y alimentos
- ❖ Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

5.15.4 Revisión por sistemas.

- ❖ El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo desde la cabeza a los pies.
- ❖ El médico debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.

5.15.5 Examen físico. El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas.

En el examen físico hay una parte general y una por sistemas.

En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas y piel.

Examen físico por sistemas:

- ❖ Sistema Cardiovascular: auscultación cardíaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial.
- ❖ Sistema Respiratorio: ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación.
- ❖ Abdomen: forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales.
- ❖ Sistema nervioso: salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficits motores focales.

5.15.6 Diagnósticos

- ❖ Resultados de las pruebas de laboratorio
- ❖ Tratamiento: Prescripciones médicas y Hoja de medicación de enfermería
- ❖ Prescripciones médicas: farmacológicas y no farmacológicas:

- ❖ La información de dichas hojas debería incluir: el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, información sobre cómo debe tomarse la medicación, fecha de inicio y suspensión.

- ❖ Evolución del paciente

5.15.7 Curso Clínico. Notas de evolución: se realizan cuando el médico pasa visita diariamente para revisar los cambios generales en el estado clínico del paciente así como su respuesta a la terapéutica.

5.15.8 Observaciones de enfermería. Contiene información que se recoge diariamente por el personal de enfermería o el auxiliar.

La información que se registra incluye:

- ❖ Datos generales: signos vitales (temperatura, presión, pulso, frecuencia respiratoria), peso actual, hábitos dietéticos, hábito intestinal y urinario, patrón de sueño, disponibilidad vía oral, diuresis, movilidad, higiene.
- ❖ Evaluación diaria por la enfermera.
- ❖ Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica.
- ❖ Respuesta a la terapéutica.
- ❖ Documentación de la medicación administrada al paciente.
- ❖ Rechazo del paciente a alguna medicación.
- ❖ Aparición de RAM.
- ❖ Cambios de catéteres.
- ❖ Quejas del paciente.

5.16 NOTAS SOAP

Esta es una forma de organizar los datos en las notas de evolución del paciente. Es un acrónimo de las palabras inglesas:

S: Subjetive (datos subjetivos)

O: Objective (datos objetivos)

A: Assessment (valoración)

P: Plan (plan a seguir)

5.16.1 Datos subjetivos. En estos datos se registra cómo se siente el paciente según lo que él/ella explica o lo que el profesional sanitario observa. Estos datos se obtienen observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas.

5.16.2 Datos objetivos. Estos datos incluyen los signos vitales, los resultados del examen físico, de las pruebas diagnósticas, etc. La medicación que recibe el paciente también puede incluirse en este apartado.

5.16.3 Valoración. Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia que recibe.

Así mismo debe evaluar si la terapia que recibe es necesaria y es la indicada y realizar este proceso con toda la medicación que se le vaya prescribiendo al paciente.

5.16.4 Plan. Una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos se debe establecer un plan.

5.17 DOCUMENTOS QUE FORMAN LA HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica consta de diferentes bloques de información. Es conveniente que los diferentes documentos u hojas que constituyen la historia clínica se archiven con un orden preestablecido.

A título de ejemplo se citan los diferentes documentos de que consta la historia clínica:

5.17.1 Epicrisis:

❖ Datos relativos al centro.

- Nombre, dirección, teléfono.
- Servicio o Unidad donde se produce el alta.
- Facultativo responsable del alta.

❖ Datos de identificación del paciente.

- Nombre y apellidos.
- Nº de historia clínica.
- Fecha de nacimiento y sexo.
- Datos referidos al proceso asistencial.
- Fecha de admisión y alta.
- Motivo del ingreso.
- Estado en el momento del alta.
- Diagnóstico principal.
- Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos.
- Otros procedimientos significativos (si procede).
- Resumen clínico (antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y recomendaciones terapéuticas).

5.17.2 Hojas de evolución. En dichas hojas se recogen todos los datos de la evolución del paciente. En cada nota que se escribe debe figurar el nombre y apellido del médico que la realiza, la fecha y la hora.

5.17.3 Hojas de datos de enfermería. La información que se recoge en estas hojas, complementada con la historia médica y la valoración que hace la enfermera al ingreso del paciente, constituyen el eje fundamental para la elaboración de la lista de problemas del paciente y la planificación de la atención que ha de prestársele.

5.17.4 Hojas de seguimiento de enfermería. En dichas hojas debe constar al igual que en las hojas de evolución clínica, la identificación de la enfermera que realiza las anotaciones, la fecha y la hora.

Debe constar también información sobre la evolución del paciente y un resumen de las actividades realizadas sobre el paciente.

5.17.5 Hojas de quirófano

- ❖ Hoja preoperatoria o de consulta preanestésica
- ❖ Hoja operatoria
- ❖ Hoja de anestesia

Todas ellas deben ir también firmadas por el anestesiólogo o cirujano, según las hojas de que se trate, y con fecha y hora.

5.17.6 Hojas de prescripciones médicas. Estas hojas deben constar con apellidos y firma del médico prescriptor, fecha y hora de la prescripción. La prescripción debe ser completa es decir debe constar el nombre del fármaco (preferentemente genérico), dosis, vía de administración y duración si procede.

5.17.7 Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios

- ❖ Hojas de Anatomía Patológica.
- ❖ Otros resultados de laboratorio y radiodiagnóstico.
- ❖ Hoja de programación de exploraciones.
- ❖ Hojas de exploraciones específicas por Servicios.

5.17.8 Registros de enfermería

Plan de atención de enfermería consta de dos partes:

Listado de problemas a partir de la observación del paciente, recogida de datos y revisión de la historia clínica.

Plan de atención, se elabora a partir de la lista de problemas y sirve de base para la elaboración del plan de curas.

- ❖ Plan de curas de enfermería: Comprende varios apartados: respiración, nutrición e hidratación, preparaciones, actividad, higiene y confort, curas, comunicación.
- ❖ Controles.
- ❖ Constantes vitales, nivel de conciencia, dolor, peso, diuresis, defecación, vómitos, etc.).
- ❖ Balance de líquidos:
- ❖ Incluye ingesta: oral y enteral, sueros, medicación, nutrición parenteral, hemoderivados y eliminación: orina, heces, vómitos, drenajes y pérdidas insensibles.
- ❖ Perfusiones/medicación:
- ❖ En dichas hojas consta sólo la sueroterapia, nutrición parenteral y hemoderivados.

5.17.9 Hojas de autorización. Los pacientes y/o sus familiares o tutores deben estar informados sobre los procedimientos a los que se les va a someter, así como de las posibles complicaciones que de ello pueden derivarse y deben dar su consentimiento por escrito. Existen dos tipos:

- ❖ Hoja de autorización para exploraciones e intervenciones quirúrgicas.
- ❖ Hoja de alta voluntaria:

Debe ir firmada por el paciente o familiar o tutor y por el médico responsable.

5.17.10 Hojas administrativas. Hoja de ingreso que se genera a nivel administrativo cuando el paciente ingresa en el hospital en la que se recogen los datos de identificación del paciente, datos asistenciales y económicos. En el momento del alta se debe hacer constar el motivo, el diagnóstico de salida y la identificación legible del médico que la autoriza.

5.18 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El comité de historias clínicas es el conjunto de personas que al interior de una IPS, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica (5).

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución, El cual debe estar integrado por personal del equipo de salud y tendrá dentro de sus funciones las siguientes:

- ❖ Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

- ❖ Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.

- ❖ Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.

- ❖ Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

5.19 ASPECTOS ÉTICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las leyes que regulan los diferentes aspectos de la historia clínica, cabría pensar que es mayor la preocupación por las cuestiones médico-legales de la misma que el mismo principio y fin de la historia clínica. (1)

Cuando las cuestiones afectan a la historia clínica (solicitud de información, copia de informes, etc.), también se alude a la ética para justificar la actitud que se adopte. Parece que se echa en falta algo más que los Códigos de Ética y Deontología. El terreno de la ética y el derecho se superponen, pero lejos de enfrentarse, deben complementarse, ya que las bases de una Ley, y como tal justa, deben ser los principios éticos.

A veces, no dar la información requerida puede interpretarse como una descortesía o como una falta de competitividad o desconfianza y temor de que otros profesionales valoren nuestro trabajo, cuando nada más lejos de la realidad, nuestra labor profesional debe estar presidida por la transparencia y la búsqueda de la excelencia. Sin embargo, el dar esa información supone dar a conocer unos datos a unas personas que no sabemos el uso que van a hacer de ellos, incluso sin mala intencionalidad, pero lo que sí sabemos es que no le van a aportar ningún beneficio al paciente, salvo las circunstancias clínicas entre profesionales.

Si al paciente lo tratamos en justicia, con respeto a su autonomía, procurando su beneficencia y no la maleficencia, estaremos aplicando los principios de la Bioética, y la información que el paciente nos transmite más la que nosotros obtenemos en el proceder asistencial deben recibir el mismo tratamiento.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo y se utilizan las técnicas de inspección, comprobación y verificación. Será descriptivo en la medida que se medirán las variables del estudio; y será retrospectivo, porque se trabajara con hechos que se dieron en la realidad. El diseño es no experimental, en el que se efectuara la revisión de las historias clínicas que hayan sido diligenciadas en el periodo comprendido entre el primero de enero de 2008 a 31 de diciembre del 2008. Este estudio está diseñado para describir la ausencia de criterios clínicos y administrativos encontrados en las historias clínicas, las cuales serán seleccionadas de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa de la ESE hospital municipal de Algeciras.

6.2 AREA DE ESTUDIO

La ESE hospital municipal de Algeciras está ubicada en el municipio de Algeciras, departamento del Huila. Los límites geográficos del municipio son: al norte con Rivera y Campoalegre, al sur con Gigante y Caquetá, al oriente con Caquetá y al occidente con Hobo, Gigante y Campoalegre. El municipio tiene una Extensión total de 567.7 Km² (área urbana: 60 Km², área rural: 500.7 Km²).

La institución atiende a la población del área urbana y rural de la localidad, pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado y a la población vinculada. La ESE presta los servicios de primer nivel que incluyen: consulta externa de medicina general y enfermería, atención a recién nacidos, vacunación, odontología, urgencias, atención de partos de bajo riesgo, laboratorio y rayos X.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El municipio de Algeciras cuenta con una población total de 23.552 habitantes. El total de población atendida en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2008 y 31 de diciembre de 2008, fue la siguiente: 9.953 pacientes atendidos en consulta externa, 3176 pacientes atendidos en urgencias y 976 pacientes hospitalizados.

Para la obtención de una muestra representativa se utilizó la técnica de muestreo computarizado en donde:

$$n = \frac{\frac{S^2}{E^2 + S^2}}{z^2 * N}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño del universo

Z= número de desviaciones estándar

S=varianza muestral (0.16), significa que se desea trabajar con un 95% de confiabilidad

E= error muestral (0.05).

Para la realización del estudio se tomaron 200 historias clínicas de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, diligenciadas durante el periodo comprendido entre enero del 2008 y diciembre del 2008 y se elaboró una revisión completa de las historia teniendo en cuenta los componentes clínico y administrativo. Las historias fueron tomadas de forma aleatoria del archivo de la institución prestadora de servicio y se analizaron una a una en busca de errores.

6.4 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

La técnica que se utilizó en la investigación fue la revisión documental de las historias clínicas. La revisión documental es una técnica de recolección de

información que consiste en utilizar los datos existentes en documentos ya diligenciados.

Para obtener la autorización y así acceder a las historia que cumplían con los criterios de inclusión, se envió una solicitud de aprobación al gerente de la ESE hospital municipal de Algeciras, en la cual se especificaba el tipo de estudio y la finalidad que tenía su realización.

Una vez aprobada la solicitud se procedió a la recolección de los datos, esto se realizo en cuatro visitas a la ESE Hospital Municipal de Algeciras y fueron realizadas por los integrantes de este proyecto durante el periodo de octubre de 2009.

6.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de la información se aplico un instrumento de fácil manipulación, adaptado según los requerimientos del estudio (Anexo A).

6.6 PRUEBA PILOTO

No se realizó prueba piloto en aras del poco tiempo disponible para la presente investigación.

6.7 TABULACION Y CODIFICACION DE DATOS

Una vez aplicado el instrumento a la totalidad de la muestra de historias clínicas seleccionadas, se procedió a la codificación y tabulación de la información recabada. Para esto se creó una base de datos en Excel 2007, que nos permite almacenar gran cantidad de datos a través de tablas y realizar consultas sobre información específica de forma rápida y precisa. Se elaboraron siete tablas que contenían la totalidad de variables clínicas y administrativas incluidas en el estudio. En cada celda del programa Excel se introdujeron los datos, el cual mediante formulas matemáticas los convirtió a porcentajes para cada una de las variables.

6.8 PLAN DE ANALISIS

El análisis se realizó utilizando tablas elaboradas en el programa Excel, que contenían las variables del instrumento de recolección de datos. Esta información ingresada inicialmente en forma numérica posteriormente fue convertida en porcentajes para facilidad en la interpretación de datos.

Para mayor precisión y para unificación de los datos, se establecieron los siguientes parámetros para valorar la calidad de las historias clínicas teniendo en cuenta el porcentaje de incumplimiento:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACION
100%	Excelente
90% - 99%	Muy bueno
80% - 89%	Bueno
70% - 79%	Regular
< 70%	Malo

Debido al propósito del estudio, para el análisis, se tuvieron en cuenta principalmente aquellos porcentajes de incumplimiento <80%(regular) y < 70%(malo) en el registro de cada una de las variables en la totalidad de las historias clínicas revisadas para cada uno de los servicios.

6.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Para la realización del estudio se tuvo en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, contenidas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Los investigadores actuaron bajo permiso y autorización de los responsables del almacenamiento y cuidado del archivo de las historias clínicas. Para su realización se solicitó la aprobación del gerente y del comité ético científico de la entidad.

Este trabajo fue llevado a cabo con fines investigativos, sin contacto directo con los pacientes evitando irrumpir su privacidad. La información consultada y llevada a la base de datos correspondió en todo momento con la verdad de lo encontrado, y no permite la identificación de los usuarios cuyos datos fueron incluidos en la muestra de estudio, lo cual garantiza que el estudio preserva el principio de confidencialidad de la historia clínica.

Los datos obtenidos no serán utilizados con el fin de perjudicar a terceros y la información de los pacientes será guardada manera confidencial.

Las hojas del instrumento de recolección de datos estarán bajo custodia exclusiva de los investigadores, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional.

7. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Número total de pacientes y número de historias clínicas revisadas por servicio.

SERVICIO	Número total de pacientes	Numero de HC revisadas
Consulta externa	9.953	100
Hospitalización	3176	70
Urgencias	976	30

7.1 CRITERIOS ADMINISTRATIVOS

7.1.1 Formas mínimas

Tabla 2. Formas mínimas en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.

	C.E		URG		HOSPIT.	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
Carpetas para archivo	32	68	86.66	13.33	88.57	11.42
Nombre de usuario	100	0	100	0	85.71	14.28
Hoja de identificación	98	2	100	0	100	0
Documento de identidad (fotocopia)	82	18	100	0	94.28	5.71
Numero de historia clínica	90	10	86.66	13.33	94.28	5.71
Dirección	72	28	20	80	37.14	62.86
Teléfono	0	100	0	100	25.71	74.28
Responsable	100	0	86.66	13.33	94.28	5.71

Hoja de evolución	96	4	100	0	100	0
Nombre de usuario en hoja de evolución	68	32	100	0	100	0
Documento de identidad en hoja de evolución	42	58	100	0	82.85	17.14
Numero de historia clínica en hoja de evolución	42	58	100	0	100	
Notas de evolución	94	6	100	0	100	

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

En lo que respecta a consulta externa se encontró que datos como: teléfono, nombre de usuario en la hoja de evolución, documento de identidad en la hoja de evolución, numero de historia clínica en la hoja de evolución no son anotadas, siendo consideradas como malas según el porcentaje de cumplimiento. De igual forma la dirección es calificada como regular. Además, el 68% de las historias revisadas no cuentan con carpeta para archivo lo cual se considera como malo.

En cuanto a urgencias, datos como: teléfono y dirección tienen una calificación de malo en el porcentaje de cumplimiento.

En lo referente a hospitalización no se encontraron datos como dirección y teléfono, teniendo una calificación de malo en el porcentaje de cumplimiento.

7.1.2 Historia clínica ordenada según hojas de registro

Tabla 3. Historia clínica ordenada según hojas de registro.

	C. E			HOSPIT.			URG.		
	SI	NO	NA	SI (%)	NO (%)	NA (%)	SI (%)	NO (%)	NA (%)
Inscripción frontal			X	94.2	5.7		100		
Imagenología			X	31.4	11.4	57.1	13.3	33.3	46.6
Exámenes de laboratorio			X	100	0		86.6	13.3	
Otros exámenes			X	77.1	22.8		60	40	
Programas médicos especiales			X	54.2	45.7		60	40	
Epicrisis			X	100			53.3	46.6	
Líquidos			X	100			66.6	33.3	
Signos vitales			X	100			100		
Notas de enfermería			X	100			100		
Ordenes medicas			X	100			100		

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

En el servicio de hospitalización, la organización según hojas de registro de otros exámenes y programas médicos especiales es calificada como regular y mala respectivamente.

Para el servicio de urgencias, la organización según hojas de registro de otros exámenes, programas médicos especiales, epicrisis y hoja de líquidos es calificada como mala.

7.1.3 Historia clínica legible

Tabla 4. Legibilidad de las historias clínicas en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

	CE			HOSPIT			URG.		
	SI (%)	NO (%)	PARC. (%)	SI (%)	NO (%)	PARC. (%)	SI	NO	PARC
HC LEGIBLE	30	10	60	34.2	8.5	57.1	53.3	0	46.6

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

En consulta externa, hospitalización y urgencias, la legibilidad de las notas es considerada como mala según la calificación de cumplimiento.

7.1.4 Identificación de los médicos en la historia clínica

Tabla 5. Identificación de los médicos en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

	CE			HOSPIT			URG		
	SI (%)	NO (%)	PARC. (%)	SI (%)	NO (%)	PARC (%)	SI	NO	PARC
ID MEDICOS	98	0	2	77.14	2.8	20	60	0	40

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

La identificación de los médicos en los servicios de hospitalización y urgencias es considerada, según los porcentajes de cumplimiento, como regular y mala respectivamente.

7.2 CRITERIOS CLINICOS

7.2.1 Historia clínica de ingreso a la institución

Tabla 6. Características de la historia clínica en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

	CE			HOSPIT			URG		
	SI (%)	NO (%)	NA (%)	SI (%)	NO (%)	NA (%)	SI (%)	NO (%)	NA (%)
Anamnesis	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Edad	60	40	0	88.5	11.5	0	60	40	0
Ocupación	50	50	0	25.7	74.3	0	26.6	73.3	0
Motivo de consulta	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Enfermedad actual	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Revisión por sistemas	0	100	0	42.8	57.2	0	73.3	26.6	0
Antecedentes personales	94	6	0	100	0	0	100	0	0
Antecedentes gineco-obstetricos	36	26	38	100	0		80	0	20

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

Al revisar la última nota de evolución de consulta externa no se encontró la edad, la ocupación, revisión por sistemas y antecedentes gineco-obstétricos, siendo considerados estos parámetros como malo según el porcentaje de cumplimiento.

En cuanto a la revisión de las historias de ingreso de hospitalización no se encontró la ocupación y revisión por sistemas, siendo calificados como malo según el porcentaje de cumplimiento.

En el servicio de urgencias es calificado según el porcentaje de cumplimiento como malo las variables de edad y ocupación y como regular la revisión por sistemas.

7.3 EXAMEN FÍSICO

Tabla 7. Realización de examen físico en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

	CE		HOSPIT		URG	
	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)	SI (%)	NO (%)
Peso	46	54	74.2	25.8	53.3	46.6
Tensión arterial	80	20	94.2	5.8	86.6	13.3
Temperatura	40	60	88.5	11.5	80	20
Frecuencia respiratoria	82	18	88.5	11.5	100	0
Frecuencia cardiaca	88	12	94.2	5.8	100	0
Aspecto general	64	36	94.2	5.8	100	0
Cabeza	50	50	68.5	31.5	100	0
Órganos de los sentidos	4	96	42.8	57.5	66.6	33.3
Cuello	28	72	48.5	51.5	80	20
Tórax, corazón y pulmón	74	26	94.2	5.8	80	20
Abdomen	82	18	100	0	100	0
Extremidades	40	60	100	0	100	0
Genitales	28	72	100	0	80	20
Neurológico	32	68	85.7	14.3	80	20
Dermatológico	8	92	0	100	0	100
Vascular periférico	10	90	94.2	5.8	100	0

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

Durante la evaluación de la realización del examen físico en el servicio de consulta externa y teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento es calificado como regular la evaluación de tórax, corazón y pulmón. En este mismo servicio se considera como malo el porcentaje de cumplimiento la evaluación de peso, temperatura, aspecto general, cabeza, órganos de los sentidos, cuello, extremidades, genitales, neurológico, dermatológico y vascular periférico.

En el servicio de hospitalización se califico como regular la evaluación del peso y como malo el examen de cabeza, órganos de los sentidos, cuello, y dermatológico.

En el servicio de Urgencias el porcentaje de cumplimiento fue malo en el examen de órganos de los sentidos y evaluación del peso.

7.4 NOTAS DE EVOLUCIÓN

Tabla 8. Presencia de notas de evolución en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

	CE			HOSPIT			URG		
	SI (%)	NO (%)	NA (%)	SI (%)	NO (%)	NA (%)	SI (%)	NO (%)	NA (%)
Signos vitales	X	X	X	100	0	0	100	0	
Anamnesis	X	X	X	51.4	48.6	0	80	20	
Examen físico	X	X	X	100	0	0	100	0	
Conducta	X	X	X	100	0	0	100	0	
Firma del medico	X	X	X	100	0	0	100	0	

CE: consulta externa. URG: urgencias. HOSPIT: hospitalización.

Durante la revisión de las notas de evolución en el servicio de hospitalización, el porcentaje de cumplimiento de la anamnesis es considerado como malo.

8. DISCUSIÓN

La historia clínica contiene una gran cantidad de información médica y administrativa sobre los usuarios durante la atención Ambulatoria, Urgencias y Hospitalización; la entidad presentadora del servicio tiene la responsabilidad de velar por su protección. La carpeta además de conservar el material contenido en ella, facilita la organización de la información, sin embargo resulta preocupante que más de la mitad de las historias revisadas, en consulta externa no tiene este requisito y un escaso pero significativo número de historias de urgencias y hospitalización no contaban con esta carpeta de archivo.

El registro de datos de ubicación del paciente en el servicio de hospitalización entre los que se destacan el teléfono y la dirección calificados como malo, en nuestro estudio, contrasta con estudios similares, para Quintero y Díaz en el servicio de hospitalización del HUN: “La información Básica para los criterios administrativos consta de identificación del usuario, nombre, documento de identidad, estos datos se encontraron con una alta frecuencia durante la revisión, con excepción de la hoja de identificación que no estuvo presente en un porcentaje significativo”¹. Estos datos son relevantes en el cobro de los servicios prestados e identificación epidemiológica del paciente.

La Epicrisis es un documento síntesis que en forma cronológica describe los servicios prestados al paciente, sobre el cual se basan las cuentas de cobro y subsecuentes glosas, dada su importancia solo el servicio de urgencias presenta esta falencia, en donde casi la mitad de las historias revisadas no contaban con este documento.

Los reportes de imagenología, examen de laboratorio y otros exámenes no se encontraron en un porcentaje considerable en el servicio de urgencia; es de anotar la importancia de estas hojas a la hora de tomar decisiones de conducta médica de la misma manera es base para comprobar la realización del examen y evitar glosas por esta causa.

Continuando con los criterios administrativos, la hoja de registro de signos vitales, administración de líquidos y la hoja de órdenes medicas se halló en la totalidad de historias revisadas tanto en el servicio de hospitalización como de urgencias, a excepción de este último servicio en donde un porcentaje importante de historias no fue posible encontrar la hoja de líquidos; estas hojas además de indicar el estado general de un paciente en un momento dado, permite al auditor corroborar la cuenta de cobro y por ende motivo de glosa.

Hoy por hoy la historia clínica tiene un gran valor legal y es por ello que la legibilidad de la historia además de la identificación del médico en ella juega un papel importante; dentro de la totalidad de historias revisadas un porcentaje un

poco más de la mitad eran parcialmente legibles y no eran legibles en un porcentaje pequeño pero significativo de consulta externa y urgencias.

La legibilidad y la identificación del médico en la historia clínica de hospitalización fueron valoradas como malas y regulares respectivamente, esto contrasta con el estudio de Quintero y Díaz en donde afirma: “Se evaluó dentro de los criterios administrativos lo legible de la letra en las historia clínica, encontrándose un bajo pero no despreciable número de historias que no eran posible leer a causa de la mala caligrafía además casi la totalidad de las historias y notas de evolución contenían la identificación del médico tratante”¹.

Algo que llama poderosamente la atención dentro de las variables clínicas es la falta de registro de la revisión por sistemas en la totalidad de las historias del servicio de consulta externa y en un porcentaje considerable de historias del servicio de urgencias. Los antecedentes gineco-obstétricos en el servicio de consulta externa no estaba registrado en un porcentaje importante, igualmente estaba ausente en este mismo servicio los antecedentes personales en un escaso porcentaje, este grado de incumplimiento es corroborado por Gómez y Gonzales en su estudio de historias clínicas del servicio de consulta externa, en donde expresan: “Hay una clara deficiencia en estructura en el diligenciamiento de los factores de riesgo, factores biopsicosociales y revisión por sistemas”². Estos nos aportan información sobre la salud general del paciente, enfermedades de tendencia hereditaria e intervenciones quirúrgicas anteriores, que orientan a un diagnóstico.

El registro malo de la ocupación y revisión por sistemas en la historia clínica de ingreso en el servicio de hospitalización, el registro de este dato también se encontró deficiente en el estudio de Quintero y Díaz: “Tampoco se tuvieron en cuenta variables socio demográficas como la ocupación en el 74,9%”¹. Dato importante a la hora de una enfermedad profesional del usuario.

El examen físico detallado siguiendo la frecuencia topográfica convencional e iniciando con el aspecto general, no fueron evaluados en la totalidad de las historias clínicas de consulta externa, en donde los órganos de los sentidos, dermatológico y vascular periférico encabezan la lista de los menos evaluados, en casi la totalidad de los pacientes atendidos por este servicio.

Durante el examen físico el pobre registro de variables como el peso, valoración de la cabeza, órganos de los sentidos, cuello y dermatológico, la búsqueda de alteraciones en el examen físico es un indicador objetivo de presencia o ausencia de alteraciones funcionales o estructurales ya sugeridas por los antecedentes, a propósito de estos datos de importancia en la historia clínica Quintero y Díaz dicen:

En los signos vitales, a pesar de ser el peso un indicador objetivo del estado general, no fue tenido en cuenta en una altísima proporción (94,6%) de las historias revisadas. Relegado a un segundo lugar otros sistemas como el vascular periférico, neurológico y dermatológico que son subvalorados, sin tener en cuenta que estos pueden causar un aumento de la estancia hospitalaria y los costos de la misma.

Por último, para el servicio de urgencias el aspecto general, cabeza, abdomen, extremidades y vascular periférico fueron los únicos evaluados en su totalidad; es de resaltar como el sistema dermatológico al igual que en el servicio de hospitalización continua siendo en su totalidad el sistema menos evaluado, seguido en un porcentaje importante por los órganos de los sentidos.

En las notas de evolución el incumplimiento en el registro de la anamnesis en la ESE hospital municipal de Algeciras, irrumpe en el seguimiento del usuario incrementando la estancia además de los errores médicos. A causa de una revisión frecuente en este servicio por parte de médicos, especialistas y estudiantes, Quintero y Díaz encontraron lo siguiente: “las notas de evolución fueron las mejor diligenciadas que se encontraron en la investigación realizada”¹.

¹ QUINTERO, Yesid Yamid. DIAZ, Germán; Auditoria de la historia clínica en el servicio de medicina interna en el Hospital Universitario de Neiva enero a abril del 2005; Programa de Medicina Universidad Surcolombiana.2005.

² GÓMEZ, Ricardo Alfonso. GONZALEZ, Martha Yaneth; Evaluación de la calidad de las historias clínicas la UBA Coomeva-Cabecera; posgrado Auditoria en Salud, Universidad CES- Universidad Autónoma; 2007.

9. CONCLUSIONES

- ❖ Durante el análisis de los resultados se observó que en la historia clínica de consulta externa, no se escriben datos como el teléfono, documento de identidad y número de historia clínica. Así mismo la mayoría no cuentan con carpeta para archivo clínico.
- ❖ En los servicios de urgencias y hospitalización, criterios administrativos básicos, como nombre de usuario, documento de identidad, dirección y teléfono, estuvieron presentes en algunas de las historias clínicas pero no en la totalidad, como era de esperarse, dada la importancia de esta información para la facturación de los servicios.
- ❖ En el servicio de urgencias, la epicrisis no se diligenció en gran porcentaje, dada su importancia, debe ser considerada una falla administrativa.
- ❖ La legibilidad de la letra en los tres servicios evaluados fue deficiente, encontrándose además problemas como tachones, enmendaduras y siglas.
- ❖ Aunque en un pequeño porcentaje, hubo ausencia de identificación del médico en la historia clínica en los servicios de consulta externa y hospitalización.
- ❖ Datos como la edad y ocupación, no fueron tenidos en cuenta en gran parte de las notas médicas en los tres servicios en cuestión.
- ❖ La revisión por sistemas no se realizó en gran parte, sobre todo en los servicios de hospitalización y urgencias. En cuanto a consulta externa la revisión por sistemas no se realizó en ninguna de las historias clínicas revisadas.
- ❖ La toma de signos vitales, básicos y esenciales en la historia clínica, no fueron evaluados en la totalidad de las historias clínicas de consulta externa y hospitalización.

- ❖ Los sistemas corporales que menos fueron evaluados en los tres servicios, fueron, órganos de los sentidos, dermatológico, vascular periférico y neurológico.

10. RECOMENDACIONES

- ❖ Es recomendable que cada historia clínica cuente con una carpeta para su archivo con el fin de conservar un buen estado para el tiempo que va a estar disponible.
- ❖ Es muy importante que el personal clínico que registra en la historia clínica, escriba todos los datos básicos de identificación de los pacientes desde su primera atención y en cada nota que se haga, por protocolo y porque es elemental para la facturación.
- ❖ Se recomienda que todas las atenciones que se registren en urgencias en el hospital cuenten con una epicrisis completa.
- ❖ Es de anotar que todo el cuerpo administrativo, estudiantil y personal clínico de la institución que diligencia en las historias clínicas, lo haga de manera clara, con una letra legible, sin tachones, enmendaduras y en lo posible evitar las siglas.
- ❖ Se recomienda realizar una historia clínica completa, con todas las partes de la misma ya que se observó que se obvió casi en su totalidad la revisión por sistemas y la toma de signos vitales.

BIBLIOGRAFIA

AYALA MORENO, S. 2007. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la Policía nacional. Instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, Valor jurídico de las Historias clínicas.

CASTILLO, Néstor...2004. Documentos médicos. *Rev. Colomb Gastroenterol.* 19:100-108.

CASTRO,I. 1993. Historia clínica. ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 594 del 2000. Por medio de la cual se dicta la ley general de archivos

GÓMEZ GUTIÉRREZ. 2008. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA coomeva.Universidad CES-Autónoma.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, J.2006.The medical history. *Cuad. Bioét.* XVII. *Primera edición.*

MINISTERIO DE SALUD. Resolución numero 2546 de 1998. Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el SGSSS.

VERGARA, Sagbini,g. Protocolo historia clínica. Ese clínica maternidad Rafael calvo.

ANEXOS

Anexo A. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Numero de historia clínica _____

SERVICIO	
Consulta externa	
Urgencias	
Hospitalización	

1. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS

1.1 Formas mínimas

	SI	NO
Carpetas para archivo		
Nombre de usuario		
Hoja de identificación		
Documento de identidad (fotocopia)		
Numero de historia clínica		
Dirección		
Teléfono		
Responsable		
Hoja de evolución		
Nombre de usuario en hoja de evolución		
Documento de identidad en hoja de evolución		
Numero de historia clínica en hoja de evolución		
Notas de evolución		
Ayudas diagnosticas		

1.2 historia clínica ordenada según hojas de registro

	SI	NO	NO APLICA
Inscripción frontal			
Imagenología			
Exámenes de laboratorio			
Otros exámenes			
Programas médicos especiales			
Epicrisis			
Líquidos			
Signos vitales			

Notas de enfermería			
Ordenes medicas			

1.3 historia clínica legible

SI	PARCIALMENTE	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Identificación de los médicos en la historia clínica

SI	PARCIALMENTE	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. CRITERIOS CLÍNICOS

1.4 Historia clínica de ingreso a la institución

	SI	NO	NO APLICA
Anamnesis			
Edad			
Ocupación			
Motivo de consulta			
Enfermedad actual			
Revisión por sistemas			
Antecedentes personales			
Antecedentes gineco-obstetricos			

1.5 examen físico

	SI	NO	NO APLICA
Peso			
Tensión arterial			
Temperatura			
Frecuencia respiratoria			
Frecuencia cardiaca			
Aspecto general			
Cabeza			
Órganos de los sentidos			
Cuello			

Tórax, corazón y pulmón			
Abdomen			
Extremidades			
Genitales			
Neurológico			
Dermatológico			
Vascular periférico			

1.6 notas de evolución

	SI	NO	NO APLICA
Signos vitales			
Anamnesis			
Examen físico			
Conducta			
Firma del medico			