



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA



ESCUELA DE  
GESTIÓN DE ORGANIZACIONES  
DE SALUD

## **MAESTRÍA EN ECONOMÍA DE LA SALUD**

**Y**

## **ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SALUD**

**TESIS**

**TITULO: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA  
CLÍNICA DE INTERNACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL  
MODELO MÉDICO VIGENTE**

**AUTORA: Prof. María Gabriela Bisceglia**

**DIRECTORA: Mg. Fernanda Arrondo Costanzo**

**AÑO: 2020**

## Agradecimientos

A Fernanda Arrondo Costanzo y a Gustavo Ferella por su generosidad y apoyo permanentes.

## TABLA DE CONTENIDOS

TITULO .....	5
RESUMEN .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
MARCO TEORICO .....	8
LA HISTORIA CLÍNICA. DEFINICIONES. FUNCIONES. ....	8
LA HISTORIA CLÍNICA. EVOLUCIÓN HISTORICA. ....	9
LA HISTORIA CLINICA. SUPUESTOS ORÍGENES DE SU ILEGIBILIDAD .....	11
LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	12
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	13
ESTANDARES DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.....	15
OTROS ESTUDIOS SOBRE EVALUACION DE CALIDAD DE HISTORIAS CLINICAS .....	20
DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.....	21
MODERNIZACION DEL ESTADO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES- DIGITALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	23
CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO MÉDICO PLATENSE .....	24
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	29
GENERAL .....	29
ESPECÍFICOS.....	29
METODOLOGÍA.....	29
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	29
UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.....	30
VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES .....	31
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANALISIS DE DATOS .....	38
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS .....	38
RESULTADOS.....	39
PERFIL HOSPITALARIO .....	39
ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA- % ADHERENCIA TOTAL.....	40
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA.....	44
DIMENSIÓN LEGIBILIDAD .....	47
DIMENSIÓN ANTECEDENTES.....	53
DIMENSIÓN ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL .....	57
DIMENSIÓN EXAMEN FÍSICO .....	60
DIMENSIÓN EVOLUCIONES MÉDICAS.....	64

DIMENSIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA .....	68
DIMENSIÓN INTERCONSULTAS .....	72
DIMENSIÓN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....	75
DIMENSIÓN INDICACIONES MÉDICAS.....	79
DIMENSIÓN APLICABLE A CIRUGÍA.....	82
DIMENSIÓN ALTA-EGRESO.....	86
CONCLUSIONES .....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	98
ANEXO 1: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA .....	98
ANEXO 2: ORDENAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA DE INTERNACIÓN .....	102
ANEXO 3: REGISTRO DE CONTROL DE ENFERMERÍA.....	106
ANEXO 4: MODELO DE PLANILLA DIGITALIZADA DE INDICACIONES MÉDICAS .....	107
ANEXO 5: CHECK LIST DE QUIRÓFANO .....	108

## TITULO

# ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE INTERNACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL MODELO MÉDICO VIGENTE

## RESUMEN

La historia clínica es una herramienta fundamental de la buena práctica médica. Constituye un documento obligatorio que debe contener información suficiente para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.

El presente trabajo realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa de 255 Historias Clínicas de Internación del Instituto Médico Platense obtenidas por muestreo aleatorio estratificado por mes del total de egresos de pacientes afiliados a IOMA que estuvieron internados durante los meses de julio a diciembre de 2019 (195 fueron historias clínicas quirúrgicas y 57 clínicas).

La Variable principal "Calidad de la historia clínica", se operacionalizó a través de doce dimensiones: administrativa, legibilidad, antecedentes, anamnesis y enfermedad actual, examen físico, evoluciones médicas, registros de enfermería, interconsultas, estudios complementarios, indicaciones médicas, aplicable a cirugía y alta-egreso.

El resultado general fue de 56.57% de adherencia a los criterios establecidos. Con respecto a la adherencia específica por dimensiones, se identificó bajo compromiso de la Dimensión Antecedentes (promedio 11.70%), Dimensión Examen Físico (promedio 23.22%) y Dimensión Aplicable a Cirugía (promedio 26.78%); también de las Dimensiones Enfermería y Estudios Complementarios, con valores promedio de aproximadamente 50%. Las Dimensiones Administrativa, Indicações Médicas, Evoluciones Médicas e Interconsultas presentaron los valores más altos de adherencia (superiores al 90%) en términos globales.

A partir de los datos obtenidos se plantea la posibilidad de rediseñar el modelo de HCI quirúrgica de corta estancia para adecuarla al perfil hospitalario.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el siglo XVIII, Argentina contó con instituciones hospitalarias de origen comunal. Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron un conjunto de hospitales basados en la caridad, hasta la creación, en 1780, del Protomedicato (institución corporativa fundada en España mucho antes del descubrimiento de América, que se haría extensiva al Río de la Plata).

Los primeros hospitales sostenidos por el Estado se crean a principios del siglo XIX fundamentalmente orientados a brindar asistencia a los militares bajo el gobierno criollo<sup>1</sup>.

Durante los siglos XVII y XVIII, la medicina tuvo una aplicación individual relativamente similar a la de toda la América Hispana, influenciada por los conocimientos de la época, mayormente europeos. Carecía de estructuras de contralor y regulación para el ejercicio de la profesión, así como de niveles institucionales que permitieran establecer políticas de salud, asistencia social y evaluación de los profesionales de la medicina. Es de destacar, que los médicos actuantes en este período se habían formado todos fuera de nuestro territorio.

En 1810, y más específicamente luego de la Revolución de Mayo, en medio de los acontecimientos políticos del momento, el país se encontraba alejado de las realidades científicas y con una Escuela de Medicina con escaso funcionamiento.

Finalizadas las guerras por la liberación de nuestros territorios del dominio español, el Instituto Médico Militar fue reemplazado, tras la creación de la Universidad de Buenos Aires en 1822, por el Departamento de Medicina dependiente de esa Universidad, cuyo decano fue el Dr. Martín de Montúfar. El Departamento de Medicina fue formado por tres cátedras: Instituciones Médicas, Instituciones Quirúrgicas e Instituciones de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, siendo sus respectivos profesores, Juan A. Fernández, Francisco C. Argerich y Francisco de Paula Rivero. Comienza así la nueva historia de la medicina bajo la dirección de la Universidad de Buenos Aires, de donde egresarían prestigiosos médicos<sup>2</sup>.

Este breve recorrido nos ubica a principios del siglo XIX, cuando se evidencia por primera vez en nuestra región la utilización de la historia clínica de internación (en adelante HCI).

A pesar de su relevancia y antigüedad, la HCI no experimentó cambios importantes desde aquellos tiempos, cuestión que resulta paradójica si se tiene en cuenta la continua evolución de las ciencias médicas.

En la actualidad, numerosas instituciones prestadoras de salud, concentran sus esfuerzos en la incorporación de tecnologías digitales e implementación de una historia clínica electrónica (en adelante HCE), que se presenta como la solución “mágica” a los problemas registrales.

Claramente, la incorporación de la HCE trae consigo múltiples beneficios, que incluyen desde su legibilidad hasta la disponibilidad y accesibilidad que nuestros tiempos demandan. Sin embargo, existen patrones culturales profundamente arraigados que impactan en la calidad registral y que se propone analizar en este trabajo, ya que deberán ser tenidos en cuenta ante cualquier nueva implementación.

Es así que, en adherencia a estos patrones, la historia clínica actual continúa la réplica del modelo biologicista de la medicina, caracterizado por su fragmentación, lo que no acompaña un cambio hacia una visión holística o integral del paciente. Además, se ha focalizado en la historia clínica como instrumento de facturación más que como herramienta para la asistencia, gestión clínica, docencia o investigación, lo que introduce limitaciones importantes a la hora de desarrollar las actividades mencionadas.

A pesar de que está ampliamente demostrado, que la calidad de la historia clínica impacta en la calidad del proceso de atención y por ende en los resultados de la misma<sup>3 4</sup>, no se observa un impulso sostenido y global de líneas de acción en este sentido por ninguno de los actores del sistema de salud: prestadores, reguladores, financiadores, formadores. Esa invisibilización es probable que responda a un statu quo, dando por hecho que la estructura actual de la historia clínica fue y es la correcta.

El principal interrogante, es entonces, si el nivel de calidad de las historias clínicas, permite la atención y seguimiento del paciente de manera adecuada, completa, integral y coordinada. Teniendo en cuenta esta premisa, el presente trabajo evaluará la calidad de las HCI de una clínica privada de la localidad de La Plata, obteniendo un diagnóstico que permita aportar soluciones de mejora que acompañen a la informatización. Se pretende comprender de manera profunda la problemática, incorporando en el análisis la dimensión cultural, que subyace a cualquier formato de historia clínica que se pretenda analizar o implementar.

## **MARCO TEORICO**

### **LA HISTORIA CLÍNICA. DEFINICIONES. FUNCIONES.**

En nuestro país la regulación básica de la historia clínica se encuentra contenida en la Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742)<sup>5</sup>. En su Artículo 12 la define como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”.

Similar resulta la regulación española, que aporta su definición de la historia clínica como “el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial”<sup>6</sup>.

La historia clínica es un documento obligatorio, que debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia<sup>7</sup>.

La doctrina médica forense ha definido a la historia clínica como el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte<sup>8</sup>.

La historia clínica se posiciona, sin lugar a dudas, como una herramienta fundamental de la buena práctica médica.

Entre sus funciones se destacan<sup>9</sup>:

- Asistencial. La misión principal de la historia clínica es proteger toda la información patográfica.
- Docente.
- Investigación clínica y epidemiológica.
- Gestión clínica y planificación de recursos asistenciales.
- Jurídico legal, como testimonio documental de la asistencia prestada.
- Herramienta de control y evaluación de la calidad asistencial.

## **LA HISTORIA CLÍNICA. EVOLUCIÓN HISTORICA.**

Hipócrates nace en el siglo V a. C. Con sus conocimientos revoluciona la medicina de la Antigua Grecia, estableciéndola como una disciplina separada de otros campos con los cuales se la había asociado tradicionalmente y convirtiéndola en una auténtica ciencia, y su ejercicio en una profesión. Las primeras 42 historias clínicas completas están contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Con ellas nace este documento elemental de la experiencia y el saber médico<sup>10</sup>.

La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (“enfermo primero”), mención nominal (“Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedes”), localización social (“el clazomeniense que vivía cerca de los pozos”), breve referencia a datos anamnésicos (antecedentes)<sup>11</sup>. Parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente, para luego describir el día a día del curso de la enfermedad con riguroso orden cronológico de los hechos sin clara distinción entre lo subjetivo y lo objetivo<sup>12 13</sup>. Las historias clínicas hipocráticas son siempre obra de un sólo médico. En algunas oportunidades terminan con una breve reflexión referente al caso.

La Historia Clínica Hipocrática no era de Internación. Cabe mencionar que el desarrollo de los Hospitales comienza en la Edad Media.

Es a mediados del siglo XIII, ya avanzada la Edad Media, cuando se decreta la obligatoriedad del estudio de la Medicina en las diversas Universidades de surgimiento incipiente. Es en esa época, que la mayoría de los estudiantes de Medicina formados desde un punto de vista eminentemente teórico, comienzan su ejercicio con escasa experiencia en el manejo de pacientes, situación que condiciona la reaparición de la Historia Clínica como documento escrito en forma de “consilium” (consejos de los médicos más adiestrados en la práctica)<sup>14</sup>. Cada “consilium” estaba formado por cuatro apartados:

- Título o Epígrafe: nombra el proceso morboso que define.
- Primera Sectio: menciona la persona y los síntomas enumerados ordinalmente.
- Segunda Sectio: comprende “Sumae”, “Capítula” y “Sermones”. Recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas. El autor incorpora aquí toda su erudición científica e incluso, opiniones religiosas.
- Una fórmula final en la que se ofrece y encomienda a la divinidad su acción terapéutica.

A diferencia de la historia Hipocrática y teniendo en cuenta la gran preocupación de la época por el conocimiento de las causas, comienza a aparecer de forma expresa en los “consilium”, el diagnóstico diferencial.

Durante el Renacimiento, surgen las “Observatio”<sup>15</sup>, de gran estilo literario y coherencia narrativa y con especial preocupación en que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, que finaliza con una reflexión diagnóstica y con las indicaciones terapéuticas.

A principios del siglo XX nace la psiquiatría<sup>16</sup> y con ella empieza a tomar importancia la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propio sentir y la influencia que esto puede tener en la evolución de su padecimiento. Adquiere entonces extraordinaria relevancia la anamnesis y la interrelación médico paciente.

Durante el siglo XX se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado en forma decisiva el modelo de la historia clínica hospitalaria:

- Historia clínica única para cada paciente: los hermanos Mayo, en 1907, en el St. Mary's Hospital (E.E.U.U), fueron pioneros en la introducción de una historia clínica única para cada paciente. Esto mejoró la continuidad de atención, pero el necesario archivo centralizado implicaba grandes inversiones en infraestructura, enlenteciendo el acceso a la información.
- Método estandarizado de registro de datos: en la década de 1920, los Hospitales norteamericanos decidieron que, para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recolección de información. Se consensuó el conjunto mínimo básico de datos.
- Historia clínica orientada a los problemas<sup>17</sup>: introducida por el Dr. Lawrence Weed a mediados de la década de 1960. Dentro del modelo biopsicosocial, Weed aborda la atención del paciente a partir de una lista de problemas de salud a resolver y no en base a enfermedades o información médica ordenada cronológicamente.

En nuestro país la historia clínica orientada a los problemas no tuvo suficiente aceptación. El arraigo cultural insiste en la adhesión a la versión tradicional y evita discutir deficiencias; de esta manera, el mismo esquema persiste sin grandes cambios, tal vez sostenido por “usos y costumbres”.

A pesar del desarrollo y expansión tecnológica, el modelo clásico de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates, se mantiene prácticamente sin cambios hasta la actualidad: ordena los datos cronológicamente, parte de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, evolución clínica y, por último, epicrisis. Sólo se observan los siguientes cambios:

- su ampliación como documento multidisciplinar (ya no sólo elaborado por el médico sino por otros profesionales del equipo de salud),
- deja de ser propiedad del médico y se archiva bajo custodia institucional.
- se convierte en un documento legal de obligado cumplimiento.

## **LA HISTORIA CLINICA. SUPUESTOS ORÍGENES DE SU ILEGIBILIDAD**

Daniel Balmaceda explica en su libro “Oro y espadas. Curiosidades históricas de la Argentina cuando era española”<sup>18</sup> que, en el siglo XV se creó en España

el Real Tribunal del Protomedicato, un cuerpo técnico encargado de vigilar las profesiones relacionadas con la salud (como los médicos y los boticarios). Un siglo después este tribunal se instaló también en las colonias españolas de América.

El Protomedicato estableció que los médicos debían escribir las recetas médicas en latín, por considerarse la lengua más culta. Con el tiempo y el aumento de la población, se registró un mayor número de enfermos, que se quejaron por no comprender las recetas. Es así, como a principios del siglo XIX se dio la orden de dejar a un lado el latín y escribir las recetas en español. Los médicos no habrían recibido de buen agrado esta noticia, pues consideraron que utilizar el lenguaje del vulgo desprestigiaba su labor. Sin embargo, al tener que acatar la orden, decidieron emplear una letra cursiva difícil de leer como represalia a la norma emitida por las autoridades. Balmaceda menciona textualmente “Esa fue su venganza a la intromisión de los pacientes en su relación epistolar con los boticarios. Hoy, en el siglo XXI, podemos intentar leer una receta y comprobar que la venganza continua”.

El folklore nos cuenta entonces que desde la época colonial la letra de los médicos era interpretada solamente por los boticarios o idóneos y esto mantenía en secreto los contenidos de las fórmulas, casi como un ritual.

Muy a nuestro pesar, la medicina continúa siendo una profesión hegemónica. El médico escribe de manera ilegible y utiliza un vocabulario resultante de su alfabetización académica, prácticamente incomprensible para el resto de la población. Estas dificultades de comunicación oral y escrita atentan gravemente contra la seguridad del paciente<sup>19</sup>.

## **LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La evaluación de la calidad de la historia clínica no implica la evaluación de la calidad de la asistencia, pero en general existe asociación entre la calidad del registro y la atención. Con frecuencia se afirma que la presencia de historias

clínicas completas y realizadas de forma adecuada, se asocia con una mayor calidad del proceso asistencial<sup>20 21</sup>.

Las revisiones de la calidad de la historia clínica se realizan para obtener un diagnóstico e identificar oportunidades de mejora. La unidad de análisis es la documentación e información contenida en las historias clínicas.

Las revisiones de la calidad de la asistencia, tienen por objeto evaluar que la atención prestada esté en concordancia con la evidencia científica. La unidad de análisis es la atención, pero la forma en que se documentó resulta fundamental para poder llevar adelante este tipo de análisis.

La historia clínica es entonces, el elemento esencial para llevar a cabo auditorías en salud, que consisten en comparar la atención proporcionada (plasmada en la historia clínica), con pautas o normas que son los principios y prácticas aceptadas como correctas por la profesión<sup>22</sup>.

Dicho esto, la historia clínica debería ser un fiel reflejo de la actuación médico-sanitaria y por lo tanto su estudio y valoración deberían permitir establecer el nivel de calidad asistencial prestado.

## **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Una historia clínica de calidad, permite garantizar que esta cumpla de manera adecuada con todas sus funciones: asistencial, docente, investigación, jurídico legal, gestión clínica, auditoría, etc.

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos<sup>23</sup>.

Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas, donde se revisan las historias y se solicita al autor que corrija las deficiencias en un plazo de tiempo determinado.

Un segundo tipo de enfoque, que consiste en la realización de una revisión, cuyos resultados se informan a las autoridades, pero que no tiene como objetivo completar las deficiencias de registración, sino que se conozcan los déficits y se

adopten las medidas de corrección necesarias. Este planteamiento generalmente es propiciado por el Comité de Historias Clínicas.

Dentro de ambos enfoques, podemos distinguir a su vez dos tipos de análisis de la historia clínica, el cuantitativo y el cualitativo.

- El ANÁLISIS CUANTITATIVO, se basa en la revisión de la presencia de los diferentes documentos integrantes de la historia, su ordenamiento, su cumplimentación, etc. Representa por tanto una evaluación objetiva que habitualmente es realizada por personal formado en documentación médica. En nuestro país este tipo de revisión suele ser patrimonio del personal abocado a facturación.
- El ANÁLISIS CUALITATIVO tiene, en cambio, una mayor carga de subjetividad y se centraliza en la revisión del contenido informativo de la historia clínica. Corresponde su realización a profesionales de salud con conocimientos científico- técnicos.

Al respecto, Velito y Tejada Soriano<sup>24</sup>, definen los estándares cuantitativos “como aquellos que garantizan la completitud de la historia clínica sobre la base de un formato consensuado institucionalmente”. Dentro de esta categoría de estándares, la mayoría de las investigaciones conducen a determinar en cada historia clínica que:

- Esté ordenada y correctamente escaneada.
- Los datos filiatorios del paciente y del familiar responsable estén completos.
- El paciente esté identificado en todas las hojas.
- El profesional responsable esté identificado.
- Consten: antecedentes personales, patológicos, anamnesis, examen físico, evoluciones, interconsultas, tratamiento, observaciones de enfermería, informes de estudios complementarios, protocolo quirúrgico, informes de anatomía patológica, alta y otros documentos según el curso que haya seguido el paciente.

Los estándares cualitativos apuntan a garantizar otros aspectos, tales como que:

- La historia clínica contenga suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia.
- Todas las decisiones se apoyen en hallazgos.
- Exista coherencia y completa anotación de los diagnósticos.
- Se muestre compatibilidad en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente.
- Se describa y justifique la evolución.
- Se registren los consentimientos informados necesarios.
- Se respeten determinadas prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, comentarios ajenos, omisiones inexplicables de tiempo.

Por otra parte, los estudios vinculados a la calidad de las historias clínicas también pueden clasificarse según el momento de revisión:

- Evaluación retrospectiva, realizada una vez terminada la asistencia del paciente. Se recurre al archivo de historias clínicas y tiene la ventaja de permitir la revisión completa.
- Evaluación concurrente, mientras el paciente está siendo aún atendido. Las revisiones son parciales y existe la posibilidad de mejora incidental a partir de la comunicación con los actuantes.

## **ESTANDARES DE CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA**

En la historia clínica confluyen derechos, obligaciones e intereses jurídicamente protegidos del paciente, del equipo de salud, de la institución sanitaria e incluso públicos. Como herramienta que debe responder a tan diversos actores, debería incluirse en un proceso de perfeccionamiento continuo, con el objeto de mejorar su calidad.

Para evaluar la calidad de las historias clínicas, debemos definir previamente los estándares de calidad que se utilizarán en la comparación, en base a lo establecido por la normativa vigentes: Ley 26742<sup>25</sup>, lo solicitado por las acreditadoras especialistas en Salud: Joint Commission<sup>26</sup>, CENAS (Centro Especializado para la Normatización y Acreditación en Salud)<sup>27</sup> e ITAES

(Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud)<sup>28</sup>, así como otra bibliografía específica adicional.

En este trabajo sólo se abordarán los ESTÁNDARES DE CALIDAD o requisitos de la historia clínica, RELACIONADOS CON EL CONTENIDO DOCUMENTAL E INFORMATIVO, sin indagar sobre otros estándares relacionados con su CONFIDENCIALIDAD, SEGURIDAD, DISPONIBILIDAD, UNICIDAD, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA, etc.

En principio, en cuanto al CONTENIDO, no se pueden dejar de mencionar los Principios Generales de: Veracidad (su incumplimiento incurre en un delito tipificado en actual Código Penal- Título XII Capítulo III<sup>29</sup> como “falsedad documental”), Exactitud (rigurosidad de los registros y las observaciones científicas) y Respeto (no puede contener afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución)<sup>30 31</sup>.

Posteriormente, es menester analizar de manera pormenorizada los requisitos de CONTENIDO, que permitirán operacionalizar la evaluación. Es así como se hace referencia a Ley 26742<sup>32</sup> y su artículo 15º, donde explicita lo que deberá obligatoriamente quedar asentado en las historias clínicas:

- a) Fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

El mismo artículo menciona que deben utilizarse, cuando corresponda, nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

El artículo 16 complementa al anterior, mencionando los documentos que forman parte de la historia clínica: los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante”.

CENAS, en sus estándares 476 a 489 <sup>33</sup>, define el CONTENIDO de la HCI, especificando que la misma debe incluir en forma completa, oportuna y legible:

- Identificación del paciente en cada hoja.
- Identificación de condiciones especiales de los pacientes: discapacidad auditiva, física, violencia, tendencias suicidas, etc.
- Diagnóstico.
- Constancia de que se ha informado al paciente y su familia sobre el diagnóstico, alternativas de tratamiento y la opinión del mismo.
- Consentimientos informados.
- Hoja de enfermería.
- Indicaciones médicas con fecha y firma del profesional.
- Informes de estudios complementarios.
- Interconsultas.
- Protocolo quirúrgico.
- Hoja de anestesia.
- Epicrisis.

ITAES <sup>34</sup> destina a la HCI el Capítulo 7 de su Manual para la Acreditación. Aporta un alto grado de detalle de su CONTENIDO: documentos, firmas, resúmenes, fechas y tiempos límites.

Establece que todas las HCI deberán ser legibles y estar firmadas y fechadas por cada médico. Solicita reducir al mínimo el uso de abreviaturas, que además deberán formar parte de un glosario preexistente revisado permanentemente. Determina que todos los componentes deben estar actualizados al día anterior.

Enuncia sus contenidos mínimos: hoja de datos de identificación del paciente, datos de identificación del familiar o responsable a contactar, resumen de internaciones previas, anamnesis, alergias, examen físico, diagnóstico presuntivo, diagnóstico diferencial, plan diagnóstico, controles y observaciones de enfermería, resultados de estudios complementarios, plan terapéutico, interconsultas, evolución diaria, procedimientos propios de las unidades de cuidados intensivos si correspondiera, reporte de incidente, cuasi accidente o evento adverso que se hubiera detectado durante la internación.

En caso de internación con motivo quirúrgico, la HCI debe contener, además de lo enunciado: consentimiento quirúrgico informado, evaluación prequirúrgica, evaluación preanestésica, protocolo quirúrgico, protocolo anestésico, protocolo de recuperación post anestésica.

En caso de internación en unidades críticas, es requisito que consten los scores aplicados.

En la HCI de pacientes fallecidos, debe registrarse la evolución de las últimas 24 horas, los procedimientos de reanimación involucrados y las presuntas causas y desencadenantes del fallecimiento.

Al decidir el alta de los pacientes internados, los médicos tratantes deberán registrar la decisión en la HCI y también se deberá reflejar en las hojas de enfermería. Se pesquisa información acerca de: las razones que justifican el alta médica, la condición clínica al egreso, el tratamiento e indicaciones al egreso.

Dentro de las 48 horas posteriores al alta, el médico tratante o el responsable del sector de internación, redactará la epicrisis o el resumen de internación del paciente dado de alta, que se incorporará a la HCI. El paciente o sus familiares deben recibir un resumen de internación o epicrisis con la información necesaria para asegurar la continuidad de la atención luego de la externación.

Los componentes del resumen de internación o epicrisis son:

- Fecha de ingreso y egreso;
- Motivo de ingreso;
- Hallazgos clínicos significativos;
- Diagnóstico/s definitivo/s;
- Resultados relevantes de estudios complementarios;
- Tratamiento realizado;
- Evolución observada;
- Situación clínica al egreso;
- Tratamiento al egreso;
- Servicio que otorga el alta o solicita la derivación;
- Recomendaciones para el seguimiento;
- Fecha de confección y firma del médico responsable del egreso.

Los estándares de acreditación de Joint Commission<sup>35</sup> para la valoración de las HCI se enfocan en mayor medida en la HCE, motivo por el cual no se refuerzan principios como el de unicidad o legibilidad, sino algunos otros vinculados a la seguridad informática (identificación del personal autorizado para escribir en la historia clínica, función copia-pegar).

Por otro lado, Joint Commission, define pautas generales en relación al CONTENIDO de la HCI, tales como:

- El hospital inicia y mantiene una historia clínica estandarizada para cada paciente evaluado o tratado y determina el contenido y el formato de la historia y la ubicación de las entradas.
- La historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar el curso y los resultados del tratamiento.
- Las historias clínicas de los pacientes que reciben atención de urgencias incluyen la hora de llegada y de partida, las conclusiones al finalizar el

tratamiento, el estado del paciente en el momento del alta y las instrucciones de seguimiento.

- El hospital tiene un proceso para abordar el uso correcto de la función copia-pegar cuando se utilizan historias clínicas electrónicas.

## **OTROS ESTUDIOS SOBRE EVALUACION DE CALIDAD DE HISTORIAS CLINICAS**

Si bien se ha escrito mucho sobre la calidad de la HCI, no siempre coinciden las dimensiones y variables que se utilizan para la evaluación, como tampoco la metodología, cuantitativa y/o cualitativa. De esta manera, los resultados obtenidos, generalmente no son comparables.

El trabajo de Riondet<sup>36</sup>, desarrollado en el Hospital San Martín de La Plata, también se basa en la evaluación de estándares de calidad de HCI, aunque eminentemente cuantitativos. Utiliza la misma fórmula “Criterios presentes/ Total de criterios x 100” para determinar la calidad de la historia clínica. Incorpora además una definición de lo que considera aceptable: adherencia del 70% de los criterios o más. El estudio se llevó a cabo en dos etapas, siendo el resultado de la primera evaluación de la calidad de las HCI: 71%, y de la segunda etapa: 76%.

En el trabajo de Barragán y Arrondo<sup>37</sup>, se analizó la calidad de la HCI en referencia al registro de eventos adversos hospitalarios evidenciándose que la tasa de ocurrencia según registros fue de 27,8% (203 EA/730 egresos), mientras que la detección con metodología activa fue del 70%.

Respecto de la situación en otros países, por ejemplo, España, el trabajo de Sardá y col.<sup>38</sup>, pese a su antigüedad (1993) da cuenta de una situación alentadora, con la obtención de una puntuación superior a 7 sobre 10 en el 94.4% de los casos evaluados.

En 2012, Zambrana García y col.<sup>39</sup> analizan la calidad de los informes de alta hospitalaria en un estudio transversal de 1708 HCI y observan que el 97.4% de los informes de alta fueron catalogados como adecuados de acuerdo a la legislación vigente en dicho país.

El artículo de Flores Serna<sup>40</sup>, correspondiente a una investigación cuantitativa y observacional llevada a cabo en la UMSA La Paz, efectuó el seguimiento a 8 internos durante el año 2015, observando las HCI que realizaban durante sus diferentes pasantías en las especialidades de Medicina, Pediatría, Cirugía y Ginecología. Sólo el 29.7% de las Historias Clínicas logró la categoría de aceptable, mientras que el 23.4% se catalogaron como insuficientes y el 46.9% como inaceptables.

En referencia a la evaluación de los registros de Enfermería en la HCI, importa mencionar el estudio de Grespan Setz y D'Innocenzo<sup>41</sup>, quienes realizaron el análisis cualitativo de 424 Historias Clínicas de un hospital universitario del Municipio de Sao Paulo, y cuyo resultado concluyó que solamente el 8.7% de los registros fueron buenos, el 64.6% regulares y el 26.7% malos, determinándose la imperiosa necesidad de proponer nuevas estrategias para la mejora de la calidad de la asistencia de enfermería, así como del registro de esa asistencia.

Un estudio de 2010-2011 realizado en el Servicio de Medicina Interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa<sup>42</sup> sobre la evaluación de la calidad de 323 Historias Clínicas de consulta externa que fueron sometidas a auditoría arrojó que el 63.8% tenía un registro aceptable y 36.2% se categorizó como "falta mejorar".

## **DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

La historia clínica en papel o convencional, plantea algunas dificultades, entre las que pueden citarse las siguientes:

- Desorden. Traspapelado.
- Falta de uniformidad de los documentos.
- La información no es inalterable.
- Su disponibilidad es cuestionable, y esto atenta contra la accesibilidad.
- Errores de archivo.
- Deterioro por acción del tiempo, del agua, del fuego, etc.
- Posibles pérdidas parciales o totales.
- Dudosa confidencialidad si circula por diferentes ámbitos institucionales.

Estas dificultades propias de la HCI en papel se minimizan con el uso de la HCE. Además, esta última representa una oportunidad para llevar a cabo la integración de la información clínica y para estudiar el funcionamiento de los servicios y de los profesionales.<sup>43</sup>

Una HCE es un software que permite crear, guardar, y organizar la información clínica de un paciente. Pero es mucho más que el equivalente electrónico del papel. Está destinada a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad en el cuidado de la salud. La adopción a nivel mundial de las HCE ha demostrado beneficios que incluyen la disminución de errores en medicina, mejoras a nivel de costo-efectividad, aumento de la eficiencia y posibilidad de brindar un rol activo a los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Son el centro de cualquier sistema de información en salud<sup>44</sup>.

Los sistemas avanzados de HCE automatizan muchas tareas cotidianas que tienen lugar en los prestadores y que consumen una gran cantidad de tiempo, permitiendo realizar prescripciones electrónicas (si existe una base de conocimiento subyacente pueden generarse alertas de posibles interacciones medicamentosas), realizar el pedido a una farmacia, solicitar órdenes de laboratorio o de imágenes. Las opciones son múltiples y están siempre reinventándose y mejorando.

Desde el punto de vista de la accesibilidad y continuidad de la atención, los pacientes pueden ingresar en forma remota desde el hogar, vía internet, obteniendo además de su documentación clínica, información relacionada con su patología.

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, esta herramienta nos brinda la posibilidad de incluir recordatorios electrónicos (alertas de resultados de laboratorio críticos, recordatorios de vacunación, reporte de interacciones de drogas).

Desde el punto de vista de la información, permite integrar sistemas eficientes de captura, procesamiento y almacenamiento de datos, obteniendo información valiosa para la gestión clínica hospitalaria y del sistema de salud en general.

La HCI de puño y letra (en papel), donde cada profesional deja su característica impronta, ya ha sido reemplazada en numerosas instituciones de salud por modalidades de HCE. En un estadio intermedio se encuentran la mayor parte de las organizaciones de nuestra ciudad, intentando incorporar el avance de las tecnologías en este documento esencial, lo que permitiría valorar indicadores de calidad de atención con sorprendente agilidad y simpleza.

De esta manera, los listados de verificación utilizados para la evaluación de la calidad de la historia clínica en papel que actualmente se utilizan deberán replantearse pensándose en otras problemáticas.

## **MODERNIZACION DEL ESTADO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES- DIGITALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, en sintonía con la Ley Provincial 14.828/16 que creó el Plan Estratégico de Modernización de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires, se dispuso una nueva etapa de la denominada “Modernización del Estado”.

En este marco, “La optimización de recursos y la despapelización son dos de los principios fundamentales que comenzaron a tomar fuerza en la gestión pública provincial y fueron tomados como lema de eficiencia. Con la progresiva despapelización del Estado provincial, se aporta al cuidado del medio ambiente y consecuentemente, con el avance en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), se permite mejorar tiempos de gestión, y hacer un uso más racional de los recursos empleados en las tareas cotidianas”<sup>45</sup>.

En este contexto se desarrollan:

- 1- el Sistema de Gestión Documental Electrónica Buenos Aires (GDEBA). El GDEBA es una plataforma informática que permite la gestión digital de todos los trámites de la Administración Central y Organismos Descentralizados de la Provincia de Buenos Aires. Los objetivos que persigue la implementación son despapelizar el procedimiento administrativo, eficientizar la gestión administrativa y facilitar la generación electrónica, registro y archivo de la

documentación. La administración general de GDEBA y su ejecución está a cargo de la Dirección Provincial de Modernización Administrativa, perteneciente a la Subsecretaría para la Modernización del Estado de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia de Buenos Aires. Consta de diferentes módulos de formación, de acuerdo a las instancias de intervención: Escritorio Único; Comunicaciones Oficiales; Generador Electrónico de Documentos Oficiales; y Expediente Electrónico<sup>46</sup>.

2- Digitalización de Juzgados Provinciales

3- Digitalización de RNPA

4- Digitalización de la historia clínica en papel como instrumento de auditoría de las internaciones de IOMA. Según Resolución IOMA N° 2113/19, IOMA notifica la suspensión del envío de HISTORIA CLINICA EN PAPEL y su reemplazo por la historia clínica digital. Con este proyecto se elimina el envío de 26.000 historias clínicas en promedio por mes, que los prestadores de salud privados o de comunidad de la Provincia de Bs.As. enviaban al IOMA Sede Central La Plata, como evidencia de sus internaciones, para ser auditadas por los profesionales médicos del IOMA.

Más allá de este adelanto en el formato, lo que permitió reducir los tiempos del proceso de 70 a 40 días, y disminuir los costos administrativos y de logística, se debe avanzar en la calidad de los registros para optimizar la tarea de los auditores en función del ágil y correcto seguimiento de la atención del paciente y sobre todo de la evaluación de la calidad asistencial. Con este tipo de mejora de la calidad cuantitativa y cualitativa de la historia clínica, disminuirían los débitos, y en un futuro se podría pensar en que se perfeccionaría la calidad de la auditoría en post de la calidad de atención.

## **CARACTERÍSTICAS DEL INSTITUTO MÉDICO PLATENSE (IMP)**

Se trata de una institución de salud categoría IV (alta complejidad y docencia universitaria). Su perfil es fundamentalmente materno infantil y quirúrgico.

Se define como una “entidad prestadora de servicios de baja, mediana y alta complejidad, que busca la mejora continua de la calidad en todas sus dimensiones: técnico- científica, administrativa y humana, que otorga atención y prevención oportuna en todas las etapas del ciclo vital, conforme a los

conocimientos y principios éticos vigentes, con miras fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia”.

Dispone de 112 camas de Internación General, 15 camas de Unidad de Terapia Intensiva, 16 camas de Unidad Coronaria y 19 camas de Neonatología. Cuenta con 5 quirófanos, 3 salas de parto, hospital de día con 5 sillones, guardia las 24 horas, consultorios externos de todas las especialidades médicas, servicio de imágenes, medicina nuclear y hemodinamia.

Trabajan en el Instituto aproximadamente 400 empleados y más de 200 médicos.

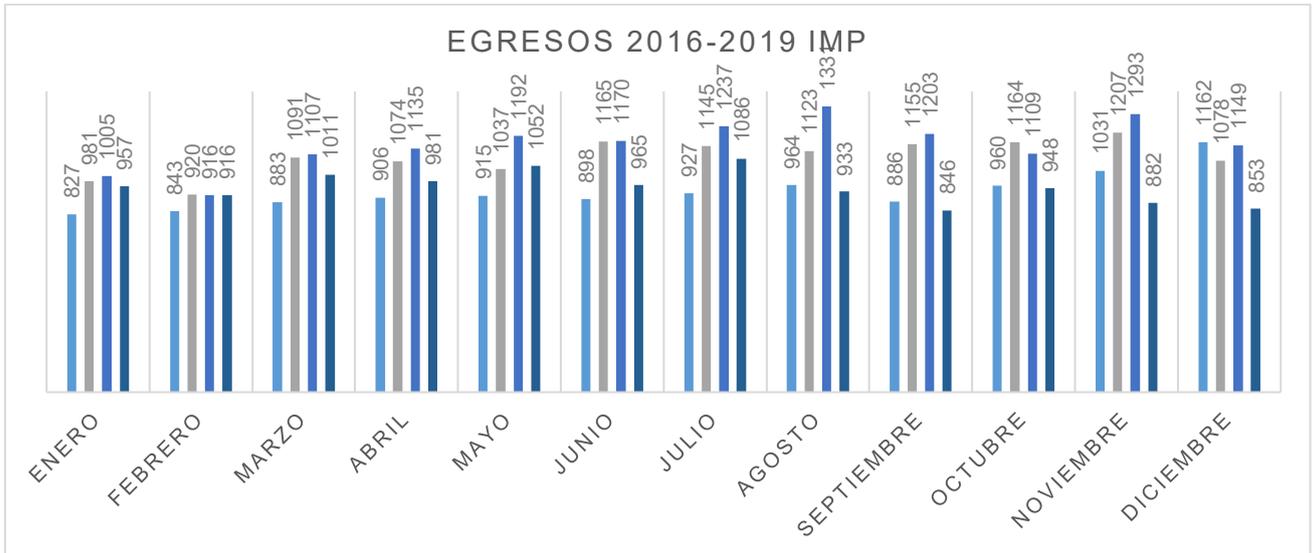
Cuenta con Residencia de Clínica Médica y Cirugía General.

Del total de las prestaciones, aproximadamente el 70% corresponden al financiador IOMA.

Tomando a modo ejemplificador algunos indicadores de gestión hospitalaria, se observa que tanto la Cantidad de Egresos como el Giro Cama tuvieron un decrecimiento en el año 2019, en comparación con el año 2017 y 2018, datos que se plasman a continuación en tablas y gráficos.

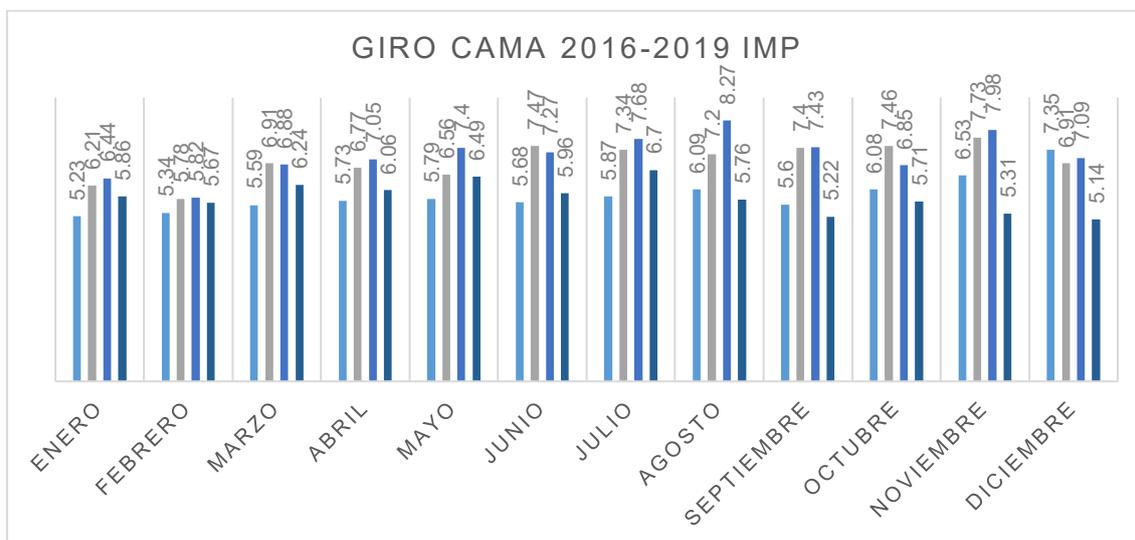
<b>Egresos</b>				
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
ENERO	827	981	1005	957
FEBRERO	843	920	916	916
MARZO	883	1091	1107	1011
ABRIL	906	1074	1135	981
MAYO	915	1037	1192	1052
JUNIO	898	1165	1170	965
JULIO	927	1145	1237	1086
AGOSTO	964	1123	1331	933
SEPTIEMBRE	886	1155	1203	846
OCTUBRE	960	1164	1109	948

NOVIEMBRE	1031	1207	1293	882
DICIEMBRE	1162	1078	1149	853
<b>TOTAL</b>	<b>11202</b>	<b>13140</b>	<b>13847</b>	<b>11430</b>



<b>Giro Cama</b>				
	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
ENERO	5,23	6,21	6,44	5,86
FEBRERO	5,34	5,78	5,82	5,67
MARZO	5,59	6,91	6,88	6,24
ABRIL	5,73	6,77	7,05	6,06
MAYO	5,79	6,56	7,4	6,49
JUNIO	5,68	7,47	7,27	5,96
JULIO	5,87	7,34	7,68	6,70
AGOSTO	6,09	7,2	8,27	5,76
SEPTIEMBRE	5,6	7,4	7,43	5,22
OCTUBRE	6,08	7,46	6,85	5,71
NOVIEMBRE	6,53	7,73	7,98	5,31

DICIEMBRE	7,35	6,91	7,09	5,14
-----------	------	------	------	------



Con respecto a la producción de Quirófanos y Salas de Parto, también se observa un descenso en el año 2019 en relación a los dos anteriores.

	2017	2018	2019
CIRUGIAS	8940	8780	8413
NACIMIENTOS	1920	1846	1504

En referencia al análisis de los Nacimientos, se observa una disminución en la Tasa de Cesáreas.

	2017	2018	2019
Tasa de CESAREAS	78.4%	73.1%	74.0%

A continuación, se detallan las Consultas Ambulatorias y Consultas por Guardia:

	2017	2018	2019
Consultas por Guardia	35887	33749	35110
Consultas médicas totales	168441	163907	164774



## **PROPOSITO**

-Perfeccionar la calidad de las HCI del Instituto Médico Platense, con el objeto de mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente.

-Proponer acciones de mejora teniendo en cuenta los patrones culturales y la resistencia al cambio, y establecer los tópicos de discusión previos al avance sobre la implementación de la HCE.

-Mejorar en el corto plazo las HCI que se digitalizan y envían al principal financiador -IOMA- como elemento de auditoría, para prevenir potenciales débitos a la facturación.

## **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **GENERAL**

- Evaluar cualitativamente y cuantitativamente la calidad de la HCI de pacientes afiliados a IOMA que estuvieron internados en Instituto Médico Platense durante los meses de julio a diciembre de 2019.

### **ESPECÍFICOS**

- Examinar el CONTENIDO DOCUMENTAL de la HCI (cuantitativamente).
- Analizar el CONTENIDO INFORMATIVO de la HCI (cualitativamente).
- Discriminar el cumplimiento de REQUERIMIENTOS, según dimensión.
- Diferenciar el cumplimiento de REQUERIMIENTOS, según tipo de internación y días de estada.
- Determinar si hubo evolución temporal en la calidad de la HCI, comparando los meses incluidos en el trabajo.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

Estudio descriptivo, de revisión retrospectiva y evaluación cuantitativa-cualitativa de la HCI.

## UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.

### Universo

3891 historias clínicas de pacientes internados en Instituto Médico Platense con cobertura de IOMA, en el período comprendido entre julio y diciembre del 2019.

Se dispuso tomar este universo, ya que, como se explicó precedentemente, IOMA representa aproximadamente el 70% de las prestaciones del IMP. Además, a partir de julio de 2019 las historias clínicas de las internaciones con cobertura del IOMA, se comenzaron a enviar de manera digital al financiador para su auditoría, lo que favoreció sustancialmente su accesibilidad a través de la plataforma utilizada a tal fin.

### Criterios de inclusión

Las Historias Clínicas corresponden a:

1. Pacientes egresados de cualquiera de las áreas de la Institución.
2. Bajo cobertura de IOMA.

### Muestra

Tamaño: Se decidió trabajar con un nivel de confianza del 90%, y con p (proporción del universo que se espera posea la característica) desconocida, lo que arroja como resultado 255 HCI.

Selección: el tipo de muestreo utilizado fue aleatorio estratificado por mes, lográndose de esta manera que la distribución de los sujetos de la muestra sea similar a la de la población, de acuerdo a la siguiente tabla:

Mes	Universo: Denuncias de Alta	%	n (nivel de confianza 90%- $Z_{\alpha}=1.65$ )
Julio	635	16.3%	42
Agosto	610	15.7%	40
Septiembre	575	14.8%	38
Octubre	789	20.3%	52

Noviembre	634	16.3%	41
Diciembre	648	16.7%	42
<b>Total</b>	<b>3891</b>		<b>255</b>

## VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

### Variable principal:

-Calidad de la historia clínica: % de Adherencia = (Criterios adheridos/ criterios totales) \*100

### Variables intervinientes:

-Días de estada: cuantitativa.

-Tipo de internación: cualitativa dicotómica. Clínica o quirúrgica.

La Variable principal “Calidad de la historia clínica”, será operacionalizada a través de **doce dimensiones**:

- Administrativa
- Legibilidad
- Antecedentes
- Anamnesis y enfermedad actual
- Examen físico
- Evoluciones médicas
- Registros de enfermería
- Interconsultas
- Estudios complementarios
- Indicaciones médicas
- Aplicable a Cirugía
- Alta-Egreso

### DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (5) *Consta orden de internación firmada por el médico responsable: “SÍ” o “NO”. “SÍ” implica que la orden de internación está presente, completa y figura*

firma y sello con número de matrícula del profesional. En ausencia de alguno de estos requisitos, se consignará “NO”.

- (6) *La historia clínica está escaneada correctamente:* “SÍ” o “NO”. La presencia de al menos una página escaneada de manera incorrecta se interpreta como “NO”.

- (7) *La historia clínica está ordenada:* “SÍ” o “NO”. Se considerará “SÍ” cuando responda a la secuencia correcta del registro (Anexo 2). Si esa secuencia está alterada, se considerará “NO”.

- (8) *El paciente está identificado en todas las hojas:* “SÍ” o “NO”. La ausencia de nombre y apellido del paciente por lo menos en una página se considerará “NO”.

- (9) *La hoja de datos filiatorios del paciente se considera completa:* “SÍ” o “NO”. “SÍ”, si constan en ella: número de historia clínica, apellido y nombre, DNI, domicilio y teléfono.

- (10) *Los datos de identificación del familiar o responsable a contactar están completos:* “SÍ” o “NO”. Se consignará como “SÍ” siempre que se establezca algún dato que permita la localización del familiar responsable; en caso contrario, se responderá “NO”.

- (11) *Se observa documentación que no corresponde al paciente:* “SÍ” o “NO”. Si toda la documentación corresponde al paciente identificado en la historia clínica, la respuesta será “NO”.

## **DIMENSIÓN LEGIBILIDAD**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (12) *La letra es clara:* “SÍ” o “NO”. Se considerará “NO” a aquella historia clínica que presente dificultades para el observador avezado y no pueda ser leída “de corrido” o plantee “dudas considerables” respecto a la mayor parte de sus secciones.

- (13) *El uso de abreviaturas está limitado al mínimo imprescindible y es comprensible:* “SÍ” o “NO”. La presencia de abreviaturas de uso generalizado y reconocidas por las sociedades científicas se encuentra contemplada dentro de las prácticas habituales y se considerará “SÍ”. Cuando la presencia y cuantía de

las abreviaturas dificulte la interpretación de los registros, se interpretará como “NO”.

## **DIMENSIÓN ANTECEDENTES**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (14) *Hay consentimiento informado al ingreso*: “SÍ” o “NO”. Si el Consentimiento está completo y fechado, corresponde “SÍ”.

- (15) *Constancia de antecedentes personales relevantes (clínicos, quirúrgicos)*: “SÍ” o “NO”. La historia clínica recaba información de hábitos, medioambiente, antecedentes fisiológicos y patológicos del paciente. Se consideran presentes (“SÍ”) cuando están explicitados o marcados con tilde en el cuadro impreso ad hoc en la historia clínica.

- (16) *Constancia de antecedentes familiares relevantes*: “SÍ” o “NO”.

Importan prioritariamente las enfermedades crónicas de parientes en primera y segunda línea, y las patologías de convivientes en caso de enfermedades infectocontagiosas. Dado que la HCI del IMP no tiene un área predeterminada, se analizará si, ante la ausencia de espacio preestablecido, igualmente se consignan estos datos.

- (17) *Información del entorno social*: SÍ” o “NO”. Se buscará información sobre estos aspectos en cualquier área de la HCI: sus actividades laborales y recreativas, si vive solo o acompañado, si tiene una red de contención, su situación económica, etc. De consignarse alguno de estos datos, se indicará “SÍ”; su ausencia se entenderá como “NO”.

- (18) *Se identifican condiciones especiales (discapacidad auditiva, física, tendencias suicidas)*: “SÍ” o “NO”. La HCI del IMP contiene una cuadrícula para completar estas condiciones. Se evaluará como “SÍ” cuando esta cuadrícula se encuentre completa.

## **DIMENSIÓN ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (19) *La anamnesis aporta datos vinculados al comienzo de la afección, circunstancias, características de los signos y síntomas, etc.:* “SÍ” o “NO”. De no consignarse una circunstancia de tiempo y modo en que aparece el cuadro, el requisito tendrá como respuesta “NO”.

- (20) *El motivo de internación está informado:* “SÍ” o “NO”. Ese motivo debe ser un síntoma, signo, síndrome, enfermedad o indicación de tratamiento clínico o quirúrgico. Su ausencia o falta de coincidencia con alguno de los términos enunciados, se interpretará como “NO”.

## **DIMENSIÓN EXAMEN FÍSICO**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (21) *Consta de examen físico:* “SÍ” o “NO”. Cuando la página correspondiente a “Examen Físico” del Anexo 2 está en blanco, se responde “NO”.

- (22) *El examen físico está dirigido sólo al sistema o aparato vinculado al diagnóstico presuntivo:* “SÍ” o “NO”. La respuesta será “SÍ” ante la ausencia de examen físico desarrollado aparato por aparato, o si sólo se refiere al aparato o sistema problema. “NO” implica el examen físico completo.

- (23) *Predominan en el examen físico expresiones tales como “sin particularidades”, “conservado” o similares en los diferentes aparatos y sistemas:* “SÍ” o “NO”. Se interpretan estas expresiones como examen físico deficitario. Por lo tanto, la ocurrencia de estas se consignará como “SÍ”.

- (24) *Consta el peso del paciente:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” responde a la presencia de al menos un registro del peso durante la estada del paciente.

- (25) *Consta la talla del paciente:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” responde a la presencia de al menos un registro de la talla durante la estada del paciente.

- (26) *Hay referencias al estado anímico del paciente al menos en una oportunidad durante la internación:* “SÍ” o “NO”. Se consigna “SÍ” cuando se observa como mínimo un registro de un comentario vinculado al estado de ánimo, situación emocional del paciente o conflictos que lo aquejan.

## **DIMENSIÓN EVOLUCIONES MÉDICAS**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (27) *Las evoluciones son diarias:* “SÍ” o “NO”. La ausencia de evolución durante por lo menos un día de internación implica “NO”.

- (28) *Las evoluciones aportan fundamentos para la permanencia del paciente en la Institución:* “SÍ” o “NO”. Se interpretará como “SÍ” solamente si constaran fundamentos referidos a la condición de salud del paciente que ameritan su continuidad en la Institución.

(29) *Las transferencias están fundamentadas en las evoluciones:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” se responderá cuando se registren los motivos que impulsan los pases del paciente de un sector a otro.

## **DIMENSIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (30) *Las evoluciones de enfermería están completas:* “SÍ” o “NO”. Se interpreta como “SÍ” cuando la planilla de enfermería (Anexo 3) se encuentra completa en todos sus campos.

- (31) *Hay coherencia entre la evolución médica y la evolución de enfermería:* “SÍ” o “NO”. De observarse inconsistencias entre los registros médicos y los registros de enfermería, se consignará “NO”.

## **DIMENSIÓN INTERCONSULTAS**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (32) *Las interconsultas tienen sus respectivos pedidos:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” implica la existencia de solicitud previa al informe del interconsultor.

- (33) *Las interconsultas son realizadas dentro de las 24 horas de su pedido:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” corresponde cuando media no más de un día entre la solicitud de interconsulta y el informe del interconsultor.

- (34) *Se hace referencia a comentarios de otros profesionales no documentados:* “SÍ” o “NO”. Cualquier comentario referido a los dichos,

sugerencias o indicaciones de otro profesional que no se encuentren firmados y sellados por el mismo, implica la respuesta “SÍ”.

## **DIMENSIÓN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión se responderán por sí o por no siguiendo los mismos criterios:

- (35) *Constan los resultados de estudios de laboratorio:* “SÍ” o “NO”.
- (36) *Constan los informes de imágenes:* “SÍ” o “NO”.
- (37) *Constan los informes anatomopatológicos:* “SÍ” o “NO”.

Se evaluará como “SÍ” cuando consten los informes de los resultados de los estudios complementarios; en el caso de los estudios anatomopatológicos sólo aplicará a internaciones quirúrgicas cuyas cirugías requieren biopsia intraoperatoria. No se observará como “NO” a aquellas biopsias que se realicen en forma diferida ya que la mayor parte de las veces, los pacientes se van de alta antes de contarse con dichos resultados.

## **DIMENSIÓN INDICACIONES MÉDICAS**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (38) *Las indicaciones médicas son de simple comprensión:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” implica el registro completo de los componentes del ANEXO 4, que cabe aclarar son obligatoriamente digitalizados.
- (39) *Las indicaciones farmacológicas indican denominación por genérico, dosis, forma comercial y vía de administración:* “SÍ” o “NO”. “SÍ” implica la presencia de los cuatro elementos enunciados, debidamente cargados por sistema. “NO” aplica a la presencia de indicaciones realizadas de puño y letra.

## **DIMENSIÓN APLICABLE A CIRUGÍA**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (40) *Hay consentimiento informado quirúrgico:* “SÍ” o “NO”. Si está debidamente confeccionado y firmado, se considerará “SÍ”.
- (41) *El consentimiento informado tiene fecha anterior al procedimiento a realizarse:* “SÍ” o “NO”. Si la fecha de cirugía es posterior a la fecha del consentimiento informado, se responde “SÍ”.
- (42) *Se completó el check list de quirófano.* El check list de quirófano (Anexo 5) debe estar completo en todos sus campos para obtener “SÍ”.
- (43) *El protocolo quirúrgico está completo:* “SÍ” o “NO”. El protocolo quirúrgico incluye: datos personales del paciente, nombre o código de la intervención, programada- urgente, material protésico sí- no, biopsia intraoperatoria- diferida, hallazgo operatorio, técnica operatoria y protocolo anestésico. La presencia de todos estos datos se considera “SÍ”.

## **DIMENSIÓN ALTA- EGRESO**

Los REQUISITOS de calidad de la HCI que se incluyen en esta dimensión son:

- (44) *Se registra información acerca de las razones que justifican el alta médica.* Estas razones pueden incluir desde mejoría, estabilización, internación domiciliaria, rehabilitación, hasta óbito. “SÍ” se consigna de constar alguna de las posibilidades referidas.
- (45) *Consta epicrisis:* “SÍ” o “NO”. La página titulada “Epicrisis” firmada por el médico responsable se interpreta “SÍ” independientemente de su contenido. Es una página de texto libre.
- (46) *La epicrisis incluye: motivo de ingreso, hallazgos clínicos significativos, diagnóstico/s definitivo/s, resultados relevantes de estudios, tratamiento:* “SÍ” o “NO”. Para considerarse “SÍ” debe existir un relato evolutivo e integrado de estos elementos que permitan al lector obtener una síntesis acabada del paso del paciente por la institución.

## **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANALISIS DE DATOS**

Las HCI de IOMA, se encontraban en la página de ACLIFE (ASOCIACIÓN DE CLINICAS Y SANATORIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES FEDERADAS) en su formato digital.

Cada una de las HCI seleccionadas en el muestreo, se buscaron en esta página, y se evaluaron en base a lo determinado en el listado de verificación (Anexo 1) donde se operacionalizaron las doce dimensiones definidas para la variable calidad de la historia clínica.

La base de datos se generó en Archivo de Excel, el que luego se exportó al Programa SPSS para realizar los cálculos estadísticos.

## **PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS**

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en la Investigación del IMP (CEDIMP), el cual tiene incumbencia en los temas de investigación y los condicionamientos éticos relacionados con la investigación en el ámbito donde se llevó a cabo el estudio.

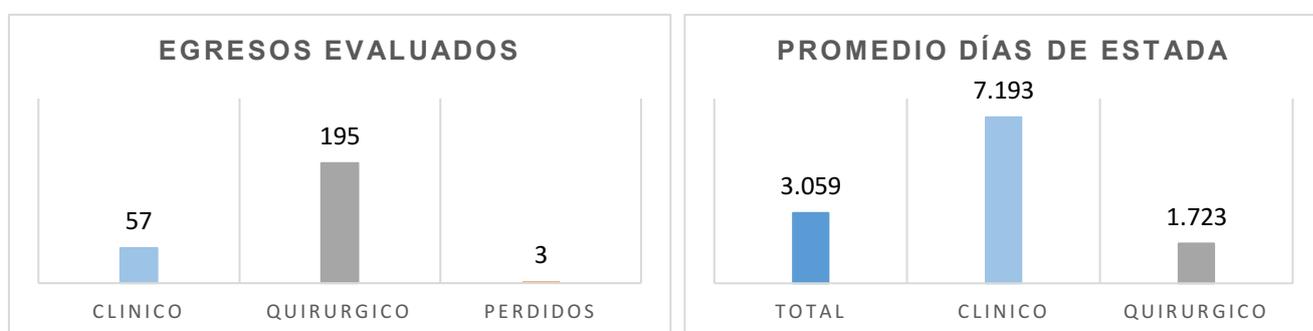
Es importante destacar, además, que se respetaron los principios generales para las buenas prácticas de investigación en Salud. Se trata de un estudio descriptivo, es decir que no hay seguimiento de los pacientes ni intervención sobre las personas. De esta forma no se producen peligros para su integridad física, mental o social. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

## RESULTADOS

### PERFIL HOSPITALARIO

De acuerdo al muestreo realizado, aleatorio estratificado por mes, se evaluaron 255 HCI. De las 255 HCI evaluadas, 3 se categorizan como “registros perdidos” porque corresponden a HCI que se facturaron fraccionadas en dos meses consecutivos y por lo tanto no se pudieron evaluar en forma completa.

De esa aleatoriedad, surge que 195 fueron historias clínicas quirúrgicas y 57 clínicas, lo que coincide con el mix clínico-quirúrgico del hospital.



#### Promedio de Días de Estada tipo de Internación Clínica por mes

#### Promedio de Días de Estada tipo de Internación Quirúrgica por mes

Mes	Frecuencia	Días de Estada	Promedio Días de Estada	Frecuencia	Días de Estada	Promedio Días de Estada
Julio	16	91	5,688	26	34	1,308
Agosto	7	62	8,857	33	53	1,606
Septiembre	9	87	9,667	26	66	2,538
Octubre	8	52	6,500	44	61	1,386
Noviembre	11	100	9,091	30	40	1,333
Diciembre	6	18	3,000	36	82	2,278
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>410</b>	<b>7,193</b>	<b>195</b>	<b>336</b>	<b>1,723</b>

El análisis preliminar de los datos evidencia las características vinculadas al perfil hospitalario: materno-infantil y quirúrgico, con predominio de internaciones breves. El promedio de días de estada para las internaciones quirúrgicas es de 1.723 días, mientras que para las clínicas es de 7.193.

#### **Egresos por Día de Estada**

<b>Días de Estada</b>	<b>Total</b>	<b>Clínica</b>	<b>Quirúrgica</b>
1	156	9	147
2 - 7	71	27	44
8 - 14	17	16	1
>14	8	5	3
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>57</b>	<b>195</b>

Si se observan los “Egresos por días de estada”, claramente queda representado que la mayor parte de las internaciones quirúrgicas dejan la Institución el mismo día o, a más tardar, la primera semana. En cambio, las internaciones clínicas, requieren internaciones más prolongadas.

A partir de estos datos se infiere que la HCI quirúrgica, por su magnitud y perfil hospitalario, debería ser la prioridad en caso de querer implementar un programa de mejora de la HCI.

Por otra parte, los datos obtenidos de HCI quirúrgicas de estancias superiores a 8 días deben considerarse con extrema prudencia por su mínima cantidad para evaluación (4 en total).

### **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA- % ADHERENCIA TOTAL**

---

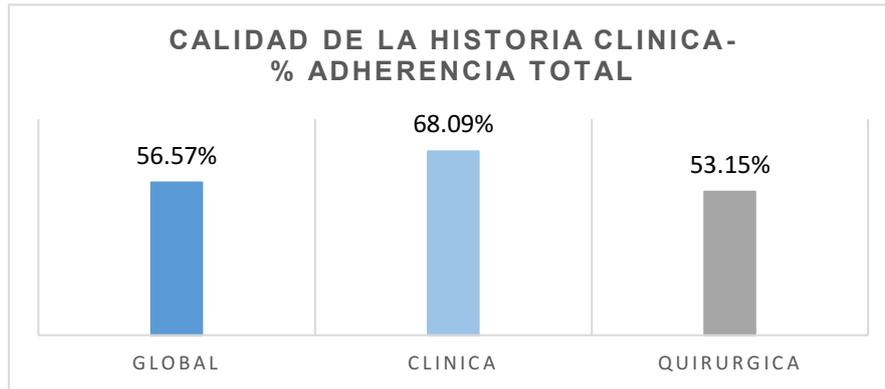
La variable principal de este trabajo es la “Calidad de la historia clínica”, que se mide como Porcentaje (%) de adherencia a criterios establecidos (criterios adheridos/ criterios establecidos o totales \*100)

Para los cálculos, se consideró el valor “1= SI” como adherencia excepto en las variables 11 (¿Se observa documentación que no corresponde al paciente?), 23 (Predominan en el examen físico expresiones tales como "sin particularidades", "conservado" o similares en los diferentes aparatos y sistemas) y 34 (Se hace referencia a comentarios de otros profesionales no documentados) donde se consideró el valor “0= NO” como adherencia. Se excluyeron los perdidos y los valores “NA”.

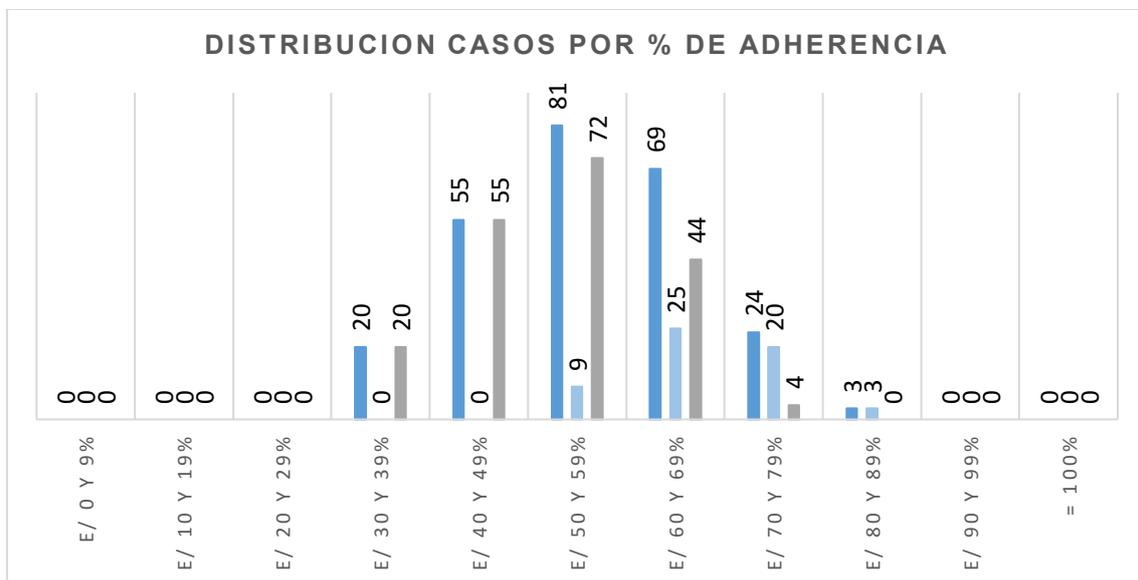
#### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>56,57%</b>
Desvío Estándar	11,25%
Mediana	55,56%
Moda	40,00%
Cuartil1	48,28%
Cuartil3	64,56%
Máximo	84,38%
Mínimo	31,03%

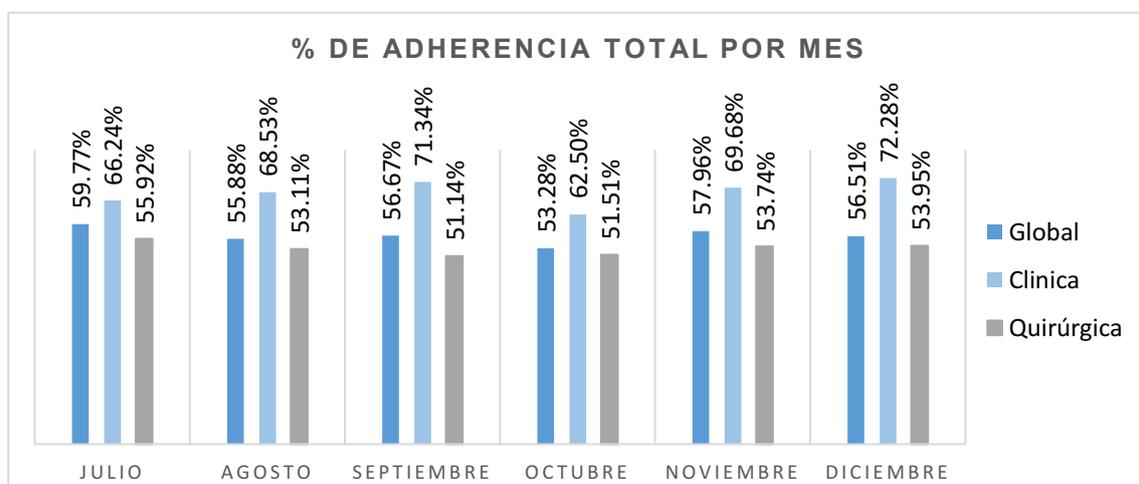
El resultado general es 56.57% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 31,03% y un máximo de 84,38%. La mediana (55,56%), muy cercana a la media (56,57%). El valor que más se repite es 40% (moda).



A pesar de observarse valores alejados de los óptimos, se observa un mayor nivel de calidad en las HCl clínicas (68.09%) que en las quirúrgicas (53.15%).



En el Gráfico “Distribución de casos por porcentaje de adherencia”, se constata que la mayor cantidad de HCl se agrupan entre el 50 y 59% de adherencia (81).

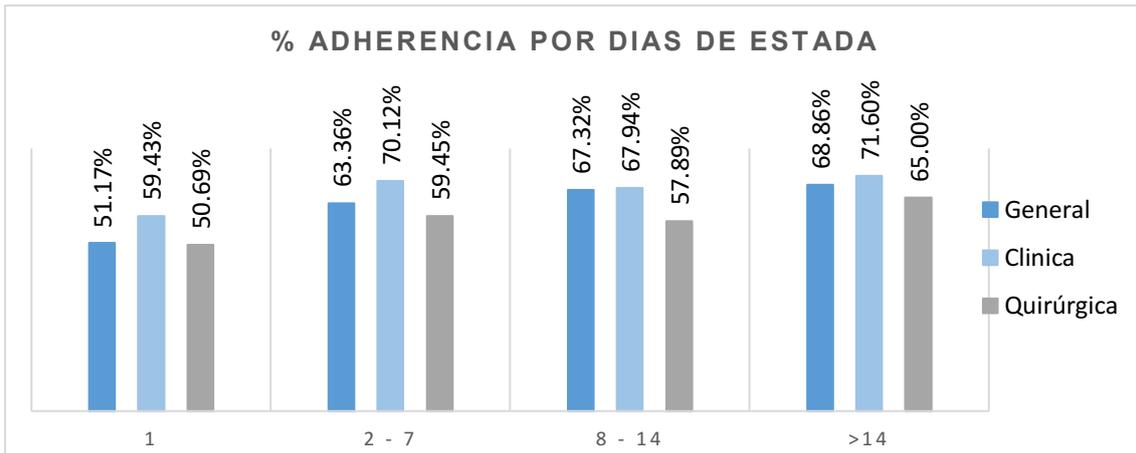


No se observan variaciones marcadas entre los meses estudiados, manteniéndose un comportamiento homogéneo. Lo que permite suponer que no se intervino en su mejora.

<b>Dimensión</b>	<b>Global</b>	<b>Clínica</b>	<b>Quirúrgica</b>
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA	94,95%	93,73%	95,31%
DIMENSION LEGIBILIDAD	65,08%	54,39%	68,21%
DIMENSIÓN ANTECEDENTES	11,70%	24,03%	8,12%
DIMENSIÓN ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL	71,23%	89,47%	65,90%
DIMENSIÓN EXAMEN FÍSICO	23,22%	34,04%	19,60%
DIMENSIÓN EVOLUCIONES MÉDICAS	98,46%	99,09%	98,14%
DIMENSIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA	50,61%	53,57%	49,07%
DIMENSIÓN INTERCONSULTAS	97,33%	96,97%	98,04%
DIMENSIÓN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	50,73%	84,68%	42,14%
DIMENSIÓN INDICACIONES MÉDICAS	98,64%	99,08%	98,46%
DIMENSIÓN APLICABLE A CIRUGÍA	26,78%	29,41%	26,72%
DIMENSIÓN ALTA-EGRESO	75,66%	88,30%	71,97%

Con respecto a la adherencia específica por dimensiones, se identifica bajo compromiso de la Dimensión Antecedentes (promedio 11.70%), Dimensión Examen Físico (promedio 23.22%) y Dimensión Aplicable a Cirugía (promedio 26.78%); también de las Dimensiones Enfermería y Estudios Complementarios, con valores promedio de aproximadamente 50%.

Las Dimensiones Indicaciones Médicas, Evoluciones Médicas, Administrativa e Interconsultas presentan los valores más altos de adherencia (superiores al 90%) en términos globales.



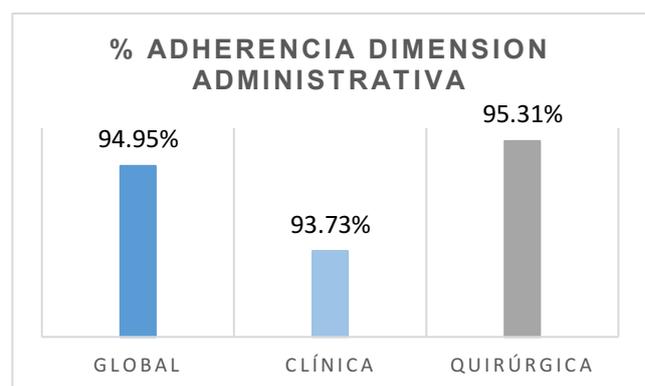
Se detecta que las historias clínicas de menor estancia (1 día), presentan menor % de adherencia, internaciones mayormente quirúrgicas.

## DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

Esta dimensión comprueba principalmente el grado de orden de los documentos que integran la HCI según el protocolo del Sector Internaciones, la completitud de los datos filiatorios y el correcto escaneo.

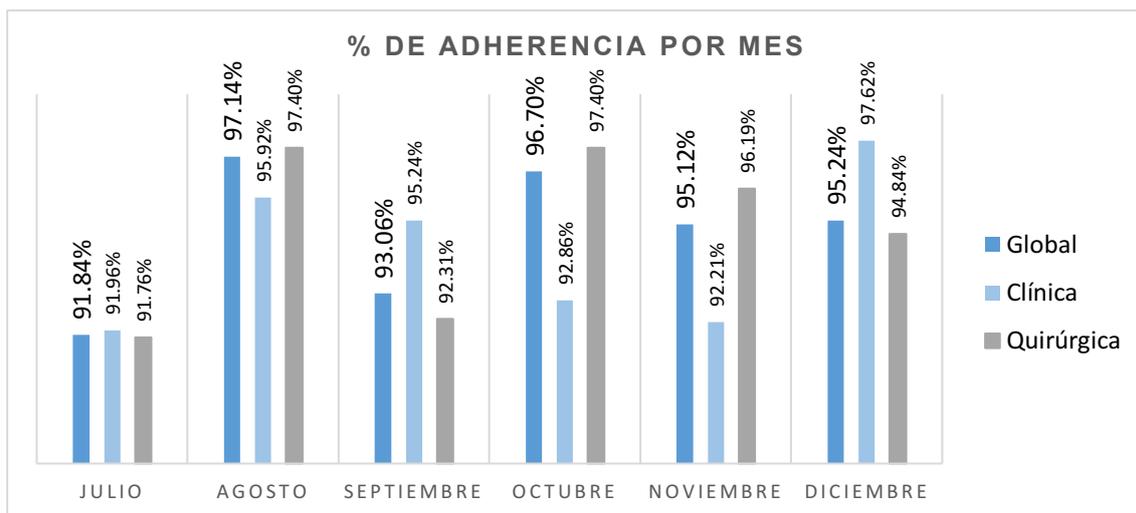
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>94,95%</b>
Desvío Estándar	9,52%
Mediana	100,00%
Moda	100,00%
Cuartil1	85,71%
Cuartil3	100,00%
Máximo	100,00%
Mínimo	57,14%

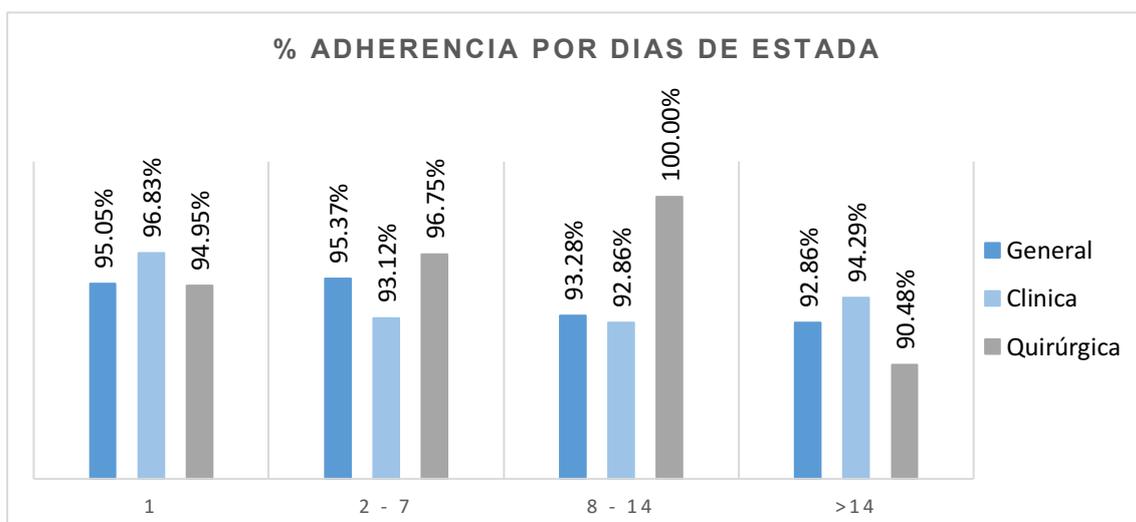


El resultado global de esta dimensión es 94,95% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 57,14% y un máximo de 100%. La mediana, 100%. El valor que más se repite es 100% (moda).

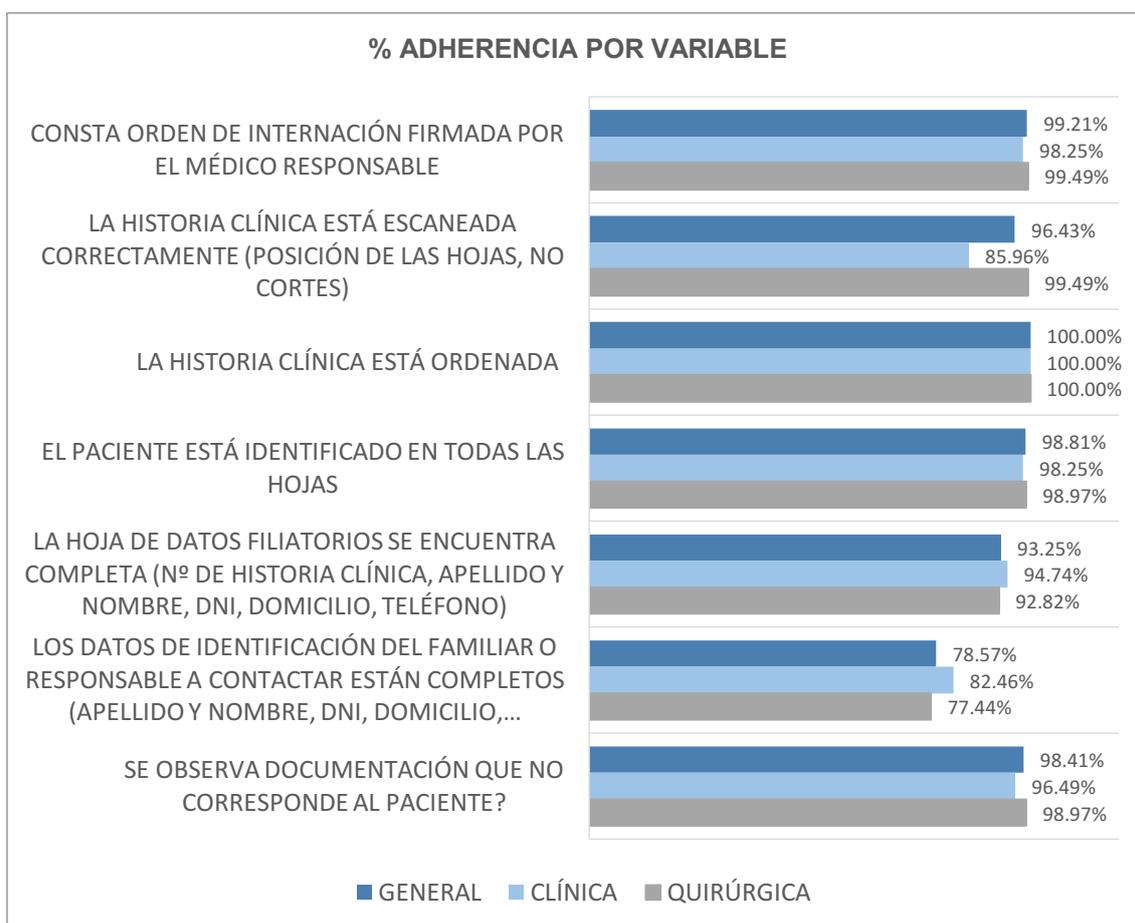
Aunque muy cercanas, se observa mayor adherencia en las internaciones quirúrgicas (93,73% vs 95,31%).



Se constata un crecimiento en el nivel de adherencia, si se comparan los meses de julio y diciembre, lo que indica que posiblemente se estuvo profundizando en alguna de las variables de esta dimensión.



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada, con leves oscilaciones, la adherencia global para esta dimensión se mantiene por encima del 92%. No se observan diferencias según días de estada.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Consta orden de internación firmada por el médico responsable	99,21%	98,25%	99,49%
La historia clínica está escaneada correctamente (posición de las hojas, no cortes)	96,43%	85,96%	99,49%
La historia clínica está ordenada	100,00%	100,00%	100,00%
El paciente está identificado en todas las hojas	98,81%	98,25%	98,97%
La hoja de datos filiatorios se encuentra completa (Nº de historia clínica, apellido y nombre, DNI, domicilio, teléfono)	93,25%	94,74%	92,82%
Los datos de identificación del familiar o responsable a contactar están completos (apellido y nombre, DNI, domicilio, teléfono)	78,57%	82,46%	77,44%

¿Se observa documentación que no corresponde al paciente?	98,41%	96,49%	98,97%
---	--------	--------	--------

La adherencia de la dimensión administrativa es en general alta (94,95%). Sin embargo, al desagregar por las variables que la componen, se observa que la variable más comprometida es la vinculada a la identificación del familiar responsable (78,57%). La imposibilidad de localización de un responsable en caso de una situación urgente, implica serias consecuencias para la toma de decisiones por parte del equipo de salud.

La presencia de orden de internación no presenta mayores dificultades (99,21%), como así tampoco la identificación del paciente en todas las hojas (98,81%), que en general se encuentra preimpresa.

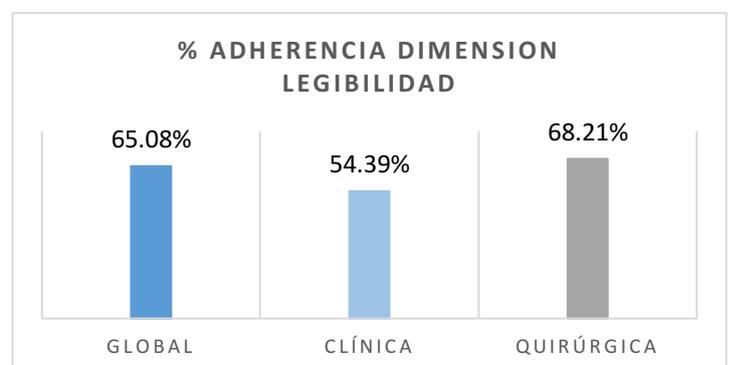
Si bien este Sector responsable organiza la HCI con las páginas correspondientes sin mayor dificultad, se registra que, al cierre de la HCI para su facturación, el escaneo fundamentalmente de las internaciones clínicas (85,96%) presenta fallas, lo que enlentece el proceso de auditoría. Esta situación puede deberse a que las internaciones clínicas son más largas que las quirúrgicas (promedio días de estada: 7,193 vs 1,723), con mayor cantidad de hojas.

## DIMENSIÓN LEGIBILIDAD

---

### Estadísticos

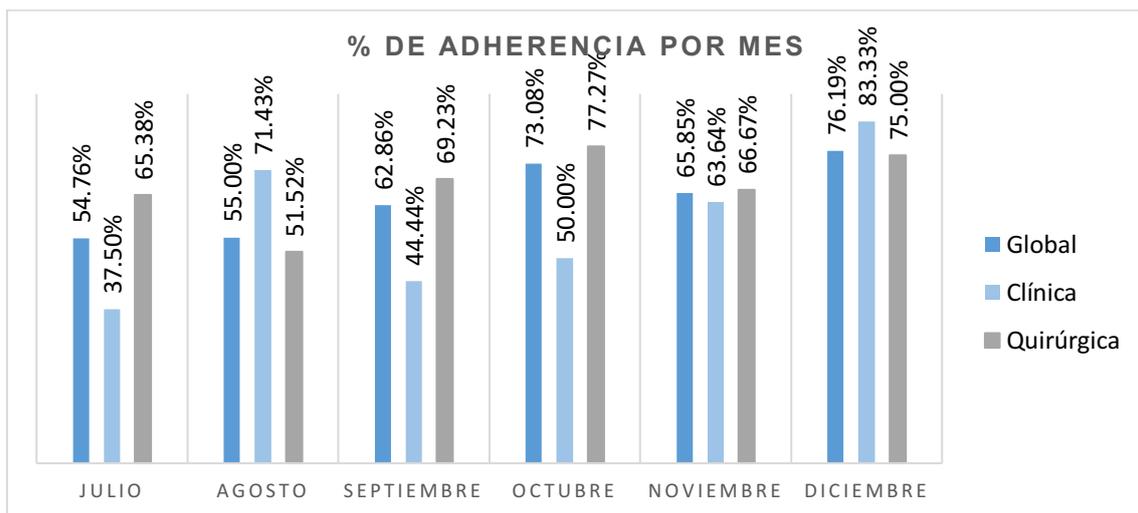
HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>65,08%</b>
Desvío Estándar	47,77%
Mediana	100,00%
Moda	100,00%



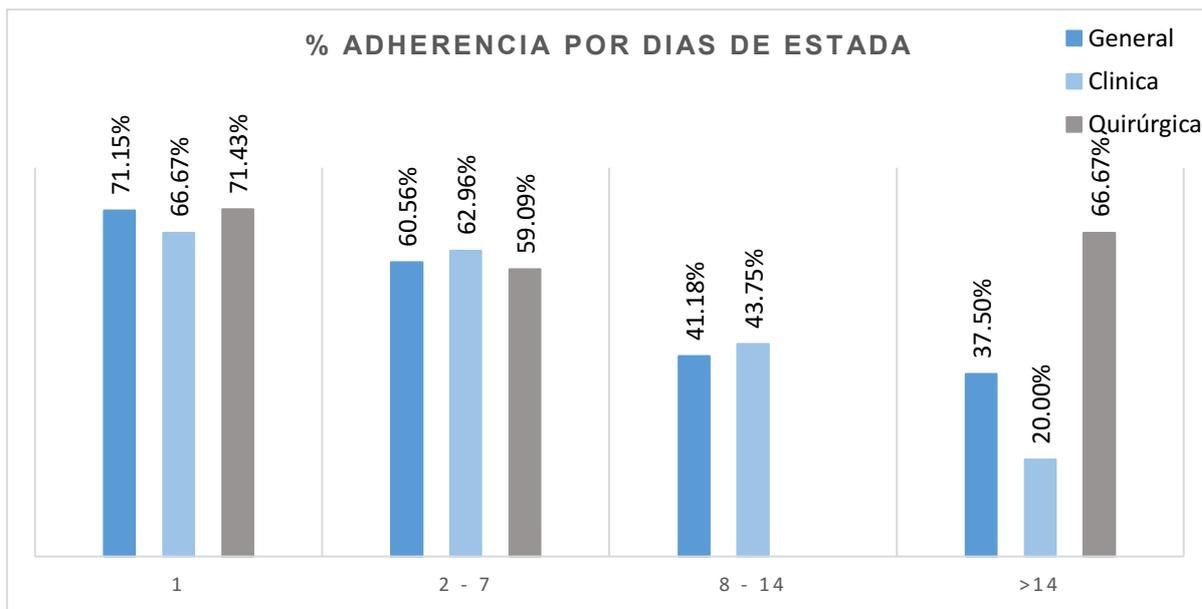
Cuartil1	0,00%
Cuartil3	100,00%
Máximo	100,00%
Mínimo	0,00%

El resultado global de esta dimensión es 65,08% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana (100%). El valor que más se repite es 100% (moda). Estos valores dan cuenta de un comportamiento heterogéneo entre los diferentes profesionales.

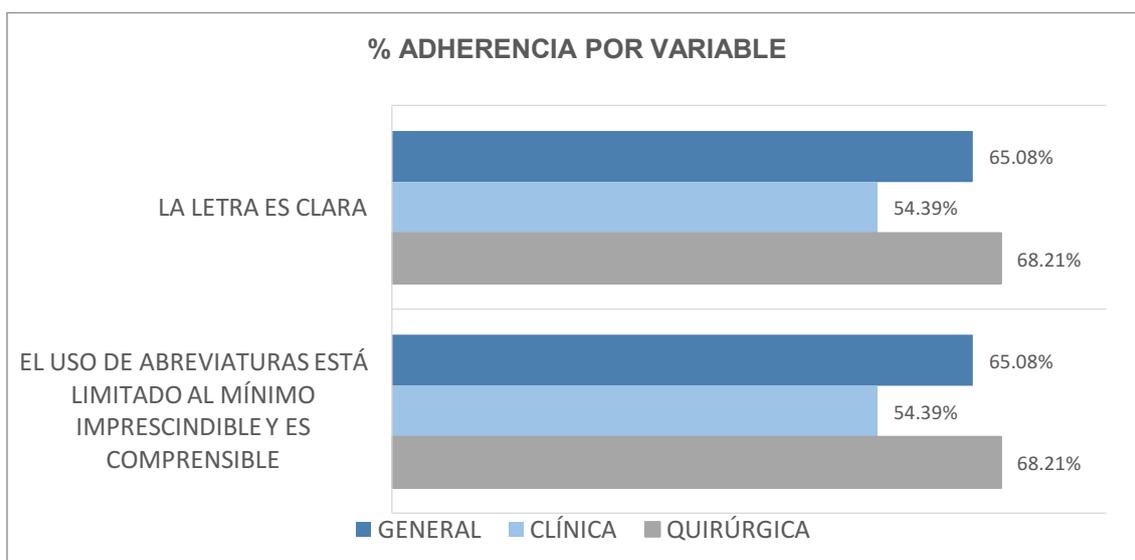
Se observa mayor adherencia en las internaciones quirúrgicas (68,21% vs 54,39%).



Se ve un crecimiento en el nivel de adherencia, si se comparan los meses de julio y diciembre, lo que indica que posiblemente se estuvo trabajando en alguna de las variables de esta dimensión.



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada, se observa una curva decreciente a medida que aumentan los días de internación. Las HCI >8 días quirúrgicas son sólo cuatro, por lo que se descarta el resultado.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
La letra es clara	65,08%	54,39%	68,21%
El uso de abreviaturas está limitado al mínimo imprescindible y es comprensible	65,08%	54,39%	68,21%

Ambas variables de esta dimensión operan en forma conjunta. Los resultados son abrumadores, con porcentajes generales que rondan el 35% de

incomprensibilidad (que es el efecto final de la ilegibilidad y del uso inapropiado de abreviaturas).

Las dificultades al tener que descifrar un texto se producen por diversas causas: la ilegibilidad de la escritura cursiva, el desconocimiento de la terminología de las diferentes especialidades y el uso de siglas y otras abreviaciones.

Las abreviaciones son recursos para ahorrar tiempo y espacio, pero su proliferación genera dificultades de comprensión.

Es más crítica la situación en las HCI correspondientes a internaciones clínicas, que como se determinó, tienen un promedio de días de estada (7.193) muy superior a las internaciones quirúrgicas (1.723). En las internaciones más prolongadas intervienen múltiples profesionales, por ejemplo, al realizar interconsultas. La influencia de la duración de la internación es posible que también repercuta sobre la legibilidad, ya que se observa que, al reiterarse conceptos en días sucesivos, la tendencia es hacia manuscrita progresivamente distorsionada.

A continuación, se presentan imágenes que ejemplifican ese mencionado 35% de incomprensibilidad. Estas imágenes permitirán apreciar objetivamente al lector la peligrosidad de este tipo de anotaciones y simbologías confusas, y de su repercusión en la seguridad del paciente, por los errores que pueden derivarse de una interpretación inadecuada de los datos contenidos. Si bien, no existen registros de los errores cometidos por el equipo de salud relacionados a dificultades en la legibilidad, no debería sorprendernos su reiterada ocurrencia.

Además, una HCI de estas características, perjudica a todo el equipo de salud al dificultar su labor asistencial, al financiador que enlentece y entorpece su tarea y al prestador que recibe su pago con demora y/o débitos.

EDAD: 41 PESO: 100 TA: 1.70 INTER. PROG: 88 URG:  ACCID:  NO   
 ESTADO FÍSICO:  BUEN  MAL  NO   
 CRUJIDA: buena normal

1) CLÍNICA:  
 ARRITMIA  HIA  ALERGIAS  IAM  ORLITIMA  ASMA   
 SEC. BRONQUIALES  E.P.O.C.  DIABETES  GLAUCOMA  INSUF. CARDIACA

2) MEDICAMENTOS QUE TOMA:  
 SEDANTES  DIGITAL  NORMOTENSIVANTES  B-BLOQUEANTES   
 DIURETICOS  CORTICOIDES  BRONCODILADORES  ANTIHIPERTENS.  AAS

3) CONDICION PREOPERATORIA: 3 4) ANTECEDENTES ANESTESICOS:

5) LABORATORIO:  
 6) E.C.G. Y R.X. DE TORAX:

7) PREMEDICACION: hls 8) ANESTESIA SUGERIDA: delaney

**FICHA ANESTESICA**  
 CIRUJANO: hls AYUDANTE: hls  
 ANESTESIOLOGO: hls OPERACION: hls

RIESGO OPERATORIO: LEVE  MODERADO  GRAVE  MUY GRAVE  HORA: 16:20  
 PREINDUCCION: NO  SI  FARMACOS: CC  
 TIPO DE ANESTESIA: delaney  
 INDUCCION: delaney  
 MANTENIMIENTO: delaney

X ANESTESIA O PERACION  
 RIESGO DE OTRAS LESIONES:

TOTAL LIQUIDO:

SLOGUEO: hls  
 ZONA DE INYECCION: hls  
 ASISTENTE ANESTESICO: hls  
 CANT. INYECCION: hls CC  
 CATER: NO  SI  PREINYECCION: hls  
 RESERVA: hls  
 DISTOTAL:

ESTADO AL FINALIZAR EL ACTO ANESTESICO - OPERATORIO  
 REFLEJO CORNEAL:  SI  NO  SENSIBILIDAD DOLOROSA:  SI  NO  OREJECOS ORIENTES:  SI  NO   
 CONCIENCIA:  SI  NO  VOMITOS:  SI  NO  DEF. CONJUGALES:  SI  NO   
 DEF. RESPIRATORIA:  SI  NO  OXIGENO:  SI  NO

7) PREMEDICACION: ANESTESIA SUGERIDA: delaney

CIRUJANO: hls AYUDANTE: hls  
 ANESTESIOLOGO: hls OPERACION: hls

RIESGO OPERATORIO: LEVE  MODERADO  GRAVE  MUY GRAVE  HORA: 17:33  
 PREINDUCCION: NO  SI  FARMACOS: CC  
 TIPO DE ANESTESIA: delaney  
 INDUCCION: delaney  
 MANTENIMIENTO: delaney

X ANESTESIA O PERACION  
 RIESGO DE OTRAS LESIONES:

TOTAL LIQUIDO:

SLOGUEO: hls  
 ZONA DE INYECCION: hls  
 ASISTENTE ANESTESICO: hls  
 CANT. INYECCION: hls CC  
 CATER: NO  SI  PREINYECCION: hls  
 RESERVA: hls  
 DISTOTAL:

ESTADO AL FINALIZAR EL ACTO ANESTESICO - OPERATORIO  
 REFLEJO CORNEAL:  SI  NO  SENSIBILIDAD DOLOROSA:  SI  NO  OREJECOS ORIENTES:  SI  NO   
 CONCIENCIA:  SI  NO  VOMITOS:  SI  NO  DEF. CONJUGALES:  SI  NO   
 DEF. RESPIRATORIA:  SI  NO  OXIGENO:  SI  NO

**DIAGNOSTICOS:**  
 1. Apoplejia  
 2. Apoplejia  
 3. Apoplejia  
 4. Apoplejia  
 5. Apoplejia  
 6. Apoplejia

**BALANCE:**  
 INGRESOS: hls PESO ACTUAL: 100  
 EGRESOS: hls DIXTO: hls  
 FONDOS INS: hls TA: hls  
 A.S.: hls SAL. DE O2: hls  
 D.U.P.: hls

A.C.V.: hls

**APARATO RESPIRATORIO:** hls  
**ABDOMEN:** hls  
**SISTEMA NERVIOSO:** hls  
**PIEL:** hls  
**OBSERVACIONES:** hls

hls  
hls  
hls  
hls  
hls  
hls  
hls  
hls  
hls  
hls

**COMENTARIO FINAL EPICRISIS:**  
hls  
hls  
hls

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:**  
 1) hls  
 2) hls  
 3) hls

La legibilidad, es uno de los aspectos que mejoraría en el corto plazo con la incorporación de la informatización.

Además, como coexisten en la Institución diferentes HCI: Neonatología, Unidad Coronaria, Hemodinamia, Hospital de Día, etc, cada una con sus simbologías específicas, resultaría útil normatizar el uso de abreviaturas, siglas y símbolos, o al menos adherir a algún documento que los compendie, como por ejemplo el Diccionario de Siglas Médicas de SEDOM<sup>47</sup>

Existen tres grandes grupos de abreviaciones: abreviaturas, siglas y símbolos:

-La abreviatura es la representación de una palabra o de las palabras de una frase por alguna o algunas de sus letras, la primera de las cuales ha de ser la inicial de la palabra abreviada. Ejemplos: anat. = anatomía, pte =paciente.

Las abreviaturas se pueden formar siguiendo normas (regulares) o no seguir ninguna sistemática (irregulares).

- La sigla es un caso particular de abreviatura por suspensión. Se forma con las letras iniciales de palabras. Ejemplos: HPV= herpes papiloma virus, UTI= unidad de terapia intensiva, FUM= fecha de la última menstruación.

-El símbolo es un signo gráfico que en la ciencia y la técnica representa una palabra, un sintagma o un valor. Ejemplos: “c” = inclusión, “\$” = pesos.

Dada la gran variabilidad en uso actualmente y la dificultad para la capacitación y entrenamiento del equipo de salud en la utilización de estas herramientas de escritura, la informatización minimizaría este inconveniente al incorporar servidores de terminología.

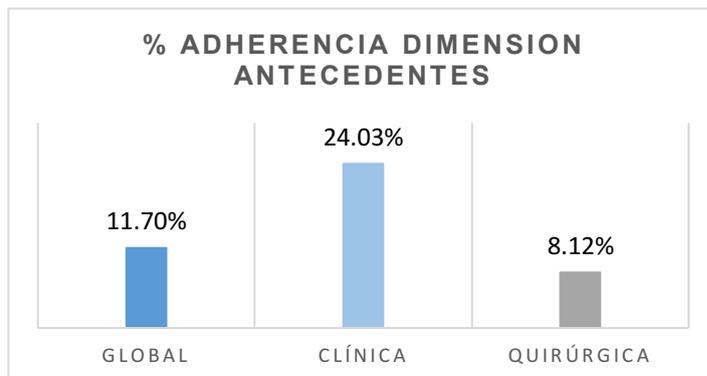
Los Protocolos Anestésicos merecen un capítulo aparte, constituyen documentos incomprensibles. Seguramente esto se deba a que la Institución cuenta con un número limitado de anestesistas y son siempre los mismos los que escriben, pero resulta llamativo que esta práctica de escribir “para que nadie entienda” no sea objetada en ningún punto del proceso de gestión de la historia clínica ni por el mismo IOMA.

## DIMENSIÓN ANTECEDENTES

---

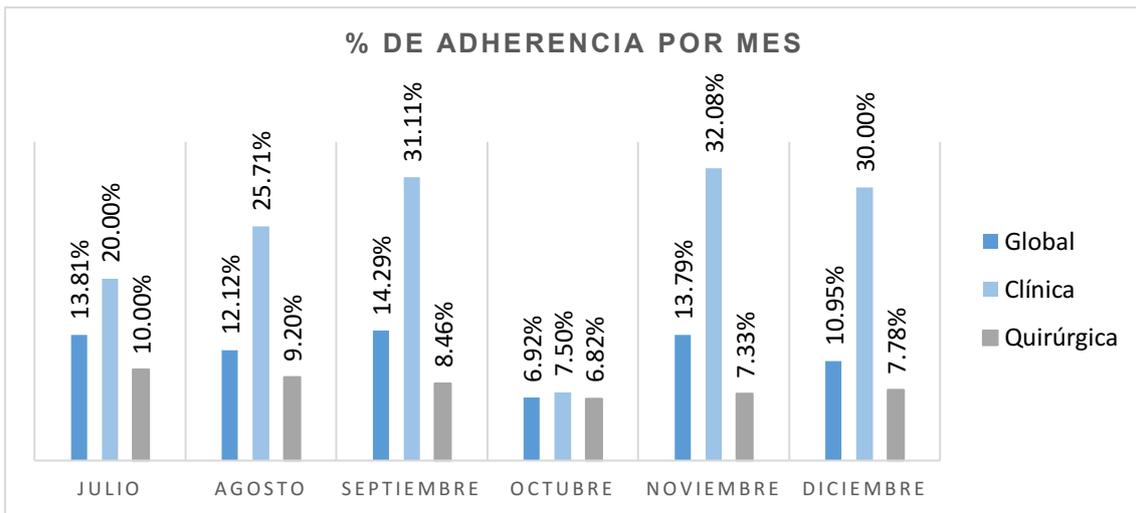
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
Media	<b>11,70%</b>
Desvío Estándar	16,88%
Mediana	0%
Moda	0%
Cuartil1	0%
Cuartil3	20%
Máximo	80%
Mínimo	0%

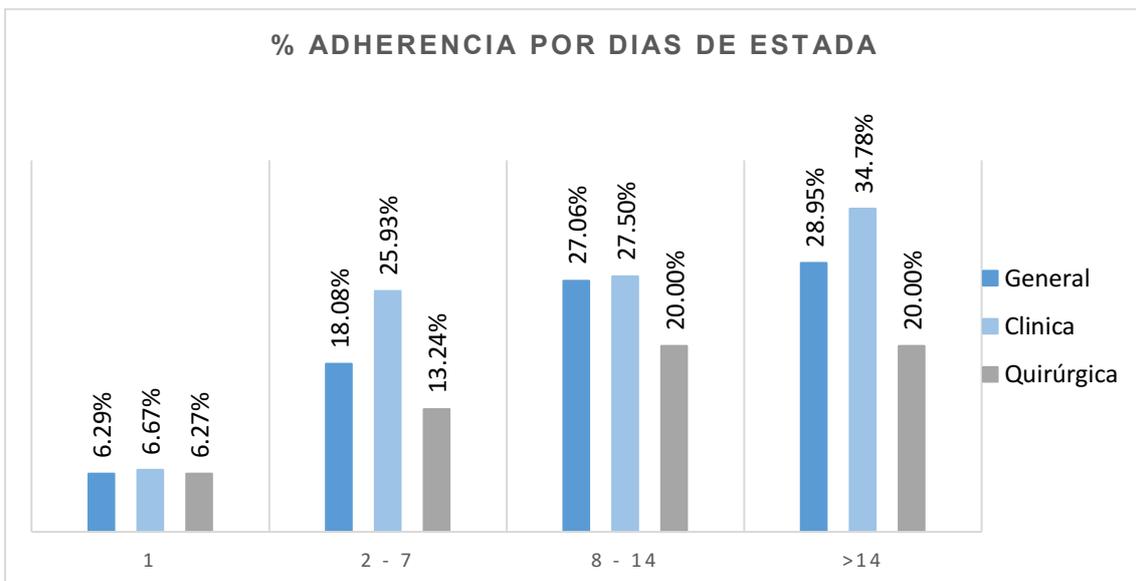


El resultado global de esta dimensión es 11,70% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 80%. La mediana, 0%. El valor que más se repite es 0% (moda).

Se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (24,03% vs 8,12%).

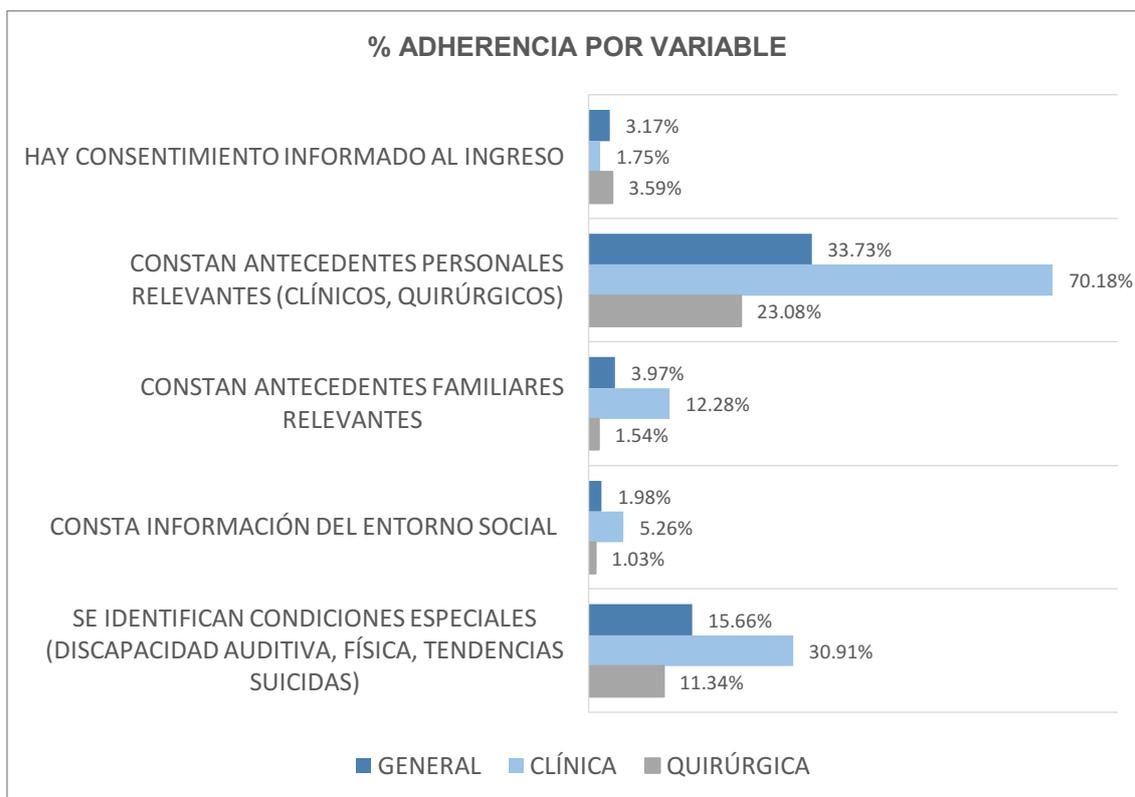


Las variaciones en la adherencia comparando los meses julio y diciembre no evidencian mejora alguna. Es de destacar que octubre resulta ser el mes de peores resultados fundamentalmente a partir de la disminución marcada de la adherencia en las HCI clínicas. Debería investigarse si la planta de profesionales clínicos sufrió alguna modificación durante ese mes.



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada para esta dimensión, los resultados mejoran en términos generales cuanto más prolongadas son las internaciones, con valores superiores para las HCI clínica. Es probable que exista alguna relación entre los datos obtenidos al momento en que se recaban los antecedentes del paciente y las características del mismo al ingreso. De manera que aquellos con diagnósticos vinculados a internaciones clínicas y que padecen múltiples patologías, podrían ser pasibles de interrogatorios más

exhaustivos vinculados a sus antecedentes, y serían proclives a mayores tiempos de internación.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Hay consentimiento informado al ingreso	3,17%	1,75%	3,59%
Constan antecedentes personales relevantes (clínicos, quirúrgicos)	33,73%	70,18%	23,08%
Constan antecedentes familiares relevantes	3,97%	12,28%	1,54%
Consta información del entorno social	1,98%	5,26%	1,03%
Se identifican condiciones especiales (discapacidad auditiva, física, tendencias suicidas)	15,66%	30,91%	11,34%

Cada internación consta de un Consentimiento Informado General, y las internaciones quirúrgicas, además, de un Consentimiento Informado Quirúrgico. Sin embargo, en el análisis se observó que sólo se escanearon los Consentimientos Informados relacionados con algunas cirugías: ligadura de trompas, vasectomía y estudios hemodinámicos (que requieren de otros Consentimientos Informados específicos). Ante la baja adherencia (3,17%) a

este estándar trascendental mediante el cual se corrobora que el paciente y su familia conocen y comprenden los alcances de su enfermedad, las terapéuticas propuestas y su derecho a elección, se realizó una consulta con el Sector responsable, que informó que, durante el período estudiado, esa documentación no fue enviada al Financiador (esto significa que no formó parte de la HCI digitalizada).

En cuanto a los antecedentes personales, existe mayor adherencia en las HCI de internaciones clínicas (70.18%), mientras que es muy pobre en las HCI de internaciones quirúrgicas (23,03%). Tal vez esto tenga que ver con la diferencia en el perfil formativo entre los médicos clínicos y los cirujanos, o bien, los antecedentes son recabados por los cirujanos en entrevistas previas de consultorio, y en este caso quedan registrados en la historia clínica ambulatoria.

Los antecedentes familiares relevantes se registran en promedio en 3.97%, 12.28% en internaciones clínicas y tan sólo 1.54% en internaciones quirúrgicas. Sin embargo, en las Cátedras de Medicina Interna de diferentes Facultades y en los libros de Medicina Interna se dedican extensos capítulos al interrogatorio de estas circunstancias. Categóricamente podemos afirmar que en la práctica no se registra esta información, o por lo menos no en esta institución de perfil materno-quirúrgico.

De la misma manera, es realmente escasa (1.03% en internaciones quirúrgicas, 5.26% en internaciones clínicas) la información vinculada al entorno social. Surge el interrogante entonces, sobre la trascendencia de la tan mentada visión holística e integradora del paciente y del equipo de salud. Si realmente se tiene en cuenta el paciente en todas sus dimensiones, es claro que no se deja constancia de ello en la HCI.

Con respecto a la variable “condiciones especiales (discapacidad auditiva, física, tendencia suicida)”, se observa un registro superior (15,66%). La HCI tiene un cuadro destinado a tildar estas condiciones si están presentes. Probablemente este cuadro actúa como inductor y conduce a reflexionar acerca de estas particularidades y de allí, su impacto en los registros.

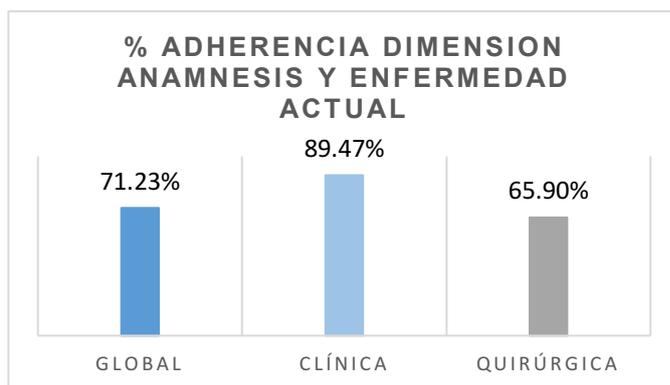
De esta manera, tal vez se debería repetir esta metodología en los antecedentes e información del entorno social. O al menos dejar abierta aquí la discusión respecto de si es necesario profundizar en estas dimensiones.

## DIMENSIÓN ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL

---

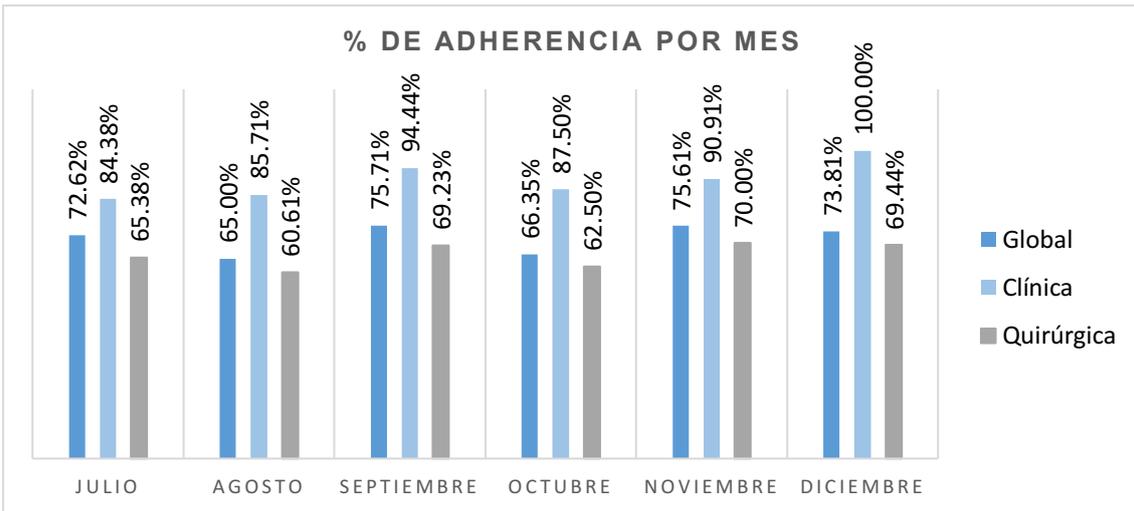
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>71,23%</b>
Desvío Estándar	25,56%
Mediana	50%
Moda	50%
Cuartil1	50%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	0%

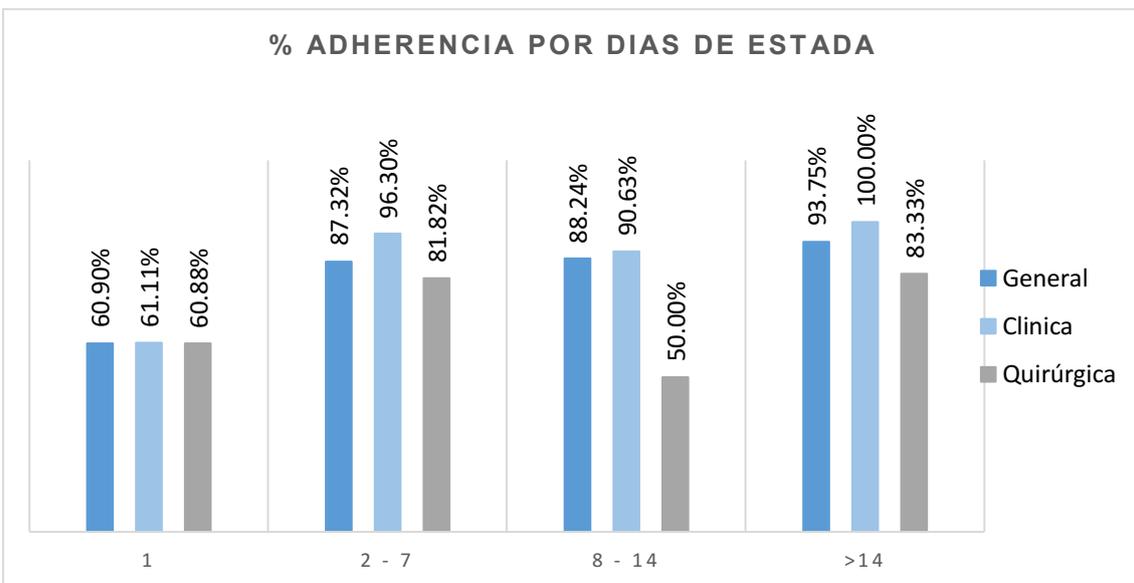


El resultado global de esta dimensión es 71,23% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana, 50%. El valor que más se repite es 50% (moda).

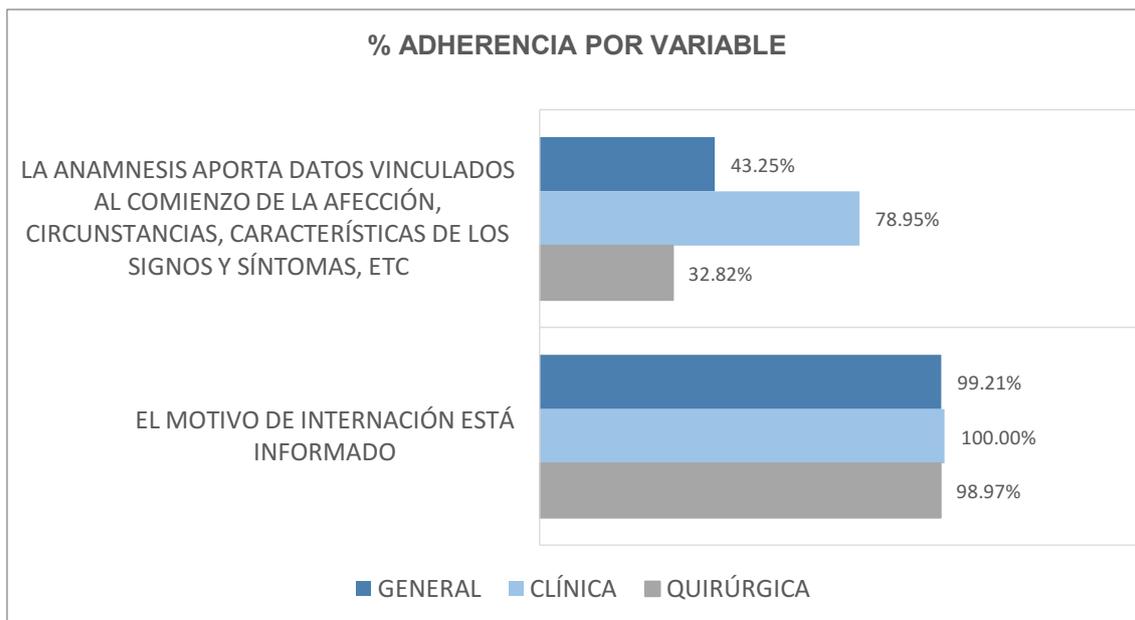
Se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (89,47% vs 65,90%).



En términos generales se mantienen niveles similares y estables de adherencia entre los meses de julio y diciembre. No se constata una marcada disminución de la adherencia en el mes de octubre (como en la Dimensión Antecedentes), lo que posiblemente responda a la mayor relevancia puesta de manifiesto sobre esta dimensión respecto de la anterior (media 71,23% vs. 11,70%).



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada, aumenta a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Las HCI >8 días quirúrgicas son sólo cuatro, por lo que se descarta la variación registrada en ese período.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
La anamnesis aporta datos vinculados al comienzo de la afección, circunstancias, características de los signos y síntomas, etc.	43,25%	78,95%	32,82%
El motivo de internación está informado	99,21%	100,00%	98,97%

En esta dimensión, la adherencia a la variable “El motivo de internación está informado” presenta alta adherencia con valores cercanos al 100%. No obstante, la anamnesis es pobre, particularmente en las HCI de internaciones quirúrgicas (32.82%) en comparación con las de internaciones clínicas (78.95%).

Se podría reflexionar sobre si una anamnesis extensa resulta imprescindible en una paciente que ingresa para dar a luz luego de cursar un embarazo normal, o en un paciente que se realiza una cirugía artroscópica luego de un traumatismo de rodilla, o en un paciente asintomático que debe controlarse su esófago de Barret por vía endoscópica, o en un paciente que recibe ciclos mensuales de quimioterapia. Cabe entonces la posibilidad de repensar si las internaciones cortas merecen otro formato de HCI.

Por otra parte, esta dimensión, conjuntamente con la de Evoluciones médicas, Antecedentes y Alta- egreso, son relevantes en la categorización de las internaciones en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)<sup>48</sup>. Los GRD son

una herramienta de gestión normalizadora, en la que, mediante un programa informático, alimentado con los datos de la HCI de los pacientes dados de alta hospitalaria, se clasifican en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

Deberíamos tener en cuenta que la carga incorrecta o incompleta atenta contra la posibilidad de trabajar con esta herramienta.

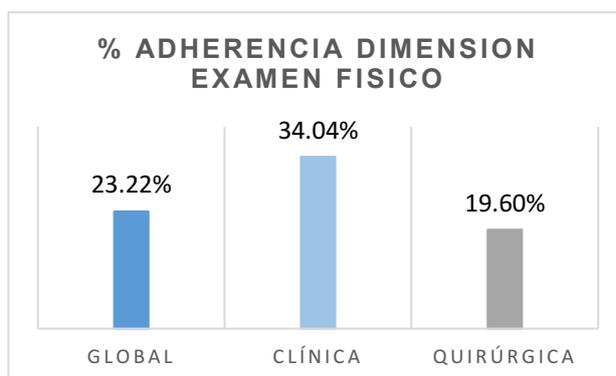
En este sentido, se podría profundizar en la posibilidad de trabajar con grupos de síntomas y signos, con núcleos sindrómicos desde el ingreso de los pacientes, y relacionar luego estos aspectos con el diagnóstico de egreso y su respectiva codificación con CIE X<sup>49</sup>.

## DIMENSIÓN EXAMEN FÍSICO

---

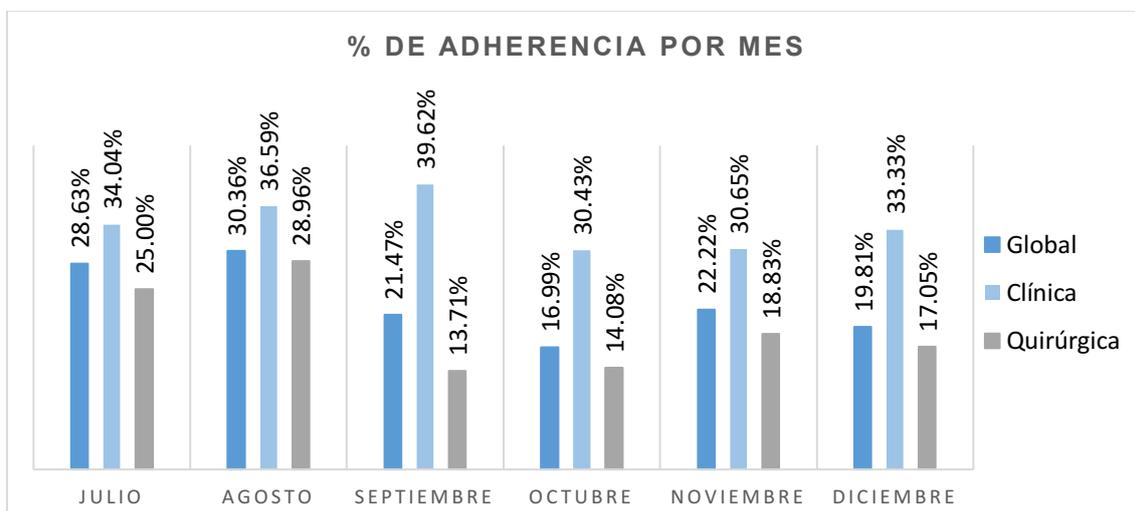
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>23,22%</b>
Desvío Estándar	17,10%
Mediana	33%
Moda	33%
Cuartil1	0%
Cuartil3	33%
Máximo	60%
Mínimo	0%

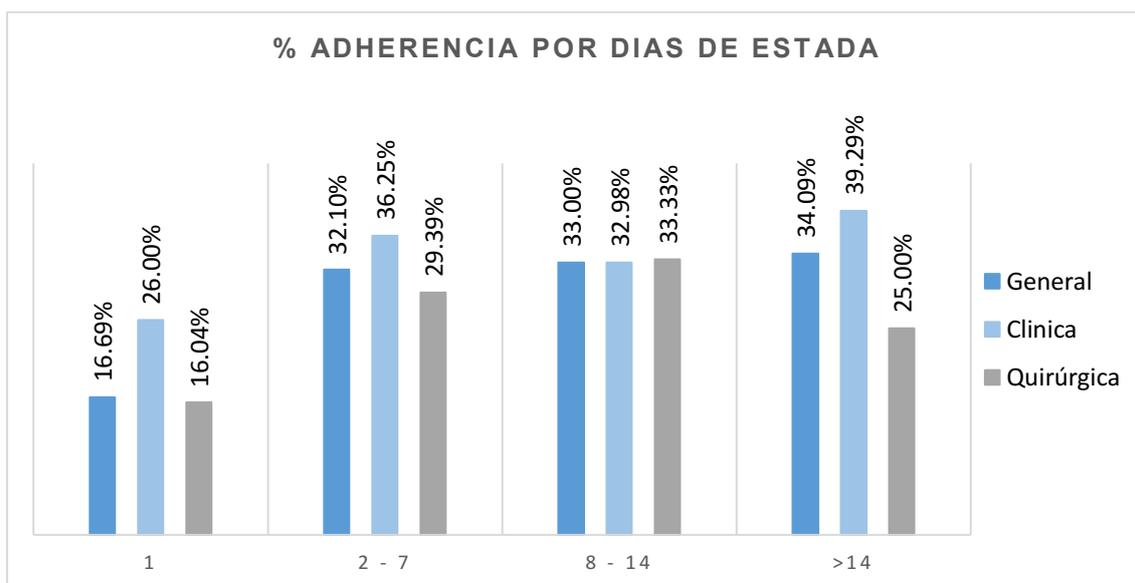


El resultado global de esta dimensión es 23,22% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 60%. La mediana, 33%. El valor que más se repite es 33% (moda).

Se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (34,04% vs 19,60%).

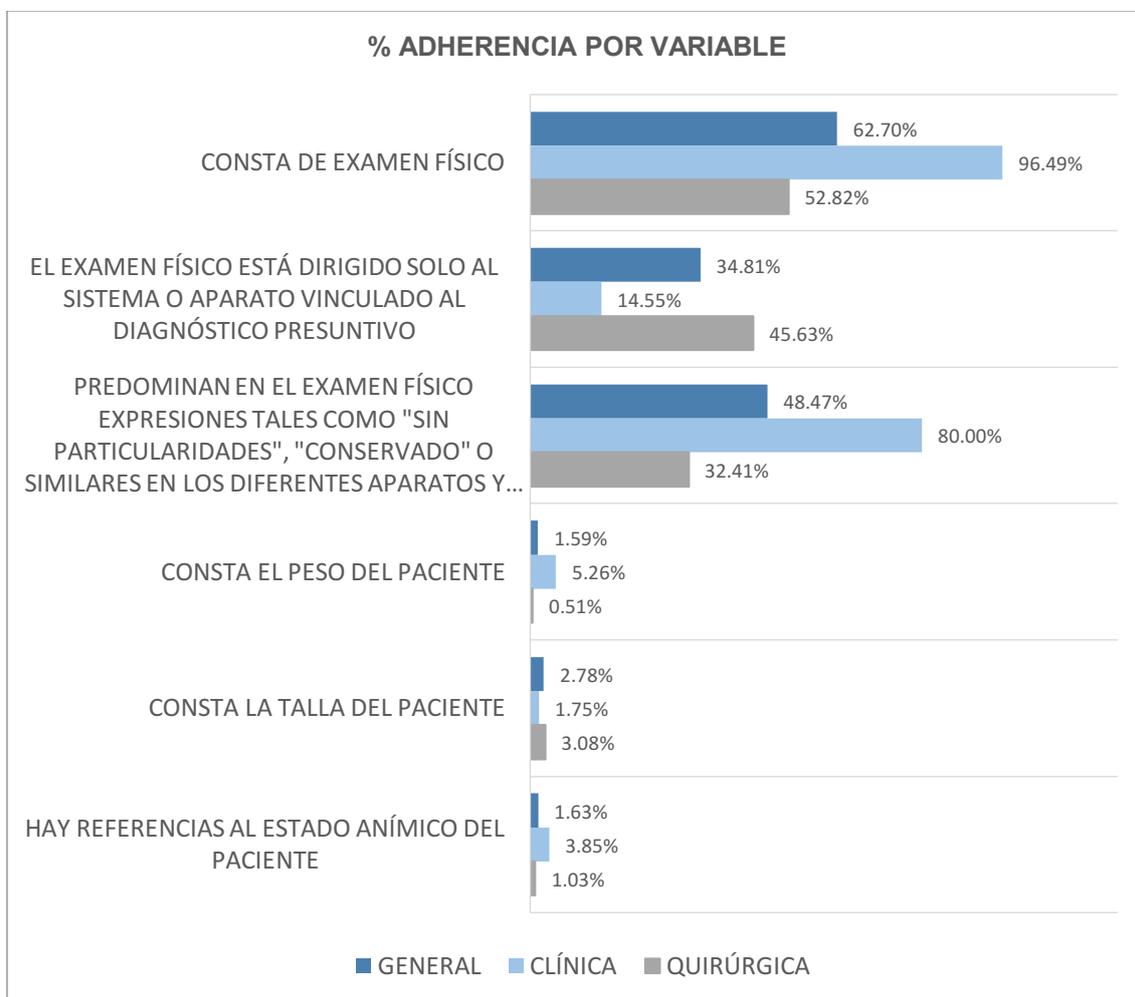


Dentro de los inesperadamente deficitarios niveles de adherencia en esta dimensión, se observa, además, una depresión que involucra los meses de septiembre y fundamentalmente octubre, con un leve repunte en noviembre y diciembre. Esta disminución se vincula principalmente con las HCI quirúrgicas en septiembre y octubre, y con las HCI clínicas en octubre.



En esta dimensión se observan también niveles globales crecientes de adherencia a medida que aumentan los días de estada. La adherencia es

extremadamente baja en las internaciones de un único día, lo que demuestra que el registro del examen físico no resulta prioritario para internaciones con esta característica.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Consta de examen físico	62,70%	96,49%	52,82%
El examen físico está dirigido solo al sistema o aparato vinculado al diagnóstico presuntivo	34,81%	14,55%	45,63%
Predominan en el examen físico expresiones tales como "sin particularidades", "conservado" o similares en los diferentes aparatos y sistemas (la adherencia se da cuando este valor es negativo)	48,47%	80,00%	32,41%
Consta el peso del paciente	1,59%	5,26%	0,51%

Consta la talla del paciente	2,78%	1,75%	3,08%
Hay referencias al estado anímico del paciente	1,63%	3,85%	1,03%

Al igual que la anamnesis, el examen físico ha perdido la pelea contra el avance tecnológico. Es muy frecuente que los pacientes refieran que los profesionales de la salud no los han revisado. Si bien en muchas oportunidades el examen físico debe completarse con métodos auxiliares de estudio (por ejemplo, imágenes), esta situación se ve promovida habitualmente por factores tales como un ejercicio defensivo de la medicina o una consulta lo más breve posible en el contexto de la crisis económica que afecta al sistema.

¿El examen físico exhaustivo es frecuente? ¿Es necesario? ¿Basta con el examen parcial de los órganos, sistemas o de la anatomía aparentemente afectadas?

Las variables introducidas en esta dimensión permiten analizar cuan frecuente resulta el examen físico completo, descriptivo, minucioso.

Por otra parte, evalúa si se consideran otras variables, como estado anímico, peso y talla, cuya influencia en la evolución de los pacientes es incuestionable.

Los hallazgos que surgen del análisis evidencian que aproximadamente la mitad de los pacientes que se internan por motivos quirúrgicos no tienen registro de haber sido examinados físicamente. Y de ser examinados, el examen se centraliza en el aparato o sistema a ser intervenido.

Los pacientes que ingresan por motivos clínicos, a diferencia, sí son examinados en prácticamente la totalidad de los casos (96.49%). Pero en un 80% de los aparatos o sistemas predominan expresiones tales como “sin particularidades” o “conservado”.

El peso y la talla se registran en mínimas oportunidades (1.59% el peso y 2.78%, la talla). Es sugerente que las cifras suelen ser números redondos, lo que hablaría de “redondeo” o bien de que los datos fueron consultados al paciente, sin ser este pesado ni medido. En términos generales se registran en Protocolos Anestésicos y en Fichas de Seguimiento de Embarazo, y excepcionalmente en

otras circunstancias, ni siquiera en pacientes con internaciones prolongadas con la implicancia que deberían tener estos valores en el seguimiento nutricional.

Son muy escasas las referencias al estado anímico de los pacientes (1.63%).

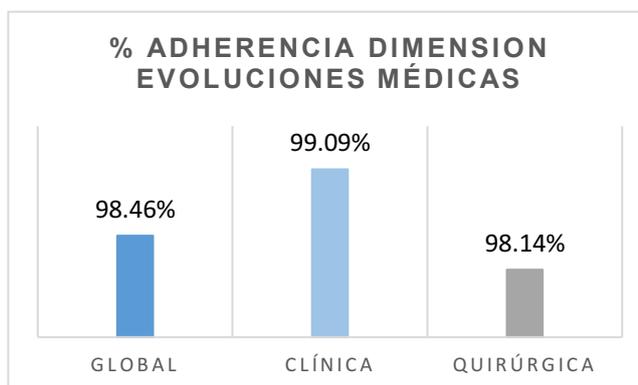
¿No se considera relevante conocer el estado anímico o registrarlo? Desde la perspectiva del médico auditor, vale cuestionarse si el tipo de objeciones que se realizan se relacionan con estos aspectos, fomentando la calidad registral y de atención. Tal vez habría que plantearse si en la sustentabilidad del sistema no impactaría observar el estado nutricional y psicológico del enfermo, para un tratamiento más eficiente y efectivo.

## DIMENSIÓN EVOLUCIONES MÉDICAS

---

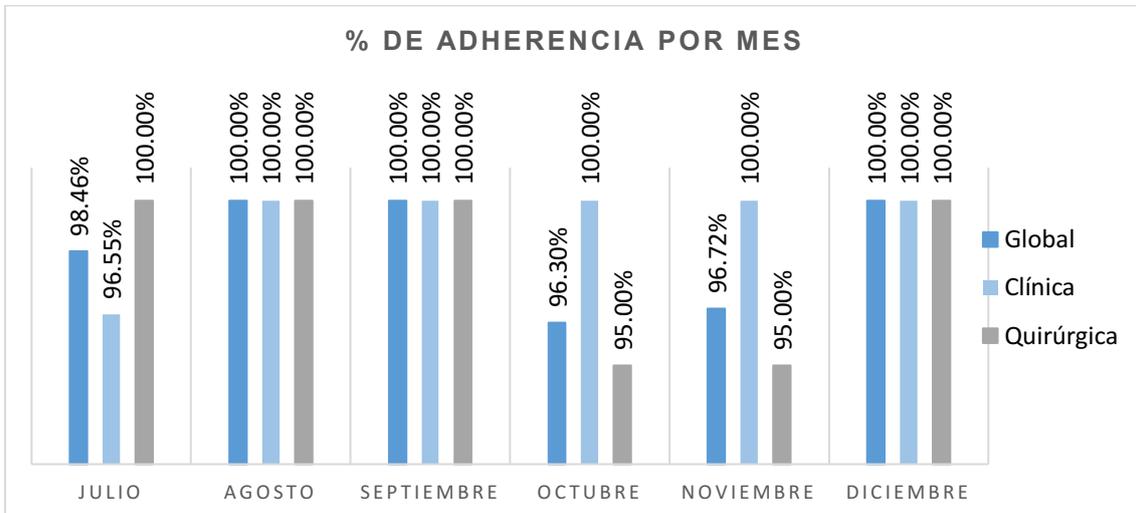
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	158
Perdidos	97
<b>Media</b>	<b>98,46%</b>
Desvío Estándar	8,78%
Mediana	100%
Moda	100%
Cuartil1	100%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	50%

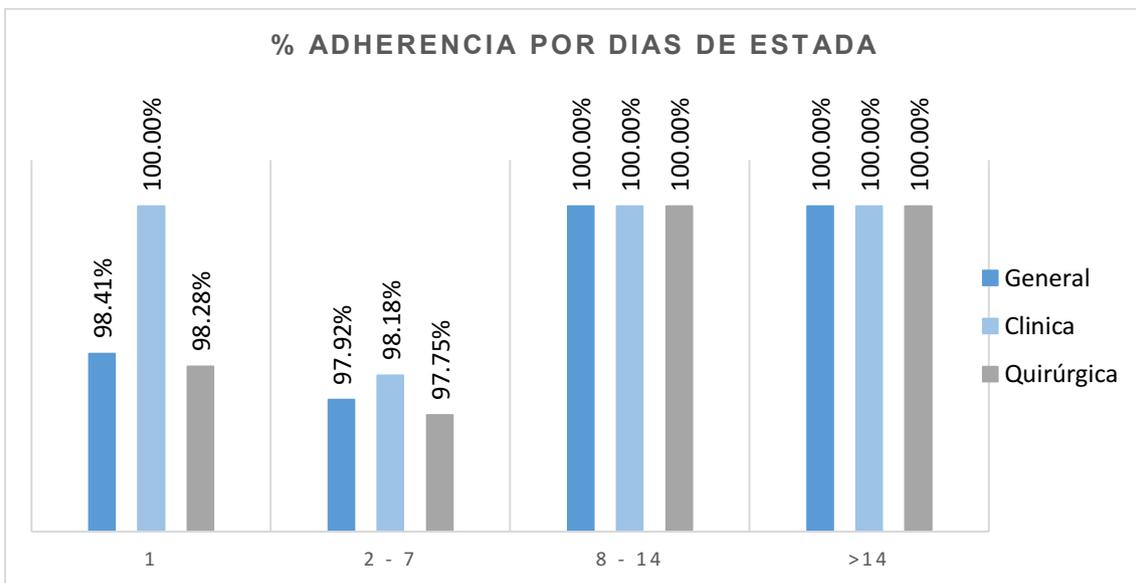


El resultado global de esta dimensión es 98,46% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 50% y un máximo de 100%. La mediana (100%) muy cercana a la media. El valor que más se repite es 100% (moda).

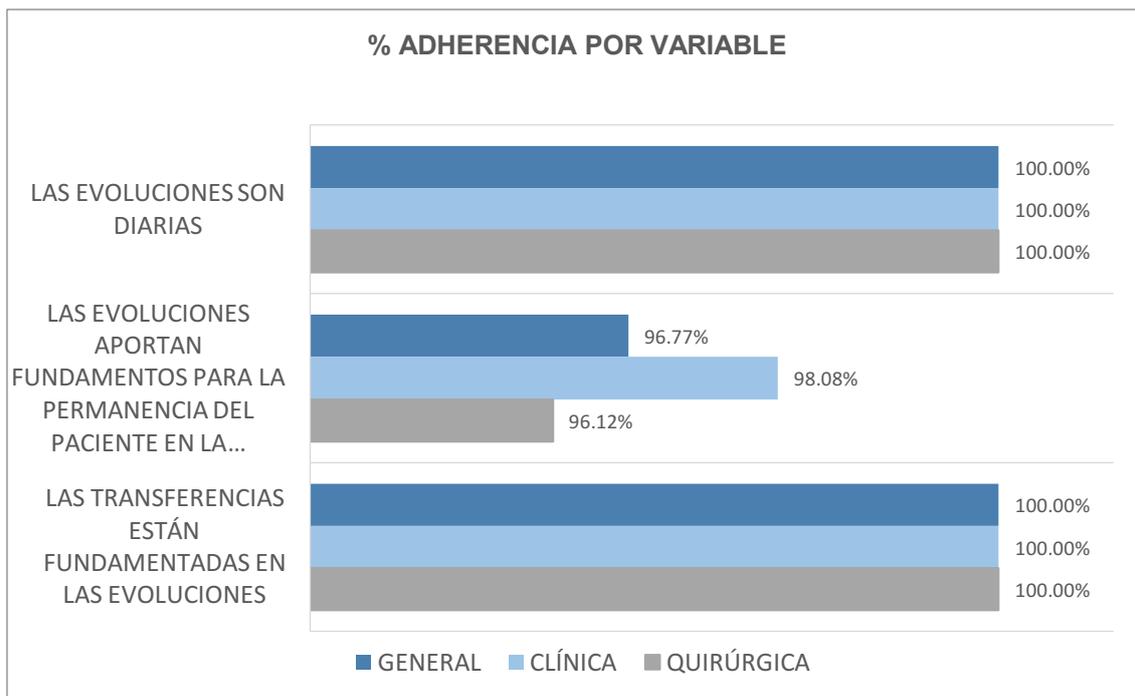
Aunque semejantes, se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (99,09% vs 98,14%).



Los niveles de adherencia se mantienen estables entre julio y diciembre, con mínimas oscilaciones, notable estabilidad y por encima del 95% en términos globales.



Si bien la adherencia general es muy alta para esta dimensión, los niveles alcanzan al 100% en internaciones tanto clínicas como quirúrgicas con 8 o más días de estancia.



#### Cantidad de HC que no aplican a las variables

Variables	General	Clínica	Quirúrgica
Las evoluciones son diarias	94	4	90
Las evoluciones aportan fundamentos para la permanencia del paciente en la institución	97	5	92
Las transferencias están fundamentadas en las evoluciones	240	52	188

En cuanto a la variable “Las transferencias están fundamentadas en las evoluciones”, cabe aclarar que se pudo evaluar sólo en 12 HCl. Esta situación, se debe al perfil sanatorial que responde a internaciones quirúrgicas de corta estancia, donde no se producen transferencias.

Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Las evoluciones son diarias	100,00%	100,00%	100,00%
Las evoluciones aportan fundamentos para la permanencia del paciente en la institución	96,77%	98,08%	96,12%
Las transferencias están fundamentadas en las evoluciones	100,00%	100,00%	100,00%

La HCI debe documentar los resultados de los estudios complementarios que se reciben diariamente, así como el examen físico y tratamiento día por día. Si el paciente no tiene registrada ninguna evolución médica un determinado día, se infiere que ese día el paciente no fue evaluado por profesional alguno. Esto constituye un acto de abandono cuya responsabilidad será obviamente punible, pero más allá del débito correspondiente, genera un riesgo enorme para quien está internado porque su patología requiere un ámbito especial de atención (por ello no está en su casa) sumado a su incertidumbre y la de su familia en espera de la presencia de los integrantes del equipo de salud.

La adherencia en las variables de esta dimensión, especialmente en “Las evoluciones son diarias”, es del 100%. Responde en gran medida a la actividad de los médicos auditores y de los secretarios de piso que realizan un seguimiento exhaustivo del cumplimiento.

Sin embargo, más allá de la presencia de la evolución diaria, cabe destacar que su contenido peca de ciertas particularidades. En algunos casos, la tendencia es a reiterar la enfermedad actual, en otros, proliferan expresiones habituales del tipo: “laboratorio normal”, “paciente sin cambios”, “se dan instrucciones al paciente”, “lúcido, afebril, hemodinámicamente estable”, etc., ejemplos de generalizaciones que no describen demasiado. La evolución debe mostrar los fundamentos que conducen a cada decisión, aunque la decisión sea no tomar medida alguna.

Los registros biométricos en las evoluciones, llámese frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, suelen ser números redondos y generalmente repetitivos, lo que resulta llamativo y merece mayor evaluación. Ejemplo: frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, presión arterial 120/80 mmHg.

¿Por qué y cómo se obtienen esos registros? ¿En qué período de tiempo se llevan a cabo? ¿Se respetan las recomendaciones de tomas durante un minuto/ sesenta segundos? ¿Es necesario reiterar en la evolución estos parámetros que a su vez ya están registrados en la Planilla de Enfermería? ¿O son artilugios que se utilizan para “rellenar espacios”? ¿Es suficiente escribir en una evolución

“lúcido, afebril, hemodinámicamente compensado”? ¿Son esas determinaciones las que justifican que el paciente esté institucionalizado?

En muchas ocasiones, pareciera que los signos vitales en las evoluciones médicas son una especie de “constancia” de haber visitado al paciente más que un fundamento de un futuro accionar.

Si bien se consideró que este tipo de “leyendas” justifican la permanencia en la Institución, en internaciones prolongadas, se suele perder el hilo del proceso del paciente institucionalizado y progresivamente las evoluciones se empobrecen, y en ocasiones sorprende un final inesperado. Esto refleja el déficit cualitativo de los informes.

Estas cuestiones no son observadas por los médicos auditores del financiador. Se exige que la evolución sea diaria, independientemente de su calidad.

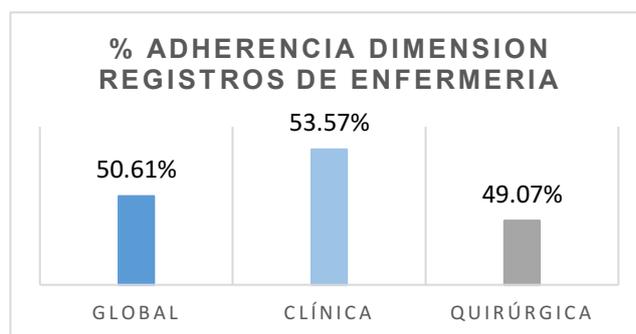
En referencia a las HCI que “No Aplican” para estas variables, esta situación responde a que, en internaciones muy breves, se otorga el alta el mismo día de su internación y en lugar de evolucionarse al paciente y posteriormente dársele el alta, se incluye la evolución en la epicrisis.

## DIMENSIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA

---

### Estadísticos

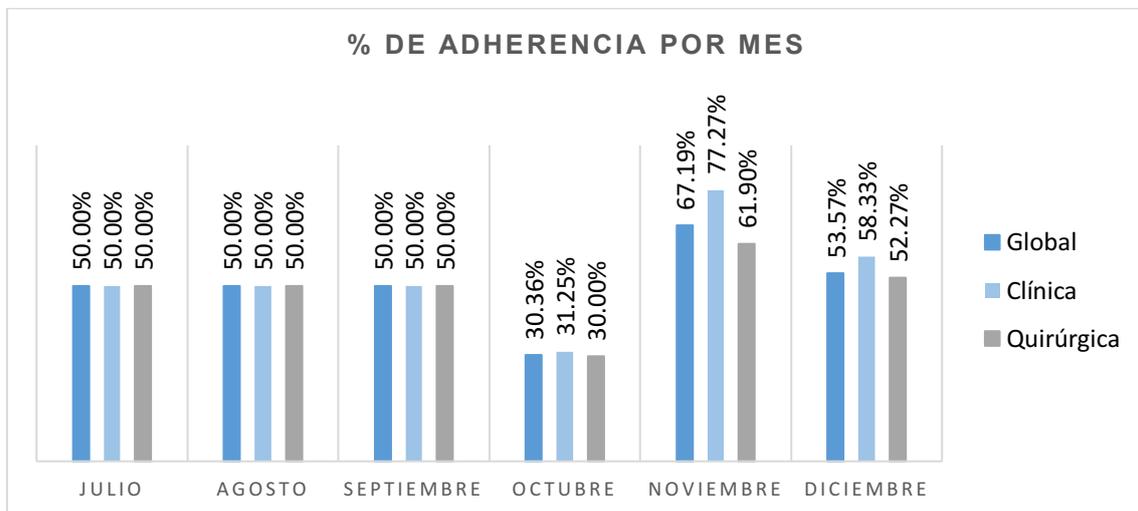
HC evaluadas	255
HC válidas	163
Perdidos	92
<b>Media</b>	<b>50,61%</b>
Desvío Estándar	19,24%
Mediana	50%
Moda	50%
Cuartil1	50%



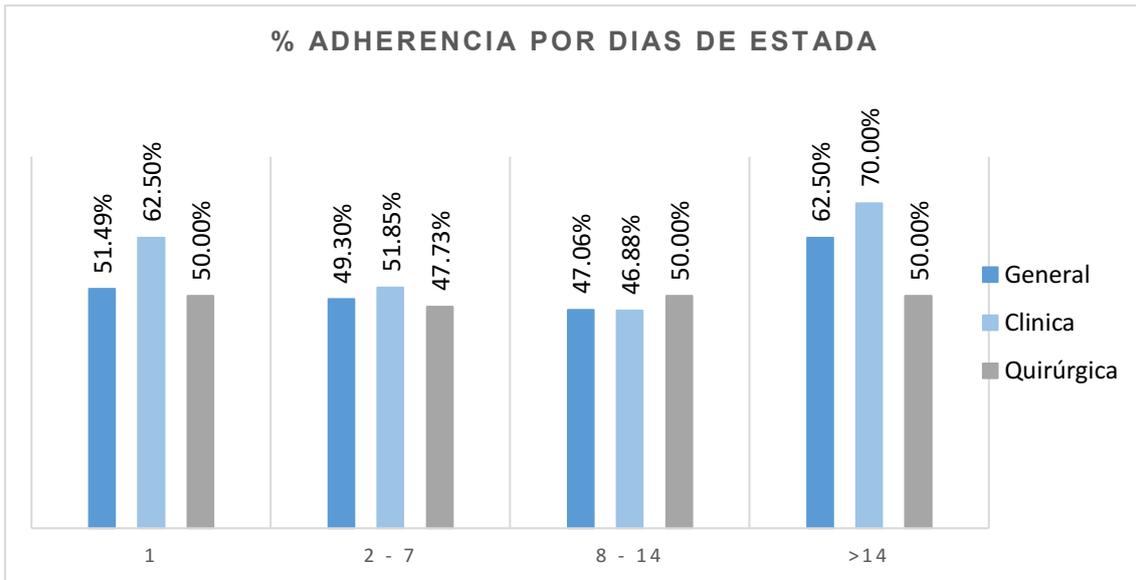
Cuartil3	50%
Máximo	100%
Mínimo	0%

El resultado global de esta dimensión es 50,61% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana cercana a la media y moda (50%).

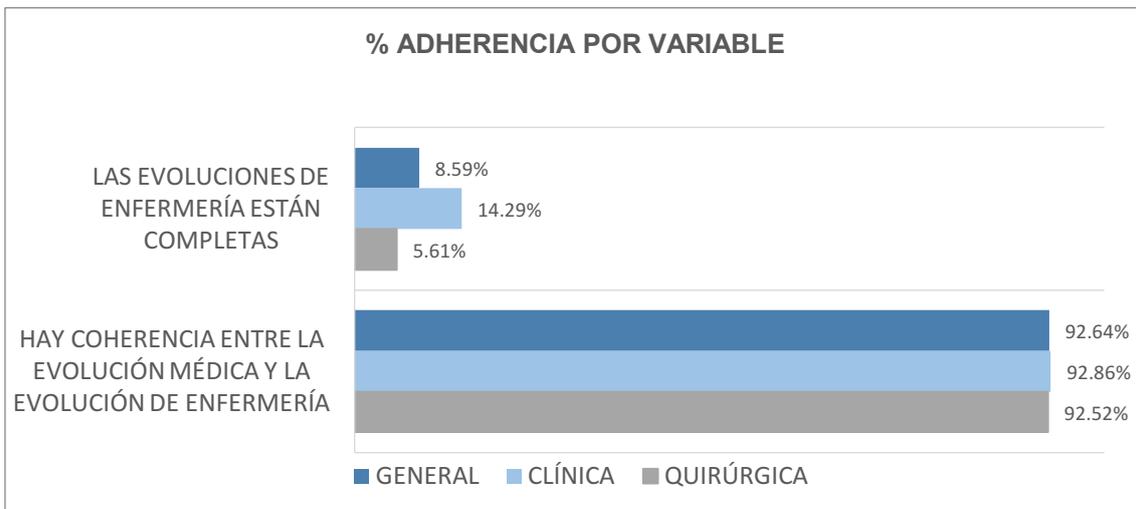
Aunque similares, se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (53,57% vs 49,07%).



Nuevamente se observa una disminución de la adherencia en el mes de octubre. El resto de los períodos analizados presenta algunas particularidades, como ser la notable coincidencia en los resultados del trimestre julio- septiembre (mes donde finaliza la prueba piloto con IOMA y se firma la continuidad del programa). Se constata un aumento significativo entre octubre y noviembre, que posiblemente responda a la implementación de medidas correctivas registrales frente a la detección de deficiencias en el mes de octubre.



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada, esta dimensión presenta mejora en las internaciones prolongadas, pero fundamentalmente a expensas de aquellas de índole clínica. Las internaciones quirúrgicas mantienen niveles muy similares en todos los grupos (1 día, 2-7, 8-14 y >14 días).



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Las evoluciones de enfermería están completas	8,59%	14,29%	5,61%
Hay coherencia entre la evolución médica y la evolución de enfermería	92,64%	92,86%	92,52%

Esta dimensión complementa a la anterior y permite observar la transversalidad e integralidad en el trabajo enfermero- médico, la existencia de un seguimiento conjunto centrado en el paciente.

Es muy frecuente que, durante los pasajes de sala, se discutan los pacientes interdisciplinariamente. Sin embargo, en los registros no se evidencia esta interacción.

En estas HCI resulta complejo analizar sincrónicamente lo que los diferentes profesionales interpretan respecto de los mismos pacientes. Por empezar, las evoluciones de enfermería destacan por su incompletitud (o falta algún registro de signos vitales o más de uno o todos, o los reportes de medicación son escasos e indescifrables o no hay observaciones que permitan analizar la evolución del paciente o no sabemos quién fue el enfermero a cargo porque no consta identificación clara, firma y sello). La situación es alarmante, con una adherencia del 8.59% a esta variable.

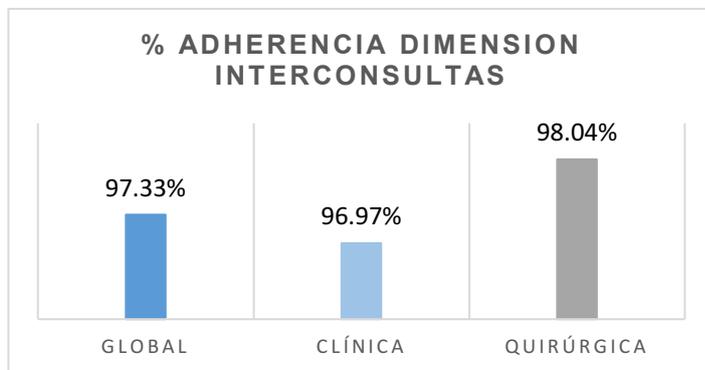
Con respecto a la segunda variable, no parecen surgir incoherencias (92,64% de adherencia), pero cabe tener en cuenta que al ser tan escaso el aporte de la primera variable, no resultaría tarea sencilla identificar incongruencias. De la manera en que está estructurado el formato actual de la HCI, el médico conoce lo que piensa él y sus colegas, el enfermero se vincula con lo que registran sólo los enfermeros. Esto genera un movimiento de registros separados que parecen unirse sólo al alta del paciente con fines de facturación. Nuevamente aquí se desplaza el núcleo de atención desde el paciente hacia los diferentes profesionales e impresiona que a cada disciplina le preocupa más dar por sentadas sus actividades que la interacción enriquecedora.

Como se mencionó anteriormente, la presencia en terreno permite identificar un sin número de tareas de equipo enfermero- médico que no resultan plasmadas en registros. Son de todos los días las discusiones sobre los pacientes más críticos y el intercambio de opiniones y preocupaciones. Pero muy a pesar de esto, no es excusable continuar con estas deficiencias que merecen un replanteo conjunto de la metodología de trabajo en equipo.

## DIMENSIÓN INTERCONSULTAS

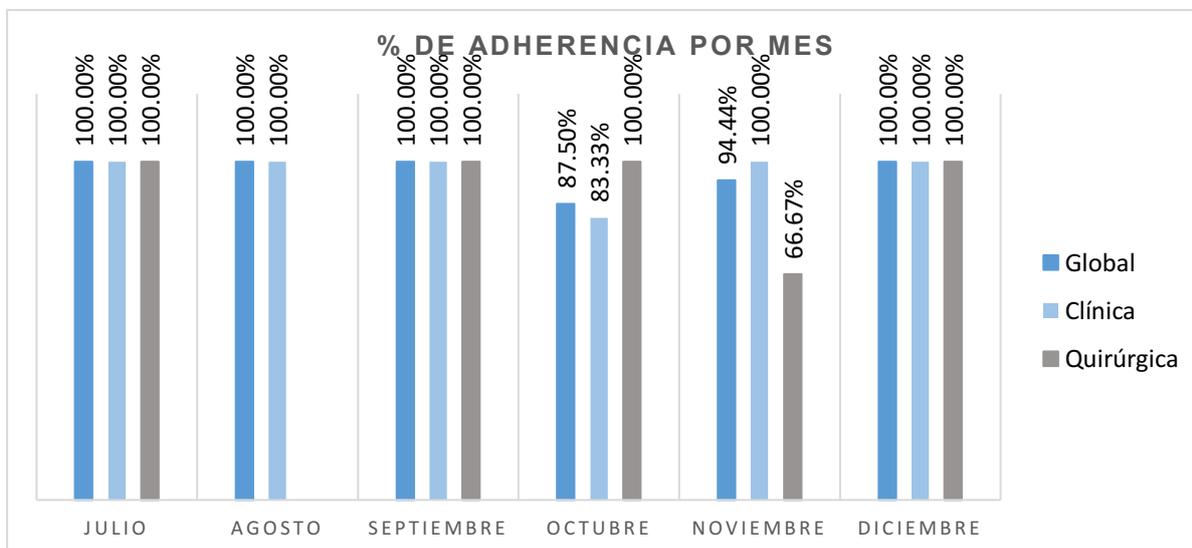
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	67
Perdidos	188
<b>Media</b>	<b>97,33%</b>
Desvío Estándar	12,82%
Mediana	100%
Moda	100%
Cuartil1	100%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	0%

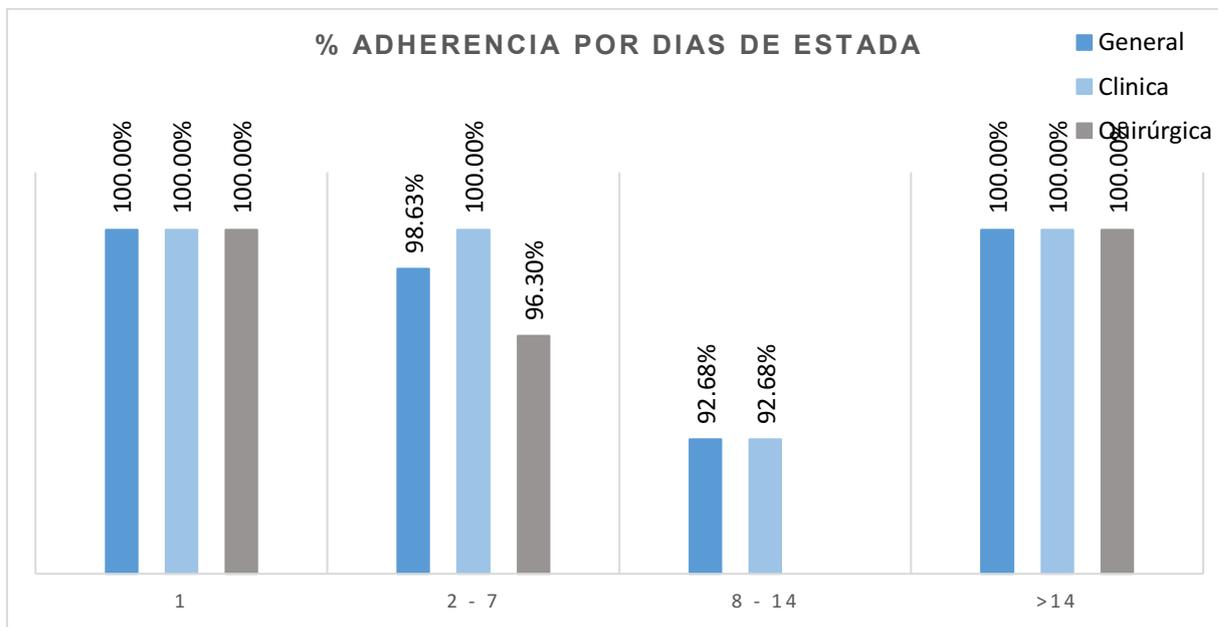


El resultado global de esta dimensión es 97,33% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana y la moda, 100%.

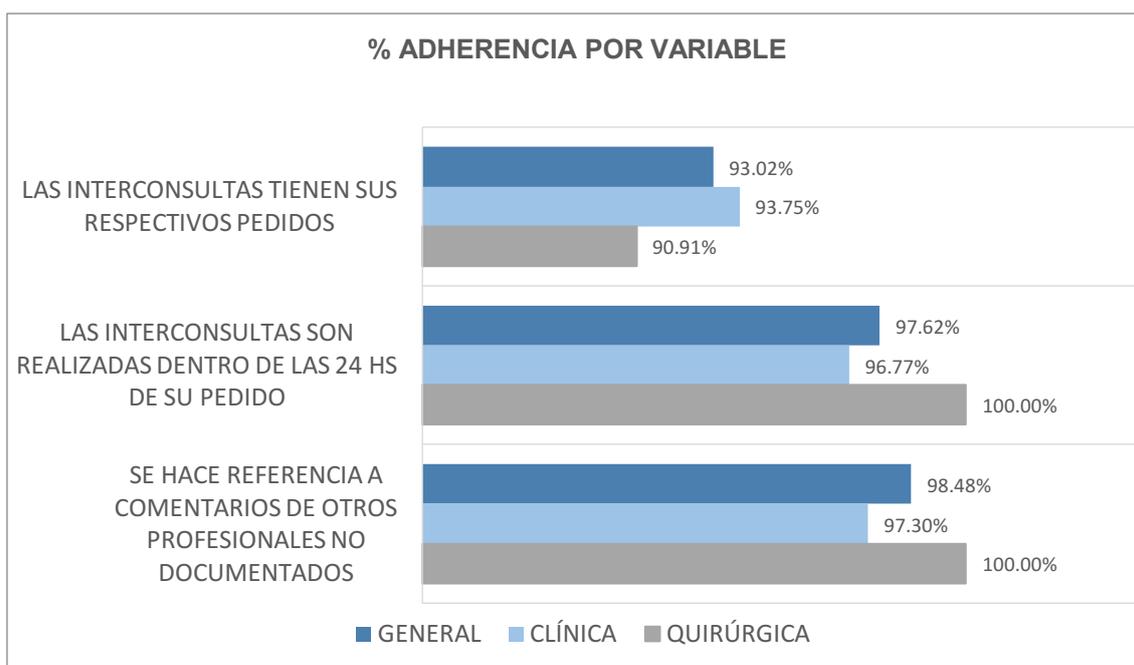
Aunque muy cercanas, se observa mayor adherencia en las internaciones quirúrgicas (98,04% vs 96,97%).



Se ven niveles óptimos de adherencia durante el semestre con la excepción de la disminución en las HCI clínicas en octubre.



En esta dimensión la variación del nivel de adherencia decae a medida que se prolonga la internación. Las HCI correspondientes a internaciones superiores a 14 días sólo son 8 y por lo tanto su elevado valor, no demostraría un cambio en la tendencia.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Las interconsultas tienen sus respectivos pedidos	93,02%	93,75%	90,91%
Las interconsultas son realizadas dentro de las 24 hs de su pedido	97,62%	96,77%	100,00%
Se hace referencia a comentarios de otros profesionales no documentados (la adherencia se da cuando este valor es negativo)	98,48%	97,30%	100,00%

Las variables de esta dimensión buscan determinar si el procedimiento de solicitud de interconsulta es el adecuado, si las respuestas se producen en un breve lapso de tiempo y si se registran opiniones informalmente de especialistas interconsultados.

El análisis de los resultados es alentador, con niveles de adherencia superiores al 90%. Estos hallazgos importan fundamentalmente porque las dilaciones en las visitas de interconsultores suelen dejar al paciente en statu quo impactando negativamente en su estado de salud, y en el efector de salud por las consecuentes demoras en el giro cama y los débitos a la facturación por la injustificada permanencia en las instituciones.

El procedimiento demuestra ser exitoso a pesar de su precariedad. Consiste en dejar la solicitud de interconsulta en el office de enfermería para que el secretario de piso de aviso al especialista involucrado. Esto sumado generalmente al llamado informal del médico de cabecera del paciente.

Cabría cuestionarse si las interconsultas merecerían la presencia conjunta de médico solicitante y médico solicitado a los pies de la cama del paciente al momento del examen. Seguramente resultaría más fructífero, pero de compleja implementación en el sector privado, donde los profesionales no cumplen, en general, con un horario fijo estipulado. Existe una práctica extendida que consiste en la realización de las interconsultas de manera previa o posterior al horario de consultorio ambulatorio del profesional en cuestión en la Institución. Esto conlleva a que, en múltiples oportunidades, las interconsultas se realicen en horarios tardíos. Si bien los resultados del análisis revelan que los tiempos son adecuados, suele ocurrir que el médico deje entre sus indicaciones, la solicitud

de algún estudio complementario que queda pendiente para el día siguiente, y es allí donde podría generarse la demora.

Como se observa en los resultados, no se registran comentarios ajenos. Este elemento se consigna porque de presentarse, atentaría contra la legalidad del acto médico. Cada profesional es responsable de sus dichos y acciones siempre y cuando conste su firma y sello avalatorios.

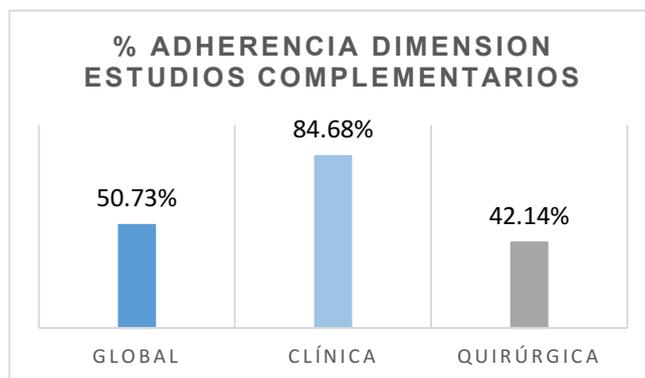
Esta dimensión aporta, además, datos vinculados a la seguridad del paciente en cuanto al manejo adecuado de la información. Si bien es un paso importante que no consten comentarios adquiridos de colegas por vía telefónica, por ejemplo, la mayoría de las interconsultas son asincrónicas y escritas, en respuesta a una orden con la leyenda “Solicito interconsulta con Neurología, Ginecología, etc.” sin demasiados datos orientativos.

## DIMENSIÓN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

---

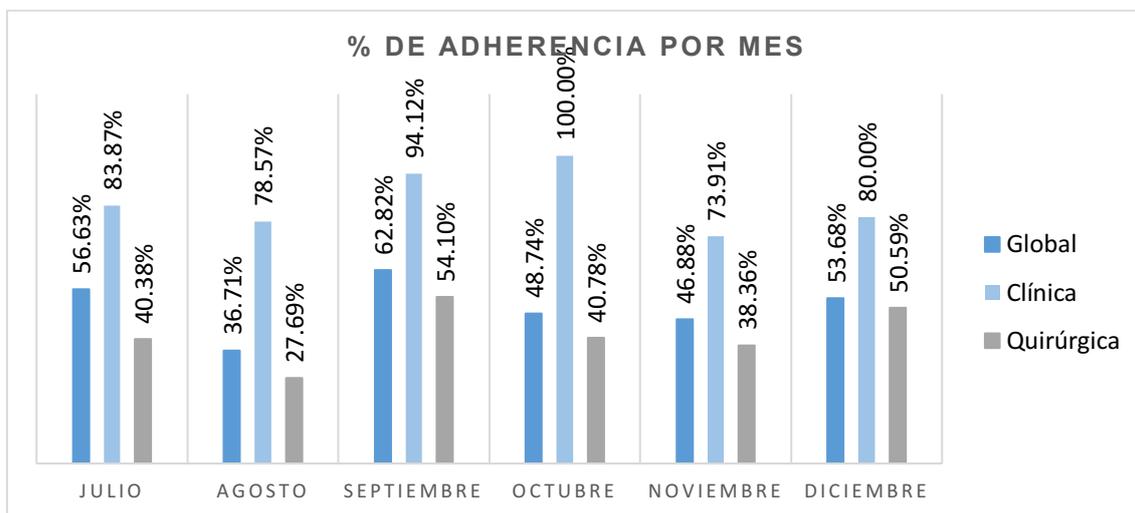
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>50,73%</b>
Desvío Estándar	38,35%
Mediana	50%
Moda	100%
Cuartil1	0%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	0%

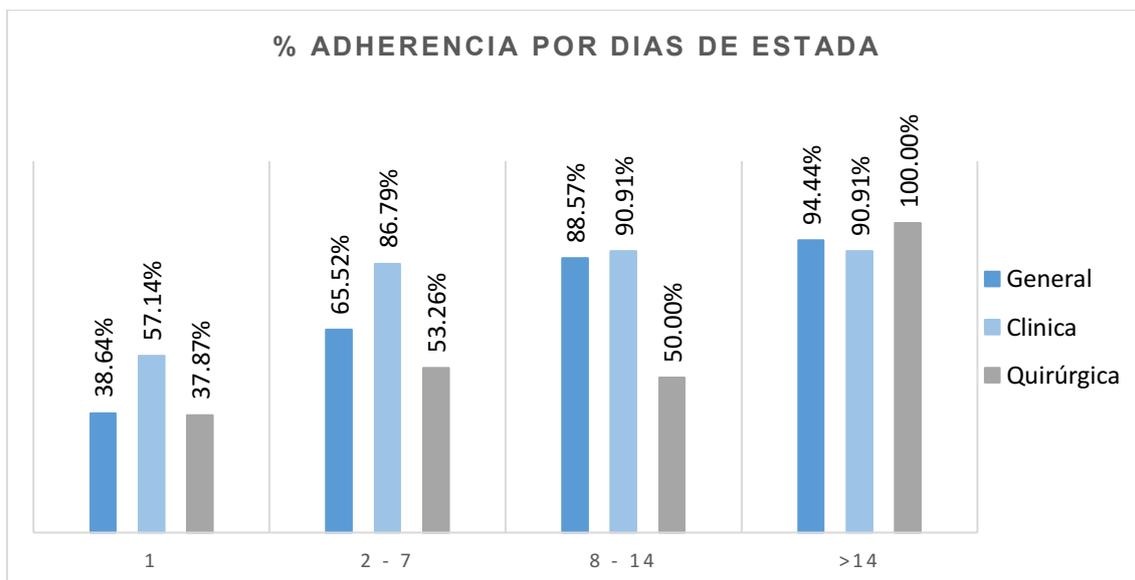


El resultado global de esta dimensión es 50,73% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana similar a la media (50%). El valor que más se repite es 100% (moda).

Se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (84,68% vs 42,14%).

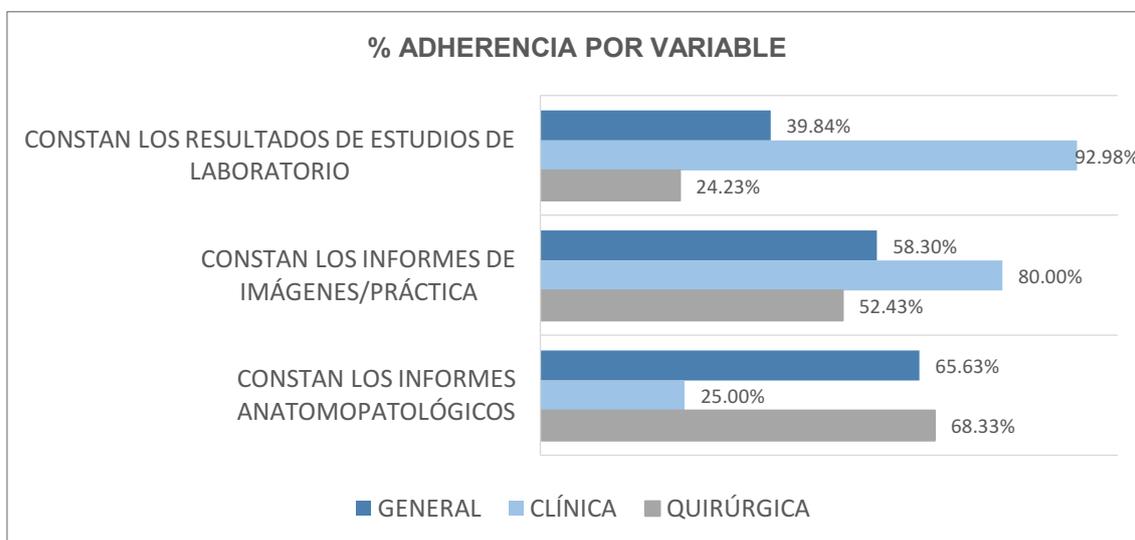


No se presenta un comportamiento homogéneo entre los meses de julio y diciembre. Las HCI clínicas oscilan en niveles de adherencia muy superiores (entre 73,91% y 100%) a los de las HCI quirúrgicas, que alcanzan un máximo de 54,10% en septiembre y 50,59% en diciembre.



En este caso se percibe claramente el incremento en la adherencia a medida que aumenta la estancia, con los menores valores en las internaciones de un solo día y los mayores, en aquellas que superan los 14 días. Se destaca,

además, nuevamente, mayor adherencia en las internaciones clínicas por sobre las quirúrgicas.



Cantidad de HC que no aplican a las variables

Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Constan los resultados de estudios de laboratorio	1	0	1
Constan los informes de imágenes/práctica	17	7	10
Constan los informes anatomopatológicos	188	53	135

En cuanto a la variable “Constan los informes anatomopatológicos”, cabe aclarar que se pudo evaluar sólo en 64 HCI. En algunos casos porque no aplica su solicitud, y en otros por el diferimiento de los resultados más allá del período de facturación. Por este motivo no es relevante el resultado del 25% de adherencia en las HCI clínicas.

Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Constan los resultados de estudios de laboratorio	39,84%	92,98%	24,23%
Constan los informes de imágenes/práctica	58,30%	80,00%	52,43%
Constan los informes anatomopatológicos	65,63%	25,00%	68,33%

Un porcentaje importante de las HCI presentan una adherencia de 0%, especialmente las quirúrgicas y sobre todo con períodos de estancia breves. Esto podría responder a que los estudios complementarios son evaluados con antelación a la internación en consultorio externo para ingresar posteriormente directamente a cirugía, en caso de cirugías programadas de baja complejidad.

Como se observa en la adherencia por días de estada, los resultados mejoran a medida que las internaciones son más prolongadas, superando el 90% luego de 14 días de estada.

Cabe consignar que la variable “Constan informes anatomopatológicos” no fue evaluada en 188 HCI por no aplicar (70% de lo relevado), que incluyen las HCI quirúrgicas con biopsias diferidas, ya que la ausencia de resultados anatomopatológicos responde a la demora en sus informes, que puede superar el cierre de la facturación. Igualmente, estas HCI no fueron tenidas en cuenta en el cálculo.

En cuanto a los resultados de laboratorio y de estudios de diagnóstico por imágenes, categóricamente es superior en las HCI clínicas que en las HCI quirúrgicas, y se consideran acordes a los perfiles de patología prevalente (92,98% de las HCI clínicas contienen resultados de estudios de laboratorio y 80% estudios de imágenes).

En las HCI quirúrgicas, tanto los resultados de laboratorio (24,23%) como los informes de imágenes (52,43%), son inferiores. Tal vez, la mayor adherencia del segundo, esté en relación con la necesidad del soporte imagenológico para el diagnóstico que exige el financiador.

A pesar de que seguramente los pacientes ingresan a Quirófano con análisis previos de laboratorio (al menos es imprescindible que se chequee su hemostasia), no son datos que se registren y, su ausencia no es objetada por el financiador.

En este punto, y recayendo nuevamente en la necesidad de atención segura, el desafío sería contar con un consultorio prequirúrgico que documentara esta información tan relevante, paso previo indiscutido a la Lista de Verificación de Cirugía.

Otro planteo involucraría la mejora en la comunicación Servicio de Laboratorio-Quirófano- Hematología/ Hemoterapia como eventual contralor en el proceso de cirugía.

Dado que el estudio no evaluó si las cirugías fueron programadas o de urgencia, es posible que la mayor adherencia se vincule con las de urgencia, entendiendo que en las programadas el paciente fue evaluado previamente por Consultorio Externo, quedando registrado en la Historia Clínica Ambulatoria.

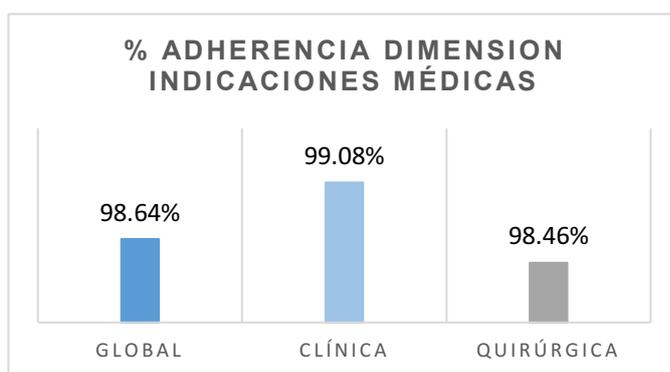
Respecto de las cirugías con estancias prolongadas, por lo general se observó que la permanencia extendida se debió a complicaciones, que dieron intervención a diversas especialidades clínicas (Neumonología, Infectología), y en este cuadro de situación, la adherencia general en estancias superiores a 14 días llegó al 100%. Evidentemente estos pacientes, aunque pocos, requirieron controles con laboratorio e imágenes.

## DIMENSIÓN INDICACIONES MÉDICAS

---

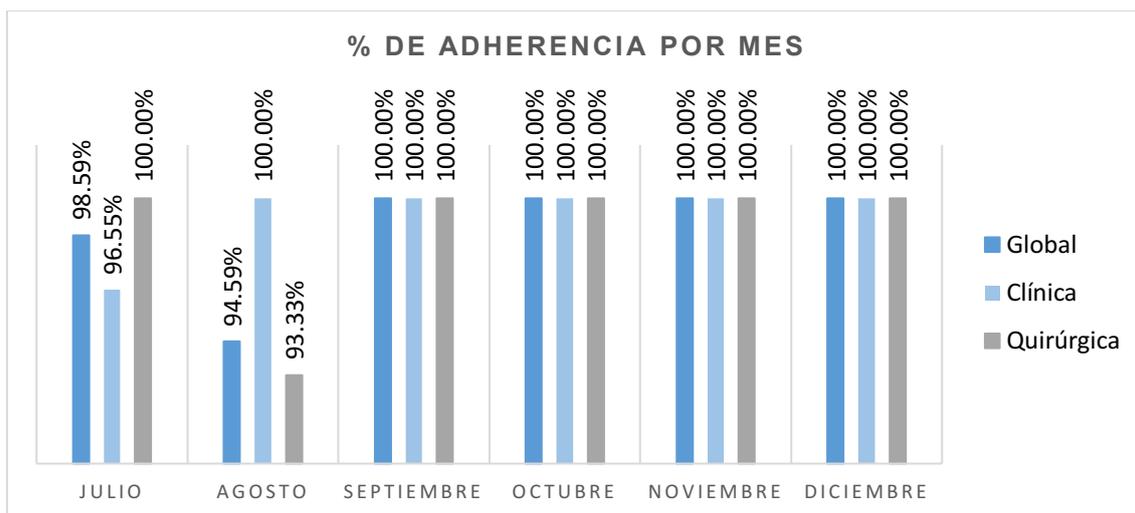
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	185
Perdidos	70
<b>Media</b>	<b>98,64%</b>
Desvío Estándar	12,66%
Mediana	100%
Moda	100%
Cuartil1	100%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	0%

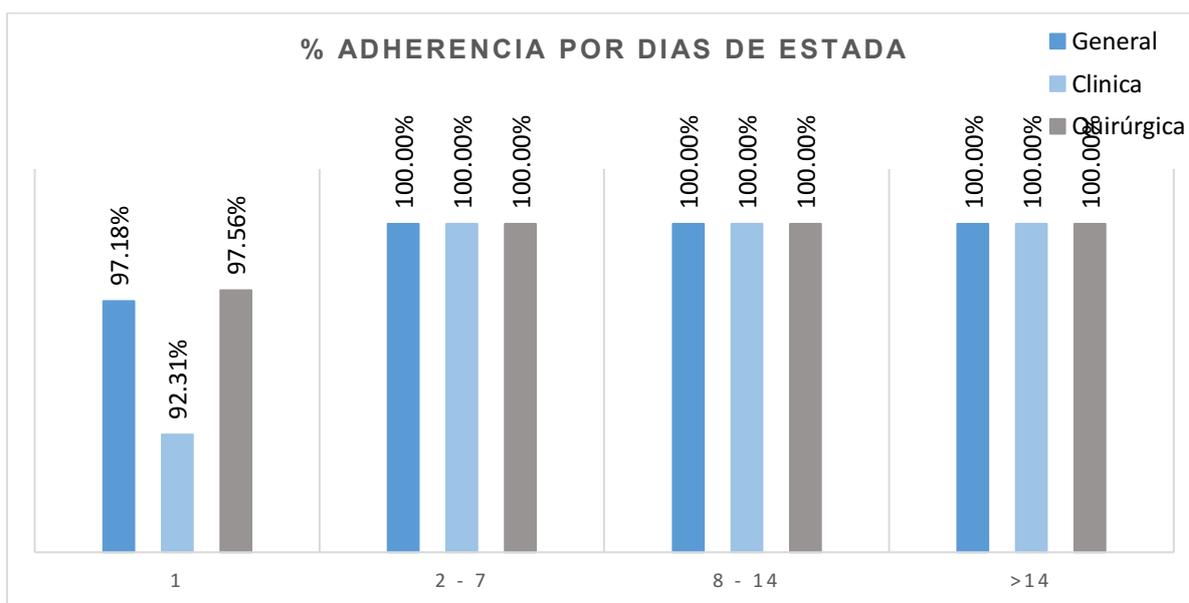


El resultado global de esta dimensión es 98,64% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana y la moda, 100%.

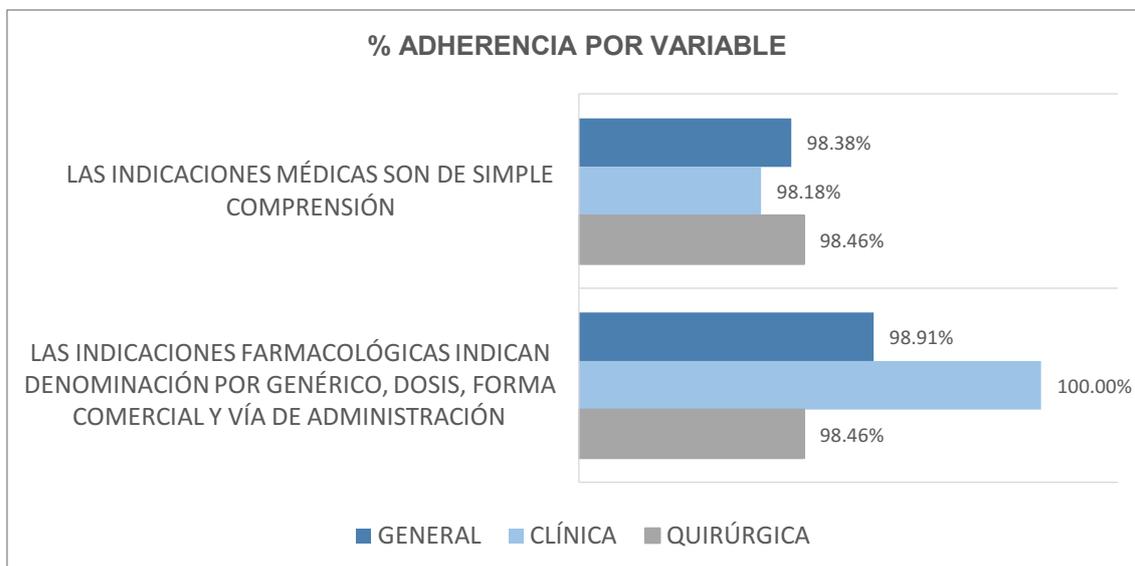
Aunque muy cercanas, se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (99,08% vs 98,46%).



La adherencia durante el semestre se mantiene estable y óptima; es probable que la mínima diferencia en los dos primeros meses se deba al desconocimiento inicial de la herramienta de carga digital.



La adherencia por día de estada es elevada, en coincidencia con la metodología digital implementada en la Institución. Se constata una leve diferencia en las internaciones de un día probablemente vinculada a la brevedad de la estancia.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Las indicaciones médicas son de simple comprensión	98,38%	98,18%	98,46%
Las indicaciones farmacológicas indican denominación por genérico, dosis, forma comercial y vía de administración	98,91%	100,00%	98,46%

Esta Institución realiza las indicaciones médicas por medio de su sistema informático. El sistema exige que se completen todos los ítems (droga, forma comercial, vía de administración), por lo tanto, los resultados eran esperables. No surgieron objeciones respecto de la legibilidad y no se registraron campos sin completar.

La incorporación de esta dimensión permite consolidar la idea de que esta metodología resuelve el problema de la ilegibilidad, y, por otra parte, la experiencia nos enseña que es una de las tareas a las que el médico destina más tiempo y compromiso, cuestión que se ve reflejada en los resultados.

La OMS sostiene que los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria. Se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a U\$S 42.000 millones anuales<sup>50</sup>.

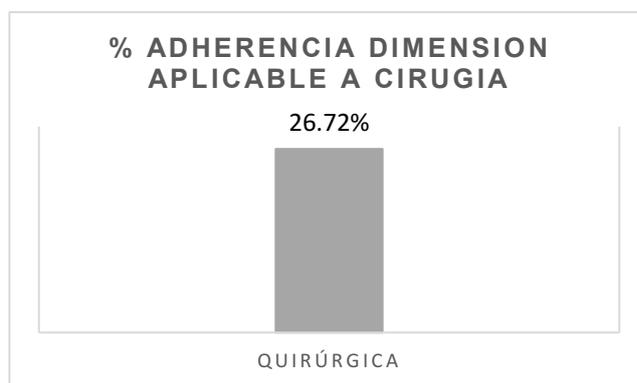
Por lo tanto, la decisión institucional de digitalizar las “Indicaciones Médicas”, debe considerarse como una estrategia fundamental de mejora en seguridad del paciente.

## DIMENSIÓN APLICABLE A CIRUGÍA

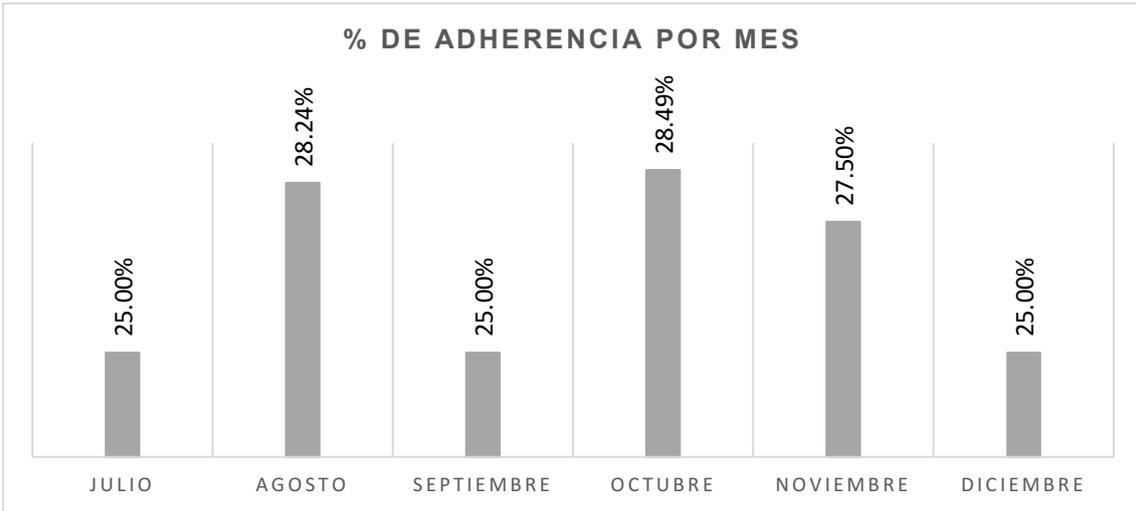
---

### Estadísticos

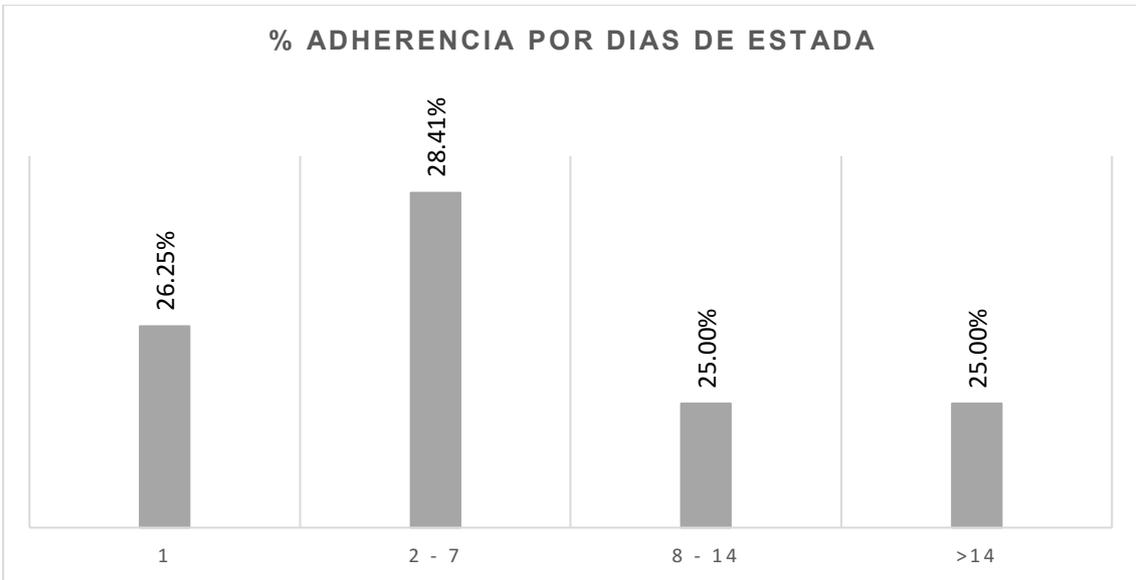
HC evaluadas	255
HC válidas	193
Perdidos	62
<b>Media</b>	<b>26,72%</b>
Desvío Estándar	10,80%
Mediana	25%
Moda	25%
Cuartil1	25%
Cuartil3	25%
Máximo	100%
Mínimo	0%



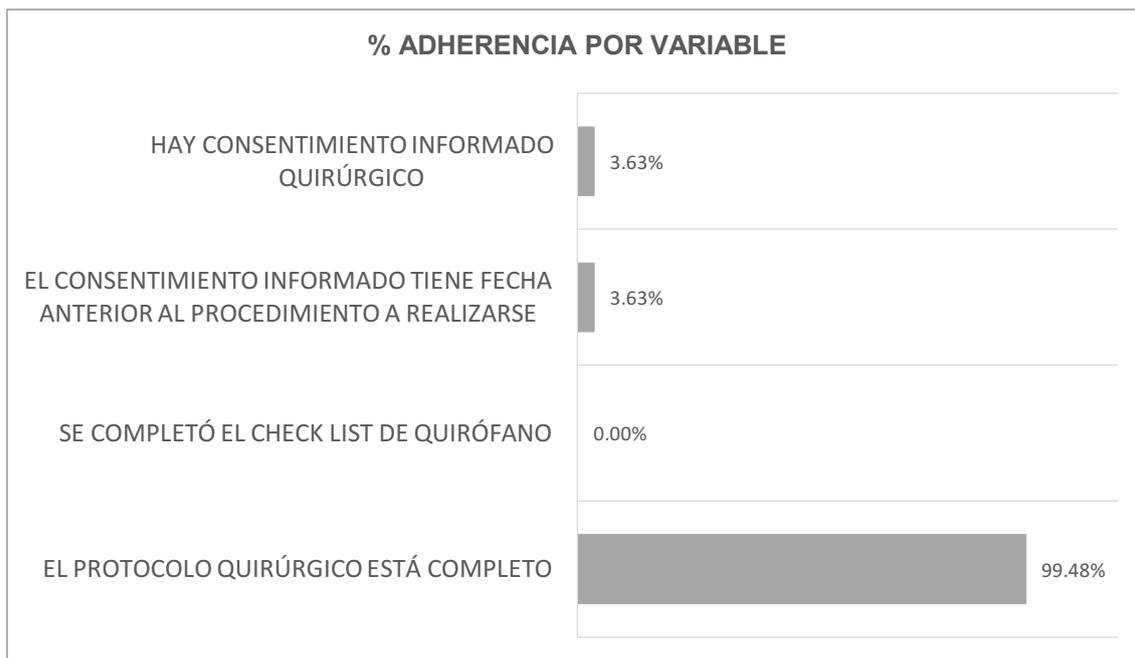
El resultado global de esta dimensión es 26,72% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana y la moda, 25%. Como valor perdido, es menester aclarar que no se incluye en esta dimensión a las HCI clínicas (57), y tampoco a las HCI quirúrgicas cuya cirugía fue suspendida.



La adherencia no se vio alterada por influencia temporal, siendo muy dispar el comportamiento de las cuatro variables de esta dimensión.



Iguals conceptos se replican en esta variable, que no se modifica con la prolongación de la estancia hospitalaria.



Variable	Quirúrgica
Hay consentimiento informado quirúrgico	3,63%
El consentimiento informado tiene fecha anterior al procedimiento a realizarse	3,63%
Se completó el check list de quirófano	0,00%
El protocolo quirúrgico está completo	99,48%

Como ya se detalló en la Dimensión Antecedentes, en el análisis se observó que sólo se escanearon los Consentimientos Informados relacionados con algunas cirugías: ligadura de trompas, vasectomía y estudios hemodinámicos (que requieren de otros Consentimientos Informados específicos). De ahí los resultados obtenidos en las dos primeras variables (3,63%).

De la misma manera, el hallazgo de 0% en cuanto a “Check list de quirófano completo”, se debe a que este registro nunca se incluyó en la HCI, ni se envió al financiador, y tampoco fue reclamado por aquel.

Teniendo en cuenta que el comúnmente llamado Check list o “Listado de verificación de cirugía”, en términos más apropiados, constituye uno de los cinco pilares esenciales referidos por la OMS para la seguridad del paciente<sup>51</sup>, cabría considerar los motivos por los cuales bilateralmente se omite su presentación y planteamos si en las HCI quirúrgicas este listado debería estar incorporado total

o parcialmente y no, como ocurre actualmente, constituir una planilla adjunta con relativa independencia del cuerpo general de la HCI. Del mismo modo, se ha observado que los hallazgos del Check list no se analizan en las evoluciones ni en la epicrisis, perdiéndose la oportunidad de evaluar su impacto en la prolongación de la internación, en la suspensión de cirugías, entre otros.

Las tres primeras variables, que se refieren al consentimiento informado y la lista de verificación de cirugía siguen este perfil de documentación paralela, no interactúan con el resto de los registros y, al desarrollarse como compartimientos estancos, inevitablemente habría imposibilidad de obtener indicadores que emanen de sus relaciones.

Si observamos los niveles de adherencia de la última variable, superior al 99% (“El protocolo quirúrgico está completo”), no queda duda de que es este el documento que todos los integrantes del sistema consideran sustancial. Los protocolos quirúrgicos están digitalizados y por lo tanto son de simple lectura, nunca faltan, siempre están completos, siempre están prolijamente escaneados. Considerando la trascendencia que la cirugía tiene en Instituciones con perfil quirúrgico y predominio de estancias breves, uno de los planteos a los que conduce este estudio, es a determinar la necesidad de revisión del modelo de la HCI quirúrgica.

Hasta el momento, pareciera que mucho de la documentación responde al cumplimiento de requisitos formales, sin ninguna otra relevancia en el campo de la salud. Y, por el contrario, documentos relevantes para enriquecer el trabajo del equipo de salud, no son obligatorios desde el eje normativo.

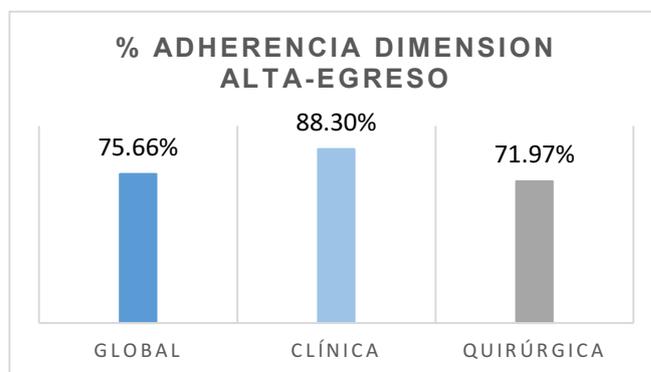
Si trabajamos sobre una nueva HCI, deberíamos hacerlo con rigor científico, y es justamente sobre la ruptura de ideas previas (muchas veces arraigadas fuertemente) que prospera la ciencia.

## DIMENSIÓN ALTA-EGRESO

---

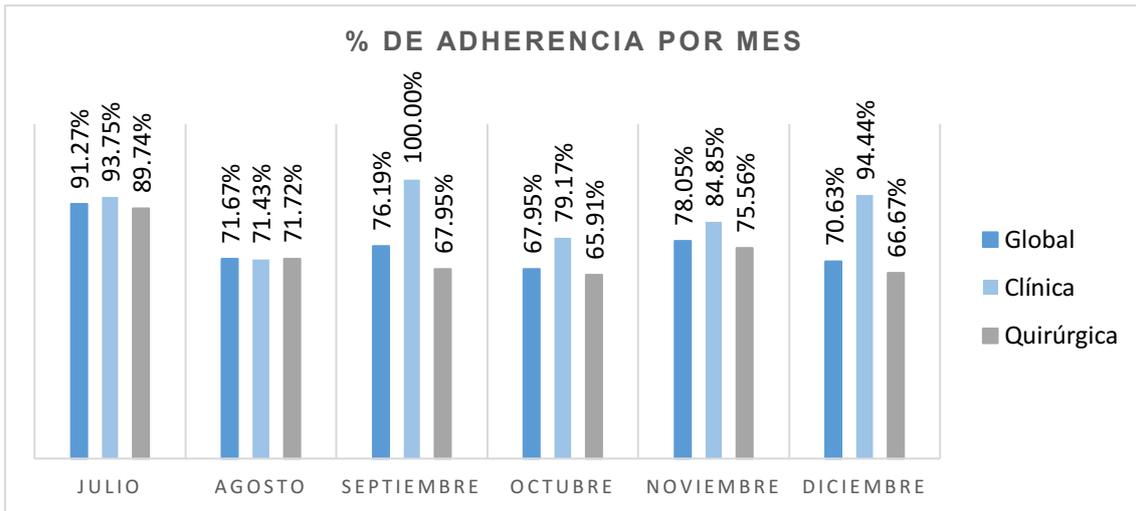
### Estadísticos

HC evaluadas	255
HC válidas	252
Perdidos	3
<b>Media</b>	<b>75,66%</b>
Desvío Estándar	25,74%
Mediana	67%
Moda	100%
Cuartil1	67%
Cuartil3	100%
Máximo	100%
Mínimo	0%

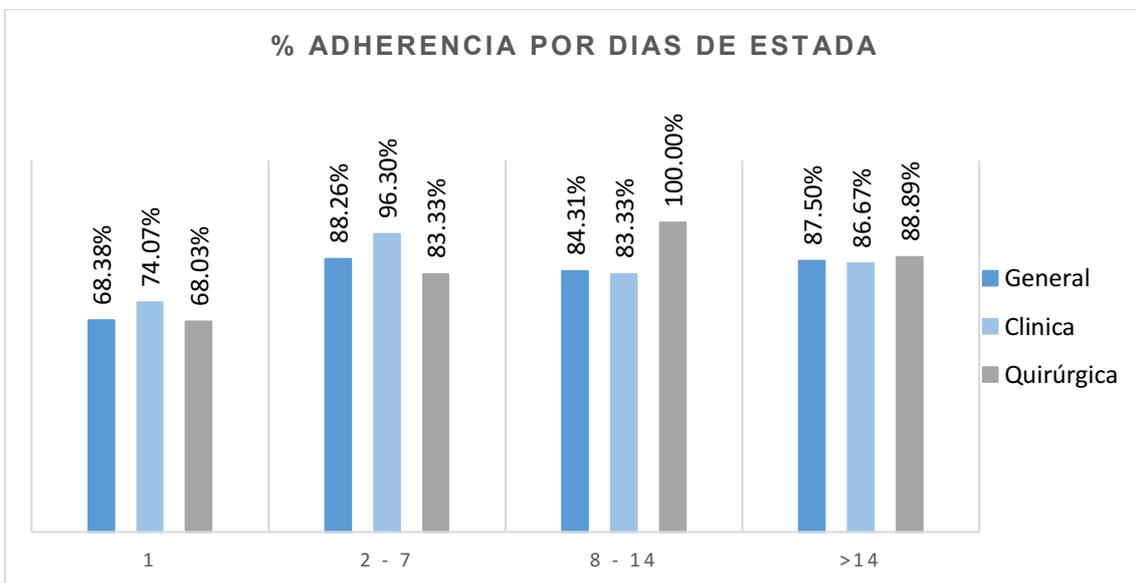


El resultado global de esta dimensión es 75,66% de adherencia a los criterios establecidos, con un mínimo de 0% y un máximo de 100%. La mediana, 67%. El valor que más se repite es 100% (moda).

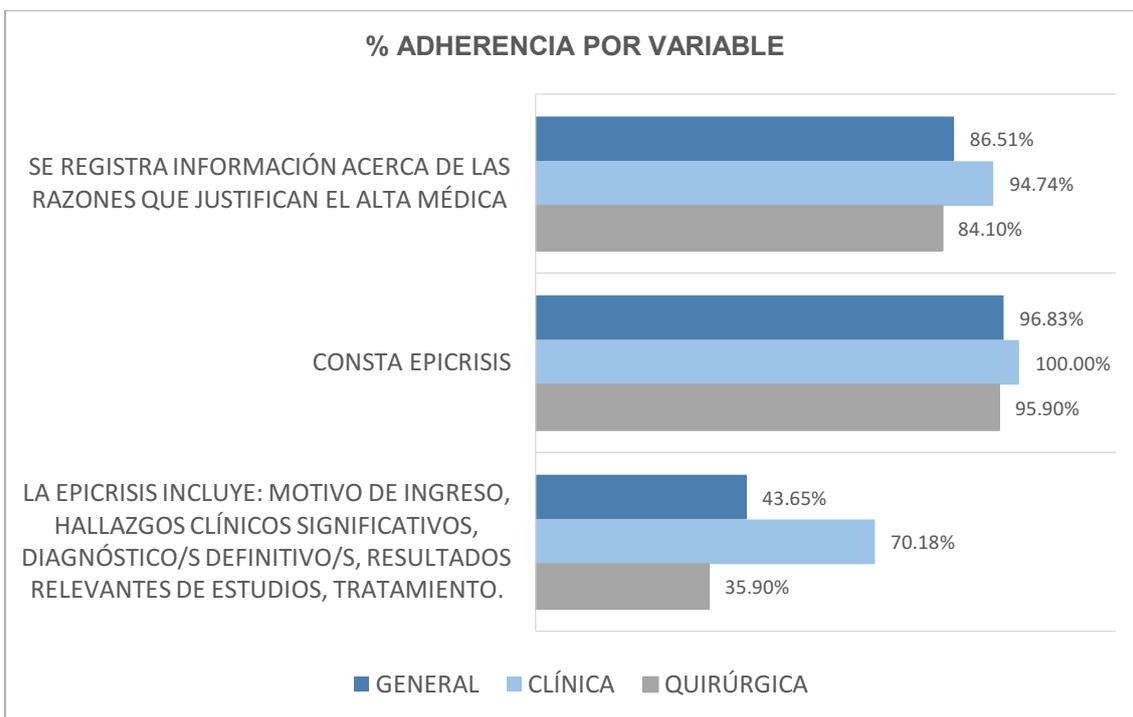
Se observa mayor adherencia en las internaciones clínicas (88,30% vs 71,97%).



Se observan resultados superiores de adherencia durante el mes de julio (cerca del 90%), seguidos de altibajos entre los meses de agosto a diciembre (entre 65% y 80% aproximadamente), con valores obtenidos de HCI clínicas por encima de los de HCI quirúrgicas. Es curioso este resultado, sobre todo porque la calidad de la Epicrisis es una dimensión que generalmente observa el financiador. Posiblemente, se produjo una laxitud a partir de la no objeción del IOMA.



En cuanto al nivel de adherencia según días de estada, siguiendo el patrón predominante, la menor adhesión se da en internaciones muy breves (1 día); luego se mantienen aproximadamente constantes los niveles de adhesión independientemente de la extensión de la internación.



Variable	General	Clínica	Quirúrgica
Se registra información acerca de las razones que justifican el alta médica	86,51%	94,74%	84,10%
Consta epicrisis	96,83%	100,00%	95,90%
La epicrisis incluye: motivo de ingreso, hallazgos clínicos significativos, diagnóstico/s definitivo/s, resultados relevantes de estudios, tratamiento.	43,65%	70,18%	35,90%

El informe de alta médica (o epicrisis), es el documento emitido por el médico responsable en un efector de salud al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Para evaluar la calidad de la Epicrisis, debemos tener en cuenta que, con sólo leer su contenido, tendríamos que poder interpretar todo lo que le ocurrió al paciente durante su internación, incluyendo la pre internación, el durante y el alta con sus respectivas recomendaciones de seguimiento.

El análisis de los resultados de esta Dimensión, nos muestra muy buena adherencia en las dos primeras variables, con mejores resultados en HCl clínica. Sin embargo, vemos que la tercera variable, que profundiza en los contenidos cualitativos, obtiene resultados notablemente más pobres, por sobre todo en las HCl quirúrgicas. Más del 60% de las HCl quirúrgicas tienen epicrisis muy deficitarias.

¿Qué motivos podrían explicar esta situación? Para comenzar, la primera variable se considera cumplimentada con una breve descripción: “el paciente evoluciona bien o mal”. De la misma manera, la segunda variable implica la existencia del título “Epicrisis” con algún contenido en el espacio para texto libre.

Pero cuando profundizamos en su contenido, recién allí, y en concordancia con lo que ocurre en otras Dimensiones como Anamnesis o Evoluciones Médicas, vemos que no existe en la mayor parte de los casos una conclusión globalizadora de lo que sucedió durante la estancia del paciente en la Institución.

En las HCl quirúrgicas, la tendencia es a escribir nuevamente el procedimiento que se realizó, por ejemplo: “Paciente que ingresa para cirugía de rodilla, buena evolución, alta”, o “alta y seguimiento por consultorio externo”, o “pautas de alarma y alta”, en el mejor de los casos. Esto resulta absolutamente comprensible en una cirugía prácticamente de carácter ambulatorio, que sólo tramita con internación a los fines de una requisitoria del financiador, pero la misma dinámica se aplica en cirugías de mayor complejidad, y aquí es donde aparece el cuestionamiento: ¿hasta dónde nos podemos permitir tal laxitud? ¿cómo es el perfil del médico cirujano actual? Y viendo que la calidad de las Epicrisis de HCl clínicas es absolutamente superior, ya que el 70.18% obtiene los resultados esperables versus el 35.9% en las HCl quirúrgicas, resulta evidente que ambos perfiles médicos son disímiles.

No se ha recabado información respecto de las edades de los profesionales clínicos y cirujanos, y si existiría alguna relación entre el paso del tiempo y las características de los documentos que producen. Impresiona que los médicos residentes elaboran registros más consistentes.

Por otra parte, esta dimensión presenta especial interés, como ya se refirió, si existe intencionalidad de trabajar con Grupos Relacionados por el Diagnóstico

(GRD), y además es la base para cerrar la historia clínica asignándole al paciente un código del CIE X<sup>52</sup> (Clasificación Internacional de Enfermedades), lo que nos permitirá obtener información epidemiológica relevante.

No se observa, en ningún caso, la codificación con CIE X al alta del paciente por parte del médico tratante, deficiencia que se subsana posteriormente en Auditoría Médica interna.

La Epicrisis impresiona ser un acto puramente administrativo y un documento extremadamente superficial, especialmente en las cirugías. Las excepciones más llamativas por la riqueza de sus aportes, la constituyen las Epicrisis de los pacientes egresados de Unidad Coronaria, que son absolutamente abarcativas y pormenorizadas.

Es muy frecuente que los pacientes al momento del alta se lleven consigo una fotocopia de la Epicrisis, sobre todo aquellos con patologías complejas y polimedicados. En estos casos la Epicrisis oficia a modo de “resumen de historia clínica”, lo que ratifica la importancia de su elaboración correcta.

## **CONCLUSIONES**

Acompañando varios procesos tendientes a la despapelización del Estado, IOMA por Resolución N° 2113/19, notifica la suspensión del envío de historia clínica en papel y su reemplazo por la historia clínica digital como instrumento de auditoría de sus internaciones. A pesar de que esta resolución es del 25 de septiembre del 2019, el IMP se incorporó a la prueba piloto a partir del mes de julio del mismo año, lo que favoreció el acceso a la documentación de todo el segundo semestre del 2019 para su análisis cuantitativo y cualitativo.

Si bien el período relevado corresponde a la etapa inicial de esta nueva modalidad de presentación documental, permitió visibilizar cuáles son los registros prioritarios para los actores involucrados, a los que se les confiere mayor dedicación en pos de evitar potenciales débitos.

Esta situación, nos hace reflexionar sobre la injerencia del financiador en la calidad registral, y la importancia del trabajo conjunto para el desarrollo de la calidad de atención.

La agilidad ganada en el proceso mencionado, permitiría disponer recursos para ahondar en la discusión sobre qué HCI necesitamos. Sin embargo, no se prioriza este asunto más allá de lo discursivo, tal vez por las características del modelo médico vigente que predomina en todos los actores del sistema de salud.

El médico actual es, en general, el emergente de una institución académica que no lo formó para trabajar en equipo, que no interactuó con futuros colegas del equipo de salud provenientes de otras disciplinas: enfermería, obstetricia, kinesiología, etc. De esta manera, estamos ante un profesional que hace y funciona desde la individualidad.

Tampoco se pondera en su formación, el desarrollo de buenas prácticas registrales, a pesar de ser un insumo básico tanto para la asistencia, docencia e investigación.

Las situaciones mencionadas, sumadas al “pluriempleo” y su impacto en la dedicación, pueden obstaculizar cualquier intento de mejora de la HCI, incluso la implementación de una HCE, más aún, si no existen reparos por parte del financiador frente a determinadas deficiencias, lo que sin dudas genera una retroalimentación, en principio resistida, pero que culmina con la subsanación y perfeccionamiento del proceso.

Del muestreo aleatorio realizado, surge que las internaciones quirúrgicas representaron más del 75% de las internaciones totales en el período evaluado, y de ese 75% de internaciones quirúrgicas, a su vez, el 75% tuvieron solo 1 día de estada. De estos datos se desprende que la HCI quirúrgica breve, por su magnitud y por el perfil hospitalario, debería ser la prioridad en caso de querer implementarse un programa de mejora de la HCI.

La “Calidad de la historia clínica”, medida como porcentaje de adherencia a los criterios establecidos, fue de 56.57% (68,09% HCI clínicas y 53,15% HCI quirúrgicas). Si consideramos que la exigencia en la definición de criterios fue básica, se profundiza la necesidad de no procrastinar en su intervención.

Con respecto a la adherencia específica por dimensión, se identificó bajo compromiso de la Dimensión Antecedentes (promedio 11.70%), Dimensión Examen Físico (promedio 23.22%) y Dimensión Aplicable a Cirugía (promedio 26.78%). También de las Dimensiones Enfermería y Estudios Complementarios, con valores promedio de aproximadamente 50%.

La Dimensión Administrativa obtuvo muy buenos resultados (superior al 90%), posiblemente por la mediación del financiador en este sentido, con la excepción de la variable referida a la identificación del familiar responsable, que no logró adherencia en 21,43% de los casos y que podría tener consecuencias traumáticas en caso de producirse un evento inesperado.

Un tercio del total de las HCI presentaron características de ilegibilidad, por letra no clara y utilización de abreviaturas incomprensibles. Esta Dimensión obviamente se beneficiaría de la digitalización.

Sin embargo, la digitalización no soluciona la calidad del contenido de los registros, que requieren otro tipo de estrategias para su desarrollo, relacionadas con la sensibilización y capacitación del equipo de salud. En este aspecto es importante mencionar que la Dimensión Evoluciones médicas, que adhiere desde lo cuantitativo, resulta pobre desde el punto de vista cualitativo. Lo mismo sucede con la Dimensión Alta-Egreso, donde si bien la Epicrisis cumple con su existencia, no lo hace con el contenido de la información.

La Dimensión Antecedentes obtuvo muy baja adherencia, prácticamente desestimable en cuanto a Antecedentes familiares e Información del entorno social. Respecto de los Antecedentes personales relevantes, los mejores registros se vieron en las HCI clínica (70,18%) en relación con las quirúrgicas (23,08%). Hallazgos similares ocurrieron en la variable Anamnesis y enfermedad actual: 78,95% en HCI clínicas y 32,82% en HCI quirúrgicas. Esto nos invita a reflexionar nuevamente sobre la implicancia de estas Dimensiones en la HCI quirúrgica breve.

El motivo de internación está presente en 100% de los casos.

En la Dimensión Examen físico, los hallazgos son en extremo deficitarios sobre todo para las internaciones quirúrgicas, en las que más del 50% carecen de esta exploración. Las HCI clínicas arrojan resultados cercanos al 100%, pero el 80% de los registros son pobres en cuanto al contenido de la información, al predominar expresiones tales como “sin particularidades”, “conservado”, etc. El registro de peso y talla alcanzan valores mínimos y en general, aportados por intervenciones que no son llevadas a cabo por los médicos de cabecera. Tan sólo el 1,63% de adherencia se observa en referencia al estado anímico del paciente.

El IMP implementó un sistema informático para realizar las indicaciones médicas, por lo que la dimensión asociada, arroja resultados alentadores (cerca del 100% de adherencia)

Los registros de Enfermería sólo están completos en el 8,59% de los casos.

Las Interconsultas no generan dilaciones. En todo caso podría plantearse la modificación del circuito de solicitud, pero escapa a los fines de este trabajo.

De la misma manera, sería interesante establecer un procedimiento que incluya el consultorio prequirúrgico previo a las cirugías breves, donde se inicie la HCI y se compendien los estudios complementarios (sólo 42,14% de adherencia en HCI quirúrgicas). En la misma consulta sería útil incorporar el consentimiento informado e incluso avanzar sobre algunos tópicos del Check list o listado de verificación de cirugía.

Todas estas reflexiones se presentan a lo largo del semestre, no observándose modificaciones sustanciales a nivel general entre periodos, con excepción de algunas dimensiones.

Más allá de la escasez registral, surgen planteamientos subyacentes a la vigencia del modelo de historia clínica: ¿deberían existir diferentes tipos de historias clínicas?, ¿todos sus componentes son importantes?, ¿tendría que plantearse la diferenciación entre una historia clínica para pacientes quirúrgicos y otra para pacientes clínicos?, ¿determinadas patologías están contempladas adecuadamente en los formatos actuales?

Cierto es que la medicina se ha hiperespecializado y la historia clínica clásica puede resultar inadecuada para una determinada especialidad, como puede ser necesaria una historia clínica enfocada al tipo de problema o al tipo de paciente.

Simultáneamente a emprender el camino hacia la HCE, se debe trabajar entonces con el equipo de salud en la definición de la HCI que nuestra Institución realmente necesita en función de su perfil quirúrgico de corta estancia.

Es imperioso avanzar en la informatización, pero a sabiendas de que la informatización no es la panacea. Es probable que muchos de los problemas que se cuestionan en este trabajo no encuentren solución con ese gran paso en que muchas instituciones tienen puestas sus mayores expectativas.

Con el correr de los años se produjo un viraje hacia historias clínicas asépticas y con poco valor clínico. Sin embargo, el planteo de mejora, habitualmente insiste en una mayor cantidad de registros de datos.

Es por ello, que, luego de conocer la situación actual de la HCI del IMP, se propone adaptar el formato de HCI al perfil institucional, haciendo hincapié en la efectividad de los datos y sus interrelaciones, en función a la calidad de atención y seguridad del paciente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Thierbach Carlos, Evolución de la Infraestructura del sector salud. 1º Ed. Buenos Aires: FODECO, 2012.
2. Grasso Fontán Carlos, Contexto histórico de las prácticas médicas en la Revolución de Mayo. SIIC, 2009.
3. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, et al. Auditoría de historias clínicas: una evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rosell. Arch Pediatr Urug 2018; 89(4): 242-250.
4. Gómez R, González M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA: Cabecera. [Monografía de postgrado]. Bucaramanga:

- Universidad CES, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, 2008. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas\\_.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas_.pdf)
5. Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
  6. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002, núm. 214. España.
  7. Hayward J, Williams S. Management of Medical Record Content, in: Cofer J, editor. *Health Information Management*. Berwyn: Physicians' Record Company, 1994; 223-46.
  8. Patito, José A. (2000). *Medicina Legal*. Buenos Aires, Centro Norte.
  9. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. *Guidelines for Medical Record Practice*. Report N°: WHO/HS/NAT.COM/80-370.
  10. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Salvat; 1978.
  11. Laín Entralgo P. La Medicina Hipocrática. Barcelona: Alianza Editorial; 1970.
  12. Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la Historia Clínica. *Galicia Clín* 2012; 73 (1): 21-26.
  13. Vintró E. Hipócrates y la nosología hipocrática. Barcelona: Editorial Ariel; 1973.
  14. Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Madrid: Editorial Triascastela: 1998.
  15. Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Madrid: Editorial Triascastela: 1998.
  16. González de Rivera J. Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 1998; 19(5): 183-200.
  17. Da Costa Carballo C. Revistas Científicas Complutenses. Documentación de las Ciencias de la Información. 1997. Vol.20: 41-63. Disponible en <file:///C:/Users/PC/Downloads/20685-Texto%20del%20art%C3%ADculo-20725-1-10-20110603.PDF>
  18. Balmaceda Daniel (2017). Oro y espadas. Curiosas historias de la Argentina cuando era española. Ed. Penguin Random House Grupo Editorial. Argentina.

19. Ortiz Z, Berenstein G, Esandi ME, Confalone M, De Luca M, Faccia K, Carbonelli N, Rodriguez N, de Uriarte H. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes. 1ª Edición. Buenos Aires. Salud Investiga, 2007.
20. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, et al. Auditoría de historias clínicas: una evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rosell. Arch Pediatr Urug 2018; 89(4): 242-250.
21. Gómez R, González M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA: Cabecera. [Monografía de postgrado]. Bucaramanga: Universidad CES, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, 2008. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas\\_.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas_.pdf)
22. Auditoría médica de una entidad financiadora. Curso Anual de auditoría Médica Hospital Alemán. Monografía: Eloisa Prada.
23. Renau J, Pérez-Salinas I, Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos 2001; 10 (1): 32-40.
24. Velito A, Tejada Soriano S. La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Buenos Aires: Hospital Alemán, 2010.
25. Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
26. Estándares para la Acreditación de la Joint Commission para Hospitales. Ed. 6°. 2017.
27. CENAS-PAACS. Estándares para la Acreditación. Manual para el Establecimiento Ambulatorio. 2011.
28. ITAES. Manual para la Acreditación de Establecimientos de Atención de Agudos. 2015.
29. Código Penal de la Nación Argentina. Título XII Capítulo III Artículo 292.
30. Burrows J, Echeverría C, et al. El respeto a la intimidad del paciente. Rev Med Chile 2014; 142: 506-511.
31. Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. Edición Erg

32. Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
33. CENAS-PAACS. Estándares para la Acreditación. Manual para el Establecimiento Ambulatorio. 2011.
34. ITAES. Manual para la Acreditación de Establecimientos de Atención de Agudos. 2015.
35. Estándares para la Acreditación de la Joint Commission para Hospitales. Ed. 6°. 2017.
36. Riondet B, Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín de La Plata, 2007.
37. Barragán y col. - Detección de eventos adversos en la sala de clínica de un hospital a través de metodología activa Rev Argent Salud Pública, 2019; 10(40): 14-18
38. Sardá N, Vilá R, Mira M et al. Análisis de Calidad y Contenido del informe de alta hospitalario realizado por médicos internos residentes de especialidades quirúrgicas. Med Clin (Barc), 1993; 101:241-4.
39. Zambrana García JL, Rivas Ruiz F, Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. Gac. Sanit. 2013; 27(5): 450-453.
40. Flores Serna A, Calidad de las Historias Clínicas elaboradas por internos de Medicina- UMSA La Paz 2017. Revista "Cuadernos" Vol. 59 (1), 2018.
41. Grespan Setz V, D'Innocenzo M, Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records, Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 313-7
42. Matzumura Kasano J, Gutiérrez Crespo H et al., Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3): 251-7
43. Carnicero Giménez de Azcárate Javier, De la historia clínica a la historia de salud electrónica. V informe SEIS (2003).

44. Luna D et al, Historia Clínica Electrónica. Rev. Hosp. Ital. B. Aires Vol. 27 N° 2, diciembre 2007 URL:<http://revista.hospitalitaliano.org.ar>
45. Provincia de Buenos Aires. Asesoría General de Gobierno. Disponible en <https://www.asesoria.gba.gov.ar/informacion/despapelizacion.php>
46. Gestión documental electrónica Buenos Aires. Disponible en <https://gdeba.gba.gov.ar/>
47. Yetano Laguna J., Alberola Cuñat V., Menéndez-Valdez A.G., Diccionario de Siglas Médicas (2003). Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM). En <http://www.sedom.es/diccionario/presentacion.php>
48. Paolillo E, Russi U et al, Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR- GRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI. Rev Med Urug 2008; 24:258-266.
49. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3. Rev.Esp. Salud Pública vol 77 n° 5 Madrid, octubre 2003.
50. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (<https://ssrn.com/abstract=2222541>, consultado el 26 de julio de 2019).
51. World Health Organization- World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme World Health Organization, Geneva (2004) [consultado 12 Abr 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)  
Google Scholar
52. Superintendencia de Servicios de Salud- Ministerios de Salud de la Nación. Disponible en [https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

1	Número de Internación:
---	------------------------

2	Mes de egreso:
3	Días de estada:
4	Tipo de internación (Clínica/ Quirúrgica)
	<b>DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA</b>
5	Consta orden de internación firmada por el médico responsable
6	La historia clínica está escaneada correctamente (posición de las hojas, no cortes)
7	La historia clínica está ordenada
8	El paciente está identificado en todas las hojas
9	La hoja de datos filiatorios se encuentra completa (Nº de historia clínica, apellido y nombre, DNI, domicilio, teléfono)
10	Los datos de identificación del familiar o responsable a contactar están completos (apellido y nombre, DNI, domicilio, teléfono)
11	Se Observa documentación que no corresponde al paciente
	<b>DIMENSIÓN LEGIBILIDAD</b>
12	la letra es clara
13	El uso de abreviaturas está limitado al mínimo imprescindible y es comprensible
	<b>DIMENSIÓN ANTECEDENTES</b>
14	Hay consentimiento informado al ingreso
15	Constan antecedentes personales relevantes (clínicos, quirúrgicos)
16	Constan antecedentes familiares relevantes
17	Consta información del entorno social
18	Se identifican condiciones especiales (discapacidad auditiva, física, tendencias suicidas)
	<b>DIMENSIÓN ANAMNESIS Y ENFERMEDAD ACTUAL</b>

19	La anamnesis aporta datos vinculados al comienzo de la afección, circunstancias, características de los signos y síntomas, etc
20	El motivo de internación está informado
	<b>DIMENSIÓN EXAMEN FÍSICO</b>
21	Consta el examen físico
22	El examen físico está dirigido solo al sistema o aparato vinculado al diagnóstico presuntivo
23	Predominan en el examen físico expresiones tales como "sin particularidades", "conservado" o similares en los diferentes aparatos y sistemas
24	Consta el peso del paciente
25	Consta la talla del paciente
26	Hay referencias al estado anímico del paciente
	<b>DIMENSIÓN EVOLUCIONES MÉDICAS</b>
27	Las evoluciones son diarias
28	Las evoluciones aportan fundamentos para la permanencia del paciente en la institución
29	Las transferencias están fundamentadas en las evoluciones
	<b>DIMENSIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>
30	Las evoluciones de enfermería están completas
31	Hay coherencia entre la evolución médica y la evolución de enfermería
	<b>DIMENSIÓN INTERCONSULTAS</b>
32	Las interconsultas tienen sus respectivos pedidos
33	Las interconsultas son realizadas dentro de las 24 hs de su pedido
34	Se hace referencia a comentarios de otros profesionales no documentados
	<b>DIMENSIÓN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>
35	Constan los resultados de estudios de laboratorio

36	Constan los informes de imágenes
37	Constan los informes anatomopatológicos
	<b>DIMENSIÓN INDICACIONES MÉDICAS</b>
38	Las indicaciones médicas son de simple comprensión
39	Las indicaciones farmacológicas indican denominación por genérico, dosis, forma comercial y vía de administración
	<b>DIMENSIÓN APLICABLE A CIRUGÍA</b>
40	Hay consentimiento informado quirúrgico
41	El consentimiento informado tiene fecha anterior al procedimiento a realizarse
42	Se completó el check list de quirófano
43	El protocolo quirúrgico está completo
	<b>DIMENSIÓN ALTA-EGRESO</b>
44	Se registra información acerca de las razones que justifican el alta médica
45	Consta epicrisis
46	La epicrisis incluye: motivo de ingreso, hallazgos clínicos significativos, diagnóstico/s definitivo/s, resultados relevantes de estudios, tratamiento.
47	<b>OBSERVACIONES</b>





### EXAMEN FISICO

Frecuencia Cardíaca: \_\_\_\_\_ T. Arterial: \_\_\_\_\_  
 T. Axilar: \_\_\_\_\_ T. Rectal: \_\_\_\_\_ F. Rep.: \_\_\_\_\_

1) Piel, mucosas y celular S.C. Adenopatias \_\_\_\_\_

2) Cabeza y cuello \_\_\_\_\_

3) Aparato Cardiovascular \_\_\_\_\_

4) Aparato Respiratorio \_\_\_\_\_

5) Abdomen \_\_\_\_\_

6) Aparato Genitourinario \_\_\_\_\_

7) Sistema Osteoarticular \_\_\_\_\_

8) Sistema Nervioso \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

TRATAMIENTO

#### ESTUDIOS SOLICITADOS

	Laboratorio
	Ecografía
	Hemodinamia
	Otras

	Rx
	TAC
	Kinesiología

	ECG
	Medicina Nuclear
	Interconsultas

FIRMA DEL PROFESIONISTA







# ANEXO 4: MODELO DE PLANILLA DIGITALIZADA DE INDICACIONES MÉDICAS

**Prescripciones de Medicamentos** Calle 51 N° 315 - La Pla

**INDICACIONES MÉDICAS - 08/07/2019**

Apellido y Nombre : **CASTRO HECTOR JOSE**  
 Obra Social / Plan : **I.O.M.A. ( AF. VOLUNTARIOS INDIVIDUALES ) GENERAL**  
 N° Afiliado : **b138307615/01** Edad : 72  
N° H.C. :

Sector: **UTI** Hab.: **UTI** Cama: **UTI13**

Rp	Cant. por Sum.	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
FISIOLOGICO X 500	1																								
Frecuencia/Forma/Via	21 Gotas x Min./EV/Via 1																								
OMEPRAZOL 40 MG. AMP.	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./EV/Via 1																								
BACTRIM FORTE 800/160 COMP. 1	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./VO/Directo																								
1 comp L, M y V																									
ACICLOVIR 200 MG. COMP.	1	X												X											
Frecuencia/Forma/Via	2 c/ 24 hs./VO/Directo																								
1 comp / día																									
SERTRALINA 50 MG.COMP.	1	X												X											
Frecuencia/Forma/Via	2 c/ 24 hs./VO/Directo																								
a las 8: 00 HS																									
FENITOINA AMP. EPAMIN	1	X							X										X						
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 08 hs./EV/Via 1																								
TAZONAM 4,5 MG. (piper+azonan)	1	X												X											
Frecuencia/Forma/Via	1/2 amp. cada 6 Hs/EV/Via 1																								
RISPERIDONA 1 MG. COMP. (Risperdal)	1																								
Frecuencia/Forma/Via	1/2 comp. cada 24 Hs./VO/Directo																								
a las 22hs																									
METADONA 5 MG. TABLETAS	1	X							X										X						
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 08 hs./VO/Directo																								
ATENLOLOL 50 MG. COMP.	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./VO/Directo																								
GABAPENTIN 300 COMP. (ULTRANEURAL)	1	X							X										X						
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 08 hs./VO/Directo																								
TAMSULOSINA 0,4 MG. CAPS.(SECOTEX)	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./VO/Directo																								
LOSARTAN 50 MG COMP. LOSACOR	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./VO/Directo																								
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG. COMP. 1	1	X																							
Frecuencia/Forma/Via	1 c/ 24 hs./VO/Directo																								

**Observaciones** control de HGT .  
dieta blanda con pollo

*Dr. LUIS DEL BUONO*  
M.P. 116168  
Terapia

Firma del Profesional

Firma Enfermería

Firma Enfermería

Firma Enfermería

## ANEXO 5: CHECK LIST DE QUIRÓFANO

### LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA** (con el enfermero y el anestesista, como mínimo).

Nombre y apellido del Paciente:

Fecha:

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí

No procede

- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

- ¿Se ha colocado el oxímetro de pulso al paciente y funciona?

Sí

- ¿Tiene el paciente alergias conocidas?

No

Sí

- ¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No

Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible.

- ¿Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No

Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales.

**ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA** (con el enfermero, el anestesista y el cirujano).

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.

- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí

No procede

**Previsión de eventos críticos**

Cirujano:

- ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
- ¿Cuánto durará la operación?
- ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

- ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

- ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
- ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
- ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí

No procede

**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO** (con el enfermero, el anestesista y el cirujano).

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento.

El recuento de instrumentos, gasas y agujas.

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente).

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.

Cirujano, anestesista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

- 
- <sup>1</sup> Thierbach Carlos, Evolución de la Infraestructura del sector salud. 1º Ed. Buenos Aires: FODECO, 2012.
- <sup>2</sup> Grasso Fontán Carlos, Contexto histórico de las prácticas médicas en la Revolución de Mayo. SIIC, 2009.
- <sup>3</sup> Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, et al. Auditoría de historias clínicas: una evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rosell. Arch Pediatr Urug 2018; 89(4): 242-250.
- <sup>4</sup> Gómez R, González M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA: Cabecera. [Monografía de postgrado]. Bucaramanga: Universidad CES, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, 2008. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas\\_.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas_.pdf)
- <sup>5</sup> Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
- <sup>6</sup> Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002, núm. 214. España.
- <sup>7</sup> Hayward J, Williams S. Management of Medical Record Content, in: Cofer J, editor. *Health Information Management*. Berwyn: Physicians' Record Company, 1994; 223-46.
- <sup>8</sup> Patito, José A. (2000). *Medicina Legal*. Buenos Aires, Centro Norte.
- <sup>9</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. *Guidelines for Medical Record Practice*. Report N°: WHO/HS/NAT.COM/80-370.
- <sup>10</sup> Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Salvat; 1978.
- <sup>11</sup> Laín Entralgo P. La Medicina Hipocrática. Barcelona: Alianza Editorial; 1970.
- <sup>12</sup> Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la Historia Clínica. Galicia Clín 2012; 73 (1): 21-26.
- <sup>13</sup> Vintró E. Hipócrates y la nosología hipocrática. Barcelona: Editorial Ariel; 1973.
- <sup>14</sup> Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Madrid: Editorial Triascastela: 1998.
- <sup>15</sup> Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Madrid: Editorial Triascastela: 1998.
- <sup>16</sup> González de Rivera J. Evolución histórica de la Psiquiatría. Psiquis, 1998; 19(5): 183-200.
- <sup>17</sup> Da Costa Carballo C. Revistas Científicas Complutenses. Documentación de las Ciencias de la Información. 1997. Vol.20: 41-63. Disponible en <file:///C:/Users/PC/Downloads/20685-Texto%20del%20art%C3%ADculo-20725-1-10-20110603.PDF>
- <sup>18</sup> Balmaceda Daniel (2017). Oro y espadas. Curiosas historias de la Argentina cuando era española. Ed. Penguin Random House Grupo Editorial. Argentina.
- <sup>19</sup> Ortiz Z, Berenstein G, Esandi ME, Confalone M, De Luca M, Faccia K, Carbonelli N, Rodriguez N, de Uriarte H. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes. 1ª Edición. Buenos Aires. Salud Investiga, 2007.
- <sup>20</sup> Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, et al. Auditoría de historias clínicas: una evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rosell. Arch Pediatr Urug 2018; 89(4): 242-250.
- <sup>21</sup> Gómez R, González M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA: Cabecera. [Monografía de postgrado]. Bucaramanga: Universidad CES, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, 2008. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas\\_.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bits-cas_.pdf)
- <sup>22</sup> Auditoría médica de una entidad financiadora. Curso Anual de auditoría Médica Hospital Alemán. Monografía: Eloisa Prada.
- <sup>23</sup> Renau J, Pérez-Salinas I, Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos 2001; 10 (1): 32-40.
- <sup>24</sup> Velito A, Tejada Soriano S. La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Buenos Aires: Hospital Alemán, 2010.
- <sup>25</sup> Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
- <sup>26</sup> Estándares para la Acreditación de la Joint Commission para Hospitales. Ed. 6º. 2017.
- <sup>27</sup> CENAS-PAACS. Estándares para la Acreditación. Manual para el Establecimiento Ambulatorio. 2011.
- <sup>28</sup> ITAES. Manual para la Acreditación de Establecimientos de Atención de Agudos. 2015.
- <sup>29</sup> Código Penal de la Nación Argentina. Título XII Capítulo III Artículo 292.
- <sup>30</sup> Burrows J, Echeverría C, et al. El respeto a la intimidad del paciente. Rev Med Chile 2014; 142: 506-511.
- <sup>31</sup> Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. Edición Erg
- <sup>32</sup> Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (Ley 26.529 modificada por la Ley 26.742). <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366&word=26529>
- <sup>33</sup> CENAS-PAACS. Estándares para la Acreditación. Manual para el Establecimiento Ambulatorio. 2011.
- <sup>34</sup> ITAES. Manual para la Acreditación de Establecimientos de Atención de Agudos. 2015.
- <sup>35</sup> Estándares para la Acreditación de la Joint Commission para Hospitales. Ed. 6º. 2017.

- 
- <sup>36</sup> Riondet B, Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín de La Plata, 2007.
- <sup>37</sup> Barragán y col. - Detección de eventos adversos en la sala de clínica de un hospital a través de metodología activa Rev Argent Salud Pública, 2019; 10(40): 14-18
- <sup>38</sup> Sardá N, Vilá R, Mira M et al. Análisis de Calidad y Contenido del informe de alta hospitalario realizado por médicos internos residentes de especialidades quirúrgicas. Med Clin (Barc), 1993; 101:241-4.
- <sup>39</sup> Zambrana García JL, Rivas Ruiz F, Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. Gac. Sanit. 2013; 27(5): 450-453.
- <sup>40</sup> Flores Serna A, Calidad de las Historias Clínicas elaboradas por internos de Medicina- UMSA La Paz 2017. Revista "Cuadernos" Vol. 59 (1), 2018.
- <sup>41</sup> Grespan Setz V, D'Innocenzo M, Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records, Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 313-7
- <sup>42</sup> Matzumura Kasano J, Gutiérrez Crespo H et al., Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3): 251-7
- <sup>43</sup> Carnicero Giménez de Azcárate Javier, De la historia clínica a la historia de salud electrónica. V informe SEIS (2003).
- <sup>44</sup> <https://www.intranet.net/contenidover.asp?contenidoID=53769>
- <sup>45</sup> <https://www.asesoria.gba.gov.ar/informacion/despapelizacion.php>
- <sup>46</sup> <https://gdeba.gba.gov.ar/>
- <sup>47</sup> Yetano Laguna J., Alberola Cuñat V., Menéndez-Valdez A.G., Diccionario de Siglas Médicas (2003). Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM). En <http://www.sedom.es/diccionario/presentacion.php>
- <sup>48</sup> Paolillo E, Russi U et al, Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR- GRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI. Rev Med Urug 2008; 24:258-266.
- <sup>49</sup> Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3. Rev.Esp. Salud Pública vol 77 n° 5 Madrid, octubre 2003.
- <sup>50</sup> Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (<https://ssrn.com/abstract=2222541>, consultado el 26 de julio de 2019).
- <sup>51</sup> World Health Organization- World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme World Health Organization, Geneva (2004) [consultado 12 Abr 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) [Google Scholar](#)
- <sup>52</sup> Disponible en: [https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie\\_10\\_revi.pdf](https://www.sssalud.gob.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf)