

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE CIENCIAS EMPRESARIALES



Facultad de Ciencia y Tecnología
Carrera de Farmacia

*"Análisis a la Calidad de la Información del Expediente Clínico
como Material de Referencia para la Atención, Organización e
Investigación Biomédica en el Hospital San José, Diriamba en el
Periodo Comprendido de Octubre-Diciembre 2003"*

(Tesis Para Optar al Grado de Licenciatura en Farmacia)

Autoras: Bra. Karla Patricia Mendieta Cerda

Lizzet Auxiliadora Ramirez Manzanarez

Tutor Especialista: Msc. Néstor Calero

Asesor Metodológico: Dr. Alvaro Banchs Fabregat

Managua Nicaragua, 2004

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE CIENCIAS EMPRESARIALES



FACULTAD: CIENCIA Y TECNOLOGIA

CARRERA: FARMACIA

**- ANALISIS A LA CALIDAD DE LA INFORMACION DEL EXPEDIENTE CLINICO
COMO MATERIAL DE REFERENCIA PARA LA ATENCION, ORGANIZACIÓN E
INVENTIGACION BIOMEDICA EN EL HOSPITAL SAN JOSE, DIRIAMBÁ EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE
OCTUBRE - DICIEMBRE 2003 -**

(TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LA LICENCIATURA EN FARMACIA)

AUTORAS: Bra. Karla Patricia Mendieta Cerda
Bra. Lizzet Auxiliadora Ramírez Manzanares

Tutor especialista: Msc. Néstor Calero

Asesor metodológico: Dr. Alvaro Banch Fabregat

Managua - Nicaragua, 2004

DEDICATORIA

A Dios, mi guía, mi mayor fuente de fortaleza, el todo poderoso que ha hecho realidad este sueño a mis padres por sus sabios consejos el apoyo leal, seguridad transmitida a lo largo de estos años para culminar mi meta.

A mis hermanos por toda la colaboración en los momentos que mas los he necesitado.

A mis hijos por los que todo sacrificio y empeño, ahora he comprendido que ha tenido su recompensa.

Karla patricia Mendieta Cerda

DEDICATORIA

A Dios, que en todo momento esta presente para hacer posible que se cumplan nuestras metas.

A mis padres que siempre estuvieron junto a mí apoyándome , para poder culminar mis estudios y sueños, gracias les doy por su apoyo incondicional.

A mi pequeña hija y a mi esposo que de una u otra forma participaron en el trayecto de mi carrera, estando siempre a mi lado.

A mis dos hermanos que siempre fueron parte en el desarrollo de mi carrera.

Lizeth Auxiliadora Ramírez Manzanares

AGRADECIMIENTO

A nuestro Dios padre creador, quien nos ha permitido culminar con nuestras metas que un día nos propusimos.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional.

A nuestro tutor Msc. Nestor Calero por el tiempo, la paciencia y la disponibilidad al aceptar este reto.

A todas las personas que colaboraron en el desarrollo de este trabajo, tanto en la etapa investigativa como de resultados, personal del Hospital San José de Diriamba, a nuestros compañeros de estudio, profesores que nos apoyaron y muy especialmente al Lic. Wesley Pallais y al Dr. Pablo Sandino.

A nuestro Decano Lic. Gustavo Martínez por brindarnos la oportunidad de haber avanzado en nuestro propósito.

A nuestra universidad por todos los conocimientos adquiridos en esta trayectoria.

Karla Patricia Mendieta Cerda

Lizeth Auxiliadora Ramírez Manzanares

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I

	Pagina
A. INTRODUCCION	1
B. SELECCIÓN DEL TEMA	3
C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
D. JUSTIFICACIÓN	5
E. OBJETIVO	6
1. OBJETIVO GENERAL	
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES	7
B. INFORMACIÓN GENERAL	10
1. DEFINICIONES	10
2. ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL	18

C. INFORMACIÓN SUSTANTIVA	21
1. LISTA DE PROBLEMAS	23
2. HISTORIA CLINICA	24
3. TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	25 26
4. NOTA DE INGRESO	26
5. NOTA DE RECIBO	26
6. NOTA DEVOLUCIÓN	27
7. EPICRISIS	27
8. NOTA DE ENFERMERIA	28
9. NOTA DE PROCEDIMIENTO	28
10. NOTA DE DEFUNCIÓN	30
11. HOJA DE INTERCONSULTA	30
12. HOJA DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS	30
13. HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTO	31
14. HOJAS ACCESORIAS DEL EXPEDIENTE CLINICO	32
15. HOJA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO	33

CAPITULO III

	Pagina
DISEÑO METODOLOGICO	"
A. AREA DE ESTUDIO	35
B. TIPO DE ESTUDIO	35
C. UNIDAD DE ANÁLISIS	36
1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
D. RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
E. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS	37
F. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	38

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADO

A. NARRATIVA METODOLOGÍA	47
B. DESCODIFICADOR	48
C. ALORES DE CALIFICACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
D. LISTA DE CHEQUEO GENERAL	49
E. LISTA DE CHEQUEO BASICO	51
F. DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS DÉBILES DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU BASE COMPARATIVA	65
G. DETERMINACIÓN DE LAS FUENTES DE LOS PUNTOS DÉBILES DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS Y SU BASE COMPARATIVA	65
H. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE UTILIDAD DE LLENADO DE LA INFORMACIÓN QUE SE ACUMULA EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS PARA LA REALIZACIÓN DEINVESTIGACION FARMACOLÓGICA.	66

CAPITULO V

A. CONCLUSIONES	67
B. RECOMENDACIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	71

LISTA DE GRAFICOS

	Paginas
A. CANTIDAD DE FORMAS ENCONTRADAS POR EXPEDIENTES	51
B. RANGO DE CUMPLIMIENTO DE LLENADO DE LA FORMA	
1. ADMISIÓN Y EGRESO	52
2. HISTORIA CLINICA	53
3. EXAMEN FISICO	54
4. NOTA DE INGRESO	55
5. NOTA DE EVOLUCION	56
6. Epicrisis	57
7. NOTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS	58
8. NOTA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO	59

LISTA DE ANEXOS

	Paginas
A. ASPECTO GLOBAL DE LAS FORMAS VR RANGO DE CUMPLIMIENTO	72
B. CANTIDAD TOTAL DE FORMAS ENCONTRADAS POR EXPEDIENTES	72
C. RANGO DE CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LAS FORMAS	
1. ADMISIÓN Y EGRESO	73
2. HISTORIA CLINICA	73
3. EXAMEN FISICO	74
4. NOTA DE INGRESO	74
5. NOTA DE EVOLUCION	75
6. Epicrisis	75
7. NOTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS	76
8. HOJA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO	76
D. LLENADO LEGIBLE DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS	77
E. LLENADO COMPLETO DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS	77
F. REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE CARPETAS DEL EXPEDIENTE CLINICO	78
G. REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE LAS NOTAS INTERNAS DEL EXPEDIENTE CLINICO	78

LISTA DE TABLAS

Paginas

A. CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DE LOS DATOS	64
OBLIGATORIOS POR FORMA EN EXPEDIENTE	
CLINICO (PORCENTAJE)	..
B. CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DE LOS DATOS	79
OBLIGATORIOS POR FORMA EN EXPEDIENTE	
CLINICO (CANTIDAD)	

RESUMEN

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN FARMACIA.

Análisis a la calidad de la información del expediente clínicos como material de referencia para la atención, organización e investigación biomédica en el Hospital San José de Diriamba en el periodo comprendido de octubre a diciembre 2003.

Los Hospitales representan un elemento esencial en los sistemas locales de salud. Esto no solo en la atención que brinda al paciente que requiere servicios mas especializados que los disponibles, sino por el apoyo que ofrece a estos establecimientos de menor complejidad en cuanto a sistema de información, funciones generales, recursos humanos, logística e investigación, siendo el departamento de Registro Medico el que nos contribuye a estos dos grupos de funciones: Atención de pacientes y apoyo institucional y uno de los principales obstáculos para el funcionamiento adecuado de dicho departamento es la falta de normas y procedimientos escritos y si los hay no se cumple a cabalidad.

Además de inspección "in situ" de los aspectos generales del Hospital refiriéndonos a infraestructura iluminación, cantidad y disposición de estantes para archivo y almacenamiento, así como estética de la oficina de admisiones y archivo, como del departamento de Registro Médico propiamente dicho.

Utilizamos para almacenar nuestros resultados una base de datos en Ms Excell donde se digitó la información obteniendo tablas de frecuencia simple y diagramas de barras que nos arrojaron los datos estadísticos que eran nuestro objetivo donde a groso modo podemos concluir que el sistema de salud de nuestro país en cuanto a información a través del expediente como material de referencia es deficiente y realizado a criterio propio de quien se ve involucrado ya que no cumple con normativas incluso internas del Hospital pero tenemos la certeza que puede ser mejorada con un presupuesto disponible, capacitaciones al personal, mejoras en infraestructura y vigilancia sistemática y periódica

SUMMARY

THESIS TO CHOOSE TO I TITLE OF DEGREE IN PHARMACY.

Analysis to the quality of the information of the file clinical like material of reference for the attention, organization and biomedical investigation in the Hospital San José de Diriamba in the period included/understood of October to December 2003.

The Hospitals represent an essential element in the local systems of health. This no single in the attention that offers the patient who requires specialized services but that the available ones, but by the support that offers to these establishments of smaller complexity as far as information system, general functions, human resources, logistic and investigation, being the department of Medico Registry the one that contributes these two groups of functions: Attention of patients and institutional support and one of the main obstacles for the suitable operation of this department is the lack of norms and procedures written and if there are them not fulfill.

In addition to inspection in situ of the general aspects of the Hospital referring to us to infrastructure illumination, amount and disposition of shelves for file and storage, as well as aesthetic of the office of admissions and file, like of the department of Medical Registry itself. We used to store to our results a data base in Ms Excell where digitó the information obtaining itself tables of simple frequency and bar charts that threw the statistical data to us that were our objective where can conclude that the system of health of our country as far as information through the material file as of reference deficient and is made to enterio own of that is involved since it does not fulfill even internal norms and of the Hospital but we have the certainty that can be improved with a budget available, qualifications to the personnel, infrastructure improvements and systematic and periodic monitoring on the part of the central MINSA can thus be improved and the service of health to offer an integral attention of patient.

CAPITULO I

A. INTRODUCCION

En la presente investigación tomamos como base medir la calidad del servicio de salud que se brinda en el Hospital san José Diriamba, en el que nos dispusimos hacer una exploración a través de una lista de chequeo para identificar de manera rápida los problemas que se presentan en esta unidad.

En primer instancia es importante saber cual es el trato que se le da al paciente desde que se presenta por primera vez al hospital, información que nos dará una imagen clara del comportamiento frente al paciente y la calidad de atención que se le brinda a la población que demanda un servicio.

Debemos tener claro que un expediente es la referencia que protege al paciente y facilita a todos los profesionales de la salud la manera de registrar los datos concernientes al ciudadano, es de suma importancia conocer el orden cronológico del registro de datos en el expediente clínico que esto permite que la información quede registrada de forma secuencial y ordenado según como va evolucionando el paciente.

En nuestro país existen modelos únicos para la hoja de admisión y autorización de procedimientos.

Todo expediente clínico debe estar en buenas condiciones, esto significa manejable, claro y completo, para proporcionarle una información satisfactoria al personal que tiene acceso al expediente clínico, ya que se considera un documento legal en el abordaje del tratamiento de las personas que asisten al Hospital ingresados ya sea por los servicios de consulta externa o emergencia hasta el egreso del mismo. También es importante en el estudio de futuras investigaciones científicas de diagnósticos terapéuticos, además de ser el principal medio de comunicación escrita entre todos los profesionales de salud involucrados, principalmente el médico, en el uso y manejo de expedientes contribuyendo así a mejorar la calidad del servicio.

B. SELECCIÓN DEL TEMA

Actualmente la historia escrita de un paciente ha perdido en gran parte su valor asistencial debido a la falta de organización interna de la información, orden y redacción de notas que al final son inmanejables. Por no haberse encontrado estudios sobre el uso y manejo del expediente clínicos queremos colaborar para que en un futuro se brinde una atención clínica satisfactoria a través de personas que deben y tienen obligaciones humanitarias de paciencia, voluntad y amor en su desempeño laboral, por esta razón hemos seleccionado el siguiente tema como objeto de investigación :

"Análisis a la calidad de la información del expediente clínico como material de referencia para la atención, organización e investigación biomédica, en el Hospital San José de Diriamba – Carazo en el periodo comprendido de Octubre-Diciembre 2003".

C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En Nicaragua existe una guía para el manejo de expedientes con formatos establecidos que tienen un orden cronológico acerca del estado físico del paciente, para ser usada a nivel nacional y este hospital no es la excepción. Aunque tienen sus propios reglamentos internos y este tiene variaciones; sin embargo en el área de estadísticas y registros médicos del hospital San José Diriamba, así como todas las personas involucradas en el llenado del expediente no cumplen las normas establecidas y esto se hace a criterio propio.

Ante todo lo expuesto resulta evidente la necesidad de efectuar las siguientes interrogantes:

¿Es importante conocer la forma de llenado y manejo de los expedientes clínicos en el Hospital San José de Diriamba?

¿Además de las normas establecidas que otros métodos utilizan?

¿Qué cantidad de expedientes clínicos incompletos podemos encontrar en los diferentes servicios que brinda el Hospital?

¿Cuál es el origen de que los expedientes clínicos tengan deficiencia en cuanto a su llenado?

D. JUSTIFICACION

El Personal de salud relacionado con los expedientes clínicos deben prestar un servicio de alta calidad considerando los mejores resultados para el paciente por eso es necesario que cuenten con los conocimientos sobre estructuración, manejo y llenado de los diferentes componentes que integran el expediente clínico de los pacientes que ingresan, para mejorar la atención que se les brinda en las diferentes esferas del problema. Así como para futuras investigaciones.

Con el presente estudio se pretende conocer de forma objetiva el porcentaje de expedientes clínicos incompletos en sus componentes existencia de una secuencia de los diferentes ingresos, lo que nos permitirá intervenir oportunamente para lograr mayor dinamismo y funcionabilidad del expediente clínico.

E. OBJETIVOS

1. GENERAL:

Analizar la calidad del expediente clínico como base del sistema de información en el Hospital San José de Diriamba en el período comprendido de Octubre a Diciembre del 2003, usando como base comparativa el mismo período para el 2002.

2. EPECIFICOS:

- 2.1 Ejecutar una inspección de la forma y contenido de los expedientes clínicos en el Hospital San José de Diriamba en el período comprendido de Octubre a Diciembre del 2003
- 2.2 Determinar los puntos débiles en la calidad de la información de los expedientes clínicos en el hospital San José de Diriamba en el período comprendido de Octubre a Diciembre del 2003.
- 2.3 Identificar las causas de las fuentes generadoras de debilidades encontradas en el Hospital San José, Diriamba en el período comprendido de Octubre a Diciembre del 2003.
- 2.4 Determinar el grado de utilidad del llenado de la información que se acumula en los expedientes clínicos para la realización de investigaciones farmacológicas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES

A partir de 1915 por gestión de Monseñor Lezcano la congregación de las hermanas josefinas llegaron a Nicaragua desde la ciudad de México para cumplir su misión que es servir a Cristo a través del más necesitado: EL ENFERMO.

A su llegada asume la administración y asistencia social del hospital general de Managua. Entre los años 1915 a 1917 se fundaron nuevos hospitales con ayuda de los mismos fundadores, siendo la cobertura de la red sumamente precaria y no satisfactoria la demanda de atención de los pobladores de Diriamba. Hasta el año de 1950 se dan los primeros pasos para construir el hospital con financiamiento privado y donaciones de personas altruistas de la ciudad. La construcción fue por etapa y fue terminado en 1955 y el estado le asignó un presupuesto para su funcionamiento. La junta directiva elegida estaba formada de la siguiente manera:

Presidente - Dr., José Ignacio González

Tesorero - Dr., Gilberto Bendaña

Secretario - Lic. Alfredo Mendieta Gutiérrez

El primer director fue el Dr. Armando Serrano, esta junta funcionó hasta 1979 a partir de este momento, el país sufre transformaciones políticas, se reconoce la salud como un derecho básico garantizado por el estado.

Para esta época los recursos estatales se concentraban con un seguro social activo en el sistema único de salud y a la cabeza se encontraba el MINSA.

Se establecieron prestaciones de servicios gratuitos para una gran parte de la población, esto permitió al estado convertirse en el principal oferente a nivel nacional relegando a segundo plano las prestaciones directas y privadas y se eliminó la intermediación del seguro social.

En este mismo año el MINSA, siendo ministro el Dr. César Amador Kuhl firma un acuerdo de colaboración con las religiosas josefinas donde se les reconoce como legítimas dueñas del hospital al que además de tener carácter humanitario se le asignó un presupuesto para salario, medicamento y ella se comprometieron a gestionar ayuda para sostener la unidad, este acuerdo ha sido ratificado por todos los gobiernos existentes. Quedando dirigida de forma mixta por las hermanas Josefinas y dirección administrativa, donde hay un director médico en el sub-comité.

Históricamente a pesar de las huelgas, estas posiciones se han mantenido. La planilla de trabajadores ha permanecido invariable con tendencia a la disminución por el desgaste laboral y políticas del fondo monetario y la globalización.

En 1998 inicia con una nueva especialidad: oftalmología con ayuda económicas y recursos de brigadas internacionales de Pensilvania, prestando recursos voluntarios año con año, atendiendo 25 consultas diarias incluyendo emergencias y durante la brigada se realizan completamente gratis: 120 cirugías de cataratas, 40 cirugías de estrabismos y 140 dotaciones de lentes.

La especialidad de salud mental, la modalidad de tener postgrado en neurocirugía y atiende 40 consultas diarias, 800 mensuales y problemas de Violencia intrafamiliar. Los estudios realizados sobre la calidad del servicio son considerados por la población predominante urbana de forma regular aunque los equipos en su mayoría son obsoletos.

B. INFORMACIÓN GENERAL

Según el reglamento interno de los hospitales que se aplica a todos los establecimientos públicos hospitalarios que son parte integrante del MINSA, define básicamente que:

Hospital: es el establecimiento de salud que brinda atención médica – quirúrgica continua a pacientes ambulatorios y principalmente encamados. Posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnología adecuada debidamente organizada para el cumplimiento de su misión. Puede tener 4 áreas básicas (medicina, cirugía, pediatría Gineco – obstetricia) y/o una o más áreas especializadas. Cuenta con unidad quirúrgica y con almenos de diez camas.

Realiza actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en la población de su área de influencia. Puede ejecutar actividades de docencia e investigación.

Dirección del Hospital: Máxima autoridad médica, administrativa y docente

Servicio: es un conjunto funcional definido por la actividad asistencial que realiza, dentro de los conocimientos y técnicas de una especialidad concreta.

Normas: es el conjunto de disposición científicas o tecnológicas de carácter obligatorio emitida por Ministro de Salud, que establecen los requisitos que deben satisfacer en la organización y prestación de servicio, con le objeto de informar principios, criterios, políticas y estrategias en el proceso de atención del paciente.

Procedimientos: se requiere a la información de una maniobra cirugía y terapia especializada ayudaría a deducir el problema que al final de cuentas servirá para fines cualitativos.

Expediente Clínico: es el conjunto de documentos que concentran toda la información del paciente relativas a su salud en cuanto a su diagnóstico, evaluación, tratamiento, pronóstico, exámenes de laboratorio y otros relacionados con su padecimiento.

Calidad: Condición o requisito que se pone a un contrato. Estado de una persona, su naturaleza, su edad y demás circunstancias y condiciones que se requiere para un cargo o dignidad. Valor absoluto de la tolerancia.

Enfermedad: Trastorno morbosos definido que puede afectar total o parcial al organismo o la psiquis. Es siempre reacción, respuesta a una situación causal de orden microbiano, traumático, familiar, religioso o social.

Ingreso: Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica; un ingreso siempre implica la ocupación de una cama y una historia clínica para el paciente, durante el periodo que dure su internamiento.

Egreso: Es el retiro de un paciente de los servicios de internación del hospital.

Archivo pasivo: Lugar donde se conservan, en forma ordenada, las historias clínicas de pacientes que no han acudido al establecimiento durante un plazo determinado.

Archivo activo: Lugar donde se conservan las historias clínicas en forma ordenada y rápidamente accesibles, durante el periodo que se consultan frecuentemente.

Archivo centralizado: Es aquel en que todas las partes de la historia clínica de un paciente están archivadas en un lugar.

Registro: Libro donde se apuntan todos los datos del departamento de registro y estadísticas.

Según el reglamento interno de un hospital lo más común es que se establezca una junta directiva hospitalaria con diferentes niveles de autoridad cada uno con funciones específicas, el primer nivel, el director que debe ser nicaragüense, médico con título reconocido por el Ministerio de Salud (MINSAL), haber cumplido 30 años de edad y tener experiencia, si no existen candidatos con estos requisitos se elige un profesional que tenga mayor calificación por el cargo. Esta persona garantiza el cumplimiento del reglamento, maneja actualizada toda la información estadística del hospital, así como exigir respeto al paciente y otras personas que concurren al hospital. Como en toda empresa existe un subdirector quien en ausencia del director es considerado la máxima autoridad por lo tanto debe de hacer cumplir todas las instrucciones de la dirección del Hospital.

Los demás niveles se rigen bajo las autoridades superiores antes mencionadas y estas son:

- ♦ Subdirector docente y de investigación médica
- ♦ Subdirector administrativo.
- ♦ Jefe de departamento.
- ♦ Jefe de servicio.
- ♦ Jefe de sección.

La subdirección médica esta integrada por departamentos y servicios que atienden directamente a los pacientes, estos son:

- ♦ Departamento de medicina
- ♦ Departamento de cirugía.
- ♦ Departamento de pediatría.
- ♦ Departamento de gineco- obstetricia.
- ♦ Departamento de higiene y epidemiología.
- ♦ Departamento de enfermería
- ♦ Departamento y/o servicio de imagenología (radiología, ultrasonografía)
- ♦ Departamento de laboratorio clínico.
- ♦ Departamento de emergencia.
- ♦ Departamento de consulta externa. de farmacia.
- ♦ Departamento de estadística y registro medico.
- ♦ Departamento medicina física y rehabilitación, servicios de trabajo socia, nutrición y
- ♦ psicología.
- ♦ Otros que el director determine.

Hablando específicamente del **departamento de estadística y registro medico** que es el que nos compete de acuerdo a nuestro tema de estudio. Según el artículo 53 del capítulo II del reglamento interno de los hospitales (MINSA). Que se refiere a los recursos humanos, dice que este departamento es la estructura de apoyo que tiene como fin mantener la integridad del conjunto de historia clínicas pertenecientes al hospital mediante actividades desarrolladas según criterios especiales de conservación, clasificación, y control de la circulación de historias clínicas y de la necesaria confidencialidad en lo que respecta a su contenido.

Continúa diciendo que tiene un responsable con un perfil académico en el área de estadísticas, que asume funciones de jefe de ese departamento y las que el director médico le delegue. Tiene su propio reglamento de organización y funciones estipuladas por la dirección general del sistema de información del nivel central previa aprobación por el subdirector y ratificada por el director del Hospital.

En cuanto al reglamento de organización y custodias de los expedientes el capítulo XI en sus diferentes acápites del artículo 83 dice: Cada paciente debe tener un solo expediente clínico independientemente del número de ingresos que tenga y conteniendo tantas historias clínicas como ingresos. Se inicia un expediente y se consigna hasta que se les da de alta al igual que los datos recibidos por el paciente en la consulta externa y/o la hospitalización.

Los datos registrados son de uso exclusivo médico-científico y legal donde todo el personal hospitalario tiene la obligación de no divulgar su contenido, siendo merecedor de sanción la falta de discreción o incumplimiento de esta obligación.

El contenido y ordenamiento de los datos de la historia clínica se regula de acuerdo a los procedimientos de la especialidad y estarán escritos con letra clara y legible. La historia clínica debe coincidir con el alta clínica y será realizada únicamente por el médico de base o jefe de servicio excepto en caso de indisciplina o solicitud lo puede hacer el turno de mayor jerarquía, igual ocurre con el llenado completo del certificado de defunción.

En cuanto a expediente clínico se refiere este reglamento finaliza diciendo que estos documentos se guardan completos en archivos específicos y solo se sacaran con autorización del director del Hospital.

El expediente clínico es el resultado de un proceso evolutivo, es un documento oficial donde se registran los diferentes procesos de atención directa que recibe un paciente en una unidad asistencial en diferentes periodos de su vida por distintos problemas de salud considerado un documento legal valioso que complementa la historia de salud de dicho paciente.

Es un documento básico, oficial, y más importante del Hospital, se consigna en los diferentes registros de los profesionales que participan en la atención del paciente, y este debe ser único.

Lo que determina a un expediente clínico como válido legalmente, es la utilización de su información de protocolos en peritajes, auditorias y en juicios legales para complementar substantivamente a otra información obtenida por otros medios, de igual forma para brindar una mejor atención al paciente de manera integral donde encuentre la plena satisfacción de sus necesidades.

El Hospital San José ubicado en Diriamba, departamento de Carazo a 45 kilómetros de Managua y 5 kilómetros de la cabecera departamental (Jinotepe), es una unidad mixta atendida por las religiosas de la orden Josefinas y un director responsable del área de atención médica.

Consta con una plantilla hospitalaria de 119 trabajadores y 5 en tramites de jubilación, él numero de camas total son 63 censables y 4 no censables a una relación de 10 camas por cada diez mil habitantes. El personal esta compuesto por 14 médicos, 11 enfermeras, 17 auxiliares de enfermería, 8 técnicos de laboratorios, 1 técnico de rayos x, 4 despachadores de insumos médicos, 1 farmacéutico, 7 de estadísticas, 9 cocineras, 5 lavanderas, 10 intendentes, 3 conductores, 3 de mantenimiento, 4 administrativas, 5 para jubilación, se receptionan pacientes de 63 comarcas y 39 municipios.

En su marco operacional, esta unidad cuenta con 6 médicos generales y 9 especialistas que brindan servicios de: oftalmología, psiquiatría, cirugía reconstructiva, cirugía general, medicina interna pediatría, gineco- obstetricia, desempeñándose en cada área de la siguiente manera:

Dirección medica	3
Consulta Externa	2
Pediatría	3
Obstetricia	3
Medicina de Varones y Mujeres	3
Emergencia	1

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL "SAN JOSÉ" DIRIAMBÁ

MINISTERIO DE SALUD

SILAIS CARAZO

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN
MÉDICA

SERVICIOS MÉDICOS

DEPARTAMENTO
ENFERMERÍA

LABORATORIO

FARMACIA

RAYOS X

SALA DE OPERACIÓN

REGISTROS
MÉDICOS

SERVICIOS PASTORALES

AYUDAS Y comisiones

DIRECCIÓN
ACADÉMICA

RELACIONES HUMANAS

CONTABILIDAD

FINANZAS

INFORMACIÓN

RELACIONES MÉDICAS

CAJA

SERVICIOS GENERALES

Anualmente se brindan 34,615 consultas de morbilidad estas aumentan porque el centro de salud de la ciudad no atiende a adultos.

En emergencia se atienden 15,902 pacientes, con un total de ingresos por año de 2,649 pacientes, donde las patologías más frecuentes son: Infecciones Respiratorias Agudas, enfermedad Diarréica aguda, Parasitosis, Dérmicas, Riesgos nutricionales, Urticaria, Problemas relacionados con parto y embarazo.

Según una auto evaluación, para cumplir las metas del 2003 se analizó el comportamiento histórico del movimiento hospitalario, el manual de programación de la OPS-MINSA, participación de equipos de dirección y jefes de servicios. Con relación al 2002 hubo un descenso del 40% del cumplimiento de atenciones, esto obedece a nuevas orientaciones de referir a las pacientes de parto al Hospital Nacional del Maestro. Hubo un aumento de la mortalidad de adultos ya que el centro de salud no cubre la demanda existente. En cuanto a satisfacción del usuario, la población considera que la calidad de atención es regular predominando en la zona urbana. El Hospital tiene la siguiente visión: En los próximos tres años será una unidad prestadora de servicios que ejercerá una modelo gerencia científico garantizando a los pacientes una atención plena e integral con más calidad humana, eficiencia y eficacia.

En cuanto a la organización de los expedientes clínicos se encuentran almacenados en anaqueles o estantes con muy poco ventilación y espacio, se ordenan según código de número que comienzan del 001 al infinito, esto en cuanto a expedientes activos, pasan a ser pasivos cuando transcurren de tres a cuatro años sin que el paciente regrese a consulta, los pasivos por falta de espacio y un lugar exclusivo se almacenan en bolsas de plástico en las que permanecen por diez años después de los cuales se anulan.

En caso de que el paciente regresara se vuelve a activar. No existe ningún programa computarizado para el archivo de estos documentos, en el área de Admisiones y Registro atienden tres personas con grado de escolaridad bachiller y nunca han sido capacitadas para tales funciones. El área de estadística, según entrevista con la responsable, es el cerebro de dicho Hospital y es la que lleva el control de gastos, consumos, insumos, entradas, egresos a la unidad y según nos informó, pronto tendrán capacitación para un programa computarizado para atender dicha área.

C- INFORMACIÓN SUSTANTIVA

El temor de estar enfermo y más aún de ser hospitalizado puede crear una carga de tensión adicional tanto al paciente como al familiar que le acompaña lo que se puede derivar en situaciones impredecibles es por eso que un paciente debe ser abordado de forma integral, el personal de salud debe tener un carácter humanitario, con paciencia, voluntad y amor para que pueda obtener la mayor información del cuadro clínico que presente el paciente y que dichos resultados sean mejores y no faltar a la definición universal de salud donde se aborden todos los problemas, con registros claros y completos ya que en dependencia de cómo un paciente sea entrevistado serán los resultados de la información en admisión. Y es ahí donde comienza el buen manejo del expediente clínico desde que el paciente pone los pies en el centro asistencial hasta que es egresado.

El expediente clínico es un recurso legal y administrativo, conjunto de papeles, formularios, formatos que corresponden a la atención, evolución, diagnósticos y pronósticos de un paciente debe ser cuidado, protegido y respetado como tal, es por esa razón que las instituciones relacionadas con su uso y manejo deben exigir claridad en las notas, que los médicos sean objetivos en su comentario y muy honestos al brindar información a cerca del problema que se padece, basado en la propedéutica clínica con el propósito de facilitar a todo profesional de la salud tener un registro de los datos de cada paciente como un documento único.

El expediente esta conformado por diferentes formatos de los que hablaremos detalladamente y que según los patrones internacionales de documentación estarán en orden descendente y colocados de acuerdo a secciones respectivas:

1. Lista de problemas
2. Hojas accesorias
3. Hoja de registro gráfico
4. Hoja de signos vitales
5. Hoja de balance hídrico
6. Hoja de requerimiento
7. Hoja de curso
8. Historia clínica
9. Hoja de transferencia
10. Nota de ingreso
11. Nota de recibo
12. Nota de evolución
13. Sección de exámenes complementarios de Laboratorio
 - Imagenología
 - Patología
 - Exámenes especiales
14. Sección de hojas de control medico del paciente
15. Nota de interconsulta
16. Nota de valoración

Otras

17. Hoja de control de medicamento
18. Nota de enfermería
19. Nota de admisión
20. Hoja de permiso para procedimiento concedida por el responsable del paciente
21. Nota de defunción

LISTA DE PROBLEMAS: Es como el índice del expediente, hoja básica y practica que enseña a cualquier persona involucrada con el documento de una forma rápida y ordenada las dificultades del paciente o del equipo de salud a cargo. Debe ser objetiva, eficiente, hábil donde se revelaran los conocimientos y la lógica de los médicos. Existen diversos modelos que varían hasta en una misma institución, deben tener un nombre un número asignado con la fecha de aparición y la fecha de registro y debe ser colocada en la primera página del expediente clínico.

Idealmente debería de existir una lista única y permanente para cada paciente desde que nace hasta que muere, esto es difícil pero al menos debería existir una a nivel nacional y nunca debe ser corregida aunque los problemas se resuelvan, ya que estos cronológicamente sirven como referencia clínica.

HISTORIA CLÍNICA: (3) Es una reseña ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos familiares, personales y semiológicos anteriores y actuales de un enfermo, el cual permiten emitir un diagnóstico exacto de la enfermedad actual. Ninguna es completamente cierta pero él médico sabrá obtener la información requerida para escribirla con claridad, orden y objetividad.

La historia clínica, (4) tiene cuatro objetivos:

1. organizar y registrar todos los datos que ayuden al plan terapéutico y diagnóstico.
2. Proporcionar un relato claro, objetivo y ordenados del estado de salud del paciente.
3. Servir de documento o libro particular del paciente.
4. Constituir un registro legal de los problemas y cuidados del paciente.

Comprende dos grandes componentes: el interrogatorio y el examen físico.

Es un método único para el registro de los datos básicos de un paciente apoyado en la semiología clínica y propedéutica médica, donde la edad juega un papel fundamental en la apreciación de síntomas, signos y diagnóstico diferencial por ejemplo en niños y ancianos se ven imposibilitados de brindar su propia información y esta es obtenida a través de familiares.

En todo tipo de pacientes se debe dejar que la persona cuestionada responda con espontaneidad para enfatizar y confirmar la situación donde él médico conozca los principios fundamentales que son: saber escuchar, preguntar, observar e integrar.

Es por eso que la enfermedad actual, antecedentes psicosociales y otras partes complejas serán escuchadas atentamente y escritas hasta el final.

Si hablamos de exámenes físico, la clave es la observación detallada del paciente de forma general y hasta cada parte de su cuerpo, a través de cuatro procedimientos médicos:

inspección, palpación, percusión, auscultación.

Luego del interrogatorio y el examen físico se necesitan algunos exámenes de laboratorios adicionales como son sangre, heces y orina.

Cada día aparecen en el mundo nuevos recursos diagnóstico de alto costo y en proceso de mejoramiento con personal altamente calificado y experto, entonces el médico debe aprender a valorar entre las pruebas selectivas algunas anomalías ocasionales que no necesariamente significan la presencia de una enfermedad importante, pero también necesita tomar en cuenta la utilidad de resultados de pruebas de laboratorios y exámenes complementarios.

TRANSFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

TRANSFERENCIA: Es la hoja que de forma rápida, concisa y precisa comunicara al personal médico de cualquier área de salud, la atención que se brindo a determinado paciente. Sirve de punto de referencia para los colegas del que la envía y contiene información considerable y adecuada del paciente escrito y elaborado por personas capacitadas. Se encuentra ubicada entre la historia clínica y la nota de ingreso, explica de forma breve el desarrollo de la enfermedad y esta respaldada por la rúbrica del médico tratante.

CONTRAREFERENCIA: Es el punto final de la información donde el médico tratante tiene la obligación de especificar adecuadamente todo el curso clínico del paciente, tratamiento y recomendaciones. Se emplea únicamente al egreso, va luego de la hoja de epicrisis y sirve para remitir a un paciente de un mayor a un menor nivel de atención, igual va firmada por el médico y sellada por la institución.

NOTA DE INGRESO: Es la hoja que se hace en el momento que se decide hospitalización para determinado paciente, en cuyo formato encontramos la identificación del paciente, servicio en el que es atendido, número del expediente y al lado izquierdo la fecha y hora, datos básicos como signos vitales, peso, talla, superficie cutánea.

La redacción en sí no debe ser redundante sino explícita, pero sin entrar en detalle además de breve, legible, clara, ordenada y con lenguaje médico sencillo informando de donde es transferido e identificar la persona acompañante, describiendo el estado general, motivo de la consulta resumiendo en base a la queja principal la enfermedad actual. Se debe mencionar el manejo inmediato del paciente, análisis diagnóstico breve y plan a seguir.

Debe ir firmada por el médico que la firmó y debe ser la primera hoja de evolución en un expediente.

NOTA DE RECIBO: Es la piedra angular para hacer un diagnóstico adecuado al paciente que es internado. Como bien lo dice su nombre expresa las condiciones en que se recibe al paciente en la sala con la siguiente secuencia: identificación, fecha y hora, médicos participantes, datos básicos, redacción de la nota servicio de

procedencia y condiciones actuales, describiendo síntomas y signos, planes iniciales, diagnósticos terapéutica, exámenes y plan a seguir firmada por el medico que la realizó y con el visto bueno del jefe inmediato.

NOTA DE EVOLUCION: Son las notas de progreso del expediente clínico que muestran la calidad técnica científica y administrativa del médico. Constituye la vida del expediente es donde podemos analizar la calidad de atención brindada al paciente, sus páginas son el texto legal más representativo del curso de la enfermedad y requieren de mucho rigor. Es un documento **sagrado** que no se permite con enmiendas, con ningún material accesorio, ni eliminando ninguna parte, aunque se hayan escrito errores, no deben ser adulteradas, corregidas a no ser por el medico que la escribe.

LA EPICRISIS (RESUMEN FINAL): Consiste en la última nota de evolución médica de un paciente durante su hospitalización con los datos más relevantes y planes terapéuticos a seguir consistente en la exposición resumida y análisis crítico del caso clínico. Es una forma legal y organizativa de los registros médicos donde el registro más importante es que sea legible, clara, breve, precisa y. Esencial.

Por las características administrativas, docentes, asistenciales y médico legal la elaboración del resumen final debe ser avalada por el médico de base y siempre será portada por el paciente.

NOTA DE ENFERMERÍA: Sirve para valorar la capacidad del personal paramédico así como el nivel docente alcanzado. Es un formato especial del personal de enfermería para anotar sus observaciones a cerca del estado del paciente de cualquier centro asistencial, representa una visión general de cómo son vigilados los cuidados médicos y el registro se hará eficiente si el personal está capacitado para interpretar y ejecutar ordenes y transcribir hallazgos, sus consideraciones y tareas.

El formato es el siguiente: datos personales, fecha, hora, redacción de la nota, que será escrita al comienzo del turno con las particularidades, procedimientos, durante la guardia pero de forma breve, concisa, objetiva, clara, ordenada, legible, lenguaje sencillo, sin abreviaturas personales, cada página enumerada, exacta en las conclusiones a cerca del enfermo, sin borrones y enmiendas ya que todo expediente que lleva borraduras no es prueba legal y es considerado abuso, negligencia y deshonestidad.

Debe ser escrito con tinta o maquina, firmada por la enfermera y o la auxiliar que la realizó y ser escrita inmediatamente es recibido el paciente en la sala o servicio anotando exactamente hora fecha y condiciones en que se recibió el enfermo.

NOTA DE PROCEDIMIENTO: es la hoja que informa acerca de cirugía, terapias especializadas, maniobras gineco – obstétricas, radioterapias, etc. su importancia es su valor judicial y administrativo y reunir los requisitos de las demás. En cuanto al orden va en el mismo lugar de las notas de evolución y tratamiento o luego en la hoja de exámenes complementarios. Ayuda a dilucidar el problema para fines evaluativos, debe ser redactada es responsable directo del procedimiento, firmado por el médico

que elabora la nota, llevara el visto bueno del médico de base encargado y/o del paciente.

El formato es el siguiente: Identificación (nombre y apellidos, número de expediente, servicio de procedimiento)

El título de la hoja no se identifica como procedimiento si no con el nombre del método realizado: Nota de Toracotomía, Nota de Legrado Uterino, etc. Fecha y hora, nombre del personal participante en orden jerárquico de participación, redacción de la nota: inmediatamente terminada, objetiva, exacta, señalando detalles y complicaciones, ordenada, breve, lenguaje sencillo, sin abreviaturas y llevará la siguiente secuencia:

- ♦ Lugar donde se efectuó el procedimiento Condiciones en las que se realizó (asepsia, emperatura, instrumentales, otras)
- ♦ Descripción de preparación del paciente (Sedación, anestesia, desinfección)
- ♦ Relatar cronológicamente las etapas
- ♦ Señalar condiciones del paciente luego del procedimiento
- ♦ Reportar donde se traslado el paciente
- ♦ Escribir exactamente duración en tiempo
- ♦ Nombre completo y orden jerárquico de quien lo elaboró

Si surgen complicaciones serán anotadas en un anexo de esta hoja hasta que este en manos del médico de planta y fuera del procedimiento debe registrarse en las notas de evolución de cada sala.

NOTA DE DEFUNCIÓN: consiste en un breve relato de los acontecimientos que ocurrieron inmediatamente antes de la muerte y condiciones que lo produjeron. Detalles concernientes a tiempo, quienes presenciaron la muerte y asistieron procedimientos y tratamientos efectuados, causas y diagnósticos finales.

Está formada por dos divisiones:

1. La nota de defunción propiamente dicha colocada al final de las notas de evolución y tratamiento, sin ser necesario el resumen final porque el comité de mortalidad del hospital hará un análisis del fallecido.
2. El certificado de defunción: Registro medico-legal, de uso importante y delicado ya que sirve a los familiares para tramites legales y sepelio, para confirmar la muerte e identificar causa del fallecimiento y es llenado por medico facultativo.

Las abreviaturas están prohibidas en esta nota.

HOJA INTERCONSULTA: Es llamada nota de valoración que revela el trabajo multidisciplinario de una institución y la atención integral del paciente. Sirve para solicitar la consulta del médico especialista y registrar el informe consultado, sirven de amparo en complicaciones, demoras y estrategias para que sea valida debe ser firmada y autorizada por el medico tratante.

HOJA DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: esta sección está destinada a informar objetivamente y exactamente los resultados de las órdenes de exámenes enviadas por el médico, el requisito indispensable es que estén transcritas exactamente y sean claras, objetivas y ordenadas cronológicamente.

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS: está colocada entre las hojas de control médico y las notas de enfermería, es un formato básico para el registro de drogas utilizadas por el paciente durante su estancia hospitalaria. Es un recurso administrativo para comprobar si se cumplen las órdenes del tratamiento a través del personal de enfermería en la hora señalada y debe coincidir con las tarjetas individuales, los kardex, las hojas de perfil farmacoterapéutico y control farmacoterapéutico.

Esta dividida en siete casillas verticales correspondiente a siete días de la semana y tiene algunas variantes colocadas como accesorias:

- a. **Hoja de curso clínico:** que relaciona los diferentes tratamientos con la evolución clínica y/o de laboratorio en un tiempo dado.
- b. **Hoja terapéutica especial:** registra tratamientos especiales que no son incluidos en la rutina y son administrados por otro personal. Por ejemplo: fisioterapia, adioterapia, etc.
- c. **Hoja de medicación especial:** registra detalladamente un medicamento especial comparándolo con un signo clínico para tomar decisiones terapéuticas.

HOJAS ACCESORIAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: son un pequeño sumario de registros básicos de atención al paciente, que se pueden incluir o no en el documento individual ya que depende de la enfermedad, cuidados y procedimientos se colocan inmediatamente debajo de la lista de problemas. Las existentes son:

1. Hoja de registro gráfico
2. Hoja de signos vitales
3. Hoja de balance hídrico
4. Hoja de requerimientos
5. Hoja de registros quirúrgicos
 - a) Lista de comprobación preoperatorio
 - b) Hoja de consentimiento de operación
 - c) Hoja de controles pre y post operatorio
 - d) Hoja de anestesia
 - e) Hoja de transoperatorio
 - f) Hoja de recuento de compresas
 - g) Hoja de registro postoperatorio

Deben colocarse en orden de importancia sucesiva en la sección "hojas accesorias" cada una con sus respectivas instrucciones, como son registros objetivos y matemáticos debe tenerse conocimiento básico de aritmética geometría y gráfica. Son reemplazables y no deben durar más de 72 horas en la sección correspondiente, las descartadas se archivan en una carpeta separada o en la sección de hojas de control médico luego de los exámenes complementarios. No son consideradas legales y después de algún tiempo se destruyen.

HOJA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO: Sirve junto a la hoja de perfil farmacoterapetico y se utiliza para valorar el manejo administrativo y uso racional de los insumos que han formado parte del problema de salud nacional. Son controladas por el farmacéutico donde se registra el consumo exacto de los insumos médicos y no médicos.

Es un formato básico donde se evalúa el uso racional de los medicamentos.

Originalmente el MINSA elaboró un formato de hoja de control farmacoterapetico que se ha confirmado está incompleta. La correcta elaboración de esta forma permitirá controlar y evaluar tratamientos, así como detectar reacciones adversas o fallas terapéuticas.

Se seleccionaron las formas ADMISION Y EGRESO (A), HISTORIA CLINICA (C), NOTA DE INGRESO (I), NOTA DE EVOLUCION (K), EPICRISIS (L), NOTA DE ENFERMERIA (M), NOTA DE PROCEDIMIENTO (N), NOTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS (Q), HOJA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO (R). Porque consideramos que son las más importantes, aclarando que no es una normativa del MINSA sino que de acuerdo a la investigación realizada en el Hospital San José de Diriamba con respecto a las demás formas no tienen más incidencia que presencia u omisión y las nueve hojas fueron escogidas arbitrariamente y declaradas de mayor importancia según nuestros criterios.

También consideramos que todas estas formas obligatorias tienen información en común que corresponden a las casillas de nombres, edad, sexo, hora, número de camas, servicios, número de expediente, firma y sello; ya que la ausencia o

presencia de alguna de ella, influye en la calidad del llenado del expediente clínico de lo contrario no hay responsabilidad legal ni validez del documento.

Debemos señalar que tanto las obligatorias como las no obligatorias deben de llenar los datos completos y legibles para cualquier persona que desee informarse sobre el estado de salud de un paciente.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

A. AREA DE ESTUDIO: El estudio del departamento de Registro Médico y Estadísticas del Hospital San José, Diriamba, con expediente clínicos en el período comprendido de Octubre a Diciembre del 2003 usando como base comparativa del mismo período del 2002.

B. TIPO DE ESTUDIO: Es descriptivo, analítico y de corte transversal

DESCRIPTIVO: Por que describe la forma y contenido de llenado de expediente clínico.

ANALITICO: Es el análisis de la información obtenida de la hoja de chequeo e inspección *in sito*.

CORTE TRANSVERSAL: Aborda un período de tiempo determinado, Octubre a Diciembre del año 2003 y el mismo período comparativo del año 2002.

C. **UNIDAD DE ANALISIS:** Expedientes generados en el departamento de registro médico y estadística del Hospital San José en el período de Octubre a Diciembre 2003 y su comparativo 2002.

1. **CRITERIOS DE INCLUSION:** Expedientes clínicos generados en el Hospital San José Diriamba en el período de Octubre a Diciembre del 2003 y sus comparativo 2002.

2. **CRITERIOS DE EXCLUSION:** Expedientes fuera de ese período de Octubre a Diciembre abiertos por el servicio de consulta externa y hojas de información de pacientes en el departamento de emergencia que no fueron ingresados.

D. **RECOPILACION DE LA INFORMACION:** La información se obtuvo directamente con el estudio y a través de libros proporcionados por el ministerio de salud (MINSA CENTRAL) que nos permitieron conocer de forma general las normas y procedimientos que rigen la organización y funcionamiento de dicho departamento. Así como también las normas establecidas por el mismo Hospital.

E. PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS: Se realizó un monitoreo de una cantidad total de 360 expedientes de los cuales 180 pertenecían al año 2003 en los meses de Octubre a Diciembre para el total de 60 expedientes por mes.

En la longitud de los expedientes abiertos en el día se seleccionaron de la siguiente manera: el primero, el intermedio y el último del total por día, esto significa tres diarios y de igual forma se ejecutó el procedimiento para los meses paralelos del 2002.

Como instrumento para la medición de la calidad de los expedientes analizados, se realizó una lista de chequeo, así como la inspección "*in situ*" donde se valoró la infraestructura, iluminación espacio disponible, estética, cumplimiento de requisitos técnicos necesarios para almacenamiento. Además de investigar si el personal cuenta con las capacitaciones necesarias y el nivel académico requerido para el desempeño de sus funciones

Después de recepcionados los datos se hizo una breve descripción de los resultados según las estadísticas arrojadas luego del análisis; soportadas por medio de la lista de chequeos como instrumento de medición de la calidad, elaborándose por medio de tablas de frecuencia simple y gráficos de barras con su respectivo porcentaje. La información teórica se procesó en WORD y se hizo uso del programa EXCEL.

F. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Número	Variable	Definición Conceptual	Definición Aplicada	Indicador	Cuantificador	
					Cualitativo	Cuantitativo
1	Calidad de la forma de "Admisión y Egreso"	Documento médico que debe contener cada persona al momento de entrar y salir de la unidad hospitalaria contemplando datos de afiliación y diagnóstico del mismo.	Es el documento donde se confirma los datos básicos del paciente, fecha y hora de ingreso y egreso, las condiciones y los diagnósticos.	Datos obligatorios no llenados Nombre Edad	Nombre Edad Fecha Hora Servicio No de Exp. Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
2	Calidad de forma "Lista de Problema"	En el registro médico de la patología del paciente tratamiento y manejo del mismo.	Es la hoja básica y práctica del expediente que debe enseñar el médico de manera rápida y ordenada los problemas que presenta el paciente hasta la fecha de ingreso del hospital.	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Peso Talla Fecha Nº de exp. Servicio Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	

3	Calidad de forma de "Historia Clínica"	Es el documento médico legal donde se reúnen todos los conocimientos, acerca del problema que presenta el paciente así como los aspectos agravante y alivante y debe ser realizada en orden cronológico con claridad y objetividad.	Es una reseña ordenada circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimiento personales y familiares semiológicos anteriores actuales y referidos por un enfermo que permite emitir un diagnóstico exacto del paciente.	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Nº de exp. Unidad Servicio Firma y sello	
				Llenado legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
4	Calidad de la forma de "Examen Físico"	Es la inspección de manera cefalocaudal realizada al paciente basado en los aspectos semiológicos con el propósito de precisar y localizar el diagnóstico.	Es la observación minuciosa del paciente de su aspecto general hasta cada parte de su cuerpo, es una de las partes de la exploración clínica y básicamente aplicada en cuatro procedimientos 1. Inspección 2. Palpación 3. Percusión 4. Auscultación	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Peso Talla Fecha Nº de exp. Pulso Servicio Unidad Pres. Arterial Estado Nutri. Temperatura Firma y sello	
				Llenado legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
5	Calidad de la forma de "Examen de Laboratorio"	Constituye uno de los elementos para clínicos que registran lo no objetivo del padecer de un paciente	Es uno de los métodos auxiliares que contribuyen junto a la anamnesis del paciente a investigar.	Existencia	Presencia Ausencia	

6	Calidad de la forma de "Nota de Transferencia"	Es el documento que sirve como guía para el manejo y seguimiento de un problema de salud cuando este amerita ser trasladado a un nivel de mayor resolución.	Es la hoja que sirve como punto de referencia y fuente de información para los otros miembros del equipo de atención que serán involucrado en el manejo del mismo debe tener información considerable y adecuada sobre el paciente.	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Hora Fecha Nº de exp. Atendido por. Al servicio Del servicio Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
7	Calidad de la forma de "Contra Transferencia"	Es la normativa sobre la atención recibida de la post. De la salud del usuario.	Es el punto de la información en un sistema de referencia con característica breve, precisa y concisa, clara, ordenada y objetiva, dirigida a cualquier otro nivel de salud especificando claramente el curso clínico del paciente, tratamiento y recomendaciones	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Hora Fecha Nº de exp. Atendido por. Al servicio Del servicio Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	

8	Calidad de la forma de "Nota de Ingreso"	Es una nota médica precisa y ordenada de los hallazgos encontrados al momento que el paciente demanda un servicio de salud	Hoja realizada por los equipos de los pabellones al momento que se le indica al paciente su ingreso a emergencia	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Hora Fecha Nº de exp. Servicio P.A. Temperatura Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
9	Calidad de la forma de "Nota de recibo"	Es el documento contemplado para hacer de manera precisa la evolución en mención al diagnóstico del paciente ingresado	Es la información necesaria registrada para hacer un diagnóstico adecuado al paciente que se interna a un hospital expresando las condiciones en que recibe la sala de planta e implica un abordaje integral de los problemas de los enfermos	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Hora Fecha Nº de exp. Servicio Firma y sello P.A. Temperatura	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	

10	Calidad de la forma de "Nota de Evolución"	Es la presentación formal de la evolución del paciente en relación al diagnóstico y manejo	Es la nota formal el centro medular del expediente y la nota de calidad de atención brindada por los médicos a los pacientes representa el curso de la enfermedad y el manejo de la misma	Datos obligatorios no llenados	Nombre Edad Sexo Hora Fecha Nº de exp. Servicio Temperatura Firma y sello P.A.	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	
11	Calidad de la forma de "Epicrisis"	Es el resumen final en relación al diagnóstico del paciente procedimiento realizado tratamiento a seguir así como las complicaciones presentada de manejo Inter. hospitalario	Es el documento valioso para el equipo de salud formal, legal y organizado de los registros médicos al momento de dar alta, contemplando una declaración del diagnóstico terapéutico de medidas realizadas al paciente debe revelar los aspectos para continuar el manejo.	Datos Obligatorios No llenados	Nombre Edad Sexo Peso Talla Fecha Fecha Ingre Fecha Egreso Nº de Expd. Firma y sello	
				Llenado Legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	

12	Nota de enfermería	Son las notas que aplica la enfermera durante su turno para determinar el estado del enfermo		Llenado legible	Si No	
13	Nota de procedimiento	Es el informe narrativo que contempla todo lo relacionado a un determinado procedimiento (cirugía) los hallazgos y las correcciones anatómicas protilácticas realizados	Es el elemento que revela la información de una maniobra una cirugía y terapia especializada, maniobra gineco-obstétrica, ventilación terapia y otros métodos radioquímicos.	Aquellos que no son obligados a estar en el expediente.	Realizado No existe.	
14	Nota de Inter consulta	Es el documento escrito que acompaña al paciente informando la condición del mismo procedimiento realizado y tratamiento con el propósito de informar a otros colegas la situación real del paciente.	Es una forma precisa de registro y revela el trabajo multidisciplinario de una institución en la atención integral del paciente. Sirve para solicitar la consulta del especialista médico o de otras profesiones de salud además funciona como transito de paciente.	Aquellos que no son obligados a estar en el expediente	Realizado No existe	
15	Nota de Examen Complementario	Es la síntesis realizada y auxiliada a partir de los estudios radiofónicos sobre el diagnóstico del paciente	Son destinados a informar objetivamente y exactamente los resultados de exámenes complementarios enviados por el médico deben ser claros, objetivos y ordenados.	Aquellos que no son obligados a estar en el expediente	Realizado No existe	

16	Nota de Control de Medicamento	Es el registro efectuado sobre los medicamentos usados una vez diagnosticado el paciente tiene el propósito de evaluar el mejoramiento clínico y terapéutico que logre llevar al completo bienestar del enfermo.	Es la hoja en que se especifican todas las medicinas proporcionadas a cada enfermo a demás funciona como un recurso administrativo para confirmar el cumplimiento de las ordenes de tratamiento médico. Debe de contener tres tipos de prescripciones que son: Rutinaria, Generales, Urgentes.	Datos obligatorios No llenados	Nombre Edad Fecha Hospital Sexo Peso Servicio Nº de exp. Firma y sello	
				Llenado legible	Si No	
				Llenado Completo	Si No	
17	Hoja de Control Fármaco Terapéutico	Es el registro sistematizado de los medicamentos usados en la terapéutica del usuario debe contemplar lo administrado como emergencia profiláctico y curativo, debe realizarse a diario y en cada paciente de manera individual.	Sirve para llevar una vigilancia rigurosa del consumo de medicamento en la farmacia del centro además para controlar la prescripciones medico en la salas generales, esta hoja se utiliza para valor el uso racional de los insumos medios	Datos obligatorio No llenados	Nombre Edad Sexo Peso Talla Cama Fecha ingr. Servicio Nº de exp. Diag. Egreso Firma y sello	
				Llenado legible	Si No	
				Llenado completo	Si No	

18	Estado Físico del Expediente	Partes Físicas necesarias que Componen un expediente clínico. (Carpetas y Forma)	Carpeta	Presente: Presntable Roto Manchado Inmanejable Ausente	
			Notas Internas	Presentables Roto Manchados Inmanejable	
19	Orden del Expediente Clínico Según Dispuesto por el Hospital	Documento oficial omitidos por el consejo médico y dirección del Hospital San José de Diriamba.	Cumplimiento	Si No	
20	Presencia de los formatos componentes del Expediente Clínico		Porcentaje de Presencia General Porcentaje de Pre.2003 Vs 2002		
21	Cumplimiento de los Parámetros de Calidad de las formas Componentes del Expediente clínico	Ejecución de los diferentes parámetros para medir la calidad de los formatos que son partes del expediente.	Datos de llenados Obligatorios		Gral % 2002 vs 2003
			Llenado Legible		Gral 2002 vs 2003
			Llenado Completo		Gral 2002 Vs 2003

22	Calidad de Infraestructura de Registro	Requisitos mínimos necesarios que debe tener el espacio físico del Departamento de Registro para satisfacer personal y el manejo del expediente.	Iluminación	Bueno Regular Pésimo	
			Estantes	Cant. Suficiente Cant. No Suficiente	
			Espacio Físico	Insuficiente Suficiente	
			Estética	Bueno Regular Pésima	
23	Calidad de la Administración del Departamento de Registro	Procedimientos mínimos necesarios administrativos y de gestión para satisfacer el trabajo del personal y el manejo del personal y el manejo de los expedientes	Turno Laboral	Diurno Nocturno	
			Abastecimiento de Formas y papelerías	Bueno Regular Pésima	
			Capacitación del Personal involucrado en el manejo	Frecuente Ocasionalmente Nunca Empírico	
			Atención al Paciente	Buena Regular Pésima	

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A. NARRATIVA METODOLOGICA

Queremos narrar de forma cronológica todo el procedimiento realizado para nuestro trabajo investigativo en el Hospital San José Diriamba.

El proceso inició en el mes de abril del año 2004 a manera de ensayo, cumpliendo las normas que el Hospital exige para realizar cualquier trabajo investigativo, así como las normas internas del departamento de Registro y Estadística. Una vez autorizado por el director del hospital Dr. Enrique Zúñiga quien de manera amable y sin impedimento nos abrió las puertas apoyado de una carta emitida por la universidad (UCEM) en la que explicaba nuestro objetivo.

Nuestro inicio formal fue en el mes de mayo, en el área de estadística haciendo una selección de los expedientes que se abrieron en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2003, el primero, el intermedio y el ultimo de cada día con cuatro diferentes especialidades para que los datos fueran de manera aleatoria, igual para el año 2002 todo esto fue posible gracias a la disponibilidad y confianza depositada por parte del personal de estadística para proporcionarnos el material requerido para dicho trabajo.

Una vez elegido los números de los expedientes y fechas esta lista se pasó al departamento de admisiones donde se encuentran archivados los expedientes, ellos, según el tiempo disponible decidían la cantidad de expedientes que se nos darían en determinado día para ser analizados, esta cantidad variaba, lo que nos tomó aproximadamente quince días de lunes a viernes de 8 de la mañana a 12 m y de 2 a 5 de la tarde. Contando con la amabilidad de todo el personal de admisiones, archivo y estadística para aclarar nuestras dudas y facilitarnos los documentos.

A pesar de que el Hospital San José se encontraba en remodelación y no cuenta con un área de biblioteca pudimos realizar nuestra investigación a nuestro juicio de manera satisfactoria.

B. DESCODIFICADOR

Código	Nombre de la Forma del Expediente Clínico	Seleccionada Evaluación
A	Hoja de Admisión y Egreso	SI
B	Lista de Problemas	NO
C	Historia Clínica	SI
D	Examen Físico	SI
E	Examen de Laboratorio	NO
F	Nota de Transferencia	NO
G	Nota de Contratrtransferencia	NO
I	Nota de ingreso	SI
J	Nota de Recibo	NO
K	Nota de Evolución	SI
L	Epicrisis	SI
M	Nota de Enfermería	SI
N	Nota de procedimiento	NO
O	Nota de Interconsulta	NO
P	Nota de exámenes complementarios	NO
Q	Nota de Control de medicamento	SI
R	Hoja de control farmacoterapeutico	SI

C. VALORES DE CALIFICACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS DE RESULTADOS.

RANGO DE CUMPLIMIENTO	VALOR CUALITATIVO
0 – 20%	MALO
21- 40%	REGULAR
41- 60%	BUENO
61- 80%	MUY BUENO
81- 100%	EXCELENTE

D. LISTA DE CHEQUEO GENERAL

En el Hospital san José, Diriamba el departamento de registro y estadística es dirigido por la Lic. Marta, la cual desempeña el cumplimiento de su labor con toda la ética profesional y humana para el desarrollo al servicio del paciente.

La infraestructura del departamento de admisiones y archivo no cuenta con una iluminación y presentación estética, su espacio físico no es adecuado para la cantidad de expedientes que existen y por consiguiente la cantidad de estantes no es suficiente.

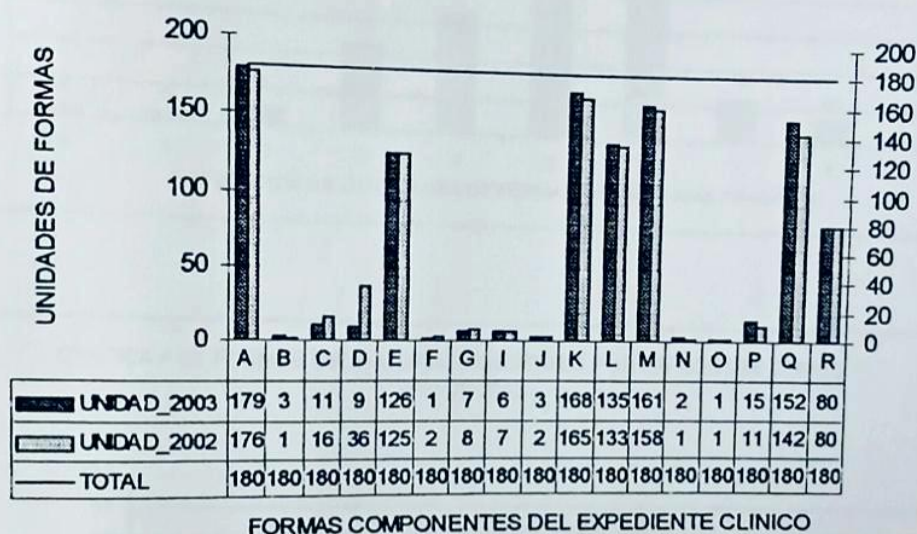
En cuanto al abastecimiento de la papelería es limitado ya que no hay un presupuesto destinado para tal fin lo que no les permite cumplir con todas las formas del expediente clínico, recetario y demás documentos que necesita esta unidad de salud.

El personal de este departamento jamás a recibido capacitación en el área en que se desempeñan y todo es hecho de manera empírica y cada mencionar que en archivo solo necesitan tener grado de bachilleres. Se observa que el mantenimiento del lugar es apropiado reflejando orden y aseo en lo que se refiere a la oficina de estadística como tal, no así el área de archivo y admisiones.

El acceso a los expedientes clínicos los tienen las diferentes personas que laboran en el área de estadística, (jefe del departamento, secretaria, archivistas, técnico en estadísticas y oficial de tramites hospitalarios); Los médicos y enfermeras recordando siempre que no cualquier persona tiene acceso a este documento, ya que es el principal medio de comunicación entre paciente y el personal de salud involucrado además de ser un instrumento legal de uso médico, científico.

E. LISTA DE CHEQUEO BASICO

GRAFICO # 01. CANTIDAD DE FORMAS ENCONTRADA POR EXPEDIENTE
2003 VR 2002



Este grafico demuestra la cantidad de formas encontradas por expediente que en orden descendente las de mayor rango son:

A (ADMISIÓN Y EGRESO)

K (NOTA DE EVOLUCION)

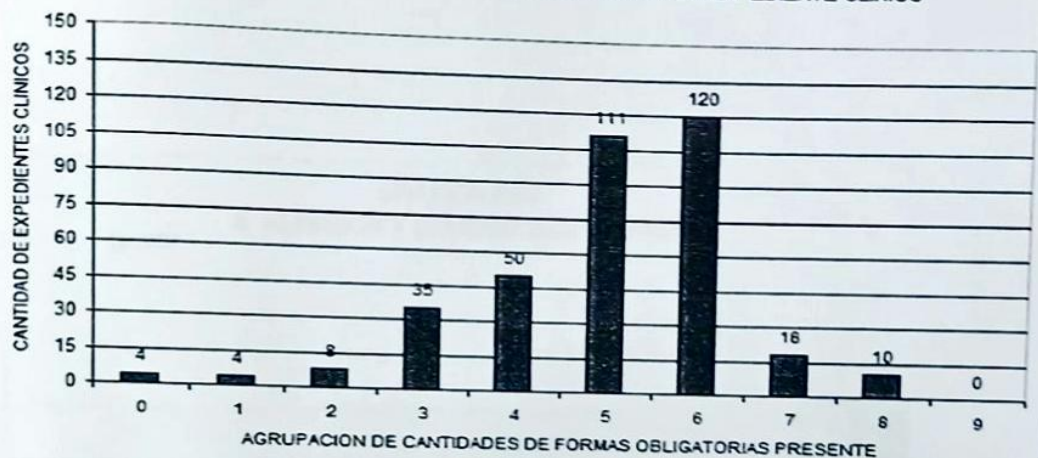
M (NOTA DE ENFERMERIS)

O (NOTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS)

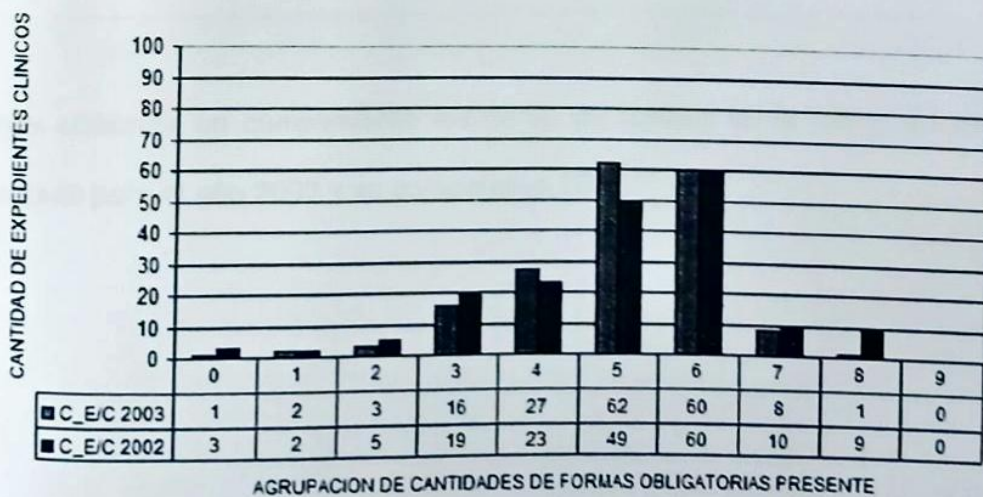
E (EXAMENES DE LABORATORIO)

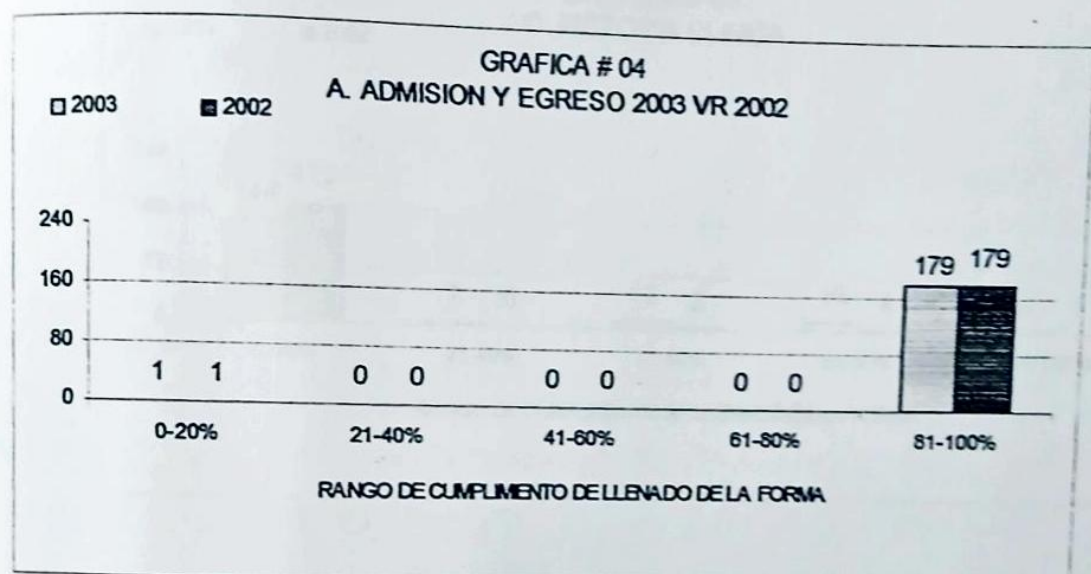
Concluyendo que la mayoría de las formas están presentes en el expediente.

GRAFICA # 02. FORMAS OBLIGATORIAS PRESENTES POR EXPEDIENTE CLINICO



GRAFICA # 03 FORMAS OBLIGATORIAS PRESENTES POR EXPEDIENTE CLINICO
2003 VR 2002



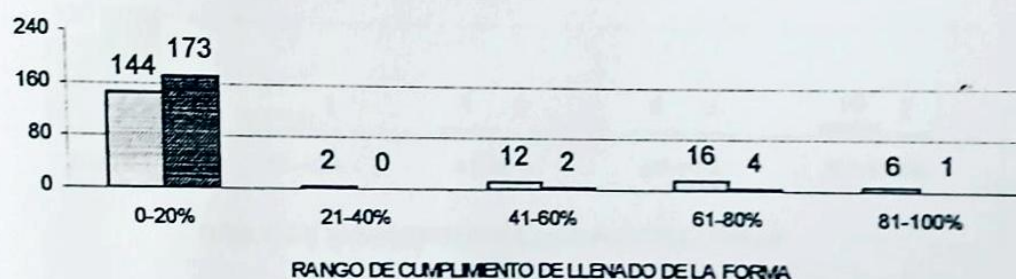


Podemos observar un cumplimiento excelente de llenado de la forma admisión y egreso igual para el año 2003 y su comparativo 2002.

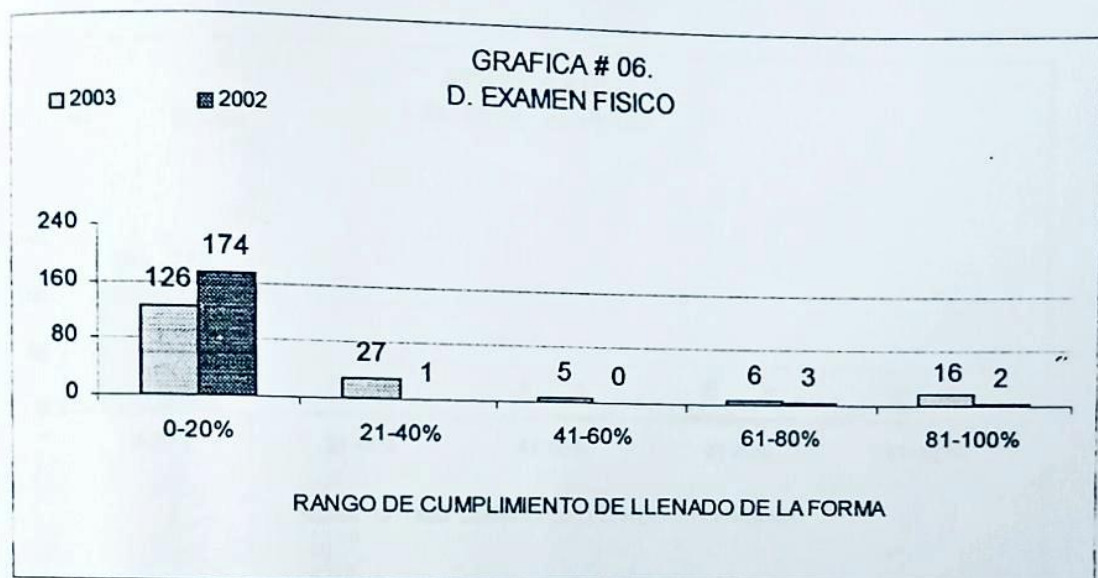
GRAFICA # 05.
C. HISTORIA CLINICA

□ 2003

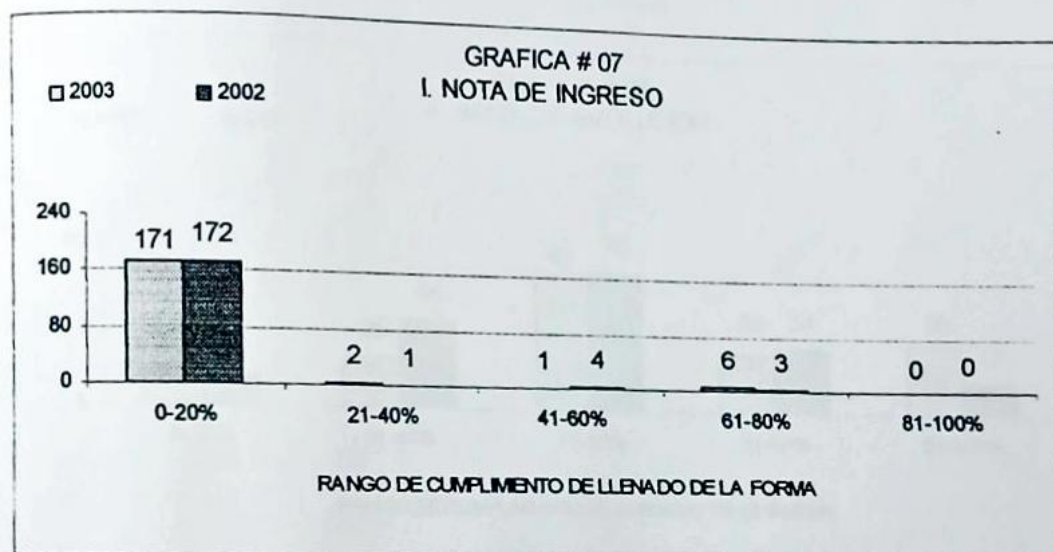
■ 2002



El grafico numero 05 demuestra un cumplimiento de llenado de la forma historia clínica considerado malo por que la mayor cantidad de expedientes analizados de un total de 180 para cada año (2003 y 2002) están ubicados en el menor rango.



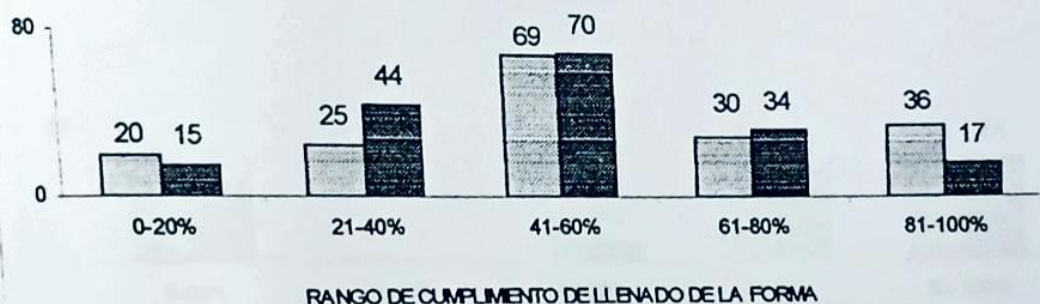
El análisis de este grafico que muestra el rango de cumplimiento de llenado de la forma examen físico nos refleja un mal llenado de dicha forma por que la mayor cantidad de expedientes están ubicados en el menor rango .



En este grafico se demuestra un mal cumplimiento de llenado de la forma nota de ingreso para ambos años ya que la mayor cantidad de expedientes se ubican en el menor rango y no se observa ningún expediente para el año 2003 y su comparativo 2002 que se ubique en un rango de cumplimiento de llenado excelente.

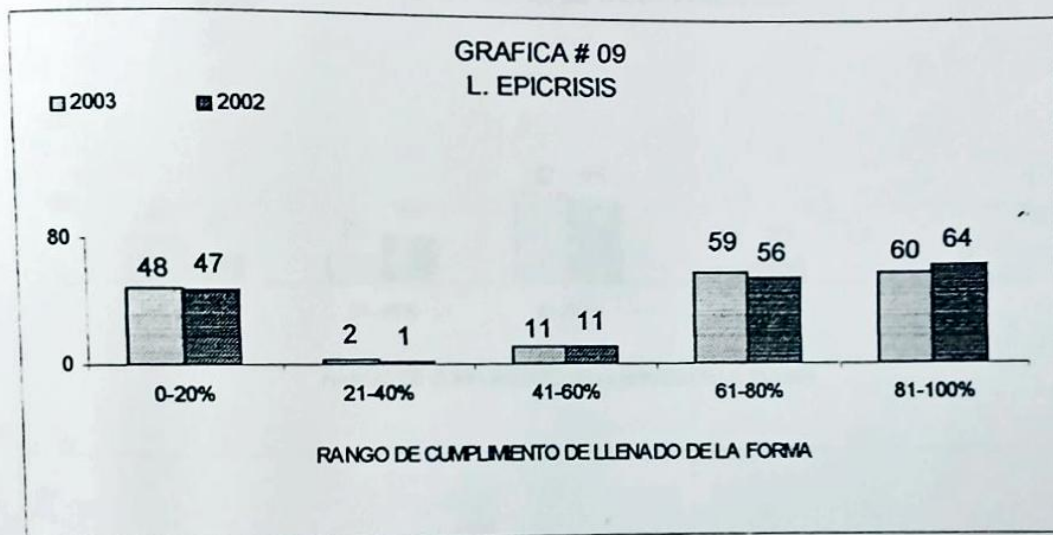
GRAFICA # 08
K. NOTA DE EVOLUCION

□ 2003 ■ 2002

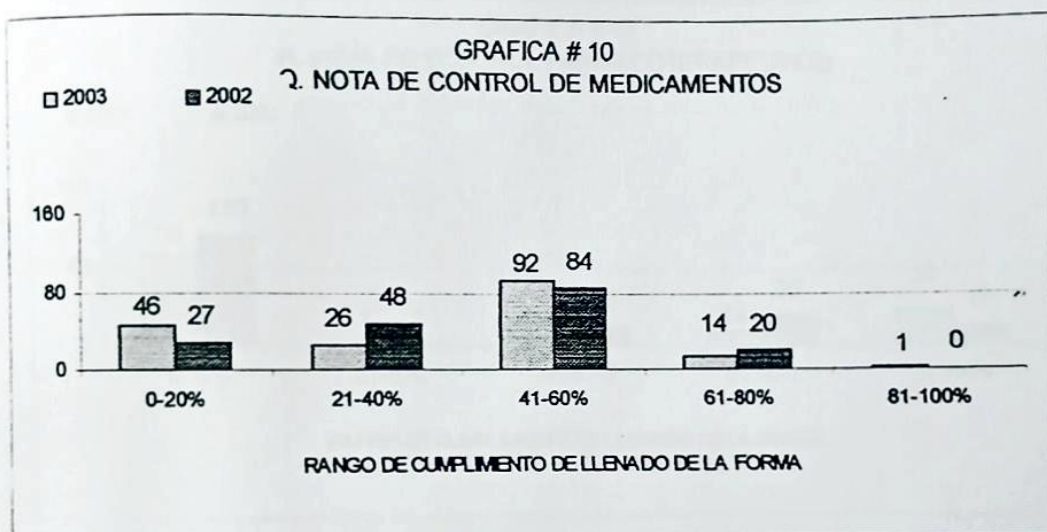


En este grafico podemos observar que existe una diferencia de cumplimiento de la forma nota de evolución relativamente pequeña comprando ambos años aunque el mayor rango de cumplimiento esta considerada como buena para ambos años.

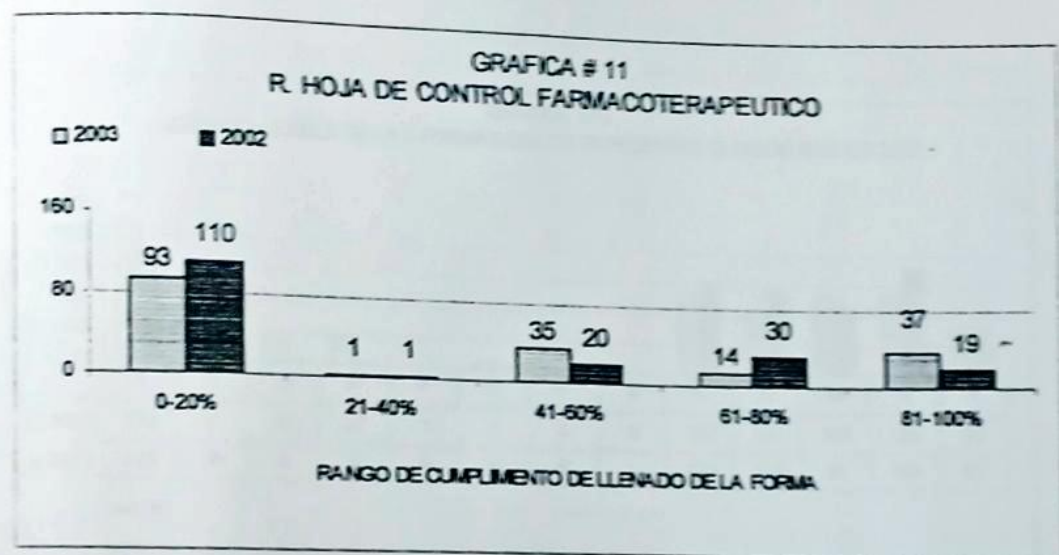
GRAFICA # 09
L. EPICRISIS



Analizando este grafico decimos que hay un cumplimiento muy bueno del llenado de la forma Epicrisis aunque en el ultimo rango se ubican 48 y 47 expedientes, de 180 analizados tanto para el año 2003 y el año 2002 respectivamente.

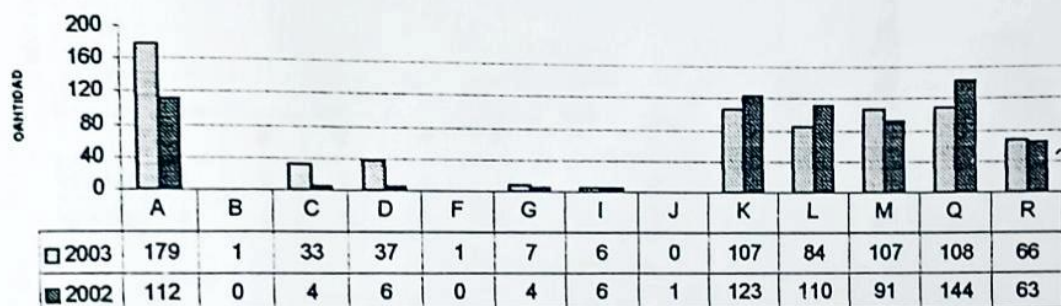


Podemos observar que el cumplimiento de llenado de la forma nota de control de medicamentos es malo, aunque la mayor cantidad de expedientes es posible observarlo en el rango considerado bueno, a nuestro criterio.



En este grafico podemos ver que existe una deficiencia en el cumplimiento de llenado de la forma hoja de control farmacoterapeutico ya que la mayoría de expedientes se ubican en el menor rango de cumplimiento y el resto esta distribuido en los demás rangos.

GRAFICA #12
LLENADO LEGIBLE DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS 2003 VR 2002



n=180

En este grafico se refleja el llenado legible de todas las formas encontradas donde observamos en orden descendente para el 2003 las formas :

A. admisión y egreso

Q. nota de control de medicamentos

K y M. Nota de evolución y nota de enfermería

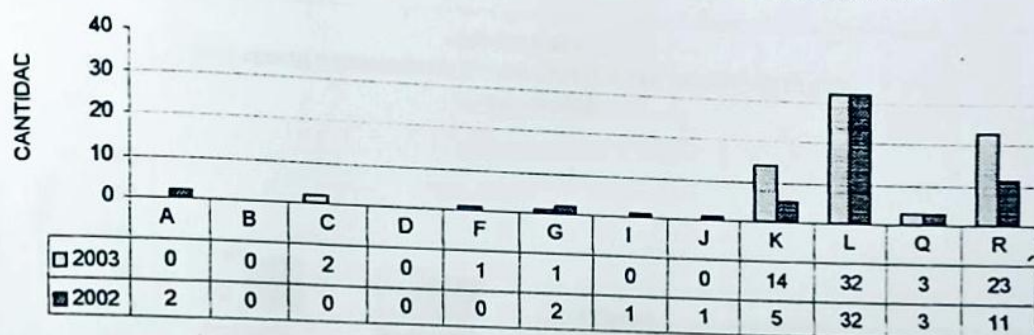
L. Epicrisis

R. hoja de control farmacoterapeutico

Para el 2002 hay una relación similar en todas las formas antes mencionadas.

Pero generalizando la totalidad de formas tiene un llenado legible deficiente.

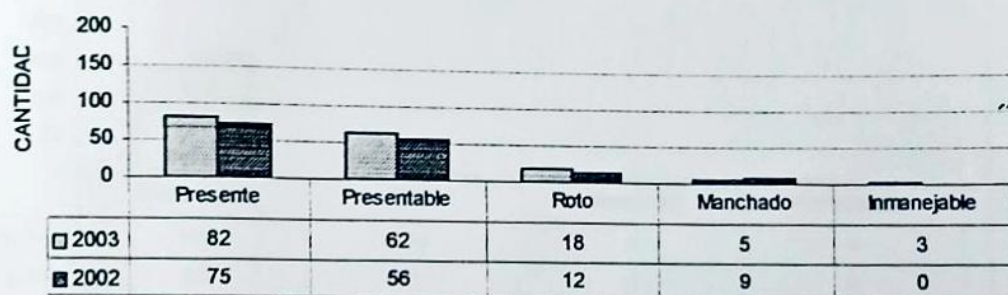
GRAFICA #13
LLENADO COMPLETO DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS 2003 VR 2002



n=180

En este grafico se demuestra que la forma Epicrisis es la que mas completa se encuentra en su llenado con relación a las demás formas y esto es notorio tanto en el 2003 como en su año comparativo 2002, y podemos observar también que la hoja examen físico (D) y lista de problemas (B) para el año 2003 y su comparativo 2002, no hay un solo expediente que cumpla con el llenado completo y apreciando los resultados el llenado de las formas es incompleto para la mayoría de las formas.

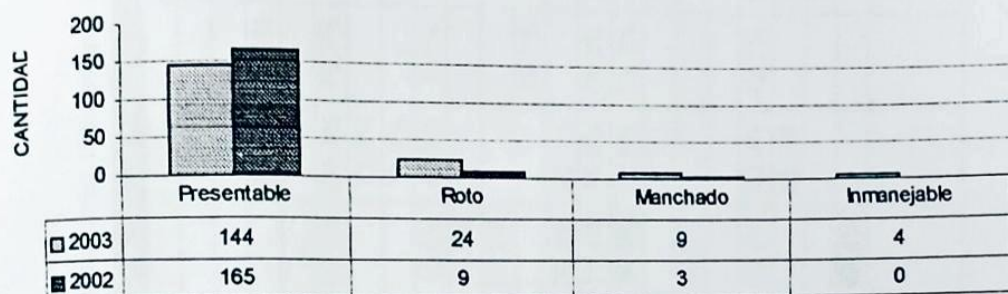
GRAFICA #14-A.
REQUISITOS DE PRESENTACION DE CARPETA DEL EXPEDIENTE CLINICO
2003 VR 2002



n=180

Según los resultados esta grafica demuestra que en los requisitos de presentación de carpeta se cumplen en un rango considerados como bueno tanto para el año 2003 como su comparativo 2002.

GRAFICA #15-A.
REQUISITOS DE PRESENTACION DE LAS NOTAS INTERNAS DEL EXPEDIENTE CLINICO
2003 VR 2002



n=180

FORMA Y CALIDAD DEL EXPEDIENTE CLINICO

La grafica de requisitos de representación de notas internas para el año 2003 y su comparativo 2002 cumple de manera excelente.

Cumplimiento en el Llenado de los Datos Obligatorios por Forma en Expediente Clínico (Porcentaje)

360	A	B	C	D	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
ATENDIDO POR					0.3%												
CODIGO						1%											
DIAG EGRESO																	
EDAD	99.4%	0.3%	10.3%	7.8%	0.3%	3.1%		3.9%	0.0%				68.1%	22.8%			21.4%
ESTADO NUTR																	
FECHA	99.4%	0.0%															
FECHA INGRES																	
FEHCA EGRES																	
FIR/SELLO	0.6%	0.0%	2.8%	0.8%	0.3%	2.8%		0.0%	0.0%	10.0%	40.3%			1.4%			22.2%
FREC RESPIR																	
HORA	99.4%							3.6%	0.0%	87.2%				59.7%			
HOSPITAL																	
No CAMA													36.4%	26.7%			12.5%
No EXP	99.4%	0.3%	10.3%	11.9%	0.3%	4.2%		3.9%	0.0%	71.4%	72.2%			58.3%			35.8%
NOMBRE	99.7%	0.3%	11.9%	16.4%	0.3%	12.8%		4.4%	0.0%	90.6%	73.1%			82.5%			42.5%
PESO		0.3%		7.8%				0.8%	0.0%								17.5%
PRESION ART				9.2%				0.8%	0.3%	46.9%							
PULSO				6.9%													
SERVICIO	99.4%	0.3%	7.8%	15.8%				2.8%	0.0%	50.0%	60.0%			42.2%			28.6%
SEXO		0.3%	9.2%	7.8%	0.3%	2.8%		2.8%	0.0%		66.1%						42.2%
TALLA		0.3%		6.9%													39.2%
TEMPERATURA				8.9%				0.8%	0.0%	42.8%							
UNIDAD			1.9%	9.4%													

F. DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS DÉBILES DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SU BASE COMPARATIVA

Una vez realizados cada uno de los expedientes (360 expedientes correspondientes al año 2003 y su paralelo 2002), determinamos que los puntos débiles son:

1. No se llenan todos los datos establecidos en los diferentes formatos.
2. En el llenado de los formatos, la mayoría no contiene notas legibles.
3. Omisión de formatos requeridos y de importancia en el expediente clínico.

G. DETERMINACIÓN DE LAS FUENTES DE LOS PUNTOS DÉBILES DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS Y SU BASE COMPARATIVA.

Las causas que originan los puntos débiles identificados son las siguientes:

1. Falta de capacitación tanto a médicos como a las enfermeras y el resto del personal que esta involucrado con el uso y manejo del expediente clínico.
2. Ausencia de papelería por falta de presupuesto que se le asigna al Hospital San José.
3. Los médicos y personal involucrado deben contar con el tiempo necesario para la debida atención individual integral a cada paciente por lo que las notas no se completan y son ilegibles.
4. No se cuenta con un espacio de almacenamiento adecuado.

H. DETERMINACIÓN DEL GRADO DE UTILIDAD DEL LLENADO DE LA INFORMACIÓN QUE SE ACUMULA EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS PARA LA REALIZACION DE INVESTIGACIONES FARMACOLÓGICAS.

Según nuestro criterio hemos escogido las notas internas, D :examen físico, Q: hoja de control de medicamentos, R: hoja de control farmacoterapeutico, porque consideramos que son en las que mas se deposita la información para realizar estudios farmacológicos. Estas tres notas tienen en común los datos obligatorios edad, estado nutricional, peso corporal, presión, pulso , sexo, talla y temperatura; los que según nuestros resultados están de manera incompleta y algunas veces ilegibles por lo que el grado de utilidad de estas notas no cuentan con las condiciones para ningún tipo de investigación farmacológica.

CAPITULO V

A. CONCLUSIONES

1. El expediente clínico se considera un documento legal único, dinámico, flexible que brinda valiosa información sobre el estado de salud y el entorno en que se desenvuelve el paciente.
2. Es significativo que al realizar la revisión de los expedientes clínicos se encontró que ninguno contenía todos los componentes que orienta el MINSA, faltando siempre algún elemento que no ermita el abordaje integral del paciente.
3. La información requerida en los formularios del expediente clínicos encuentra incompletos su llenado es obligatorio aun cuando esta información es repetitiva.
4. Los resultados en el análisis de llenado de la calidad de la información del expediente clínicos dan a conocer la necesidad de mejorar las funciones del personal medico para brindar mejores servicios de salud y obtener una información útil para futuras investigaciones.
5. Los expedientes en cuanto a su llenado de los datos obligatorios por formas no se cumplen a totalidad lo que hace difícil tener una historio completa de la enfermedad de cada paciente independientemente de números de visitas e ingresos que este tenga.
6. Debido a la falta de presupuesto económico para la compra de papelería impresa, la información clínica del paciente es registrada en papel de reciclaje, lo que disminuye la calidad de información del expediente clínico y el valor legal de este documento.

B. RECOMENDACIONES

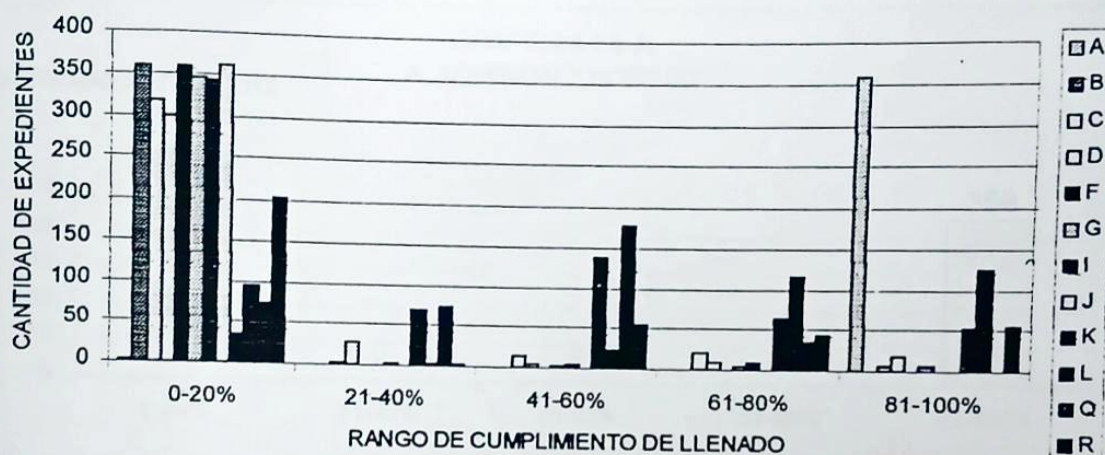
1. Brindar capacitaciones del personal involucrado en el uso y manejo del expediente clínico, charlas, prácticas de técnicas de llenado del expediente clínico.
2. Asignar un mayor presupuesto económico al sector de salud para estimular al personal médico y paramédico para que se brinde un mejor servicio a la población.
3. Abastecer de papelería impresa para que los expedientes clínicos mantengan su autenticidad en caso de utilización de informes de protocolo, peritaje, auditorias y servicios legales.
4. El CURIM COMITÉ DE USO RACIOAL DE INSUMOS MEDICOS, debe realizarse monitoreos constantes a la hoja de control fármaco terapéutico y nota de control de medicamentos para que exista una mejor vigilancia, distribución y aplicación de medicamentos.
5. Basadas en el análisis a la calidad de la información del expediente clínico desarrollar un sistema automatizado de redes y una guía para la utilización homogénea de todos los Hospitales de Nicaragua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el manejo del expediente clínico , Manuel de Jesús Sánchez Berños.
2. El departamento de Registro Medico: Guía para su Organización, serie Paltex para técnicos medios y auxiliares, oficina regional de la Organización Mundial de la salud, Washintong, F.C. 1990.
3. Entrevistas realizadas en el Departamento de Registro con las que laboran en el área de Estadísticas.
4. Diccionario Medico Océano Mosby, edición 1995 Grupo editorial Océano, pp. 690.
5. Propedéutica Medica Bárbara Bates, cuarta edición, Harla México pp 2 y 3.

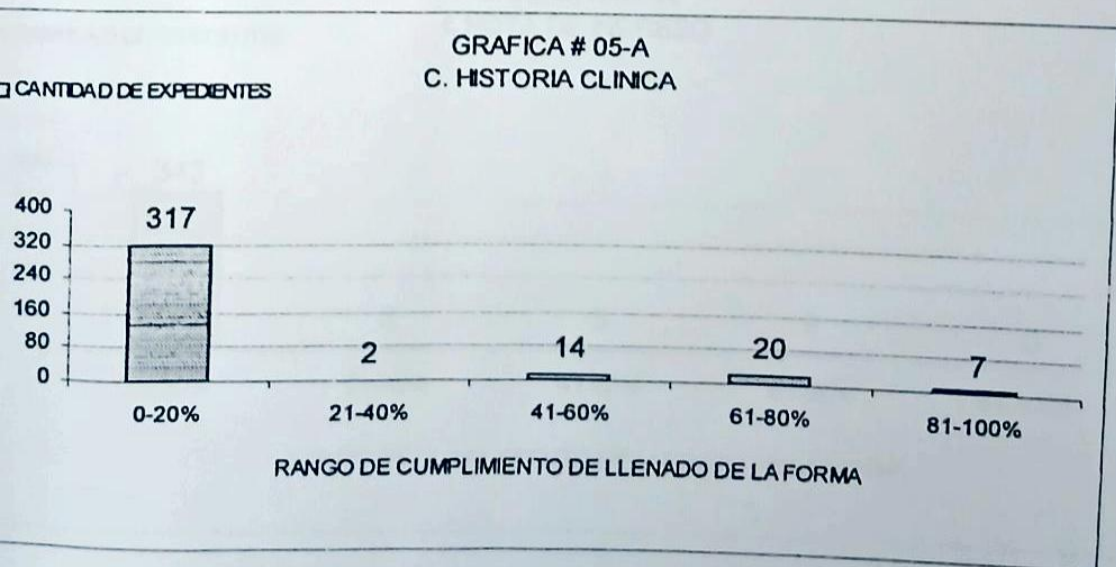
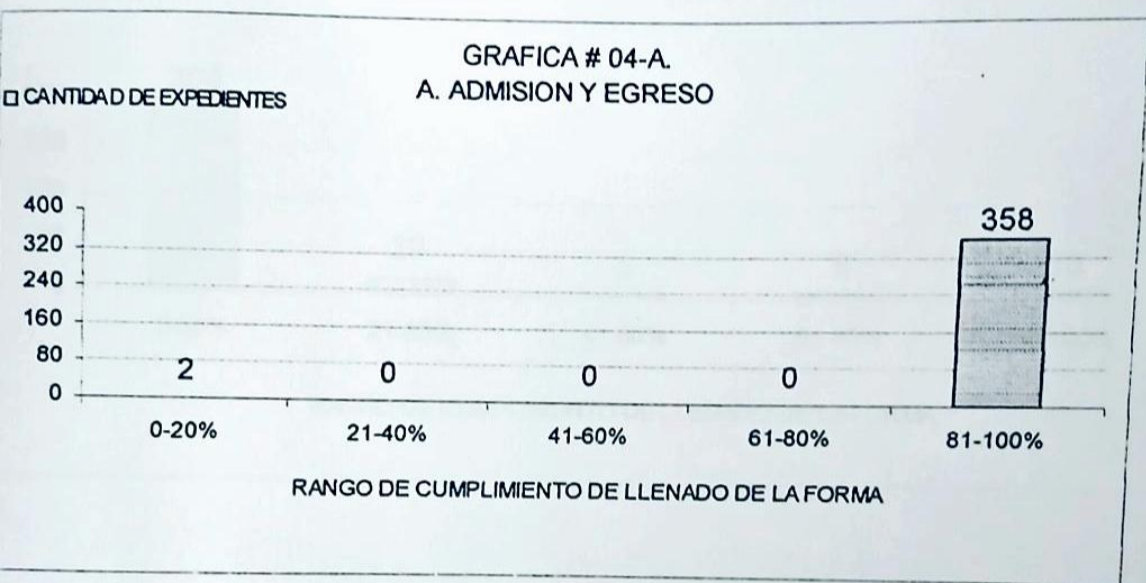
ANEXOS

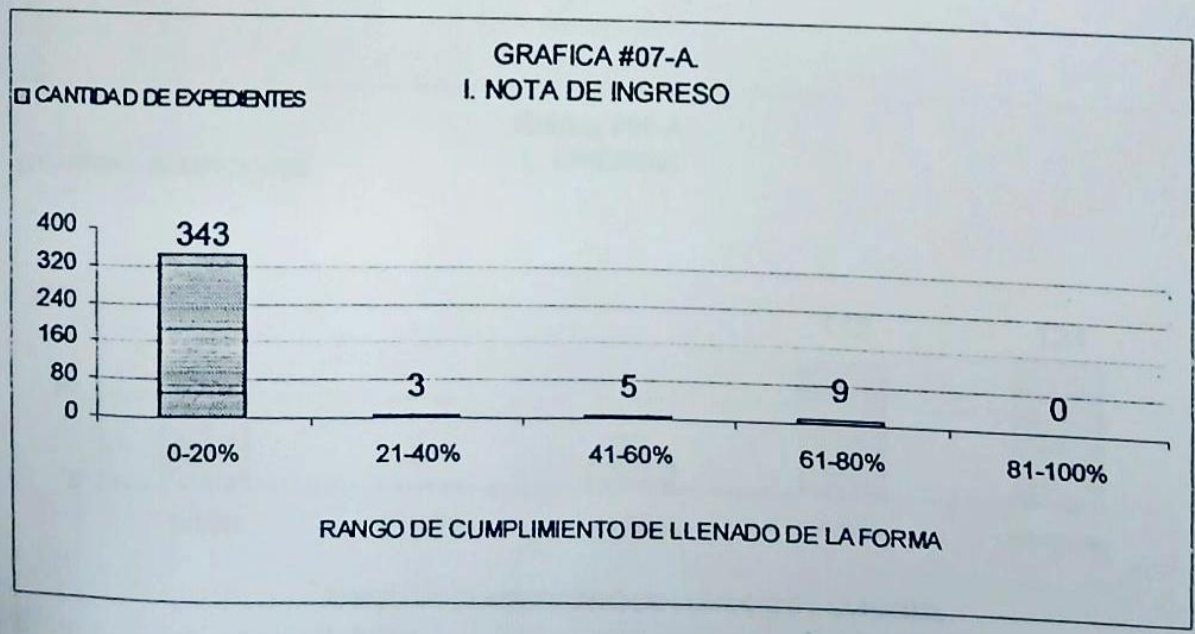
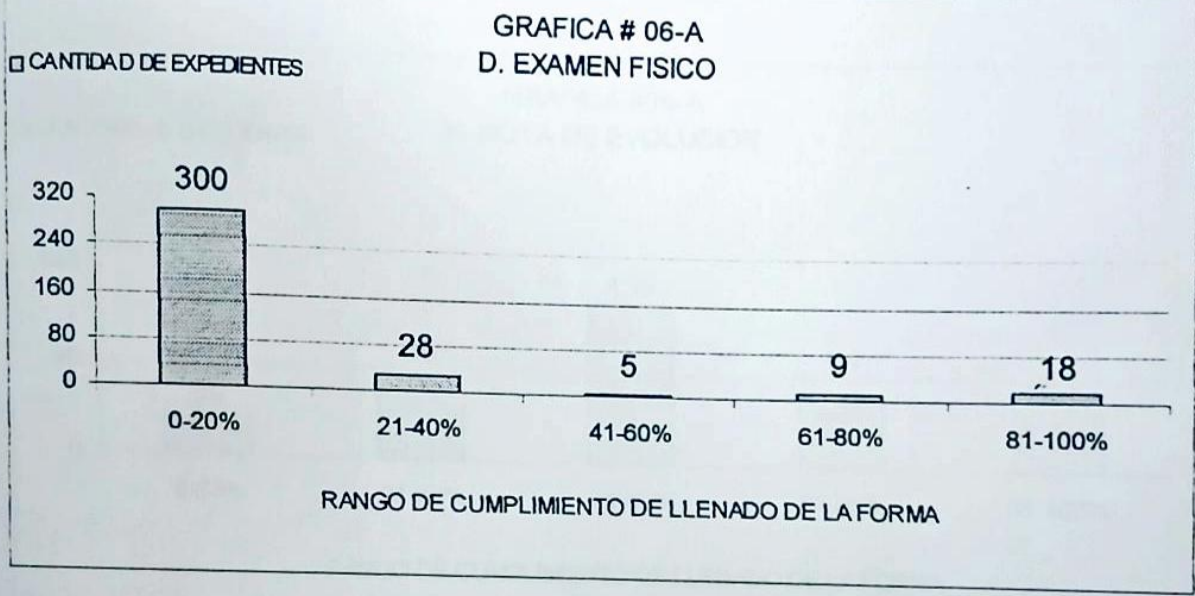
ASPECTO GLOBAL DE LAS FORMAS VR RANGO DE CUMPLIMIENTO



CANTIDAD TOTAL DE FORMAS ENCONTRADAS POR EXPEDIENTE

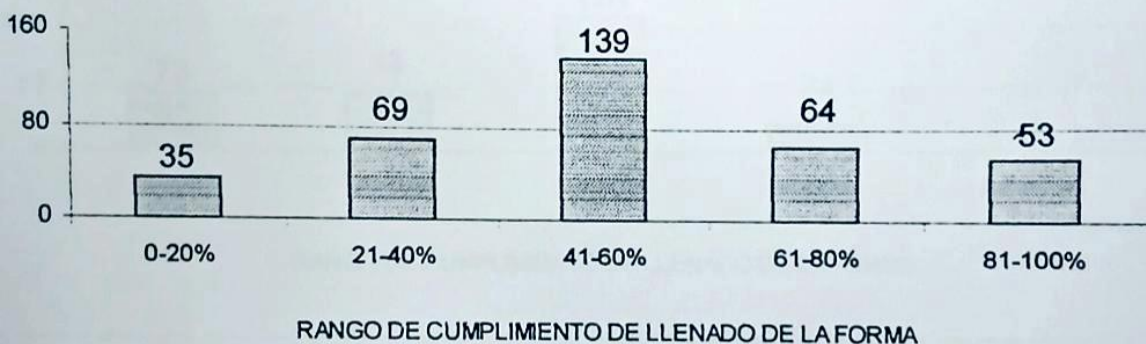






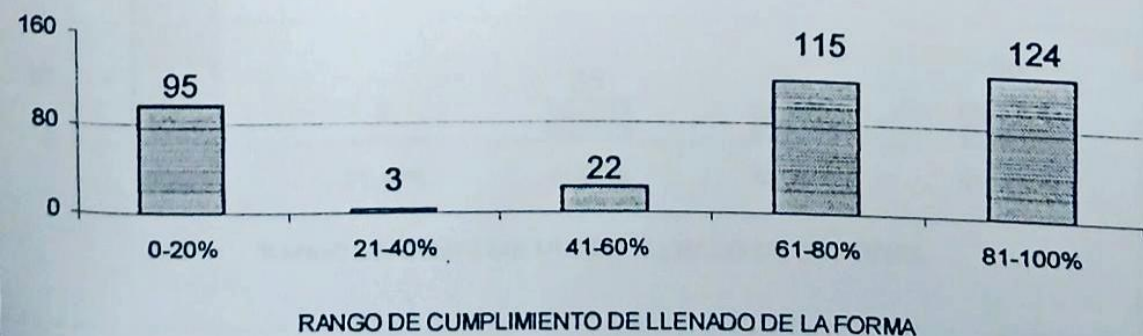
CANTIDAD DE EXPEDIENTES

GRAFICA #08-A
K. NOTA DE EVOLUCION



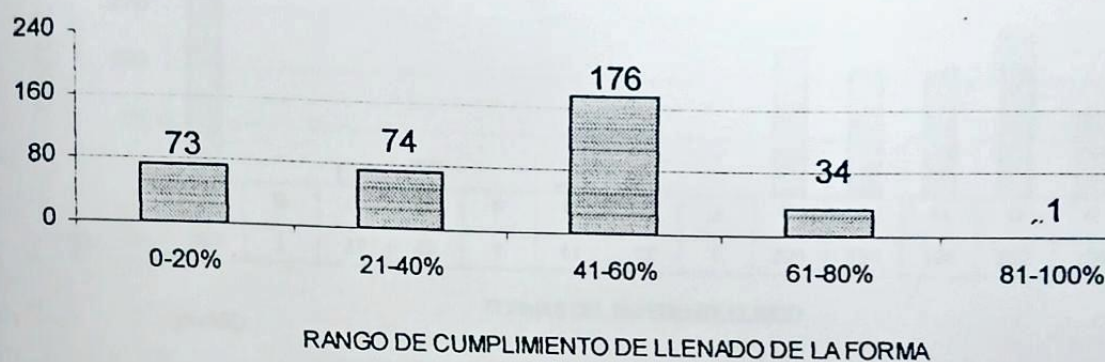
CANTIDAD DE EXPEDIENTES

Grafica.#09-A
L. EPICRISIS



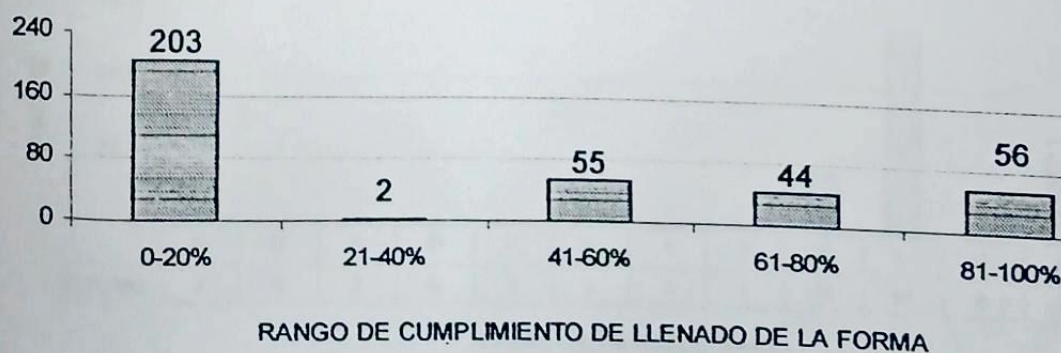
GRAFICA #10-A.
Q. NOTA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS

□ CANTIDAD DE EXPEDIENTES

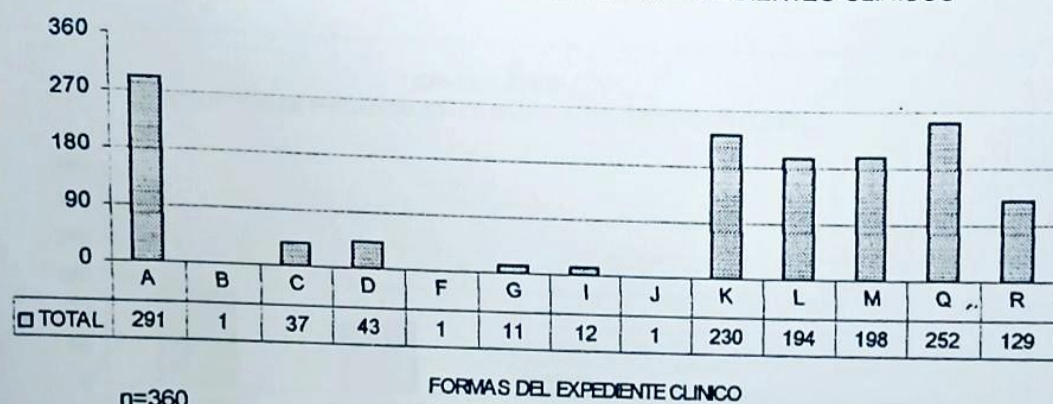


GRAFICA #11-A
R. HOJA DE CONTROL FARMACOTERAPEUTICO

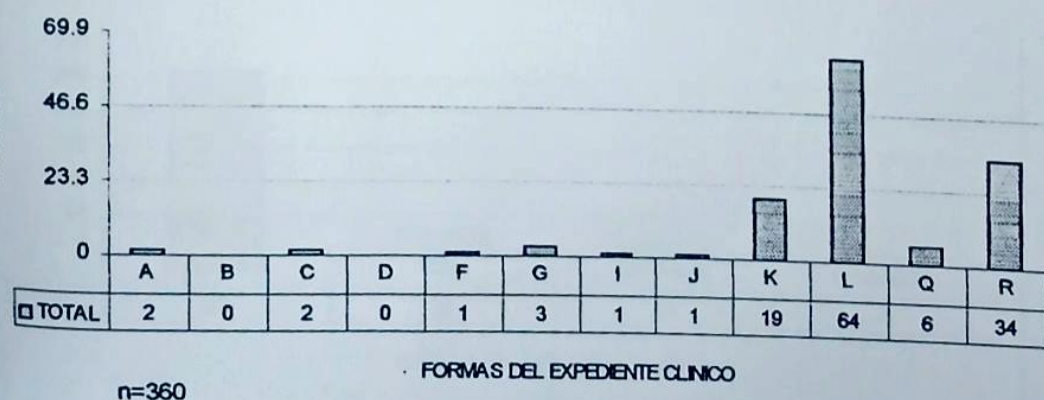
□ CANTIDAD DE EXPEDIENTES



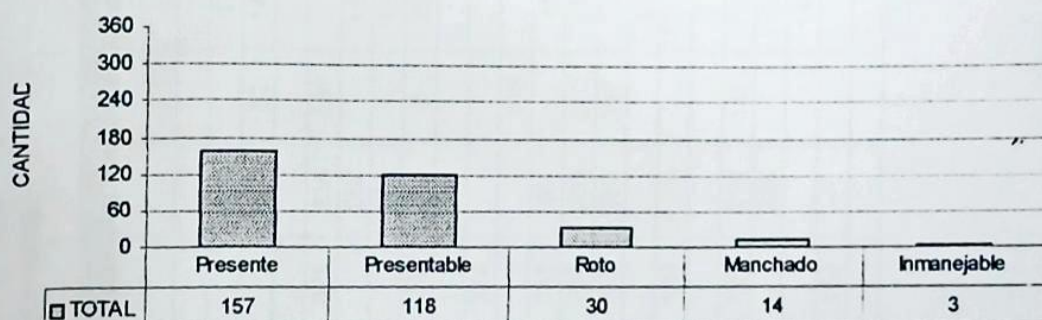
GRAFICA #12-A
LLENADO LEGIBLE DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS



GRAFICA #13-A
LLENADO COMPLETO DE LAS FORMAS EN LOS EXPEDIENTES CLINICOS



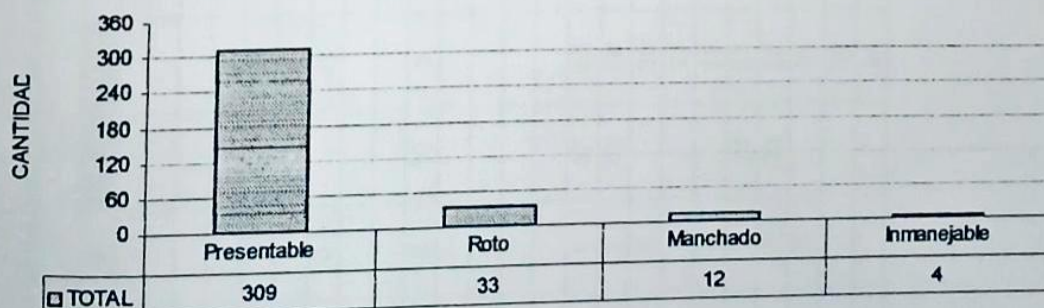
GRAFICA #14-A
REQUISITOS DE PRESENTACION DE CARPETA DEL EXPEDIENTE CLINICO



n=360

FORMAS DEL EXPEDIENTE CLINICO

GRAFICA #15-A
REQUISITOS DE PRESENTACION DE LAS NOTAS INTERNAS DEL EXPEDIENTE CLINICO



n=180

FORMAS DEL EXPEDIENTE CLINICO



Análisis de la Calidad del Expediente Clínico

##

Número del Expediente Clínico

Fecha de Apertura del Expediente

Cantidad de Exp/Clin
Abiertos en ese día.

I. Estado Físico del Expediente

1. Carpeta:

Presente
Presentable
PresentableAusente
Roto
RotoManchado
ManchadoInmanejable
Inmanejable

II. Análisis de Formas del Expediente Clínico

A. Admisión y Egreso

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadFecha
Hora

Servicio

No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

B. Lista de Problemas

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
PesoTalla
FechaServicio
No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

C. Historia Clínica

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
Unidad

Servicio

No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

D. Examen Físico

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
PesoTalla
FechaNo Expediente
Temperatura

Realizada

Pulso
Pres artServicio
UnidadEstado Nutric
Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

E. Examen Laboratorio

F. Nota de Transferencia

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Ausencia

Nombre
EdadSexo
FechaAtendido por
Hora

Realizada

al Servicio
del Servicio

Omitida

No Expediente
Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

G. Nota de Contrareferencia

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadFecha
Sexo

Codigo

Realizada

No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

H. Nota de Ingreso

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
PesoFecha
HoraPresion arterial
Temperatura

Realizada

Servicio
No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

I. Nota de Recibo

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
PesoFecha
HoraPresion arterial
Temperatura

Realizada

Servicio
No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

J. Nota de Evolución

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadFecha
HoraPresion arterial
Temperatura

Servicio

Realizada

No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

K. Examen de Laboratorio

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
FechaFecha Ingreso
Fecha Egreso

Servicio

Realizada

No de Cama
ServicioNo Expediente
Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

L. Nota de Enfermería

1. Llenado Legible

SI

Omitida

No

M. Nota de Procedimiento

Realizada

Realizada

Omitida

No

N. Nota de Intervención

Realizada

Realizada

Omitida

Ausencia

O. Nota de Control de Medicación

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadFecha
HospitalSexo
Peso

Servicio

No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

P. Nota de Control de Tratamiento

1. Datos Obligatorios No llenados (Check los llenados)

Omitida

Nombre
EdadSexo
PesoTalla
CamaFecha de Ingreso
Fecha de Egreso

Realizada

Servicio
No Expediente

Firma y Sello

2. Llenado Legible

No

3. Llenado Completo

SI
SI

III. Contenido del Expediente Clínico

Completo

SI

No

IV. Orden del Expediente Clínico según disposición de la Dirección del Hospital

SI

No

Obligatorio