

**ADHERENCIA AL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL, DE CORINTO
CAUCA, EN UN CUATRIMESTRE DEL 2021**



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA

2021

**ADHERENCIA AL DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL, DE CORINTO
CAUCA, EN UN CUATRIMESTRE DEL 2021**

MARÍA DEL ROSARIO VIVAS RINCÓN

MÓNICA ANDREA LLANTÉN DÍAZ

YURI JASBLEYDY NÚÑEZ BEDOYA

AREA ANDINA

Trabajo para optar por el título de Especialista en Auditoría en salud

Fundación Universitaria del Área Andina

DORA CRISTINA BUITRAGO

Asesor temático

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA 2021**

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Tabla de contenido

1	PROBLEMA	7
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
2	JUSTIFICACIÓN	10
3	OBJETIVOS	12
3.1	OBJETIVO GENERAL	12
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4	MARCO TEÓRICO	13
4.1	ANTECEDENTES	13
4.2	MARCO CONCEPTUAL	18
4.3	MARCO-NORMATIVO	19
5	METODOLOGÍA	21
5.1	TIPO DE ESTUDIO	21
5.2	POBLACIÓN	21
5.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	21
5.4	MUESTRA	22
5.4.1	<i>Marco muestral</i>	22
5.4.2	<i>Muestreo</i>	22
5.4.3	<i>Tamaño de muestra</i>	22
5.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
5.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
5.7	VARIABLES	22
5.8	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
5.9	PLAN DE ANÁLISIS	23
5.10	RESULTADOS ESPERADOS	23
5.11	COMPONENTE BIOÉTICO	23
5.12	IMPACTO SOCIAL O/Y INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL	24
6	RESULTADOS	25
7	DISCUSIÓN	26
8	CONCLUSIONES	26
9	RECOMENDACIONES	27

10	BIBLIOGRAFÍA	28
11	ANEXOS	30
11.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO	30
11.2	INSTRUCTIVOS	30
11.3	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
11.4	CRONOGRAMA	30
11.5	PRESUPUESTO	31

AREAANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Índice de tablas

Tabla 1 Variables	29
Tabla 2 Caracterización profesionales	34
Tabla 3 Caracterización y registro de los profesionales	34
Tabla 4 Registro de historias clínicas completos	35
Tabla 5 Errores más frecuentes	36
Tabla 6 Registro de dimensiones completas en agosto de 2021	38
Tabla 7 Registro de dimensiones incompletas en agosto de 2021	40
Tabla 8 Registro de dimensiones completas en septiembre de 2021	42
Tabla 9 Registro de dimensiones completas en septiembre de 2021	44
Tabla 10 Registro de dimensiones completas en octubre de 2021	46
Tabla 11 Registro de dimensiones incompletas en octubre de 2021	48
Tabla 12 Registro de dimensiones completas en noviembre de 2021	50
Tabla 13 Registro de dimensiones incompletas en noviembre de 2021	52
Tabla 14 Registro de dimensiones incompletas general	54
Tabla 15 Plan Descripción de hallazgos	55
Tabla 16 Plan de mejoramiento	56

Índice de graficas

Grafica 1 Número de historias clínicas analizadas por mes	37
Grafica 2 Errores más comunes	38
Grafica 3 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en agosto	40
Grafica 4 Porcentaje de Ítems incompletos de historia clínica en agosto	42
Grafica 5 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en septiembre	44
Grafica 6 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en septiembre	46
Grafica 7 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en octubre	48
Grafica 8 Numero de Ítems incompletos de historia clínica en octubre	50
Grafica 9 Numero de Ítems completos de historia clínica en octubre	52
Grafica 10 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en noviembre	54
Grafica 11 Registro de dimensiones incompletas general	55

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

1 INTRODUCCION

La calidad de la atención en salud, se puede medir a través de la aplicación, de guías de manejo y manuales, que sirven de apoyo para la toma de decisiones en las entidades prestadoras de servicios de salud. La guía sobre registros en historia clínica contiene las normas a tener en cuenta para diligenciamiento de historia clínica y a su vez contiene las pautas mínimas a seguir, la mayoría de las empresas prestadoras de servicios de salud se adhieren al proceso de diligenciamiento que estipulan las guías, sin embargo, existen ciertos errores que merecen ser tenidos en cuenta para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

En los años 60 el doctor Lawrence Weed, dio un gran aporte a la medicina, introduciendo un modelo de historia clínica que tenía orientación hacia los problemas. Es decir, para abordar la salud del paciente se presentaba un listado de problemas a resolver, pero este no se basaba en la información médica organizada de manera cronológica. La historia clínica que se tiene en la actualidad a presentado muchos errores a causa de la falta de atención a la importancia de la misma, a los registros detalle a detalle. Teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento que sirve como instrumento, para registrar la situación del paciente y con esto para determinar la calidad de la atención que prestan las entidades prestadoras de servicios de salud (1).

El presente trabajo de investigación se realiza para dar continuidad a varias investigaciones, que buscan de manera incipiente a través de la identificación de varios métodos, conocer los errores más frecuentes en el diligenciamiento de la información de la historia clínica, para el caso se evalúa si la información diligenciada es completa y pertinente según el estándar 6 de habilitación en salud.

Para dicho desarrollo se presentan la situación problema, la justificación y los objetivos que tener minan hasta donde se puede llegar con el desarrollo de esta investigación, posteriormente se define el marco teórico, el margo conceptual, el marco legal como fundamentos para la realización del presente trabajo y posteriormente se presenta la metodología el análisis de resultados con base en la información recolectada a través del instrumento de evaluación. Y finalmente se presentan conclusiones y recomendaciones.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

2 PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, es necesario implementar, aplicar y ejecutar guías de manejo clínico, en los cuales se identifiquen los protocolos y manuales que son de gran utilidad, para la toma de decisiones y para la disminución de costos en los servicios hospitalarios. El diligenciamiento de la historia clínica es un procedimiento que se encuentra plenamente documentado en los manuales de habilitación en salud(2). Porque la historia clínica es fundamental para datar de evidencia el proceso de cada paciente.

El estándar número 6 de habilitación en salud, establece las pautas para el diligenciamiento de historia clínica, donde es importante verificar que las historias clínicas tengan todos los registros que le apliquen al servicio, las historias clínicas deben estar ubicadas en el archivo institucional, la información que contienen las historias clínicas debe ser clara, legible, sin enmendaduras(3) , debe apegarse a los manuales de habilitación en salud, razón por la cual en varias instituciones de salud se presentan dificultades en el manejo de la información ya que las historias clínicas no corresponde a lo que exigen los manuales.

La historia clínica es definida por Herrera, 2008 como un conjunto de folios, que contienen anotaciones, registros y toda la información sobre exámenes, descripciones de procesos médicos y fórmulas que se llevan en cada clínica o empresa de salud para identificar las particularidades de cada paciente(4). Es una definición basada en términos técnicos y datos objetivos, todas las instituciones de

salud tienen el deber de llevar dicho documento para cada paciente que sea atendido en el lugar, garantizando la atención de calidad. Es necesario también tener en cuenta que la historia clínica es un documento privado, que es obligatorio y que en los registros se hacen de manera cronológica y que por su carácter de confidencialidad solo puede ser visto por el paciente, el médico tratante y el personal que el paciente autorice según los casos establecidos por reglamentación legal(5).

La historia clínica debe llenarse con especial cuidado, porque escribir algo que no se realizó podría tener implicaciones legales, de igual forma omitir información tiene implicaciones también, esto porque es muchas ocasiones el personal de enfermería realiza su labor de manera correcta pero no lo pasa por escrito, al no tener evidencia escrita de las labores realizadas estas se presentan como si no se hubiesen hecho por tanto es necesario tener especial cuidado en realizar todos los reportes y registros de enfermería para garantizar la calidad en el diligenciamiento de historias clínicas(6).

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Las enfermeras deben llenar registros de enfermería de manera, correcta la crisis de la salud, ha revelado evidencia de fallas en el diligenciamiento de dichos registros, por lo tanto, la elaboración de la historia clínica, se afecta y consecuencia de eso los pacientes porque la historia clínica permite hacer seguimiento a cada tratamiento, es un instrumento de gran valor para el acompañamiento en la enfermedad. El adecuado diligenciamiento permite una atención de calidad y las deficiencias en el diligenciamiento pueden acarrear consecuencias legales. Porque muchas veces el personal de enfermería hace sus anotaciones basadas en la rutina, dejando en muchas ocasiones información relevante para el tratamiento del paciente por fuera de los registros(7).

Con relación a lo anterior es necesario conocer guía para el diligenciamiento de historia clínica, la guía práctica clínica tiene los estándares que permiten de forma cronológica y sistemática documentar la información del paciente, durante el tiempo que permanezca en la institución. El objetivo es proporcionar la información necesaria para una toma de decisiones con respecto a las intervenciones en salud que permite reducir la variabilidad en la práctica de la medicina, con ella se regula la calidad en la atención y se disminuye en gran parte la probabilidad de existencia de eventos adversos (8)

Diligenciar de forma incorrecta una historia clínica implica retrasos en la toma de decisiones y peor aún implica realización de diagnósticos e inadecuados que ponen en riesgo la vida del paciente, por tanto, en la presente investigación, se realiza la evaluación de la adherencia al diligenciamiento de historias clínicas, de los profesionales de la salud, médicos de una IPS del municipio de Corinto Cauca, en el área de hospitalización. Se pretende evaluar errores en diligenciamiento, que dará el insumo para la formulación de planes de mejora con el ánimo de favorecer los procesos de diligenciamiento para lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación:

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de adherencia al diligenciamiento de historia clínica, en el área de hospitalización, de una IPS de primer nivel, del municipio de corinto cauca, en un cuatrimestre del 2021?

3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la crisis de por el covid 19, ha afectado abiertamente al sector salud, provocando saturación en centros hospitalarios y escasas de profesionales para cubrir la crisis, es tanto así que la carga laboral se ha visto perjudicada, por el aumento en el número de personas enfermas versus el poco personal asistencial para atención. La información es una herramienta que fundamenta todas las actividades sanitarias, es también un deber del personal médico y de enfermería mantener toda la información del paciente debidamente documentado, es un derecho que tiene el paciente, recibir toda la información necesaria con respecto a su padecimiento. Por tanto, el diligenciamiento de la historia clínica implica, generar, almacenar y proporcionar toda la información necesaria durante la atención de la enfermedad. Es completamente necesario para garantizar una atención de calidad(9)

La historia clínica contiene información de vital importancia y según el Artículo 34 de 1981, esta hace parte del acto médico y es deber del personal en salud diligenciarla conforme a los parámetros establecidos en los manuales de habilitación, en los cuales aparecen establecidos los criterios para llenado y almacenamiento de la historia clínica, se establece la importancia de llevar bien los registros porque son la fuente de información para la toma de decisiones con respecto a la salud del paciente(10)

Por tanto, a través del presente escrito se pretende evaluar y determinar cómo el personal asistencia se adhiere al diligenciamiento de la historia clínica, porque la historia clínica tiene una función primordial de ordenar la información del paciente, porque permite facilitar la atención, ayuda a abrir canales de comunicación entre

los diferentes agentes de la salud, que permiten favorecer los procesos de atención es decir los médicos, el personal de enfermería, los psicólogos, los trabajadores sociales entre otros. Hacen parte del diligenciamiento de la historia clínica y permiten el seguimiento de la evolución de los problemas de salud que se describen en dicho documento (11)

Se han encontrado varios estudios acerca de la calidad en registros médicos y se encuentran dificultades tales como el uso constante de abreviaturas, la mala ortografía, la falta de firmas que soporten quien emite la información, enmendaduras, nombres ilegibles, espacios sin llenar y la que preocupa enormemente a pacientes e interesados letra ilegible. Que los registros se realicen adecuadamente permite que los pacientes se sientan seguros de la atención que están recibiendo, implica el mejoramiento y calidad en la atención, ayuda a la toma de decisiones con respecto a los tratamientos curativos y preventivos de enfermedades(12).

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

En consecuencia, para conocer la adherencia al diligenciamiento de historia clínica, en el área de hospitalización, es necesario realizar una revisión de los estándares y criterios determinados en el manual del sistema único de habilitación en salud, para evaluar el registro oportuno de la información de la enfermedad, por medio de instrumentos que establecen la normatividad, permitiendo la realización de auditorías internas para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud. Y por tanto el correcto diligenciamiento de los registros de enfermería al igual que el diligenciamiento de historia clínica por parte del personal Médico, ya que con los hallazgos encontrados se pretende diseñar un plan de mejora que

permita generar acciones pertinentes para fortalecer los procesos de diligenciamientos de historia clínica.

4 ANTECEDENTES

La historia clínica es un documento de vital importancia, en la atención en salud, revela de forma detallada las características, signos y síntomas de la enfermedad. Se origina gracias a Thomas Syderhan, médico inglés quien propuso las bases de la medicina clínica. Se considera un documento fundamental, para definir las bases de la relación entre médico y paciente, está consagrado en la Ley 23 de 1981, en la cual se expresa que la historia clínica es un elemento esencial de la práctica médica (13)

El sistema único de habilitación, es uno de los principales componentes del sistema de salud colombiano dirigido a la protección de los riesgos que deriven de la prestación de los servicios de salud inadecuados, en el artículo 6 del decreto 1011 se establecen las normas, requisitos y procedimientos para el registro y verificación del cumplimiento de las condiciones básicas para prestación del servicio de salud.

4.1 A nivel internacional

Por tanto, resulta necesario según realizar un análisis de diversos estudios realizados en el ámbito internacional, nacional y local, que dan cuenta de los avances del tema y permiten conocer procesos que permitirán sustentar los argumentos de la presente investigación. A su vez estudios que permiten verificar

el cumplimiento de habilitación de los servicios que se prestan en la ESE. Para el caso en 2015, Goncalves et realizaron una investigación de tipo transversal, en la universidad de Oxford, sobre la Adherencia a las guías de la práctica clínica en la cual se evaluaron 300 enfermeras que tenían aproximadamente 15 años de experiencia. En la cual se logró establecer que el 50% de las enfermeras aplicaba la información y protocolos de las guías a los pacientes (14)

Socarras et presentaron un estudio en el Centro nacional de información en Bioética, en 2021, acerca de las funcionalidades para la gestión de la historia clínica electrónica, en el cual la digitalización de la información del paciente era fundamental, se hizo a través de un análisis de literatura que permitió evaluar mecanismos homólogos de forma nacional e internacional. La metodología utilizada fue el análisis documental, que permitió realizar un análisis al sistema XAVIA HIS, para establecer las funcionalidades de la historia clínica electrónica, a través de un método inductivo –deductivo se logró comprobar la complejidad en el manejo de historia clínica electrónica, las producciones científicas con respecto a las experiencias de implementación de la misma son muy diversas y solo aplicables determinados contextos (15).

A su vez Almanza reyes y otros, presentaron un estudio realizado en Cuba, con respecto al diligenciamiento de la historia clínica en el cual, el objetivo principal era exponer elementos, claves para desarrollo de habilidades en la redacción de historias clínicas, fue un estudio realizado con estudiantes de Estomatología, en el cual se realizó un revisión de literatura asociada y se evaluaron las dificultades que presentaban los estudiantes para redactar historias clínicas, concluyendo entre otras cosas que no existe o por los menos es muy escasa literatura que permita evidenciar el proceso de diligenciamiento de

historias clínicas paso a paso. Por tanto, proponen un programa que brinde las orientaciones necesarias (16)

Investigación realizada por Ribeiro et, en 2016 sobre el Análisis de registros médicos de un hospital universitario en Brasil, cuyo objetivo era determinar la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, en el cual fueron evaluadas 191 historias clínicas, a través de un instrumento que permitía asignar puntaje según el cumplimiento de cada ítems obligatorio, demostró que aunque no se obtuvieron calificaciones bajas, existe una variación considerable en la calidad de las historias clínicas y estas deben mejorar porque son de vital importancia para el adecuado funcionamiento del hospital(17)

En 2013, Gutiérrez et realizaron estudios sobre la historia clínica sistematizada, con el objetivo de evaluar la satisfacción de los médicos y enfermeras con respecto a la historia clínica sistematizada, a través de un estudio “Cross sectional”, en el cual se analizaron cuatro clínicas en las cuales dos utilizaban la historia clínica sistematizada y los otros dos lo hacían de manera manual, los resultados con respecto al concepto de los médicos y satisfacción de los pacientes nos fueron muy diferentes, pero mostraron que hacer la historia clínica de manera sistematizada ahorra un poco de tiempo(14).

o **4.2 A nivel Nacional**

Valverde, en 2013 planteo un estudio sobre la calidad de los registros de enfermería, que se realizaban en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional de salud del niño, estudio en el cual la metodología fue cuantitativa de corte transversal, se analizaron 54 registros de enfermería, a través de una lista de cotejo, lo cual arrojó como resultado que la calidad de los registros era media con

tendencia a bajar, teniendo en cuenta que el formato utilizado para los registros no permitía el registro adecuado de la información del paciente(15).

Moreno-Conde et, realizaron un estudio que consistía en la evaluación de varias herramientas para el modelado de la información de clínica, el estudio buscaba definir criterios para evaluación de historias clínicas a través de software que apoyaran los procesos de gestión de información. Se utiliza una metodología en la cual a través de un análisis documental se definen 50 criterios y 20 requisitos funcionales en los cuales se evalúan las herramientas disponibles para elaboración de historias clínicas. Obteniendo como resultado la evidente necesidad de aplicar herramientas informáticas que permitan mejorar la calidad y fluidez de la información del paciente (18)

De igual forma Preciado et, realizaron una investigación con el objetivo de identificar la importancia que tienen los sistemas de información para automatizar las historias clínicas, para el desarrollo del mismo se hizo una revisión bibliográfica en bases de datos indexadas que permitieron identificar, que los sistemas de información permiten mejorar la relación médico paciente, acelerando procesos de atención médica y que a su vez reducen costos y tiempo. Concluyendo que los sistemas de información permiten automatizar las historias clínicas, garantizando mejoras en los procesos de atención en las empresas prestadoras de servicios de salud (19)

En 2010, estudios realizados por Blanco et, presentaron las ventajas y desventajas que tenía el modelo de historia clínica que se utilizaba en medicina interna, con la motivación de realizar cambio a las historias clínicas que como se estaban realizando en su momento, realizaron un estudio de corte cualitativo en el cual contando con la opinión de los médicos se realizaron 16 señalamientos al modelo de historia clínica utilizado, proponiendo cambios que permitieran

satisfacer la función de la historia clínica que es presentar los problemas en la salud del paciente de la manera más coherente con base en el paradigma biosocial (20).

Correa, realizó un estudio en 2016 relacionado con los aspectos jurídicos y dilemas del derecho español y colombiano con respecto a las historias clínicas, un estudio de corete descriptivo que pretendía analizar y comparar la legislación española y colombiana en los concerniente al concepto de historia clínica y el manejo de la información que se consigna en la misma. Obteniendo como conclusión que el concepto de historia clínica se construye constantemente y aunque representa un elemento fundamental en la relación médico paciente, la estructuración jurídica presenta cambios constantes (21)

Bautista et, realizaron un estudio para medir la adherencia a protocolo de registros clínicos por parte del personal de enfermería, el cual tenía como finalidad conocer el manejo de protocolos de registros clínicos por parte del personal de enfermería para lo cual se analizaron 105 auxiliares de enfermería a través de un método cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se evidencio que el nivel de conocimiento bueno de 61% en el personal de enfermería y 29% regular, además un 30% de adherencia a los protocolos de registros médicos porque el nivel de conocimientos es alto pero no se evidencia en la práctica(22).

Hechevarria et, realizaron un estudio que permitía comparar la historia clínica convencional y la historia clínica homeopático, para lo cual realizaron una revisión bibliográfica acerca de los aspectos más relevantes que comprenden la realización de la historia clínica, aunque ambos documentos permiten recoger la información subjetiva y objetiva obtenida de exámenes físicos del paciente, son

diferentes en cuanto a los síntomas que se utilizan para el diagnóstico, por tanto es necesario complementar los criterios a evaluar (23)

Favier 2016, realizó un estudio para conocer los errores más frecuentes en las historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer semestre de medicina, el cual fue un estudio descriptivo en el cual se auditaron 33 historias clínicas, en las cuales se identificaron errores relacionados con el interrogatorio por sistemas, exploración física, examen de sistema respiratorio y nervioso, logrando concluir que se debe tener mayor supervisión de las historias clínicas realizadas por estudiantes de medicina, por parte de los profesores(24)

Hurtado en 2020, realizó un estudio cuyo objetivo era explorar la utilización de la herramienta de control para no conformidades de historias clínicas, denominada carta bayesiana en la cual, a través de un estudio, con metodología Delphi y licitación a mano alzada, se realizó un proceso novedoso para evaluar los límites de bayesianos, que permitieron generar alertas tempranas en el control de los procesos para realización de historias clínicas. Se logró concluir que, para construir una carta de control social en el campo de la salud, se requiere la presencia de personal responsable para responder de manera directa(25)

Según las fuentes encontradas, la adherencia a protocolos de diligenciamiento de historia clínica es fundamental para el desarrollo y evolución de los pacientes, varios estudios presentan la importancia de conocer los protocolos y también evidencian los altos conocimientos del personal de la salud frente al tema, pero la poca aplicabilidad de los procesos(26).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar el nivel de adherencia al diligenciamiento de historia clínica, en el área de hospitalización adultos, en una IPS de primer nivel del municipio de Corinto Cauca en un cuatrimestre del 2021.

5.2 Objetivos específicos

- Realizar la caracterización de los profesionales de la salud que hacen el proceso, en el formato de análisis.
- Identificar como se da el cumplimiento del uso de historia clínica de acuerdo a el estándar 6 de habilitación en salud según la resolución 3100.
- Definir un plan de mejoramiento, con base en los resultados encontrados en el protocolo de diligenciamiento de historias clínicas.

6 MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento necesario e importante para la prestación del servicio de salud de calidad, el desarrollo científico el desarrollo cultural se hace necesario reglamentar el diligenciamiento de la misma con base de las disposiciones del ministerio de salud(27).

6.1 Historia Clínica

El congreso de la republica amparado en la resolución 1995 de 1999, establece que la historia clínica es un documento, de carácter privado, técnico y legal, el cual permite el diligenciamiento de toda la información relativa a enfermedad del paciente, es de obligatorio diligenciamiento y es sometido a reserva por la entidad de salud en la cual se encuentre, en dicho documento se registran de forma cronológica las condicione de salud del paciente, los procedimientos realizados, los actos médicos y demás ejecutados por el personal de salud(28)



6.2 Estándar 6 Habilitación en Salud

Por el cual se establecen los componentes, características, normas requisitos y procedimientos que deben tenerse en cuenta para el diligenciamiento de la historia clínica, dicho estándar determina cuales deben ser las características principales de una historia clínica entre las cuales se tiene:

- Integralidad
- Secuencialidad
- Racionalidad científica
- Disponibilidad
- Oportunidad

La historia clínica es un documento de usos institucional, se puede llenar de forma física o electrónica, se debe aplicar a todo paciente atendido en las empresas prestadoras de servicios de salud, registra los hechos de manera cronológica desde el ingreso del paciente. Su diligenciamiento debe ser impecable y debe cumplir los siguientes requisitos(29)

- Estar diligenciada de forma clara
- Legible
- No puede tener tachones
- No enmendaduras
- No espacios
- No debe tener siglas
- Debe contener fecha y hora del proceso
- Debe contener nombre y firma

AREANDINA

Los contenidos mínimos de la historia clínica según el estándar 6 de habilitación son:

- Anamnesis
- Examen físico
- Exploración complementaria
- Diagnósticos presuntivos
- Juicios de Valor
- Tratamiento

Los requisitos mínimos que debe cumplir la historia clínica son la veracidad porque la información debe ser real, exacta, debe contener un rigor técnico del registro, debe estar en simultaneidad de registro y debe estar completa.

6.3 Protección de datos personales

Para el uso, manejo y diligenciamiento de la historia clínica es necesario tener en cuenta, lo riguroso que es el manejo de la información, porque según la ley 1581 de 2012, la historia clínica es un documento que contiene la información personal del paciente, es conocido por familiares o terceros, solo bajo algunos casos que señala la ley, por tanto, se deben proteger los datos, en un archivo central, atendiendo a las características de integralidad, secuencialidad y racionalidad científica (30).

6.4 Adherencia al diligenciamiento de la historia clínica

A pesar de que los requisitos para diligenciamiento de la historia clínica están plenamente establecidos en los manuales de habilitación en salud, es común encontrar profesionales que no se adhieren fácilmente a las pautas de diligenciamiento y se encuentran historias clínicas incompletas, incoherentes, con espacios y omisión de información de realización de exámenes. Esto hace necesario el diseño de estrategias que permitan el mejoramiento de los procesos de diligenciamiento de historias clínicas(31).

6.5 Sistema único de habilitación en salud

El sistema único de habilitación está reglamentado bajo las funciones del estado en cuanto a normatividad. Se justifica conforme a la protección contra los riesgos que se pueden presentar en la prestación del servicio de salud. Según la normatividad estatal dicho sistema hace una relación con todos los requisitos que se deben tener para habilitar la prestación de un servicio por tanto es fundamental para cumplir con las obligaciones legales y constitucionales(32)

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

6.2 Marco conceptual

Adherencia: Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios y cumplimiento de la medicación para el resultado terapéutico deseado. Esto implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención de salud.

Historia clínica: Registro de informaciones pertinentes a enfermedades de los pacientes.

Hospitalización: Internación de un paciente en un hospital.

Pacientes: Individuos que participan en el sistema de atención de salud con el fin de recibir procedimientos terapéuticos, de diagnóstico, o preventivos.

Fundación Universitaria del Área Andina

Protocolo: Conformidad en el cumplimiento o seguimiento de los requerimientos oficiales, reconocidos o institucionales, las pautas, recomendaciones, protocolos, canales u otros estándares.

Estándares de habilitación: son aquellas condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables que se deben tener para la prestación de servicios de salud, estos son aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, sin distinción del servicio que éste ofrezca

Palabras clave: Adherencia, Historia clínica, Hospitalización, Pacientes, Protocolo, Estándares de habilitación (Tomado de los descriptores para ciencia de la salud DeSC).

6.3 Marco normativo

Norma	Año	Definición
Ley 100	Diciembre 23 1993	En 1993, se creó El Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), a través de la Ley se estableció la reforma del sector de servicios de salud y los principios que orientan la misma y es entendida como los servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia(33).
Resolución 1995 de 1999	De 1999	Por la cual se establecen normas para el Manejo de la Historia Clínica. Se estructura mediante cuatro capítulos, que hacen referencia las definiciones, características, diligenciamiento, cierre, baja, administración, conservación, custodia, reserva, confidencialidad y comité de historias clínicas(34).
Artículo 35 de la Ley 23	de 1981	Tiene como objeto implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud(35)
Ley 23 de	1981	Código de ética, constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas

		sobre Ética Médica, dispone diferentes apartes donde obliga al médico a expresar sus pensamientos científicos de forma clara, ordenada y coherente en pro del paciente(36).
Acuerdos 07	1994, 11 de 1996 y 05 de 1997 -	Archivo General de la Nación: Establece las funciones de la Junta Directiva, y en su numeral a) dispone: "Adoptar y evaluar periódicamente la política archivística a nivel nacional, y que en su literal c) taxativamente manifiesta: «Expedir normas y reglamentos generales sobre organización de los archivos, administración y gestión de documentos(37).
Circular 2	1997	Entidades Estatales podrán incorporar tecnologías de punta en la administración de sus archivos, pudiendo utilizar cualquier soporte documental, por medio técnico, electrónico, óptico, informático, o telemático para el cumplimiento de sus funciones(38).
Decreto 2309	2002	Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud(39)
3374	2000	Reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores del servicio de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud(31).
Decreto N° 2200	2005	Hace referencia al capítulo IV a la prescripción de medicamentos, relacionando

		la historia clínica. Hace referencia a las características y contenido de la prescripción (40)
Resolución 1445	8 de mayo del 2006	Establecen los estándares de habilitación dirigidos hacia la mejora de la atención en salud(41).
Ley 2015	31 de enero del 2020	La ley tiene por objeto regular la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica -IHCE, a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes, así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona(42)

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

7 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

El siguiente trabajo de investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, basado en la observación, para de esa manera poder describir el objeto de estudio sin que esta sufra alteraciones, siendo tratado con el curso normal que se desarrolla en un tiempo específico.

7.2 Población

La población escogida para la presente investigación fueron 258 historias clínicas registradas en la IPS ESE Norte2, ubicada en el municipio de corinto Cauca, se tomaron en cuenta las historias clínicas de los pacientes atendidos entre agosto y noviembre 2021, se evaluaron las historias clínicas del área de hospitalización.

Fundación Universitaria del Área Andina

7.3 Unidad de análisis

- Las historias clínicas de los pacientes del área de hospitalización adultos.

7.4 Muestra

7.4.1 Marco muestral

La base de datos de historias clínicas de los pacientes del área de hospitalización adultos de la IPS ESE Norte2, del municipio de Corinto Cauca. En el periodo comprendido entre agosto, septiembre, octubre, noviembre del año 2021.

7.4.2 Tamaño de muestra

Se consideró trabajar con 156 historias clínicas, tomadas del cálculo del tamaño de muestra con un margen de error del 5%, de un total de 258 historias clínicas de pacientes en área de hospitalización adultos, en los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre.

7.5 Criterios de inclusión

Se tendrán en cuenta las historias clínicas de los pacientes que estén en el área de hospitalización de periodo comprendido en el cuatrimestre del 2021.

7.6 Criterios de exclusión

No se tomaron en cuenta las historias clínicas que estaban en áreas diferentes a la de hospitalización adultos.

7.7 Variables

Tabla 1 Variables

Variable	Dimensiones	Definición	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable
Sexo	Caracterización del profesional	Contiene el género al que pertenece el profesional que evalúa la historia clínica.	Registra sus datos	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
Edad	Caracterización del profesional	Cuantificación que se utiliza para hacer mención del tiempo de existencia de un ser vivo desde su nacimiento	Registra sus datos	Rango de edad	Cuantitativa
Especialidad	Caracterización del profesional	Contiene la especialidad médica, a la cual pertenece el profesional que evalúa la historia clínica.	Registra sus datos	Médico general Especialista	Cualitativa Nominal
Firma del profesional	Perfil del profesional	Contiene el nombre completo del profesional que realiza la atención y la firma.	Registra sus datos	Si tiene No tiene	Cualitativa Nominal
Registro profesional	Perfil del profesional	Contiene el número de la tarjeta profesional	Registra sus datos	Si tiene No tiene	Cualitativa Nominal
Historia clínica diligenciada de forma adecuada	Datos completos	Forma de registrar la información producto del acto médico en la atención al paciente	Registra información del acto medico	Completo Incompleto	Cualitativa Nominal
Adherencia al diligenciamiento de historia clínica.	Filiación	Son los datos correspondientes a identificación del paciente. (2)	Registra datos del paciente teniendo en cuenta el formato.	Completo Incompleto	Cualitativa nominal

Anamnesis	Información que aporta el paciente y testimonios para realizar el historial médico (3)	Registra completos los datos de historia de la enfermedad	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Examen clínico	Conjunto de maniobras realizadas por el médico para conseguir información sobre estado de la persona (4).	Registra completo el estado general del paciente según exámenes	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Diagnostico presuntivo	Es el que hace el profesional basándose en datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico (5)	Registra completo el diagnóstico de la enfermedad	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Exámenes auxiliares	Pruebas que solicita el médico para confirmar o descartar el diagnóstico	Inclusión de exámenes e informes	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Diagnóstico definitivo	Es el diagnostico confirmado por medio de la interpretación de análisis.	Registra el diagnostico final, según los códigos del CIE10	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Pronostico	Es el juicio que da el medico con respecto a cambios que se pueden presentar durante el curso de la enfermedad (6)	Registra el diagnostico de manera completa, favorable, desfavorable o reservado.	Completo Incompleto	Cualitativa nominal
Plan de tratamiento	Son los medios empleados para curar o aliviar la enfermedad (7)	Registra el diagnostico final, plan de	Completo Incompleto	Cualitativa nominal

			tratamiento, según los códigos del CIE10		
Consentimiento informado	Documento que acredita que el paciente está de acuerdo con la participación en el estudio. Este es firmado por el paciente o su representante (8)	Se registra considerando la firma del paciente o representante legal.	Completo Incompleto		Cualitativa nominal
Control y evolución	Es la revisión re los cambios clínicos del paciente (8).	Registra manteniendo orden cronológico	Completo Incompleto		Cualitativa nominal
Estado y conservación	Condición que asegura la continuidad de la historia clínica como un documento legal.	Registro completo, claro, legible, sin tachones, errores, sin abreviaturas.	Completo Incompleto		Cualitativa nominal

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

7.8 Recolección de la información

La recolección de los datos se hizo de manera observacional, se realizó la observación de las historias consideradas para la investigación, luego se evaluaron con base en los criterios establecidos tomados del estándar 6 de habilitación, indicando finalmente la calidad en los registros aportados en cada historia.

Se utilizó la lista de chequeo del (Anexo1) como instrumento para evaluar las historias clínicas, dicho instrumento se compone de 11 dimensiones, distribuidas en 25 ítems, el instrumento se realizó teniendo en cuenta el estándar 6 de habilitación en salud y el formato de historia clínica manejado en la IPS para registrar las historias clínicas, de igual forma para constatar la coherencia de cada ítem se definió si estaba completo o incompleto.

7.8.1 Procedimiento

Antes de iniciar la recolección de los datos, se presentó a varias IPS la solicitud de permiso para realización del estudio, obteniendo respuesta afirmativa en la IPS ESE Norte2 una empresa social del estado ubicada en el municipio de Corinto cauca. Los datos fueron recolectados de manera secuencial, teniendo en cuenta el periodo de evaluación propuesto luego de obtener el número de historias clínicas a evaluar se realizaron las siguientes actividades:

Primero se seleccionaron las historias clínicas en orden alfabético cada día se realizaba la revisión de por lo menos 15 historias clínicas, para completar en 10 días la observación requerida para el análisis.

7.9 Plan de análisis

Se realizó el análisis de la información obtenida, a través de la realización de tablas y gráficos en Excel, registrando los errores, aciertos y omisiones en el diligenciamiento de las historias clínicas.

7.10 Componente Bioético

Con la realización de la presente investigación, no se realizarán procedimientos invasivos a los pacientes, porque no se va tener contacto directo con ellos, se va realizar una revisión a las historias clínicas, pero no se tomarán en cuenta el nombre o identificación del paciente. Teniendo en cuenta las condiciones de privacidad de las historias clínicas los resultados se darán de manera anónima para evitar violar normas que falten a la moral.

Los resultados obtenidos contarán con criterios de credibilidad, porque los resultados serán válidos y comparables con las normas para realización de historias clínicas. Tendrán consistencia es decir que los datos serán estables, aplicabilidad porque los datos obtenidos se podrán aplicar a otros estudios sobre el tema.

7.11 Impacto social o/y innovación, o responsabilidad social

Se espera que a través de los resultados suministrados en la presente investigación se tenga la oportunidad de mejorar los protocolos de diligenciamiento de historia clínica, por parte del personal médico y personal de enfermería de la IPS ESE Norte2 de primer nivel en el municipio de Corinto Cauca.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

8 RESULTADOS

Con respecto a la caracterización de los profesionales de la salud, que realizaron el proceso de llenado de las historias clínicas, se evalúan 5 profesionales de la salud obteniendo los resultados que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2 Caracterización profesionales

Variable	Resultado
Genero	
Femenino	3
Masculino	2
Edad	
Entre 30 – 40 años	4
Entre 40 años o mas	1
Especialidad	
Especialista	0
Médico general	5

Se verifico si las historias clínicas analizadas tenían la firma y tarjeta del profesional,

Tabla 3 Caracterización y registro de los profesionales

	Completo	Incompleto
Firma del profesional	156	0
Registro profesional	156	0

Total	x	0
--------------	----------	----------

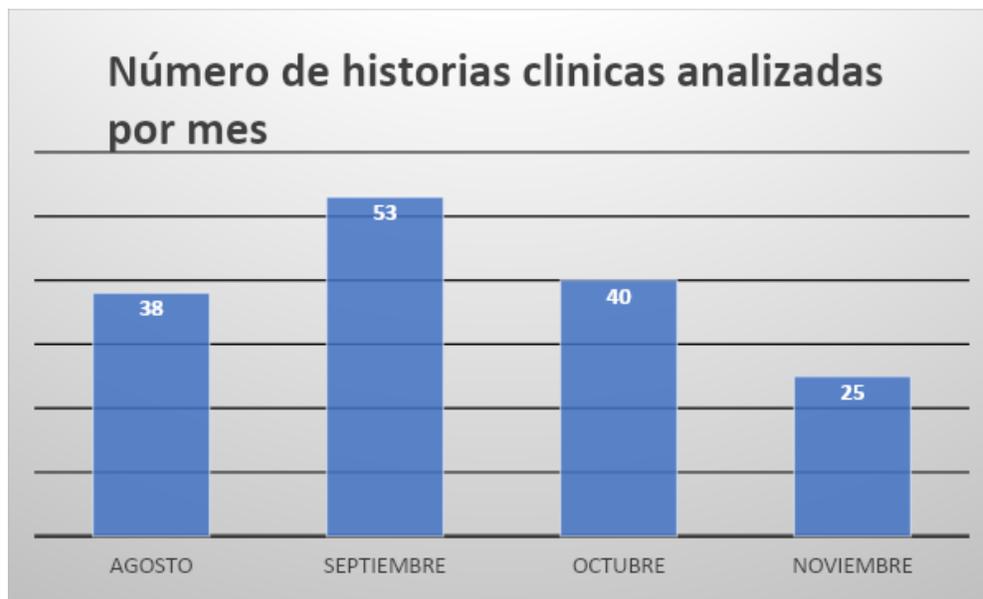
Como se puede apreciar, las historias clínicas revisadas contienen la firma y registro del profesional en salud que atiende el caso.

La evaluación de los errores más frecuentes, en las historias clínicas se realizó de la siguiente manera, primero una tabla con la información del número de historias clínicas analizadas según el mes.

Tabla 4 Registro de historias clínicas completos

PERIODO	COMPLETAS	INCOMPLETAS
AGOSTO	38	118
SEPTIEMBRE	53	103
OCTUBRE	40	116
NOVIEMBRE	25	
TOTAL	156	

Fuente 1 Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2



Grafica 1 Número de historias clínicas analizadas por mes

AREANDINA

La grafica No 3 representa la información que con tiene la tabla con relación al número de historias clínicas analizadas por mes.

Fundación Universitaria del Área Andina

Luego con base en el número de historias clínicas analizadas mes a mes, se realiza una tabla con los errores más frecuentes en el diligenciamiento de las mismas.

Tabla 5 Errores más frecuentes

	Historias clínicas
Falta de información	156
Uso de Abreviaturas	54



Grafica 2 Errores más comunes

Luego teniendo en cuenta que todas las historias clínicas tienen el mismo error y es la falta de información como se puede observar en la grafica no 4, se hace el análisis de los datos que con mayor frecuencia se dejan de diligenciar.

Fundación Universitaria del Área Andina

Con la tabla que se presenta a continuación, se pretende identificar cuáles son los errores más frecuentes, en el diligenciamiento de historias clínicas, por tanto, se analizan los ítems que se dejan libres con mayor frecuencia, ya que entre los errores el más común es la falta de información es decir los espacios incompletos en las historias clínicas.

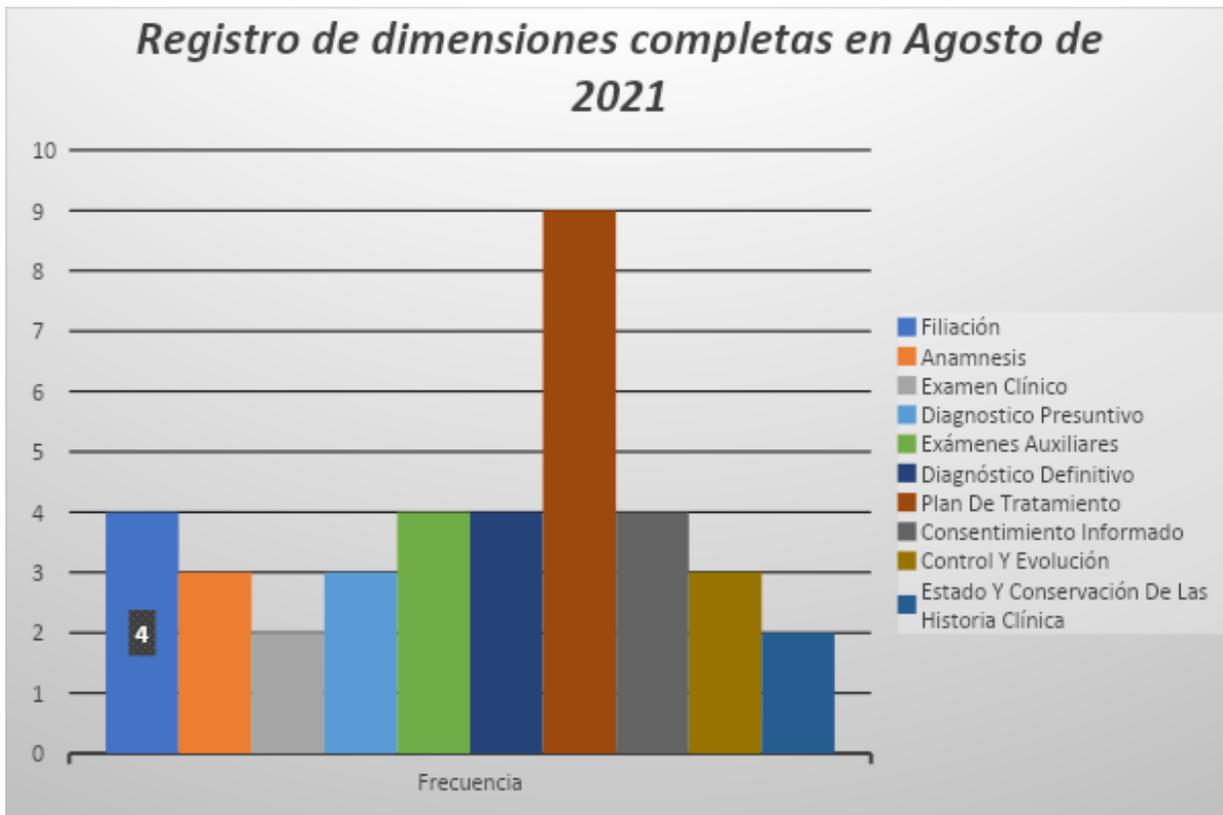
Para realizar el análisis se plantea inicialmente una tabla con registros completos para el mes de agosto con su respectiva gráfica, en seguida se plantea para el mismo mes una tabla que muestra la frecuencia de registros incompletos, de la misma manera se procede para septiembre, octubre y noviembre.

Tabla 6 Registro de dimensiones completas en agosto de 2021

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Filiación	4	10%
Anamnesis	3	8,00%
Examen clínico	2	5%
Diagnostico presuntivo	3	7.8%
Exámenes auxiliares	4	8%
Diagnóstico definitivo	4	10%
Plan de tratamiento	9	11,00%
Consentimiento informado	4	24%
Control y evolución	3	11,00%
Estado y conservación de las historia clínica	2	8,00%
TOTAL HISTORIAS CLÍNICAS	38	100%

Fuente 2 Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2

La tabla No 4 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems completos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de agosto.



Grafica 3 Porcentaje de ítems completos de historia clínica en agosto

Fundación Universitaria del Área Andina

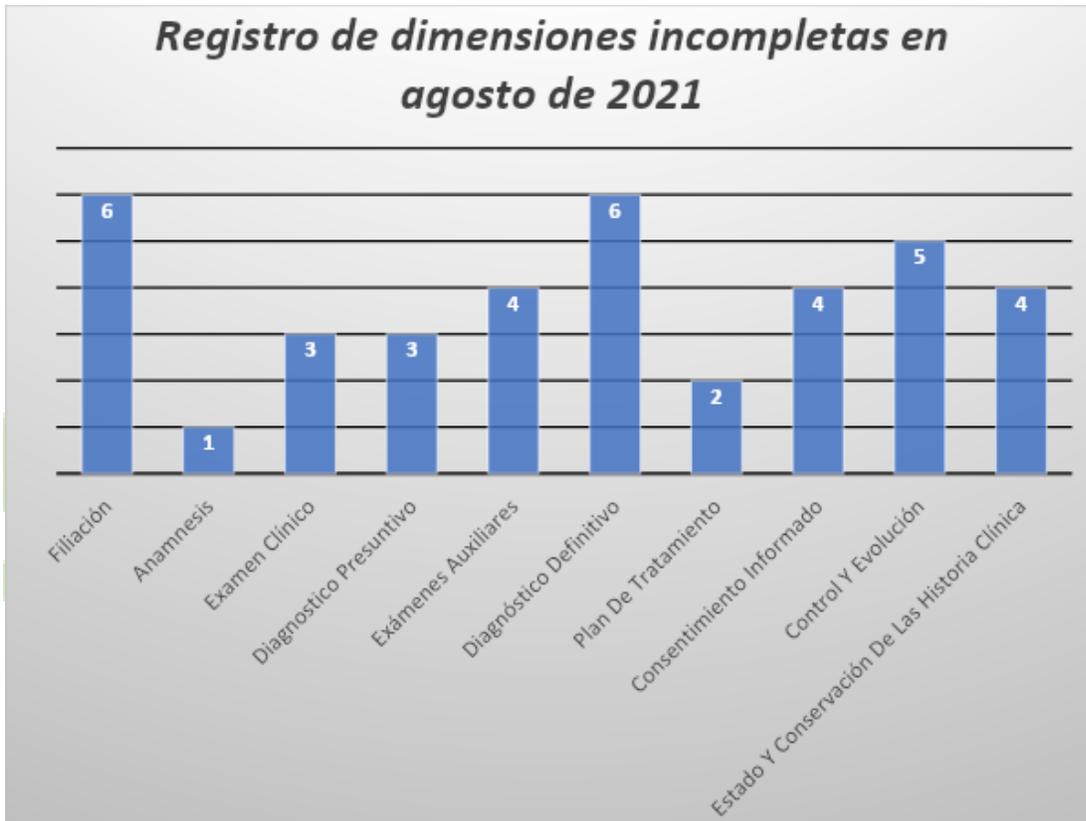
La grafica No 5 representa el porcentaje de ítems diligenciados de forma completa en las historias clínicas de pacientes del mes de agosto de 2021, se puede observar que el plan de tratamiento, es el ítem que más se cumple completamente mientras que la realización de exámenes clínicos no se llena completo.

Tabla 7 Registro de dimensiones incompletas en agosto de 2021

Filiación	6
Anamnesis	1
Examen Clínico	3
Diagnostico Presuntivo	3
Exámenes Auxiliares	4
Diagnóstico Definitivo	6
Plan De Tratamiento	2
Consentimiento Informado	4
Control Y Evolución	5
Estado Y Conservación De Las Historia Clínica	4
Total Historias Clínicas	38

Fuente Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2

La tabla No 5 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems incompletos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de agosto.



Grafica 4 Porcentaje de Ítems incompletos de historia clínica en agosto

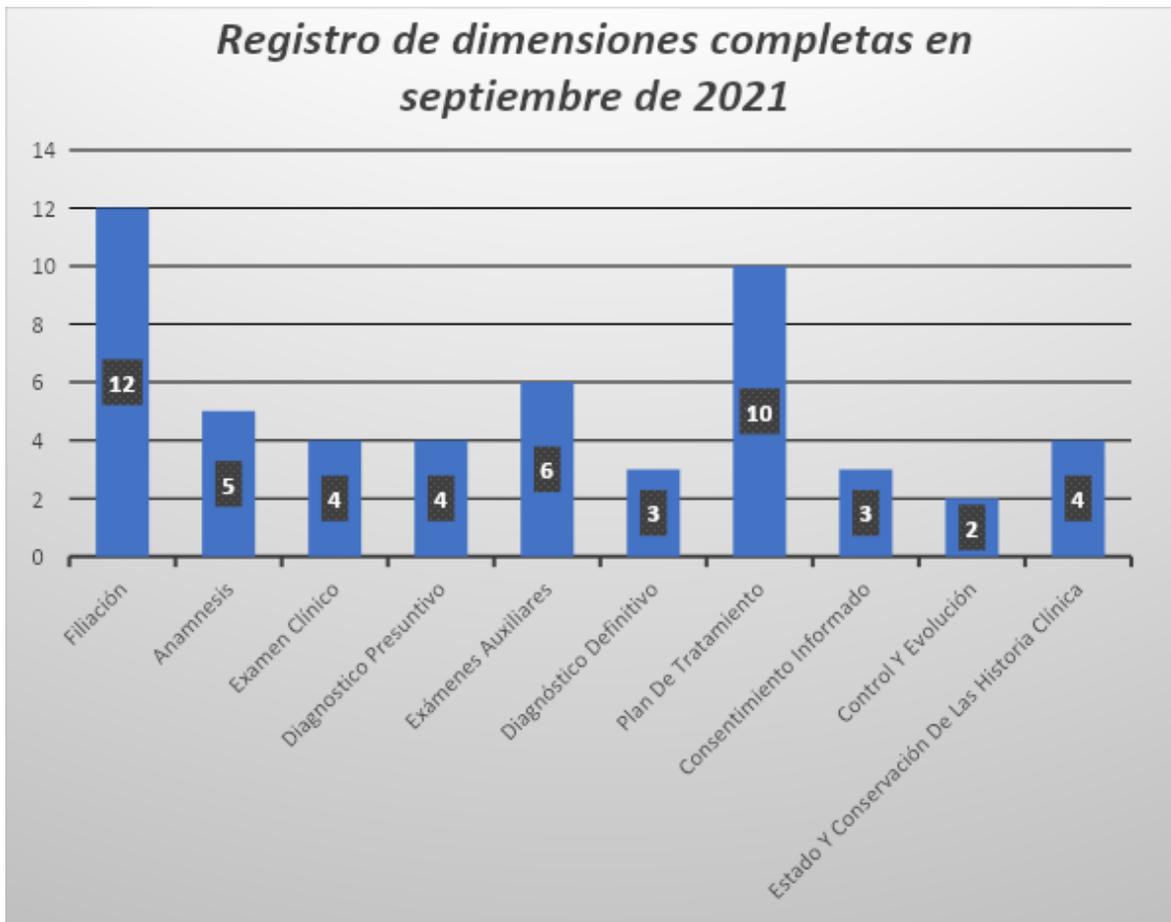
La grafica presenta un análisis de los ítems que se quedan frecuentemente sin diligenciar en la historia clínica, para lo cual se puede observar que el diagnostico los datos de filiación, seguidos por el control y evolución fueron los datos que olvidaron llenar con mayor frecuencia.

Tabla 8 Registro de dimensiones completas en septiembre de 2021

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FILIACIÓN	12	23%
ANAMNESIS	5	9%
EXAMEN CLÍNICO	4	8%
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	4	8%
EXÁMENES AUXILIARES	6	11%
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	3	6%
PLAN DE TRATAMIENTO	10	19%
CONSENTIMIENTO INFORMADO	3	6%
CONTROL Y EVOLUCIÓN	2	4%
ESTADO Y CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIA CLÍNICA	4	8%
TOTAL HISTORIAS CLÍNICAS	53	100%

Fuente 2 Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2

La tabla No 6 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems completos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de septiembre.



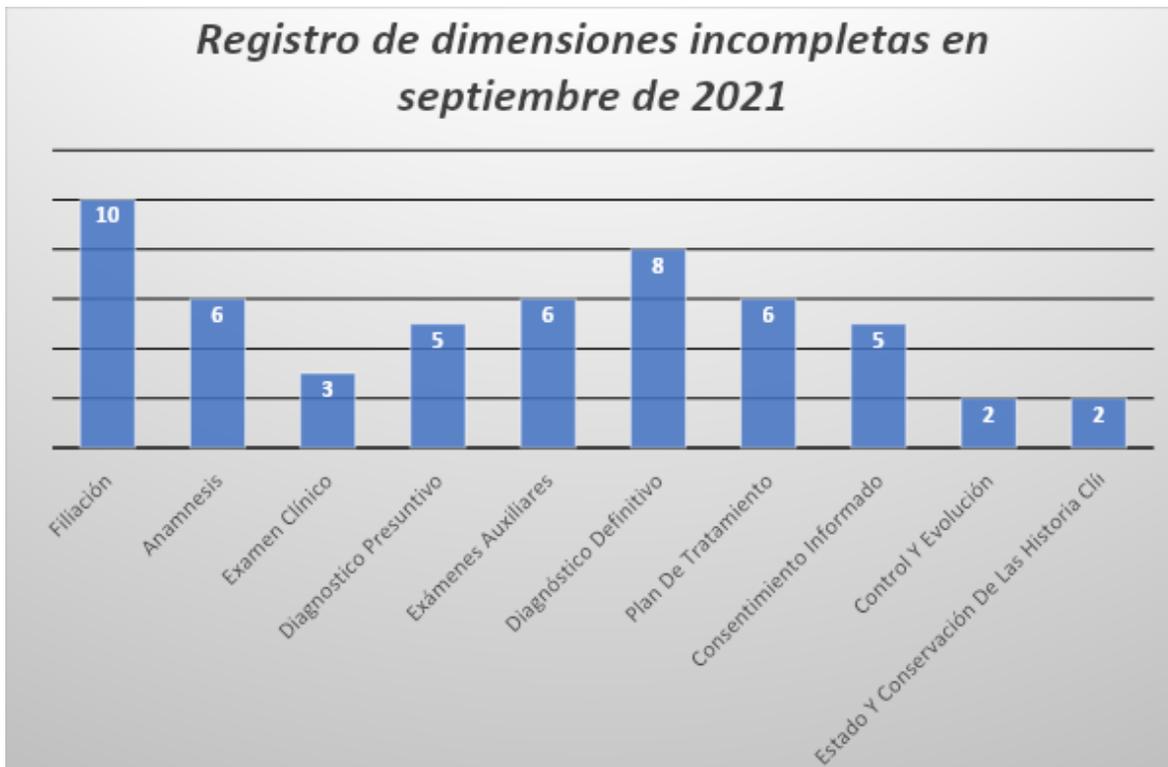
Grafica 5 Porcentaje de Ítems completos de historia clínica en septiembre

La grafica no 6 representa el porcentaje de ítems diligenciados de forma completa en las historias clínicas de pacientes del mes de septiembre de 2021, se puede observar que la filiación es decir los datos principales del paciente es el ítem que más se cumple con un 23% seguido del plan de tratamiento con un 19%.

Tabla 9 Registro de dimensiones completas en septiembre de 2021

Dimensiones	Frecuencia
Filiación	10
Anamnesis	6
Examen Clínico	3
Diagnostico Presuntivo	5
Exámenes Auxiliares	6
Diagnóstico Definitivo	8
Plan De Tratamiento	6
Consentimiento Informado	5
Control Y Evolución	2
Estado Y Conservación De Las Historia Clínica	2
Total Historias Clínicas	53

La tabla No 7 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems incompletos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de agosto.



Grafica 6 Porcentaje de ítems completos de historia clínica en septiembre

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Fundación Universitaria del Área Andina

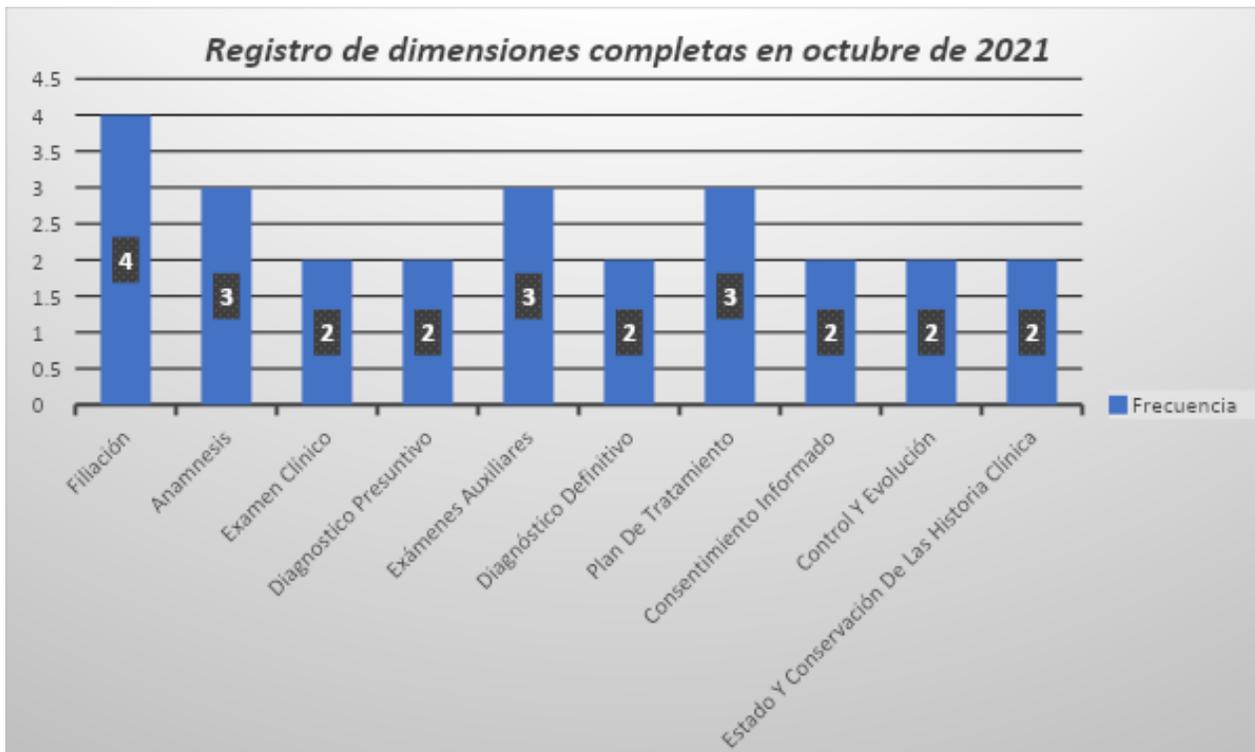
La gráfica presenta un análisis de los ítems que se quedan frecuentemente sin diligenciar en la historia clínica, para lo cual se puede observar que el diagnóstico definitivo, la filiación, seguido por el plan de tratamiento y anamnesis, fueron los datos que olvidaron llenar con mayor frecuencia, en el mes de septiembre.

Tabla 10 Registro de dimensiones completas en octubre de 2021

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FILIACIÓN	3	7.50%
ANAMNESIS	6	15,00%
EXAMEN CLÍNICO	2	5%
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	4	10%
EXÁMENES AUXILIARES	5	13%
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	4	10%
PLAN DE TRATAMIENTO	8	20%
CONSENTIMIENTO INFORMADO	5	13%
CONTROL Y EVOLUCIÓN	1	2,50%
ESTADO Y CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIA CLÍNICA	2	5,00%
TOTAL HISTORIAS CLÍNICAS	40	1000%

Fuente Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2

La tabla No 6 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems completos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de octubre.



Grafica 7 Porcentaje de ítems completos de historia clínica en octubre

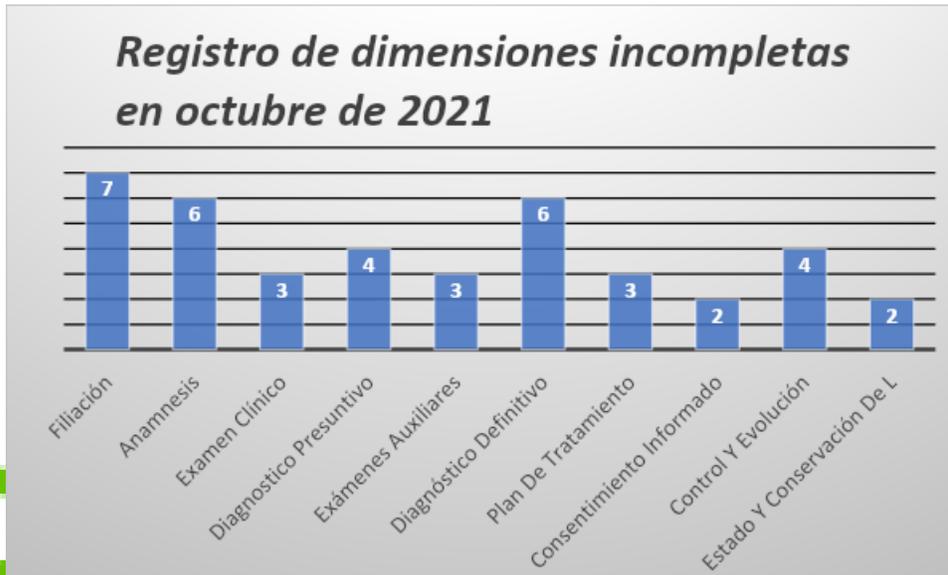
La grafica no 8 representa el porcentaje de ítems diligenciados de forma completa en las historias clínicas de pacientes del mes de Octubre de 2021, se puede observar que la filiación es decir los datos principales del pacientes es el ítem que más se cumple con un 16% seguido de los exámenes de auxiliares con un 19%.

Tabla 11 Registro de dimensiones incompletas en octubre de 2021

Filiación	7
Anamnesis	6
Examen Clínico	3
Diagnostico Presuntivo	4
Exámenes Auxiliares	3
Diagnóstico Definitivo	6
Plan De Tratamiento	3
Consentimiento Informado	2
Control Y Evolución	4
Estado Y Conservación De Las Historia Clínica	2
Total Historias Clínicas	40



La tabla No 7 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems incompletos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de agosto.



Gráfica 8 Número de Ítems Incompletos de historia clínica en octubre

Fundación Universitaria del Área Andina

La grafica presenta un análisis de los ítems que se quedan frecuentemente sin diligenciar en la historia clínica, para lo cual se puede observar que los datos de filiación, seguidos por anamnesis y diagnóstico, fueron los datos que olvidaron llenar con mayor frecuencia.

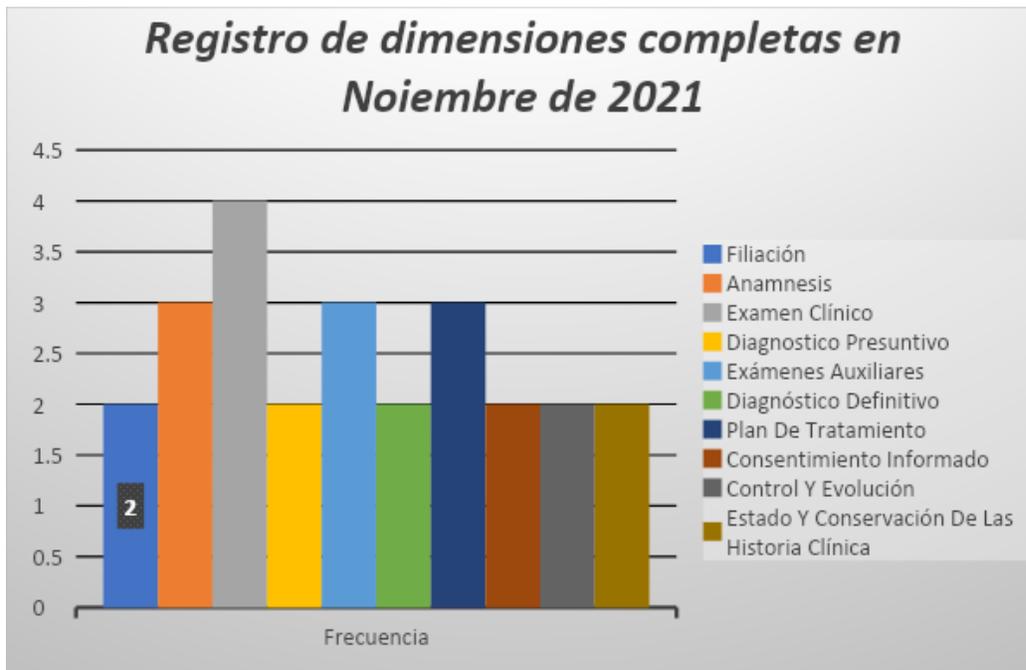
Tabla 12 Registro de dimensiones completas en noviembre de 2021

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FILIACIÓN	4	16%

ANAMNESIS	3	12,00%
EXAMEN CLÍNICO	2	8%
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	2	0,08
EXÁMENES AUXILIARES	3	12%
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	2	8%
PLAN DE TRATAMIENTO	3	12,00%
CONSENTIMIENTO INFORMADO	2	8%
CONTROL Y EVOLUCIÓN	2	8,00%
ESTADO Y CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIA CLÍNICA	2	8,00%
TOTAL HISTORIAS CLÍNICAS	25	100%

Fuente Bases de datos historias clínicas IPS ESE Norte 2

La tabla No 9 presenta la frecuencia y porcentaje de ítems completos para diligenciamiento de la historia clínica en el mes de noviembre.



Grafica 9 Numero de ítems completos de historia clínica en octubre

En la gráfica se puede observar que, para las historias clínicas revisadas en el mes de noviembre, registran que el examen clínico son los datos que mayor frecuencia se llenan completos en la historia clínica.

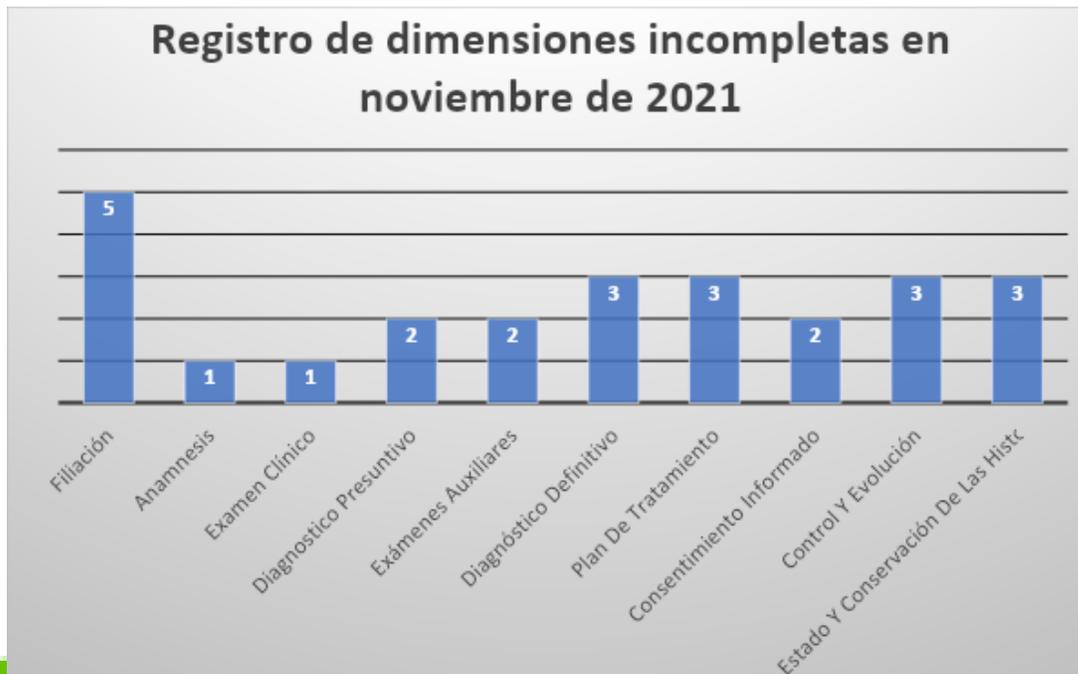
Tabla 13 Registro de dimensiones incompletas en noviembre de 2021

Filiación	5
-----------	---

Anamnesis	1
Examen Clínico	1
Diagnostico Presuntivo	2
Exámenes Auxiliares	2
Diagnóstico Definitivo	3
Plan De Tratamiento	3
Consentimiento Informado	2
Control Y Evolución	3
Estado Y Conservación De Las Historia Clínica	3
Total Historias Clínicas	25

PDSBONDINA

 Fun ra



Grafica 10 Porcentaje de Items completos de historia clínica en noviembre

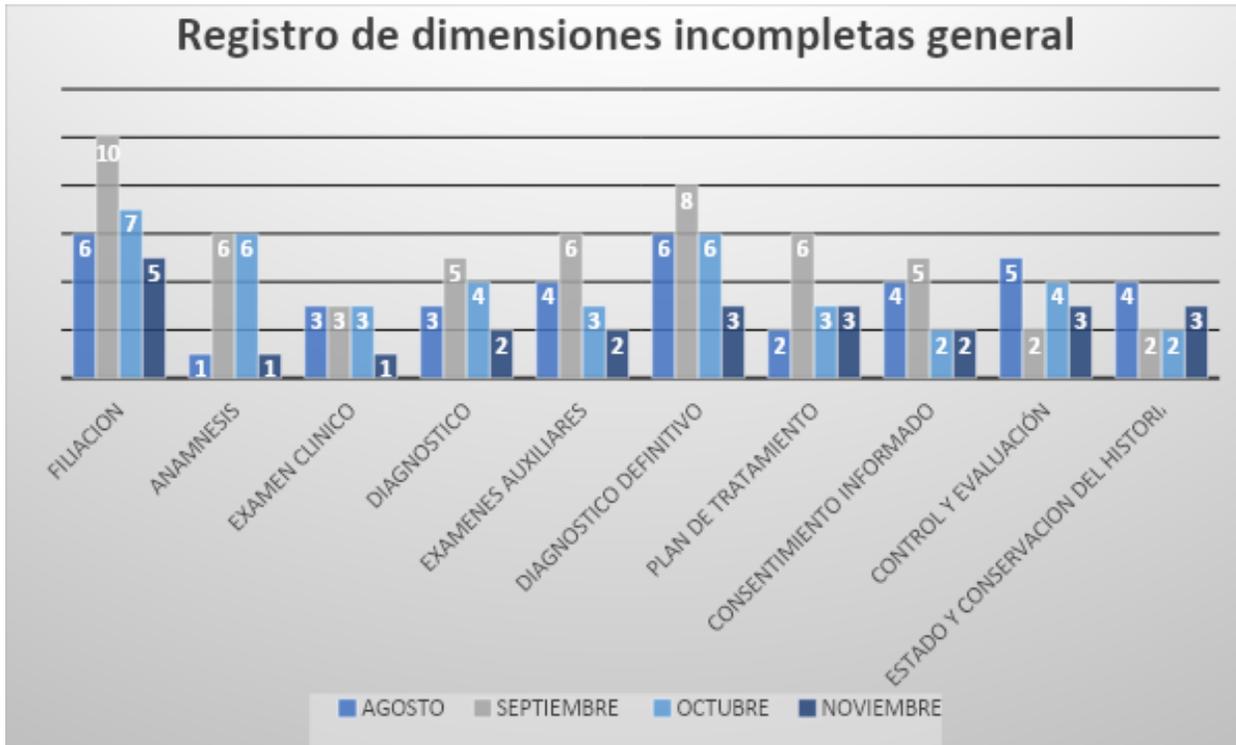
La grafica muestra el registro de las dimensiones que se diligenciaron de manera incompletas en las historias clínicas que se llenaron el mes de noviembre presentando que la filiación es uno de los items que más datos faltan por llenar en las historias clínicas correspondientes al 10% del total de historias clínicas para el mes de noviembre.

Para definir el plan de mejoramiento, con base en los resultados encontrados se plantea la necesidad de presentar los resultados obtenidos con el estudio en la ESE Norte 2, con el objetivo de realizar un análisis conjunto que permita evitar errores en el diligenciamiento.

Tabla 14 Registro de dimensiones incompletas general

Registro de dimensiones incompletas general				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
FILIACION	6	10	7	5
ANAMNESIS	1	6	6	1
EXAMEN CLINICO	3	3	3	1
DIAGNOSTICO	3	5	4	2
EXAMENES AUXILIARES	4	6	3	2
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	6	8	6	3
PLAN DE TRATAMIENTO	2	6	3	3
CONSENTIMIENTO INFORMADO	4	5	2	2
CONTROL Y EVALUACIÓN	5	2	4	3
ESTADO Y CONSERVACION DEL HISTORIA CLINICA	4	2	2	3

Fundación Universitaria del Área Andina



Gráfica 11 Registro de dimensiones incompletas general

Fundación Universitaria del Área Andina

Tabla 15 Plan Descripción de hallazgos

Descripción de los hallazgos					
Hallazgo	Descripción	Acción correctiva	Importancia del hallazgo	Meta	Cumplimiento
1	Se evidencia en la evaluación de cada profesional en salud, que existe poca adherencia al diligenciamiento de la historia clínica ya que es frecuente encontrar historias clínicas con información incompleta.	Se retroalimenta a los profesionales de la salud evaluados, con respecto a los resultados y se brinda un taller con respecto al estándar 6 de habilitación, el cual define los ítems que debe llevar la historia clínica.	Alto	Que los profesionales de la salud evaluados, apliquen en las próximas historias clínicas las recomendaciones realizadas.	Corto plazo
2	Se evidencia información incompleta en mayor proporción de filiación y anamnesis.	Se retroalimenta a los profesionales de la salud, haciendo énfasis en la importancia del llenado de la información de manera oportuna y completa.	Alto	Que los ítems de filiación y anamnesis se diligencien de manera completa.	Corto plazo

Tabla 16 Plan de mejoramiento

PLAN DE MEJORAMIENTO MATRIZ 5W2H						
¿Qué?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Cómo?	¿Cuánto?
Realizar retroalimentación de los hallazgos al personal médico evaluado.	Se evidencia en la evaluación de cada profesional en salud, que existe poca adherencia al diligenciamiento de la historia clínica ya que es frecuente encontrar historias clínicas con información incompleta.	En el área de hospitalización en una IPS de primer nivel, de corinto Cauca.	Coordinador del área	A corto plazo, de forma periódica	Con la realización de un taller de socialización.	Gasto en logística de la capacitación papelería.
Las historias clínicas deben diligenciarse de manera computarizadas	Porque permite mayor claridad en la información suministrada.	En el área de hospitalización en una IPS de primer nivel, de corinto Cauca.	Coordinador del área	A mediano plazo	A través de capacitación para llenado de historia clínica de forma computarizada.	Gasto en logística de la capacitación papelería, sala de computo.
Crear una Guía o protocolo institucional con las abreviaturas permitidas	Se evidencia el uso de abreviaturas de manera incorrecta.	En el área de hospitalización en una IPS de primer nivel, de corinto Cauca.	Coordinador del área	A corto plazo, de forma periódica.	Con la realización de una guía institucional para uso de abreviaturas permitidas.	Gasto en logística de la capacitación papelería.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se evaluó la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica de la IPS ESE Norte2, de primer nivel ubicada en Corinto cauca. El registro de todas las historias clínicas elaboradas por el personal médico, mostro errores en el llenado de las misma, lo que implica que exista una falta de conocimiento, presión por sobre carga laboral, falta de exigencias de los profesionales, pueden ser algunas de las causas que determinan los errores encontrados en la revisión de las historias clínicas. Por ejemplo, entre los errores más frecuentes está el omitir información como números telefónicos, la falta de exámenes clínicos, la determinación del estado del tratamiento entre otros son los ítems que por lo general se encuentran incompletos (43).

Ahora bien, si se comparan los periodos de agosto y septiembre muestran una gran diferencia entre la evaluación de las historias clínicas, porque para agosto el ítem que más se cumplía según el análisis era el de llenado de consentimiento informado, mientras que en septiembre el ítem con mayor cumplimiento fue el de realización de exámenes auxiliares(44).

Al realizar los datos de las historias clínica que se han llenado de manera completa o incompleta, se puede deducir que uno de los ítems que olvidan con mayor frecuencia llenar es la filiación y esta contiene información de contacto e identificación del paciente, en la observación de las historias clínicas se pudo evidenciar que el número telefónico, junto con la dirección del paciente son los datos que más olvidan llenar los profesionales en la salud, sumado a esto la anamnesis que pide los datos organizados, con información legible y clara también presenta dificultades(45).

Los datos que se obtuvieron del análisis de las historias clínicas, registradas en los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre demuestran que al diligenciar las historias clínicas se cometen muchos errores, se logró establecer con la realización de la presente investigación es que los errores son más de omisión de información, porque por lo general la información que debe corregirse es poca comparada con la información que debe anexarse porque se omitió. Por tanto, es importante hacer un taller de sensibilización sobre la importancia de llenar correctamente la historia clínica que en últimas se convierte en una conexión con el paciente y de su información depende en gran medida la evolución de la enfermedad(46)

También en los hallazgos de la investigación, se pudo establecer que el uso de abreviaturas constituye uno de los errores más comunes en las historias clínicas, los profesionales de la salud evaluados omiten información y otra la escriben a través del uso de abreviaturas, indicando que en algunas ocasiones el diligenciamiento de la historia clínica no es el adecuado por tanto se reitera la importancia del documento como privado y obligatorio que debe cumplir varias características básicas como lo estipula Gina Rubio en 2007(47).

Por lo anterior resulta importante realizar comparaciones con otros estudios trascurridos varios años, como por ejemplo el realizado por Gómez y González 2008, en el cual se encontró un 25% de historias clínicas en un rango óptimo diligenciamiento, un 28% estaba en el rango regular y un 46,5% en un rango malo, teniendo en cuenta dichos porcentajes basados en que según la presente investigación a todas las historias clínicas evaluadas les falta algún dato por tanto también su clasificación sería mal diligenciamiento de historia clínica(48).

La historia clínica es un documento de gran importancia, para la atención de calidad, por lo tanto, es menester de las empresas prestadoras de servicios de salud velar por su correcto diligenciamiento, conforme a los requerimientos de ley, por ser un documento de carácter obligatorio su diligenciamiento debe ser veraz y oportuno, los profesionales tienen en consecuencia una obligación compartida con las instituciones prestadoras de servicios de salud (49)

En consecuencia, el identificar espacios o errores en la labor como profesionales en salud, es un motivo de reflexión y análisis que busca con base en los cuestionamientos, de los errores encontrados, proponer acciones de mejora que permitan cada día el perfeccionamiento del trabajo del profesional en salud. Dichos cuestionamientos son una oportunidad para profundizar en la metodología de trabajo y realizar acciones de mejora(50).

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

9 CONCLUSIONES

- En la mayoría de las historias clínicas analizadas se encontró que existe omisión de información, los que para efectos de la presente investigación se considera historia incompleta, por tanto se concluye que el nivel de adherencia de los profesionales de la salud al diligenciamiento de la historia clínica en la IPS ESE Norte2 del municipio de Corinto Cauca, es bajo, se cometen muchos errores, se omite información lo que evidencia que el porcentaje de historias clínicas incompletas es del 100%.
- Se omite información, que no se considera obligatoria, porque no se relaciona directamente con la enfermedad sino más bien con la ubicación del paciente, por tanto, los errores más frecuentes identificados en el diligenciamiento de la historia clínica, son la información del número telefónico, dirección y la anamnesis que muestra una historia clínica poco clara y difícil de interpretar.
- Existen datos de la historia clínica, que, según el análisis identificado, siempre se llenan correctamente, y de forma completa y los datos de los exámenes

médicos es una de ellas, porque va directamente relacionado al diagnóstico, por tanto, es de las dimensiones que se llena por completo con mayor frecuencia.

10. Recomendaciones

- Se recomienda al gerente de la IPS ESE Norte 2, incorporar sistemas de información computarizado, que permita la realización y manejo de las historias clínicas.
- Se recomienda al coordinador médico del servicio de hospitalización, de la IPS ESE Norte 2, realizar capacitaciones de manera permanente con el ánimo que el personal tome conciencia de la importancia de diligenciar correctamente las historias clínicas. Para la prestación de servicios de calidad.
- Se recomienda al coordinador médico del servicio de hospitalización, de la IPS ESE Norte 2, evaluar periódicamente el cumplimiento de los ítems del llenado de historia clínica.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 003100 De 2019. D Of [Internet]. 2019;2019:1-230. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
2. Sociedad Colombiana de anestesiología. Las diez cosas que debe tener en cuenta para diligenciar una historia clínica y evitar demandas - S.C.A.R.E. [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://scare.org.co/noticias/las-diez-cosas-que-debe-tener-en-cuenta-para-diligenciar-una-historia-clinica-y-evitar-demandas/>
3. Cedeño, S. , Carvajal L. Calidad De Los Registros De Enfermería En La Historia Clínica En El Hospital Abel Gilbert Pontón. Univ Catalunya [Internet]. 2019;9. Disponible en: [http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750%0Ahttp://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8750/1/Calidad de los registros de Enfermeria en la Historia Clinica.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750%0Ahttp://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8750/1/Calidad%20de%20los%20registros%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Historia%20Clinica.pdf)
4. Gutierrez Roda, Javier; Hernandez, Ruben; Montoya, Liliana; Moreno, Alberto; Arango PAEI. Vista de Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002. [Internet]. [citado 21 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/554/320>
5. Luna Maldonado A. Problemas Médico Legales Del Manejo De La Historia Clínica. *Medic Leg.* 2000;5(1).
6. Alcaraz AM, Nápoles RY, Chaveco GI, Martínez RM, Coello AJM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *Medisan.* 2010;14(7).
7. Battistella G. *Historia Clínica Orientada al Problema.* Vol. 1, Universidad de Buenos Aires. 2016.
8. Tecnologías EDE, Salud EN. Manual metodológico.
9. Martínez CAC. La historia clínica. Aspectos jurídicos y dilemas en el derecho español y colombiano. *Via Inven Iudicandi* [Internet]. 2015 [citado 22 de agosto de 2021];10(2):125-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560258678004>
10. Términos y siglas 1. DEFINICIONES DE HISTORIA CLÍNICA 1.1. Historia clínica.
11. Valls Matarín J, Torrico Rodríguez R, Quintana Riera S. Registros de enfermería de la dieta administrada a los pacientes ingresados en una unidad de semicríticos. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2016;36(3):14-8.
12. Guzmán FACA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. 2012 [citado 10 de agosto de 2021];25-15-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
13. Plüddemann A, Wallace E, Bankhead C, Keogh C, Van Der Windt D,

- Lasserson D, et al. Clinical prediction rules in practice: Review of clinical guidelines and survey of GPs. Br J Gen Pract. 1 de abril de 2014;64(621).
14. Socarrás Benitez Dunior, Vega Izaguirre Leodan AAY. Propuesta de nuevas funcionalidades para la gestión de la Historia Clínica Electrónica en el sistema XAVIA HIS [Internet]. 2021 [citado 17 de agosto de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592021000100008&lang=es
 15. Almanza Reyes, Elsy Rosario; Varga Delgado, Ana Eugenia; Betancourt Perez Idalmis; Porro de Zayas LA. Redacción de historias clínicas como habilidad para el estomatólogo [Internet]. 2021 [citado 21 de agosto de 2021]. p. vol 21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000100188&lang=es
 16. Ribeiro MC, Dalaneze BS, Peruchi MP de O, Cintra RB. Análise de prontuários de hospital universitário de Mogi das Cruzes, São Paulo. Rev Bioética [Internet]. 20 de enero de 2021 [citado 21 de agosto de 2021];28(4):740-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/gvJNmPgXxDRygmQfgMrYTrK/?lang=pt>
 17. Figueroa-Gutiérrez L, Martínez-Cano J, Giraldo-Ossa B, López-González LA, Echeverry-Rendón S, Rodríguez-Suárez E, et al. Terapia de presión negativa en pediatría. Rev Colomb Cirugía. 2020;35(4).
 18. Sociedad Española de reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide
 19. Imas GE, Fuentes Agúndez A, Jesús M, Pasamar M, Manuel J, Rodríguez N. Visión y experiencia de enfermeras coordinadoras de unidades de heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. 2016 [citado 9 de febrero de 2022];27(3):127-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Valverde Mamani A. Calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño 2009. 2013;70-70.
 21. de salud y protección social M. Consejos para diligenciar una historia clínica y evitar demandas [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/Sugieren-como-diligenciar-una-historia-clinica-y-evitar-demandas+130509>
 22. Bautista Rodríguez LMVR, Moreno JJFR, Jorge Andrés. GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375007.pdf>
 23. Torres Gómez JA. ESTÁNDAR 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTRO.
 24. Ximena S, Santofimio R. UNA PROPUESTA PARA EL FORMATO DE LA

HISTORIA CLÍNICA HOMEOPÁTICA INFORME FINAL.

25. Barrera P M del P, Lancheros P L, Vargas Z M. Consumo de calcoo: evolución y situación actual. Rev Fac Med. 2012;60:50-61.
26. Blanco Aspiazu, Miguel Angel; Salazar Alvarez Yohana; Morales Gonzalez HABR. Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna [Internet]. [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414048011>
27. Salud EN, De Medicina F, De D, Pública S. EVALUAR EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017 MARÍA ALEJANDRA MENDOZA VERGARA VIVIANA MAYERLY NOVA GALLO DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ÁNGELA MARÍA JIMÉNEZ PATIÑO ESPECIALISTA EN AUDITORIA. 2017;
28. Andrés Reyes Sanamé F, Céspedes Cuenca Y, Jiménez Rodríguez K, Fernández Mendoza A, Breff Vera B, Luis Fernández Hernández Baquero Moa Holguín Cuba G. Examen clínico: un método diagnóstico con dificultades en estudiantes de tercer año de la carrera de medicina. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [citado 21 de noviembre de 2021];21(3):748-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Diagnóstico presuntivo (hipotético, orientador) | Significado de diagnóstico presuntivo [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.definiciones-de.com/Definicion/de/diagnostico_presuntivo.php
30. Manjarrés RER. Idoneidad_de_la_historia_clinica [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/visiuris/article/download/1268/1230?inline=1>
31. Bautista Rodríguez LM, Vejar Ríos LY, Pabón Parra MR, Moreno JJ, Fuentes Rodríguez L, León Solano KY, et al. GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA. Rev Cuid [Internet]. 5 de enero de 2016 [citado 22 de agosto de 2021];7(1):1195-203. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
32. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Sistema Único de Habilitación de Prestadores de la Salud [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/AutoevaluaciónyNormatividaddelosServiciosdeSalud.aspx>
33. Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 8 de

- febrero de 2022]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
34. De Salud M, Ministro EL, Salud DE. Hoja 1 de 1 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 1995;
 35. Benjamin W. No Title. بررسی رابطه علی بین نرخ بهره و نرخ تورم: با استفاده از داده های تابلویی. فصلنامه پژوهشهای اقتصادی. 3;1981 (September):675-87.
 36. Derecho del Bienestar Familiar [LEY_0023_1981] [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm
 37. ACUERDO 07 DE 1994 | Normatividad AGN [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://normativa.archivogeneral.gov.co/acuerdo-07-de-1994/>
 38. CIRCULAR 2 DE 1997 | Normatividad AGN [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://normativa.archivogeneral.gov.co/circular-2-de-1997/>
 39. Decreto 2309 de 2002 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>
 40. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Decreto 2200 del Servicio Farmacéutico. Bibl Digit Minsalud [Internet]. 2005;93(S85):22-70. Disponible en:
https://www.invima.gov.co/images/pdf/tecnovigilancia/buenas_practicas/normatividad/Decreto-2200de-2005.pdf
 41. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. 2006;2006.1-14. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1445_DE_2006_-_ANEXO_TÉCNICO.pdf
 42. Congreso de la República de Colombia. Ley 2015 del 31 de enero de 2020. Congr Colomb. 2020;7.
 43. Único Habilitación Y Certificación De Prestadores De Servicios De Salud S DE. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. 2680;
 44. Manuel González E, López Martínez Historiador del Instituto de Neurología Neurocirugía José Rafael Estrada González La Habana M, Manuel López Martínez Cátedra P. HISTORIA Rev Cubana Neurol Neurocir. 2013;3(Supl. 1):S2-S10 S2.
 45. Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73797>
 46. Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno JJ, Fuentes L LK. Vista de Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería | Revista

- Cuidarte [Internet]. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/237/522>
47. Rincón GR. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular N° 8: 113-118 / Enero-junio de 2007 Historia clínica optométrica: documento obligatorio.
 48. Corona Martínez LA, Mercedes Fonseca Hernández D, Alberto Corona Martínez L. Medical Reasoning Stated in Patient's Individual Records: a Reflection on the Diagnostic Discussion. 2011;9(4).
 49. Preciado Rodríguez, Adiel;Valles, Miguel Angel; Levano Rodríguez D. Importancia del uso de sistemas de información en la automatización de historiales clínicos, una revisión sistemática [Internet]. [citado 22 de agosto de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592021000100012&lang=es
 50. Liu S, Li T, Ding H, Tang B, Wang X, Chen Q, et al. A hybrid method of recurrent neural network and graph neural network for next-period prescription prediction. Int J Mach Learn Cybern. 1 de diciembre de 2020;11(12):2849-56.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

ANEXOS

ANEXO 1

DIMENSIÓN	ITEM	Completo	Incompleto	N/A
Filiación	Está registrado de manera completa el nombre de la paciente.			
	Está registrada de manera completa la identificación de la paciente.			
	Está registrado de manera completa el teléfono de la paciente			
	Está registrada de manera completa la dirección de la paciente.			
	Está registrada de manera completa la edad de la paciente.			
	Está registrada de manera completa la fecha de nacimiento.			
	Los Registros están ordenados de forma Cronológica.			
	El registro en la Historia Clínica es simultáneo o inmediato a la prestación del servicio			
Anamnesis	Los Registros de la Historia Clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones ni enmendaduras.			
	Está registrada de manera completa el motivo de consulta			
	Enfermedad actual			
	Están registrados de manera completa los antecedentes, personales, familiares.			
Examen clínico	Registra completo el estado general del paciente según exámenes			
Diagnostico presuntivo	Registra completo el diagnóstico de la enfermedad			

Exámenes auxiliares	Inclusión de exámenes e informes			
Diagnóstico definitivo	Registra el diagnóstico final, según los códigos del CIE10			
Pronóstico	Indica los términos favorable o desfavorable según corresponda			
Plan de tratamiento	Registro y codificación del plan			
Consentimiento informado	Firma del consentimiento informado por el paciente			
Control y evolución	Fechas de registro organizadas cronológicamente.			
Estado y conservación	El nombre del profesional figura al final de cada anotación.			
	La información registrada está clara y legible			
	No se utilizan abreviaturas			
	No se han usado correctores para cubrir errores			
	Esta rotulada en adecuado estado de conservación.			

AREA ANDINA

10.1 Consentimiento informado

Fundación Universitaria del Área Andina



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NORTE 2 E.S.E.
NIT. 900.146.006-6



SC-CER703910

Corinto Cauca, Noviembre 15 de 2021

Doctora:
Claudia Ximena Villa Cardona
Coordinadora Académica Posgrados
Fundación Universitaria del Área Andina.

ASUNTO: Autorización desarrollo de trabajo de investigación en la ESE Norte 2 Punto de Atención Corinto.

Cordial Saludo

De acuerdo al asunto en mención, me permito certificar e informar en calidad de profesional especializado para la Gestión de procesos, para la Empresa Social del Estado ESE NORTE 2. Se autorizó a las estudiantes María del Rosario vivas Rincón, Mónica Andrea Llantén Rincón Díaz y Yuri Jasbleidy Núñez Bedoya, pertenecientes al posgrado especialización en AUDITORIA EN SALUD de la Fundación Universitaria del Área Andina para que desarrollen su estudio de investigación durante el tercer y cuarto trimestre del año 2021 en las instalaciones de la ESE NORTE 2 punto de atención Corinto Cauca; el cual presta servicios de salud de primer nivel a la comunidad Corintea.

Se expide a los quince (15) días del mes de noviembre de 2021

Atentamente,



10.2 Cronograma

Cronograma de actividades				
Fechas	Años			
Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
1. Revisión bibliográfica	X	X		
2. Anteproyecto			X	
3. Recolección de datos			X	
4. Evaluación del instrumento			X	
5. Analisis de información				X
6. Presentación de resultados				X
7. Entrega de informe final				X

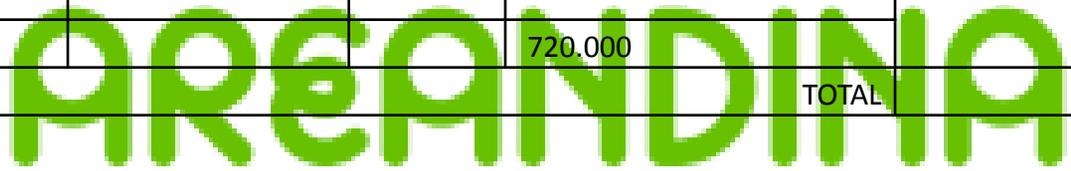
10.3 Presupuesto

Personal							
Rubro	Formación académica	Valor hora	Cantidad de horas a la semana	Número de meses	Total	Instalado	No Instalado
Investigador(a)1	Enfermera	30000	3	5	1.800.000		
Investigador(a)2	Enfermera	30000	3	5	1.800.000		
Investigador(a)3	Enfermera	30000	3	5	1.800.000		
Asesor(a) medotológico@			2				
Asesor(a) medotológico@							
Total			0		5.400.000		

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Materiales e insumos					
Rubro	Valor unitario	Cantidad requerida	Total	Instalado	No Instalado
Papelería	300000				
Fotocopias	150000				
Impresiones	200000				
...					
...					
...					
Total	650000		650000		



Salidas de campo					
Descripción	Justificación	Costo unitario	# de salidas	Instalado	No instalado
Visitas	Realización observación en la IPS	60.000	12		
			720.000		
TOTAL					

Equipos			
Descripción del equipo	Justificación	Especie	Efectivo
Celular			
Computador			1.800.000
TOTAL			1.800.000

Software			
Descripción del software	Justificación	Especie	Efectivo
TOTAL			

ARÉANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

