UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN CONSULTORIOS DE PRESTADORES DE PAMI

Autora: DIAZ, MAILEN DANA

Tutora: LIC. CENTURION, ROXANA

Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Facultad de Medicina

Buenos Aires, Argentina

2020

DEDICATORIA

A todos aquellos prestadores que aspiren a mejorar la calidad de registro de atención de sus pacientes.

Asimismo, para aquellos auditores de la calidad en salud, quienes se encuentran en constante búsqueda y análisis de la satisfacción a las necesidades cambiantes de los pacientes en la actualidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos que me acompañaron durante este proceso, para poder llegar a lograr mi objetivo tan deseado.

A mi pareja, familia y amigos por creer siempre en mí, por su ayuda y respeto a los tiempos necesarios para finiquitar esta carrera universitaria.

A la Licenciada Roxana Centurión, mi docente y tutora, que desde el primer momento me brindó su ayuda, dedicación y palabras de aliento.

Por último, a mis compañeros y docentes con los cuales transite esta etapa de formación y disfrute, compartiendo nuestra pasión por esta bella profesión.

INDICE

RESUMEN 6

INTRODUCCION 7

PROBLEMA 9

HIPOTESIS 9

OBJETIVOS 9

GENERALES 9

ESPECÍFICOS 9

ESTADO DEL ARTE 10

MARCO TEORICO 14

HISTORIA CLINICA 14

DEFINICION 14

ANTECEDENTES DE HISTORIA CLINICA 14

HISTORIA KINESICA, FICHA KINESICA o HISTORIA CLINICO-KINESICA 19

FINALIDAD DE LA HC 19

PRINCIPIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE EL REGISTRO 21

REQUISITOS DE LA HC 22

TIPOS DE HISTORIA CLINICA: 25

NORMATIVIDAD 27

SANCIONES E INCUMPLIMIENTO DE LA HC 32

CONSENTIMIENTO INFORMADO 35

DEFINICION 35

EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO 35

REVOCABILIDAD AL CONSENTIMIENTO INFORMADO 36

CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO 37

CALIDAD 37

DEFINICION 37

CARACTERISTICAS 38

MEJORA DE LA CALIDAD 40

ENFOQUES EN LA EVALUACION DE LAS HC 40

CALIDAD DE LOS DATOS DE LA HC 41

MATERIAL Y METODO 43

TIPO DE ESTUDIO 43

VARIABLES DE ESTUDIO 43
MUESTRA 45
CRITERIOS DE INCLUSION 45
CALIFICACION 46
PROCEDIMIENTO 46
INSTRUMENTO 46
ANALISIS DE LOS DATOS 47
DISCUSION 60
CONCLUCION 62
BIBLIOGRAFIA 64
ANEXO I 66
ANEXO II 67
ANEXO III 68

RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron 52 Historias Clínicas (HC) confeccionadas por profesionales que trabajan en centros de rehabilitación, donde el mayor caudal de pacientes es afiliado de la obra social PAMI.

La recolección de datos se logró mediante la observación de las HC, volcando en planillas las variables a analizar, las cuales son consideradas de suma importancia en el ámbito legal, en el análisis del control de la calidad de atención de los pacientes y en los estudios de las condiciones de trabajo para los profesionales de la salud.

Luego del análisis de los resultados, se exponen las deficiencias más comunes haciendo hincapié en la calidad de los datos registrados para responder a la hipótesis y los objetivos planteados.

PALABRAS CLAVES: Historia clínica – Calidad – Ficha kinésica

INTRODUCCION

Según la ley 26.529 la Historia Clínica es un documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. La principal duda que se plantea en el ámbito clínico es si realmente el documento está completo.

La misma debe poseer los datos subjetivos aportados por el paciente, familiares o tutores, los datos objetivos obtenidos gracias a la exploración física realizada por los profesionales, todo acto médico realizado o indicado, sea prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y de certeza, constancias de intervención de especialistas, pronóstico, procedimiento, evolución y en especial ingresos y altas médicas con nomenclaturas y modelos universales de la Organización Mundial de la Salud.

Es consultada principalmente a la hora de realizar un informe de alta, epicrisis, actas de defunción, emisión de certificados de discapacidad, es tomada como prueba en un juicio, entre otros.

Desempeña funciones tales como la docencia, investigación clínica, epidemiologia, gestión, administración y estudios de evaluación de calidad.

Por los motivos antes mencionados es que se decidió ahondar en la evaluación de la calidad de las historias kinésicas en el ámbito privado.

Desde una perspectiva epidemiológica nos puede proveer datos estadísticos para investigaciones. El conocimiento de los datos veraces y su fácil acceso nos permitirá describir la población que estamos estudiando.

Desde el punto de vista asistencial nos brinda información sobre cuáles son los tiempos necesarios para rehabilitar determinadas patologías, recursos físicos y humanos necesarios para poder brindar una atención de calidad al paciente. Resulta imprescindible como medio de comunicación para el trabajo interdisciplinario

Es, además, una herramienta útil y necesaria en gestión para calcular costos y presupuestos.

Una adecuada confección de la historia kinefisiátrica, en donde nuestro accionar profesional se encuentre claramente descripto y detallado, no deja lugar a dudas sobre nuestra buena fe e idoneidad en el proceder terapéutico realizado. Esto es importante ya que posee una gran implicancia como auxiliar de la justicia, es la base de las diligencias de los profesionales de la salud y posee un carácter probatorio ante la ley, la cual lo considera un instrumento de dictamen pericial.

Por lo mencionado anteriormente, el presente trabajo pretende explorar la calidad en la confección de las HC, revisión y análisis de las mismas, con el propósito de que exista un parámetro de referencia que posibilite a dicho documento cumplir con su finalidad, ya sea como medio de comunicación entre profesionales a cerca de la atención prestada y evolución del paciente, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia , gestión de calidad y proporción de datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia.

PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de las HC en cuatro consultorios de Kinesiología prestadores de PAMI?

HIPOTESIS

El principal problema en la confección de la HC tiene lugar al momento de realizar la evolución por sesión del paciente y en la evaluación de los mismos, motivo que dificulta alcanzar las finalidades que la misma persigue.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Evaluar la calidad de las HC en cuatro consultorios de Kinesiología prestadores de PAMI.
- Identificar los errores más frecuentes y de mayor gravedad durante la confección de las HC.

ESPECÍFICOS:

- Evaluar el cumplimiento de la identificación personal del paciente e institucional en la HC.
- Evaluar la calidad de registro en la anamnesis, tratamiento y evolución de la HC.
- Identificar tipos de HC utilizadas.
- Identificar el cumplimiento del consentimiento informado según lo estipula la ley N° 26.529.

ESTADO DEL ARTE

En un estudio realizado a cerca de la calidad de las HC no informatizadas, manifiesta que la HC debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar su diagnóstico y tratamiento y documentar los resultados de la asistencia. En su informe Renau y Pérez Salinas plantean dos tipos de análisis o revisión de HC: cuantitativa y cualitativa.

La primera en cuanto a la cantidad de información y documentación en las mismas y la segunda en cuanto al contenido informativo que poseen justificando diagnóstico, tratamiento y resultados de la asistencia.

De esta manera si surge algún déficit, se informa al autor de la misma para una corrección y recomendación de futura confección de HC.

Aunque en ocasiones una adecuada confección de la HC se asocie con una buena calidad de atención, en estos estudios se evalúa la forma de documentar la asistencia y no la calidad de su contenido. (Renau, Pérez Salinas 2001)

Un estudio realizado en el año 1991 ratifica que la cantidad de información en la HC refleja la calidad de atención prestada al paciente y que es importante concientizar e incentivar al personal de atención a través del feedback de información respecto de que la HC es un instrumento básico para la correcta atención, y a cerca de la importancia en la calidad de los registros. (Buitrago, Guillen 1991)

Las historias que se abren de manera incompleta, permanecen incompletas a lo largo del tiempo e indican una alta responsabilidad que tiene el profesional que aborde por primera vez la historia de ese paciente. (Mancuso, 2018)

Un estudio realizado en Lisboa en el año 2007, basado en aspectos de calidad de los registros y no en los cuidados prestados por los fisioterapeutas, dio como resultado que el registro de datos genera una efectividad en la práctica clínica, una facilitación de la comunicación y una mejora en la calidad del servicio, y que aún en sitios donde no es obligatorio

la toma de registros, la mayoría de los fisioterapeutas consideran importante o muy importante una evaluación o auditoría para determinar la calidad de éstos. (Pires, Souza, López 2007)

Un informe realizado a través de una encuesta global sobre salud, por la World Health Organization en el año 2012 habla de la evolución de la recopilación de los datos del paciente desde el papel a registros electrónicos, siendo este medio más eficaz y cada vez más adoptado dentro de los entornos de salud. Mientras que esto se ve en los países de mayores ingresos, las economías emergentes como Brasil, China e India, por ejemplo, también están comenzando a introducir registros médicos electrónicos en sus sistemas de salud.

Aun así, sostienen que la información acerca del paciente es necesaria, aún en papel, para rastrear problemas de salud individuales, tratamientos adecuados, evolución y calidad de los servicios brindados y usar los resultados arrojados para introducir cambios si fueran necesarios.

La adopción del sistema de información del paciente está vinculada a los recursos que posee el país, por eso la mayoría de los datos de los pacientes se recopilan en papel.

Se realizó una investigación, en un servicio de Urgencias de un Hospital en Logroño, España para conocer el grado de cumplimentación de la HC en el proceso de evolución y control como indicador de la calidad asistencial. (Escudero, Ochoa, Acítores 1997)

La calidad de la información anotada en la HC va a condicionar información por ella generadas, siendo perjudicial el registro de datos inexactos, incompletos o no pertinentes.

En éste indican que, si bien el servicio de Urgencias se ha expandido en los últimos años en España, carecen de las formas de controles de calidad de HC que existen en los servicios de atención primaria, en los servicios de la medicina hospitalaria o en los servicios de la medicina de urgencias estadounidense, siendo estos más avanzados.

Otro informe de un servicio de Urgencias en Madrid realizado en el año 1997, afirma que la calidad de la HC mantiene una relación estrecha con la calidad de atención prestada.

Se indica que un registro informatizado de los datos de identificación del paciente, nro. de afiliación, obra social etc., permite que éstos aparezcan en el 100% de las HC evaluadas, siendo estos datos necesarios para el cobro de las prestaciones, pero en el caso de otras variables como el tratamiento llevado a cabo, pruebas complementarias y legibilidad que si bien arrojaron parámetros aceptables, requieren de mayor atención para futuros registros ya que son elementos esenciales en la HC para luego elaborar un informe de alta. (Manzano, Guervós, Candía 1997)

Una de las conclusiones con respecto a la legibilidad hace referencia a que la carga de trabajo no puede ser puesta de excusa y se debe concientizar al profesional a cerca de ello.

La edad parecía ser el único elemento por el cual un profesional puede conocer los requisitos legales y profesionales para el mantenimiento de registros, se correlaciona fuertemente con la experiencia profesional. En este estudio lo fisioterapeutas jóvenes tenían más probabilidades de tener un buen conocimiento de los requisitos de mantenimiento de registros que los de mayor edad. Este resultado interesante implica un vínculo entre el conocimiento de los requisitos legales y la formación de grado en lugar de experiencia. Lo que apoya la importancia de incluir el conocimiento legal en relación con el mantenimiento de registros en la formación de grado y la necesidad de proporcionar educación continua actualizada regularmente. (Simonini 2018)

En el estudio realizado por el Lic. Simonini sobre HC en atención kinésica en los domicilios de los pacientes, concluye que las falencias encontradas en el diligenciamiento de las historias kinésicas analizadas se encuentran en mayor medida en la evolución diaria. Además, encontró omisiones básicas, que poseen una gran relevancia ya que en

un futuro litigio pueden posicionar desventajosamente al profesional, como la falta de firma, el sello y la conformación del consentimiento informado, por mencionar algunos. Por otra parte, la falta de coherencia y cohesión textual, de la terapéutica utilizada, su correspondiente dosificación y el resultado de su aplicación, no son datos que se puedan obviar, ya que podrían llegar a comprometer la evolución del paciente.

Un estudio muy interesante realizado en Cuba por dos médicos hace mención sobre la importancia de la Historia Clínica en consultorio, ya que el gobierno había implementado la historia clínica individual (HCI) la cual debía permanecer en manos de los pacientes, en forma de libro foliado, presentaba los registros de todas las atenciones clínicas que había recibido el paciente a lo largo de toda su vida. Si bien tenía ventajas a la hora de realizar un análisis y evaluación clínica, la misma tenía una gran desventaja en cuanto a su extravío, intrusismo de personal no profesional e implicancia legal injustamente implementada. (Cuestas Mejias , Clarivel Presno, 1997).

MARCO TEORICO

HISTORIA CLINICA

DEFINICION

La Ley de Salud Pública Nº 26.529 de “Derechos del paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud” en su Capítulo IV Artículo 12 la define como documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ANTECEDENTES DE HISTORIA CLINICA

Las primeras HC completas están contenidas en los libros “Las Epidemias I y III” de Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media como documentos escritos en forma de “consilium” (consejos) y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose “Observatio”. Sydenham perfecciona su contenido completándolo a lo largo del s. XVIII con el método anatomoclínico y del s. XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas. El s. XX representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la complejidad de la HC que se convierte en multidisciplinar y obligatoria. La informatización de la HC generará cambios radicales en el s. XXI.

El “Corpus hippocraticum” son una serie de libros que representan el origen del saber científico-médico occidental. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico.

Según el pensamiento hipocrático, todos los enfermos se parecen por el hecho de estar enfermos pero unos se parecen entre sí por la forma de cómo están enfermos.

Hipócrates llamó “Eidos” a las formas de enfermar análogas entre sí que con sólo variantes individuales se repiten en distintos pacientes. Ante un enfermo el asclepiadeas hipocrático analizaba las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud llamando “Tropos” al modo de establecer las comparaciones, estos “tropos” podían ser sintomático, patocrónico (agudo, crónico), etiológico, pronóstico, constitucional. Cada una de las desemejanzas se podía ver desde dos puntos de vista: el del médico “semion” (signo) y el del paciente “páthema” (síntoma). El conjunto de “páthema” y “semion” constituye el “nousos” (forma de enfermar propia de cada paciente) y su descripción ordenada forma la HC. (Vintró, 1973)

La HC hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida en todas que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo; mención nominal; localización social; breve referencia, no constante, a datos anamnésicos (antecedentes), la historia parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente. A continuación, se describe día a día el curso de la enfermedad con rigurosa ordenación cronológica de los hechos sin clara separación entre lo subjetivo y objetivo.

Hipócrates redactó sus historias como textos didácticos, pero con dos intenciones diferentes: la primera para enseñar al lector cómo conducirse ordenada y minuciosamente ante un paciente; y la segunda para el adiestramiento a futuros lectores en enseñar a entender y actuar técnicamente. Al ordenar y catalogar HC comienza a describir el método que convierte su arte en ciencia.

En Grecia a fines de la edad antigua, los seis puntos establecidos por Hipócrates para establecer semejanzas patológicas “tropos” son concienzudamente desarrollados por Galeno, pero como hombre de ciencia, con mentalidad fisiopatológica y de localización, pretende conocer las enfermedades como son en sí mismas y no como aparecen.

En la Edad Media, la HC aparece como documento escrito en forma de “consilium”, consejos de médicos más adiestrados en la práctica, que comenzaron a circular por Europa inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos.

A diferencia de la historia Hipocrática, en el “consilium” se enumeran los síntomas sin tener en cuenta el momento en que aparecen; comienza a aparecer de forma expresa el diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por el conocimiento “per causas” de la enfermedad, se detalla una amplia discusión terapéutica, pero destaca la ausencia del “exitus” entendida como salida.

Renacimiento: “Observatio”. Durante el s. XV las Facultades de Medicina comienzan a exigir para la obtención de la licenciatura que el candidato hubiese hecho, con aplicación, formación práctica mediante visitas a enfermos bajo dirección técnica, por lo que las universidades se adaptan a esta nueva realidad comenzando a coordinar con los hospitales las lecciones clínicas para estudiantes, surgiendo así en el s. XVI las “Observatio” que se mantuvieron durante todo el Renacimiento y principios del XVII.

Esto genera que la HC se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, se hace mención del exitus en el sentido de salida hacia la curación o hacia la mención de la muerte “Exitus letalis”. Se añade una clara visión estética mejorando el estilo literario y añadiendo coherencia narrativa en la descripción clínica.

Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés, redactó meticulosamente las historias individuales de sus pacientes. Su trabajo se caracterizó por ser siempre de estrecho contacto con el paciente, consagrándose más al estudio de los síntomas que al de las teorías médicas. Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares, constantes y accidentales. Define los grandes Síndromes. Ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración: agudo y crónico y por el momento en que aparecen. La minuciosa observación de muchos casos individuales y su comparación hace

reunirlos de forma abstracta definiendo lo que es propio de cada enfermedad. Aspira a tratamientos específicos. (Laín Entralgo, 1998)

En el s. XVII la práctica de la autopsia se generaliza y el informe anatomopatológico llega a ser frecuente como fin de la HC.

A lo largo del s. XVIII se desarrolla el “método anatomoclínico” en el que aparece la lesión anatómica como fundamento de la enfermedad y surge la necesidad de encontrar el dato explicativo “premortem”.

A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión (Corvisart, 1797) y auscultación (Laennec, 1816); aparecen nuevos inventos como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro. Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrollan el laboratorio como signo clínico y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales. Con esta mentalidad fisiopatológica la HC ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna.

Todo el s. XX se caracteriza por el avance tecnológico como la radiología y la posibilidad de técnicas que generen exploraciones complementarias, la aparición de diferentes disciplinas tales como la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propia enfermedad, y la influencia que ello puede tener en el propio curso de la enfermedad.

En 1990 el Parlamento Español aprueba la Ley del Medicamento, se generalizan los documentos de prescripción y dispensación de medicamentos.

Todo esto convierte a la HC en un documento multidisciplinar, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente.

También durante la segunda mitad del s. XX, comienza la creación de Servicios nacionales de Salud, que proporcionan cobertura sanitaria pública

a los trabajadores y con ello la construcción de grandes hospitales; la HC deja de ser entonces propiedad particular del médico ya que se crean los servicios de documentación y custodia, en ellos se archivan ordenados por episodios los contactos del paciente con el sistema público de salud aumentando considerablemente la información que el relato patográfico nos proporciona de cada paciente.

En la última década del s. XX e influidos por la corriente americana basada en la Sanidad privada surge la perspectiva jurídica de la HC convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento. (Criado del Río, 1999)

Comienzan entonces a elaborarse leyes que aumentan el protagonismo del paciente en su propio relato patográfico y en la toma de decisiones, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital. Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente, pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia, entendiendo de esta manera, también por las leyes, la necesidad de la historia individual del paciente como método científico para el desarrollo y aprendizaje de la medicina. (Fombella Posada, Cereijo Quinteiro, 2012)

Hemos podido ver que con el nacimiento de la HC nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico, se ha ido incorporando mayor complejidad en su formato, en documentos y pruebas complementarias, pero el registro de nuestra observación del paciente continúa siendo el método que convierte nuestro arte en ciencia. Naturalmente una buena HC es necesariamente extensa, pero no por extenso es necesariamente buena, sólo es necesaria una plena dedicación.

HISTORIA KINESICA, FICHA KINESICA o HISTORIA CLINICO-KINESICA

En los principios de la kinesiología, se utilizaba la antigua ficha kinésica, la cual carecía de espacio suficiente para redactar toda la información necesaria por lo que las anamnesis y evoluciones de los profesionales resultaban muy escuetas y breves. Poco a poco se fueron dejando de utilizar no sólo por una cuestión de adecuación legal, sino que, además, se concluyó que existe información que resulta necesaria en aquellas situaciones en las que el profesional necesita rever el tratamiento aplicado y modificarlo si el paciente no evoluciona favorablemente. Además, existe un concepto holístico en la profesión de evaluar e intervenir al paciente desde la nueva definición de salud de la OMS en la que considera al ser humano como un ser biopsicosocial. Actualmente, esas escuetas fichas kinésicas quedaron en desuso y se implementó la HOJA KINESICA, que cumple con el Programa de Garantía de Calidad, la cual será alojada en la historia clínica agilizando así los desplazamientos de esta, dentro del flujograma de circulación que cada institución posea. Cabe mencionar que, existen instituciones en las que se utilizan las historias clínicas abiertas donde cada profesional interviniente debe escribir su evaluación en una misma hoja, de manera correlativa a cada intervención que reciba el paciente. Por lo que no existe una hoja para cada profesional.

FINALIDAD DE LA HC

Asistencial: la HC tiene como principal finalidad recoger los datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria, a lo largo de toda la atención. De esta manera la HC conforma el instrumento del buen ejercicio sanitario en donde el profesional tratante puede tener una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

Docencia e investigación: a partir de las HC pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

Evaluación de Calidad asistencial: legal y deontológicamente la HC es un derecho del paciente derivada del derecho a una asistencia médica de calidad. Es el fiel reflejo de la relación médico-paciente y el registro de la actuación médico-sanitaria prestada al mismo. Por eso su estudio y valoración permite evaluar el nivel de calidad asistencial prestada.

Administrativa: es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

Médico – Legal: es la prueba material en los casos de responsabilidad médica profesional, ya que es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial, ya sea para evaluar la conducta del médico o para verificar si realizó la HC de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial.

Es instrumento de dictamen pericial en informes médico legales, donde se toman en cuenta la enumeración de todos los documentos que la integran, análisis de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron en el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la HC puede tener las siguientes consecuencias:

- Mala praxis médico-asistencial por incumplimiento legal.

- Defecto de gestión de los servicios clínicos.

- Riesgo de responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución y a la administración.

- Riesgo médico-legal por carencia de elemento de prueba fundamental en reclamos por mala praxis médica.

PRINCIPIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE EL REGISTRO

La confección de la historia clínica debe sujetarse a los principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad.

Principio de Integridad: según lo especifica la Ley 26.529 forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Principio de Unicidad: la HC debe ser única para cada paciente dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser informada al mismo.

Principio de Inviolabilidad: como lo indica el Artículo 18 de la Ley 26529, la HC es inviolable. Los establecimientos públicos o privados y los profesionales de la salud en su calidad de titulares de consultorios privados tienen a su cargo la guarda y custodia, debiendo evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. Esta obligación debe regir durante el plazo mínimo de 10 años, desde la última actuación registrada en la HC. Cumplido ese plazo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Principio de Confidencialidad: el secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico originado desde tiempos remotos y que aún continúa vigente. La HC es el soporte documental biográfico de la asistencia a un paciente, por lo que es un documento privado.

Estrechamente vinculado con el principio de inviolabilidad, el principio de confidencialidad impone a los centros y profesionales de la Salud adoptar las medidas que pudieran resultar necesarias para evitar que personas no autorizadas accedan al contenido de la historia clínica, al tiempo que impone

al personal autorizado el deber de no divulgarlo. Si bien la normativa vigente exige que se obtenga el consentimiento del paciente para que un profesional distinto del que lo trata pueda acceder a la información de su historia clínica, es práctica habitual en los establecimientos sanitarios argentinos, que el documento sea consultado por otros médicos del mismo establecimiento, que se ocupen del seguimiento o del tratamiento del paciente alcanzados por el deber de confidencialidad.

REQUISITOS DE LA HC

Veracidad: la HC es un derecho del usuario por lo tanto debe ser un documento veraz, de lo contrario puede ser un delito penal por falsedad documental. Los datos en ella deben ser objetivos y con criterio científico, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes hacia el enfermo, otros profesionales o hacia la propia institución.

Completa y Coherente: debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, así como los documentos que integran la HC, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos de tratamiento, etc. Cualquier acto por obvio o insignificante que pareciera, debe asentarse (es preferible pecar por exceso y no por defecto) sin adulteraciones, ocultamientos, omisiones o vacíos que impidan en un futuro reconstruir los hechos durante el proceso médico de manera veraz.

Identificación del personal: todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación con nombre, apellido y número de matrícula.

Secuencialidad: los registros de la prestación deben indicarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

Asientos: establecido en la Ley 26.529 en la HC se deben asentar:

- Fecha de inicio de su confección.

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

Conforme a esto y como lo explica la Sociedad Argentina de Auditoría en Kinesiología (SADAK) en la HC debe constar:

a) datos identificatorios de la identidad del paciente;

b) original o copia o transcripción de la derivación médica;

c) hallazgos encontrados en la anamnesis, la inspección y la palpación;

d) conclusiones de la evaluación kinésica;

e) inclusión de informes de estudios complementarios o sus originales;

f) programación del tratamiento conforme al criterio profesional;

g) consentimiento del paciente a la aplicación de los agentes terapéuticos, luego que el profesional le hubiere explicado en forma clara, y el paciente haber comprendido, los objetivos, ventajas y riesgos del tratamiento (consentimiento informado);

h) actualización o asentamiento del estado y/o evolución del paciente con día y hora de cada sesión con la firma y sello del kinesiólogo tratante.

Se debe aclarar que la HC debe llevarse a cabo en todos los ámbitos, tanto en internación, como en consultorio externo, en geriátrico, en el instituto de rehabilitación, en el consultorio personal, en la Internación domiciliaria y en la atención en domicilio con iguales exigencias y contenido, y así sean del

sector público, como del sector privado, de obras sociales o de aseguradoras de riesgo del trabajo.

Siendo la HC un registro veraz que sirve como:

a) ayuda memoria para el kinesiólogo tratante;

b) medio de comunicación entre los diferentes profesionales intervinientes;

c) una guía para conocer los consumos del paciente a la hora de facturar su atención;

d) registro de las indicaciones y el cumplimiento de las mismas,

e) documento legal donde queda registrado lo actuado y lo sucedido que podrá ser útil como prueba documental en instancias judiciales. Recordemos a la jurista Highton de Nolasco “lo que no se escribe en la HC, no ha sucedido”;

f) registro de la evolución del paciente para poder redactar la epicrisis o el informe de alta;

g) de fundamental valor científico, de estar protocolizada, en investigaciones clínicas y docencia;

h) vital para evaluar la calidad de la atención, para la Auditoría Kinésica;

i) importante herramienta para la mejor gestión y administración en el ámbito de la salud.

En resumen, la HC debe:

- estar escrita con letra clara y legible;
- no tener espacios en blanco;
- escribirse sin abreviaturas, salvo que estén previamente aclaradas;
- no contener tachaduras ni enmiendas. De haber cometido un error en la escritura se anotará en el mismo texto aclarando literalmente con la palabra “error”;
- tener todas las páginas numeradas;
- tener los asientos anotados de manera secuencial, con fecha, hora, firma y sello, síntomas, signos, progresos, involuciones, estado del paciente, detalle del tratamiento o cualquier circunstancia que crea conveniente;

- sello y firma a cada anotación o actualización realizada por cada profesional;
- contener el CONSENTIMIENTO INFORMADO firmado por el paciente, así como también la firma en decisiones anticipadas de los pacientes, en su eventual revocabilidad parcial o total, en el acuerdo de cambios de tratamiento u otros documentos que varíen en las decisiones de la atención;
- contener los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas.

TIPOS DE HISTORIA CLINICA:

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

Si bien este trabajo está basado en las HC manuscritas, es válida la HC informatizada también llamada digital, electrónica o computarizada.

La Ley 26.529 en su Artículo 13 enuncia que el contenido de la HC puede confeccionarse en soporte magnético siempre que existan los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

Solo podrán acceder a la misma los profesionales intervinientes con claves de identificación y encriptamiento, y debe poseer medios no reescribibles, control de modificación de campos, y guardada y cuidada por un responsable.

Un informe publicado por el Hospital Español de la provincia de Mendoza enuncia sus ventajas: (Dra, Highton Elena, 2014)

- en condiciones normales, permite un acceso inmediato a una completa información;

- fácil lectura y permanente actualización;
- simplifica la labor del profesional ahorrando tiempo en no tener que repetir datos;
- procesamiento y presentación de la información de forma sencilla y eficaz;
- el trabajo administrativo resulta más fácil en cuanto a elaboración de informes, altas, bajas, certificados, etc.;
- rápida y sencilla revisión de datos para estudios estadísticos y de investigación;
- no plantea problemas de espacio físico, asegurando la conservación de datos, el no deterioro y pérdidas de documentación;
- puede ser una única HC para cada paciente conteniendo los datos de todos los ámbitos donde haya sido atendido generando más comunicación entre los profesionales que realizaron la atención;
- disponibilidad de la HC por cualquier centro sanitario que sea atendido el paciente.

Esta publicación enuncia igualmente que en la actualidad predomina la HC manuscrita sobre la informática, ya que también tiene como desventajas: (Dra, Highton Elena, 2014)

- la pérdida brusca, total o parcial de los datos debido a fallos técnicos;
- supone un mayor desembolso económico inicial;
- nuevas medidas de seguridad y confidencialidad;
- puede haber resistencia del personal a las nuevas formas de introducir datos.

HISTORIA CLINICA CERRADA

Es posible también diseñar una HC cerrada en donde los textos se remiten a contestar preguntas precisas a veces solo tildando SI o NO a modo de protocolo, siendo más precisa y evitando olvidos u omisiones que podrían

darse en una HC abierta. Esto facilita también realizar informes y estadísticas.

NORMATIVIDAD

En Argentina, la HC se encuentra relacionada en su implementación y en sus aspectos sancionatorios con las siguientes leyes:

- Ley Nº 25.326: Protección de los datos personales.
- Ley Nº 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- Código de Ética para el equipo de Salud.
- Ley de Gobierno Nº 153: Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley General de Sanidad Nº 14/1986

Ley Nº 25.326: Protección de Datos Personales

En su Artículo N°1 enuncia que tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar derecho al honor y a la intimidad de las personas, como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre, de conformidad a lo establecido en el Artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional.

Haciendo hincapié a los datos relativos a la salud en su Artículo N°8 enuncia que los establecimientos públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acuden a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de éstos, respetando los principios del secreto profesional.

Con respecto a la confidencialidad en su Artículo Nº 10 enuncia que el responsable y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento

de datos personales están obligados al secreto profesional respecto de los mismos. Tal obligación subsistirá aún después de finalizada su relación con el titular del archivo de datos.

Ley 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

Hasta la sanción de esta ley en el año 2009, no existió en nuestro país una regulación integral y con alcance nacional de la HC.

Como enunciamos anteriormente esta Ley define a la HC en su Artículo N°12 como el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

En su Artículo N°13 refiere que la HC puede ser informatizada siempre y cuando se establezcan los medios (accesos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos, etc.) que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos en la misma en tiempo y forma.

En cuanto a la titularidad, en su Artículo N°14 enuncia que el paciente es el titular de la HC y debe entregársele una copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial, en el caso de que el paciente lo requiera. Esto debe realizarse dentro de las 48 horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

En su Artículo N°15 enumera aquello que se debe *asentar* en la HC:

a) Fecha de inicio de su confección;

b) datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;

c) datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;

d) registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;

e) antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere;

f) todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Sus siguientes artículos hacen referencia al principio de *integridad*, el cual enuncia que forman parte de la HC, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

El principio de *unicidad*, el cual refiere que la HC tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

El principio de *inviolabilidad* habla de que los establecimientos, sean públicos o privados, así como los profesionales de la salud en carácter de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo la guarda y custodia de la HC, evitando el acceso a personas no autorizadas a la información en ella contenida. Esto debe regir durante el plazo mínimo de diez (10) años, computado desde la última actuación registrada en la HC y vencido el mismo

el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación

El principio de legitimación el cual enumera aquellas personas que están autorizados a solicitar la HC siendo:

a) el paciente y su representante legal;

b) el cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, los herederos forzosos, con autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;

c) los médicos, y otros profesionales de la salud, con autorización del paciente o de su representante legal.

En caso de una respuesta negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la HC, toda persona legitimada antes mencionada puede recurrir a un “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquella. (Artículo N°20)

Programa Nacional de Garantía de Calidad

De acuerdo a lo expresado en su resolución 374/2002 (guía de procedimientos de enfermería, kinesiología y fisiatría en un servicio de internación domiciliaria) es obligación de los kinesiólogos – fisiatras registrar los tratamientos, contraindicaciones, valoración somato funcional, evaluación y respuesta de las terapéuticas aplicadas en las HC en la hoja específica de kinesiología y/o fichas kinésicas, fecha, horas, avaladas con firma y sello del profesional kinesiólogo – fisiatra y firma del paciente o el familiar responsable.

Código de Ética para el Equipo de Salud

Elaborado en el año 2001, presenta su Capítulo 11 dedicado a la HC donde consta su definición, su utilidad y relevancia, así mismo algunas pautas de su redacción y elaboración. Responsabiliza al médico y el personal de salud como custodios de ella y da una aproximación desde el punto de vista ético de las consecuencias de un mal uso.

Enuncia que la HC completa es uno de los pilares fundamentales de la atención médica, y que en ella deben aparecer todas las indicaciones que el

médico le haga al paciente, así como su incumplimiento, en el caso de que su salud empeore o surjan circunstancias graves durante el tratamiento.

A continuación, se destacarán algunos artículos relevantes de este capítulo:

Artículo N°169 en donde enuncia a la HC como uno de los elementos relevantes en la relación Equipo de Salud – Paciente. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económico-administrativas.

Artículo N°171 dice que la HC debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se deben dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe corregirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.

Artículo N°172 las hojas de la HC deberán tener el nombre del paciente y debe existir un preciso detalle de las condiciones en las que ingresa el mismo.

Artículo N°177 debe constar en la HC el libre consentimiento informado por el paciente, la familia o el responsable legal.

Artículo N°178 enuncia que la HC completa y escrita en forma comprensible, es una de las mayores responsabilidades del equipo de salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

Artículo N°181 el médico y/o institución son los custodios de la HC, la desaparición de esta o su falta de conservación dificultará la acción de la justicia.

Ley de Gobierno Nº 153: Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

Enuncia en su Capítulo 2 de Derechos y Obligaciones de las personas, que el paciente tiene derecho de acceso a su HC y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.

Formula como uno de sus objetivos, desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la HC única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación.

Ley General de Sanidad N°14/1986

Se ocupa de diversos aspectos de la HC, como en su Artículo 10 establece que todo paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de su proceso patológico, lo que se traduce a proclamar la obligatoriedad de la elaboración de la HC de todo paciente que acuda en demanda de asistencia, sin ninguna excepción.

También enuncia en su Artículo 61 que cada área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de HC única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial.

Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efecto de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien tenga acceso a la HC.

SANCIONES E INCUMPLIMIENTO DE LA HC

La inexistencia o extravío de la HC, es menos frecuente que las omisiones o falencias, pero es sumamente grave, imaginando que los profesionales de la salud no cumplan con el deber de confeccionarla y que, por otra parte, que tal inexistencia pueda suceder a pesar de las medidas de seguridad que están obligados a adoptar los establecimientos de salud o los profesionales con respecto a la conservación de tan importante documento.

El establecimiento de salud es responsable de dicha pérdida o extravió desde que era su deber la custodia de la HC, por lo que corresponde asumir la indemnización correspondiente.

Según lo establece la Ley Nº 26.529 Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, en su capítulo IV, Artículo Nº 21 con respecto a las sanciones:

Sin prejuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo posibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 (Régimen Legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas).

Las infracciones a lo expuesto por la ley serán penadas por los organismos competentes de la misma con:

a) apercibimiento;

b) multa

c) inhabilitación en el ejercicio de un (1) mes a cinco (5) años (suspensión temporaria de la matrícula);

d) clausura parcial o total, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actuaren las personas que hayan cometido la infracción.

En el Artículo Nº 181 Capítulo 11 del Código de Ética de la Asociación Médica establece que el profesional de la salud y/o el Sanatorio son los custodios de la HC, la desaparición de esta o su falta de conservación, dificultará la acción de la justicia, al tiempo que le quita la posibilidad al profesional tratante y a la misma institución, de una oportunidad de defensa en juicio.

Con respecto a los datos que contiene la HC, el no cumplimiento de la Ley que los respalda y la responsabilidad por daños y perjuicios, será sancionada por el organismo correspondiente con apercibimiento,

suspensión, multa, clausura o cancelación del archivo, registro o banco de datos.

Además, pueden existir acciones penales según lo establece el artículo 117 bis del Código Penal:

"1°. Será reprimido con la pena de prisión de un mes a dos años el que insertará o hiciera insertar a sabiendas datos falsos en un archivo de datos personales.

2°. La pena será de seis meses a tres años, al que proporcionará a un tercero a sabiendas información falsa contenida en un archivo de datos personales.

3°. La escala penal se aumentará en la mitad del mínimo y del máximo, cuando del hecho se derive perjuicio a alguna persona.

4°. Cuando el autor o responsable del ilícito sea funcionario público en ejercicio de sus funciones, se le aplicará la accesoria de inhabilitación para el desempeño de cargos públicos por el doble del tiempo que el de la condena".

El artículo 157 bis del Código Penal agrega:

"Será reprimido con la pena de prisión de un mes a dos años el que:

1°. A sabiendas e ilegítimamente, o violando sistemas de confidencialidad y seguridad de datos, accediera, de cualquier forma, a un banco de datos personales;

2°. Revelare a otra información registrada en un banco de datos personales cuyo secreto estuviere obligado a preservar por disposición de una ley.

Cuando el autor sea funcionario público sufrirá, además, pena de inhabilitación especial de uno a cuatro años".

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DEFINICION

Es la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

a) Su estado de salud;

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) Los beneficios esperados del procedimiento;

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

Dicho consentimiento es obligatorio para toda actuación profesional dentro del ámbito sanitario, sea este público o privado.

EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El profesional de la salud quedará eximido, según la Ley 26.529, de requerir el consentimiento informado, en los siguientes casos:

• Cuando mediare grave peligro para la salud pública;

• Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

a) internación;

b) Intervención quirúrgica;

c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;

d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación;

e) Revocación.

REVOCABILIDAD AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada.

El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la HC, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante solo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la HC.

CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La firma deberá ser precedida de la explicación del Kinesiólogo, la comprensión del paciente y el acuerdo del mismo a cerca de las prácticas, técnicas, agentes, aparatos o medios terapéuticos que se le aplicarán.

Es vital consignar las identidades de los firmantes. Esto puede parecer exagerado o cuestionado pero los juicios de los usuarios a los profesionales crecen día a día y éstos no pueden estar desprotegidos.

El Colegio de Kinesiólogos de Buenos Aires (CO.KI.BA) propone un modelo de consentimiento informado, útil tanto para la evaluación como para tratamiento. (ANEXO I)

CALIDAD

DEFINICION

Se la define como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad. Es intangible, no mensurable.

Concentrándose en el producto, el término calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquel, sino al binomio producto/cliente.

El objetivo fundamental de la calidad es satisfacer las necesidades del consumidor y su control abarca las técnicas y actividades de carácter operativo. Consiste en determinar si la calidad de la producción se

corresponde a la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia.

En la literatura especializada hay numerosas definiciones de calidad, todas ellas formadas en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

Una de ellas la define como el conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen (ISO 9004-2).

Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario. (Ishikawa, 1960)

Esto haciendo referencia a ambos objetivos de la calidad, la satisfacción de las necesidades del consumidor y la conformidad con las especificaciones del diseño.

Ishikawa, profesor japonés de la administración de empresas experto en el control de calidad, ha diseñado el diagrama de las tres calidades la demandada, la diseñada y la realizada, en donde el producto o servicio tiene un mayor grado de calidad a medida que éstas son más concordantes y cuando no coinciden las consecuencias son:

- si la calidad demandada no se diseña o no se realiza, se genera una insatisfacción del usuario;

- si la calidad diseñada no se realiza o no es la demandada, el coste es mayor y la calidad es insuficiente;

- si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y la calidad es innecesaria o puede no llegar al nivel solicitado.

CARACTERISTICAS

Según lo expuesto anteriormente el concepto de calidad tiene dos aspectos básicos:

- Calidad técnica o intrínseca: características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto.

- Calidad percibida: impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas.

Ambos aspectos están estrechamente relacionados: un alto grado de calidad técnica debería producir un alto nivel de calidad percibida. De todos modos, no siempre es así. La calidad técnica se refiere al producto en sí mismo, y por el contrario la calidad percibida alude a todos los elementos integrantes del producto total (producto, precio, distribución y comunicación) o del servicio global (integración de todos los servicios elementales y sus procesos de creación).

Por lo tanto, solo podrán obtenerse servicios de calidad cuando se defina un conjunto de características que garantice la total aptitud del uso por parte del cliente, se elabore un diseño acorde con todas estas características, se determinen las especificaciones adecuadas en cada caso, y por último, se produzca el bien o servicio conforme a las especificaciones del diseño.

Idoneidad, aptitud o adecuación al uso

Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso. (Joseph M. Juran, 1950)

Estas son propiedades de un bien o servicio que contribuyen a satisfacer las necesidades de los clientes, siendo éstos los que determinan las características beneficiosas para ellos mismos.

Por este motivo se juzga según la percibe el usuario y no según la ve el proveedor.

MEJORA DE LA CALIDAD

El objetivo de la mejora de la calidad es descubrir y eliminar las perturbaciones o fallos crónicos. Para esto debe seguirse una serie universal de etapas: establecer la infraestructura necesaria para alcanzar la mejora de calidad anual, descubrir las necesidades concretas o proyectos de mejora, formar un equipo de personas para cada proyecto, proporcionar los recursos, la formación y la motivación que detecten las causas de perturbación crónica y establecer una acción correctora y de nuevos controles.

De esto se deduce que las vías para obtener mejoras de la calidad son: la corrección, los descubrimientos y la planificación.

Para garantizar o asegurar una buena calidad se ejecutan diversas modalidades de auditoría, sea cual sea la clase todas ellas tienen diversos aspectos en común:

- todas están autorizadas.

- En todas se estudian circunstancias reales referidas a un patrón preestablecido y conocido.

- Las personas que las practican no son las responsables de la actividad evaluada, son independientes y expertas.

- Todas ellas se programan por adelantado.

- Los datos de la auditoría se discuten antes de elevar el informe al escalón superior de la Dirección.

- La Dirección examina los resultados y las recomendaciones, implanta las medidas correctoras y establece normas de vigilancia para garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas

ENFOQUES EN LA EVALUACION DE LAS HC

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos.

Existe un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de “calidad”. En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas, y se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia.

A su vez dentro de este enfoque podemos distinguir dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa.

La revisión cuantitativa, es en la cual se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, la cumplimentación de los mismos, así como, otros aspectos tales como su ordenación. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva.

En cuanto a la revisión cualitativa, es una evaluación con una mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia.

Un segundo planteamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, si procede, en la futura elaboración de las historias. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias.

CALIDAD DE LOS DATOS DE LA HC

Los datos personales recabados deben ser ciertos, adecuados, pertinentes y no excesivos en relación al ámbito y finalidad para los que se hubieren obtenido. La recolección de dichos datos no puede hacerse por

medios desleales, fraudulentos o en forma contraria a las disposiciones de la ley.

Dichos datos no pueden ser utilizados para finalidades distintas o incompatibles con aquellas que motivaron su obtención.

Deberán actualizarse en el caso de que ello fuere necesario, y aquellos total o parcialmente inexactos, o que sean incompletos, deben ser suprimidos y sustituidos, o en su caso completados, por el responsable.

Además de los datos objetivos, concretos, y que en muchos casos se encuentran estipulados por la ley, existen otros con los cuales el profesional de la salud describe, explica y fundamenta su accionar, sus metas y su plan terapéutico. Esta información es volcada en la evolución diaria del paciente, parte de suma importancia dentro de la estructura interna de la historia clínica.

Dicha apreciación encuentra su justificación en el hecho de que de ella se desprenden la mayor cantidad de datos que pueden ser utilizados para la realización de estudios epidemiológicos, datos que poseen gran relevancia desde el punto de vista asistencial, docente, presupuestario y por sobre todo tienen un carácter probatorio ante la ley, lo cual genera un respaldo para el profesional.

Pero para que estos datos cumplan con las finalidades enunciadas anteriormente, y proporcionen información relevante, la manera de evolucionar desde una perspectiva kinésica, debe cumplir una serie de requisitos mínimos e indispensables.

Es de suma importancia conocer el agente o aparato de fisioterapia utilizado y su correspondiente dosificación, que técnica manual y/o ejercicios de kinesioterapia fueron usados durante la sesión y conocer su dosificación, cuál era el estado en el que se encontró al paciente, como respondió a la terapéutica y en qué condiciones se concluyó la sesión.

METODOLOGÌA

TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio DESCRIPTIVO retrospectivo sobre la calidad y la cumplimentación en la recogida de los datos de las HC en cuatro consultorios de Kinesiología.

VARIABLES DE ESTUDIO

Los datos que siguen, son las variables a medir, se puntuarán de acuerdo a su existencia o ausencia (si o no) y al grado de cumplimiento (siempre, frecuente, algunas veces, no existe) utilizando una planilla modificada (ANEXO II) basada en la Segunda guía de Evaluación de Historia Kinefisiátrica publicada en *SADAK*, trabajo realizado por los Licenciados: Acebal M., Arreba S., Buratto de Tesio G., Bravo M.F., Centurión R., Docampo A., Feldmann A., López C., Martínez S., Osuna J., Otti Ovejero, Rojas A.M., en el año 2011.

V1- Identificación Personal e institucional

V1.1 Datos filiatorios: Identificación del paciente, Fecha de nacimiento del paciente, Domicilio y teléfono del paciente, Ocupación del paciente, Cobertura de salud y Nº de afiliado

V1.2 Datos del médico derivante

V1.3 Consentimiento informado firmado por el paciente

V1.4 Anamnesis (antecedentes personales y familiares)

V1.5 Firma y sello del profesional tratante

Puntuación: SI = 6 puntos Máximo: 20 puntos

NO = 0 puntos

V2- Contenido de la HC

V2.1 Signos y síntomas

V2.2 Evaluación kinefisiátrica

V2.3 Copia de informes o comentarios de estudios complementarios

V2.4 Protocolo de tratamiento

V2.5 Consigna asistencia

V2.6 Consta evolución por sesión

V2.7 Diagnóstico

V2.8 se registra evolución final

Puntuación: Máximo: 56 puntos

Siempre = 7 puntos

Frecuente = 5 puntos

Algunas veces = 3 puntos

No existe = 0 punto

V3- Calidad del registro de la HC

V3.1 Letra clara y legible

V3.2 Coherencia textual: para que el texto tenga coherencia textual, es necesario que las diversas ideas que lo construyen, tanto las principales como las secundarias, se encuentren vinculadas lógica y eficazmente de modo que el lector pueda identificar el significado global del texto.

V3.3 Salvedad de errores: el error será salvado escribiendo la palabra ERROR (sin tachaduras, ni borrados), aclarando lo que sea necesario.

Puntuación: Máximo: 24 puntos

Siempre = 8 puntos

Frecuente = 6 puntos

Algunas veces = 4 puntos

No existe = 0 punto

MUESTRA

Se estudiaron 52 HC seleccionadas de un total de 80 ingresos en cuatro consultorios de Kinesiología durante el período de 26 meses, con fecha de alta entre el 1 de enero año 2018 al 1 de febrero 2020.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Historias clínicas ya finalizadas dentro del período analizado con un mínimo de 20 sesiones.

- Historias clínicas de pacientes con patologías crónicas

- Historias clínicas efectuadas por los profesionales Licenciados en Kinesiología y Fisiatría de la institución.

CALIFICACION:

El puntaje de cada HC se obtiene de la sumatoria de los ítems otorgará un máximo de 100 puntos. Se considerará la HC con un mínimo de 60 puntos, el no acceder al puntaje mínimo indicará la necesidad de corregir o adecuar la HC y se considerará INSUFICIENTE.

Será considerada como BUENA si alcanza entre los 60 y 79 puntos.

Será considerada como MUY BUENA si resulta calificada entre 80 y 95 puntos.

Será considerada EXCELENTE al lograr los 95-100 puntos.

PROCEDIMIENTO

Observación de las HC.

INSTRUMENTO

Planilla de recolección de datos. Se elaboró la base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel. (ANEXO II)

Para el análisis estadístico de los datos se utilizará SSPS para Windows, con el que se realizará el análisis, expresado en tablas de frecuencias y gráficos.

ANALISIS DE LOS DATOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos con respecto a la evaluación de cada variable de las 52 HC (ANEXO III), arrojando los siguientes resultados:

La primera parte de la planilla que agrupa las variables de ***Identificación Personal e Institucional*** nos indica que: Datos filiatorios: Identificación del paciente, Fecha de nacimiento del paciente, Domicilio y teléfono del paciente, Ocupación del paciente, Cobertura de salud y Nº de afiliado, Datos del médico derivante, Anamnesis (antecedentes personales y familiares) se encuentran en el 100% de las HC.

Cabe aclarar que los datos de la institución se encuentran impresos en el membrete de la hoja utilizada, al igual que un listado de patologías donde se deben completar los antecedentes personales y/o familiares del paciente. Por otro lado, los datos del Médico derivante son los del membrete de la receta médica junto a la firma y sello del mismo, la cual queda archivada en la HC y no es entregada a la obra social para la facturación de las prácticas, de igual manera se le recomienda a la institución completar estos datos en alguna de las hojas que componen la HC.

En cuanto al consentimiento informado no se encuentra en ninguna de las HC.

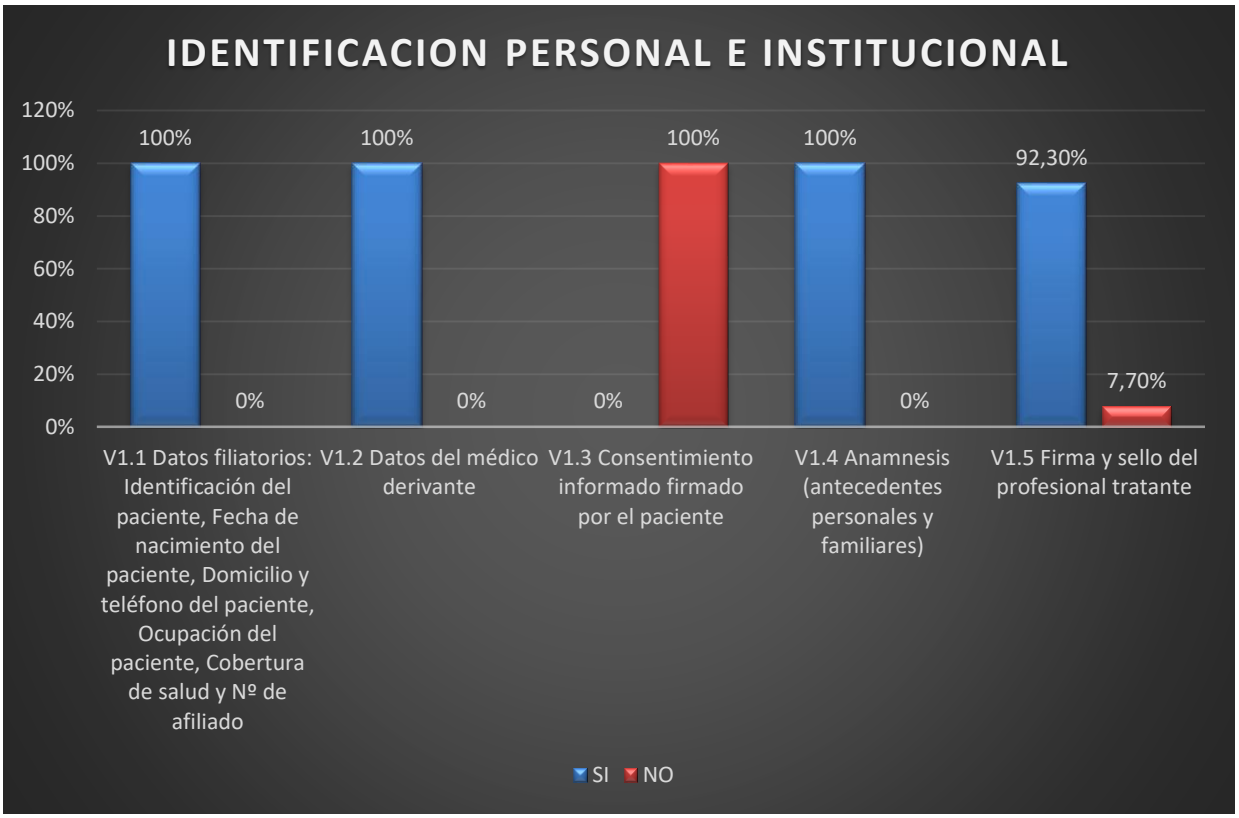
Con respecto a la firma y sello del profesional tratante, en un 7,7% nos encontramos con su ausencia.

Firma y sello del profesional tratante		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	48	92.3%
NO	4	7,7%



A continuación, se añade la tabla y gráfico de los resultados del primer conjunto de variables analizadas que competen la identificación personal e institucional:

VARIABLE	SI		NO	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
V1.1 Datos filiatorios: Identificación del paciente, Fecha de nacimiento del paciente, Domicilio y teléfono del paciente, Ocupación del paciente, Cobertura de salud y Nº de afiliado	52	100%	0	0%
V1.2 Datos del médico derivante	52	100%	0	0%
V1.3 Consentimiento informado firmado por el paciente	0	0%	52	100%
V1.4 Anamnesis (antecedentes personales y familiares)	52	100%	0	0%
V1.5 Firma y sello del profesional tratante	48	92.30%	4	7.70%



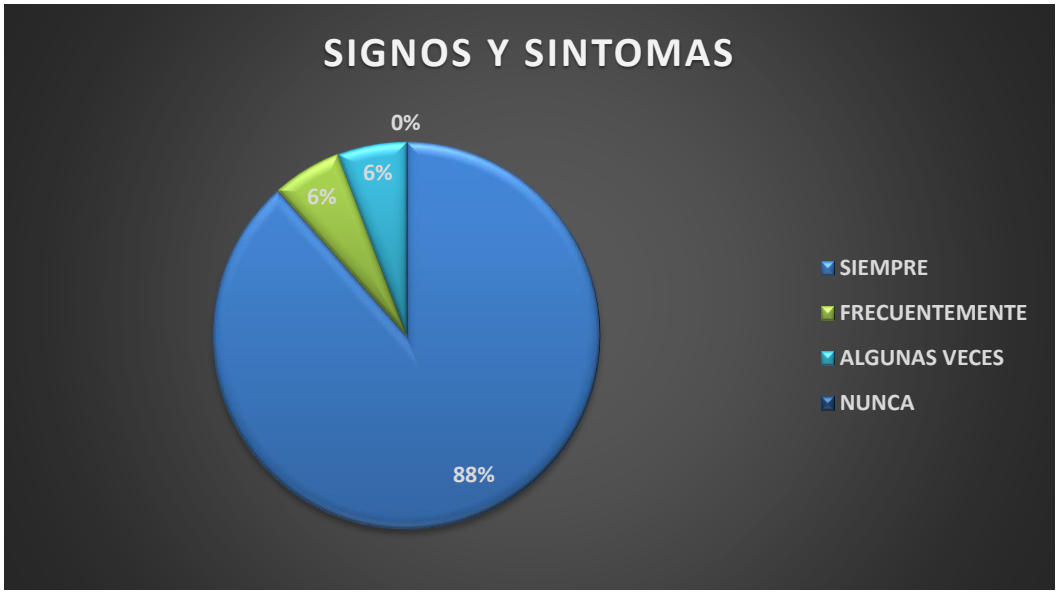
Analizando este primer conjunto de variables podemos concluir que las variables de índole administrativas, completadas al momento del ingreso del paciente no presentan problemas significativos de cumplimiento.

Y que la ausencia absoluta del consentimiento informado podría considerarse una falta grave y un riesgo legal para el profesional tratante ya que no cuenta con el consentimiento por escrito del paciente para recibir el tratamiento aplicado.

Continuando con el segundo conjunto de variables, respecto al *Contenido de la HC*, la consignación de asistencia y el diagnóstico se encuentra presentes en el 100% de las HC, recalcando que son datos que completa el área administrativa.

Seguidamente analizaremos el resto de las variables:

V2.1 Signos y síntomas		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	46	88.46
FRECUENTEMENTE	3	5.77
ALGUNAS VECES	3	5.77
NUNCA	0	0.00



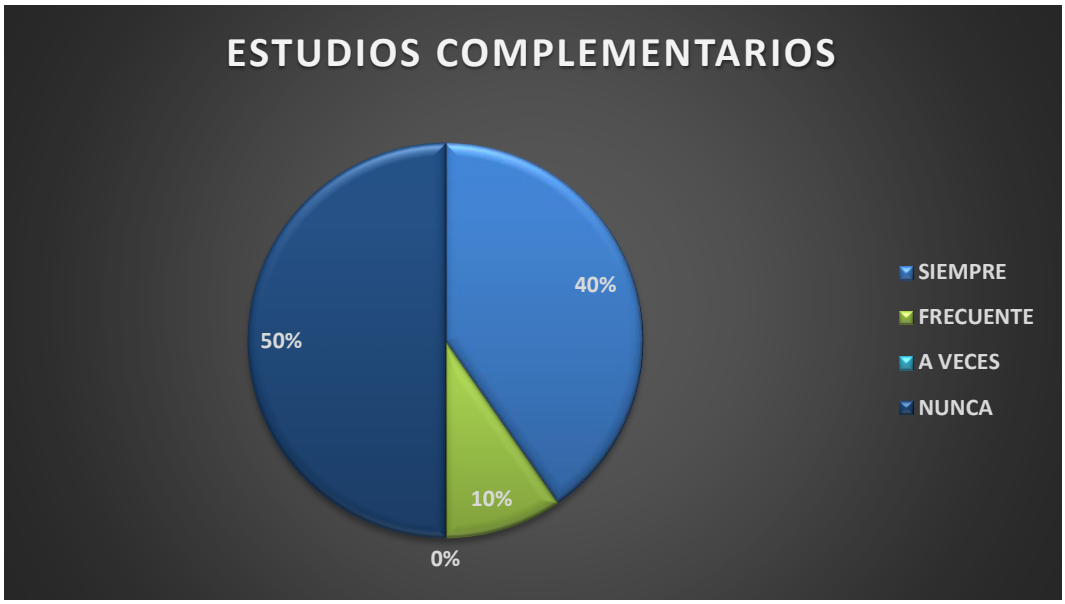
En el 88,46% se encuentran con una frecuencia calificada como SIEMPRE, hallándose en un 11,54% FRECUENTEMENTE y ALUNAS VECES.

V2.2 Evaluación kinefisiátrica		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	37	71.15
FRECUENTEMENTE	7	13.46
ALGUNAS VECES	2	3.85
NUNCA	6	11.54



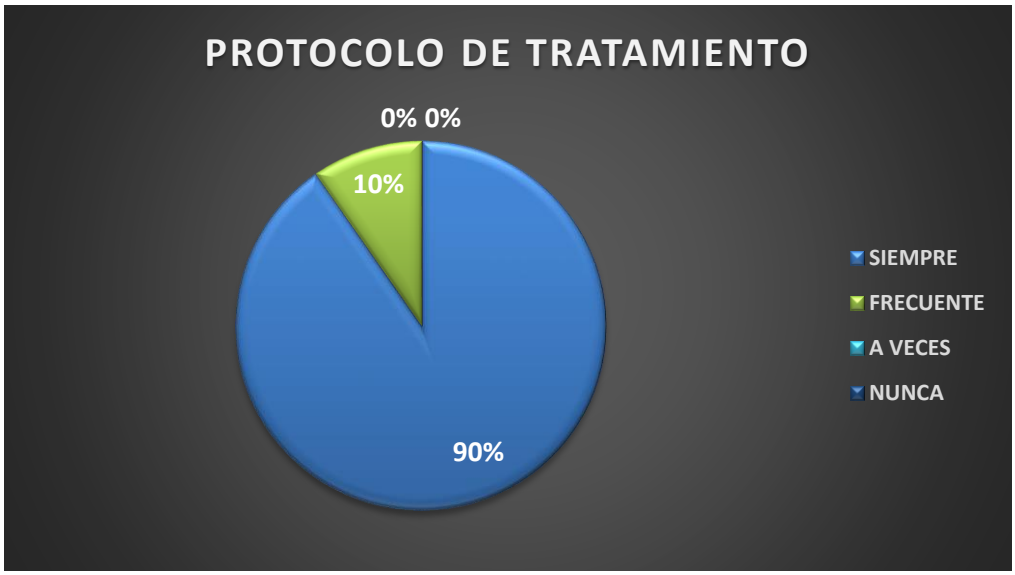
En el 71,15% de los casos se realizaron SIEMPRE, 13,46% y 3,85% FRECUENTEMENTE y ALGUNAS VECES respectivamente, arrojando el 11,54% en NUNCA.

V2.3 Copia de informes o comentarios de estudios complementarios		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	21	40.38
FRECUENTE	5	9.62
A VECES	0	0.00
NUNCA	26	50.00



Se observa con claridad que en el 50% de las HC no hay si quiera un comentario ni copia de los estudios complementarios, en el 40,38% se hallaron SIEMPRE y en el 9,62% se encontraban con frecuencia,

V2.4 Protocolo de tratamiento		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	47	90.38
FRECUENTE	5	9.62
A VECES	0	0.00
NUNCA	0	0.00



El protocolo de tratamiento se halló detallado en el 90,38%, y en un 9,62% frecuentemente.

V2.6 Consta evolución por sesión		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	8	15.38
FRECUENTE	32	61.54
A VECES	12	23.08
NUNCA	0	0.00



En el 61,54% de los casos se realizaron evoluciones con una frecuencia de 3 sesiones, en el 23,08% se realizaban sin una correlación, y solo en el 15,38% se realizaron todas las sesiones.

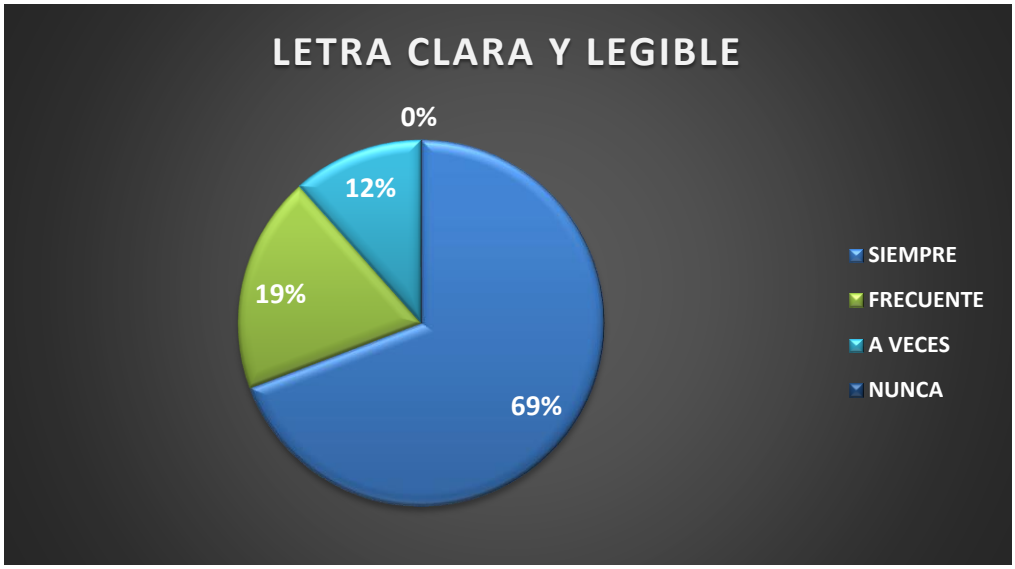
V2.8 se registra evolución final		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	47	90.38
FRECUENTE	1	1.92
A VECES	0	0.00
NUNCA	4	7.69



Se registra evolución final en el 90,38% de los casos, arrojando un 1,92% y 7,69% en FRECUENTEMENTE y NUNCA respectivamente.

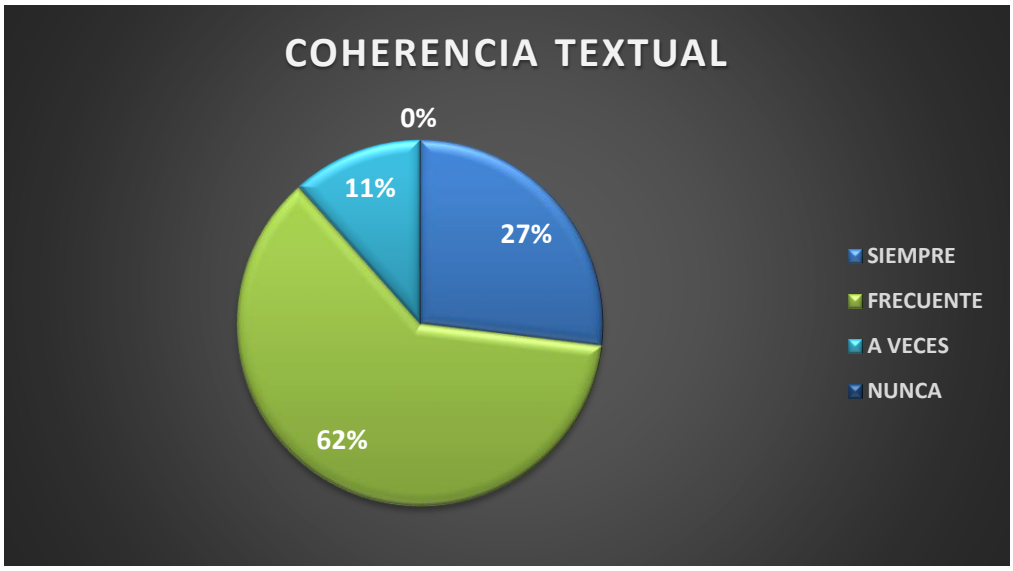
Finalmente analizaremos las variables seleccionadas para el control de la calidad del registro de las HC:

V3.1 Letra clara y legible		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	36	69,23
FRECUENTE	10	19,23
A VECES	6	11,54
NUNCA	0	0,00



Con un 69,23%, se podría considerar positivo el alto porcentaje de esta variable.

V3.2 Coherencia textual		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	14	26,92
FRECUENTE	32	61,54
A VECES	6	11,54
NUNCA	0	0,00



Sólo en el 26,92% de las HC se encontró una coherencia textual acorde a la confección de las HC, y con una mayoría del 61,54% fueron consideradas "frecuentemente".

V3.3 Salvedad de errores		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SIEMPRE	50	96,15
FRECUENTE	0	0,00
A VECES	0	0,00
NUNCA	2	3,85



En el 96,15% de las HC no se hallaron errores ni salvedad de los mismos. Restando el 3,85% donde la salvedad de los errores se realizó de manera incorrecta (tachaduras).

Concluyendo con el análisis, al evaluar cada grupo de variables y la suma del puntaje obtenido en sus planillas, se obtiene un total el cual arroja la calidad de la HC en si es buena, muy buena, excelente o no es tomada en cuenta por no contar con los parámetros necesarios.

De este análisis se obtiene que:

PUNTUACION		
	CANTIDAD	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0
MUY BUENA	39	75.00
BUENA	12	23.08
INSUFICIENTE	1	1.92



Sólo una HC no alcanzó la puntuación necesaria para ser calificada positivamente. El 23,08% alcanzó una calificación BUENA, el 75% MUY BUENA, mientras que ninguna alcanzó la calificación de EXCELENTE.

DISCUSIÓN

Comenzando con lo de mayor relevancia, la falta de consentimiento informado (CI) por escrito resulta ser muy riesgoso, motivo por el cual me surge una nueva inquietud de saber el por qué no se está utilizando, considerando tal vez la necesidad de realizar una encuesta a los mismos profesionales sobre los desconocimientos del CI y su importancia.

Los datos solicitados por la administrativa sobre los antecedentes personales o familiares deberían ser corroborados por el profesional de la salud competente ya que un error del personal administrativo podría comprometer el tratamiento del paciente.

En cuanto a la falta de firma y sello del profesional el porcentaje resulta ínfimo, pero no carece de gravedad.

Los datos del médico derivante, si bien se encuentran en el membrete de la prescripción médica y en su sello, considero oportuno transcribir esos datos a la planilla principal por una cuestión simplemente organizativa y de claridad de los datos.

Respecto a los signos y síntomas, si bien los porcentajes no son muy alarmantes, los signos y síntomas del paciente deben ser parte tanto de la anamnesis como de las evoluciones diarias, para constatar la eficiencia o deficiencia del tratamiento aplicado.

De igual significancia que los signos y síntomas, las evaluaciones kinefisiatricas sirven para constatar la mejoría del estado de salud del paciente, al no ser utilizada no contamos con un parámetro de referencia para constatar la eficacia del tratamiento, por lo que si bien los porcentajes de su ausencia son minoría, no carece de gravedad.

En cuanto a la copia de los informes de los estudios complementarios y/o comentarios de los mismos, los resultados son alarmantes, si bien se puede considerar que algunas patologías no requieren estudios complementarios y que

la clínica es suficiente para confirmar su diagnóstico, se debería al menos aclarar esta condición para cumplimentar con este requisito.

Se encontraron HC en las que no se encontraba detallado todo el tratamiento realizado, ni los cambios realizados en los mismos, por lo que podrían tener además una implicancia negativa a la hora de facturar las practicas realizadas, generar dudas ante un litigio ya que tampoco cuenta con el consentimiento informado, y finalmente, dificultaría la realización de investigaciones de tratamientos específicos efectivos para ciertas patologías.

Otro dato de interés es la realización de registros cada 3 sesiones y no en todas las sesiones, donde además sólo se escribe si continua con el mismo tratamiento o si sufre alguna modificación, en muy pocas ocasiones se escriben mejorías o no de la sintomatología o de las evaluaciones kinefisiatricas. Considero que cabe la necesidad de informar a los profesionales sobre estas falencias y consultarles el motivo ya que tal vez es por falta de conocimiento, tiempo u otras condiciones de trabajo.

Al igual que la mayoría de las variables analizadas, la realización de una evolución final adquiere gran relevancia a la hora de analizar la calidad y efectividad del tratamiento realizado, por lo que su ausencia no resulta insignificante.

La letra de la mayoría de los profesionales de la salud es históricamente criticada ya que resulta ser poco legible, en este trabajo no se encontraron HC totalmente ilegibles, de hecho la mayoría de las HC estaban confeccionadas con letra clara y legible lo que llevó a una puntación bastante alta.

En cuanto a la coherencia textual, si bien los relatos de la primera evolución contaban una coherencia textual, muchos obtuvieron una puntuación menor ya que en los siguientes registros sólo asentaban la continuación del tratamiento sin evolución del estado de salud del paciente.

La salvedad de errores encontrados en los pocos casos que hubo fue realizada de manera incorrectas con tachaduras y corrector.

CONCLUSIÓN

Mediante el presente trabajo, se puede ratificar que una de las principales falencias en la confección de la HC tiene lugar al momento de realizar la evolución por sesión del paciente y en la utilización de evaluaciones kinefisiátricas.

En mi consideración, si bien la evaluación de la calidad de las HC según la herramienta utilizada obtuvo un resultado positivo al calificar un gran porcentaje como HC MUY BUENA, reflexiono sobre las posibles modificaciones de estos resultados en un futuro al ampliar la muestra.

Se identificó que el error con mayor gravedad es el incumplimiento de la utilización del consentimiento informado impuesto por la ley 26.529. Resulta redundante esta mención, pero debemos detenernos en la importancia de su utilización no sólo como herramienta en un marco legal, sino también ponernos en el lugar del paciente, el cual debe estar informado sobre el tratamiento que su cuerpo va a recibir. E informar a los profesionales de la salud que el consentimiento informado debe incluir, además, datos relevantes para su protección legal, como por ejemplo si el paciente concurre con lesiones visibles, o les comentan que han sufrido una caída, o sobre una dolencia en la que los puedan responsabilizar. De esta manera obtienen un documento firmado por el paciente que los libera de culpabilidad. Esta información carece de difusión y es nuestro derecho y obligación como profesional de la salud propagarlo.

En cuanto al cumplimiento de la identificación personal del paciente e institucional en las HC, ya hemos observado en el análisis de los resultados que no hay margen de error ni omisión ya que los mismos se encuentran impresos en la planilla utilizada siendo, además, tarea del personal administrativo. Por lo cual, en caso de ser omitido, existe un segundo control al llegar esa HC al profesional quien solicita los datos faltantes.

Se identificaron las HC utilizadas como HC abiertas, las cuales ya analizamos sus ventajas y desventajas, las cuales, particularmente en estas instituciones, es considerada ventajosa a la hora de poder explayarse y detallar

toda la información que el licenciado considere oportuna, siendo su gran desventaja el hecho de no resaltar la omisión de información básica y trascendente para otro profesional tratante.

Otra cuestión para reflexionar es la falta de registro correspondiente a la dosificación y el resultado de la aplicación de los agentes físicos y ejercicios indicados, no son datos que se puedan obviar ya que es casi imposible que uno recuerde esta información de cada uno de sus pacientes para poder aplicarlo nuevamente en las siguientes sesiones o avanzar en el tratamiento.

Del mismo modo, se observa es la poca relevancia que se le concede a la semiología y evaluación funcional, o al menos es lo que reflejan las HC examinadas, confiando plenamente en el diagnostico presuntivo del médico derivate. Esto no sólo acota las posibilidades de razonar la causa real de una determinada sintomatología, de tener un concepto integral del paciente, de conocer cuáles son sus posibilidades y en base a ello proponer un tratamiento, fijar objetivos, establecer un pronóstico, y realizar un seguimiento, sino que además se subestima la posibilidad de cuestionar dicho diagnóstico realizado por otro profesional el cual puede estar errado y la ley no nos exime de responsabilidad.

Me gustaría mencionar el impacto que produjo este estudio, ya que fue considerado por los profesionales de manera negativa como una auditoría interna. Este tipo de intervenciones tienen una finalidad contraria a la penalidad, el objetivo es mejorar la calidad total de la atención kinésica a través de la retroalimentación, procesos interactivos y educativos no solo con los profesionales, sino incluir a todo el personal que participa del proceso.

Propongo considerar el estudio de los motivos que provocan errores para minimizar el margen de error y proponer soluciones que permitan mejorar el registro de las historias clínicas y consecuentemente, mejorar la calidad del acto asistencial.

BIBLIOGRAFIA

- Antomas J., Huarte del Barrio S. (2011). Confidentiality and the medical record. Ethical-legal considerations. *An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34 (1): 73-82*
- - Acebal M., Arreba S., Buratto de Tesio G., Bravo M.F., Centurión R., Docampo A., Feldmann A., López C., Martínez S., Osuna J., Otti Ovejero, Rojas A.M., (2011). Segunda guía de Evaluación de Historia Kinefisiátrica – *SADAK Sociedad Argentina de Auditoria Kinésica.*
- Feldmann A. (2012). La historia clinica. *SADAK Sociedad Argentina de Auditoria kinésica.*
- Cuesta Mejías L., Presno Labrador C. (1997). Historia clínica en el consultorio. Una necesidad. *Revista Cubana Med Gen Integr v.13 n.4.*
- Fombella Posada M., Cereijo Quinteiro M.(2012). Story of the medical history. *Galicia Clin 2012; 73 (1): 21-26.*
- Guzmán F., Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colomb Cir vol. 27:15-24.*
- Ley N° 17.132. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Buenos Aires, Argentina, 24 de enero de 1967.
- Ley Nº 24.317 ejercicio de la kinesiología y fisioterapia. Ejercicio Profesional del kinesiólogo, kinesiólogo fisiatra, licenciado kinesiólogos fisiatras, licenciado en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeuta y terapista físico.
- Ley N° 25.326. Protección de datos personales. Disposiciones Generales. Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales. Octubre 4 de 2000.
- Ley N° 26.529 .Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Octubre 21 de 2009.
- Ley 26.994.Código Civil y Comercial de la Nación .Buenos aires, Argentina. Octubre 1 de 2014.

- Llanos Zavalaga L., Pérez M. (2006). Auditoria medica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales peruanos. *Med Hered vol. 17: 220-226.*

- Luna, D. , Soriano E. y González Bernaldo de Quirós, F. (2007). Historia clínica electrónica. *Revista Hospital Italiano, Buenos Aires. Vol. 27 Nº 2.*

- Renau, I. Pérez-Salinas. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Revista Pápeles Médicos 2001;10(1):32-40.*

- Resolución 372/2002 Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Guías De Procedimientos De Enfermería, Kinesiología Y Fisiatría En Un Servicio De Internación Domiciliaria. Bs. As., julio 1 de 2002

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha, el/la Licenciado/a _____ , me ha explicado en mi lengua natal y en términos sencillos que he entendido en su totalidad, la afección que padezco, denominada_____ y los riesgos que puedo correr en el futuro, tales como_____ . También me ha explicado y yo he entendido que para tratarla deberé ser sometido al tratamiento de _____ para lo cual presto mi total consentimiento. Igualmente, se me ha explicado detalladamente y he comprendido que el tratamiento al cual habré de someterme, presenta ciertos inconvenientes y riesgos, tales como _____pero que por razones _____ no han sido indicadas. Por tal motivo, acepto la indicación que se me ha realizado y por lo tanto autorizo al Licenciado/a _____para que realice el tratamiento tal cual me fue informado.

_____ _____

Firma del Paciente o Representante Firma del Profesional

ANEXO II

PACIENTE:	
PROFESIONAL:	
	PUNTAJE
V1- Identificación Personal e institucional	
V1.1 Datos filiatorios: Identificación del paciente, Fecha de nacimiento del paciente, Domicilio y teléfono del paciente, Ocupación del paciente, Cobertura de salud y Nº de afiliado	
V1.2 Datos del médico derivante	
V1.3 Consentimiento informado firmado por el paciente	
V1.4 Anamnesis (antecedentes personales y familiares)	
V1.5 Firma y sello del profesional tratante	
Puntuación: SI = 4 puntos Máximo: 20 puntos	
NO = 0 puntos	
V2- Contenido de la HC	
V2.1 Signos y síntomas	
V2.2 Evaluación kinefisiátrica	
V2.3 Copia de informes o comentarios de estudios complementarios	
V2.4 Protocolo de tratamiento	
V2.5 Consigna asistencia	
V2.6 Consta evolución por sesión	
V2.7 Diagnóstico	
V2.8 se registra evolución final	
Puntuación: Máximo: 56 puntos	
Siempre = 7 puntos	
Frecuente = 5 puntos	
Algunas veces = 3 puntos	
No existe = 0 punto	
V3- Calidad del registro de la HC	
V3.1 Letra clara y legible	
V3.2 Coherencia textual	
V3.3 Salvedad de errores	
Puntuación: Máximo: 24 puntos	
Siempre = 8 puntos	
Frecuente = 6 puntos	
Algunas veces = 4 puntos	
No existe = 0 punto	
PUNTAJE FINAL (PF):	
CALIFICACION:	

REFERENCIAS:
PF menor a 59 puntos INSUFICIENTE
PF entre 60 y 79 puntos BUENA
PF entre 80 y 95 puntos MUY BUENA
PF mayor a 95 puntos EXCELENTE

ANEXO III

	V1- Identificación Personal e institucional					**V2- Contenido de la HC**								V3- Calidad del registro de la HC				
PROFESIONAL	*V1.1*	*V1.2*	*V1.3*	*V1.4*	*V1.5*	*V2.1*	*V2.2*	*V2.3*	*V2.4*	*V2.5*	*V2.6*	*V2.7*	*V2.8*	*V3.1*	*V3.2*	*V3.3*	*PUNTAJE FINAL:*	*CALIFICACION:*
K1	4	4	0	4	4	7	5	0	7	7	7	7	7	6	6	8	83	MUY BUENA
K1	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	6	6	8	83	MUY BUENA
K1	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	3	7	7	6	6	8	81	MUY BUENA
K1	4	4	0	4	0	7	5	0	7	7	3	7	7	6	6	8	75	BUENA
K1	4	4	0	4	4	7	5	0	7	7	3	7	7	6	6	8	79	BUENA
K2	4	4	0	4	4	7	0	0	5	7	3	7	7	4	4	8	68	BUENA
K2	4	4	0	4	0	3	0	0	5	7	3	7	0	4	4	8	53	INSUFICIENTE
K2	4	4	0	4	4	7	0	0	5	7	3	7	7	4	4	8	68	BUENA
K2	4	4	0	4	4	7	0	7	5	7	3	7	0	4	4	8	68	BUENA
K2	4	4	0	4	0	3	0	0	5	7	3	7	7	4	4	8	60	BUENA
K2	4	4	0	4	4	5	3	0	7	7	3	7	0	4	6	8	66	BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	5	0	7	7	7	7	5	8	4	8	81	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	7	7	7	8	6	8	87	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	7	7	7	8	6	8	87	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	5	0	7	7	7	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	7	7	7	8	6	8	94	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	7	7	0	8	6	8	80	MUY BUENA
K3	4	4	0	4	4	7	7	5	7	7	7	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K4	4	4	0	4	4	3	0	7	7	7	3	7	7	6	6	8	77	BUENA
K4	4	4	0	4	4	5	5	0	7	7	3	7	7	6	6	8	77	BUENA
K4	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	6	6	8	83	MUY BUENA
K4	4	4	0	4	4	5	5	0	7	7	5	7	7	6	6	8	79	BUENA
K4	4	4	0	4	4	7	3	0	7	7	3	7	7	6	6	8	77	BUENA
K5	4	4	0	4	0	7	7	5	7	7	5	7	7	8	8	8	88	MUY BUENA
K5	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K5	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K5	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K5	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K5	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	0	86	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	5	7	7	5	7	7	8	8	8	92	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	5	7	7	5	7	7	8	8	8	92	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K6	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	8	8	94	MUY BUENA
K7	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K7	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K7	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K7	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA

K7	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K8	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K8	4	4	0	4	4	7	7	5	7	7	5	7	7	8	6	8	90	MUY BUENA
K8	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K8	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA
K8	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K9	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	0	77	BUENA
K9	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K9	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K9	4	4	0	4	4	7	7	7	7	7	5	7	7	8	6	8	92	MUY BUENA
K9	4	4	0	4	4	7	7	0	7	7	5	7	7	8	6	8	85	MUY BUENA