



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



¿SON SEGUROS LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA, EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DE BELLA UNIÓN, DURANTE EL PERÍODO MARZO-ABRIL 2015?

Autoras:

Maria Luisa Albano
Karina Bagnasco
Selva Gladys Goro
Wilden Robales
Carina Anahí Roig

Tutores:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Montevideo, 2015

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso

AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarnos y cuidarnos todos los días en la recuperación de la salud para poder seguir adelante junto a nuestra familia.

A nuestras familias de las cuales recibimos el apoyo incondicional durante el transcurso de nuestra carrera.

Así mismo, no hubiera sido posible sin todas aquellas personas y la institución que de una u otra forma contribuyeron al desarrollo del presente trabajo de investigación; especialmente a nuestra tutora Prof. Agda. Mag. Annalet Viera quien con gran interés y dedicación nos guió y orientó en el trabajo realizado.

Deseamos brindar también un eterno agradecimiento a la Universidad, la cual nos abrió sus puertas preparándonos como profesionales.

Y, finalmente, queremos agradecer de manera especial y sincera al servicio de salud en donde se llevó a cabo la recolección de los datos, por la colaboración prestada, así como a los que participaron voluntariamente.

A todos Muchas Gracias.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
PREGUNTA PROBLEMA	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
FUNDAMENTACIÓN	7
ANTECEDENTES	9
MARCO CONCEPTUAL	100
DISEÑO METODOLOGICO	145
RESULTADOS	223
ANALISIS	423
CONCLUSIONES	456
SUGERENCIAS	477
BIBLIOGRAFÍA	488
ANEXOS	51

RESUMEN

Los registros de enfermería son importantes en la labor asistencial del personal de enfermería. Los cuidados brindados al paciente tienen que estar anotados en la historia clínica. También son importantes actualmente, debido al aumento de las situaciones legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo documental legible y con calidad.

El presente trabajo de investigación pretendió evaluar el cumplimiento de las normas de seguridad de los registros de enfermería, en las historias clínicas de los usuarios de la sala de pediatría del hospital de Bella Unión, durante los meses de marzo-abril de 2015.

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, de un total de 63 Historias Clínicas, donde se analizaron el 100% de las mismas.

Se evaluaron las características de los registros mediante la observación de los mismos, utilizando como instrumento una lista de chequeo y una planilla de observación, elaboradas por los integrantes del grupo investigador.

Entre los resultados principales se destaca que el personal de enfermería presenta dificultades u omisiones a la hora de realizar los registros con respecto al correcto llenado de las historias clínicas, no logrando alcanzar valores óptimos.

PALABRAS CLAVE: registros de enfermería, Enfermería, seguridad, historia clínica, documentación.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Programa Carrera Escalonada de la Facultad de Enfermería, Generación 2010, el cual corresponde al Trabajo Final de Investigación.

En el mismo se planteó evaluar el cumplimiento de las normas de seguridad por parte del personal de enfermería, en los registros de las historias clínicas de una sala de pediatría de un hospital público.

Los registros de Enfermería son importantes y fundamentales en el desempeño diario de nuestra actividad. Claves al momento de justificar, responsabilizar y respaldar decisiones inherentes al rol, son la base del desarrollo profesional y una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud. Por tanto, necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad en la atención del paciente, brindando así, una atención precisa y segura evitando el daño del paciente y así la seguridad del mismo.

Si no existe el registro, es imposible constatar que es aquello imprescindible y específico que se aporta a la atención de la salud de las personas, imposibilitando el desarrollo de la disciplina de enfermería y por tanto incumpliendo un principio ético profesional.

En los últimos años, nuestro país ha tenido una importante transformación en la organización del Sistema Nacional de Salud, que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los objetivos principales en la prestación de los servicios sanitarios; orientando a brindar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de los mismos.

En la actualidad la Historia Clínica es el documento médico-legal, donde se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona y es de máxima importancia en el aspecto asistencial y administrativo.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en el período comprendido entre marzo y abril de 2015. Se evaluaron 63 historias clínicas, en las cuales se observaron las características de los registros de enfermería, utilizando como instrumento de evaluación una lista de chequeo y una planilla de observación.

El análisis de los datos recolectados permite concluir que, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros y correcto llenado de la Historia Clínica, lo que se traduce en el incumplimiento de las normas de seguridad de los registros de enfermería.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA PROBLEMA

¿Se cumple con las normas de seguridad de los registros de enfermería en las Historias Clínicas de una sala pediátrica del Hospital de Bella Unión, en el período marzo-abril de 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ☞ Evaluar el cumplimiento de las normas de seguridad por parte del personal de enfermería, en los registros de las historias clínicas de una sala de pediatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ☞ Identificar las normas establecidas para un correcto registro de Enfermería.
- ☞ Valorar si los registros de enfermería cumplen con las condiciones de objetividad, precisión y exactitud, legibilidad y claridad.
- ☞ Determinar el cumplimiento de la continuidad y simultaneidad en los registros.

FUNDAMENTACIÓN

La seguridad del paciente es la última de las dimensiones incorporada dentro de la definición de calidad en los servicios de salud, donde nos vemos inmersos, con desafíos tecnológicos y el uso de equipos sofisticados de última generación, que hacen que esta labor se sustente en el conocimiento actualizado y el perfeccionamiento constante de prácticas, haciendo que la *“disciplina científica de enfermería sea más eficaz, eficiente y de calidad, ... realizando la atención mediante un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo, y terapéutico en los diferentes niveles de atención”*. (INDE).¹

La seguridad del paciente es indispensable para todos los que se ven involucrados en el proceso de atención sanitaria, reduciendo los riesgos innecesarios derivados de la atención de salud: por ejemplo en la información escrita en las historias clínicas, como también en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc.; teniendo como finalidad lograr evitar el daño del paciente y una mayor eficacia y eficiencia en la atención.

La efectividad consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, acompañado de la eficiencia, con lo que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible en relación a los recursos.

Una de las herramientas fundamentales que evidencian la calidad del cuidado de enfermería son los registros clínicos, que conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente, que son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, y su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

¹ Definición Enfermería INDE.2009

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Dirección General de Salud (DIGESA), se encuentra desarrollando un programa que busca fortalecer la seguridad en la atención

sanitaria, que contiene un aspecto medular referido a la seguridad del paciente, que consiste en implementar prácticas consideradas como “seguras” y basadas en la evidencia científica, con el propósito de disminuir la posibilidad del daño asistencial, incluyendo la participación activa de los usuarios en su propia seguridad.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos y testimonios, de forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención de los profesionales del equipo de salud, siendo el reflejo de la relación entre el usuario y la institución.

Registrar el cuidado que el personal de enfermería realiza diariamente a los usuarios, constituye una tarea esencial, tanto para brindar una adecuada calidad sanitaria como para hacer la atención más segura.

La seguridad del paciente es primordial y el mantenimiento de los registros clínicos de enfermería son un aspecto fundamental en la atención, debiendo ser un objeto de auditoría como medida de control de calidad, por ello en la actualidad se está instrumentando el uso de la historia clínica electrónica, no siendo el caso del centro asistencial en estudio donde se utiliza aun la historia escrita a mano lo que nos da un mayor número de registros inseguros, *“La historia clínica electrónica es el registro unificado y personal, multimedia, en el que se archiva en soporte electrónico toda la información referente al paciente y a su atención”*.²

² Universidad Regional Autónoma De Los Andes Escuela De Enfermería, Lic. IVONE ROSERO, Lic. PUGA MILDRED Julio 2011.

ANTECEDENTES

- ☛ Cañarí de la Cruz (1995), realizó una investigación en los Hospitales de Almenara, Dos de Mayo y Fuerza Aérea de Perú, realizó una investigación sobre los “Conocimientos que posee Enfermería sobre los registros en HC y los factores personales e institucionales”. Los resultados dan cuenta que el grado de conocimiento de enfermería es bajo en el 93% de los casos, que el 3.1% posee un conocimiento medio y sólo un 4.6 % tiene un conocimiento alto respecto a sus registros.
- ☛ En 1999, Lorena Chaparro Díaz realizó un estudio sobre “La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez”, de México. El estudio analizó los resultados referentes a la trascendencia de los registros de enfermería en el expediente clínico, que contribuyen al establecimiento de guías de acción para abordar esta problemática. Entre los hallazgos más importantes se destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería.
- ☛ En el año 2001, la misma autora llevó a cabo una investigación titulada “Conocer lo que registra el profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización de segundo nivel”, en el Hospital General de zona N°. 32 Villa Coapa, Cuernavaca, México. El mencionado estudio demostró que los registros de mayor uso son la hoja de medicamentos, órdenes de enfermería y órdenes médicas. Adicionalmente se observó que la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería.

MARCO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a la Seguridad del Paciente como la, *“reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Definiéndose al daño como el “derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una enfermedad o lesión subyacente”.*

La ausencia, prevención y mejora de los resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria, proporciona a los profesionales, buenas prácticas, y desde el punto institucional, centros seguros que promueven cambios en los SNS y en la sociedad.”³

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2 de mayo de 2007 lanzó las “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre las soluciones para la Seguridad del Paciente.”

“Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.”

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.

³ OMS “Alianza Seguridad del paciente” 2012 Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente Universidad de Zaragoza (España)

3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.⁴

Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes.

La seguridad del paciente con respecto a los registros de enfermería en las historias clínicas no tiene un marco de referencia para su evaluación, pero si existen normativas que llevan un control en cuanto a registros seguros en las historias clínicas.

Según la OMS, los registros de las historias clínicas tienen en cuenta la calidad de las asistencias, afectándonos directamente como profesionales de Enfermería: basándonos en la planificación de los cuidados y el registro de los mismos.

No podemos seguir trabajando de forma intuitiva, sin planificación, ni podemos dejar que la información sobre nuestro trabajo se pierda por no quedar plasmada en unos registros adecuados, como no se realizaban años atrás para eso debemos tener en cuenta a qué nos referiremos con **“registros”** y **“adecuados”**.

⁴ Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, Mayo 2007, España

Cuando hablamos del término “**registro**” tiene en este contexto una doble acepción: es la anotación o asiento sobre una actividad realizada en un soporte material (tanto papel como informático), pero también es el soporte material mismo donde se realizan las anotaciones y en este sentido es sinónimo de “documento”.

Para poder definir como registros adecuados , siguiendo las normas pautadas por la OMS podemos decir que los registros deben ser **permanentes**, con las limitaciones que tiene esta permanencia. Teniendo en cuenta el tiempo que debe considerarse una historia clínica como activa siendo un tema de debate, así como el tiempo para que sean destruidas.

Tener una **identificación** que permita su localización y recuperación cuando sea necesario, lo que implica que todos los documentos que lo componen deben llevar una serie de datos como:

Nombre y apellidos.

Número de Historia.

Número de Seguridad Social.

DNI u otros que hagan posible su reconocimiento.

Además de tener **continuidad**, debe existir la intención de realizar anotaciones sucesivas a medida que se precise. Evitando cometer errores u olvidos de los registros de las actividades realizadas.

Las normas básicas pautadas por Medicina Interna I del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España) para realizar los registros de enfermería mencionan que los registros deben ser: Objetivos, Precisos y Exactos, Legibles y Claros y Simultáneos al tiempo de ejecución, evaluando así nuestro trabajo en cuanto a los registros en la labor diaria, evitando el daño y optimizando los recursos con eficacia y eficiencia.

☛ **OBJETIVOS:**

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos, describiendo de forma objetiva el comportamiento del paciente.

Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

☛ **PRECISOS y EXACTOS:**

Deben ser precisos, completos y fidedignos

Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa (breve, evitando palabras innecesarias o detalles irrelevantes)

Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”

☛ **LEGIBLES y CLAROS:**

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás si no pueden descifrarlas. Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

Anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente.

Usar sólo abreviaturas de uso común e internacional y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado; cuando existan dudas escribir completamente el término.

Utilizar tinta azul o negra. No utilizar líquidos correctores ni tachar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.

Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

SIMULTÁNEOS:

Los registros deben realizarse con simultaneidad a la atención y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones, consiguiendo así un registro exacto del estado del paciente.

Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

En el Uruguay se cuenta con varios modelos de historias clínicas, como por ejemplo: la odontológica, psicológica, pediátrica, familiar, informatizada, en Internet y más recientemente la propuesta de una historia clínica penitenciaria, todas ellas con sus características peculiares cumplen con un objetivo en común: consignar la asistencia sanitaria brindada al paciente. No perdiendo de vista que debe ser completa pero concisa, clara, puntual, continuada y objetiva.

La historia clínica actual deja de ser obra del médico para serlo del equipo de salud o asistencial. Sus fines no son solo asistenciales, sino también científicos, para la docencia y la investigación.

Debe transmitir los hechos para llegar en lo posible a un diagnóstico, justificar el tratamiento, elaborar un pronóstico, mitigar y evitar errores logrando un resultado final dentro de un marco seguro.

En nuestro país la normativa de Salud Pública, en su ordenanza No. 363 de 1954 (Anexo 1), vigente desde entonces, señala la obligatoriedad de registrar el diagnóstico primario, definitivo, procedimiento quirúrgico y tratamientos, ampliando en la ordenanza No.33 de 1984, que ningún paciente con más de 24 horas de internación puede carecer de historia clínica. El incumplimiento puede generar responsabilidad y ser demostrativo de una mala praxis.⁵

⁵ Zawadzki Z Lic.; Berro Guido "Auditoria Medica". Montevideo, Uruguay 2002.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio: los registros de Enfermería.

Unidad de análisis: registros que realiza el personal de enfermería en la historia clínica, durante su turno de trabajo.

Población: historias clínicas de 63 usuarios ingresados en sala de pediatría del hospital de Bella Unión, durante los meses de marzo y abril de 2015.

Criterios de inclusión:

- ☛ Todas las historias clínicas de los usuarios internados en la sala de pediatría durante el periodo marzo-abril 2015.

Criterios de exclusión:

- ☛ Aquellas historias clínicas que se encuentren en movimiento al momento de recolectar los datos.

Aspectos éticos de la investigación:

El Código de Ética Médica del SMU establece al respecto que *"sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente"* (art. 16, núm. 3).⁶

⁶ Código de Ética Médica del Sindicato Médico, Uruguay, 1995 (Art. 1).

Si bien en el análisis detallado de los principios de confidencialidad (ético) y secreto profesional (jurídico) escapa a los objetivos de este trabajo, resulta ineludible señalar que constituyen aspectos capitales en el manejo de la historia clínica, por dicho motivo todos los datos obtenidos se trabajaron bajo confidencialidad y ética profesional, sin percibir remuneración alguna por parte de los investigadores hacia los datos obtenidos.

Procedimiento para la recolección de información

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se utilizó como método la lectura de los registros de Enfermería en historias clínicas de los usuarios internados en la sala de pediatría del Hospital de Bella Unión, del 16 de marzo al 17 de abril. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo y una planilla de observación, que consistió en la observación de la continuidad y simultaneidad de los registros de diez de los procedimientos realizados por el personal de enfermería. Dichos instrumentos fueron elaborados por los integrantes del grupo investigador. El mismo se dividió estructuralmente en seis ítems, los cuales corresponden a las características que deben tener los registros de enfermería, debiendo utilizar un instrumento de observación para los ítems 5 y 6 (Anexo 2). La confiabilidad de los instrumentos se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que se realizó en el servicio, en un período de una semana, dos meses previos al estudio principal.

Previo a la recolección de los datos se debieron realizar las siguientes gestiones:

1. Una nota elevada a la Dirección Técnica de dicha institución, solicitando autorización. (Ver anexo 3).
2. Se solicitó y realizó una entrevista a los responsables del trabajo de Archivos Médicos.

Posteriormente, se llevó a cabo la recolección de datos de las historias clínicas.

En el instrumento creado para valorar la calidad de los registros, se evaluó con Presenta y No Presenta, Cumple y No Cumple.

Plan de tabulación y análisis de resultados

Una vez recolectados los datos, éstos fueron incluidos en una base de datos y luego procesados con el paquete informático Excel y se tabularon en tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Se definirán a continuación de manera operativa y conceptualmente las variables utilizadas en la recolección de datos.

1- IDENTIFICACIÓN

1.a - Nombre y Apellido del usuario/a: Es la denominación atribuida a la persona física, considerado uno de los Derechos fundamentales del hombre que lo identifica, desde su nacimiento hasta su muerte. Está compuesto de nombre y apellido. El mismo debe encontrarse en los encabezados de cada hoja de la historia clínica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: completo o incompleto.

1.b - Número de cedula de identidad: documento oficial que acredita la identidad de una persona y en el que constan el nombre, la fotografía, la firma y otros datos de identificación personal.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica, (presente o no presente).

1.c - Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica, (presente o no presente).

1.d - Número de registro: Número que se adjudica a cada uno de los usuarios de la institución desde que ingresan al sistema que permanece inalterado hasta su salida del sistema. El mismo debe encontrarse en los encabezados de cada hoja de la historia clínica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta).

2 – OBJETIVIDAD DEL REGISTRO

2.a - Objetividad: los registros deben estar redactados de forma objetiva, sin prejuicios, sin juicios de valores u opiniones personales.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (cumple o no cumple).

3 – PRECISIÓN Y EXACTITUD DEL REGISTRO

3.a - Fecha: Indicación del tiempo en que se realiza un procedimiento o determinado hecho. Debe estar presente en cada hoja de la historia clínica en su parte superior.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (presenta, o no presenta).

3.b - Hora: Horario en que se consigna un dato en la Historia Clínica, se debe utilizar en la historia clínica 0:00 a 24:00. Debe estar presente en cada uno de los registros del personal de enfermería.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (presenta, o no presenta).

3.c - Firma: Nombre de una persona con rúbrica que se pone al pie de un escrito para demostrar que es el autor o que se aprueba lo contenido en él.

En la historia clínica debe estar presente al final de cada uno de los registros del personal de enfermería que lo realizó.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (presenta, o no presenta).

3.d - Categoría: Es el trabajador o trabajadora que estando en posesión de titulación académica, tiene encomendadas funciones en el ámbito laboral.

En la historia clínica debe estar presente al final de cada uno de los registros del personal de enfermería que lo realizó.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (presenta, o no presenta).

3.e - Número de funcionario: Número que se adjudica a cada uno de los funcionarios de la institución que debe estar presente luego de cada registro en la historia clínica de manera legible adjunta a la firma.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (presenta, o no presenta).

4 – LEGIBILIDAD Y CLARIDAD DE LOS REGISTROS

4.a - Legibles: Escritura lo suficientemente clara para poder leerla.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (Legible o ilegible).

4.b - Tinta: Los registros en la historia clínica deben estar escritos con tinta azul o negra.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (cumple, no cumple).

4.c – Tachadura:

No válida: El acto de tachar con una o más rayas o garabatos encima de lo escrito para que no pueda leerse o interpretarse. o para indicar que se suprime o no vale.

Válida: es la acción y efecto de convertir algo en válido, darle fuerza o firmeza; hace referencia a aquello que tiene un peso legal o rígido y subsistente. Se realiza tachadura con una línea encima de lo escrito, permitiendo la lectura, acompañado de la palabra “error”.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (validado, no validado).

5– CONTINUIDAD DEL REGISTRO

5.a- Continuidad: El registro de los procedimientos debe realizarse a continuación de su ejecución, para lograr que sea exacto y completo.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (cumple, no cumple).

6– SIMULTANEIDAD DEL REGISTRO

6.a- Simultaneidad: Los registros deben realizarse con simultaneidad a la atención y no dejarlos para el final del turno. Evitando errores u omisiones, consiguiendo así un registro exacto del estado del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (cumple, no cumple).

En el caso de las variables 5 y 6, se observaron diez procedimientos, los cuales se enumeran a continuación:

Nº Procedimiento	Denominación
1	Control y evaluación de la posición del usuario en reposo
2	Control de signos vitales
3	Evaluación y/o instalación de vía venosa periférica (VVP)
4	Asepsia y curación de VVP
5	Control de infusiones
6	Evaluación y control de administración de oxigenoterapia
7	Control y evaluación de curaciones
8	Aspiración de secreciones
9	Administración de tratamientos por indicación médica
10	Higiene y confort del usuario

RESULTADOS

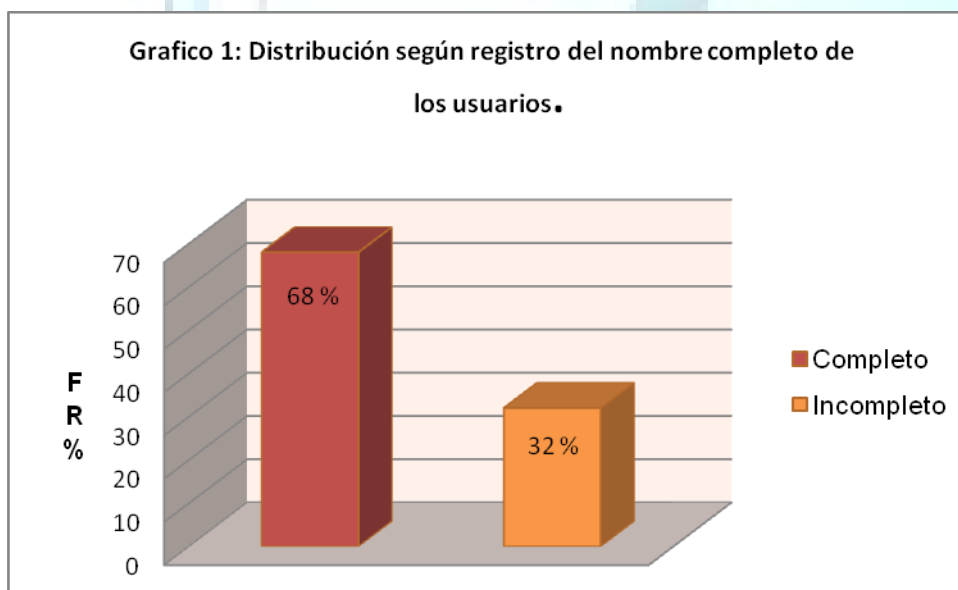
A partir de la recolección de datos de los registros de las historias clínicas, de los usuarios que se asistieron en la sala de pediatría de un Hospital del interior del país, se llegó a la valoración de 63 historias clínicas.

Todas las tablas y gráficos que se presentan a continuación corresponden a los resultados obtenidos del control de los registros realizados en las historias clínicas y de la observación, en cuanto a continuidad y simultaneidad de los mismos, en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de marzo y abril de 2015.

TABLA N° 1: Distribución según registro del nombre completo de los usuarios.

Nombre	FA	FR %
Completo	43	68
Incompleto	20	32
Total	63	100

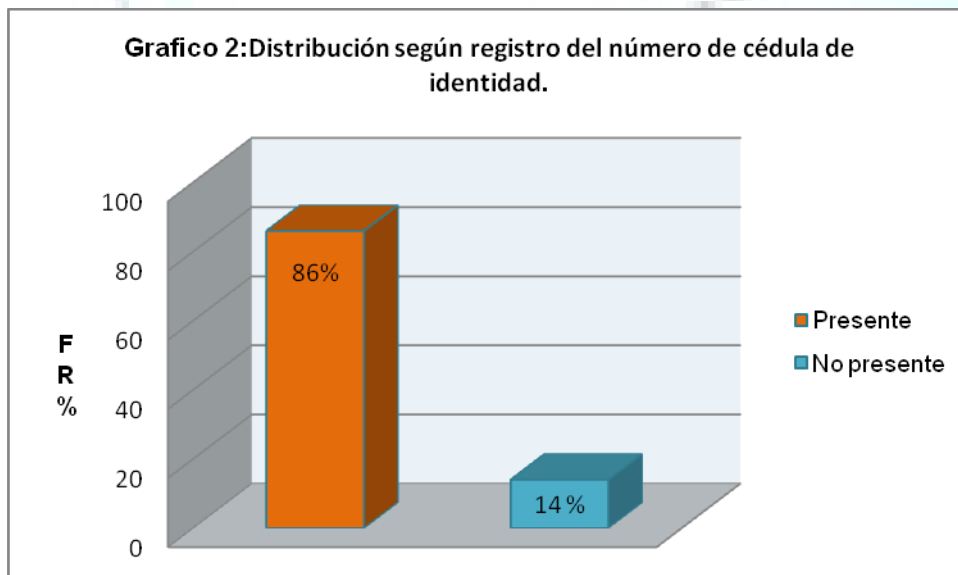
* Fuente: Base de datos elaborada por el grupo investigador.



De un total de 63 historias clínicas, un 68% presentaba el nombre del usuario completo.

TABLA N° 2: Distribución según registro del número de cédula de identidad.

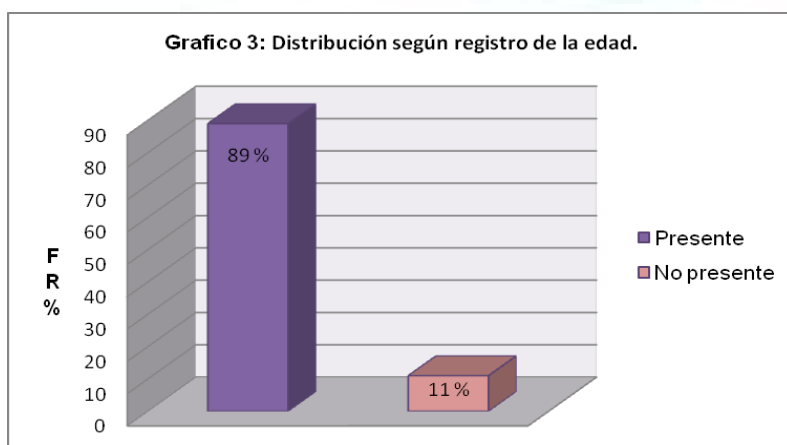
C.I.	FA	FR%
Presente	54	86
No presente	9	14
Total	63	100



Del total de 63 historias clínica el 86% presenta el número de cédula de identidad.

TABLA N° 3: Distribución según registro de la edad.

Edad	FA	FR%
Presente	56	89
No presente	7	11
Total	63	100

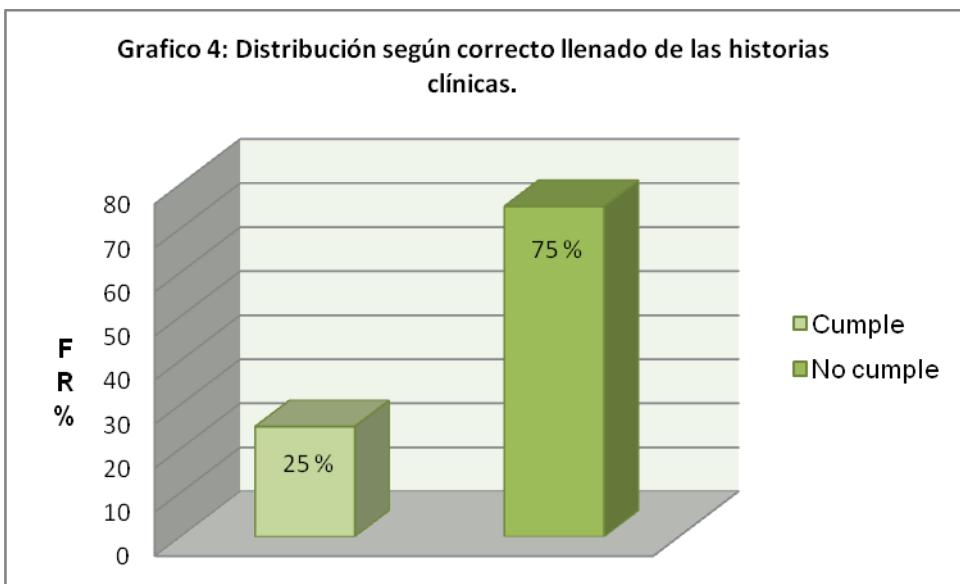


De un total de 63 historias clínicas el 89% presenta el registro de la edad.

En cuanto a la distribución de acuerdo al número de registro, no se encuentra en el 100% de los casos.

TABLA N° 4: Distribución según correcto llenado de las historias clínicas.

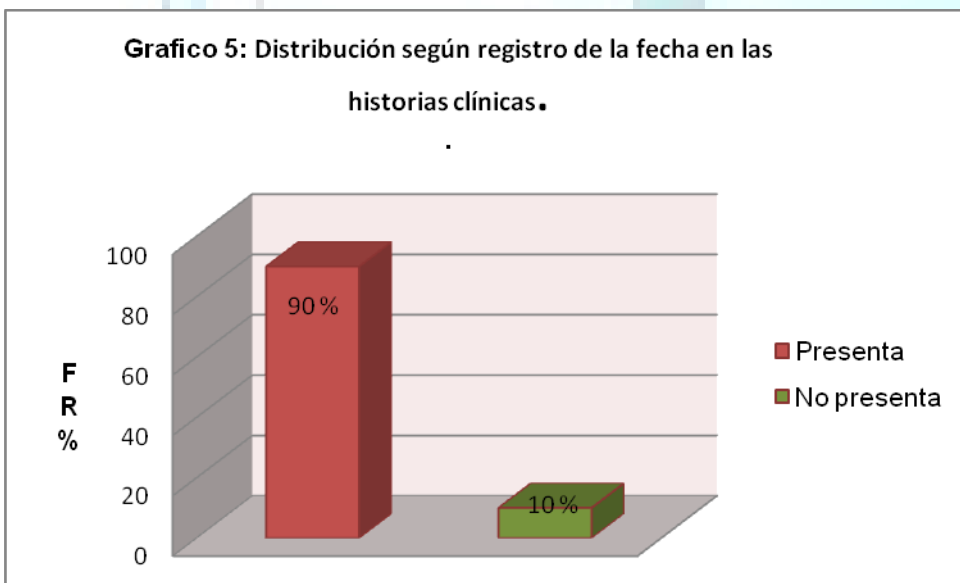
Correcto llenado	FA	FR%
Cumple	16	25
No cumple	47	75
Total	63	100



Solamente en el 25% de las historias clínicas se cumple con el correcto llenado de las mismas.

TABLA N° 5: Distribución según registro de la fecha en las historias clínicas.

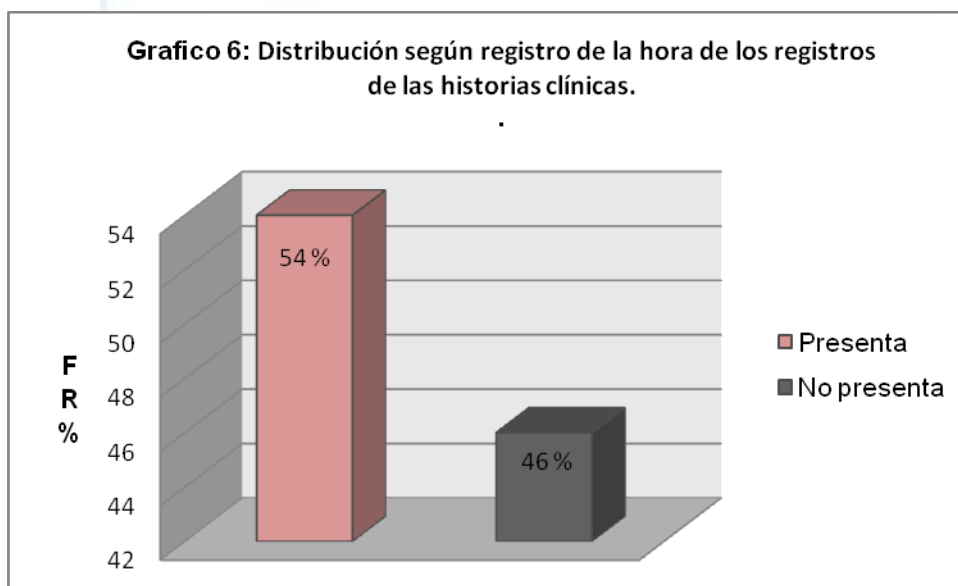
Fecha	FA	FR%
Presenta	57	90
No presenta	6	10
Total	63	100



Del total de 63 historias clínicas el 90% presentaban fechas.

TABLA N° 6: Distribución según registro de la hora de los registros de las historias clínicas.

Hora	FA	FR%
Presenta	34	54
No presenta	29	46
Total	63	100

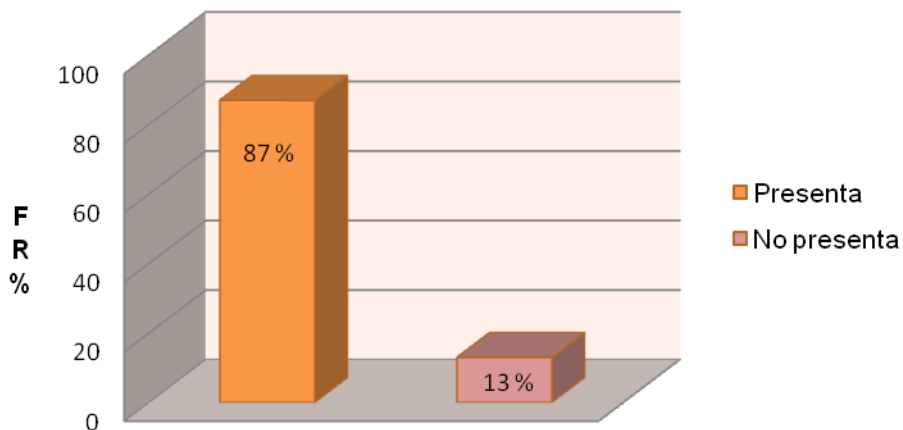


Del total de 63 historias clínicas, el 54% no presentaban la hora de registro.

TABLA N° 7: Distribución según registro de las firmas de los funcionarios en los registros de las historias clínicas.

Firma	FA	FR%
Presenta	55	87
No presenta	8	13
Total	63	100

Grafico 7: Distribución según registro de las firmas de los funcionarios en los registros de las historias clínicas.

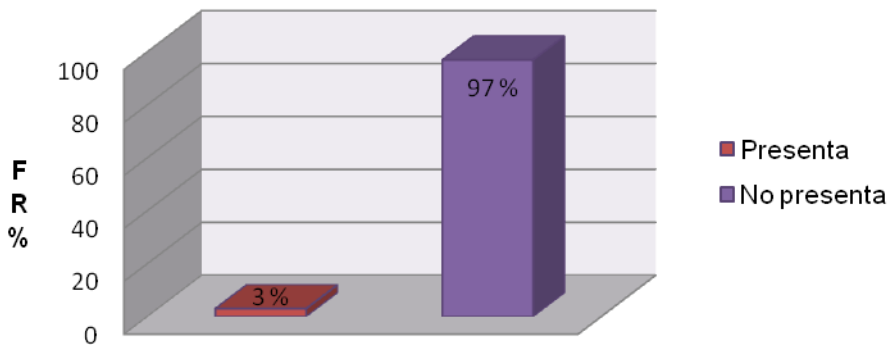


De las 63 historias clínicas, el 87% presentaba la firma del funcionario.

TABLA N° 8: Distribución según registro de las categorías de los funcionarios en los registros de las historias clínicas.

Categoría	FA	FR%
Presenta	2	3
No presenta	61	97
Total	63	100

Grafico 8: Distribución según registro de las categorías de los funcionarios en los registros de las historias clínicas.



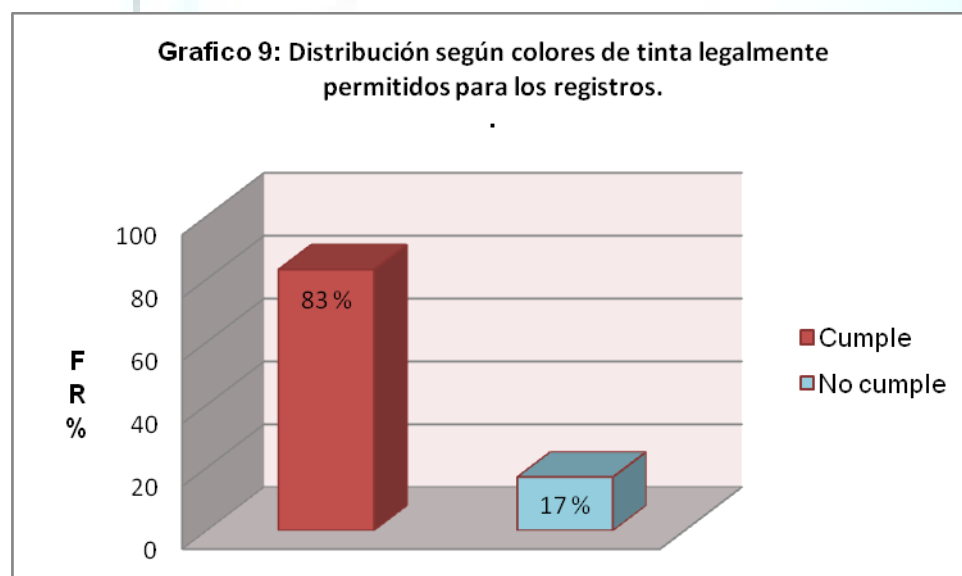
Del total de 63 historias clínicas, el 97% no presenta el registro de la categoría del funcionario que firma la misma.

En el 100 % de las historias clínicas, no se registra el número de funcionario.

El 100% de los registros que se realizan en las historias, son legibles.

TABLA N° 9: Distribución según colores de tinta legalmente permitidos para los registros.

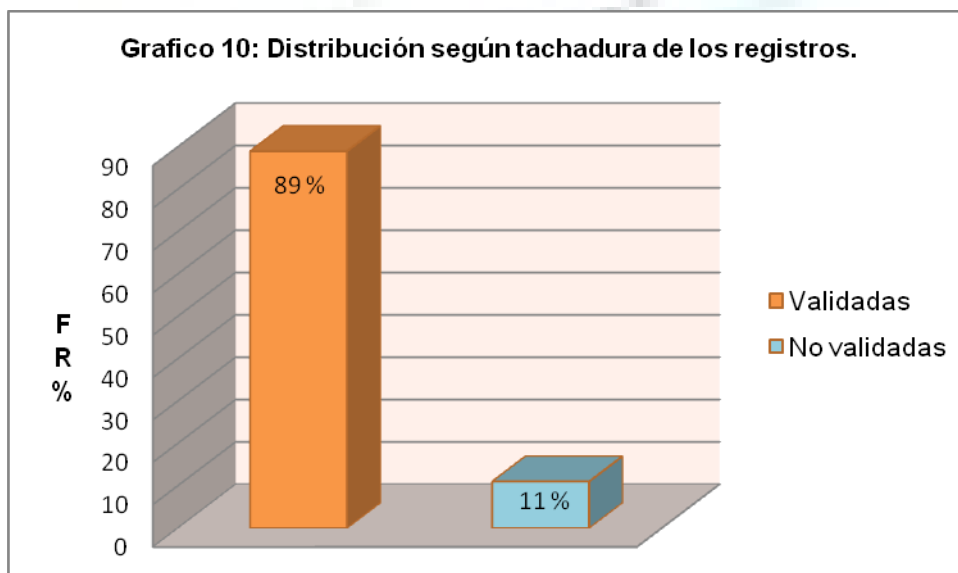
Tinta	FA	FR%
Cumple	52	83
No cumple	11	17
Total	63	100



Del total de 63 historias clínicas, en el 83% se utilizaron colores de tinta legalmente permitidos.

TABLA N° 10: Distribución según tachadura de los registros.

Tachadura	FA	FR%
Validadas	56	89
No validadas	7	11
Total	63	100



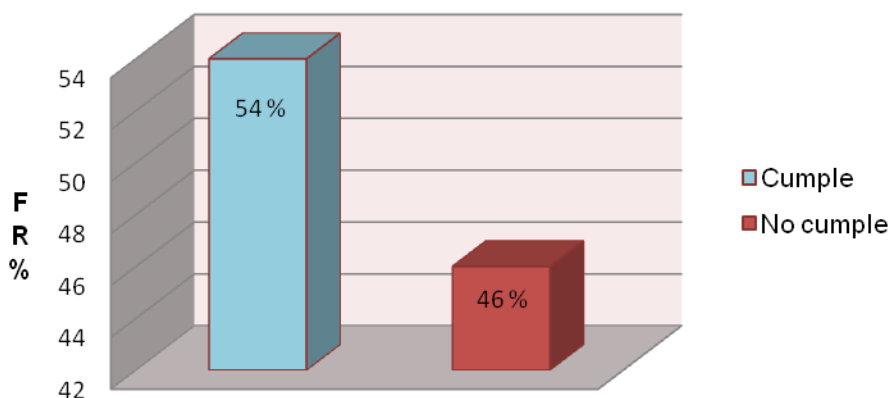
En el 89% de las historias clínicas, fueron validadas las tachaduras.

Observación de la continuidad del registro en los procedimientos

TABLA N° 11: Distribución según control y evaluación de la posición del usuario en reposo.

Procedimiento n°1	FA	FR%
Cumple	34	54
No cumple	29	46
Total	63	100%

Grafico 11: Distribución según control y evaluación de la posición del usuario en reposo.

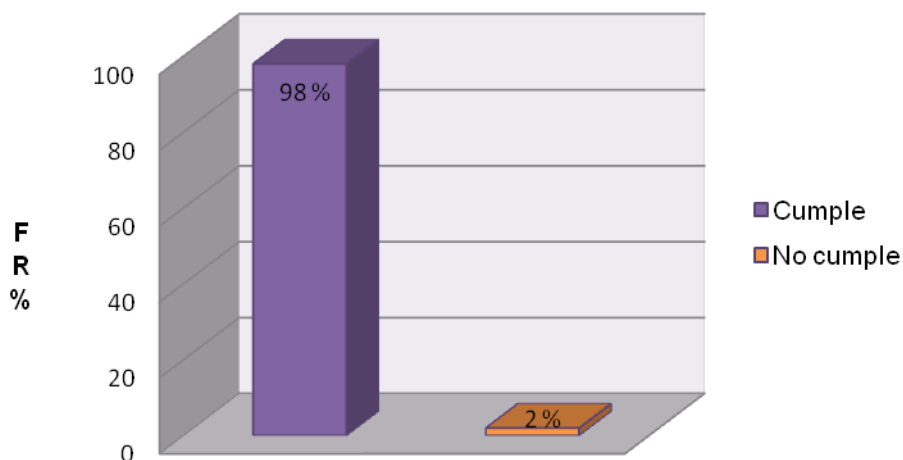


En el 54% de las historias clínicas se realizaron los registros sobre la evolución y control de la posición del usuario

TABLA N° 12: Distribución según registro de signos vitales.

Procedimiento n°2	FA	FR%
Cumple	62	98
No cumple	1	2
Total	63	100%

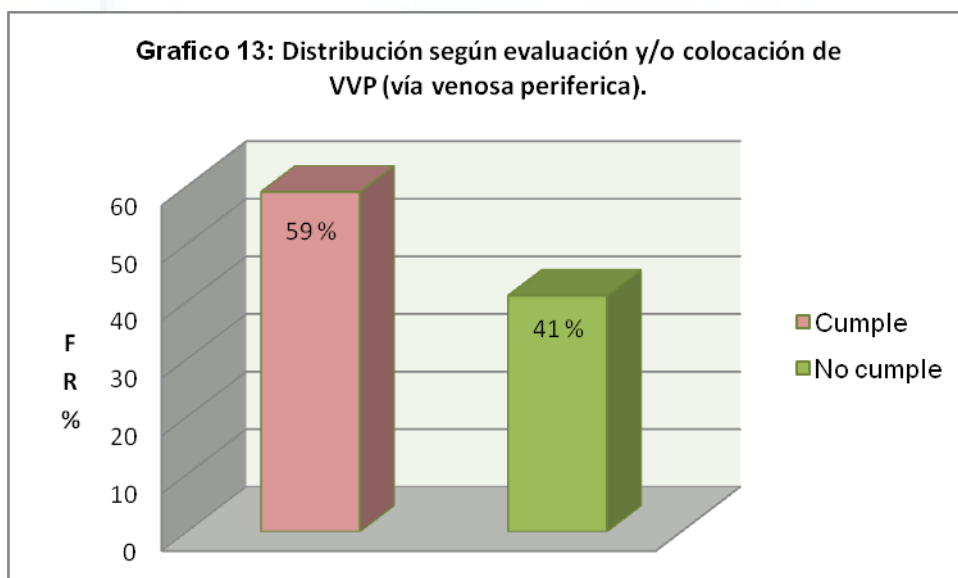
Grafico 12: Distribución según registro de signos vitales.



De un total de 63 observaciones un 98% registraron controles de signos vitales.

TABLA N° 13: Distribución según evaluación y/o colocación de VVP (vía venosa periférica)

Procedimiento n°3	FA	FR%
Cumple	37	59
No cumple	26	41
Total	63	100%

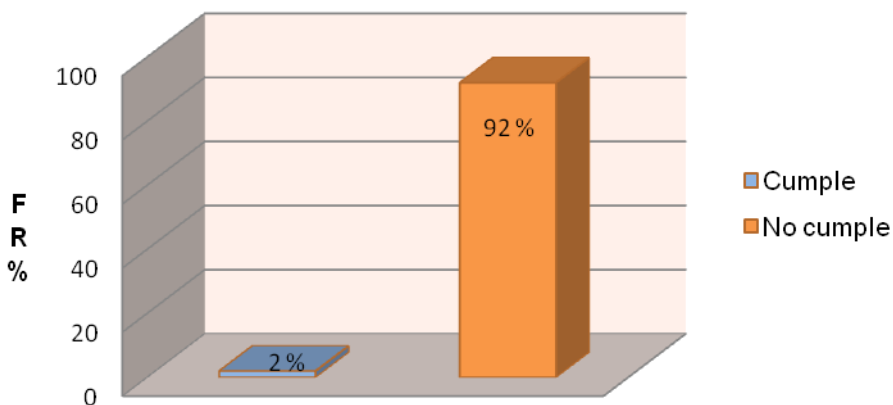


De un total de 63 observaciones un 59% registraron sobre la evolución y colocación de VVP.

TABLA N° 14: Distribución según asepsia y curación de VVP (vía venosa periférica).

Procedimiento n°4	FA	FR%
Cumple	1	2
No cumple	62	92
Total	63	100%

Grafico 14: Distribución según asepsia y curación de VVP (vía venosa periférica).

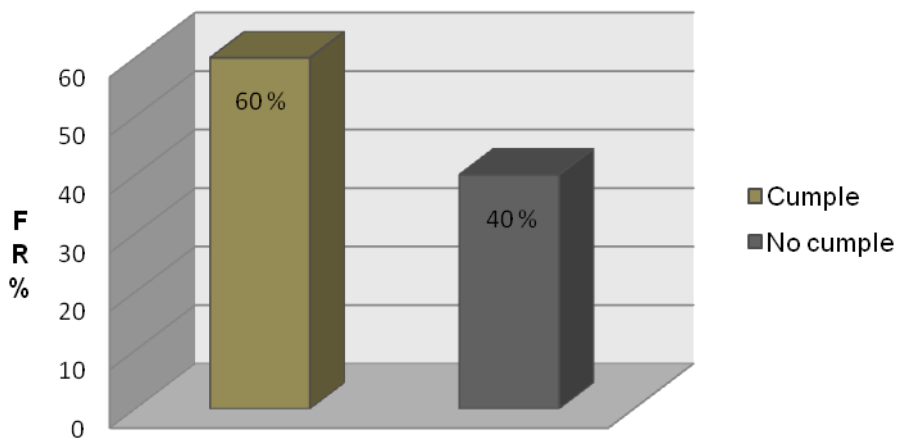


De un total de 63 observaciones un 92% no tuvieron una continuidad en el registro sobre la asepsia y curación de la VVP.

TABLA N° 15: Distribución según control de infusiones.

Procedimiento n°5	FA	FR%
Cumple	38	60
No cumple	25	40
Total	63	100%

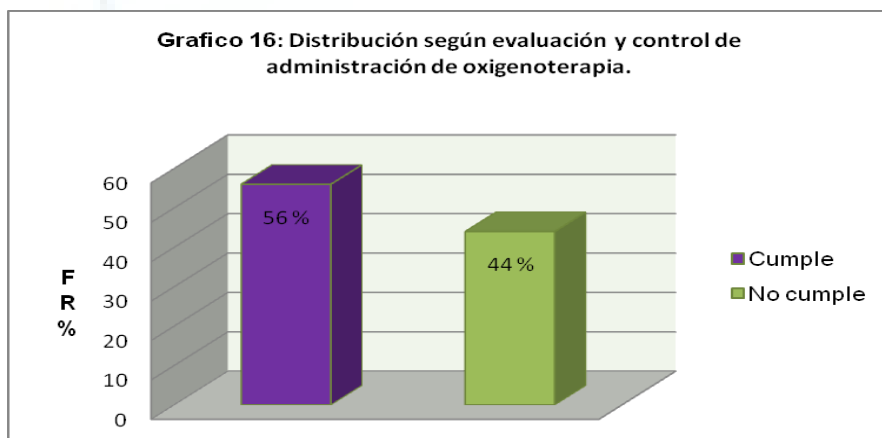
Grafico 15: Distribución según control de infusiones.



De un total de observaciones de 63 historias clínicas el 60% tuvieron una continuidad en el registro del control de infusiones.

TABLA N° 16: Distribución según evaluación y control de administración de oxigenoterapia.

Procedimiento n°6	FA	FR%
Cumple	35	56
No cumple	28	44
Total	63	100%

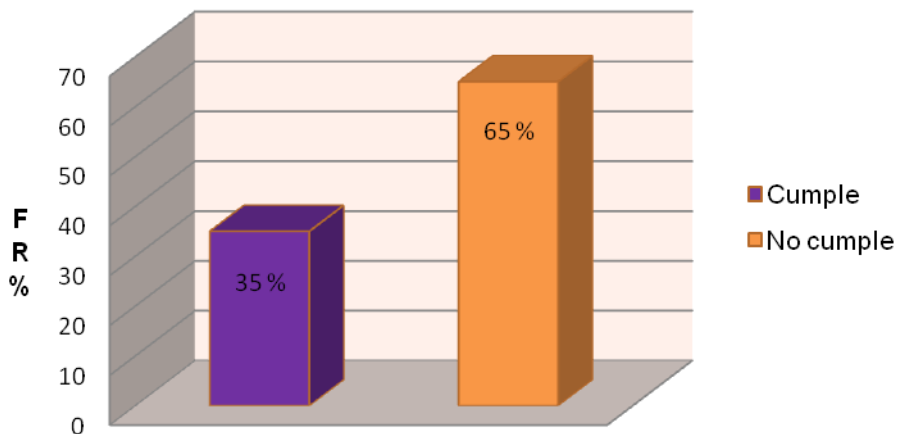


De un total de 63 observaciones un 56% tuvieron una continuidad en el registro sobre la evaluación y control de la administración de oxigenoterapia.

TABLA N° 17: Distribución según evaluación y control de curaciones.

Procedimiento n°7	FA	FR%
Cumple	22	35
No cumple	41	65
Total	63	100%

Grafico 17: Distribución según evaluación y control de curaciones.

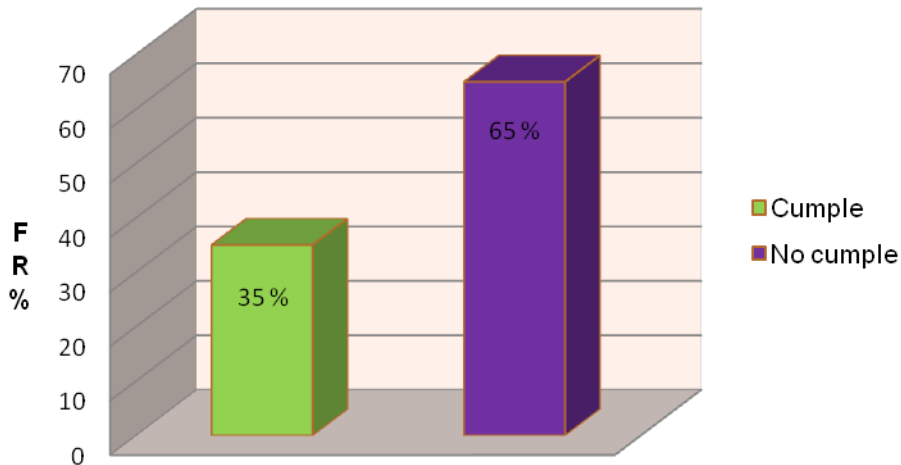


De un total de 63 observaciones un 65% no tuvieron una continuidad en el registro sobre evaluación y control de curaciones.

TABLA N° 18: Distribución según aspiración de secreciones.

Procedimiento n°8	FA	FR%
Cumple	22	35
No cumple	41	65
Total	63	100%

Grafico 18: Distribución según aspiración de secreciones.

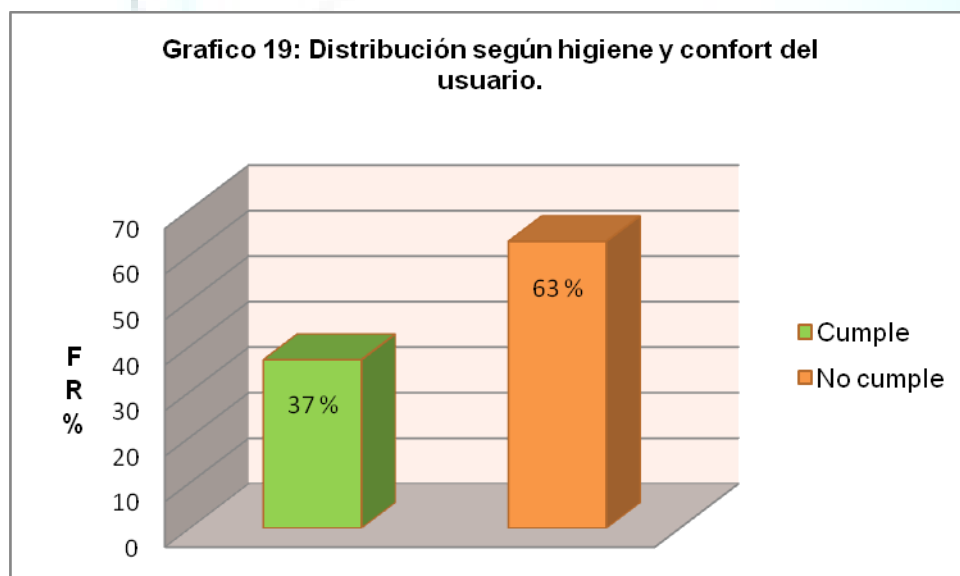


De un total de 63 observaciones un 65% no tuvieron una continuidad en el registro sobre aspiración de secreciones.

El 100% de las historias clínicas tuvieron una continuidad en los registros de la administración de tratamientos indicados por el personal médico.

TABLA N° 19: Distribución según higiene y confort del usuario.

Procedimiento n°10	FA	FR%
Cumple	23	37
No cumple	40	63
Total	63	100%

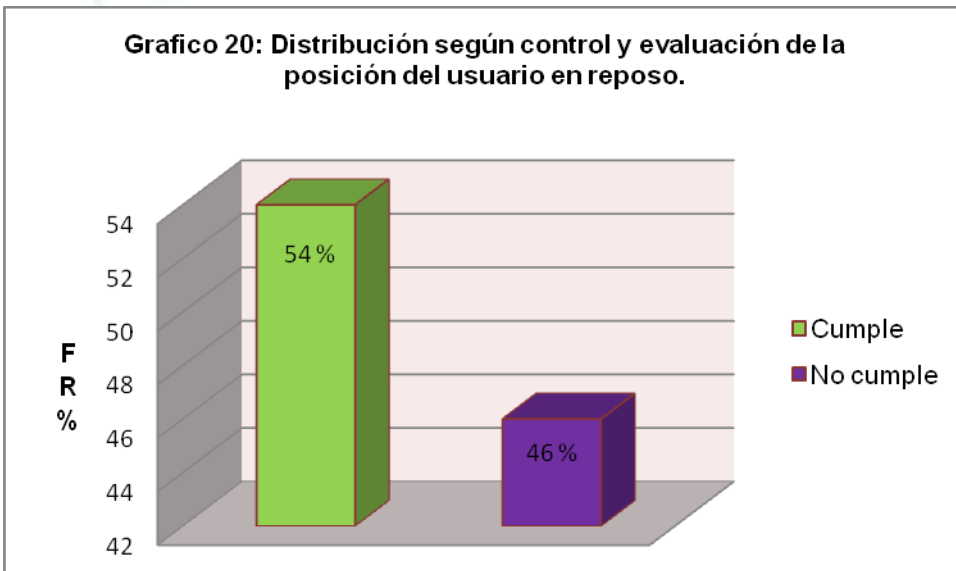


Del total de la muestra de 63 historias clínicas el 63% no tuvieron continuidad en el registro de higiene y confort del usuario.

Observación de la simultaneidad del registro en los procedimientos

TABLA N° 20: Distribución según control y evaluación de la posición del usuario en reposo.

Procedimiento n°1	FA	FR%
Cumple	34	54
No cumple	29	46
Total	63	100%

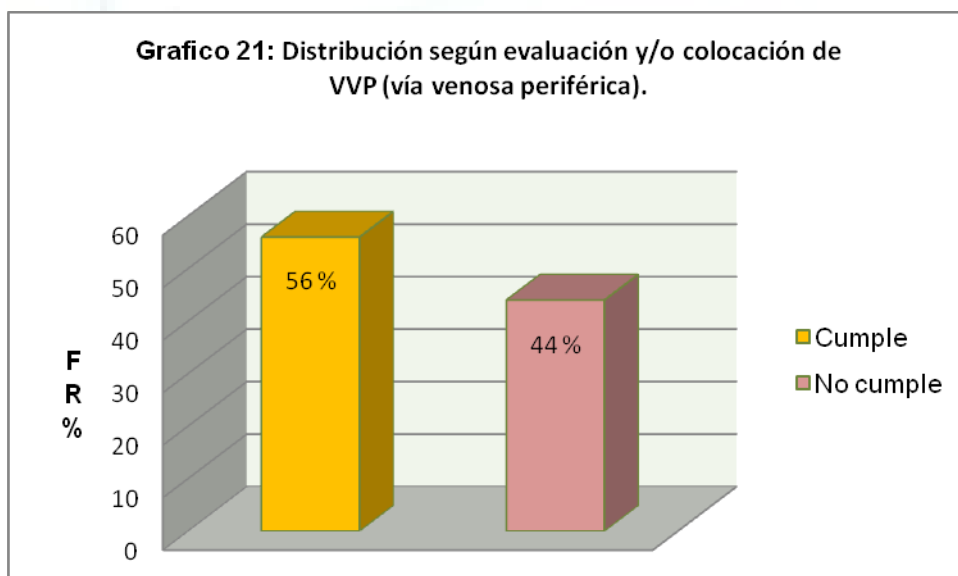


De un total de 63 observaciones un 54% registraron simultáneamente sobre la evolución y control de la posición del usuario.

En el 100 % de los casos se tuvo simultaneidad en los registros de los signos vitales.

TABLA N° 21: Distribución según evaluación y/o colocación de VVP (vía venosa periférica).

Procedimiento n°3	FA	FR%
Cumple	35	56
No cumple	28	44
Total	63	100%

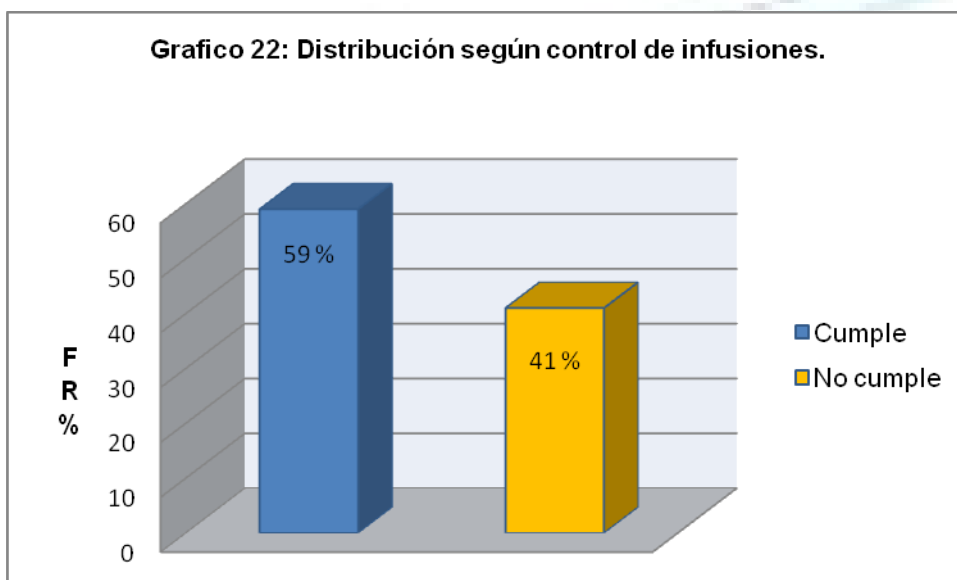


De un total de 63 observaciones un 56% tuvieron una simultaneidad en el registro sobre la evaluación y/o colocación de VVP

En el 100 % de los casos no se contó con simultaneidad en el registro sobre la asepsia y curación de la VVP.

TABLA N° 22: Distribución según control de infusiones.

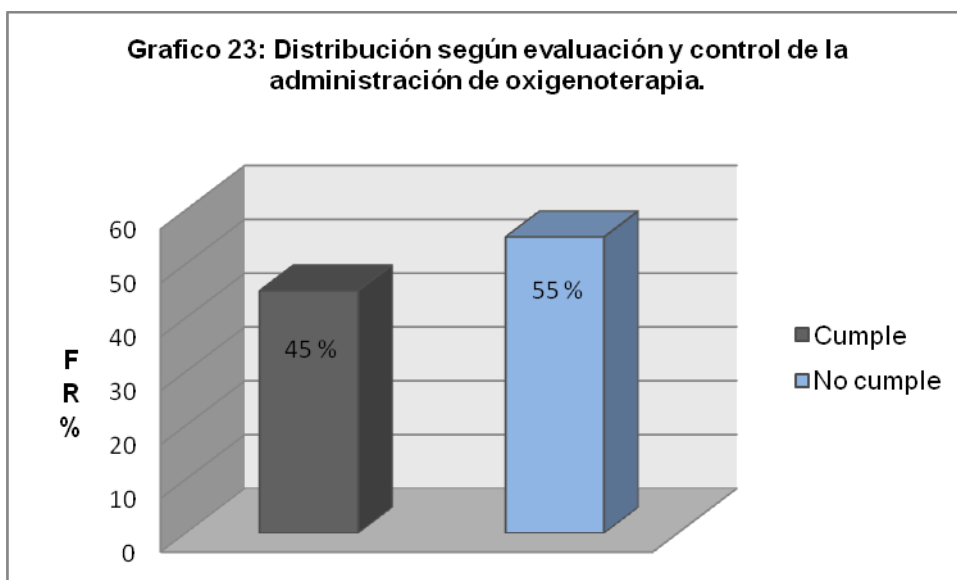
Procedimiento n°5	FA	FR%
Cumple	37	59
No cumple	26	41
Total	63	100%



De un total de 63 observaciones un 59% tuvieron una simultaneidad en el registro sobre control de infusiones.

TABLA N° 23: Distribución según evaluación y control de la administración de oxigenoterapia.

Procedimiento n°6	FA	FR%
Cumple	28	45
No cumple	35	55
Total	63	100%

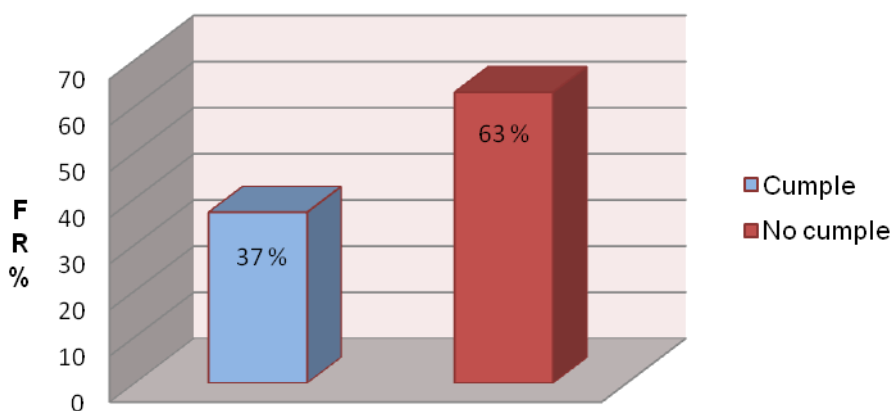


De un total de 63 observaciones un 55% no tuvieron una simultaneidad en el registro sobre evaluación y control de la administración de oxigenoterapia.

TABLA N° 24: Distribución según control y evaluación de curaciones.

Procedimiento n°7	FA	FR%
Cumple	23	37
No cumple	40	63
Total	63	100%

Grafico 24: Distribución según control y evaluación de curaciones.

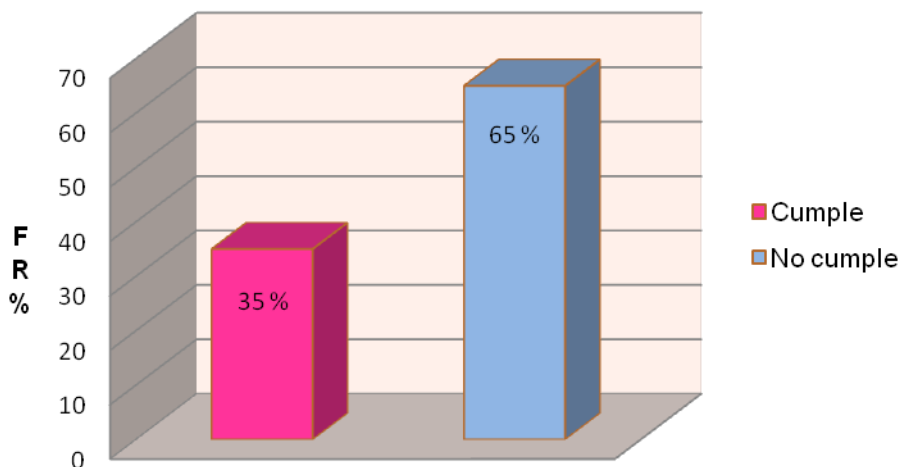


De un total de 63 observaciones un 63% no tuvieron una simultaneidad en el registro sobre control y evaluación de curaciones.

TABLA N° 25: Distribución según aspiración de secreciones.

Procedimiento nº8	FA	FR%
Cumple	22	35
No cumple	41	65
Total	63	100%

Grafico 25: Distribución según aspiración de secreciones.

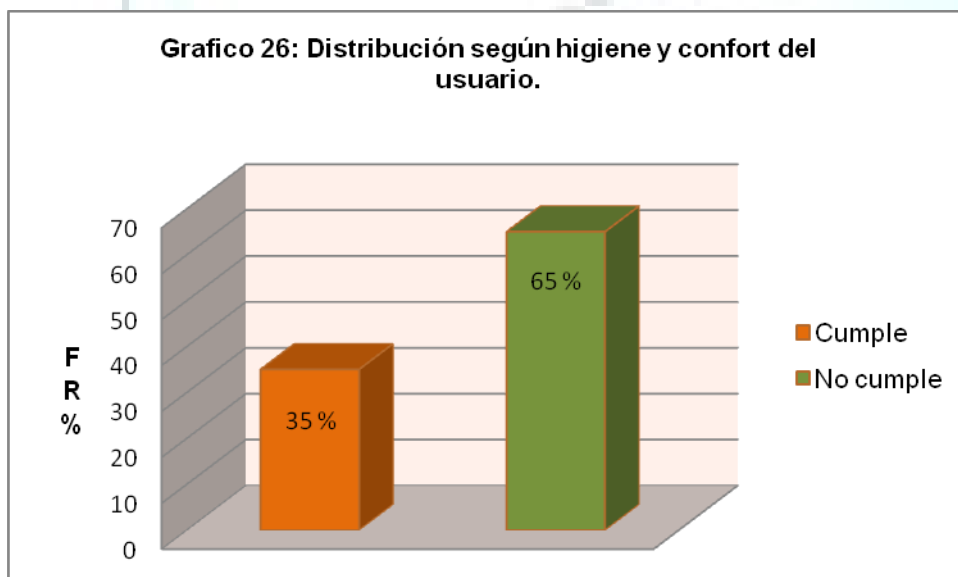


De un total de 63 observaciones un 65% no tuvieron una simultaneidad en el registro de aspiración de secreciones.

En el 100 % de las historias clínicas se contó con simultaneidad en los registros de la Administración de tratamientos indicados por el personal médico.

TABLA N° 26: Distribución según higiene y confort del usuario.

Procedimiento nº8	FA	FR%
Cumple	22	35
No cumple	41	65
Total	63	100%



De un total de 63 observaciones un 65% no tuvieron una simultaneidad en el registro sobre higiene y confort del usuario.

ANALISIS

En el período comprendido entre marzo y abril del corriente año se evaluaron y observaron los registros realizados por el personal de enfermería, en 63 historias clínicas, de acuerdo a las normas de seguridad de los registros de enfermería.

Según las variables establecidas y siguiendo el orden de la tabulación de los datos, se pudo observar que en el 68% de los casos, el **nombre** figura en forma completa, requisito fundamental al momento de registrar, dado que la falta del mismo favorece posibles errores.

El registro del número de **cédula de identidad** se encuentra en un valor de 86%, siendo muy importante ya que es la manera de identificar al usuario dentro de toda la cobertura de salud.

La edad del usuario es fundamental teniendo en cuenta la población con que se trabaja en este caso y sólo cuenta con un 89% de los registros.

En cuanto al **número de registro**, no se encuentra en el 100% de las historias clínicas, siendo un número único para cada usuario y su presencia permite evitar el error en el registro. Además, facilita el archivado de la historia y la recopilación estadística de datos.

Con respecto a la **objetividad** de los registros el 75% de los mismos no son objetivos. Encontrando negativa dicha cifra, debido a que la historia clínica como documento legal no debe presentar juicios de valor, que son subjetivos.

El registro de la **fecha** se encuentra presente en el 90% de las historias clínicas. Su presencia permite establecer un orden cronológico en el proceso asistencial del usuario de manera de poder observar diagnósticos, tratamiento y evolución acorde

a la información obtenida en cada momento y de esta manera justificar la tarea del equipo de salud.

En cuanto al registro de la **hora**, se observa que se encuentra presente en el 54% del total de historias clínicas, siendo fundamental, ya que la misma permite plasmar el momento exacto evidenciando si la actuación de enfermería fue oportuna.

El 87% de las historias clínicas observadas presenta la **firma** del funcionario responsable luego de cada registro. A pesar que dicho dato es un requisito obligatorio, un 13% no cumple con el mismo.

El número de funcionario debe estar presente de manera adjunta a la firma. El mismo se adjudica a cada uno de los funcionarios de la institución, permitiendo identificar fácilmente a la persona responsable, dato fundamental que no se encuentra en el 100% de las historias clínicas.

En cuanto a **la legibilidad** de la escritura es muy positivo, ya que está presente en el 100% de los casos, siendo muy favorable para la continuidad en el trabajo de equipo cuando nos referimos a calidad de atención. Acompañado de la escritura en un 83%, el **color** legalmente permitido está presente en los registros.

Con respecto al registro incorrecto y el uso de **tachaduras validadas** por las normativas de registros, se realizó correctamente en el 89% de las historias clínicas.

Para investigar sobre las variables continuidad y simultaneidad, se tomó un instrumento de observación para diez de los procedimientos que se realizaban, con el fin de evidenciar si se cumplía con dicho requisito.

Cuando nos referimos **al control y evaluación de la posición** del usuario podemos decir que la continuidad y simultaneidad del registro se realiza en un 54% en ambos casos, siendo un porcentaje muy bajo teniendo en cuenta la población que allí se interna.

Los registros de signos vitales según continuidad, se realizaron en un 98% y la simultaneidad en un 100%, siendo una cifra muy positiva con la importancia que tienen los mismos.

En cuanto a la continuidad y la simultaneidad de los registros de **asepsia y curación de vía venosa periférica**, están presentes en un 92% en cuanto a continuidad y en un 100% en lo que se refiere a la simultaneidad.

La administración de tratamientos por indicación médica, se registra en un 100%, en cuanto a continuidad y simultaneidad de los registros, siendo uno de los principales tratamientos a realizar para la recuperación del usuario.

CONCLUSIONES

El registro en las historias clínicas forma parte de la actividad diaria del personal de enfermería, con estrecho vínculo a la profesión y en base a ello se planifican actividades, intervenciones y se evalúan las mismas, permitiendo evidenciar el proceso salud- enfermedad del usuario. Imprescindible para la comunicación multidisciplinaria, contribuyendo a mejorar la calidad científico-técnico del profesional y la búsqueda de mejora en los cuidados.

El registro de enfermería completo, detallado acorde a las normativas, contribuye y favorece al resto del equipo de salud ya que brinda mayores herramientas a la hora de tomar decisiones y brindar asistencia integral. Además es un deber moral y ético el correcto registro en la historia clínica, por ello la importancia de su cumplimiento.

Puede ocurrir que la falta de conocimiento y/o información influya en el correcto registro y llenado de la Historia Clínica, pero ante la ley nos compete registrar de manera acorde a la ley estatal y a las normativas propias de la institución.

En este caso se pudo constatar que un porcentaje elevado del personal de enfermería del sector pediatría, no tiene claro los lineamientos que deben seguir para la correcta elaboración de los registros de enfermería, lo que repercute en las acciones y atenciones que se deben brindar a los usuarios.

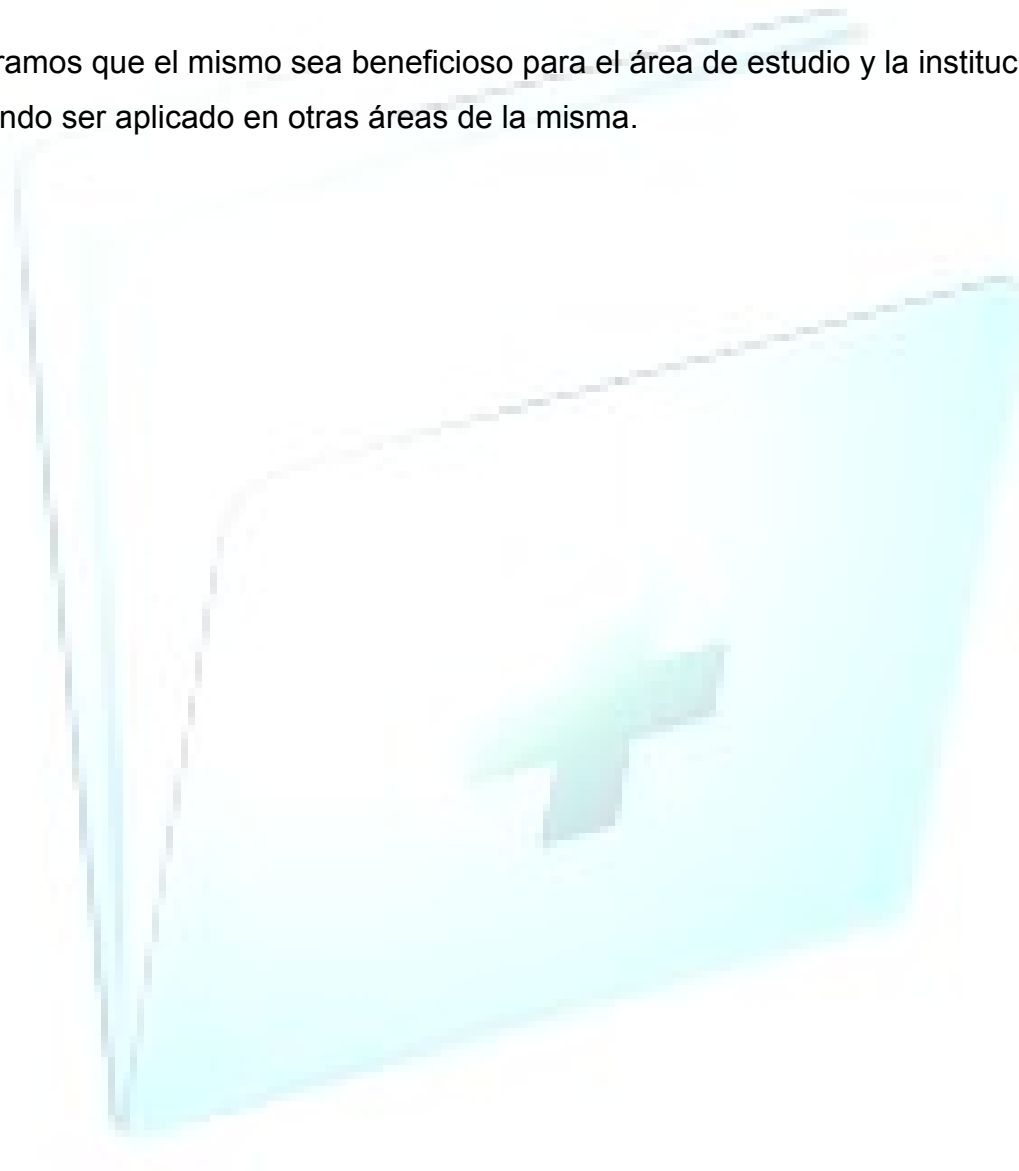
Impresiona no dar prioridad a cuáles son los objetivos que persiguen con la correcta elaboración de los registros, ya sea por omisión o desconocimiento.

Mediante el análisis de los datos recolectados se puede concluir que, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros y correcto llenado de datos en la Historia Clínica.

Finalmente se puede concluir que brindando una atención integral de calidad es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad al usuario minimizando los riesgos en la prestación de los servicios.

Consideramos que la realización de este trabajo de investigación fue enriquecedora para nuestra formación como futuros profesionales de la salud.

Esperamos que el mismo sea beneficioso para el área de estudio y la institución, pudiendo ser aplicado en otras áreas de la misma.



SUGERENCIAS

En base a los resultados obtenidos, el grupo investigador se plantea realizar una devolución al Departamento de Enfermería de la institución, sugiriendo que:

- ☛ se implementen talleres para profundizar los objetivos y la importancia del correcto llenado de la historia clínica.
- ☛ que se realice educación continua en el servicio, orientada a fortalecer las debilidades existentes en relación con los registros de enfermería.
- ☛ que se continúe investigando sobre el tema, a fin de establecer los factores que interfieren en la aplicación de las normas de seguridad de los registros de enfermería.
- ☛ que se realicen las gestiones necesarias para implementar una hoja de registros de enfermería, donde se pueda registrar el Proceso de Atención de Enfermería por parte de los y las licenciados/as en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- 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 [Tesis]. [Internet]. Lima: Facultad de Medicina, UNMSM; 2013. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/investigaciones/sites/default/files/Informe%20Final%20TO-11-2009.pdf> [consulta: 16 mar 2015].
- 2- Méndez Calixto G, Morales Castañeda M, Preciado López M, Ramírez Nuñez M, Sosa Gonzaga V, Jiménez Villegas M, Chaparro Díaz L. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico de los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias y unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev Mex Enf Cardiol [Internet] 2001; 9 (1-4): 11-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c> [consulta: 16 mar 2015].
- 3- Delpiazco CE. El principio de seguridad jurídica en el mundo virtual. Rev Derecho [Internet] 2007; 11: 7-16. Disponible en: http://www.um.edu.uy/_upload/_descarga/web_descarga_98_revista11.pdf [consulta: 16 de mar 2015].
- 4- México. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes [Internet]. 2001. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/local/File/CARTA%20DER.%20G.%20PACIENTES.pdf> [consulta: 16 mar 2015].
- 5- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Historia clínica electrónica única de cada persona: reglamentación. Decreto 396/003 de 30 de setiembre de 2003. [Internet]. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0300396.html> [consulta: 20 mar 2015].

6- García Ramírez S, Navío Marco A, Valentín Morganizó L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación [Internet], 2007. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf [consulta: 20 mar 2015].

7- Martínez Ques A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria [Internet] 2004; 3(1): 54-9. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/275769013_Aspectos_legales_y_prcticos_de_los_registros_de_enfermera [consulta: 20 mar 2015].

8- Rodríguez H, De Pena M. Historia clínica: enfoque médico legal desde la normativa vigente en Uruguay. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/SDMD0002.html> [consulta: 20 mar 2015].

ANEXOS



Anexo 1

DDU

DOCTRINA

Historia clínica:

enfoque medicolegal desde la normativa vigente en Uruguay

Dr. Hugo Rodríguez Almada

Dr. Mario de Pena

1 INTRODUCCION

Este trabajo se propone un resumido análisis medicolegal de la historia clínica desde una doble óptica: los conceptos teóricos actuales y la normativa jurídica y ética vigentes en nuestro país.

En Uruguay, las normas jurídicas que refieren específicamente a la historia clínica constituye un conjunto de disposiciones bastante dispersas y heterogéneas en cuanto a su jerarquía y su ámbito de aplicación.

Según un orden cronológico, ellas son:

Ordenanza N° 363/54 del Ministerio de Salud Pública (Historia clínica de pacientes ingresados en servicios de Salud Pública).

Decreto 355/82 (Destrucción de documentos).

Ordenanza N° 33/84 del Ministerio de Salud Pública (Registros Clínicos en las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada).

Orden General de Servicio N° 8/88 del Ministerio de Salud Pública (Expedición de historias clínicas).

Orden Especial de Servicio N° 84/90 del Ministerio de Salud Pública (Unidad de asesoramiento y Control de la calidad de la Atención Médica y Odontológica).

Ordenanza N° 1/90 del Ministerio de Salud Pública (Obligatoriedad de la historia perinatal base).

Decreto 258/92 (Reglas de Conducta Médica).

En cuanto a su ámbito de aplicación, del examen de estas normas surge que:

El Decreto 355/82 es de aplicación para "las distintas instituciones de asistencia médica -sean éstas públicas o privadas-..." (art. 2). Lo mismo ocurre con la Ordenanza N° 1/90 (art. 1) y la Orden Especial de Servicio N°84/90 (art. 1, lit. a y b).

Las "normas contenidas" en el Decreto 258/92 "son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas" (art. 45). Sin perjuicio de ello "serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamiento médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública" (art. 46). El mismo artículo establece que "de igual modo se procederá la Dirección general de la Salud, a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización, en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las instituciones sometidas a su control".

La Ordenanza N° 363/54 establece normas obligatorias para casos de "enfermos internados en los establecimientos de Salud Pública".

La Ordenanza N° 33/84 es de aplicación en las instituciones de asistencia médica colectivizada (IAMC), definidas por la Ley 15.181.

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay (en adelante: SMU), vigente desde 1995, constituye una referencia ineludible y contiene disposiciones obligatorias para todos los socios de la entidad (art. 1).

Se analizarán los conceptos más generales del tema que nos ocupa y, seguidamente, algunos aspectos medicolegales específicos y su solución en la normativa nacional.

2 CARACTERIZACION Y DEFINICIONES

La historia clínica es un documento de singular importancia en la práctica médica, ya que *"es el reflejo de todas las actuaciones médico-sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición"*. **(1)**

De este modo, no sólo documenta el acto médico propiamente dicho, sino el cumplimiento de ineludibles deberes del médico (prestar asistencia, informar, requerir el consentimiento). **(2)**

Pero antes que importancia medicolegal la historia clínica resulta imprescindible como medio de comunicación. Y en este rol ha acompañado las modificaciones organizativo-administrativas (complejización y socialización del acto médico) y culturales (cambio del paradigma hegemónico en la relación médico-paciente) hacia las que evolucionó la asistencia médica en las últimas décadas. **(1,3,4)**

Así, en el contexto de un modelo caracterizado por una relación médico-paciente directa y biunívoca, de contenido paternalista, la historia clínica oficiaba como medio de comunicación en un sentido longitudinal, a modo de ayuda-memoria para el médico. En la situación actual, la historia clínica mantiene esa característica, a la vez que incorpora un trascendente valor como medio de comunicación en un sentido transversal, permitiendo la comunicación entre las muchas personas que pueden llegar a intervenir en la asistencia de un paciente en un momento determinado. **(1)**

La multiplicidad de personal (médico, paramédico y administrativo) ha llevado a repensar el significado del secreto médico, incorporando los conceptos de *secreto compartido* y *secreto derivado*. **(5)**

En consecuencia, el registro adecuado pasa a formar parte inseparable del acto médico y, por ello, deviene en componente de la *lex artis*, pudiendo entonces valorarse la historia clínica según la cantidad y calidad de la información que contiene. **(2,3)**

Por lo anterior hemos incluido la historia clínica entre los aspectos críticos de la responsabilidad médica, es decir, entre aquellos atributos del acto médico cuya falla favorece la presentación de reclamos justificados o no. **(3,6)**

La historia clínica fue definida por LAIN ENTRALGO como *"el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad"*. **(7)**

Para Vázquez FERREYRA el desarrollo de la vida del contrato asistencial *"se refleja en un documento que se irá completando a lo largo del proceso de atención médica, y como tal servirá para identificar en un futuro la calidad de dichos servicios, y muy particularmente se convertirá en una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas"*. **(8)**

Y más recientemente GALÁN CORTES la ha caracterizado como la *"biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario"*. **(2)**

Concluimos que la historia clínica es un documento medicolegal complejo que refleja los cambios acaecidos en las formas de la prestación asistencial y la relación médico-paciente y, a través de su rol de medio de comunicación, constituye una condición *sine quanon* para la asistencia médica, un criterio de *lex artis* y un aspecto crítico de la responsabilidad médica. **(3)**

Del análisis de la definición se destacan las siguientes características:

Documento medicolegal complejo: porque puede ser único o múltiple, manuscrito, electrónico o imagenológico.

Reflejo de los cambios en el modelo asistencial y la relación médico-paciente: porque expresa la complejidad de la relación clínica actual y la socialización de la prestación de los servicios de salud.

Medio de comunicación imprescindible: tanto en el sentido longitudinal como transversal.

Criterio de lex artis: porque el registro es inherente al acto médico y la cantidad y el contenido de lo registrado informan sobre la calidad de aquel.

Aspecto crítico de la responsabilidad médica: por ser un atributo del acto médico de múltiples connotaciones medicolegales, cuya falla genera reclamaciones.

3 UTILIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

La utilidad de la historia clínica es muy diversa.

No es necesario insistir acerca de su rol en la *salud individual*. Sobre la historia clínica, se ha señalado con acierto que, *"en lo inmediato, su importancia viene dada porque asegura una adecuada prestación de servicios, sirviendo como guía a los profesionales intervinientes"*.(8)

Pero además de esta importancia referida directamente al proceso asistencial, debe enfatizarse también su aporte al conocimiento y mejoramiento de la *salud colectiva*, ya que es una importante fuente de datos e información para el conocimiento epidemiológico.

Asimismo, la *auditoría médica* de las historias clínicas constituye un valioso método de investigación y *control de calidad* asistencial de los servicios sanitarios.

Dentro del marco de las normas éticas y legales, la historia clínica es un importante auxiliar en la actividad docente y de investigación médica. (9)

La importancia medicolegal de la historia clínica es obvia. Por una parte, en todos aquellos casos de intervención judicial (en sede penal o civil) en que sea necesaria una peritación médica, la historia clínica completa será un valioso documento. Basado en él, el perito actuante podrá valorar adecuadamente la entidad de las lesiones, emitirá un pronóstico fundado, conocerá el estado anterior del lesionado, descartará simulaciones o concausas u obtendrá información fundamental para las conclusiones de un estudio necrópsico. Por otra parte, en los casos en que se reclame por presunta responsabilidad profesional del médico, la historia clínica será un medio de prueba privilegiado. (1-6, 10-12)

Entre las cualidades señaladas por CRIADO DEL RIO para que la historia clínica pueda cumplir cabalmente sus finalidades, cabe resaltar los requisitos de ser *completa, ordenada, veraz e inteligible (1)*:

completa: de modo de reflejar todos los actos médicos.

ordenada: mostrando la evolución en el tiempo, estando debidamente actualizada.

veraz: obviamente lo establecido en la historia debe ser veraz, a riesgo de incurrir en uno de los delitos penales y faltas éticas.

inteligible: lo que alude a la caligrafía como a la frecuente utilización de abreviaturas no siempre comprensibles ni siquiera por otros técnicos.

4 ASPECTOS JURIDICOS Y MEDICOLEGALES DE INTERES

En este apartado se discutirán sucintamente algunos ciertos aspectos de la historia clínica de interés teórico y práctico, desde el punto de vista jurídico y medicolegal, confrontándose con la normativa nacional.

4.1 Obligatoriedad

Está determinada por una necesidad médico-asistencial antes que por una imposición jurídica.

Las normas nacionales acompañan este carácter obligatorio, en especial en lo referente a los pacientes ingresados.

La Ordenanza N° 363/54 del Ministerio de Salud Pública (en adelante: MSP) ya señalaba que en los establecimientos dependientes de ese ministerio "no puede existir ningún enfermo en internación del que hayan transcurrido veinticuatro horas desde el momento del ingreso sin tener su historia clínica" (art. 4), así como la obligatoriedad de que a su egreso, exista una historia que contenga, al menos, diagnósticos de ingreso, definitivo y tipo de tratamiento (art. 2).

La Ordenanza N° 33/84 del MSP, referida a los registros clínicos en las IAMC establece que "el correcto llenado de la historia clínica es parte del acto médico siendo de responsabilidad del técnico actuante la realización de la misma" (art. 27), así como que este documento debe incluir "la atención médica de internación y consulta externa" (art. 28) y detalla los ítems que debe contener (art. 30).

El Decreto 258/92 preceptúa: "El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica

u otra, constituirá, de por sí, documentación autentica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos" (art. 17).

La Ordenanza N° 1/90 establece la obligatoriedad del uso de la historia clínica "en todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se realice la asistencia Perinatal, del parto y neonatal" (art. 1), así como que el registro se haga "con las características, contenido y formato que el Ministerio de salud Pública determine" (art. 2).

Es interesante señalar que el Código de Ética Médica del SMU la historia clínica aparece concebida, a la vez, como deber y derecho del médico: "El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica..." (Art. 16, núm. 2).

4.2 Propiedad

En el terreno ético, se acepta que la historia clínica pertenece al paciente. **(13)**

El Código de Ética Médica del SMU expresa: *"El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece"* (art. 16, núm. 2).

En términos estrictamente jurídicos resulta complejo definir la propiedad de la historia clínica, habiendo autores que sostienen que pertenece al médico o la institución asistencial. **(14)**

Por una parte, es indiscutible que el paciente es el legítimo dueño de la información contenida en la historia clínica, por concernirle en forma directa. Así, no hay duda que tiene derecho a recibir toda esa información y darle el uso que crea apropiado (por ejemplo: consultar otro profesional). **(1-6,8)**

Sin embargo, el soporte material de esa historia clínica es suministrado por el médico o a la institución asistencial, quienes tienen el deber de su custodia. No parece razonable que el paciente pudiera disponer libremente de él, desde el médico o la institución es responsable de su presentación en caso un reclamo judicial y allí se encuentra documentada toda la actuación. **(2)**

Esta interpretación parece ser coincidente con lo establecido en el derecho positivo uruguayo (Decreto 258/92, art. 42): *"El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia de la misma, a sus expensas"*. Efectivamente, la norma habla de *"una copia de la misma"* por la que deberá abonar el costo, de lo que se infiere que el paciente no tiene la propiedad del soporte material de la historia.

Es compatible que *"una buena práctica -y muy aconsejable- sería que una vez que el paciente es dado de alta, se le entregue bajo recibo una copia certificada de la historia clínica"*. (8) Conceptualmente se trata del mismo principio (entrega sistemática y bajo firma de copia de la historia al paciente) empleado en Uruguay por los servicios de asistencia médica pre-hospitalaria (emergencias móviles). (4)

Por último, no menos importante es el enfoque del problema de la propiedad intelectual. La historia clínica no es un mero registro de datos, sino una elaboración intelectual, por lo que, de acuerdo al derecho positivo de cada país, cabría tomar en cuenta este aspecto. (2-5,15)

4.3 Acceso

La siguiente afirmación de Vázquez FERREYRA resulta enteramente válida para Uruguay: *"Generalmente, los pacientes no tienen libre acceso a la historia clínica, pues los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud no son muy adictos a permitir la lectura de estos documentos por parte de los enfermos"* (8)

No obstante, del análisis de lo antes señalado surge claramente la legitimidad del acceso del paciente a la información contenida de su historia clínica.

Por su vinculación con el derecho a la intimidad, tal accesibilidad no es aplicable en iguales términos a sus pacientes y allegados. No obstante, en determinados situaciones los representantes legales del paciente podrán solicitarla con motivos fundados. (2) En este sentido se ha señalado que *"en caso de muerte del paciente, los derechos de éste sobre la historia clínica se traspasan a sus herederos y a toda otra persona que pudiera tener legitimación activa en un eventual juicio por responsabilidad civil, en el cual la historia sirva de prueba"*. (8)

Sobre el punto, la normativa uruguaya no es muy explícita. Sin embargo, y más allá de su carácter bastante obsoleto, en la Orden General de Servicio N° 8/88 del Ministerio de Salud Pública, al enunciar los *"requisitos formales"* para la solicitud de *"antecedentes clínicos a particulares"* se incluye que *"el solicitante podrá ser únicamente el propio interesado o un pariente próximo del mismo"* (art. 1º, lit.b).

Es obvio que el personal interviniente en el tratamiento, médico y no médico, deben acceder a la historia clínica. Asimismo, con fines estadísticos, de investigación y de control de calidad la institución podrá acceder a las historias, en el entendido de una utilización anónima de la información recabada y de la inclusión de quienes accedan a la misma en la obligación ética y jurídica de confidencialidad. (3, 9,13)

Los jueces penales podrán solicitar las historias clínicas cuando ellas constituyan medios de prueba de interés en los casos a su cargo. (2, 3,16) En el marco del mismo criterio la normativa española establece, como una de las causas de solicitud de la historia clínica, la necesidad de instrucción del médico

forense. **(16)** En el mismo sentido, el Decreto 288/81 impone que se entregue fotocopia de la historia clínica de los fallecidos que pasen a la Morgue Judicial. **(9)**

GALÁN CORTES señala que es mucho más discutible que esta potestad incluya a los jueces que atienden causas civiles o laborales, ya que se utilizaría con otra finalidad -y en una contienda de derecho privado- información que el paciente puso en conocimiento del médico por razones de protección a su propia salud. **(2)**

ARIAS VALVERDE **(17)** esquematiza las siguientes soluciones:

Solicitud del juez penal: nunca puede negarse.

Solicitud de juez civil, de familia, laboral y contencioso administrativo: debe accederse si la prueba es ofrecida por el titular de la historia o sus representantes legales y debe negarse si la prueba es ofrecida por la parte contraria.

La historia puede ser entregada al juez cuando el médico o la institución sean los demandados.

Sin perjuicio de lo anterior, se acepta como una justa causa de relevamiento del secreto profesional la situación en la que un médico hace uso de esa información para defenderse de una demanda por presunta responsabilidad médica. Dentro de este criterio, podría aceptarse la entrega a la sede judicial de la historia clínica bajo custodia del médico. **(3)** El Código de Ética Médica del SMU toma en cuenta esta eventualidad y menciona como causa válida de revelación de secreto profesional la hipótesis de "*defensa legal del médico contra acusación del propio paciente*" (art. 22, núm. 5).

En el plano administrativo, merece mencionarse la Orden Especial de Servicio del MSP N°84/90 donde se crea la Unidad de Asesoramiento y Control de la Calidad de Atención Médica y Odontológica, entre cuyos cometidos figura *"recabar de cada servicio de salud público o privado mensualmente, historias clínicas, a fin de auditar su confección y la sistemática seguida en la conducción del caso clínico, en relación a los procedimientos que a tales efectos son de recibo técnico-científico, para asegurar la mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento, que en las condiciones de recursos disponibles con que se presta el servicio, puedan ser ofrecidas a los usuarios"*. Agrega que *"la omisión en acceder a proporcionar las historias clínicas solicitadas será inmediatamente comunicadas"*, para la adopción de *"las medidas compulsivas correspondientes, para que se cumpla lo dispuesto en el presente literal, en el marco de las competencias legales del Ministerio de salud Pública, para la vigilancia des profesiones de la salud"*. Las historias recabadas *"salvo voluntad expresa del paciente"* o de *"su representante legal"*, *"deberán ser aportadas omitiendo la identificación del paciente"* (art. 1º, lit. b).

En cualquier otro caso, en lo referente al acceso a la historia clínica privilegiará el derecho a la intimidad. **(2)**

El Código de Ética Médica del SMU establece al respecto que *"sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente"* (art. 16, núm. 3).

4.4 Confidencialidad

Es un aspecto estrechamente ligado al anterior.

Si bien el análisis detallado de los principios de confidencialidad (ético) y secreto profesional (jurídico) escapa a los objetivos de este trabajo, resulta ineludible señalar que constituyen aspectos capitales en el manejo de la historia clínica.

La tendencia doctrinaria tiende a fortalecer el secreto médico, aún frente a situaciones dilemáticas donde colisiona con otros principios. **(18,19)**

Una investigación realizada en hospitales universitarios norteamericanos mostraron que durante un período de internación media de ocho días, eran más de setenta y cinco las personas que podían llegar a acceder a la historia de un paciente. **(13)** Merece destacarse que pese a la multiplicidad de agentes que, por razones válidas, tienen acceso a la historia clínica de un paciente, la obligación ética y jurídica de la confidencialidad no desaparece sino que, por el contrario, se extiende a todos los que por una u otra causa tuvieron acceso a la información.

En este sentido GISBERT CALABUIG y CASTELLANO ARROYO mencionan las nuevas categorías del moderno secreto médico:

Secreto médico compartido: al que se obligan todos los que tienen acceso a la información sobre un paciente y a la que accedieron en virtud de integrar el equipo asistencial.

Secreto médico derivado: surge de la complejidad administrativa de la medicina en la actualidad, por el cual personal no técnico tiene acceso a información confidencial, quedando obligado al secreto correspondiente. **(5)**

Sin perjuicio de su protección penal (art. 302 del Código Penal uruguayo), la confidencialidad está enfáticamente señalada en el Decreto 258/92, art. 4º: "El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada e intimidad de quienes hubiera de asistir en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo (incluso después de la muerte del paciente)".

En el nivel ético, el Código del SMU señala el derecho del paciente "a la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte"; y agrega que "los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto" (art. 20, núm. 3).

4.5 Conservación y custodia

La conservación de la historia es un eslabón fundamental del que depende el cumplimiento de las utilidades reseñadas.

Como se ha dicho, se trata de una obligación de la institución asistencial o, según el caso, del propio médico, a la vez que un derecho para el paciente.

Esto tiene considerable importancia desde el punto de vista de los reclamos por responsabilidad médica casos, ya que, de requerirse por el Juez este importante medio probatorio, será sobre el médico o la institución sobre quien recaiga la obligación de suministrarla. **(1, 2,8)**

Sin embargo, la obligación de la custodia no es ilimitada en el tiempo y es en la normativa de cada país donde se establecen los plazos y las formas mediante las cuales puede procederse a su destrucción.

Se ha dicho que la historia clínica debería ser conservada, como mínimo *"por el plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual"*. **(8)**

Resulta curioso señalar que, en nuestro país, mientras se mantiene en veinte años el plazo de prescripción para este tipo de acciones, la obligación para la conservación de las historias es sustancialmente inferior. En el Decreto 355/82 se regula la destrucción de las historias clínicas en las instituciones públicas y privadas de acuerdo a los siguientes criterios:

Las instituciones llevarán un archivo de historia clínicas activas y otro de historias clínicas pasivas. Las activas son aquellas *"con asentamientos periódicos, que habiendo dejado de tenerlos no ha transcurrido en lapso de dos años en esa situación"*, agregando que *"transcurrido ese período dicha historia pasará a tener el carácter de historia clínica pasiva"*(art. 3).

Podrán destruirse las historias *"que hayan pasado al archivo correspondiente a las pasivas, cuando se encuentren en dicho estado de pasividad por un lapso mínimo de tres años, siempre que en forma previa se confeccione una tarjeta fichero, la cual deberá resumir en forma breve y concisa aquellas circunstancias que se entiendan de importancia"* (art. 4). Las tarjetas fichero no podrán ser destruidas (art. 5).

"Las historias clínicas originadas por parto normal y por fallecimiento ocurrido por causas naturales pueden ser destruidas de inmediato. Aquellas ocasionadas por fallecimiento ocurrido por causas traumáticas, podrán ser destruidas una vez transcurrido un plazo de dos años de producido el mismo". En todos los casos deberá previamente confeccionarse la tarjeta fichero prevista en el art. 4 (art. 5).

4.6 Eficacia probatoria

Es indiscutible el alto valor probatorio de la historia clínica en un juicio por responsabilidad médica. Es más, la imposibilidad de la institución de suministrarla por extravío puede interpretarse como una conducta negligente, generadora de culpa (1,2).

Si bien no es sostenible que lo no consignado en la historia equivale a no lo realizado por el médico, es obvio que aquello no debidamente registrado se presumirá como no realizado, pudiendo probarse lo contrario por otros medios, lo que de hecho muchas veces resulta difícil. (12) Además, si se concibe la historia clínica como parte integrante del acto médico, la falla en el registro constituye en sí misma una debilidad del acto médico eventualmente culpable. (3)

Su interés como medio de prueba judicial radica en buena medida en el momento en que fue confeccionada, esto es, meses o años antes de que la fractura de relación médico-paciente abra paso a la reclamación. Es decir, que el médico no la confeccionó con la idea de protegerse de una acusación, sino que se trata de un documento clínico que refleja razonablemente los distintos aspectos del acto médico en cuestión. (20) Por ello, en la mayoría de los casos, la existencia de una historia clínica bien confeccionada servirá para descartar la pretendida mala praxis, pese a ser un documento mayoritariamente elaborado y custodiado por el demandado.

Se ha señalado que *"tratándose la historia clínica de una documentación elaborada exclusivamente por el médico"*, la jurisprudencia argentina *"le ha restado importancia como prueba decisiva cuando es ofrecida por éste como descargo"*. (8) Sin embargo, en el caso uruguayo, la jurisprudencia le ha otorgado a la historia clínica un alto valor probatorio como forma de desestimar reclamaciones. (21)

También puede ocurrir que de la historia surja la prueba contundente de la culpa médica (impericia, imprudencia, negligencia). Y en este sentido algunos autores han entendido que, si de la historia clínica surge prueba en contra del médico, ello equivale a una *"confesión anticipada y por escrito"* (LORENZETTI) (11).

Este criterio no es acompañado por GALÁN CORTES, quien señala que *"dado que no es presumible, y menos aún en el supuesto de medicina ejercida en consulta privada y en régimen no hospitalario, que el facultativo que haya cometido un error grave o una imprudencia se dedique a documentarla"*

minuciosamente, dejando así constancia de la vulneración, en mayor o menor grado, de la 'lex artis', no parece que la aportación del historial pueda considerarse equivalente a una confesión de culpabilidad elaborada con anterioridad a la iniciación de las diligencias criminales en contra del facultativo" (2).

En suma, resulta indiscutible el valor probatorio de la historia clínica, muy especialmente, cuando de ella surge prueba en contra del médico o la institución asistencial.

Finalmente, cabe insistir en que la jurisprudencia reciente ha reforzado la responsabilidad del médico en aquellos casos en que la historia clínica no existe, se extravió o se confeccionó en forma negligente o insuficiente.

BIBLIOGRAFIA

1. CRIADO DEL RIO MT: Aspectos médico-legales de la historia clínica. Colex, Madrid, 1999.
2. GALÁN CORTES JC: Aspectos legales de la relación clínica. Jarpyo Ed., Madrid, 2000.
3. RODRIGUEZ H: Responsabilidad médica: nociones básicas, responsabilidad penal, aspectos críticos. II Curso de Formación Sindical. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2000.
4. RODRIGUEZ H, DE PENA M: La historia clínica en la medicina pre-hospitalaria. En: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). SMU, Montevideo, 1998.
5. GISBERT CALABUIG JA, CASTELLANO ARROYO M: El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. En: Gisbert Calabuig: Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Masson, Barcelona, 1998.
6. RODRIGUEZ H, CURBELO C, DE PENA M, PANIZZA R Nociones sobre responsabilidad médica. I Curso de Formación Sindical. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1999.
7. LAIN ENTRALGO P: La historia clínica. 3ª edición. Ed. Tricastela, España, 1998.
8. VAZQUEZ FERREYRA R: Historia clínica. Problemas jurídicos. En su: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Hammurabi, Buenos Aires, 1992: 222-238.
9. RICCIARDI N, BERRO G, BORGES F, PINTOS I: Documentos médico-legales. En: Mesa G: Medicina Legal, 2ª edición. Oficina del Libro, Montevideo, 1995: 277-281.
10. GALAN CORTES JC: La responsabilidad civil del médico. Jarpyo Ed., Madrid, 1999.

11. LORENZETTI R: Responsabilidad civil de los médicos. Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1986.
12. RODRIGUEZ H, GRILLE A, MEDEROS D: Responsabilidad civil derivada del acto médico. En: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica. SMU, Montevideo, 1998.
13. FRANCISCONI CF, GOLDIM JR: Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. En: Conselho Federal de Medicina: Iniciação a Bioética. CFM, Brasília, 1998:269-284.
14. CORBELLA DUCH J: ¿Qué debe contener la historia clínica? En: Asociación Española de Derecho Sanitario: IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE, Madrid, 1998: 315-317.
15. BOFARULL PIUGDENGOLÉS JI: Historia clínica. Valoración médico-legal. Valencia, Valenciana, 1987.
16. LUNA MALDONADO A: Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal (1): 39-47, Jun. 2000.
17. ARIAS VALVERDE O. El secreto médico en Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica 1990, 7(2): 45-49.
18. CURBELO MC, DE PENA M, BERLANGIERI C: VIH-SIDA. Consideraciones medicolegales. Revista Médica del Uruguay 1991; 7:91-107.
19. CURBELO MC: Confidencialidad, dilema y desafío. En: Sindicato Médico del Uruguay: SIDA y trabajadores de la salud. Smu, Montevideo, 1996: 88-93
20. GRILLE A: Historia clínica. Revista Intercambio, Año III, Nº20, CASMU, Montevideo, 1993: 5-6.
21. SZAFIR D, VENTURINI B: Responsabilidad médica en el MERCOSUR. FCU, Montevideo, 1997.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLINICAS EN SALA DE PEDIATRIA

Historia Clínica N°: _____

1	IDENTIFICACION		
1.a	Nombre y apellido del usuario/a	Completo.....	Incompleto.....
1.b	Número de Cédula de Identidad	Presenta.....	No presenta.....
1.c	Edad	Presenta.....	No presenta.....
1.d	Número de Registro	Presenta.....	No presenta.....
2	OBJETIVIDAD DEL REGISTRO	Cumple.....	No cumple.....
3	PRECISIÓN Y EXACTITUD DEL REGISTRO		
3.a	Fecha	Presenta.....	No presenta.....
3.b	Hora	Presenta.....	No presenta.....
3.c	Firma	Presenta.....	No presenta.....
3.d	Categoría	Presenta.....	No presenta.....
3.e	Número de funcionario	Presenta.....	No presenta.....
4	LEGIBILIDAD Y CLARIDAD DEL REGISTRO		
4.a	Legible	Legible.....	Ilegible.....

4.b	Tinta	Cumple.....	No cumple.....
4.c	Tachaduras	Validado.....	No validado.....
5	CONTINUIDAD DEL REGISTRO	Cumple.....	No cumple.....
6	SIMULTANEIDAD DEL REGISTRO	Cumple.....	No cumple.....

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN.

<u>N°</u> <u>Procedimiento</u>	<u>Tipo</u>	<u>Continuidad</u>	<u>Simultaneidad</u>
1	Control y evaluación de la posición del usuario en reposo.		
2	Control de signos vitales.		
3	Evaluación y/o instalación de VVP.		
4	Asepsia y curación de VVP.		
5	Control de infusiones.		
6	Evaluación y control de administración de oxigenoterapia.		

7	Control y evaluación de curaciones.		
8	Aspiración de secreciones.		
9	Administración de tratamientos por indicaciones medicas.		
10	Higiene y confort del usuario.		

ANEXO 3

Nota de autorización

Bella Unión, 03 de Marzo de 2015.

Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.
Licenciatura en Enfermería.

Presente:

Por la presente se autoriza a los bachilleres de Carrera Escalonada: María Luisa Albano [redacted] y Wilden Robalez [redacted] estudiantes de grado de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería de la UDELAR Generación 2010 en su etapa de Trabajo Final de investigación mencionando al Hospital de Bella Unión U.E N°: 034 y recabar datos de las historias clínicas pediátricas siendo la investigación sobre:

¿Son seguros los registros de enfermería, en las historias clínicas pediátricas de un Hospital del interior del país, durante período marzo-abril 2015?

Sin otro particular.

Saluda atentamente.

Dr. ANDRÉS SILVA
DIRECTOR ADJUNTO
HOSPITAL BELLA UNIÓN
U.E. 034



ANEXO 4

Compaginado de Historia Clínica de sala de Pediatría.

1) HOJA DE URGENCIAS-EMERGENCIAS.(INGRESO)

El responsable de su confección es el médico que atiende al paciente la primera vez que solicita asistencia. Si el paciente no es hospitalizado constituye también el informe de alta, lo que supone un motivo adicional para su cuidadosa elaboración.

Contiene los siguientes apartados:

- Anamnesis / Exploraciones / Tratamiento administrado: se anotará, en primer lugar, el síntoma o signo que ha conducido al paciente a solicitar asistencia. Con precisión y orientada hacia el problema actual se redacta la anamnesis. A continuación, se reseñan los antecedentes patológicos de interés, especialmente aquellos que puedan guardar relación con la enfermedad que motiva la consulta. Se deben mencionar los posibles tratamientos en curso y las alergias que padezca. Por último, se mencionan los datos patológicos de la exploración, física o complementaria, evidenciados en la asistencia en el área de urgencia.

- Impresión diagnóstica: como conclusión del apartado anterior, es de redacción obligada.

- Tratamiento recomendado a seguir: en el caso de que el paciente sea remitido a su domicilio; debe expresarse de manera detallada, al igual que los comentarios que se dirijan al médico de cabecera.

2) HOJA DE EVOLUCIÓN

Recoge todos los acontecimientos ocurridos al paciente cronológicamente durante su estancia hospitalaria o en las sucesivas revisiones ambulatorias. Además, registra los juicios clínicos y la justificación de las decisiones terapéuticas. Se aconseja cumplimentar de manera sistemática los siguientes apartados:

3) HOJA DE ÓRDENES MÉDICAS

Contiene los siguientes apartados, que son de obligado cumplimiento:

- *Datos identificativos*
- *Alergias medicamentosas*
- *Fecha y hora de la prescripción*

4) Indicaciones Cumplidas por Enfermería.

Registro realizado por Enfermería del cuidado integral del usuario.

5) Hoja de graficado y Balance Hídrico.

Se registra control de constantes vitales del usuario, peso, control de líquidos ingeridos y líquidos eliminados de su organismo.

6) Hoja de control de signos vitales y cuidados.

Registro por turno de control de signos vitales, nivel de conciencia, vías de acceso venoso central o periférico, diuresis, deposiciones, estado de curación del usuario.

7) Hoja de Exámenes Paraclínicos.

Se adjuntan todos los resultados de exámenes paraclínicos realizados como objeto de estudio al usuario.

8) Hoja de Resumen de Alta Pediátrico.

Resumen detallado de egreso del usuario de la institución. Constan los datos filiatorios completos, fecha de ingreso, fecha de egreso, peso al ingreso, peso al egreso. Antecedentes personales y familiares. Diagnóstico al ingreso, diagnóstico definitivo y tratamiento a seguir.