

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ANÁLISIS DEL REGISTRO EN EXPEDIENTE
CLÍNICO, SOBRE LA INFORMACIÓN A
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN
EL HOSPITAL METODISTA, OCTUBRE A
DICIEMBRE DEL 2021**

**POSTULANTE: Dra. Leslie Carol Juanita Ramírez Nin
TUTOR: Dr. Esp. Antonio Javier Saravia Valle**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia
2023

Dedicatoria

A mamá, por su apoyo incondicional y continuo en cada uno de mis proyectos de vida.

Agradecimientos

A los Docentes de la Especialidad de Gestión de Calidad y Auditoría médica, por guiarnos y transmitirnos sus conocimientos, sobre la importancia de la atención con calidad, así como el uso de la Auditoría para la mejora continua.

A mis hijos, por su amor y por entender mis ausencias.

Al Personal del Hospital Metodista, por su importante colaboración.

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	4
2.1. Antecedentes Internacionales	5
2.2. Antecedentes Nacionales.....	10
2.3. Antecedentes Locales	11
III. JUSTIFICACIÓN	14
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
4.1. Formulación del problema	18
V. OBJETIVOS.....	19
5.1. Objetivo General	19
5.2. Objetivos Específicos.....	19
VI. MARCO TEORICO.....	20
6.1. Marco conceptual	20
6.1.1. Expediente clínico	20
6.1.1.1. Definición	20
6.1.1.2. Condiciones Básicas	22
6.1.1.2.1. Veracidad	22
6.1.1.2.2. Carácter científico	22
6.1.1.2.3. Integridad.....	23
6.1.1.2.4. Secuencialidad	23
6.1.1.2.5. Disponibilidad	24
6.1.1.2.6. Exclusividad.....	24
6.1.1.2.7. Unicidad	24
6.1.1.2.8. Codificación.....	25
6.1.1.3. Finalidades	25
6.1.1.3.1. Asistencial	25
6.1.1.3.2. Docencia.....	26
6.1.1.3.3. Investigación	26

6.1.1.3.4.	Información.....	27
6.1.1.3.5.	Administración.....	28
6.1.1.3.6.	Jurídica legal.....	29
6.1.1.3.7.	Comunicación.....	29
6.1.1.4.	Tipos de expedientes	29
6.1.1.5.	Información del contenido del expediente Clínico a Terceros	31
6.1.2.	Información.....	31
6.1.2.1.	Definición Técnica	31
6.1.2.2.	Características	32
6.1.2.3.	Tipos	32
6.1.3.	Pacientes	33
6.1.3.1.	Concepto	33
6.1.3.2.	Características	33
6.1.3.3.	Tipos	33
	Paciente ambulatorio.....	33
	Paciente internado.....	34
6.1.4.	La Familia del paciente. Su importancia en el proceso salud – enfermedad.....	34
6.1.4.2.	Funciones De La Familia	35
6.1.4.2.1.	Funciones básicas de la familia:.....	35
6.2.	Marco jurídico	36
6.2.1.	Constitución Política del Estado.....	36
6.2.2.	Ley 3131	36
6.2.3.	Norma técnica para manejo de expediente Clínico	36
6.2.4.	Manual de Auditoria en salud	37
6.2.5.	Reglamento General de Hospitales.....	37
6.3.	Marco contextual	37
6.3.1.	HOSPITAL METODISTA	37
6.3.1.1.	Historia	37
6.3.1.2.	Ubicación.....	38
6.3.1.3.	Accesibilidad.....	38

6.3.1.4.	Presentacion.....	38
6.3.1.5.	Servicios de salud	40
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	44
7.1.	Tipo de estudio.....	44
7.2.	Área de Estudio	45
7.3.	Población.....	46
7.4.	Muestra.....	46
7.5.	Consideraciones éticas.....	48
7.6.	Variables y Determinación De Variables.....	49
7.7.	Operacionalización De Variables.....	50
7.8.	Instrumento de Investigación	53
7.9.	Procedimientos de Recolección de Datos.....	53
VIII.	RESULTADOS	54
IX.	CONCLUSIONES	63
X.	RECOMENDACIONES	65
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
XII.	ANEXOS	72

INDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1: Distribución porcentual según edad en años, pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	54
Tabla 2: Distribución porcentual según sexo de los pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	55
Tabla 3: Distribución porcentual según grado de escolaridad de los pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	55
Tabla 4: Distribución porcentual de registro de la relación filial de la persona que fue informada, sobre el paciente internado en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	56
Tabla 5: Distribución porcentual de registros de la información en expediente clínico proporcionada a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	56
Tabla 6: Distribución porcentual de información registrada en expediente clínico que cuenta con la firma del familiar de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	56
Tabla 7: Distribución porcentual de información registrada en expediente clínico que cuenta con registro del número de carnet de identidad del familiar de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	57
Tabla 8: Relación de datos familiares verificados en expediente clínico con respecto a los 47 expedientes con registros escritos de información proporcionada a familiares de los pacientes que accedieron a la atención en el Hospital Metodista de octubre a diciembre de la Gestión 2021	57
Tabla 9: Distribución porcentual de la información registrada en expediente clínico que cuenta con firma y sello del médico que proporciono la información a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.	58
Tabla 10: Distribución porcentual de registro de la evolución del paciente en la nota de información proporcionada a los familiares de los pacientes que	

accedieron a la atención en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	58
Tabla 11: Distribución porcentual de registro del tratamiento aplicado al paciente en la nota que registra la información a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	59
Tabla 12: Distribución porcentual de registro del pronóstico del paciente en la nota de registro de información proporcionada a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	59
Tabla 13: Relación de datos verificados en expediente clínico con respecto a los 47 expedientes que cuentan con registros escritos de información proporcionada a familiares de los pacientes atendidos en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	60
Tabla 14: Distribución porcentual de tiempo de internación en días de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	60
Tabla 15: Distribución porcentual del número de registros de información en el expediente clínico de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	61
Tabla 16: Distribución porcentual del registro del estado del paciente al momento de su ingreso en la atención en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	61
Tabla 17: Relación entre la información proporcionada a los familiares con el estado de ingreso de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021	62
Tabla 18: Relación entre la información proporcionada a los familiares con el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.....	62

INDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO 1: Ubicación del Hospital Metodista (Croquis).....	72
ANEXO 2: Vista General De Los Ambientes del Hospital Metodista	73
ANEXO 3: Mapa Político de La Paz.....	76
ANEXO 4:Autorización del Hospital Metodista	77
ANEXO 5: Validación del Instrumento,	78
ANEXO 6: Instrumento	79
ANEXO 7: Cronograma.....	80
ANEXO 8: Propuesta de Formulario de registro	81

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

HC	Historia Clínica
EC	Expediente Clínico
ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo
SEDES	Servicio Departamental de Salud
AMI	Auditoría médica Interna
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIVE	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado, porque en muchas ocasiones se pudo observar en distintos lugares de los hospitales, que los familiares solicitaban información del estado de salud de los pacientes internados y al ser atendidos por los médicos, no se generaba ningún registro escrito con el que se pueda demostrar esta acción, que en algún caso podría librar al profesional médico de procesos legales, tomando en cuenta que este registro puede ser valorable al realizar las Auditorías Médicas.

El objetivo principal fue analizar el registro en Expediente Clínico, de la información proporcionada a familiares de pacientes internados en el Hospital Metodista durante los meses de octubre a diciembre del 2021. El tipo de investigación fue cuantitativa, transversal con enfoque descriptivo. La población fue tomada de las internaciones realizadas el último trimestre del 2021 que fueron 206. La muestra fue tipo no probabilística, verificando 135 expedientes (65,5%), por muestreo aleatorio simple.

Resultados obtenidos: Se verifico que 65,19% de expedientes clínicos carecían de registros sobre la información que se proporcionó a los familiares de los pacientes internados, que fueron en su mayoría hombres: 52,56%; con rango de edad más frecuente entre 26 y 55 años: 65,93%; con grado de escolaridad de secundaria en su mayoría: 50,37%, seguido de nivel superior: 41,48%; solo 11,11% de los expedientes contaban con firma del familiar como constancia; 13% mencionaba la relación filial con el paciente, que en su mayoría fue de 1er grado (11,85%). Los médicos: en 30,37% de los expedientes, firmaron y sellaron el registro de la información proporcionada; en 6,66% mencionaron que el familiar fue informado del estado del paciente al poner la nota de evolución; en el registro de la información 0% menciona el tratamiento aplicado y 14,07% menciona el pronóstico del paciente en el registro que realizaron. Se determina que: la cantidad de registros de información proporcionada a los familiares guarda relación con su estado de gravedad.

PALABRAS CLAVE: Expediente clínico, información, familiar, registró.

ABSTRACT

The present work was carried out because on many occasions it was possible to observe in different parts of the hospitals, that the relatives requested information on the health status of the hospitalized patients and when they were attended by the doctors, no written record was generated with which This action can be demonstrated, which in some cases could free the medical professional from legal processes, taking into account that this record may be valuable when performing Medical Audits.

The main objective was to analyze the record in the Clinical Record, of the information provided to relatives of patients admitted to the Methodist Hospital during the months of October to December 2021. The type of research was quantitative, cross-sectional with a descriptive approach. The population was taken from the hospitalizations carried out in the last quarter of 2021, which were 206. The sample was non-probabilistic, verifying 135 records (65.5%), by simple random sampling.

Results obtained: It was verified that 65.19% of the clinical records lacked records on the information that was provided to the relatives of the hospitalized patients, who were mostly men: 52.56%; with the most frequent age range between 26 and 55 years: 65.93%; Most of them with a secondary school degree: 50.37%, followed by a higher level: 41.48%; only 11.11% of the files had a signature of the family member as proof; 13% mentioned the filial relationship with the patient, which was mostly 1st degree (11.85%). The doctors: in 30.37% of the files, signed and sealed the record of the information provided; in 6.66% they mentioned that the family member was informed of the patient's condition when putting the evolution note; In the information record, 0% mentioned the applied treatment and 14.07% mentioned the patient's prognosis in the record they made. It is determined that: the number of information records provided to family members is related to their seriousness.

KEY WORDS: Clinical record, information, family, registered.

I. INTRODUCCIÓN

Al enfermar una persona, causa preocupación en los miembros de su familia más próximos ya sea que viva con ellos o no, la preocupación varía en intensidad de acuerdo a la gravedad de la enfermedad que el paciente pueda estar cursando, misma que puede ser desde un mal estar leve que solo necesitaría de un reposo adecuado, acompañado de un tratamiento sintomático o puede ser una enfermedad que requiera de una atención más especializada con control constante de parte del personal médico y asistencial en salud, siendo necesario en algunos casos la internación en un centro Hospitalario para su recuperación, cuya estancia varía de acuerdo a la gravedad y posibles complicaciones.

El hecho que una persona, para su recuperación, tenga que ser sacada del ambiente en el cual vive, genera estrés, tanto en el paciente como en sus familiares. El deseo de tener información adecuada y constante sobre el estado de salud en el que se encuentra el paciente, su evolución, pronóstico y tratamiento que se empleará para su mejora, en muchos casos se intensifica.

No podemos hacer de lado lo vivido en los últimos años, la angustia que atravesamos, por el estado de salud de nuestros familiares desde que inicio la Pandemia por el COVID - 19, en especial en la primera y segunda ola.

Familias enteras separadas de un ser querido, cuando se le diagnosticaba COVID - 19, en muchos casos era sinónimo de “muerte”; cuando alguno de sus miembros era ingresado a los Hospitales, no volvían a verlos y no sabían nada de ellos, hasta que se publicaban listas de personas fallecidas. Esta situación, a nivel mundial, que lleno de angustia y tristeza se dio en cada uno de los continentes, países, departamentos, ciudades y pueblos.

Los medios de comunicación virtual adquirieron un papel importante, algunas de las familias podían mantenerse comunicadas, así como también se informaban sobre el estado de salud de sus familiares, incluso tuvieron la oportunidad de

darse el “*último adiós*”. Sin embargo las personas de bajo recurso no podían acceder a estos medios de comunicación y al estar el sistema de salud colapsado por el incremento de solicitudes de atención y las múltiples bajas por defunción, así como las bajas médicas del personal de salud, los médicos no lograban contar con el tiempo suficiente para poder otorgar de forma continua información telefónica, pese al Decreto Supremo 4229 “prohibición de aglomeraciones” (1), se podía observar los ingresos de nuestros hospitales llenos de familiares que buscaban información, en muchos casos no la obtenían por el colapso mencionado, en ocasiones directamente recibían el trágico anuncio del fallecimiento de su familiar después de pasar días enteros llenos de angustia, detrás de las rejas de los Hospitales.

Posterior a pasar las primeras olas de la Pandemia por COVID - 19, comenzaron a llegar a distintas estancias las notas de queja por falta de información o solicitud de auditorías de las atenciones realizadas, debido a que las familias desconocían el tratamiento que se les realizaba a sus familiares o que alegaban que en ningún momento se les dio la información necesaria sobre el estado de salud de sus familiares, refiriendo que: “*el paciente entro caminando al establecimiento de salud con su propio pie*”, para después enterarse de su defunción; estos son algunos ejemplos de lo que vivimos en esa temporada y que lastimosamente en varios casos no se cuenta con registros de la información que se dio a los familiares, ni constancia de la misma, lo que ocasiono que los colegas estén expuestos a diferentes tipos de acusaciones.

Espinoza, refiere que “La comunicación entre el médico y el paciente es uno de los factores fundamentales para lograr una adecuada relación entre el médico, paciente y la familia, asimismo para asegurar el éxito del tratamiento médico, ya que influirá en la adhesión terapéutica y el estado de ánimo de los involucrados” (2). Puesto que la familia juega un papel muy importante en la recuperación de los pacientes y en permitir que el personal de salud pueda proceder de la manera

más conveniente y pueda actuar de acuerdo a los protocolos, en busca del pronto restablecimiento del paciente.

La autora considera que la comunicación constante con el familiar disminuirá la cantidad de quejas por inconformidad, en la atención brindada a los pacientes, que puede presentarse de parte de los familiares o del mismo paciente.

De existir una comunicación fluida, constante con los familiares y el paciente, bien registrada en el expediente clínico, se podrá aumentar la percepción de atención de calidad, así también se convertirá en el medio de verificación más adecuado, en caso de atención de quejas presentadas o en casos de auditoría que podrá ser objeto de análisis, ya sea en una auditoría interna o auditoría externa, en los distintos establecimientos tanto de primer, segundo y tercer nivel de atención.

II. ANTECEDENTES

A medida que buscamos incrementar de forma continua la calidad de atención en salud, la autora considera que cada centro de salud en sus diferentes niveles de atención, en los municipios de los departamentos en el país, sean estos del sistema público, privado o de la seguridad social, tienen una diversa realidad de lo que cada uno requiere, para mejorar su calidad de atención. Sin embargo, existen algunos aspectos en común, como ser: algunas falencias en la comunicación que existe entre el médico, el paciente y sus familiares.

Al transcurrir el tiempo y presentarse los cambios que nuestra sociedad fue enfrentando, las necesidades y exigencias de los pacientes y sus familiares por recibir una atención de Calidad se incrementó.

Es importante tomar en cuenta que la Información que se proporciona al paciente y a sus familiares durante la hospitalización no debe ser descuidada, mientras más informado está el paciente y los familiares, existen menores probabilidades de que el personal médico se enfrente a quejas o a problemas legales. A raíz de la falta de información a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes, algunas ocasiones, surgen amenazas de denuncias y se efectúan cartas de quejas a diferentes instancias como ser: Ministerio de Salud y Deportes, Servicios Departamentales en Salud, Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo, con posterior solicitud de auditorías.

El mantener bien informados a los familiares y pacientes, adquirió mayor fuerza e importancia en los últimos años por la vivencia que tenemos, al haber atravesado por las olas ocasionadas por el COVID - 19, esta enfermedad causo un elevado número de muertes a nivel mundial, en

especial en las primeras olas, el desconocimiento sobre la enfermedad que afrontábamos era grande y evidente, tanto que al detectar un caso de COVID - 19, el paciente era aislado y en muchos casos, posterior a su salida de domicilio para internarse, ya no volvía a ver más a sus seres queridos.

Se realizó la búsqueda mediante la web de estudios realizados en distintos países durante los últimos 5 años; pero no se cuenta con estudios específicos sobre el registro en expediente clínico de la información proporcionada a familiares ni pacientes, la mayoría los estudios que se realizan son más de tipo clínico, algunos se enfocan en el aspecto de satisfacción del usuario y/o sus familiares en cuanto a la información que recibe del galeno, como ser los siguientes:

2.1. Antecedentes Internacionales

- En Lima Perú en 2017, entre los meses de abril a junio en el Servicio de Emergencias de Ginecología y Obstetricia de un Hospital Categoría II-2 los Doctores Álvarez EC, Matzumura JP, Gutiérrez H, Zamudio (3), realizaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Para el estudio de la población se aplicó una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 387 pacientes; se incluyeron a todas las pacientes atendidas por el Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia. Se utilizó un instrumento auto administrado, conformado por 20 preguntas y dividido en 6 dimensiones, con respuestas mediante una escala de Likert, con índice de confiabilidad de 0,84. Se establecieron puntuaciones finales mediante la escala de Estaninos, cuyos valores finales se determinaron por nivel bueno, regular y bajo.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: La dimensión e información sobre plan de control y seguimiento fue la más afectada, correspondiendo un 72.60% (281) al nivel regular, 19.37% (75) al nivel bajo y 8% (31) al nivel bueno. El 55.81% (216) calificaron con un nivel

regular la calidad de la información brindada a las pacientes, 22.22% (86) con nivel bajo y solo el 21.97% (85) con un nivel bueno. La conclusión a la que llegaron fue: La calidad de la información médica brindada a la paciente en el estudio fue de nivel regular.

- En Colombia durante la pandemia se realizó un estudio de los pacientes atendidos en la sala de internación y la unidad de cuidados intensivos (UCI) de cinco instituciones hospitalarias de media y alta complejidad de la red de Clínica Colsanitas en Colombia. Todos recibieron alguna de las modalidades de la estrategia de acompañamiento durante su estancia hospitalaria, en el período comprendido entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2020, que “consistía en una estrategia de acompañamiento virtual y presencial, con base en el cuidado centrado en la persona durante la atención a pacientes hospitalizados por sospecha o confirmación de enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)” (4), para ello se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en cinco instituciones de salud de la red de clínica Colsanitas que implementaron una estrategia de acompañamiento con siete modalidades: información virtual, dispositivos móviles personales, visitas virtuales, contactos con otros medios, acompañante permanente, visita presencial y contacto compasivo. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos.

Los resultados fueron los siguientes: la estrategia de acompañamiento se aplicó a 871 pacientes con estancia hospitalaria de 1 a 90 días, 70% fueron positivos para COVID-19; en la modalidad de información virtual, se contactaron a familias de 764 pacientes realizando 3984 llamadas; en promedio se realizaron 71 visitas virtuales al día; se recibieron 428 cartas, mensajes de voz y videos, entre otros; 114 pacientes tuvieron un acompañante permanente; 154 pacientes tuvieron visita presencial; y 20 familias realizaron visita presencial póstuma al paciente. Llegando a la conclusión que “la participación de las familias es importante en el cuidado

del paciente y mejora la comunicación e interacción entre los pacientes, las familias y el equipo de salud” (4).

- En Perú, Callao el 2019 Luisa Sánchez Flores y Elena Pozo Alejandro (5), realizaron una Tesis y estudio Calidad de atención y satisfacción en familiares de pacientes hospitalizados en cuatro servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en Perú, en gestión 2019 en la cual refiere que: “ha sido realizado con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de atención y la satisfacción en familiares de pacientes hospitalizados, que fue elaborado a partir de un enfoque cuantitativo de investigación, contando con un diseño no experimental, transversal. El tamaño de muestra fue de 70 evaluados, siendo los evaluados familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados en esa institución”. La recolección de datos fue realizada con la aplicación de encuestas. Para ello se utilizó el “Cuestionario para calidad de atención”, instrumento conformado por un total de 30 ítems, diseñado para evaluar los componentes “técnico”, “interpersonal” y “confort”. Asimismo, se utilizó un cuestionario para evaluar la Satisfacción en Familiares, instrumento conformado por un total de 9 ítems. La información recogida a través de ambos instrumentos fue procesada con el paquete estadístico SPSS en su versión 25.

Con respecto a los resultados de esta investigación, a nivel descriptivo, en cuanto a la calidad de atención, se encontró una predominancia de evaluados categorizados en un nivel “medio” tanto para el componente Técnico (62.86%), Interpersonal (85.71%) y Confort (75.71%), así como para la puntuación total (75.71%). En cuanto a la variable Satisfacción, se pudo apreciar una predominancia de niveles categorizados como “medio” tanto para las dimensiones Información (65.71 %), Calidez humana y confort (74.29%), Capacidad técnica y científica (70.00%), Oportunidad de prestación de servicios (82.86%), así como para la puntuación total de la Satisfacción (98.57%). Por otro lado, a nivel inferencia, se encontraron

correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre ambas variables y sus respectivas dimensiones.

Se concluye que “existe relación de la Calidad de Atención y Satisfacción en familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019” (5). Demostrando de este modo que también nuestros países vecinos se esmeran por mejorar este parámetro de calidad, de la información que se pueda proporcionar.

Como antecedente, de lo importante que es mantener bien informado a los familiares podemos mencionar que en el continente europeo en el afán de apoyarse en el uso adecuado de los medios informáticos y de la tecnología que revoluciono el modo de comunicación especialmente cuando empezó y vivimos la Pandemia por la COVID - 19 y en busca de satisfacer la necesidad de información sobre el estado de los pacientes.

- Alberto Tomé , Director General de Humanización y Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, “en gestión 2019 implementaron en la Comunidad de Madrid “Info Familiares”, un portal web para informar a los familiares de los pacientes que están ingresados en los hospitales de la región, gracias a la plataforma cloud Microsoft Azure, Business Apps - Dynamics CRM- y Power Platform, creada por Microsoft y la Comunidad de Madrid” (6), que es una plataforma en la cual “de forma completamente segura y velando por la privacidad de los datos médicos,... mantiene informados a los familiares de los hospitalizados sobre su estado y evolución” (6).

Utilizando de este modo los medios que están a su alcance con desarrollo de programas especiales dirigidos a proporcionar información virtual a los familiares, sin la necesidad que sea presencial debido a que estaba muy restringido el hecho que los familiares acudan a los centros Hospitalarios, manteniendo de este modo una comunicación constante entre el personal

de salud y los familiares de los pacientes internados cuya iniciativa surgió dentro del contexto COVID-19.

- En Lima Perú se “Determina el nivel de comunicación establecida entre el terapeuta ocupacional y el familiar del usuario atendidos en el Instituto para el desarrollo infantil, sede Villa El Salvador, San Juan de Lurigancho 2021. El estudio descrito por Liz Mercedes Olarte Nauto que realiza un estudio a los familiares de usuarios atendidos por el servicio de terapia ocupacional del Instituto para el Desarrollo Infantil- sede Villa El Salvador, San Juan de Lurigancho, desde el mes de octubre hasta diciembre del 2020, este estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se encuestó a 87 familiares, para ello, se elaboró y utilizó un cuestionario distribuido en dos dimensiones verbal y no verbal, con un total de 21 ítems y clasificó el nivel de comunicación entre el terapeuta ocupacional y el familiar en “favorable”, “medianamente favorable” y “desfavorable” (7). Se encuentra que el 87,3% de los encuestados fueron mujeres, un 40,2% estuvo entre los 36 - 43 años; el 77% con grado de instrucción superior universitaria. El porcentaje de familiares de usuarios atendidos por el Servicio de Terapia Ocupacional consideró el nivel de comunicación como favorable en un 94,25% y en cada una de sus dimensiones verbal y no verbal fue de 91,95% y 94,25% respectivamente. Concluye que “el nivel de comunicación entre el terapeuta ocupacional y el familiar del usuario atendidos por el servicio de Terapia Ocupacional del Instituto para el desarrollo infantil, fue favorable de manera global y en cada una de sus dimensiones” (7).
- En Lima Perú en junio del 2020 Isabel Apamo Palomino y Juan Matzumaura (8), publican un artículo referente a: Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que se trata de un Hospital de tercer nivel de atención, durante el periodo comprendido de mayo a noviembre 2019, estudio en el que resalta: Se identificaron 187 motivos de reclamaciones.

Los resultados mostraron que 47,7% fueron presentadas por familiares directos y que 43% correspondieron al área de medicina interna. En la dimensión: inadecuado trato por parte del personal asistencial, 13,9% de pacientes mostraron disconformidad frente al trato descortés y grosero; en cuanto a la demora en la atención, 12,8% manifestaron encontrarse descontentos por la falta de atención oportuna y en la dimensión desacuerdo del usuario con la atención o tratamiento recibido, 10,2% quedaron insatisfechos con la atención recibida (8).

2.2. Antecedentes Nacionales

- El 2020 en el departamento de Cochabamba en una revisión bibliográfica que realizan, mencionan lo siguiente “El COVID-19 fue predominantemente más prevalente entre adultos mayores de 15 años en las primeras etapas del brote y la proporción de casos confirmados entre niños fue relativamente menor. Sin embargo, debido a la creciente propagación mundial del SARS-CoV-2, tenemos nuevos desafíos para la prevención y el control de la epidemia de COVID-19 entre los niños. Ya que en los más pequeños no se pueden emplear medidas de prevención (barbijos), la clínica inespecífica que presentan, las dificultades para el diagnóstico, la deficiente comunicación entre médico-paciente y familiar que han contribuido al desafío de desarrollar medidas para proteger a esta población, al igual que al personal de salud que manejan casos pediátricos. Al mismo tiempo, los niños con comorbilidades, son vulnerables a la infección por SARS-CoV-2. La presente revisión intenta mostrar esta enfermedad desde el punto de vista pediátrico, para orientar en su diagnóstico y manejo” (9). En este caso se hace referencia a este estudio para enfatizar el hecho que la comunicación con la familia es de gran importancia.

2.3. Antecedentes Locales

- En 2018 la Lic. Danny Rebeca Santander López (10), en nuestra Ciudad de La Paz, presenta el trabajo con el que el propósito era medir el impacto de la estrategia de comunicación e información dirigida al adulto mayor afiliado en la Caja Nacional de Salud, atendidos en el Policlínico Villa Fátima, que ayudo a generar cambios de actitud para el cuidado y prevención de la Salud en la gestión 2016, Para este estudio se utilizó una encuesta para recabar información, aplicados a 250 adultos mayores Policlínico Villa Fátima de los cuales 120 son hombres y 130 mujeres para medir el impacto de la estrategia de comunicación ejecutada.

En este estudio se realizó un análisis descriptivo exploratorio de los resultados obtenidos con el cuestionario de 20 preguntas y recolección de testimonios. Se clasificó cada una de las muestras por género (hombres y mujeres), así como por rango de edades. Los resultados derivados de la investigación indican:

- 1) Es importante realizar estrategias de comunicación para promover la salud y de esa manera prevenir patologías y mejorar la imagen institucional, esto a la hora de establecer lazos y nexos con los públicos internos y externos.
- 2) La realización de actividades educativas como talleres y charlas, no necesariamente estuvieron en el marco de la estrategia de comunicación planificada.
- 3) Los adultos mayores participantes de las actividades, manifestaron haber recibido información en lenguaje claro, simple de entender, útil y necesario que fortaleció sus conocimientos para prevenir enfermedades y que ellos (adultos mayores) compartieron la información con su entorno familiar y ponen en práctica lo aprendido como el lavado de manos, no fumar y no consumir gaseosas considerando que el 24.32% del total de encuestados asiste al Policlínico por Diabetes etc. Lo que nos lleva a

concluir que la estrategia de comunicación tuvo impacto en los adultos mayores (10).

- En gestión 2021 la Dra. Jaquelin Maria Ferrufino Montoya (11), realiza un estudio de Satisfacción del paciente y su familia por la atención recibida en el Hospital Del Norte (Hospital Covid), de enero a febrero 2021. Cuyo Objetivo General era Determinación de la satisfacción del paciente y su familia, por la atención recibida en el Hospital del Norte – Hospital COVID, enero – febrero 2021.

El estudio fue transversal, observacional, descriptivo y prospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, alcanzando un total de 93 pacientes y 93 familiares que contestaron un cuestionario. Resultados: El 74% de los pacientes y el 82% de los familiares, no se encuentran satisfechos con la atención recibida, siendo la dimensión tiempo, la que amplifica estos datos, sobre todo en la variable tiempo de espera prolongado, con un 51% de los pacientes y un 52% de los familiares insatisfechos. Por otro lado, el 66% de los pacientes confían en el personal de salud del hospital y se sienten seguros cuando están con ellos, el 59% considera que la comodidad del hospital es mejor de lo que esperaban y el 56% considera que la información que les dio su médico fue mejor de lo esperado.

En las conclusiones fueron: “El nivel de satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el Hospital del Norte, fue baja, y aún más baja, si se habla de la satisfacción de los familiares, estos últimos, manifiestan un nivel de satisfacción más bajo que el de los pacientes, sobre todo con los tiempos de espera para recibir información u otros requerimientos para el paciente; aunque la información recibida era suficiente y comprensible en menor medida para el paciente y en mayor medida para los familiares, la gran dificultad reside en los tiempos de espera prolongados, para recibir esta información, tanto para el paciente como para el familiar” (11).

Lo que se pretendió rescatar es que, en algunos casos por la aplicación de medidas, se logró mejorar la comunicación con los familiares y los pacientes, mismos que al tener cierto grado de comunicación con su entorno familiar disminuyen los niveles de estrés, que en muchas ocasiones afectan a la respuesta de nuestro sistema inmunológico.

III. JUSTIFICACIÓN

En nuestro medio es constante escuchar quejas de parte de varios familiares o de los mismos pacientes que atravesaron por una internación hospitalaria, la Defensoría del Pueblo hace referencia “a la insatisfacción en cuanto a la información deficiente recibida de parte del personal médico y el mal trato recibido” (12) que también se aplica sobre: el estado de salud del paciente al momento de su internación, el tratamiento que se está realizando y su evolución.

Tomando en cuenta las internaciones por COVID-19, la falta de comunicación se acrecentó aún más, el inconformismo de los familiares por la escasa información que recibían, en el transcurso del tiempo se convirtieron en quejas presentadas verbales o escritas por los familiares debido a que tenían una percepción de mala atención, que se tradujo en quejas escritas presentadas a las entidades que ellos consideran como las más apropiadas para dicha acción, como ser: Defensoría del Pueblo, Autoridad de Supervisión de Salud Social a corto Plazo (ASUSS), Servicio Departamental de Salud (SEDES) o Ministerio de Salud y Deportes.

Estas autoridades posteriormente transmiten la queja a la entidad que corresponde y solicitan informes o realización de Auditorías ya sean internas o externas, mismas que solo toman en cuenta lo registrado en expediente clínico, en caso de no tener en este, los registros adecuados sobre la información proporcionada al familiar, solo se podrá basar en el tratamiento y las evoluciones realizadas al paciente, sin poder mencionar ni respaldar que la familia estaba ampliamente informada sobre el estado de salud del paciente desde el ingreso, ni tampoco dar un aproximado de la cantidad de veces que la familia acudió al nosocomio y se le atendió, sin negarle la información que solicita, atendiendo incluso, solicitudes de trato exclusivo que algunos familiares de los pacientes solicitan al personal médico y paramédico, sin tomar en cuenta que para el personal médico y paramédico todos los pacientes tienen la misma importancia, los mismos derechos que otros y merecen un trato igualitario.

Esta es, la importancia de tener un registro en expediente clínico sobre la frecuencia de la información que se le otorga al familiar, así como de la constancia escrita de haberla proporcionado, con un registro que cuente con los datos de fecha, hora en que se dio la información, nombre del familiar que la recibe, así como el grado de parentesco y la firma del familiar, como constancia de haber recibido la información de parte del galeno, que también debe firmar y sellar este registro.

El presente trabajo refleja, sí existe, el registro en los expedientes clínicos de los pacientes internados en el Hospital Metodista de la ciudad de La Paz.

De acuerdo a normativa, el expediente clínico, es el documento médico legal, que a través de una auditoria nos da la información necesaria de todo el proceso médico asistencial al cual fue sometido un paciente (13), al ser el documento que es tomado en cuenta para la realización de las auditorias, es importante registrar las ocasiones en las cuales se le proporcionó información a los familiares del paciente, como medio de verificación escrita.

Es importante tener un registro de la frecuencia con la que se proporciona la información a los familiares, en caso que ellos aleguen que en ningún momento se los atendió o brindo información necesaria, sobre el estado de salud de su familiar y desconocían la misma. El expediente clínico se convierte como en algunas de nuestras clases magistrales nuestros docentes lo mencionaban, mientras cursábamos la carrera de medicina: En el “*abogado principal de nuestra defensa*”.

Sí bien, la norma de expediente clínico nos da directrices sobre el tipo de información que se puede proporcionar, del estado de salud del paciente y/o a quien se puede dar la misma, así como define quien es el encargado de proporcionar dicha información durante la internación del paciente, no menciona ni define algún lugar exclusivo para este registro dentro el Expediente clínico.

El Formulario 3, del Manual de Auditoria Medica, que corresponde al check list que debe aplicarse en las auditorias, entre los ítems 72 a 75, solicita la verificación de existencia en el expediente clínico de las constancia de la información proporcionada al familiar de forma debida y oportuna, sobre su atención en cuanto a: evolución, tratamiento, diagnostico, pronostico, procedimientos especiales a realizar, resultados de la o las cirugías a la que probablemente se le sometió o no, así como la información sobre resultados de laboratorio o resultados de anatomía patológica e información proporcionada en el momento de dar el alta hospitalaria al paciente.

Es así que se refuerza aún más la necesidad de contar con el registro adecuado, de la información que se debe proporcionar al paciente y/o familiares sobre todo el proceso médico asistencial que recibe el paciente desde su ingreso al hospital hasta su correspondiente egreso.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al ser la Información “El proceso de explicación que realiza el médico tratante al paciente y/o familiares, como parte de su obligación, contemplada en la Ley 3131 Capítulo V, art12, inciso I (14). Es de suma importancia contar con su registro en el expediente para de este modo aminorar las quejas de parte de los familiares, así como de los pacientes, también sirve como un medio para aumentar la percepción de calidad de atención que se le brinda al paciente.

El Hospital Metodista, ubicado en Obrajes, que es una de las zonas residenciales de la ciudad de La Paz (15), aparentemente tiene mayor exigencia de la población que asiste a la misma, en relación a las zonas centrales de La Paz o su periferia, esto tal vez por el factor económico social variado con el que cuenta esta ciudad o por el hecho de tratarse de una institución privada. La población que es atendida se presenta con mayor exigencia de atención preferencial en relación a un sector público, este punto sería muy interesante compararlo en futuros estudios tomando en cuenta inclusive las zonas periféricas, central o residencial de La Paz, realizando un comparativo incluso entre la atención en el sistema público o en la Seguridad Social.

En este hospital como en varios otros, al inicio de la pandemia por COVID - 19 se restringieron las visitas a los pacientes internados, razón por la cual los familiares estaban más ansiosos y exigentes en cuanto a la información que los profesionales les proporcionaban.

Este Hospital, contaba con médicos generales que hacían turnos de 24 Horas y con especialistas que acudían al Hospital ha llamado (que no permanece en el Hospital y no cuentan con un horario fijo, acuden cuando hay paciente que debe ser atendido por alguna especialidad), se realizaba

un constante seguimiento a los pacientes, atendían pacientes que tienen, seguros de Salud de empresas privadas o tienen seguros SOAT por lo que tienen pleno conocimiento, que estas historias clínicas serán sometidas a auditoría para que se realice el pago de los servicios brindados (16).

En varios centros hospitalarios existen quejas verbales presentadas sobre la mala información brindada a los familiares de los pacientes (12). Hecho que ocurre mucho antes de la elección de este tema de investigación, lo cual despertó en la autora el correspondiente interés para recabar los datos registrados en expediente clínico, también se pudo notar que el personal en su mayoría, trata de manera directa con los familiares y no deja constancia en expediente clínico de la información que les proporciona.

En algunos casos, al haber accedido a una atención privada, para disminuir el pago que deben realizar o a veces no querer realizar ningún tipo de retribución económica de la cuenta total por la atención recibida, presentan quejas, cuya única manera de corroborar algún tipo de procedimiento realizado en el paciente es el expediente clínico, así como también el mismo puede servir de constancia de que “sí” se mantuvo informado al familiar del paciente, en todo momento sobre su evolución, tratamiento y pronóstico, ya que es el único documento que es tomado en cuenta para la realización de auditorías de acuerdo a norma. Razón por la que se consideró verificar, si el registro de la información que se da a los familiares es adecuado o si realmente existe.

4.1 Formulación del problema

¿Se habrá registrado en los Expedientes Clínicos, la información proporcionada a los familiares de los pacientes internados en el Hospital Metodista durante los meses de octubre a diciembre de la gestión 2021?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Analizar el registro en Expediente Clínico valorando la información proporcionada a familiares de pacientes internados en el Hospital Metodista de octubre a diciembre del 2021.

5.2. Objetivos Específicos

- Determinar características socio demográficas de los pacientes que se internan en el Hospital Metodista.
- Verificar, sí en el expediente clínico existen registros sobre la información que el médico proporciona a los familiares de los pacientes en cuanto a la evolución, tratamiento y pronóstico durante su internación en el Hospital Metodista.
- Establecer la relación entre el tiempo de estancia hospitalaria y la cantidad de registros de información proporcionada al familiar.

VI. MARCO TEORICO

6.1. Marco conceptual

6.1.1. Expediente clínico

Siendo este un documento médico legal en el cual se registran todos los actos médicos, procedimientos e indicaciones dadas para un paciente en específico, así como el cumplimiento de las indicaciones y la constante atención del paciente lo cual lo hace único y exclusivo. Mismo que puede ser objeto de auditorías que de acuerdo al Manual de Auditoria y Norma Técnica, para realizar la misma solo se toma en cuenta los documentos que forman parte del expediente clínico de cada paciente.

6.1.1.1. Definición

Existen varias definiciones, sin embargo, en el presente documento se toman en cuenta las definiciones de Bolivia y México, que son descritas a continuación:

Bolivia: Conjunto de documentos escritos e iconográficos, evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención médica en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque nos permite tener datos que permiten encarar de la mejor manera el estado de salud – enfermedad del paciente y su correspondiente tratamiento (17).

Estados Unidos Mexicanos: “Instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías. Mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como

describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (18).

Este país sin embargo de acuerdo al Manual de Expediente Clínico Electrónico publicado por la Secretaria en Salud de Los Estados Unidos Mexicanos, ya en el 2011 tomo en cuenta los avances tecnológicos que se están presentando y que vamos viviendo desde ya hace varios años atrás para lo cual empezaron a desarrollar normas para contar con expedientes clínicos electrónicos para de este modo disminuir las falencias que tenemos con los expedientes clínicos escritos (19).

Duarte, menciona que “La pandemia COVID-19 aceleró la necesidad por desarrollar herramientas para la atención medica como la telemedicina y computación en la nube, que busca agilizar el trabajo de los médicos en el diagnóstico y monitoreo de los pacientes de manera remota para ciertos casos” (20). Afirmando también que “se busca crear *“un nuevo ecosistema digita mediante el cual, médicos, hospitales, farmacias y pacientes, podrán llevar a cabo procesos de forma complementaria virtual, tales como la emisión de recetas, expedientes clínicos, consultas, entre otras”*, apoyado por la tecnología” (20).

- **Mejora de la Historia Clínica y sus aplicaciones**

Líneas arriba, vemos como el personal en salud de México, ya estaban en búsqueda de formas para agilizar, mejorar el registro de los expedientes clínicos; así mejorar la calidad de atención y disminuir los tiempos invertidos por los médicos en actividades administrativas, así como mejorar el control de solicitudes de estudios complementarios innecesarias por posible duplicidad, de seguro se potencializaron con la aparición del COVID - 19 para poder dar cobertura a la población y no dejar de lado su atención, disminuyendo la exposición tanto del usuario interno como del externo.

En algunos Hospitales de La Paz - Bolivia, así como en algunos centros de salud por la susceptibilidad de la transmisión del virus en la papelería u otros materiales de escritorio, se crearon múltiples registros de los pacientes en distintos servicios, que a la fecha aún se están volviendo a tratar de unificar.

6.1.1.2. Condiciones Básicas

Las cuales están detalladas en la Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia, misma que sirvió de base para la realización de este acápite, el que fue complementado en algunos casos con información adicional.

6.1.1.2.1. Veracidad

Según la Asociación de Academias de la Real Lengua Española (21), “es la cualidad de ser veraz”, misma que está relacionada con la verdad.

De acuerdo a la Universidad Católica de Chile “Es el valor que nos hace comunicarnos con otros en base a la verdad de lo que sabemos, pensamos, sentimos o creemos. Se manifiesta a través de dos virtudes básicas ligadas al obtener y compartir información; la precisión, que dice relación con descubrir u obtener la verdad, y la sinceridad, vinculada a su expresión o manifestación (22).

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Consiste en la descripción veraz de todo lo referente al estado de salud enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación” (17).

6.1.1.2.2. Carácter científico

Consiste en el apego a la Lex artis medicae (17). De la cual el Colegio Médico aclara que la “Lex artis medicae” o “estado del arte médico” no es otra cosa que el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas debe aplicarlos diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que

han sido universalmente aceptadas por sus pares (23). Que en algunas ocasiones es necesario complementar con Juntas Medicas, para que el manejo de algunos pacientes se decida entre varios galenos, que aportan con su expertis.

6.1.1.2.3. Integridad

Según la Asociación de Academias de la Real Lengua Española (21), “Cualidad de Integro, que es aquel que no carece de ninguna de sus partes”.

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud, pronóstico y tratamiento, junto a notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado y documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables” (17).

6.1.1.2.4. Secuencialidad

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Esta referida a los registros de la atención, consignados en secuencia cronológica” (17).

Según Pedroza “El expediente clínico se compone por un conjunto de documentos cronológicos referentes a la salud del paciente, así mismo representa el estado de salud de éste, los actos y procedimientos ejecutados por el equipo médico” (24). Tomando en cuenta que cada atención que se realiza en el paciente debe consignar fecha y hora en la que se realiza con el registro correspondiente al procedimiento o proceso realizado en el paciente.

6.1.1.2.5. Disponibilidad

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Es el acceso al EC en el momento en el que se lo necesite, con las limitaciones que impone la norma” (17). Debiendo estar en buen resguardo y estar disponible para la verificación de datos en cualquier momento o registro de las atenciones que se realice en el paciente en todo momento.

6.1.1.2.6. Exclusividad

Para México “El conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado (18).

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Se refiere a la existencia de un EC exclusivo y específico para cada paciente en el establecimiento donde es atendido. Puede tener carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el paciente acuda a la consulta o sea internado, ya sea por causas de una misma enfermedad u otra” (17).

Se refiere a un documento único donde se registran todas las actividades y procedimientos que se aplican a un paciente, durante su internación y que además contiene todas las atenciones brindadas al paciente en el establecimiento.

6.1.1.2.7. Unicidad

Según el diccionario se refiere a la “Cualidad de ser único, irrepetible, sólo, singular” (25).

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Esta referida a la existencia de formatos únicos y generales de EC para todo el sistema de Salud, adecuados a los respectivos niveles de atención y las características propias de cada una de las especialidades existentes” (17).

Debe haber un formato único de Historia Clínica, y este formato considerar las necesidades de registro de las diversas prestaciones que se dispensan a los pacientes.

6.1.1.2.8. Codificación

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Se refiere a la asignación de un número de identificación al EC, que deberá ser Único y el mismo para todos los documentos que lo constituyen y con el que figure en el archivo estadístico” (17). De este modo incluso es fácil poder ubicarlo en el archivo con la seguridad que el código no se repite o no es el mismo que de otro paciente.

Idealmente se busca que exista un solo código, que permita identificar al paciente en cualquier servicio donde es atendido; esto facilita el seguimiento del paciente. Pero debe considerar las necesidades de los sectores del sistema de salud

6.1.1.3. Finalidades

6.1.1.3.1. Asistencial

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Permite el registro y monitoreo del proceso de atención y los procedimientos aplicados” (17). De este modo, pese a que un paciente este recibiendo una atención multidisciplinaria, es posible que el equipo médico este enterado de todos los procesos y procedimientos que se realizan sobre cada uno de los pacientes, sin la necesidad de tener que reunirse para su manejo.

Al contener el registro de los antecedentes patológicos de cada paciente, ayuda a los galenos a tomar decisiones más acertadas ya que pueden ser de bastante importancia, tanto para establecer diagnósticos o instaurar distintos tipos de tratamientos tomando aspectos que son importantes como ser: alergias medicamentosas o

enfermedades de base y que solo en casos excepcionales, cuando se requiere de mayor expertis se realiza alguna junta médica, que pueden estar conformadas de equipos multidisciplinarios para toma de decisiones y definir conductas que también son registradas en el expediente clínico.

6.1.1.3.2. Docencia

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Se constituye en un instrumento de enseñanza para la capacitación de RRHH en salud” (17). Se considera que es bastante importante para la formación de personal de salud desde pregrado hasta post grado.

6.1.1.3.3. Investigación

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Por contener información que proporciona datos para la programación, control y evaluación epidemiológica de enfermedades prevalentes o para el estudio e información de condiciones patológicas especiales o frecuentes (17).

Permitiendo, que a través de los datos recopilados se puedan tomar decisiones y acciones correctivas que ayuden a mejorar la atención de los pacientes, mediante la recopilación de distintos datos que pueden guiar a la efectividad del uso de diversos medicamentos en alguna patología, en probables estudios comparativos o nos pueden guiar en el uso más efectivo de estudios complementarios.

Un claro ejemplo de ello fue la vivencia que tuvimos, con el COVID 19, puesto que a medida que se evaluaban y estudiaban el comportamiento de la enfermedad, posterior a su aparición en gestión 2019, se pudo determinar en el transcurso del tiempo que la solicitud de tomografías era más efectivas y precisas, que la solicitud de radiografías para definir conducta, pues las primeras daban mayor

orientación del porcentaje de afectación pulmonar que el paciente presentaba.

Mediante la observación de distintos tratamientos que se aplicaron, se pudo establecer esquemas específicos de manejo inicial, determinar factores de riesgo, identificar complicaciones, y determinar datos que orientaban al pronóstico y la definición de las acciones probables a seguir, ayudando todo este proceso a establecer protocolos de atención más eficaces y efectivos. Lográndose disminuir la mortalidad en base a los estudios realizados, ya que también nos enseñaron a establecer medidas de bioseguridad.

6.1.1.3.4. Información

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Proporciona datos para la aplicación y cumplimiento de las múltiples finalidades que tiene, a más de ser parte substancial del Sistema Nacional de Información (SNIS) y del sistema de referencia, resolución y contra referencia dentro el funcionamiento de las redes de servicio” (17) Actualmente tomando en cuenta el contexto COVID 19 también es importante para el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE).

Los datos que nos proporciona el expediente clínico son la base para la elaboración de información estadística, misma que es básica para la toma de decisiones en todos los niveles de atención sean estos públicos, privados o seguridad social, pues ayudan en la elaboración de planes para la mejora continua, proporcionan datos de mortalidad, incidencia, producción, cantidad de días de internación y datos de las edades de los pacientes que se atienden y tipos de atención frecuente. Determinando perfiles epidemiológicos que posteriormente se traducen inclusive en la determinación de carteras de servicio que ofrecen los establecimientos a la población, ayudando en la determinación de toma de decisiones, que ayuden en la mejora de

atención de los pacientes, implementando servicios o ayudan a la elaboración de informes de pre factibilidad para implementación o ampliación de centros de salud u hospitales, de distintos niveles de atención, de acuerdo a las necesidades registradas y observadas en determinadas zonas.

6.1.1.3.5. Administración

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia” Aporta datos imprescindibles para el manejo administrativo financiero y no financieros de las instituciones, los subsectores prestadores de servicio y el propio Sistema de Salud (17). Ya sea del sector privado, de la seguridad social o público, aún más con la implementación del Sistema único de Salud (SUS) para que se pueda recuperar los gastos realizados en la atención de distintos pacientes y se puedan renovar insumos, medicamentos para dar sostenibilidad a la atención de dichos pacientes.

En el sector privado, un ingreso adicional son las atenciones que se brindan para las distintas aseguradoras que están abarcando el mercado de la salud para incrementar sus ingresos y su cartera de servicios (Seguros BISA, Alianza, Credinform, etc.) es importante pues refuerza y asegura un ingreso monetario a estas instituciones. Por lo que tener un registro adecuado de todos los procesos y procedimientos realizados en el paciente, así como la medicación empleada y los insumos utilizados, retoma importancia pues de este modo se puede realizar una adecuada administración de los recursos. Con sus ingresos generados pueden hacer mejoras en las infraestructuras, implementación de ambientes o adquisición de equipos de acuerdo a la necesidad que tengan.

Sin embargo, en el sector público las atenciones en salud tienen un valor social, para facilitar el acceso a la salud para la población. Los

directores de hospitales deben lograr el máximo rendimiento de los recursos que ponen y de esta manera reducir los costos de producción, pero por el carácter social de los servicios públicos es muy difícil llegar a la recuperación de costos totales.

En concreto, los centros hospitalarios para poder garantizar su continuidad, con una adecuada atención a los otros pacientes y la adecuada cantidad de recurso humano, insumos, así como medicación, deben tener un registro adecuado de todos los procedimientos realizados en cada paciente.

6.1.1.3.6. Jurídica legal

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “Por constituirse en un documento de evidencia primaria sobre lo acontecido con el paciente, las actuaciones y responsabilidades del establecimiento y el personal que tomó parte en su atención” (17). Ya que de acuerdo a los registros que se encuentren en el mismo se puede determinar sí se realizaron las atenciones de acuerdo a protocolos establecidos o no.

6.1.1.3.7. Comunicación

De acuerdo a Nuestra Norma Técnica para Manejo de Expediente Clínico en Bolivia “A través de los registros que contiene, se logra un intercambio comunicacional de opiniones u experiencias del personal de salud que participa en la atención del paciente” (17). Se puede realizar un seguimiento adecuado y tomar decisiones de forma oportuna para el tratamiento del paciente.

6.1.1.4. Tipos de expedientes

Según la situación en la que se recoge la información del historial, encontramos tres grandes tipos de historia:

- **De emergencia:** Se realiza durante una emergencia médica. Este tipo de historia tiene algunas particularidades; por ejemplo, para agilizar la atención

se obvian algunos datos que no sean necesarios por el momento. Por otro lado, la situación del paciente en emergencias hace que a veces sea imposible extraer determinada información (26). La norma técnica para manejo del expediente clínico refiere "...Es aquel que incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias del Establecimiento. Incorpora también la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente" (17). Por las características del momento y la causa que llevo al paciente a solicitar una atención de emergencia, los datos proporcionados por el paciente son puntuales y por la premura en atención el examen físico muchas ocasiones es muy dirigido a la causa de atención con una búsqueda de solución pronta a la dolencia del paciente.

- **De consulta:** El modelo más habitual es el historial que se realiza en la consulta del médico (26). La Norma Técnica para manejo de expediente clínico menciona "...Es aquel EC que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contara con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contra referencia remitida al establecimiento de origen" (17). Son datos que se recaban con más detalle puesto que se trata de una consulta regular en la cual el paciente puede relatar con más cuidado la causa de la solicitud de atención médica y el examen físico puede realizarse con más tranquilidad y calma.
- **De Hospitalización:** Historial que se realiza durante la estancia en el hospital del paciente (26). La Norma del Expediente Clínico menciona lo siguiente "... Es aquel Expediente Clínico que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y

hospitalización, al cual se agregan los documentos del alta, una vez que se cumple la misma” (17). Es más detallada en varios aspectos, desde la narración de la historia de la enfermedad, así como el examen físico realizado en el paciente.

6.1.1.5. Información del contenido del expediente Clínico a Terceros

De forma genérica la información que solicitan terceros sobre el proceso asistencial. Es de dos tipos:

- Sobre la ubicación de un paciente en el hospital.
- Sobre el proceso asistencial, ya sea durante su realización o después de su alta.

Información sobre la ubicación del paciente. - Este tipo de información es compartida entre los servicios o unidades de información y admisión en los establecimientos de salud. Siempre y cuando se trate de datos meramente administrativos y salvo que exista constancia del deseo del paciente para permanecer en el anonimato, no parece que existan inconvenientes en facilitar estos datos a terceros. (17). El paciente está en todo su derecho de decidir sí se puede o no proporcionar información sobre su ubicación o de mantener en reserva su identidad.

Información sobre el proceso asistencial. - Durante el proceso asistencial cualquier solicitud de información clínica, se canaliza a través del médico que atiende al paciente, el que decidirá qué información puede darse y a quien (17).

6.1.2. Información

6.1.2.1. Definición Técnica

La información es el conjunto de datos que configuran un mensaje, que emite un emisor y pretende que llegue al receptor para que quede informado. Siempre se lleva a cabo a través de un canal que es el que une a los interlocutores (27). La misma puede ser escrita o verbal.

6.1.2.2. Características

- **Veracidad:** Los datos que se incluyan en un mensaje informativo deben ser reales y veraces. Debiendo, de esta forma, ofrecer una información eficaz para el usuario (27).
- **Datos contrastados:** Es importante crear mensajes con datos que hayan sido previamente contrastados y verificados. Es decir, hay que comprobarlos (27).
- **Debe estar actualizada:** Si surge una noticia, y van saliendo datos conforme pasa el tiempo, se han de incluir para que los conocimientos aportados incluyan las noticias más novedosas al respecto (27).
- **Importancia** (relativa al receptor): Es decir, si trata sobre alguna cuestión importante. La importancia de la información para un receptor se referirá a en que grado cambia la actitud o la conducta de los individuos (28).

6.1.2.3. Tipos

- **Información de carácter privilegiado:** Se trata de la información que no se comparte de manera pública, sino que tan solo unos determinados usuarios pueden tener acceso a ella (26).
- **Información de carácter privado:** Este tipo de información está relacionada con la privacidad de los usuarios, y no es accesible para cualquiera, ni tampoco es pública (27).
- **Información confidencial o clasificada.** Aquella a la que sólo puede acceder un pequeño conjunto de personas, dada la naturaleza secreta, peligrosa, delicada o privada de los datos contenidos en ella (29).

6.1.3. Pacientes

6.1.3.1. Concepto

El paciente es aquella persona que solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín "*patiens*" que significa "*sufriente*" o "*sufrido*" (30).

El paciente debe pasar por una serie de etapas como: identificación de los síntomas, diagnóstico, tratamiento y resultado. De igual manera, el paciente posee una serie de derechos como: el derecho de ser informado de su enfermedad y posibles tratamientos para su cura, elegir al médico tratante para recibir una asistencia médica eficaz y un trato digno por parte de los médicos y auxiliares (30).

6.1.3.2. Características

Las características son variadas, en cuanto a:

- Edad
- Sexo
- Económicas
- Nivel de educación o instrucción escolar
- Estado civil
- Ocupación
- Lugar de residencia.

6.1.3.3. Tipos

Paciente ambulatorio

Este término define cualquier servicio o tratamiento que no requiera hospitalización. Cualquier cita en una clínica o centro especializado fuera del hospital también se considera atención ambulatoria (31). Ya sea para efectuar

estudios complementarios, atenciones médicas y tratamiento que no requiere internación.

El uso más común del término tiene su aplicación en el ámbito de la medicina y la salud, para nombrar al tratamiento o a la enfermedad que no obligan a estar en cama (32).

Paciente internado

Este término se refiere a una persona ingresada en el hospital para pasar la noche, ya sea brevemente o por un período prolongado. Los médicos mantienen a estos pacientes en el hospital para controlarlos más de cerca (31). Es la persona admitida en un hospital o instalación con camas.

Tomando en cuenta estos tipos de pacientes, es importante mencionar que, si se está recibiendo servicios de emergencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio, rayos X o cualquier otro servicio hospitalario y el médico no ha escrito una orden para admitir en un hospital como paciente hospitalizado, el paciente es considerado **ambulatorio**.

La decisión para la admisión de hospitalización es una decisión médica compleja basada en el juicio del médico y su necesidad médica de atención hospitalaria, debe formalmente admitirlo para que se convierta en un paciente hospitalizado o paciente **internado**.

6.1.4. La Familia del paciente. Su importancia en el proceso salud – enfermedad

Parece lógico el comprender lo que significa ser un paciente, el conocer lo que experimenta y siente un paciente, la importancia del trato humano y de la comunicación, pero puede no ser tan evidente la necesidad de conocer a la familia del paciente. Pero en realidad este es un aspecto muy importante para lograr el restablecimiento del paciente.

6.1.4.1. La salud integral y la familia.

La Organización Mundial de la Salud define “la salud integral como un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio del individuo. La salud integral pasa por la salud física, mental y social y, de acuerdo con esta definición, no sólo supone la ausencia de enfermedades, sino el bienestar de la persona y la capacidad para afrontar las dificultades de cualquier índole que la vida le presente. Esa capacidad de salir adelante y de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establece principalmente a través de la familia” (33).

6.1.4.2. Funciones De La Familia:

6.1.4.2.1. Funciones básicas de la familia:

Las funciones que le competen a la familia son (34):

- **Cuidado:** la familia debe ser capaz de dar respuesta a necesidades como vivienda, alimentación, seguridad, educación, salud.
- **Socialización:** tiene como responsabilidad que los hijos no solo participen de la vida social, sino que además la puedan transformar en un sentido positivo.
- **Afecto:** debe ser aportado y compartido por todos sus miembros. Conduce al desarrollo y confianza de los hijos. Da estabilidad emocional y apoyo en los momentos de crisis.
- **Apoyo:** Presta apoyo: proporciona apoyo afectivo, físico, económico
- **Reproducción:** garantiza la perpetuación de la especie
- **Salud:** Es la familia el grupo intermediario entre el individuo y la sociedad, y es en su entorno en donde se establece por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud individual y colectiva

6.2. Marco jurídico

6.2.1. Constitución Política del Estado

Artículo 18.

- I.** Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II.** El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III.** El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno (35).

6.2.2. Ley 3131

Capítulo VI Derechos Y Deberes Del Paciente Artículo 13. (Derechos del Paciente). e) Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.

Es el proceso de explicación que realiza el médico tratante al paciente y/o familiares, como parte de su obligación contemplada en la Ley 3131 capítulo V, artículo 12 inciso I (14). La información debe ser comprensible e incluir la información del tratamiento o prueba diagnóstica, su procedimiento, los beneficios y los riesgos potenciales, así como la posibilidad de rechazarlo en cualquier momento, antes o una vez iniciado sin perjuicio alguno.

En Bolivia, la obligación de informar está contemplada e impuesta mediante la Ley 3131 Del Ejercicio Profesional Médico del 08 de agosto de 2005 y su Decreto Supremo Reglamentario 28562 del 22 de diciembre de 2005 (14).

6.2.3. Norma técnica para manejo de expediente Clínico

Artículo 27. De La Información Solicitada Por Terceros

27.2. Información sobre el proceso asistencial. -

27.2.1. Durante el proceso asistencial, cualquier solicitud de información clínica, se canalizará a través del médico que atiende al paciente, el que decidirá qué información puede darse y a quien (17).

6.2.4. Manual de Auditoria en salud

Formulario N°3 Verificación Documental:

Punto 74: El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad (13).

Punto 75: El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el tratamiento e indicaciones que el paciente debió seguir a partir del momento del alta hospitalaria (13).

6.2.5. Reglamento General de Hospitales

Capítulo 36:

IV. El paciente o la persona responsable del mismo en el momento de la hospitalización, deberá ser informado plenamente de los procedimientos médicos, quirúrgicos y complementarios que se requieran para el diagnóstico y tratamiento del motivo de su internación y en caso de aceptación firmar el consentimiento informado respectivo (36).

6.3. Marco contextual

6.3.1. HOSPITAL METODISTA

6.3.1.1. Historia

Desde 1939, se ha destacado por su continua búsqueda de la excelencia, llegando a lograr una aceptación social con un gran impacto entre la comunidad médica, pacientes, familiares y público en general, apoyándose en dos pilares fundamentales para la recuperación de la salud: los avances médicos, tanto en tecnología como en conocimiento y una atención con alto sentido humano, de respeto por el paciente y su dignidad.

Pertenece a la Red de salud número 5. “Es una institución entre 2º a 3º nivel de atención en salud perteneciente a la Iglesia Metodista, da atenciones privadas sin fines de lucro.

Cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales. Brinda un servicio de atención continua 7 días a la semana, 24 horas al día en Emergencias, Laboratorio Clínico, Rayos X y Farmacia” (15).

6.3.1.2. Ubicación

El Hospital Metodista se encuentra Ubicado en la Avenida 14 de septiembre N° 5809 calle 12 de obrajes La Paz (37). (Anexo 1)

6.3.1.3. Accesibilidad

Al estar ubicado en una de las zonas residenciales de la ciudad de La Paz, es de fácil acceso, existen líneas de buses, minibuses y trufis que dejan a los usuarios a unos metros de distancia del ingreso del hospital.

Líneas de diversos radiotaxis, taxis y vehículos particulares pueden llegar al lugar, pues es de fácil acceso y se encuentra sobre una avenida asfaltada.

6.3.1.4. Presentacion

Cuenta con una infraestructura relativamente extensa, los ambientes están diseñados para la comodidad de los médicos y pacientes en cada especialidad por las mejoras que se hacen de manera continua.

El hospital ha logrado la unión entre todos los elementos que la atención a la salud requiere: equipo médico capacitado y especializado atento a las necesidades de confianza y tranquilidad del paciente, tecnología médica de vanguardia, siguiendo estándares de seguridad e higiene en sus instalaciones y en los procedimientos.

El hospital orienta sus acciones hacia el bien común. Por ello, todo el personal de directivos, médicos y empleados practican los siguientes preceptos:

Misión del Hospital Metodista

Mejorar la salud de la comunidad y de la sociedad en general, estableciendo el estándar de excelencia en cuidados médicos, tratamientos y trabajos de especialidad. Trabajar en la diversidad y la inclusión. Educar para ser profesionales en medicina, científicos y promotores de salud. Llevar a cabo investigaciones biomédicas, proporcionar medicina centrada en el paciente para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades (37).

Visión del Hospital Metodista

Superar los límites del descubrimiento, transformar el cuidado de la salud, promover la educación médica y crear esperanzas para la humanidad. (15).

Así mismo, todo el personal debe:

1. Reconocer la dignidad de las personas y las relaciones con respeto y justicia.
2. Tratar a todos con equidad y evitar cualquier tipo de discriminación.
3. Actuar de manera íntegra, honesta, responsable, objetiva, congruente e imparcial.
4. Reconocer y respetar la propiedad intelectual y el mérito de los demás.
5. Evitar conflictos de interés de cualquier tipo y en caso de presentarse, informar ante las instancias correspondientes.
6. Asumir como compromiso la transparencia en la información y respetar la confidencialidad de los asuntos que la institución así determina.
7. Utilizar los recursos de manera responsable, austera y eficiente.
8. Proteger el medio ambiente.
9. Buscar el beneficio de la institución por encima del beneficio personal.
10. Cumplir con las leyes, reglamentos y políticas que rigen la actividad a nivel institucional, nacional e internacional.

El Hospital Metodista cuenta con la capacidad necesaria para cubrir servicios de salud en internación y consulta externa, así como atención en emergencias.

Cuenta con atención en: Cuidados preventivos, Cirugías – Procedimientos menores y mayores (Neurocirugía, cirugía general, cirugía oncológica, cirugía en oftalmología), terapia intensiva, diálisis aguda, área Covid-19 y área no Covid-19, servicios de fisioterapia, rehabilitación y servicios de imagenología (Rayos X y Tomografía).

6.3.1.5. Servicios de salud

El Hospital Metodista (Anexo 2) cuenta con 57 unidades de internación, distribuidos en:

- Área COVID (32 unidades)
- No COVID (25 unidades)
- 7 Unidades de terapia intensiva
- 2 Unidades de terapia intermedia
- 4 Unidad de cuidados intensivos neonatales
- 2 Unidades de terapia intensiva pediátrica.
- 3 Quirofanos
- 5 Sillones para diálisis varones
- 5 Sillones para diálisis mujeres
- 1 sillón de aislados para varón
- 1 sillón de aislados para mujer

Las camas de internación están distribuidas en habitaciones en las cuales entran dos camas de internación en cada una, se cuenta con 10 habitaciones de atención preferencial (privadas) con baño privado, no existe una distribución definida de número de camas por especialidad, las mismas son utilizadas a requerimiento de los especialistas y los pacientes.

Los consultorios médicos son utilizados a requerimiento por las diferentes especialidades.

- 1 Consultorio de odontología
- 8 Consultorios para atención médica
- 2 cubículos de atención de emergencias.

Ofrece a sus pacientes todos los servicios médicos equipados con adecuada tecnología, para atención de las siguientes especialidades:

1. Emergencias
2. Medicina general
3. Pediatría
4. Medicina interna
5. Ginecología / Obstetricia: Cuenta con una sala de parto, quirófano especializado en ginecología y obstetricia, sala de pre y postparto, salas de recuperación ginecológica y sala de AMEU.
6. Geriatria
7. Cardiología: Cuenta con dos electrocardiógrafos, servicio de ecocardiografía especializada, atención en Holter, atención de recambio valvular y colocación de marcapasos.
8. Nefrología
9. Neurología
10. Neumología
11. Gastroenterología: Se cuenta con el servicio de endoscopia ambulatoria a cargo de un especialista del área.
12. Dermatología
13. Cirugía general: Se cuenta con 6 cirujanos a su disposición, 4 quirófanos altamente equipados con tecnología de punta manejados por profesionales médicos, de enfermería y de apoyo.
14. Otorrinolaringología
15. Traumatología ortopedica
16. Neurocirugía
17. Laboratorio: El Hospital Metodista cuenta con los servicios de:
 - Laboratorio clínico.
 - Laboratorio de anatomía patológica.
 - Servicio de transfusión.

18. Rayos X: Ofrece servicio para pacientes ambulatorios con un horario de 08:00 a 18:00, de lunes a viernes, y los sábados de 08:00 a 13:00. Además de la atención de emergencias las 24 Hrs. A llamado.

19. Tomografía ultrasonografía: Cuenta con un ecógrafo de última generación que permite realizar ecografías obstétricas en 2D y 3D.

Trabajos de Tomografía bajo convenio con Imagen Scan, cuyo gabinete tomográfico se halla en predios del mismo hospital, los horarios de atención son de lunes a viernes de Hrs. 08:00 a 18:00, y los sábados de 08:00 a 13:00. Además de la atención de Emergencias las 24 Hrs., ha llamado.

20. Odontología: Cuenta con 1 profesional odontólogo, 1 consultorio completamente equipado para la atención odontológica y cuyos horarios de atención son de 09:00 a 12:30 y de 15:00 a 18:00 hrs. Lunes - Miércoles - Viernes, además de la atención de emergencias previa comunicación.

21. Farmacia: Farmacia abierta al público en general, las 24 horas del día, con medicamentos de calidad además de artículos de cuidado personal. Ubicación: Planta baja.

Así también cuenta con los correspondientes servicios generales, comprende todas aquellas actividades administrativas encaminadas a lograr la prestación de la cartera de servicios, desde el momento en que el usuario externo ingresa al servicio hasta la recuperación (38). Como son:

- Administración
- Almacenes
- Archivos
- Estadística
- Activos fijos
- Electromedicina
- Seguridad
- Mantenimiento

- Cocina
- Ropería, lavandería y limpieza
- Capilla: Diseñada para tener momentos de oración y meditación.
- Jardín central: El hospital cuenta con espacio al aire libre, ubicado en el primer piso donde pueden permanecer previa autorización de su médico tratante.
- Estacionamientos: A disponibilidad de los pacientes.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio.

Enfoque de estudio: descriptivo

Estos estudios corresponden a descripciones, por lo que se enfocan netamente a responder características de cómo es o cómo está una u otra situación respecto a un dato o variable (39) limitándose a medir la presencia, características o distribución de un evento determinado en una población en un momento del tiempo.

En el presente trabajo, la fuente de información fueron los expedientes clínicos de los pacientes que recibieron atención en salud y fueron internados en el Hospital Metodista de la ciudad de La Paz entre los meses de octubre a diciembre de la gestión 2021.

Según la intervención del investigador: Observacional.

No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador (40).

No se realizará ningún tipo de intervención o experimentación científica.

Tipo de estudio: No experimental de tipo transversal.

En este tipo de investigación las variables estudiadas no se manipulan en forma intencionada, la finalidad de esta investigación es observar los fenómenos tal como se comportan en su contexto natural, para luego analizarla.

Este tipo de investigación recolecta los datos en un solo momento y por una sola vez. Su propósito es describir las variables y estudiar su incidencia e interrelación en un momento dado (41).

La presente investigación recolecto datos correspondientes al registro escrito en los expedientes clínicos, de la información proporcionada a los

familiares de pacientes internados, sobre lo referente a evolución, tratamiento y pronóstico, así como la presencia o no de la firma de los familiares como constancia de haberla recibido; el registro escrito con la firma y sello del médico que la proporcione. Por lo cual cumple con los requisitos de este tipo de estudios.

Temporalidad: Retrospectivo.

El estudio puede ser retrospectivo cuando el investigador indaga hechos ocurridos en el pasado. Resultan rápidos de realizar, pero dependen de la calidad de información y registros que se dispongan (39).

El presente estudio revisará datos correspondientes al último trimestre de la gestión 2021. Por lo tanto, según la relación al tiempo, se cataloga como retrospectivo.

7.2. Área de Estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de La Paz, que es el segundo departamento más poblado de Bolivia con 25,2 % de la población. Está situado en el noroeste del país, su capital es la provincia Murillo, fundada el 20 de octubre de 1548 por Alonso de Mendoza (42).

El departamento de La Paz es sede del Gobierno Central y del Órgano Legislativo y el Órgano Electoral, que se encuentra a una altitud de 3640 m s.n.m. y su ciudad más poblada es El Alto (42). Limitando al norte con el departamento de Pando, al este con los departamentos del Beni y Cochabamba, al sur con el departamento de Oruro, al suroeste con las región chilena de Arica y Parinacota, al oeste con los departamentos peruanos de Tacna y Puno y el lago Titicaca y al noroeste con el departamento peruano de Madre de Dios (42) (Anexo 3).

Se ubicó a los casos de estudio en la población que acudió a atención médica y se internaron en el Hospital Metodista en la Ciudad de la Paz, durante el último trimestre de la Gestión 2021.

7.3. Población.

Corresponde a Expedientes Clínicos de pacientes que se internaron para manejo médico o quirúrgico en el Hospital Metodista durante el último trimestre de la Gestión 2021, que fueron en un **total de 206 pacientes internados**.

7.4. Muestra.

Para el presente trabajo de investigación, se utilizó el tipo de muestreo **probabilístico**, tomando en cuenta que la representatividad de una muestra, permite extrapolar y por ende generalizar los resultados observados en ésta, a la población accesible (conjunto de sujetos que pertenecen a la población blanco, que están disponibles para la investigación). Por ende, una muestra será representativa o no; sólo si fue seleccionada al azar, esto quiere decir, que todos los sujetos de la población blanco y accesible, tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados en esta muestra y por ende ser incluidos en el estudio (técnica de muestreo probabilístico); por otro lado, el número de sujetos seleccionados representen numéricamente a la población que le dio origen respecto de la distribución de la variable en estudio en la población, es decir, la estimación o cálculo del tamaño de la muestra (43).

Debido a que se trata de una investigación en la cual se obtendrán datos de los expedientes clínicos se realizarán un tipo de muestreo sistemático (44), que se caracteriza por recorrer a la población de forma más uniforme, seleccionando aquellos expedientes clínicos que pertenecían a pacientes cuya atención médica con internación en el Hospital Metodista, para tratamiento médico o quirúrgico fue efectuado en los días de los meses correspondientes al último trimestre de la gestión 2021. Para lo cual se utilizó la plataforma gratuita WinEpi 2.0, que fue diseñada para proporcionar

herramientas epidemiológicas a la comunidad científica y académica (45). Por lo tanto, tendremos que el tamaño de la muestra se calculó como:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{p(1-p)}}{E} \right)^2 = \frac{Z^2 \alpha/2 \cdot p(1-p)}{E^2}$$

donde:

n: tamaño de la muestra necesario

$Z_{\alpha/2}$: valor de Z para el nivel de confianza $NC=1-\alpha$

p: proporción esperada

E: error aceptado o precisión deseada

La Plataforma Utilizada, realiza el cálculo de manera automática, al introducir los datos de la población, proporciona el tamaño de la muestra que podría ser utilizada para que la misma sea representativa.

Por lo tanto, para poder calcular la media de una determinada variable cuantitativa, con una desviación estándar del 50, un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5, en una población con **206 casos**, se debe tomar una muestra con al menos **135 casos**, con una fracción de muestreo ajustado: 65.5% (45).

En los casos en los que, el expediente seleccionado mediante el muestreo, no cumplían con los criterios de selección, se utilizó el expediente siguiente. Una vez determinada la cantidad de expedientes clínicos, que serían revisados y efectuados el ajuste de posibles pérdidas, se procedió al muestreo aleatorio simple utilizando la misma plataforma gratuita. Se aplicaría entre todos los sujetos de los que se selecciona al azar un subgrupo que los represente (43).

Los expedientes clínicos seleccionados para revisión fueron:

1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 48, 49, 51, 54, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 81, 83, 84, 75, 86, 87, 88, 90, 91, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 119, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 134, 137, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 159, 160, 161, 162, 164,

165, 166, 167, 168, 170, 173, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205.

7.5. Consideraciones éticas.

Se realizó la solicitud de permiso institucional a la dirección del Hospital Metodista del departamento de La Paz, para la revisión de expedientes clínicos de pacientes que fueron internados en el Hospital Metodista del último trimestre de la Gestión 2021. (Anexo 4), para poder tener acceso a las historias clínicas y poder extraer, tabular y analizar los datos requeridos, por lo que no se vulneró ninguno de los pilares de la ética y deontología médica.

Los resultados desarrollados se presentarán a Dirección del Hospital Metodista para tomen en cuenta las observaciones y de este modo puedan planificar acciones de mejora en la atención de los pacientes.

También se realizó la solicitud de validación de la ficha de registro con una profesional que ya tiene el Título de Especialista en Auditoría Médica y Gestión de Calidad. (Anexo 5). Pese a que al ser obtenidos los datos del expediente clínico, no era necesaria la validación de la ficha de observación.

a. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Expedientes con los registros legibles.
- Expedientes clínicos de pacientes que permanezcan Internados más de 24 Hrs en el Hospital Metodista.
- Expedientes clínicos de pacientes internados para tratamiento médico.
- Expedientes clínicos de pacientes internados para tratamiento quirúrgico.

Criterios de Exclusión

- Expedientes clínicos de pacientes atendidos en emergencias y que fueron referidos.

- Expedientes clínicos de pacientes con tratamiento ambulatorio atendidos en Hospital Metodista.
- Expedientes con firma de alta solicitada en menos de 24 Hrs de internación.
- Expedientes clínicos de pacientes ingresados a terapia intensiva, debido a que los expedientes clínicos que se tienen de este periodo de estudio en el Hospital Metodista se encontraban divididos, en algunos casos custodiados por el intensivista (se desconoce el motivo), otros en administración por estar realizando algún proceso por venta de servicio a otras instituciones, y por otra parte en archivo, solo se encuentra la atención dada al paciente en salas de internación, razón por la que no se encontraban completas. Se pudo observar también que las historias clínicas realizadas en UTI eran sistematizadas y como parte del análisis siempre se describía la información proporcionada a los familiares mencionada por los colegas de forma diaria, como parte de la evolución, sin embargo, no se contaba con la firma de los familiares como constancia de la información recibida.

7.6. Variables y Determinación De Variables

- Objetivo 1: Edad, sexo, grado de escolaridad
- Objetivo 2: Relación filial con el paciente, registros escritos en el expediente, firma de quien recibió la información, registro de C.I. del familiar que recibió la información, registro de relación filial, sello y firma de médico en los registros, registro de información sobre la evolución del paciente, registro del tratamiento aplicado al paciente, registro del pronóstico del paciente
- Objetivo 3: Tiempo de Internación, Estado del paciente al momento de su ingreso, Cantidad de registros de información proporcionada al familiar.

7.7. Operacionalización De Variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA EVALUATIVA	INDICADOR	INSTRUMENTO
Determinar Características socio demográficas de los pacientes que se internan en el Hospital Metodista	edad del paciente	Edad en años cumplidos al momento de la recolección de datos	Cuantitativa ordinal	6 a 15 16 a 25 26 a 35 36 a 45 46 a 55 56 a 65 66 a 75 75 a 85	Años cumplidos	Ficha de registro
	Sexo	Características fisiológicas del género.	Cualitativa nominal dicotómica	Mujer Hombre	Sexo	Ficha de registro.
	Grado de Escolaridad	Mayor grado educativo alcanzado	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Grado educativo alcanzado	Ficha de registro
Verificar si en el expediente clínico existen notas sobre la información que el médico proporciona a los familiares de los pacientes durante su estancia hospitalaria en el Hospital Metodista	Relación filial del familiar con el paciente internado	Grado De Consanguineidad: PRIMER GRADO (Padres e hijos, esposos) SEGUNDO GRADO (nietos, hermanos) TERCER GRADO (tíos, sobrinos)	Cualitativa nominal politómica	Primer Grado Segundo Grado Tercer grado Otros (Vecinos, Amigos) No registra	Relación filial	Ficha de registro
	Registros escritos	Texto escrito de un determinado tema, constancia escrita de un suceso o hecho	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Registro escrito	Ficha de registro
	firma del familiar	Trazo gráfico o grafo manuscrito que representa el nombre y el apellido o el título que escribe una persona de su propia mano, y tiene fines	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia de firma	Ficha de registro

		identificatorios, jurídicos, bancarios, representativos y diplomáticos.				
	Registro de C.I.	documento de identidad	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Registro número de C.I.	Ficha de registro
	Firma y sello del médico que da la información	Trazo gráfico o grafo manuscrito que representa el nombre y el apellido o el título que escribe una persona de su propia mano, y tiene fines de identificación, jurídicos, bancarios, representativos y diplomáticos. El sello identifica a la persona quien firma	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia de firma y sello	Ficha de registro
	Información de la evolución	Desarrollo, desarrollo, transformación progresiva, proceso de cambio continuo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Registro de información de evolución proporcionada	Ficha de registro
	Información del tratamiento	plan de tratamiento para una enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Registro de información del tratamiento	Ficha de registro
	Información del pronostico	Predicción en función de la evolución de un paciente, o el posible resultado luego de una intervención o tratamiento de una afección o enfermedad.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Registro de información de pronostico	Ficha de registro
Establecer la relación entre el tiempo de estancia hospitalaria y la cantidad de registros de información	tiempo de internación	Periodo de tiempo en la cual un paciente permanece dentro el hospital para recibir monitorización y atención continúa por parte del personal médico y paramédico. Sin importar si fue transferido entre servicios o cual fue el servicio de admisión.	Cuantitativa discreta	de 2 días a 6 días de 7 días a 14 días de 15 a 21días de 22 días a 30 ≥mayor a 31 días	tiempo de estancia hospitalaria	Ficha de registro

proporcionada al Familiar	Estado de salud del paciente	El estado de salud de una persona hace referencia a las condiciones médicas o de salud que dicha persona sostiene, las cuales pueden favorecer, mantener o perjudicar de diferentes maneras sus expectativas de supervivencia, esperanza de vida y capacidad para alcanzar o mantener el bienestar	Cualitativa nominal politómica	Buen estado general. Regular estado general. Regular a mal estado general. Mal estado general.	Estado del paciente al momento de su ingreso	Ficha de registro
	número de registros de información proporcionada al familiar	Cantidad de registros válidos de información proporcionada a los familiares de pacientes internados verificados a través de la firma de conformidad tanto del médico tratante como de la familia.	Cuantitativa discreta	ninguna 1 2 3 ≥ 4	Cantidad de registros de información	Ficha de registro

7.8. Instrumento de Investigación

Ficha de registro de observación para registro de los expedientes clínicos (Anexo 6). De la información proporcionada a los familiares en el Hospital Metodista como establecimiento privado sin fines de lucro durante el último trimestre de la Gestión 2021.

7.9. Procedimientos de Recolección de Datos

Se realizó la selección de los expedientes clínicos, basados en los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a la recolección de información, los cuales requirieron de aproximadamente 15 a 25 minutos por cada expediente.

Se coordinó con estadística del Hospital Metodista para que saque una determinada cantidad de expedientes clínicos para que los mismos sean revisados en las instalaciones del Hospital Metodista a partir de Hrs: 18:00 de lunes a sábado, domingo a partir de mediodía.

Se realizó la revisión por día de acuerdo a la disponibilidad de tiempo con la que se contaba (el día de obtención de la autorización revisión de 5 expedientes, 7 días hábiles: 10 expedientes por día y dos días feriados cada día: 30 expedientes por día de acuerdo al cronograma, haciendo un total de 135) de casos atendidos en el Hospital Metodista para internación en el periodo de tiempo escogido. (Anexo 7).

VIII. RESULTADOS

Los datos fueron recopilados mediante una ficha de registro en la cual se tomaron y registraron los datos requeridos de los expedientes clínicos, posteriormente los datos se vaciaron a una base de datos en Microsoft Excel y el análisis estadístico se realizó utilizando tablas dinámicas.

Se efectuó una revisión de los expedientes clínicos seleccionados según los criterios de muestreo.

Los resultados encontrados se ordenaron de acuerdo a los objetivos específicos planteados.

- El primer objetivo específico fue: Determinar características socio demográficas de los pacientes que se internan en el Hospital Metodista

Obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1: Distribución porcentual según edad en años, pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
6-15	4	2,96 %
16-25	19	14,07 %
26-35	37	27,41 %
36-45	27	20,00 %
46-55	25	18,52 %
56-65	12	8,89 %
66-75	6	4,44 %
76-85	5	3,70 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Se agrupó las edades con una periodicidad de 10 años, se puede observar que los pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en Hospital Metodista durante el último trimestre del 2021, el 27.41% (n=37) entre los 26

años y 35 años, seguidos de un 20% (n=27) pacientes que están entre los 36 a 45 años, y 18.52% (n=25) entre 46 a 55 años, por lo tanto vemos que a este hospital asisten personas en edad productiva ya que representan entre los tres grupos 65,99% de la población asistente, esto probablemente a que se trata de un hospital de atención tipo privada sin fines de lucro.

Tabla 2: Distribución porcentual según sexo de los pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	64	47,41 %
Hombre	71	52,59 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Los pacientes que acuden al Hospital Metodista para su atención en su mayoría son hombres 52,59% (n=71) y mujeres 47,41% (n=64).

Tabla 3: Distribución porcentual según grado de escolaridad de los pacientes que accedieron a atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	11	8,15 %
Secundaria	68	50,37 %
Superior	56	41,48 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Los pacientes que acuden al Hospital Metodista para su atención en su mayoría tienen un grado de escolaridad que corresponde a secundaria en un 50,37% (n=68) seguido de estudios superiores con 41,48%(n=56).

- El segundo objetivo específico: Verificar sí en el expediente clínico existen notas sobre la información que el médico proporciona a los familiares de los pacientes durante su estancia hospitalaria en el Hospital Metodista.

Tabla 4: Distribución porcentual de registro de la relación filial de la persona que fue informada, sobre el paciente internado en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

La información del estado de salud del paciente fue proporcionada a familiares con la siguiente relación filiar:

Registro del grado de familiaridad al que se proporcionó la información	Frecuencia	Porcentaje
1º grado	16	11,85 %
2º grado	4	2,96 %
No registra	115	85,19 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

El 85,19% (n=115) no tienen registros de información, el 11,85%(n=16) cuenta con registro de primer grado de parentesco, y solo 2,96% (n=4) a familiares de segundo grado.

Tabla 5: Distribución porcentual de registros de la información en expediente clínico proporcionada a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Existencia de registros de información proporcionada al familiar	Cantidad	Porcentaje
No	88	65,19 %
Si	47	34,81 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

En 65% (n=88) de los expedientes revisados no se encuentra registros escritos sobre la información proporcionada a los familiares de pacientes, en tanto que en 34,81%(n=47) si tienen registros.

Tabla 6: Distribución porcentual de información registrada en expediente clínico que cuenta con la firma del familiar de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

La información registrada cuenta con firma del familiar	Cantidad	Porcentaje
No	120	88,89 %
Si	15	11,11 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Un 11,11% (n=15) de los expedientes clínicos tienen la firma del familiar que recibió la información, 88,89% (n=120) no cuentan con firma ya que los expedientes no tienen registro de la información proporcionada a los familiares.

Tabla 7: Distribución porcentual de información registrada en expediente clínico que cuenta con registro del número de carnet de identidad del familiar de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

La información registrada cuenta con registro del C.I. del familiar	Cantidad	Porcentaje
No	123	91,11 %
Si	12	8,89 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Solo un 8,89% (n=12) de los expedientes clínicos se encuentran con registro del carnet de identidad del familiar que recibió la información, el 91,11% (n=123) no cuentan con este registro, esto puede ser debido a que en algunos casos se encontró el registro con firma del familiar pero sin datos de numero de C.I. en otros casos, la nota del médico que da la información, está registrada mencionando a que familiar le proporciono la información, mas no se encuentra ni la firma ni el registro del C.I. del familiar.

Por lo tanto, tomando en cuenta que 15 Historias clínicas tienen la firma de los familiares en el registro de información, 12 de ellas (80%) cuentan con registro del C.I. de los familiares que recibieron la información proporcionada por los galenos.

Tabla 8: Relación de datos familiares verificados en expediente clínico con respecto a los 47 expedientes con registros escritos de información proporcionada a familiares de los pacientes que accedieron a la atención en el Hospital Metodista de octubre a diciembre de la Gestión 2021

Expedientes clínicos con registro de información al Familiar	Registro de relación Filiar		Tiene firma del familiar		Con registro del C.I.	
	Cantidad	porcentaje	cantidad	Porcentaje	Cantidad	porcentaje
47	20	42,55%	15	31,91%	12	25,53

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Tomando en cuenta que 47 historias clínicas tienen el registro de información proporcionada al familiar:

- ❖ 42,55% (n=20) de los expedientes cuentan con registro de la relación filiar con respecto al paciente.
- ❖ 31,91% (n=15) de los expedientes cuentan con firma de los familiares que recibieron la información proporcionada por los galenos.
- ❖ 12 de ellas (80%) cuentan con registro del C.I. de los familiares que recibieron la información proporcionada por los galenos.

Tabla 9: Distribución porcentual de la información registrada en expediente clínico que cuenta con firma y sello del médico que proporcione la información a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.

La información registrada cuenta con firma y sello del médico que la proporcione	Cantidad	Porcentaje
No	94	69,63 %
Si	41	30,37 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Un 30,37% (n=41) de los expedientes clínicos se encuentran con firma y sello del médico que registraría información que proporciona a los familiares sobre el estado de salud de su familiar, y 69,63% (n=94) no cuenta con registros de información o solo existe una breve nota con firma de los internos, que no se acompaña de la firma y sello del médico tratante.

Tabla 10: Distribución porcentual de registro de la evolución del paciente en la nota de información proporcionada a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.

Registro de evolución del paciente por parte del medico	Cantidad	Porcentaje
No	126	93,33
Si	9	6,67
Total general	135	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

El 6,67% (n=9) de los expedientes clínicos se encuentran con el registro de haber informado a la familia sobre la evolución del paciente; en tanto que el 93,33% (n=126) no cuenta con la misma.

Tabla 11: Distribución porcentual de registro del tratamiento aplicado al paciente en la nota que registra la información a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.

Registro del tratamiento del paciente por parte del medico	Cantidad	Porcentaje
No	135	100,00 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Un 100% (n=135) de los expedientes clínicos NO tiene el registro en la información proporcionada a los familiares sobre el tratamiento aplicado al paciente.

Tabla 12: Distribución porcentual de registro del pronóstico del paciente en la nota de registro de información proporcionada a los familiares de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.

Registro de pronóstico del paciente por parte del medico	Cantidad	Porcentaje
No	116	85,93 %
Si	19	14,07 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

El 14,07% (n=19) de los expedientes clínicos se encuentran con el registro del pronóstico del paciente que fue informado a los familiares y el 85,93% (n=116) no cuenta con la misma. Esta diferencia con el registro de tratamiento y evolución, es debido a que las notas que se encuentran son de los pacientes que están en malas condiciones y tienen un pronóstico reservado.

Tabla 13: Relación de datos verificados en expediente clínico con respecto a los 47 expedientes que cuentan con registros escritos de información proporcionada a familiares de los pacientes atendidos en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Expedientes clínicos con registro de información al Familiar	Cuentan con firma y sello del médico tratante		Cuenta con registro de la Evolución del paciente		Cuenta con registro del Tratamiento		Cuenta con registro del pronóstico	
	Cantidad	porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	porcentaje
47	41	87,23%	9	19,14%	0	0%	19	40,42%

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

Por lo tanto, tomando en cuenta que 47 historias clínicas que tienen el registro de información proporcionada al familiar:

- ❖ 87,23% (n=41) de los expedientes cuentan firma y sello del médico.
 - ❖ 19,14% (n=9) de los expedientes cuentan con registro de la información sobre la evolución del paciente.
 - ❖ 0 de ellas (0%) cuentan con registro de la información del tratamiento que se le aplica al paciente
 - ❖ 40,42% (n=19) de los expedientes cuentan con registro de la información sobre el pronóstico del paciente.
- El tercer objetivo es: Establecer la relación entre el tiempo de estancia hospitalaria y la cantidad de registros de información proporcionada al Familiar

Tabla 14: Distribución porcentual de tiempo de internación en días de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Tiempo de internación	Número de pacientes	Porcentaje
1-7 Días	75	55,56 %
8-14 Días	19	14,07 %
15-21 Días	23	17,04 %
22-28 Días	15	11,11 %
29-36 Días	3	2,22 %
Total general	135	100,00 %

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

La estancia hospitalaria de los pacientes internados en Hospital Metodista en su mayoría fue de estancia corta de 1 a 7 días que representa en 55,56% (n=75) seguida de una estancia de 15 a 21 días que representa el 17,04% (n=23) y de 8 a 14 días corresponde el 14,07% (n=19)

Tabla 15: Distribución porcentual del número de registros de información en el expediente clínico de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Número de Registros de información proporcionada al familiar	Cantidad	Porcentaje
1	20	14,81%
2	20	14,81%
3	6	4,44%
mayor a 4	1	0,74%
Ninguna	88	65,19%
Total general	135	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

No se registra ninguna información dada a los familiares en un 65,19 % (n=88), existe el registro de la información dada en cantidad de 1 y 2 registros de 14,81% (n=20) cada una, 3 registros en un 4,44% (n=6) y mayor a 4 registros 0,74%. (n=1)

Tabla 16: Distribución porcentual del registro del estado del paciente al momento de su ingreso en la atención en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Estado de ingreso del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Buen estado general	15	11,11%
Mal estado general	14	10,37%
Regular a mal estado general	30	22,22%
Regular estado general	76	56,30%
Total general	135	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

El 56,30% (n=76) ingresan al Hospital Metodista, en regular estado general, de regular a mal estado general corresponde al 22,22% (n=30) y en buen estado general 11,11% (n=15) y en mal estado general 10,37%. (n=14).

Tabla 17: Relación entre la información proporcionada a los familiares con el estado de ingreso de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021

Existencia de registros	Buen estado general		Mal estado general		Regular a Mal estado general		Regular estado general		TOTAL	
	Cantidad	porcentaje	cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	porcentaje	Cantidad	porcentaje
NO	15	11,11%	0	0,00%	17	12,59%	56	41,48%	88	65,19%
SI	0	0,00%	14	10,37%	13	9,63%	20	14,81%	47	34,81%
TOTAL	15	11,11%	14	10,37%	30	22,22%	76	56,30%	135	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

De los expedientes clínicos que tienen registros de información proporcionada a los familiares (47) en un 14,81% (n=20) corresponde a pacientes con un ingreso al hospital en regular estado general y 10,37%(n=14) en mal estado general, un 9,63% (n=13) con un regular a mal estado general, los pacientes que ingresan en buen estado general no tienen registros.

Tabla 18: Relación entre la información proporcionada a los familiares con el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes que accedieron a la atención médica o quirúrgica en el Hospital Metodista durante octubre a diciembre de la Gestión 2021.

Información proporcionada a los familiares	Días de estancia hospitalaria											
	1-7 días		8-14 días		15-21 días		22-28 días		29-36 días		Total días de estancia	
	Cantidad	Porcentaje	cantidad	Porcentaje	Cantidad	porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	porcentaje	Cantidad	porcentaje
NO	62	45,93%	9	6,67%	11	8,15%	6	4,44%		0,00%	88	65,19%
SI	13	9,63%	10	7,41%	12	8,89%	9	6,67%	3	2,22%	47	34,81%
TOTAL	75	55,56%	19	14,07%	23	17,04%	15	11,11%	3	2,22%	135	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a la HC del Hospital Metodista octubre a diciembre 2021.

La internación de 1 a 7 días registra mayor cantidad de información proporcionada que fueron hasta 9,63% (n=13) de los expedientes revisados, en la estancia de 29 a 36 días solo se registra un 2,22% (n=3). Esto probablemente se deba a que los pacientes que ingresaban en malas condiciones, contaban con una mayor cantidad de registros de información a los familiares, que informaban sobre su pronóstico reservado.

IX. CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo general y los específicos:

Pese a que la información del estado de salud del paciente durante su internación, es proporcionada de manera continua a los familiares, la mayor parte de los expedientes clínicos no cuentan con registro escrito de esta acción (65,19%), por lo que al realizarse las auditorias, en pocos casos se podría demostrar que el profesional médico cumplió con esta actividad.

- Se establecieron los datos demográficos de los pacientes que acuden a la atención y se internan en el Hospital Metodista ya sea para manejo médico o quirúrgico: Los pacientes en su mayoría son hombres (52,59%), el rango de edad que es internado de forma más frecuente se encuentra en edad productiva 26 y 55 años. En cuanto al Grado de escolaridad en su mayoría llegaron a secundaria (50,37%) seguido de nivel superior (41,48%) haciendo de este modo que la comprensión del servicio que se recibirá y la atención médica para la cual ingresan sea aceptable.
- En cuanto al registro de información que contiene el expediente clínico: Al no haberse estandarizado el registro que se debe realizar en cuanto la información que se proporciona a los familiares en los establecimientos, genera que los médicos omitan el registro de este procedimiento que realizan, casi a diario; pese a que este registro puede ser de gran utilidad cuando se realizan auditorias médicas. No cumplen con la obtención del registro de nombre, relación filial, firma del familiar como constancia documental de la información proporcionada.
- Así mismo las internaciones con menor cantidad de días (1 -7) son las que más información tienen como lo señala la tabla 14, puede deberse a que estos correspondan a procesos clínicos agudos o graves.
- La cantidad de información proporcionada a los familiares, guarda relación con la gravedad del estado general como lo señala la tabla 16, ya que

entre los pacientes que tienen un mal estado general y los que tienen de mal a regular estado general tienen la mayor cantidad de registros (32.59%).

X. RECOMENDACIONES

La información que se proporciona a los familiares es importante, al ser fluida y constante entre médicos y familiares, disminuyen la probabilidad que existan quejas de mala atención de parte de los familiares y disminuyen la exposición de los médicos a posibles denuncias por mala praxis o negligencia, por lo que es importante hacer concientizar de forma constante a los profesionales médicos que deben mantener una buena comunicación tanto con los pacientes, así como los familiares, ya sean médicos generales, especialistas o sub especialistas.

Por lo tanto, es importante mejorar los mecanismos de registros de información, lo que se recomienda lo siguiente.

- Al Ministerio de Salud y Deportes se recomienda: Establecer en la norma del Manejo del Expediente Clínico los parámetros que deben ser utilizados para el registro de la información que se proporciona a los familiares (con firma del familiar que recibió la información, registro de nombres, C.I. y relación filiar como constancia), así como establecer la importancia del mismo
- Se sugieren dos opciones para su registro:
 - Puede ser en la parte que corresponde al registro de evoluciones mediante implementación de un sello, para que el mismo sea de fácil llenado.
 - Implementando un formulario de registro de la información proporcionada al familiar, que en el ordenamiento que corresponde al expediente clínico, podría ser ubicado en la séptima sección de acuerdo a fechas, colocando en primer plano aquellas que hubiesen sido realizadas últimamente. Debe ser de fácil acceso para los médicos y debe estar a su alcance en cualquier ambiente del hospital para facilitar su llenado.

En Anexo 8 se realiza la propuesta de un posible formulario a implementarse, para mejora de la información que se proporcione a los familiares y que sirva como medio de verificación del procedimiento realizado.

- A las distintas instituciones hospitalarias (CNS, públicas y privadas):
 - Capacitaciones al personal sobre atención a los usuarios y resolución de conflictos.
 - Capacitaciones referentes a la adecuada forma de dar Información a los familiares en cuanto a: uso de un ambiente adecuado, especialmente cuando se dan malas noticias, así como el lenguaje apropiado para proporcionar la misma (lenguaje claro y sin uso de tecnicismos, etc.)
 - Establecer que al dar malas noticias a algún familiar o al paciente se debe solicitar el apoyo de Trabajo Social o Psicología, para contención de la familia o del paciente en especial en casos terminales.
 - Proporcionar de un ambiente exclusivo para la realización de esta actividad de acuerdo a sus posibilidades y disponibilidad de ambientes en la infraestructura del establecimiento.
- Al Hospital Metodista:

Se recomienda que, como Plan de Acción Correctiva Rápida, para poder mejorar el registro de información a familiares en los expedientes clínicos, a través de su dirección se emita **instructivo** de **estricto** cumplimiento estableciendo los parámetros mencionados para este registro. Así mismo se podría implementar un sello o el formulario sugerido, en coordinación con los comités de gestión de calidad y/o comités de expediente clínico. Se recomienda que el mismo sea de fácil acceso para los médicos y debe estar a su alcance en cualquier ambiente del hospital para facilitar su cumplimiento.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Presidencia del Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 4229. 29 de abril de 2020. Decreto Supremo.
2. Espinoza N, Zapata C, Mejía L. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2017; 80(2).
3. Álvarez EC, Matzumura JP, Gutiérrez H, Zamudio L. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA BRINDADA A LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL CATEGORÍA II-2 EN LIMA, PERÚ. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 22(2).
4. Erazo M, Benavidez J, Cantor F, Acosta A. Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica. 2021; 45(97).
5. Sanchez F, Luisa J. Calidad de atención y satisfacción en familiares de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019. Tesis Universidad Nacional del Callao.
6. microsoft Prensa. Centro de noticias Microsoft. [Online]; 2020. Acceso 07 de marzo de 2022. Disponible en: <https://news.microsoft.com/es-es/2020/05/14/la-informacion-telematica-a-familiares-de-pacientes-ingresados-en-hospitales-de-la-comunidad-de-madrid-una-realidad-gracias-a-microsoft/>.
7. Nauto LO. La comunicación del terapeuta ocupacional y el familiar del usuario en el instituto para el desarrollo infantil – sede Villa El Salvador, San Juan de Lurigancho 2021. TESIS.
8. Alamo I, Matzumura J, Gutierrez H. Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de un hospital de tercer nivel de atención. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020; 20(2).
9. Grandy G, Terán C, Martínez A, Volz A. Covid-19, una mirada desde la pediatría. Gaceta Médica Boliviana. 2020; 43(1).

10. López LDRS. MEDICIÓN DE IMPACTO DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AL ADULTO MAYOR, EN EL POLICLÍNICO VILLA FÁTIMA, LA PAZ-BOLIVIA 2018. Tesis de grado presentado para optar al título de MagisterScientiarum en Comunicación, Información y Promoción en Salud Pública <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/20758/TM-1312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Montoya DJMF. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL HOSPITAL DEL NORTE / HOSPITAL COVID, ENERO – FEBRERO 2021. Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
12. Defensoría del Pueblo Estado Plurinacional de Bolivia. Límites en la implementación del Sistema Único de Salud - 2022. Informe Defensorial. La Paz: Defensoría del Pueblo, La Paz.
13. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Auditoría y Norma Técnica. 64th ed. Salud CNdCe, editor. La Paz; 2008.
14. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO. LEY No 3131. EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL, LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO.
15. Hospital Metodista. @HospitalMetodista · Hospital. [Online]; 2018. Acceso 17 de abril de 2022. Disponible en: <https://hospitalmetodista.wixsite.com/hospital/la-practica>.
16. Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS. DECRETO SUPREMO N° 27295 DE 20 DE DICIEMBRE DE 2003 - REGLAMENTO ÚNICO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO..
17. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Técnica para el Manejo de Expediente Clínico. 5th ed. La Paz; 2008 - Documentos Normativos - No se realizó actualización en los últimos 5 AÑOS.
18. Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 5th ed. Mexico; 2012.
19. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos; Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; Dirección General de Información en Salud. Manual del Expediente Clínico Electrónico. 15th ed. Mexico; 2011.

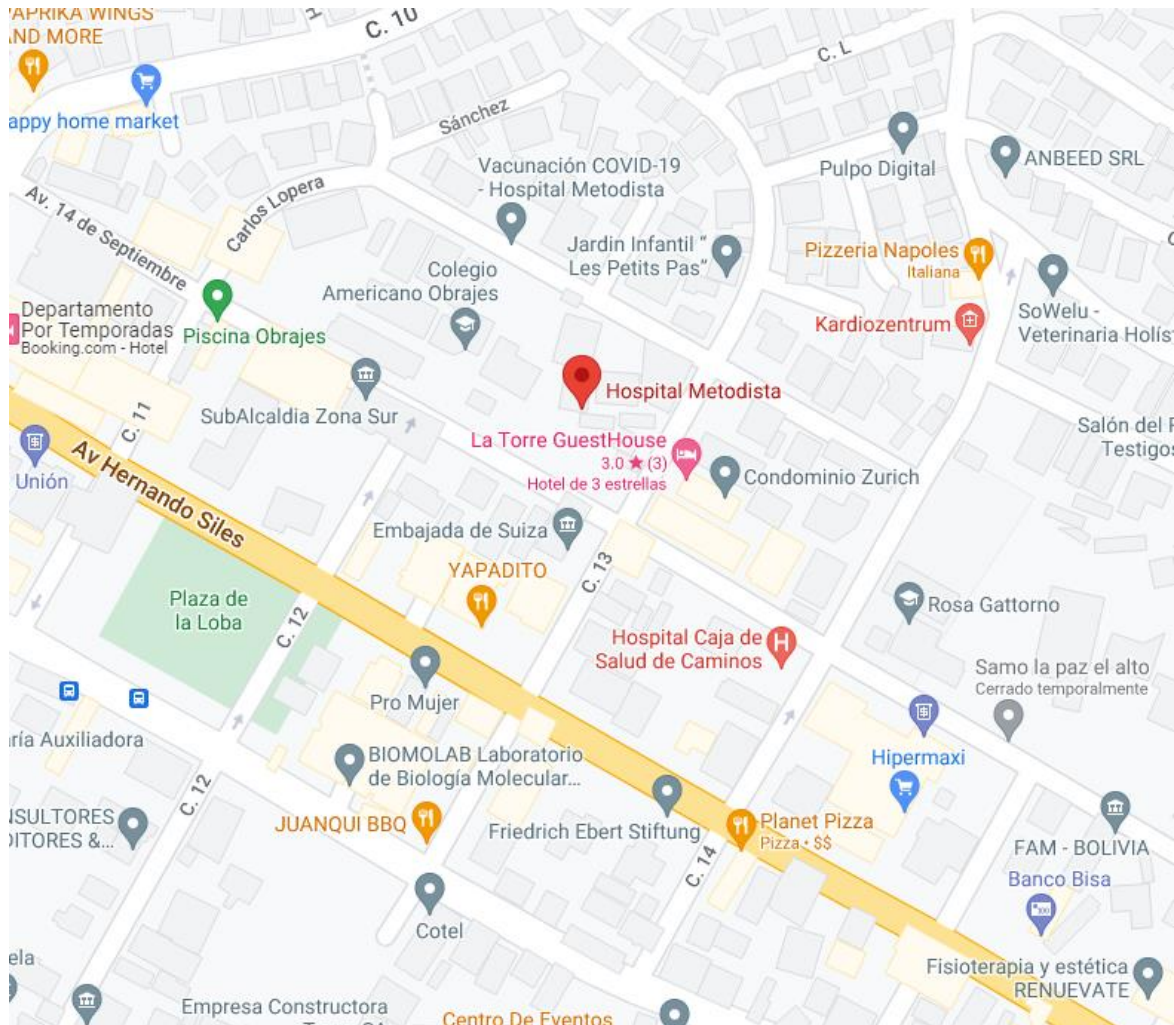
20. Andres ID. Lion Strategy Group. [Online]; 2020. Acceso 19 de marzo de 2022. Disponible en: <https://lionsg.com/expediente-clinico-y-su-enfoque-en-responsabilidades-administrativas/>.
21. Asociacion de Academias de la Lengua Española. Real Academia Española. [Online]; 2021. Acceso 21 de marzo de 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/veracidad>.
22. Pontificia Universidad Católica de Chile. Integridad Académica. [Online] Acceso 21 de marzo de 2022. Disponible en: <https://integridadacademica.uc.cl/que-es/veracidad/>.
23. Colegio médico. Colegio Médico.cl. [Online]; 2018. Acceso 21 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/12/081112lex_artis_medica.doc.
24. Pedroza, Karla Alejandra Monroy. El acceso al expediente clínico y su función social. Tesis-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, Toluca, Estado de México, 2019.
25. Educalingo diccionario español de sinónimos. Educalingo. [Online]; 2021. Acceso 15 de 04 de 2022. Disponible en: <https://educalingo.com/es/dic-es/unicidad>.
26. Clinic Cloud. Clinic Cloud by doctorallia. [Online]; 2021. Acceso 03 de 04 de 2022. Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/tipos-de-historia-clinica/>.
27. Peiró R. Economipedia.com. [Online]; 2020. Acceso 16 de 04 de 2022. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/informacion-2.html>.
28. Wikipedia, de actualización constante. Wikipedia. [Online]; 2021. Acceso 16 de 04 de 2022. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Informaci%C3%B3n>.
29. Enciclopedia Concepto. Enciclopedia Concepto. [Online]; 2013-2022. Acceso 16 de 04 de 2022. Disponible en: <https://concepto.de/informacion/>.
30. Coelho FyZA. Significados.com. [Online]; 2019. Acceso 16 de 04 de 2022. Disponible en: <https://www.significados.com/paciente/>.
31. Garcia B. Saludario, el medio para médicos. [Online]; 2021. Acceso 02 de 05 de 2022. Disponible en: <https://www.saludario.com/pacientes-hospitalizados-y-ambulatorios-comparacion-de-dos-tipos-de-atencion-medica/>.

32. Gardey. JPPyA. Definicion.de. [Online]; actualizado el 2022. Acceso 02 de 05de 2022. Disponible en: <https://definicion.de/ambulatorio/>.
33. ProSalud. Copyright PROSALUD. [Online].; 2017. Acceso 01 de 11 de 2022. Disponible en: <https://www.prosalud.org/noticia?id=241&cat=18 - 2017 @ Copyright PROSALUD>.
34. Prof. Dr. Miguel Ángel Schiavone Rector Universidad Católica Argentina. Repositorio Universidad Católica Argentina. [Online]; 2019. Acceso 29 de 10de 2022 [https://formacion.uam.es/pluginfile.php/122641/mod_resource/content/1/Tema_3.pdf]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9127/1/familia-salud-miguel-schiavone.pdf>.
35. POLÍTICA C. DATOS DE LA GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. [Online].; 07 de febrero 2009. Acceso 29 de 03 de 2022. Disponible en: http://www.silep.gob.bo/norma/12928/ley_actualizada.
36. Ministerio de Salud y Deportes. Reglamento General de Hospitales. 2nd ed. La Paz; 2005.
37. Hospital Metodista. Hospital Metodista Medicina especialista. [Online]; 2018. Acceso 29 de 03de 2022. Disponible en: <https://hospitalmetodista.wixsite.com/hospital/nuestra-historia>.
38. Ministerio de Salud y Deportes. Norma de Caracterizacion de Hospitales de Segundo Nivel - Publicacion 285. 2855th ed. La Paz: Comision Nacional de Calidad en Salud; 2014.
39. Ortiz YM. Introducción a la metodología de la investigación en salud. Primera ed. Velarde DEI, editor. Cochabamba, Bolivia: Instituto de Investigaciones Biomédicas e Investigación Social Medicina; 2019.
40. studylib. METODOLOGIA DE INVESTIGACION TIPOS DE INVESTIGACION. [Online].; 2022. Acceso 02 de 11 de 2022. Disponible en: <https://studylib.es/doc/726923/tipos-de-investigación-1.-según-la-intervención-del-inves>.
41. Cabezas Mejía ED, Andrade Naranjo D, Torres Santamaría J. Introducción a la metodología de la investigación científica. Primera ed. Aguirre DA, editor. Sangolquí, Ecuador: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE; 2018.

42. Instituto Nacional de Estadística. La Paz en Cifras. Boletín informativo producido y publicado por el INE para cada aniversario cívico, con estadísticas e indicadores del departamento de La Paz.
43. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. International Journal of Morphology. 2017; 35(1).
44. Bastis Consultores. ONLINE-TESIS. [Online]; 2020. Acceso 2022 de 11 de 05. Disponible en: <https://online-tesis.com/muestreo-sistemico/>.
45. Frankena K, Otto Goelema J. WinEpi Working in Epidemiology. [Online]; 2006. Acceso 7 de 3 de 2022. Disponible en: <http://www.winepi.net/menu1.php>.

XII. ANEXOS

ANEXO 1: Ubicación del Hospital Metodista (Croquis)



ANEXO 2: Vista General De Los Ambientes del Hospital Metodista



áreas de circulación



Estación de Enfermería



Salas de Internación



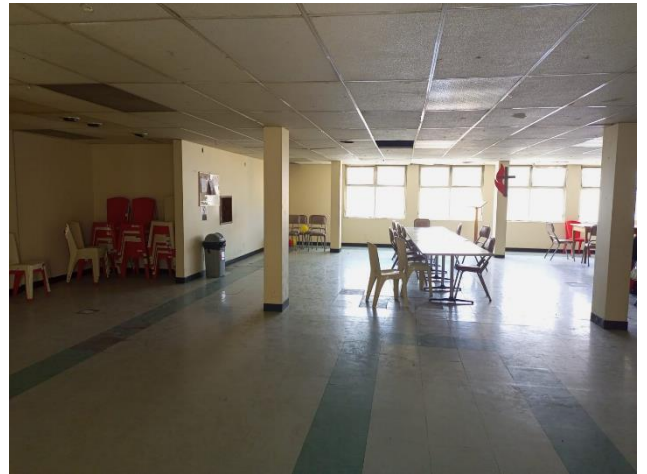
Unidad de Terapia Intensiva



Quirófanos



Servicios Generales



ANEXO 4: Autorización del Hospital Metodista

La Paz, 04 de abril del 2022
Cite: LCJRN N° 03/2022

Señora:
Dra. Francy Fabiola Pacheco Quisbert
DIRECTORA DEL HOSPITAL METODISTA
Presente.-

Ref. SOLICITUD AUTORIZACIÓN REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

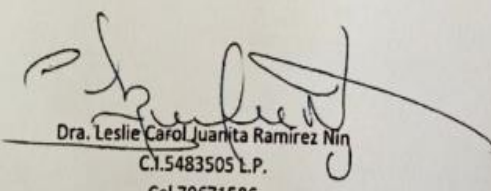
De mi consideración:

Deseándole éxitos en la labor que desempeña. Mediante la presente, solicito muy respetuosamente a su autoridad me pueda otorgar su autorización para poder tener acceso a los expedientes clínicos de pacientes que fueron internados en el Hospital Metodista los meses de octubre a diciembre del 2021 con el fin de realizar un trabajo de investigación, el cual titula " Análisis del registro en expediente clínico, sobre la información a familiares de pacientes internados en el Hospital Metodista, octubre a diciembre del 2021" cuya muestra será tomada en base a la población registrada internada en el periodo del tiempo mencionado que será definida en caso que usted autorice el mismo.


Para tal efecto adjunto a la presente instrumento de elaboración propia (Ficha d verificación).

Sin otro particular y agradeciendo de antemano su gentil atención, me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

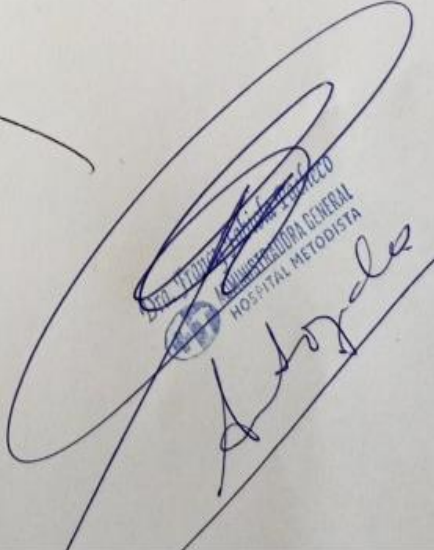
Atentamente,



Dra. Leslie Carol Juankita Ramirez Nin
C.I.5483505 L.P.
Cel 70671586



HOSPITAL METODISTA
LA PAZ - BOLIVIA



HOSPITAL METODISTA

ANEXO 5: Validación del Instrumento,

Formulario de Validación de Instrumento

Elaboración: Dra. Leslie Carol Juanita Ramirez Nin

ANÁLISIS DEL REGISTRO EN EXPEDIENTE CLÍNICO, SOBRE LA INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL METODISTA, OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2021

Item	Criterio a Evaluar						Observaciones
	Claridad en la Redacción		Lenguaje adecuado		Mide lo que se pretende		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	/		/		/		
2	/		/		/		
3	/		/		/		
4	/		/		/		
5	/		/		/		Mayúsculas / Minúsculas / No registra
6	/		/		/		
7	/		/		/		
8	/		/		/		
9	/		/		/		
10	/		/		/		
11	/		/		/		
12	/		/		/		
13	/		/		/		
14	/		/		/		
15	/		/		/		
16	/		/		/		Mayúsculas / minúsculas.
17	/		/		/		
Aspectos generales						SI	NO
El instrumento es claro y preciso						/	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial						/	
Es fácil el llenado						/	
Aplicable						/	No aplicable
Validada por:		C.I.		FECHA			
Dra. Ingrid Rocabado		43390094		25-04-22			
Firma		Celular		Email			
		796 04 900		rocabado.md@notmail.com			
sello				Institución donde trabaja			
Dra. Ingrid Rocabado Michel MÉDICO CIRUJANO EMERGENCIAS MS- R-1004 - CM3- R-0357				ASUSS			

Page 6
 Dra. Ingrid Rocabado Michel
 MÉDICO CIRUJANO
 EMERGENCIAS
 MS- R-1004 - CM3- R-0357

ANEXO 6: Instrumento

HOSPITAL METODISTA			
ANÁLISIS DEL REGISTRO EN EXPEDIENTE CLÍNICO, SOBRE LA INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL METODISTA, OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2021			
1. Fecha:	2. Edad del paciente:	3. SEXO: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	4. N° de HCI:
5. Grado de Escolaridad: ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> superior <input type="radio"/>	6. Tiempo de internación: de 2 días a 6 días <input type="radio"/> de 7 días a 14 días <input type="radio"/> de 15 a 21 días <input type="radio"/> de 22 días a 30 <input type="radio"/> ≥ mayor a 31 días <input type="radio"/>	7. Número de registros de información proporcionada al familiar: Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> ≥ 4. <input type="radio"/>	
Nº	Criterios de revisión	SI	No
8	Existen registros escritos sobre la información proporcionada al familiar		
9	La información registrada cuenta con firma del familiar que recibió la información		
10	La información registrada cuenta con Numero de C.I. del familiar que recibió la información		
11	La información registrada cuenta la relación filiar del familiar que recibió la información		
12	La información registrada cuenta con firma y sello del médico que proporcione la información		
13	El médico Registra la información de la evolución del paciente		
14	El médico Registra la información del tratamiento aplicado al paciente		
15	El médico Registra el pronóstico del paciente		
16. La información fue proporcionada a : Familiar de 1º grado Fam <input type="radio"/> 2º grado <input type="radio"/> Familiar de 3º grado otro <input type="radio"/> No registra <input type="radio"/>		17. El estado del paciente al momento de su ingreso: Regular estado general <input type="radio"/> Regular a mal estado general <input type="radio"/> Malas condiciones <input type="radio"/>	

Elaboración: Dra. Leslie Carol Juanita Ramírez Nin

ANEXO 7: Cronograma

OBJETIVO	ACTIVIDAD	Marzo 2022					Abril 2022			Mayo 2022
		Del 01 al 07	Del 01 al 07	Del 08 al 14	Del 15 al 21	Del 22 al 28	Del 29 al 04	Del 05 al 11	Del 12 al 18	
Formulación del protocolo	Formulación pregunta, objetivos	■								
	Desarrollo del marco conceptual	■	■							
	Búsqueda de la literatura		■	■	■	■				
	Diseño de investigación			■						
	Mediciones			■						
Aplicación de instrumento	Validación de los instrumentos de medición						■			
	Obtención de permiso institucional						■			
	Aplicación del instrumento, revisión de expedientes clínicos						■			
Llenado de base de datos	Creación de base de datos						■			
	Llenado de datos						■			
Análisis de los datos	Limpieza de los datos							■		
	Análisis descriptivo							■		
Presentación de los resultados	Confección de cuadros y gráficos								■	
Difusión de los resultados	Entrega de documento final								■	
Pre defensa	Efectuar la defensa del trabajo elaborado									■

Fuente: Elaboración de acuerdo a actividades efectuadas definidas por el Post Grado, gestión 2022.

ANEXO 8: Propuesta de Formulario de registro

HOSPITAL.....

CONSTANCIA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A FAMILIARES

FECHA.....CAMA.....

PACIENTE.....

FAMILIAR.....

TELÉFONO.....

INFORME DEL ESTADO DE SALUD

.....

.....

Evolución:

Tratamiento:

Pronostico:

Fui informado sobre el estado de salud actual y dudas al respecto del mismo, referente a mi familiar

FIRMA O HUELLA Digital

NOMBRE:

CI:

RELACIÓN FILIAL:

FIRMA:

MEDICO:

CI: