

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



**Evaluación de la Calidad de registro del Expediente
Clínico a través de la revisión de los informes de
Auditoría Médicas Internas en las 6 redes de Salud del
Departamento de Oruro realizadas en la gestión 2020**

**POSTULANTE: Yadima Calle Aranibar
TUTOR: Dr. Crithiam G. Villarroel Salazar**

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

La Paz - Bolivia
2022

DEDICATORIA

“Mi amparo mi refugio, en quien yo pongo mi confianza” y para Jherson y Yahir.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que en sus manos me ha sostenido, que no permitió que tropiece y me levanto.

A Jherson, Yahir y mis papas por su apoyo incondicional y amor que siempre me brindan.

A mis Docentes por iluminar mi camino con sus conocimientos.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	12
V. OBJETIVOS	13
5.1 OBJETIVO GENERAL	13
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
VI. MARCO TEORICO	14
6.1. EL EXPEDIENTE CLINICO	14
6.1.1. Concepto	14
6.1.2. Características del Expediente Clínico	14
6.1.3. Tipos de Expediente Clínico	15
6.1.3.1. Expediente Clínico de Hospitalización	15
6.1.3.2. Expediente Clínico de Consulta Externa	15
6.1.3.3. Expediente Clínico de Emergencia	16
6.1.4. Contenido del expediente clínico	16
6.1.4.1. Contenido General	16
6.2. EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	17
6.3. INFORMES DE AUDITORÍA MEDICA INTERNA	18
6.4. MARCO CONTEXTUAL	19
6.4.1. Características Generales	19

	Pág.
6.4.2. Dinámica Poblacional	20
6.4.3. SALUD	20
VII. DISEÑO METODOLOGICO	22
7.1. Tipo de Estudio	22
7.2. Enfoque de Estudio	22
7.2.1. Cuantitativo	22
7.3. Tipo de investigación.	22
7.3.1. Descriptivo.	22
7.4. Tiempo Transversal.	22
7.5. Área de Estudio.	22
7.6. Universo y Muestra	23
7.6.1. Universo	23
7.6.2. Muestra	23
7.7. Criterios de inclusión y exclusión	24
7.7.1. Criterios de inclusión	24
7.7.2. Criterios de exclusión	24
7.8. Mediciones	24
7.8.1. Lista de variables	24
7.8.2. Operacionalización de variables	25
7.9. Instrumento	28
7.10. Validación	28
7.11. Codificación	28
7.12. Creación de Base de Datos	28
7.13. Consideraciones éticas	29

	Pág.
7.13.1. Principio de Autonomía	29
7.13.2. Principio de Beneficencia	29
7.13.3. Principio de No maleficencia	30
7.13.4. Principio de Justicia	30
VIII. RESULTADOS	31
IX. DISCUSIÓN	50
X. CONCLUSIONES	52
XI. RECOMENDACIONES	54
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
XIII. ANEXOS	63
Anexo 1 Formulario N° 3	63
Anexo 2 Solicitud	70
Anexo 3 Población proyectada por Redes de Salud y Municipios, 2020	71
Anexo 4 Población del departamento de Oruro	72
Anexo 5 Redes de Salud	73
Anexo 7 Calidad registro de EC	74

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1 Expediente Clínicos Ordenados según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	32
Cuadro N° 2 Expediente Clínicos con registros médicos claros y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	34
Tabla N° 3: Dimensiones de Evaluación de la calidad de registro Clínico en Enfermería	74

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Figura N° 1 Distribución de Expedientes Clínicos Completos según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	31
Figura N° 3 Distribución de Expedientes Clínicos con registros Médicos de evolución descritos cronológicamente según Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	33
Figura N° 5 Distribución de Expediente Clínicos con registros médicos de notas de evolución con nombre, firma y sellos de quien las elaboró, Oruro 2020.	35
Figura N° 6 Distribución de Expediente Clínicos con reportes de enfermería completos y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	36
Figura N° 7 Distribución de Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería claras y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	37
Figura N° 8 Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	38
Figura N° 9 Expediente Clínicos con notas de cumplimiento de las prescripciones por enfermería según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	39
Figura N° 10 Distribución de Expediente Clínicos con registros de notas de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	40

	Pág.
Figura N° 11 Distribución de Expediente Clínicos con tratamiento farmacológico que se cumplió regularmente según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.	41
Figura N° 12 Distribución de Expediente Clínicos en los que se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	42
Figura N° 13 Distribución de Expediente Clínicos que contiene nota o notas de referencia según norma conforme a Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	43
Figura N° 14 Distribución de Expediente Clínicos con constancia de información debida y oportuna, que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	44
Figura N° 15 Distribución de Expediente Clínicos con diagnóstico de ingreso coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	45
Figura N° 16 Expediente Clínicos con exámenes complementarios realizados de acuerdo con el cuadro clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	46
Figura N° 17 Expediente Clínicos con tratamiento realizado coherente con el diagnóstico (o diagnósticos) establecidos según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	47
Figura N° 18 Expediente Clínicos que registra que el paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	48

	Pág.
Figura N° 19 Expediente Clínicos con registro de las prescripciones e indicaciones escritas de acuerdo a la norma del manejo del Expediente Clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020	49
Figura N° 20: Población proyectada por sexo según grupo quinquenal de edad, departamento de Oruro, 2020.	72
Figura N° 21: Distribución de las Redes de Salud del departamento de Oruro	73

LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGNOS

EC	Expediente Clínico
AM	Auditoría Médica
AME	Auditoría Médica Externa
AMI	Auditoría Médica Interna
AMIE	Auditoria Médica Interna Especial

RESUMEN

El presente estudio se orientó en determinar en qué medida se llevaba a cabo el registro de la atención del equipo de salud reflejada en los expedientes clínicos, conforme a los criterios técnicos y normativos establecidos en la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, específicamente en el formulario de Auditoría Médica del Expediente Clínico, formulario N° 3 del Manual de auditoría en Salud y Norma técnica con Resolución Ministerial 0090, del 26 de febrero de 2008, en las 6 Redes de Salud del Servicio Departamental de Salud SEDES Oruro, del departamento de Oruro Gestión 2020.

Se elaboró un estudio de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo de corte transversal.

Los Expedientes Clínicos completos correspondieron al 31% y los incompletos a un 68%. Los Expedientes Clínicos Ordenados fueron 66% del total y los EC que no están Ordenados correspondieron al 33 %. Los registros Médicos de evolución descritos cronológicamente en los EC correspondieron a un 62%, los registros médicos claros y legibles correspondió a un 59% y un 79 % de los registros médicos se pueden identificar al médico responsable de su elaboración mediante su nombre, firma y sello. Los reportes de enfermería completos y concordantes con un orden cronológico correspondieron a un 41% de los Expedientes Clínicos; las notas de reporte de enfermería claras y legibles correspondió a un 51%; las notas de reporte de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro correspondió a un 45%.

PALABRAS CLAVE: Evaluación de registro, Expediente Clínico, calidad.

ABSTRACT Y KEYWORDS

This study is aimed at determining to what extent the health team care record reflected in the clinical records was carried out, in accordance with the technical and normative criteria established in the Technical Standard for the Management of the Clinical Record, specifically in the Medical Audit of the Clinical Record form, form No. 3 of the Health Audit Manual and technical Norm with Ministerial Resolution 0090, of February 26, 2008, in the 6 Health Networks of the Departmental Health Service SEDES Oruro, of the department of Oruro Management 2020.

It is a quantitative, study with a descriptive, cross-sectional approach.

The complete clinical records corresponded to 31% and the incomplete to 68%. The Clinical Records Ordered was 66% and the ECs that are not ordered corresponded to 33%. The medical records of evolution described chronologically in the CTs corresponded to 62%, the clear and legible medical records corresponded to 59% and 79% of the medical records can be identified to the doctor responsible for their elaboration by means of his name, signature and stamp. The complete and concordant nursing reports with a chronological order corresponded to 41% of the Clinical Records; clear and legible nursing report notes corresponded to 51%; the nursing report notes with the name, signature and stamp of the person who prepared them corresponded to 45%.

KEY WORDS: Registry evaluation, Clinical Record, quality.

I. INTRODUCCIÓN

El Expediente Clínico (EC) es “el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico-nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico”(1). El presente trabajo pretendió evaluar la calidad del registro del Expediente Clínico por el equipo de Salud en su conjunto a través de la revisión de los informes de Auditoría Médicas Internas.

Para el desarrollo de una cultura de calidad y productividad eficiente, se promueve la aplicación de herramientas que permitan la evaluación objetiva del cumplimiento de la norma, es decir, para verificar el grado de apego a lo establecido y cuantificar el alcance de los indicadores, con esto se determina si los resultados están dentro del rango definido como aceptable; en resumen si los resultados de la atención están en el umbral aceptado como correcto, estas herramientas se utilizan para el diseño y rediseño de procesos a fin de mejorar continuamente la calidad de atención de los usuarios. Nuestro estudio se orienta en determinar en qué medida se llevó a cabo el registro de la atención del equipo de salud reflejada en los expedientes clínicos, conforme a los criterios técnicos y normativos establecidos en la Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, específicamente en el formulario de Auditoría Médica del Expediente Clínico, formulario N° 3 del Manual de Auditoría en Salud y Norma técnica con Resolución Ministerial 0090, del 26 de febrero de 2008, como medio para contribuir al desarrollo de una cultura de la calidad en la atención médica.

Este estudio se llevó a cabo sistematizando y analizando todos los informes de Auditorías Médicas Internas que llegaron a la Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad, con el objeto de evaluar la calidad de

registro del expediente clínico en las 6 Redes de Salud del Servicio Departamental de Salud SEDES Oruro, del departamento de Oruro Gestión 2020.

II. ANTECEDENTES

2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A nivel mundial el inicio de la implementación de métodos para valorar sistemáticamente el trabajo de los médicos, tienen su origen el año 1914, en Estados Unidos a través del doctor Robert Codman, presidente del comité de estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos (2). En esa época se señalaba a estos como el objetivo de la evaluación de una medicina de mejor calidad, además se hacia el reconocimiento y calificación de los hospitales del país. La motivación para generar una cultura de calidad en la atención en salud, ha encontrado en Abedis Donabedian su más reconocido exponente, quien, en 1984, la define como lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente (3). En 1989, Palmer RH, de la escuela de salud pública de las universidades de Harvard, amplía la definición como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario (4).

En Latinoamérica se implementa la cultura de la calidad de atención en salud, alrededor de los años 60, siendo México el iniciador y uno de sus mejores representantes (5). Muchos de los países cuentan con legislaciones sobre el ejercicio profesional: Argentina, Brasil, Colombia, Perú, Chile y desde el 8 de agosto del 2005 en nuestro país Bolivia en su última versión (6). En los diez últimos años, varios países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para abordar problemas en la calidad de la atención, ya sea mediante esfuerzos legales que forman parte de las reformas del sector salud o mediante esfuerzos multifacéticos de garantía de calidad dentro de servicios o programas específicos. En algunos casos, los esfuerzos se hicieron mediante programas de garantía de calidad bien desarrollados, a nivel del sistema o sectorial, con una estructura designada y actividades de diseño, vigilancia y mejoramiento de la calidad en marcha.

En un estudio analítico de corte transversal para determinar la frecuencia del error de medicación y sus tipos, en el Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital “Un Canto a la Vida” de Quito Ecuador, Suntasigs analizó un total de 494 expedientes clínicos y obtuvo que el 41% presentó error, de estas el 23.7% presentaron errores de prescripción, mientras que en el 41% se evidenció error en el proceso de administración de medicación (7).

Suarez revisó 249 registros de enfermería en expedientes Clínicos en Hospital de Nicaragua de los cuales en 90.8% siempre anota hora y fecha en registros de enfermería, en cuanto al orden los EC con Buen orden correspondió al 30.5%, Regular al 63.1% y en 6.4%, el orden fue Malo. La caligrafía evaluada por el lector fue en 69,9% fue fácil. La firma del responsable estuvo presente en el 90.8% (8).

2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Bolivia a fines de la década de 1990 se han abordado la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta en un documento original en mayo de 1989, con el nombre de "Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud". A su vez, el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en Julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales. En abril de 1994, por Resolución N° 0329 de la Secretaria Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia, otorgándole la dirección magna para la estandarización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país (9). El año 2000, el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), a través de Resolución Ministerial N° 0065 del 23 de febrero de ese año, implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad social Boliviana, los mismos que se actualizan el año 2004 a través de la Resolución Ministerial N° 306, y nuevamente, el 28 de

Diciembre del 2005, a requerimiento de los entes gestores, reglamenta los Comités de Infecciones Intra hospitalarias, Comité del Expediente Clínico, Comité Médico Administrativo, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Auditoría Médica y el Reglamento para la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Clínico (10). El año 2005, la promulgación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 28562, constituye un hito histórico importante de la salud en Bolivia, porque establece el marco jurídico que institucionaliza la Auditoría Médica en los ámbitos del acto médico y gestión de la calidad de los establecimientos de salud (11), (6), (5).

Finalmente, el documento del Ministerio de Salud y Deportes, Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 -2010 "para que todos vivamos bien", considera que toda actividad se fundamenta en la vida y en su protección, siendo su conservación la aspiración natural del ser humano y de la sociedad en la que está inmerso (6). Por ello el 2008 a través de la Resolución Ministerial 0090 nace el Proyecto Nacional de Calidad en Salud junto con el la Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico (EC) y Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica (1).

Un estudio realizado por Callejas, concluyó que en el personal de salud y administrativo el 100 % no cumplen con lo que establece la norma técnica del manejo del EC en un estudio con 19.960 expedientes clínicos con un tamaño muestral de 315 expedientes clínicos con un nivel de confianza de 95%, una heterogeneidad del 50% y un margen de error de 5,5%, calculado a través de la ecuación estadística probabilística que realizo en la ciudad de La Paz en el Centro de Salud Munaypata (9).

2.3. ANTECEDENTES LOCALES

A nivel departamental Oruro cuenta con seis Redes de Salud; cinco rurales: Azanaque con 44 establecimientos de salud, Minera con 17 establecimientos de salud, Norte con 45 establecimientos de salud, Cuenca Poopó con 43 establecimientos de salud y Occidente con 17 establecimientos de salud;

finalmente la Red de Salud Urbana del departamento de Oruro, con 25 establecimientos de salud públicos.

En el departamento de Oruro no se encuentra con auditores Médicos Acreditados suficientes para realizar auditorías Médicas Externas; se realizan Auditorías Médica Internas a través de los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica.

La Unidad de Servicios y Mejoramiento de la Calidad cuenta con el área de Gestión de Calidad, Acreditación y Auditoría Médica en donde se analiza, evalúa y realiza seguimiento al cumplimiento del plan de acción de las Auditorías Médicas. Hasta la fecha no se cuenta con estudios del Expediente Clínico.

2.4. SOPORTE TEORICO

El manejo correcto del expediente clínico se normatizó en Bolivia a partir del 26 de febrero de 2008 a través de la Resolución Ministerial 0090 que aprueba la Norma Técnica del Manejo del Expediente Clínico (1), donde se reglamenta su uso. No obstante, hasta la fecha siguen existiendo inconformidades en el manejo correcto del expediente clínico y al no existir un estudio previo se propone este proyecto.

Existen problemas para el manejo correcto del expediente clínico que evitan un manejo correcto los cuales son, por ejemplo: expediente clínico incompleto, expediente clínico desordenado, inadecuado archivo y conservación, insuficiente conocimiento de la norma por el personal de salud.

2.5. RELACIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA NACIONAL

El presente trabajo está enmarcado con la política nacional ya que busca mejorar la calidad del manejo del expediente clínico en aplicación del Proyecto nacional de Calidad en Salud PRONACS. Este define lineamientos fundamentales para el diseño y puesta en funcionamiento de una estructura que, a través de la

CALIDAD, asumida como doctrina "del hacer bien con bien", penetre en la esencia misma del sector salud con todos y cada uno de sus subsectores e instituciones dependientes, constituyéndose asimismo en el principio básico y común que los relacione y articule, para la construcción de un verdadero Sistema Nacional de Salud, único, integrado, y descentralizado donde sea posible el cumplimiento del Seguro Universal de Salud y del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (6).

III. JUSTIFICACIÓN

Los estudios indican que, cada año, al menos el 5% de los adultos estadounidenses sufren errores de diagnóstico en centros de atención ambulatoria (12). En un estudio publicado recientemente, en el cual se han revisado autopsias realizadas durante varias décadas, se ha observado que los errores de diagnóstico pueden causar cerca del 10% de las defunciones de pacientes en los Estados Unidos de América (13). De acuerdo con un estudio transversal realizado en Malasia, el 3,6% de los pacientes sufren errores de diagnóstico en los consultorios de atención primaria (14). Por otro lado, se han realizado revisiones de historias clínicas de pacientes hospitalizados en los que se ha observado que del 6% al 17% de los casos se ha cometido este tipo de errores (7).

Para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional es conveniente seguir las siguientes recomendaciones (15): 1. Alto nivel de competencia y actualización; 2. Cumplir los requisitos normativos para el ejercicio profesional: título, cédula profesional, certificación; 3. Otorgar atención médica integral, oportuna, competente, segura y respetuosa; 4. La competencia profesional se sustenta en conocimientos vigentes, habilidades y experiencia para la solución de problemas; 5. Reconocer limitaciones y referir al paciente oportuna y adecuadamente; 6. Decisiones basadas en evidencias; 7. Aplicar medidas de seguridad y prevenir riesgos a los pacientes; 8. Aplicar las Guías de práctica clínica; 9. Elaborar un expediente clínico completo a cada paciente, acorde con la normativa, y 10. Justificar las decisiones tomadas en el expediente clínico (15).

Se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de personas y que, en su estancia en el hospital, estos pacientes sufren aproximadamente 42,7 millones de eventos adversos (12). De acuerdo con las estimaciones más conservadoras, los últimos datos indican que los daños a los pacientes durante la atención

sanitaria son la 14.^a causa de morbimortalidad mundial. La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria.

En el mundo existe un aumento de la cultura del litigio que afecta de manera negativa la práctica de la medicina y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Las demandas por responsabilidad médica han aumentado mucho los costos de salud, lo que ha desviado los escasos recursos de salud hacia el sistema legal y los ha alejado de la atención directa del paciente, la investigación y la formación del médico. La cultura del pleito también ha dificultado la distinción entre negligencia y resultados adversos inevitables, lo que produce con frecuencia una determinación aleatoria del nivel de atención. Esto ha contribuido a la percepción general de que cualquier persona puede demandar por casi cualquier cosa, con la idea de obtener un gran premio. Esta práctica engendra el cinismo y la desconfianza tanto en el sistema médico como en el legal con graves consecuencias para la relación médico-paciente (16).

El Expediente Clínico es la principal y única forma de defensa con la que cuenta el profesional de la salud, entre mejor elaborado esté, obtendremos mayores y mejores elementos en caso de una demanda por negligencia, impericia, inobservancia, etc. De esta manera los abogados podrán invalidar los argumentos acusatorios. El uso del expediente clínico orienta al desarrollo de una cultura de calidad permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, de investigación, de evaluación, administración y estadístico. En el trabajo de investigación, de Maqueo y colaboradores, comentan que 46%, de los expedientes clínicos están mal integrados.

Sistematizar el manejo del Expediente Clínico es primordial en los establecimientos de salud, es parte de una atención con calidad, siendo así un documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación, en donde se registran las etapas del estado

clínico y de la evaluación cronológica del caso hasta su solución parcial o total, siendo así un instrumento de auto-evaluación de trabajo y que para la enseñanza médica y la investigación clínica, son de carácter legal y confidencial.

Realizar un estudio que aborde tanto los aspectos meramente de apego a la norma, así como la identificación de factores que intervienen en el proceso de realización de un Expediente Clínico, permitirá a gerentes y directivos de los Establecimientos de Salud, contar con elementos de análisis de mayor profundidad para tener mejor sustento en la toma de decisiones y conocer con mayor certeza qué sucede al interior del proceso de elaboración del Expediente Clínico, lo cual está directamente relacionado con la aplicación de la Norma Actual del Expediente Clínico.

Así mismo, permitirá mejorar el proceso de toma de decisiones en relación a las estrategias para mejorar la calidad del ejercicio médico, promoviendo una mejor práctica médica, disminuyendo problemas de orden legal y administrativo, mejorando la confiabilidad de los registros, y elevando la cultura de la calidad así como la integración del Expediente Clínico orientada al mejoramiento de salud elevando la cultura de la calidad entre los médicos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Expediente Clínico está legislado a nivel nacional y la correcta elaboración del expediente clínico puede facilitar la atención de los pacientes y evitarnos problemas médico legales, por el contrario, las notas inconclusas y los tratamientos no justificados adecuadamente en las mismas puede acarrear graves problemas al personal involucrado (sobre todo en enfermeras y médicos). Por lo que surge la necesidad de aplicar una evaluación del cumplimiento de las normas y en base a una lista de cotejo como herramienta de la calidad para medir la calidad del servicio médico que merece el paciente (1).

El Expediente Clínico, facilita no solo la operatividad, control y archivos del sistema, sino la alimentación, ordenamiento, interpretación y emisión oportuna de la información gerencial periódica, como herramienta imprescindible de trabajo(6).

Previa a la realización del presente trabajo de Investigación el responsable de la Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud y mejoramiento de la Calidad manifestó que existía un común denominador en los informes de Auditoría Médica que era el incumplimiento a la norma del Expediente Clínico, lo que Originó la presente trabajo ya que era una problemática a estudiar para mejorar.

Es así que el problema que va tratar este trabajo de investigación es la evaluación de la calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditoría Médica Interna realizada por los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría de la Red de Salud.

El no apego o el insuficiente cumplimiento a la normatividad establecida en relación con el Expediente Clínico tiene repercusiones, para el médico tratante, para la institución al mismo paciente, y de manera secundaria impacta a otros servicios de la misma institución, como cuerpos de investigadores y tomadores de decisiones.

Entre tales repercusiones se menciona, mayor exposición a procesos y sanciones legales, violación de los derechos de los pacientes, registro de información poco confiable o incompleta, ilegibilidad de los mismos registros y finalmente impide llevar a cabo correctamente los objetivos de la norma: elaboración, integración, uso y archivo, así como sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del Expediente Clínico, dificultando la regulación de la práctica médica. Si bien el Expediente Clínico no es el total reflejo de la calidad de la atención médica, permite el monitoreo de ésta para posteriormente mejorarla lo cual requiere de expedientes clínicos de alta calidad, en donde sea posible recabar información relacionada con el diagnóstico, gravedad del padecimiento, morbilidad, mortalidad, características del sistema de atención, datos sobre conocimientos científicos y técnicos, que mejoran el diagnóstico oportuno, información completa en el expediente, progreso en las bases de datos del sistema de salud y permita ser una herramienta sólida para la investigación. Y que inminentemente nos conduce a uno de los objetivos y estrategias del Plan Nacional de Salud, el cual señala la prestación de servicios con calidad y, por otra parte, situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud como estrategia. Sin embargo, actualmente el expediente clínico, es un documento descuidado en la práctica médica.

El presente Trabajo se realizó en el Departamento de Oruro en las 6 redes de Salud: Cuenca Poopó, Norte, Azanaque, Minera, Occidente y Urbana a través de la revisión sistemática de los informes de Auditoría Médicas Internas en toda la gestión 2020.

4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál será la calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditorías Médicas Internas del Expediente Clínico en las 6 Redes de Salud del Departamento de Oruro en la gestión 2020?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de registro del Expediente Clínico mediante la revisión de los informes de Auditorías Médicas en las 6 Redes de Salud del departamento de Oruro en la gestión 2020.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer si los Expedientes Clínicos están completos, ordenados de acuerdo a la norma del Expediente Clínico, en el departamento de Oruro gestión 2020.
2. Verificar si todas las notas de registro médico se encuentran consignadas cronológicamente, si son claras legibles y si consignan nombre firma y sello en los Expedientes Clínicos en el departamento de Oruro gestión 2020.
3. Discriminar si todas las notas de registro de enfermería se encuentran consignadas cronológicamente, si son claras legibles y si consignan nombre firma y sello en los expedientes Clínicos en el departamento de Oruro gestión 2020.
4. Identificar si los tratamientos farmacológicos están prescritos e indicados de acuerdo a la norma de manejo del Expediente Clínico.
5. Detallar si el Diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico, en los expedientes Clínicos en el departamento de Oruro gestión 2020.
6. Establecer si el tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico establecido, en el departamento de Oruro gestión 2020

VI. MARCO TEORICO

6.1. EL EXPEDIENTE CLINICO

6.1.1. Concepto

El expediente clínico (EC) se define como el conjunto de datos médicos y clínicos ordenados y detallados en forma cronológica, que permiten al profesional de la salud plantear un diagnóstico sindrómico y nosológico, con su posterior pronóstico, para finalmente llevar un registro del desarrollo de un tratamiento. (17)

Hernández (18), define al expediente clínico como "conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias".

La finalidad principal de la historia clínica es el conocimiento del paciente y de la evolución de su padecimiento, el pronóstico y la curación. También sirve para hacer el registro de archivo personal, hospitalario o institucional, tiene fines estadísticos, debe ser utilizada en la aplicación de sistemas de evaluación del expediente clínico y también como material para publicación. Por lo anterior, el lenguaje, el estilo y la técnica de redacción deberán adaptarse a las finalidades propias del documento. (18)

6.1.2. Características del Expediente Clínico

En varias legislaciones internacionales se describen diversas características que debe mantener un correcto expediente clínico. Con base en la legislación de varios países debemos considerar algunas características que el EC deberá tener (19):

- Individual: sólo debe existir un EC por paciente.

- Integral: debe incluir la información científica, técnica y administrativa relativa a la atención de salud.
- Secuencial: los registros deben tener la secuencia cronológica de la atención.
- Racional-científica: debe evidenciar en forma lógica, clara y completa el padecimiento y el procedimiento a realizar para determinar el diagnóstico y plan de tratamiento.
- Disponible: debe permitir la posibilidad de utilizarlo en el momento en que se necesite, con las limitaciones que impone la ley.
- Oportuno: el registro debe ser simultáneo o inmediatamente después a la ocurrencia de la prestación del servicio.
- Privado: la utilización de la información consignada en él, no puede vulnerar el derecho a la privacidad del paciente.

6.1.3. Tipos de Expediente Clínico

6.1.3.1. Expediente Clínico de Hospitalización

Es aquel EC 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 (20).

6.1.3.2. Expediente Clínico de Consulta Externa

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, contará con la respectiva documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución y contrareferencia remitida al establecimiento de origen (21).

6.1.3.3. Expediente Clínico de Emergencia

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 (22).

6.1.4. Contenido del expediente clínico

6.1.4.1. Contenido General

Los documentos médicos oficiales, bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes (4):

- a) Expediente médico
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.

- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médicos legales.
- r) Recetas médicas.

6.2. EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de los expedientes, aún no se ha logrado el apego a la normatividad del expediente clínico por parte de los profesionales de la salud. Vargas en un estudio en la ciudad de México determinó el porcentaje de cumplimiento de la normatividad y la calidad de los registros de la documentación contenida en el expediente clínico de queja médica mediante la utilización del Modelo de Evaluación del Expediente Integrado y de Calidad (MECIC) de la NOM-004-SSA3-2012, e identifica puntos críticos que afectan la calidad del expediente clínico para establecer recomendaciones al respecto el autor sacó 21 dominios establecidos en la normativa de expediente clínico e identificó porcentajes de cumplimiento más crítico por dominio de evaluación (23).

En África evaluaron la calidad de los registros médicos en un hospital universitario docente Los ítems registrados se basaron principalmente en los utilizados por la agencia francesa para la evaluación de los servicios de salud (ahora HAS). También se entrevistó a diez médicos sobre el expediente ergonómico del expediente médico (24).

Otro estudio para evaluar la calidad de registro de expediente clínico utilizó herramientas administrativas para la descripción gráfica del procedimiento por medio de un diagrama de flujo a fin de representar las actividades de forma secuencial durante la elaboración de los registros clínicos de enfermería e identificar las áreas críticas a evaluar, también se diseñó un diagrama PEPSU (Proveedores, Entradas, Procesos, Salidas, Usuarios) en donde sintetizó el proceso y se establecieron los elementos indispensables para su desarrollo como las entradas, proveedor, los procesos intermedios, las salidas y el usuario para identificar los límites de responsabilidad, posteriormente desarrollaron 20 enunciados considerados como puntos críticos para ser evaluados, ellos contemplaron la primera fase del instrumento. Desde ese momento se decidió que la escala de respuestas sería dicotómica en donde “Presente” tendría un código de valor de 1 sí se fueron el registro clínico y “Ausente” con un valor de 0. En la segunda fase se determinó que el constructo calidad de los registros clínicos de enfermería estaría conformado por tres dimensiones: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente (Ver Anexos Tabla N19), de esta manera en investigador construyó un instrumento conformado por un total de 27 ítems en base a la norma vigente. Para alcanzar la validez de contenido, el instrumento, se sometió a una ronda de siete expertos, considerados por su conocimiento, experiencia en el manejo y dominio de la temática en instituciones del sector salud y educativo tanto público como privado (25).

6.3. INFORMES DE AUDITORÍA MEDICA INTERNA

Banquete y Haidy en su publicación de “La auditoría interna y su relación con la calidad de la atención en salud” en Medellín, Colombia en la gestión 2020, indica que el objetivo principal de la auditoría es generar un diagnóstico que involucran la evaluación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, a partir de evidencias para la mejora y el mantenimiento sobre un sistema de información que apoya en la toma de decisiones, esta auditoría se puede hacer de dos

formas; auditoría interna, que permite generar un informe sin consecuencias legales con ninguna de las entidades de control, posibilitando los puntos a mejorar dentro de la estructura, el objetivo de este tipo auditoría, es contribuir a que la institución adquiriera la cultura de mejora continua de la calidad de los procesos de la atención en salud en el marco del direccionamiento estratégico organizacional (Misión, Visión, política de calidad, de humanización, principios y valores) y sistemas de administración de riesgos de la entidad e ir persiguiendo el mejoramiento continuo de la calidad; este tipo de auditoría es ausente, cuando la organización haya alcanzado un alto grado de desarrollo de auto control. Mientras que la auditoría externa, realiza un análisis crítico, sistémico y detallado de los procesos de la organización, por parte de un grupo de información de una unidad económica efectuado por un grupo de profesionales sin ningún vínculo laboral con dicha organización, quienes emiten un informe de hallazgos y realiza recomendaciones para su mejoramiento (26).

6.4. MARCO CONTEXTUAL

El estudio se lleva a cabo en las 6 Redes de Salud del departamento de Oruro del Estado Plurinacional de Bolivia.

6.4.1. Características Generales

El departamento de Oruro está situado en plena meseta altiplánica, a 3 966 msnm, su topografía predominante es plana, aunque parte del territorio es montañoso, donde se eleva el majestuoso Nevado Sajama con una elevación de 6 542 msnm. (27). Fue creado por D.S: de 5 de septiembre de 1.826 está subdividido en 16 provincias y 35 municipios El Departamento, se encuentra ubicado en el extremo oeste del territorio de la República de Bolivia, entre los paralelos 17° 39' y 19°48' de latitud sur y los meridianos 66° y 69° de longitud oeste. Con una extensión de 53.588 KM². Está ubicado en el altiplano central a una altura promedio de 3.700 metros sobre el nivel del mar.

Limita al norte con el departamento de La Paz, al sur con el Departamento de Potosí, al oeste con la República de Chile y al este con los departamentos de Cochabamba y Potosí. En cuanto a su orografía de Oruro está conformado por dos sistemas cordilleranos andinos: Cordillera Real u Oriental y la Cordillera Occidental o Volcánica.

6.4.2. Dinámica Poblacional

Según proyecciones a 2020, el departamento de Oruro cuenta con aproximadamente 551.100 habitantes; las mujeres alcanzan a 50,1% y los hombres a 49,9% (28). Por área de residencia, 66,1% de la población está en el área urbana y 33,9% en el área rural. Asimismo, la población menor de 30 años alcanzó a 56,7%. En 2020, en el departamento de Oruro, la esperanza de vida al nacer alcanza a 77 años para las mujeres y 69 años para los varones. La Tasa Global de Fecundidad llega en promedio a 2,6 hijos por mujer durante su vida fértil y la Tasa Bruta de Natividad es de 20 nacimientos por cada 1000 habitantes en el mismo periodo (28).

6.4.3. SALUD

El departamento de Oruro tiene como prestadores de servicios al sector público (SEDES) como el principal, al Subsector de la Seguridad Social, Sector de la medicina privada, Organizaciones No gubernamentales, y medicina tradicional.

Están organizados en seis redes de Salud: Red Urbana, Red Norte, Red Cuenca Poopó o Corque, Red Azanake, Red Occidente y Red Minera (Ver Anexo Grafico N 21).

Según la Encuesta de Hogares 2018 el 84,3% de mujeres entre 13 y 50 años de edad atendieron su último parto en establecimientos de salud. Asimismo, el 84,3% fueron atendidas por personal capacitado (médico, enfermera o similar de enfermería) (28).

A 2018, el departamento de Oruro registró 232 establecimientos de salud de los cuales 122 corresponden a Centros de Salud y 94 a puestos de Salud. Además, el número de camas en todos los establecimientos llegó a 866 (28).

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de Estudio

Corresponde a un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

7.2. Enfoque de Estudio

7.2.1. Cuantitativo

Es cuantitativo por que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas (29).

7.3. Tipo de investigación.

7.3.1. Descriptivo.

Porque describe sistemáticamente el comportamiento de una situación en particular, describe cuantitativamente un conjunto de datos (30) de variables seleccionadas.

7.4. Tiempo Transversal.

Es Transversal porque se realiza la recopilación de datos en un periodo de tiempo definido (31); en este caso es en la gestión 2020, se analizará todos los informes de Auditorías Médicas que llegaron a la Unidad de Servicios por los comités de Gestión de Calidad y auditoría médica de la Red durante esta gestión.

7.5. Área de Estudio.

El Área de estudio corresponde a las 6 Redes de Salud del departamento de Oruro se estudiará los Informes de Auditorías Médicas Internas que surgieron de los comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica de las Redes de Salud del departamento de Oruro.

El departamento de Oruro cuenta con 6 redes de salud, las cuales son Red de Salud Azanaque, Red de Salud Minera, Red de Salud Urbana, Red de Salud Norte, Red de Salud Cuenca Poopó y Occidente. Cada una de las cuales cuenta con un comité de Gestión de Calidad Acreditación y Auditoría Médica que se encarga de realizar las Auditorías Médicas Internas entre las cuales las Auditorías de Expediente Clínico, que en el presente trabajo se describen para evaluar la calidad de estos.

7.6. Universo y Muestra

7.6.1. Universo

La población así también llamada universo de estudio, es el conjunto total de personas u objetos que tienen una característica en común de interés para un estudio (29). El presente trabajo de investigación cuenta con un universo de 121 Auditorías Médicas Internas de Expediente Clínico que son el total de Auditorías Médicas enviadas por los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría médica de las 6 Redes de Salud, (Red Occidente 11, Red Cuenca Poopó 10, Red Minera 9, Red Azanaque 38, Red Norte 42, Red Urbana 12 Auditorías) a la Unidad de Servicios y Mejoramiento de la Calidad del Servicio Departamental de Salud del Departamento de Oruro en la gestión 2020.

7.6.2. Muestra

Se trabajó con el total de las unidades de análisis del Universo de estudio (32), al estudiar a toda la población se elimina algunos inconvenientes que tiene al trabajar con muestra ya que tiene mayor representatividad, los estudios tiene mayor validez interna y externa dejando de lado la posibilidad de que los resultados al no ser representativos no seán válidos para el universo solo para la muestra (29).

En este caso el total de Auditorías Médicas enviadas por los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica al SEDES del departamento de Oruro en la gestión 2020 en un total de 121.

7.7. Criterios de inclusión y exclusión

7.7.1. Criterios de inclusión

Están incluidos en el estudio

- Todos los Formularios de Auditoría Médica Interna, Formulario N° 3, enviadas en la gestión 2020 por los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica de la Red.
- Todos los formularios de Auditoría Médica Interna, Formulario N° 3, que se encuentran en la Unidad de Servicios de Salud del SEDES Oruro.

7.7.2. Criterios de exclusión

- Formularios de AMI incompletos, con ausencia de firma, sello por parte de los integrantes del Comité de Gestión de Calidad y auditoría Médica de la Red.

7.8. Mediciones

7.8.1. Lista de variables

- Expediente Clínico completo.
- Expediente Clínico ordenado.
- Todos los registros Médico están descritos cronológicamente.
- Todos los registros médicos son claros.
- Todos los registros médicos son legibles.
- Todos los registros médicos consignan nombre firma y sello.
- Todos los registros de Enfermería están descritos cronológicamente.
- Todos los registros de Enfermería son claros.
- Todos los registros de Enfermería son legibles.
- Todos los registros de Enfermería consignan nombre firma y sello.
- Todos los tratamientos farmacológicos están prescritos
- El Diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico descrito en el Expediente Clínico

- El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico descrito en el Expediente Clínico

7.8.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	INDICADOR
Expediente Clínico completo	El EC es completo cuando tiene 9 componentes: Historia clínica propiamente dicha, formulario de consentimiento informado, órdenes médicas, notas de evolución, informes de exámenes, notas de registro y medicamentos administrados de enfermería hoja de evolución de enfermería, prescripción del paciente, recetas.	Cualitativa nominal politómica	- Sí - No - No Aplica - No registra
Expediente Clínico ordenado	Primera sección registro de signos vitales, historia Clínica propiamente dicha, registro de formulario de consentimiento informado. Segunda sección informes de exámenes complementarios al diagnóstico. Tercera sección: Notas de evolución médica. Cuarta sección: protocolos invasivos o referencia. Quinta sección hojas de indicaciones médicas. Sexta sección propia de enfermería repostes registro de medicamentos. Séptima sección recetas formulario de programas	Cualitativa nominal politómica	- Sí - No - No Aplica - No registra

Todos los registros Médico están descritos cronológicamente	Los registros de la atención cuentan con secuencia cronológica de los hechos	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los registros médicos son claros	Los registros son comprensibles al lector	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los registros médicos son legibles	La letra es legible sin tachaduras correcciones añadiduras sobrepuestos o aledaños a la propia escritura	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica No registra
Todos los registros médicos consignan nombre firma y sello	Los registros médicos terminan con firma y sello de pie el mismo hace constar nombre, cargo y matricula profesional	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los registros de Enfermería están descritos cronológicamente	Los registros de la atención cuentan con secuencia cronológica de los hechos	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los registros de Enfermería son claros	Los registros son comprensibles al lector	Cualitativa nominal politómica	- Si - No - No Aplica - No registra

Todos los registros de Enfermería son legibles	La letra es legible sin tachaduras correcciones añadidas sobrepuestos o aledaños a la propia escritura	Cualitativa nominal politémica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los registros de Enfermería consignan sobre firma y sello	Los registros de enfermería terminan con firma y sello de pie el mismo hace constar nombre, cargo y matricula profesional	Cualitativa nominal politémica	- Si - No - No Aplica - No registra
Todos los tratamientos farmacológicos están prescritos	La Prescripción de los fármacos deben señalar: nombre genérico del producto, forma de presentación, dosis, vía de administración, forma de administración, frecuencia y periodicidad en el tiempo(7 criterios)	Cualitativa nominal politémica	- Si - No - No Aplica - No registra
El Diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico descrito en el Expediente Clínico	Debe existir coherencia entre el cuadro clínico (anamnesis y examen físico de ingreso) y el diagnostico de ingreso	Cualitativa nominal politémica	- Si - No - No Aplica - No registra
El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico descrito en el Expediente Clínico	El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnostico	Cualitativa nominal politémica	- Si - No - No Aplica - No registra

Fuente: Norma técnica para el manejo del expediente clínico (1).

7.9. Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó como instrumento de medición el Formulario N° 3 de verificación documental de auditoría médica del expediente Clínico descrito en el Anexo 4 del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica, publicación N° 63 de la serie de Documentos Técnico Normativos del Ministerio de Salud y Deporte (5), aprobado y puesto en vigencia mediante la Resolución Ministerial 0090 del 26 de febrero de 2008. Ver Anexo 1

7.10. Validación

Al ser el instrumento parte de los documentos Técnico Normativo del Ministerio de Salud y Deportes con Resolución Ministerial N° 0090 en el cual en su Artículo Segundo se Instruye la difusión y aplicación de los mismos en el ámbito nacional no se validó (Ver Anexo 1 Formulario), de los 86 Items se analizaron solo los ítems de acuerdo a las variables de estudio relacionados a la calidad de registro del Expediente Clínico.

7.11. Codificación

Se Codificó las variables para su levantamiento de datos. El instrumento que se utilizó para tabulación de datos se elaboró en Excel donde se puso cuatro dominios: SI se enumeró con 1, NO con 2, NO APLICA con 3 y NO REGISTRA con 4.

La evaluación de la calidad será determinada en malo, regular, bueno y excelente. Malo si el porcentaje de cumplimiento de la norma de 0% a menor de 50%. Regular es del 50% al 74% de cumplimiento. Bueno del 75% al 90% de cumplimiento y excelente con un porcentaje mayor al 90%.

7.12. Creación de Base de Datos

Se elaboró base de datos en Excel, como se mencionó en 7.7 y 7.8.

7.13. Consideraciones éticas

Para la realización del trabajo de investigación y recolección de datos se realizó la solicitud escrita al Dr. Luis Gutiérrez Valda, Responsable de la Unidad de Servicio y Calidad del Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro. (Ver Anexo 2)

En términos de salud, la calidad de la atención debe entenderse como la satisfacción recíproca entre el usuario y quien brinda el servicio. No puede existir una calidad de atención si no hay dignidad en la persona a la hora de proporcionar la atención. La calidad de la atención médica y los principios bioéticos deben entrelazarse en todo momento (33).

7.13.1. Principio de Autonomía

Es el derecho de las personas a “consentir” las intervenciones sobre su propio cuerpo ya había sido reconocido por el juez Cardoso en 1914. Posteriormente el juez Bray en 1957 estableció el deber de entregar la información necesaria para decidir. Se unieron así las perspectivas éticas y jurídicas que dieron origen al Consentimiento Informado como forma de respeto al derecho de las personas a ejercer su autonomía para aceptar o rechazar intervenciones o tratamientos (34).

Finalmente, para la realización del trabajo de investigación y recolección de datos se realizó la solicitud escrita al Dr. Luis Gutiérrez Valda, Responsable de la Unidad de Servicio y Calidad del Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro. (Ver Anexo 2). Este principio se aplicó en el presente trabajo ya que el responsable autorizo y consintió la intervención del presente trabajo.

7.13.2. Principio de Beneficencia

“Hacer el bien”, es la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente (35). El presente trabajo cumple este principio ya que emitirá recomendaciones para la mejora de la calidad de atención mediante la mejora del registro del expediente clínico.

7.13.3. Principio de No maleficencia

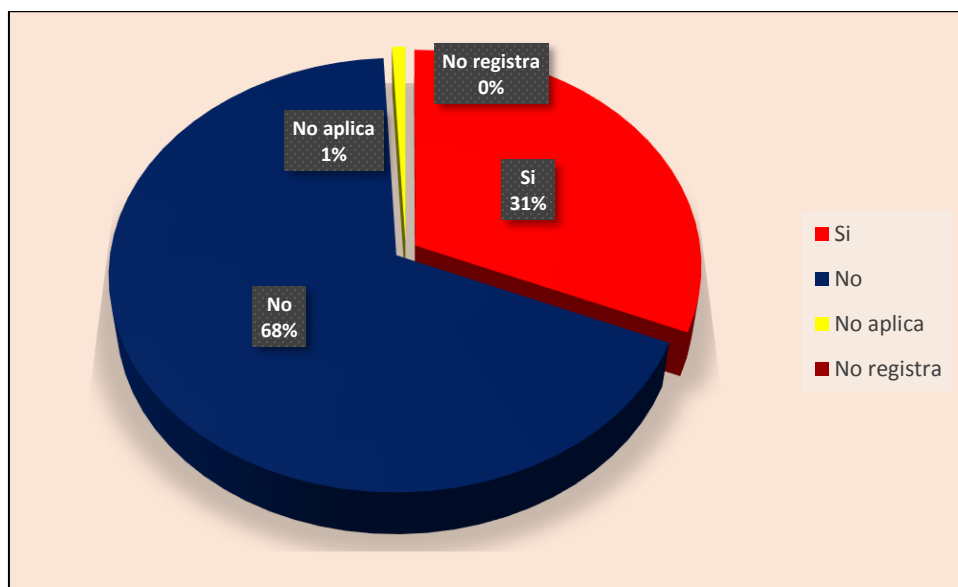
Es el *primum non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley (35). El presente trabajo cumple este principio ya que no se produce daño a ninguna persona.

7.13.4. Principio de Justicia

Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado (35). Se aplica este principio ya que toma en cuenta todas las redes de Salud del Departamento de Oruro y las recomendaciones para la mejora de la Calidad estarán dirigidas a las mismas.

VIII. RESULTADOS

Figura N° 1 Distribución de Expedientes Clínicos Completos según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución porcentual de Expedientes Clínicos completos según formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 68% de Expedientes Clínicos no están completos y el 31 % están completos.

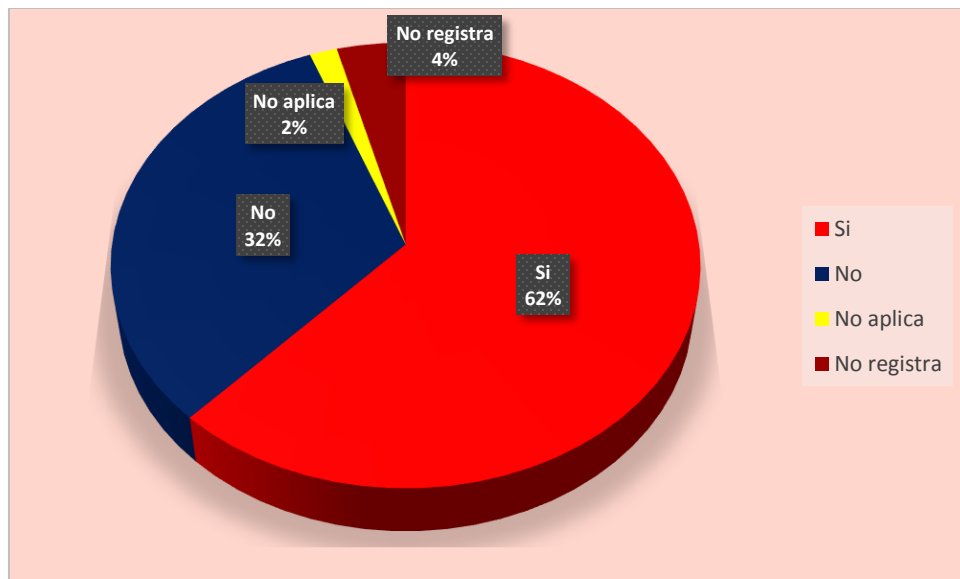
Cuadro N° 1 Expediente Clínicos Ordenados según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	40	33%
No	80	66%
No aplica	1	1%
No registra	0	0%
TOTAL	121	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expedientes Clínicos Ordenados, según formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 66% de Expedientes Clínicos no están Ordenados, el 33 % están ordenados y el 1% no aplican.

Figura N° 3 Distribución de Expedientes Clínicos con registros Médicos de evolución descritos cronológicamente según Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expedientes Clínicos con registros Médicos de evolución descritos cronológicamente según formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 62% de Expedientes Clínicos están con un registro médico descrito cronológicamente, el 32% están no están descritos cronológicamente, en el 4% no se registra y en el 1% no aplican.

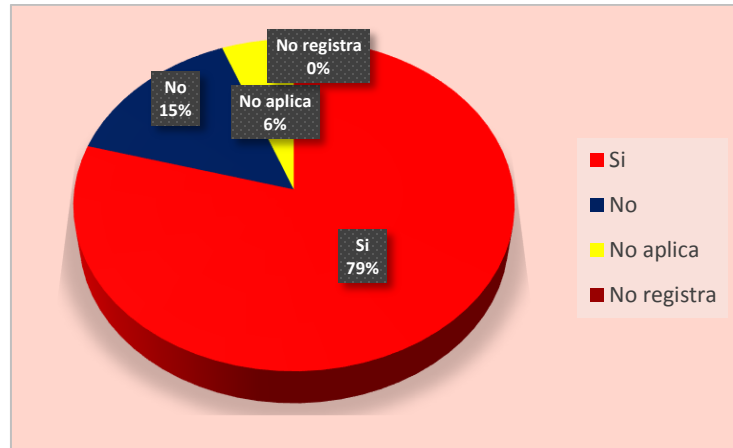
Cuadro N° 2 Expediente Clínicos con registros médicos claros y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	71	59%
No	42	35%
No aplica	8	7%
No registra	0	0%
TOTAL	121	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con registros médicos claros y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 59% de Expedientes Clínicos si son Claros y Legibles el 35 % No son Claros y legibles y el 6% no aplican.

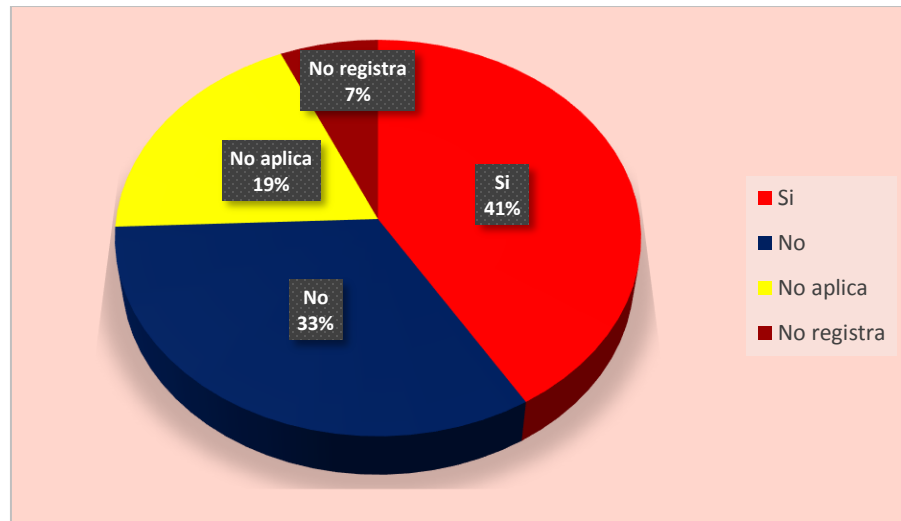
Figura N° 5 Distribución de Expediente Clínicos con registros médicos de notas de evolución con nombre, firma y sellos de quien las elaboró, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con registros médicos de notas de evolución con nombre, firma y sellos de quien las elaboró según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 79% de Expedientes Clínicos si cuentan con registros médicos de notas de evolución cuentan con nombre, firma y sellos el 15 % No lleva nombre firma y sellos y el 6% no aplica.

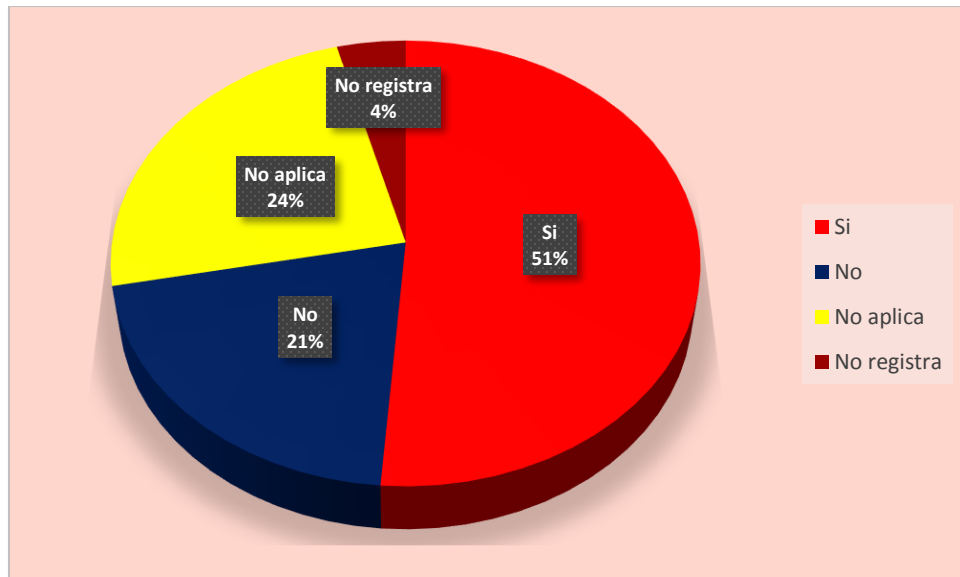
Figura Nº 6 Distribución de Expediente Clínicos con reportes de enfermería completos y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con reporte de enfermería completos y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 41% de Expedientes Clínicos si cuentan con registros de enfermería completos y concordantes, el 33 % no están completos ni concordantes con orden cronológico, el 19% no aplica y 7% No registra.

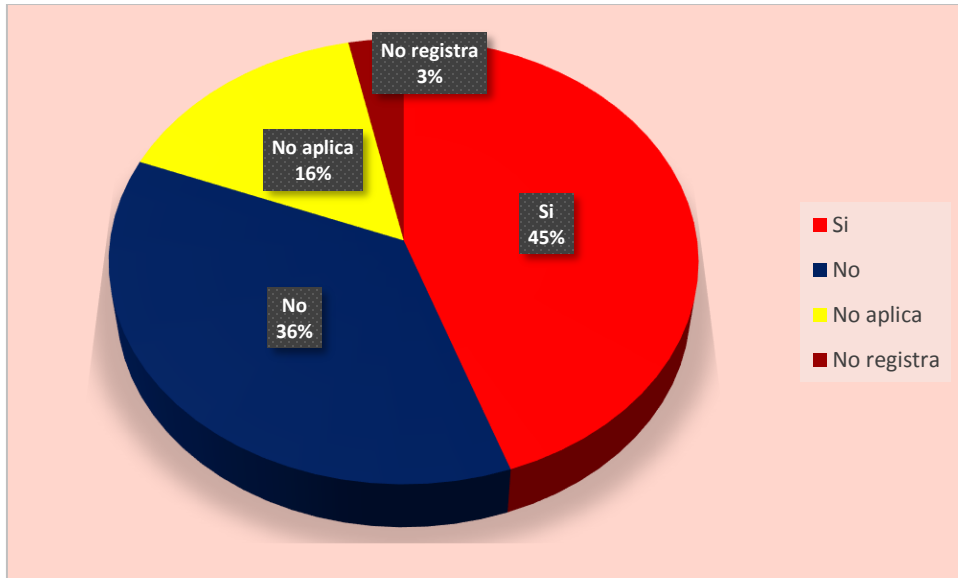
Figura N° 7 Distribución de Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería claras y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería claras y legibles según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 51% de Expedientes Clínicos si cuentan con registros de enfermería claros y legibles, el 21 % no son claros ni legibles, el 24% no aplica y 4% No registra.

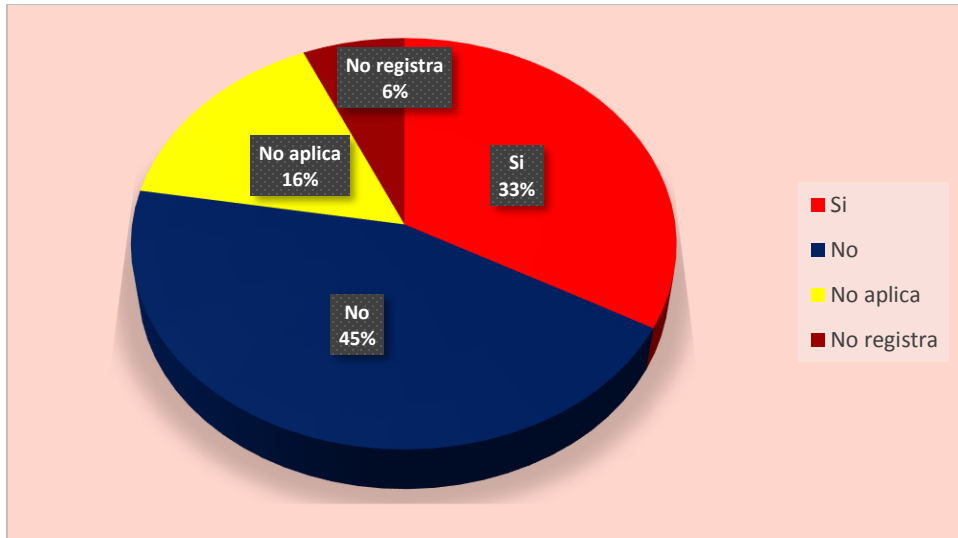
Figura N° 8 Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con notas de reporte de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 45% de Expedientes Clínicos si cuentan con nombre, firma y sello, el 36% no cuentan con nombre firma ni sello, el 16% no aplica y 3% No registra.

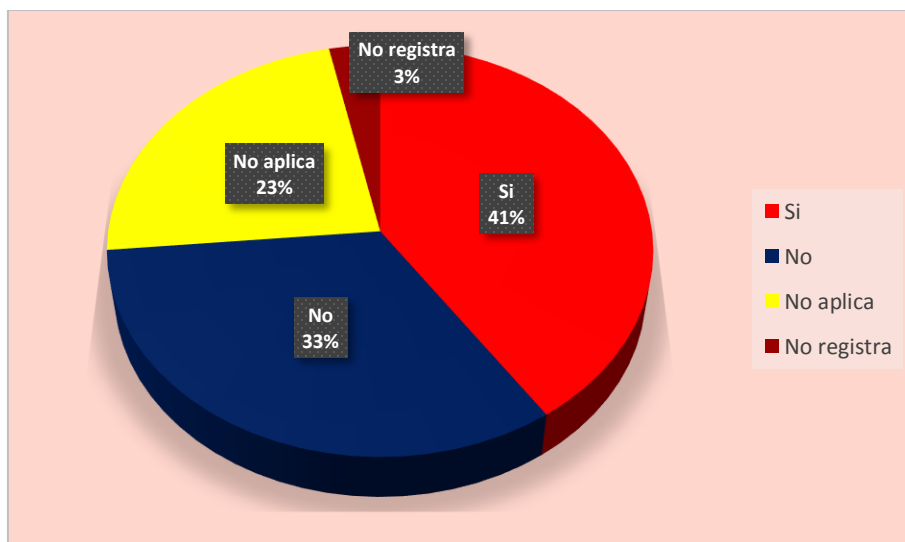
Figura Nº 9 Expediente Clínicos con notas de cumplimiento de las prescripciones por enfermería según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínico con notas de cumplimiento de las prescripciones por enfermería según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 33% de Expedientes Clínicos si cuentan con notas de cumplimiento de las prescripciones, el 45% no cuentan registro, el 16% no aplica y 6% No registra.

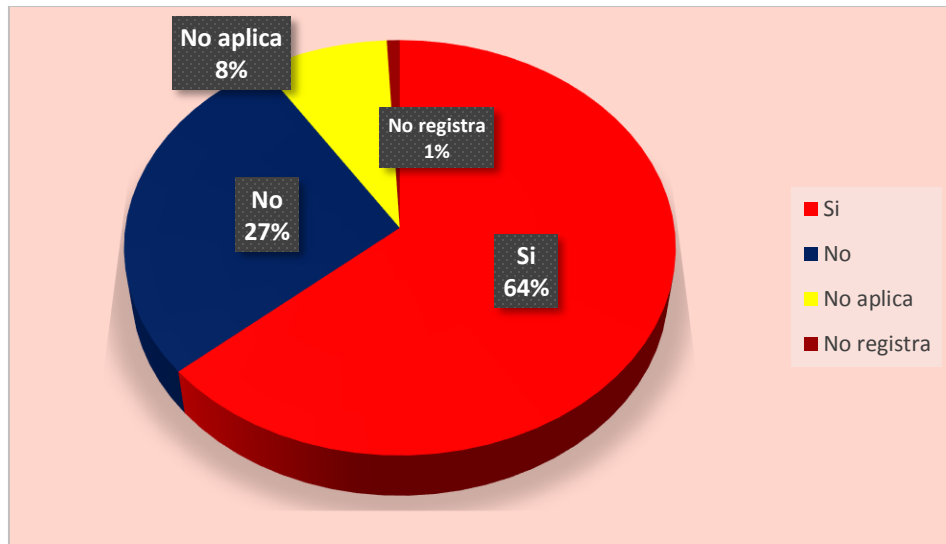
Figura N° 10 Distribución de Expediente Clínicos con registros de notas de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con registros de notas de enfermería que cuentan con nombre, firma y sello de quien las elaboro según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 41% de Expedientes Clínicos si cuentan con nombre firma y sello, el 33% no cuentan con nombre firma y sello, el 23% no aplica y 3% No registra.

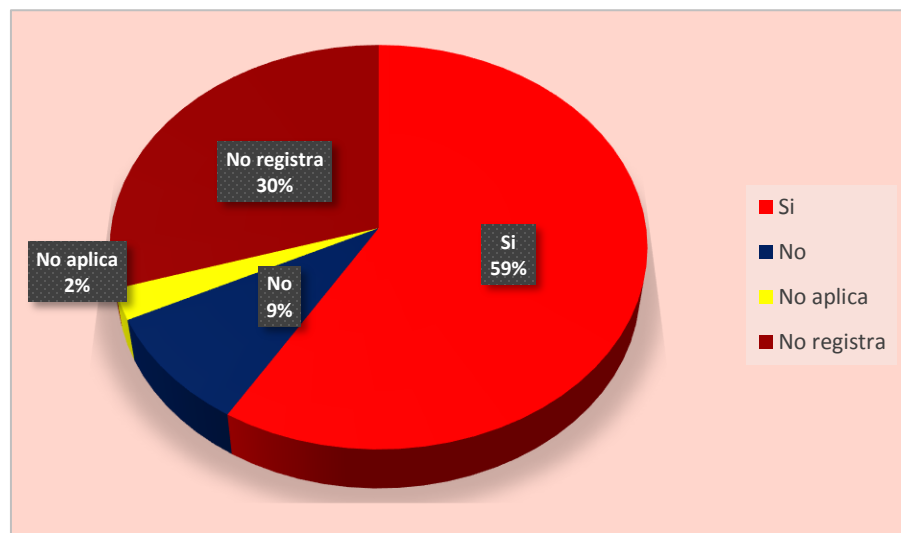
Figura N° 11 Distribución de Expediente Clínicos con tratamiento farmacológico que se cumplió regularmente según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con tratamiento farmacológico que se cumplió regularmente según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 64% de Expedientes Clínicos registran el cumplimiento farmacológico del tratamiento, el 27% no cuenta con cumplimiento de tratamiento farmacológico, el 8% no aplica y 1% No registra.

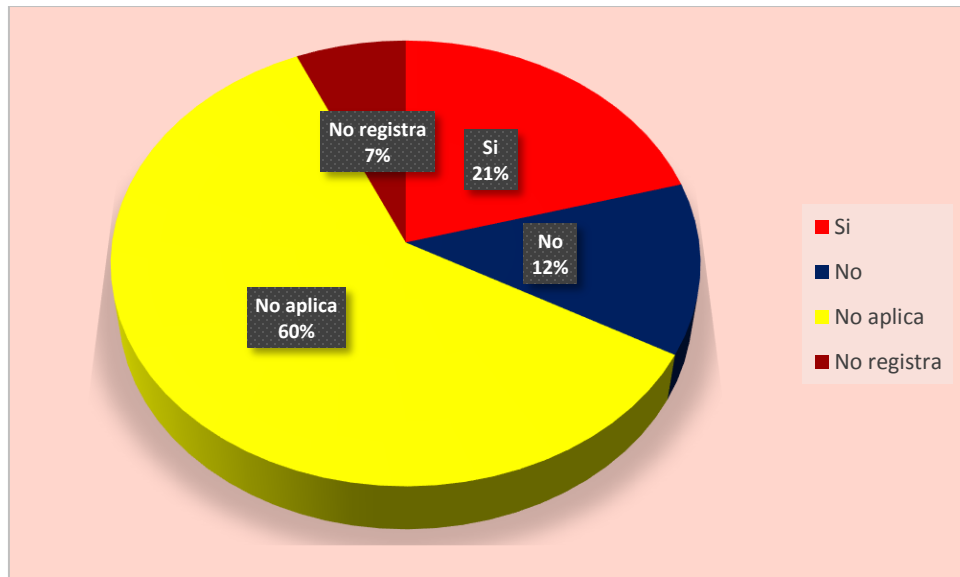
Figura N° 12 Distribución de Expediente Clínicos en los que se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos en los que se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 59% de Expedientes Clínicos si se controló la fecha de vencimiento de los fármacos administrados, el 9% no, el 2% no aplica y el 30% No registra.

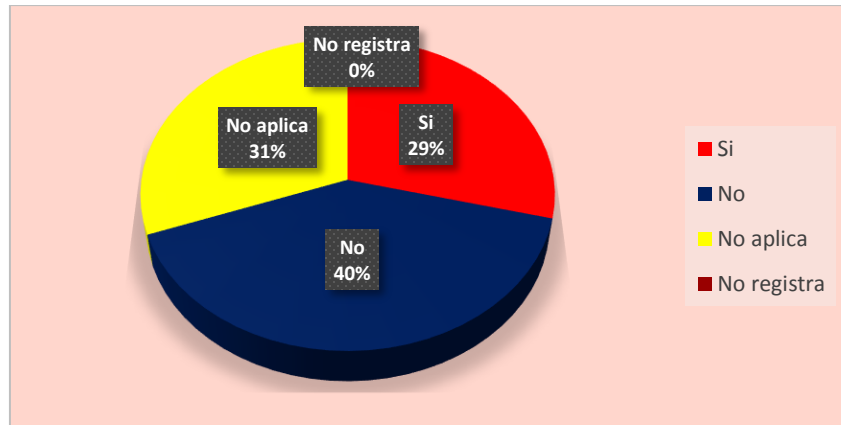
Figura N° 13 Distribución de Expediente Clínicos que contiene nota o notas de referencia según norma conforme a Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos que contiene nota o notas de referencia según norma conforme a Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 21% de Expedientes Clínicos si cuenta con notas de referencia, el 12% no contiene, el 60% no aplica y el 7% No registra.

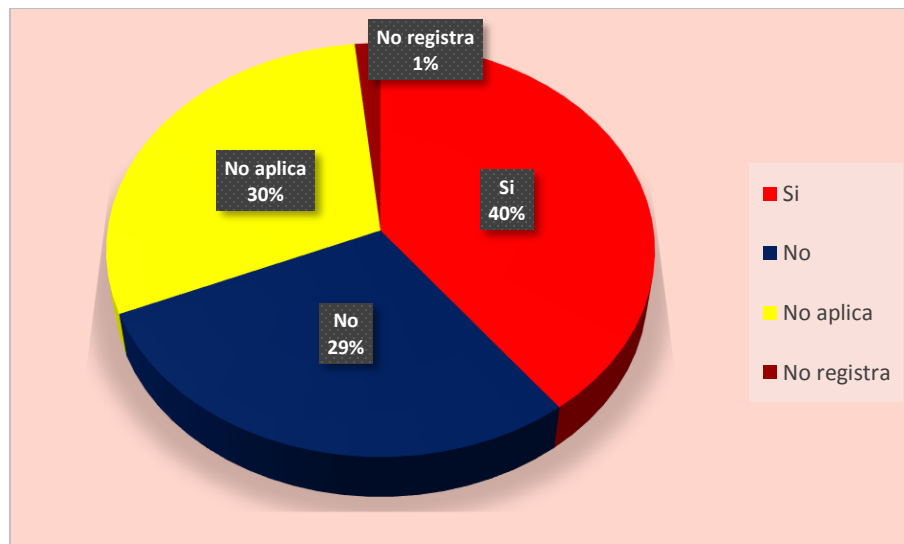
Figura N° 14 Distribución de Expediente Clínicos con constancia de información debida y oportuna, que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con constancia de información debida y oportuna, que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 29% de Expedientes Clínicos si cuenta, el 40% no contiene, el 31% no aplica y el 0% No registra.

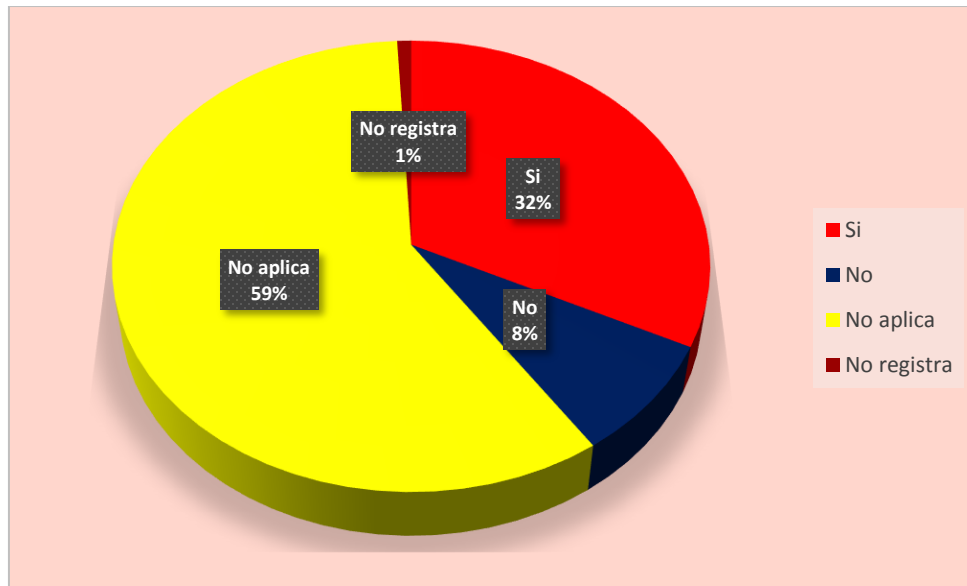
Figura N° 15 Distribución de Expediente Clínicos con diagnóstico de ingreso coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con diagnóstico de ingreso coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 40% de Expedientes Clínicos son coherentes, el 29% no, el 30% no aplica y el 1% No registra.

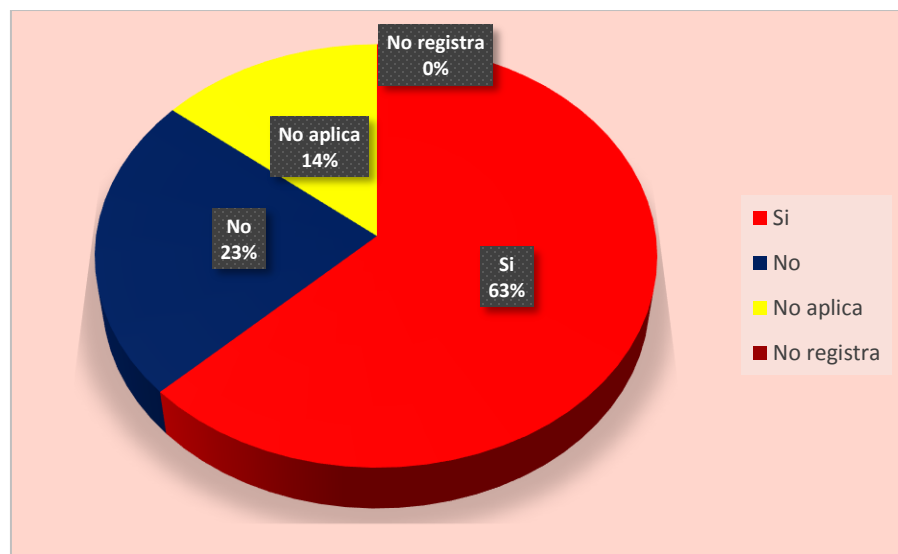
Figura N° 16 Expediente Clínicos con exámenes complementarios realizados de acuerdo con el cuadro clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con exámenes complementarios realizados de acuerdo con el cuadro clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 32% de Expedientes Clínicos están de acuerdo, el 8% no, el 59% no aplica y el 1% No registra.

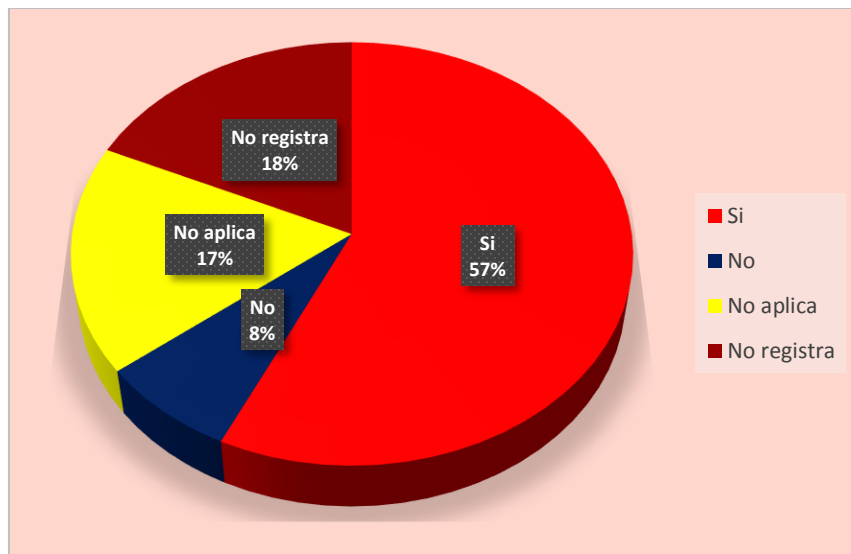
Figura N° 17 Expediente Clínicos con tratamiento realizado coherente con el diagnóstico (o diagnósticos) establecidos según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de registro de Expediente Clínicos con tratamiento realizado coherente con el diagnóstico (o diagnósticos) establecidos según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 61% de Expedientes Clínicos están coherentes, el 28% no, el 14% no aplica y el 0% No registra.

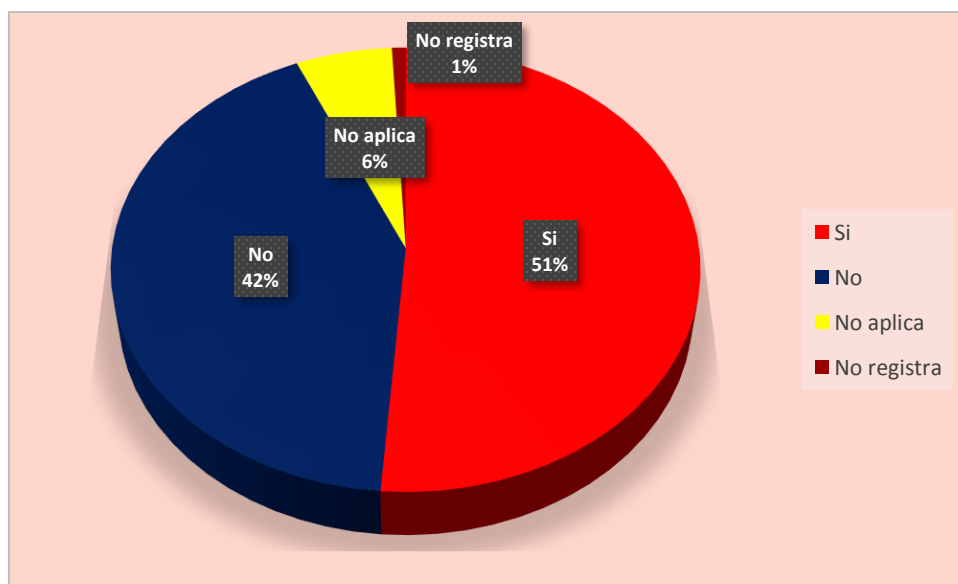
Figura N° 18 Expediente Clínicos que registra que el paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos que registra que el paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 57% de Expedientes Clínicos el paciente respondió favorablemente, el 8% no, el 17% no aplica y el 18% No registra.

Figura N° 19 Expediente Clínicos con registro de las prescripciones e indicaciones escritas de acuerdo a la norma del manejo del Expediente Clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, Oruro 2020.



Fuente: Instrumento de recolección de datos, Oruro, 2020

En la gestión 2020 en el departamento de Oruro, la distribución de Expediente Clínicos con registro de las prescripciones e indicaciones escritas de acuerdo a la norma del manejo del Expediente Clínico según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 51% de Expedientes Clínicos están correctamente prescritos, el 48% no, el 6% no aplica y el 1% No registra.

IX. DISCUSIÓN

Los Expedientes Clínicos completos según formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió al 31% y los incompletos a un 68%; como vimos Suntasigs en el Ecuador luego de analizar los expedientes clínicos obtuvo que el 41% presentó error (7) y Callejas en un estudio en la ciudad de La Paz Bolivia concluyó que en el personal de salud y administrativo el 100 % no cumplen con lo que establece la norma técnica del manejo del EC (9).

Los Expedientes Clínicos Ordenados según formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió a un 66% y los EC que no están Ordenados correspondió al 33 %; Suarez revisó 249 registros de enfermería en expedientes Clínicos en Hospital de Nicaragua de los con Buen orden correspondió al 30.5%, Regular al 63.1% y en 6.4%, el orden fue Malo (8).

Los registros Médicos de evolución descritos cronológicamente en los EC correspondieron a un 62%, los registros médicos claros y legibles correspondió a un 59% y un 79 % de los registros médicos se pueden identificar al médico responsable de su elaboración mediante su nombre, firma y sello.

Los reportes de enfermería completos y concordantes con un orden cronológico correspondieron a un 41% de los Expedientes Clínicos; las notas de reporte de enfermería claras y legibles correspondió a un 51%; las notas de reporte de enfermería con nombre, firma y sello de quien las elaboro correspondió a un 45%; Suarez revisó que los registros de enfermería en expedientes Clínicos en Hospital de Nicaragua de los cuales en 90.8% siempre anota hora y fecha en registros de enfermería la caligrafía evaluada por el lector fue en 69,9% fue fácil, la firma del responsable estuvo presente en el 90.8% (8).

En cuanto al cumplimiento de las prescripciones por enfermería según Formulario de Auditoría Médica Interna, correspondió solo a un 33% de Expedientes Clínicos.

El registro de tratamiento farmacológico que se cumplió regularmente en un 64%, en un 59% de los EC se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente; Suntasigs obtuvo que el 41% se evidenció error en el proceso de administración de medicación (7).

No se confeccionó el registro de la nota o notas de referencia según norma en el Expediente Clínicos en el 12% (no contaban con formulario) y no se registró en el 7% (aun contándose con el formulario en el EC) en usuarios que, si aplicaban este criterio, es decir que en total un 46% no contaban con una referencia registrada adecuadamente.

La constancia de información debida y oportuna, que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad correspondió a un 29%.

El diagnóstico de ingreso coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico) estuvo presente en el 40% de Expedientes Clínicos.

El 8% de los exámenes complementarios realizados no estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico correspondiente.

Los tratamientos realizados coherentes con el diagnóstico (o diagnósticos) correspondió a un 61%.

El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado en un 57% de los casos.

El registro de las prescripciones e indicaciones escritas de acuerdo a la norma del manejo del Expediente Clínico correspondió a un 51%, Suntasigs en el Ecuador luego de analizar los expedientes clínicos obtuvo que el 23.7% presentaron errores de prescripción (7).

X. CONCLUSIONES

- La Calidad de Registro de Expediente Clínico a través de los formularios de las Auditorías Médicas Internas es regular en el departamento de Oruro.
- Los Expedientes Clínicos en su mayoría se encontraban ordenados pero incompletos de acuerdo con la normativa vigente.
- Los registros médicos en su mayoría cuentan con nombre firma y sello, más que los registros de enfermería; los registros claros legibles fueron medianamente regulares.
- Los registros de enfermería regularmente fueron registrados cronológicamente y fueron claras y legibles y en menor proporción consignan nombre firma y sello. El cumplimiento de las prescripciones fue muy bajo.
- Los tratamientos farmacológicos se cumplieron en poco más de la mitad de los casos. Se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente en casi la mitad de los casos.
- En Diagnóstico de ingreso no fue coherente con el cuadro clínico en la mayoría de los casos.
- El tratamiento realizado fue coherente con el diagnóstico establecido en poco más de la mitad de los casos.
- En su mayoría no se registró la referencia de casos en aquellos que si lo necesitaban.
- La constancia de información debida y oportuna, que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad fue casi nula.
- Los exámenes complementarios realizados estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico correspondiente en su mayoría.
- El paciente regularmente respondió al tratamiento instaurado.

- Los registros de las prescripciones estuvieron regularmente registrados conforme a la normativa vigente.

XI. RECOMENDACIONES

Para mejorar la calidad en los servicios de salud en sus tres dimensiones estructura proceso y resultado se recomienda: en la dimensión de estructura a través de los directores, jefes médicos responsables de Establecimientos de Salud gestionar compra de muebles gabinetes suficientes para el archivo del Expediente clínico, compra de sobres, archivadores suficientes para manejo del EC. En la dimensión de Resultado se recomienda realizar encuestas de satisfacción de usuario que se está realizando, pero de forma cruzada entre municipios de la misma red de salud. En la dimensión de proceso los médicos, licenciadas en enfermería y proveedores deben mejorar los procedimientos relacionados a destreza y técnica con que se llevan a cabo la elaboración del Expediente Clínico (EC) relacionado a:

1. Todos los EC deben estar completos es decir contener la parte asistencial y administrativa con: Historia Clínica Propiamente dicha, consentimiento informado (según corresponda), ordenes médicas, notas de evolución, informes de exámenes de laboratorio gabinete, notas de tratamiento de enfermería, medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, en caso necesario papeleta de internación Nota de Internación, grafica de registro de Signos vitales, informe de auditoría medica, fichas de programas.
2. Todos los EC deben estar ordenado por secciones primera sección: Boleta de internación, hoja de signos vitales, nota de ingreso, epicrisis, historia clínica, formularios de consentimiento informado; segunda sección Exámenes complementarios; tercera sección: Notas de evolución e interconsultas, informe de juntas médicas, certificados médicos; cuarta sección: Protocolos de procedimientos invasivos : Quirúrgicos, anestesiológicos; quinta sección: indicaciones medicas y tratamiento ,ordenadas cronológicamente; sexta sección: propia de documentos de enfermería, reporte de enfermería, hoja de tratamiento; séptima sección:

documentos administrativos, copia del certificado de defunción, fichas de programas, recibo recetario.

En relación a la incoherencia entre el diagnóstico y tratamiento se recomienda dos aspectos:

1. Realizar sesiones educativas de sobre concientización a nivel individual con médicos para evitar cambio de diagnósticos por medicación requerida.
2. Realizar supervisiones continuas por la coordinación de Red de Salud.

Al mismo tiempo se recomienda:

- Al personal de Salud Médico y de Enfermería cumplir con la Normativa vigente sobre el Manejo del Expediente Clínico.
- Al SEDES Oruro actualizar, elaborar y aprobar formatos de expedientes Clínicos acorde a la Norma del Manejo del Expediente Clínico.
- Al SEDES Oruro incorporar en el Expediente Clínico con una casilla en toda atención para la constancia de recepción de información para paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico y posteriormente sacar instructivas para su cumplimiento.
- A los Directores, Jefes Médicos, Responsables de establecimientos de Salud gestionar incorporación de Expedientes Clínicos electrónicos.
- Al Municipio dotar de equipos de computación, sistema red para la incorporación de EC electrónicos.
- Al Coordinador de Red de Salud Capacitar, evaluar continuamente al personal de Salud operativo sobre los protocolos de atención.
- A la Jefatura Regional de Enfermería implementar registros sobre el control de fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración.
- Al Personal de Salud Médico fortalecer sus competencias a través de capacitaciones continuas sobre el cumplimiento de protocolos de atención.

- A los Directores, Jefes Médicos, Responsables de Establecimientos de Salud implementar formulario de referencias suficientes en todos los EC.
- Ministerio de Salud y Deportes actualizar la normativa de Auditoría Médica.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna OJ, Carrasco MJ. Norma técnica para el manejo del expediente Clínico. Presencia. 2008. 32 p.
2. Cruz HJ, Hernández GP, Marcel E, Dueñas GN S DA. Importancia del Método Clínico. Rev Cuban [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 5]; Volumen 38 N° 3. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009
3. Sunol R, Baneres J. Calidad Asistencial. Med Interna (Rodés J y Guard J) Masson Multimedia. 2004;II(26):3404–10.
4. García RE. El concepto de calidad y su aplicación en medicina. Revista medica de Chile [Internet]. 2001 Jul [cited 2021 Feb 8];129(7):825–7. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Luna OJ. Manual de auditoria en salud y norma técnica [Internet]. Cacely. 2008 [cited 2021 Feb 5]. 61 p. Available from: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=FlwoYPLiKpnB5OUPuOWI-AQ&q=manual+de+auditoria+en+salud+y+norma+técnica+bolivia&oq=manual+de+auditoria+en+salu&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYATICCAAYAggAMgIIADICCAAYBggAEBYQHjoHCAAQRxCwAzoECAAAQQzoICAAQsQMQgwE6BQ
6. Orosco JL. Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) [Internet]. Ministerio de Salud Bolivia. 2008 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <https://www.google.com/search?client=firefox-b->

d&sxsrf=ALeKk03Z8WRy9IDkbJqzGdZYYEbBnOCfQ%3A16128227620
11&ei=6bghYNv6PLrR5OUP8Zm10A8&q=BASES+PARA+LA+ORGANIZ
ACIÓN+Y+FUNCIONAMIENTO+DEL+PROYECTO+NACIONAL+DE+CA
LIDAD+EN+SALUD+%28PRONACS%29%2C+Dr.+Javier+Luna+O

7. Suntasigs GLM. Análisis de los errores de medicación y sus condicionantes en pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría y neonatología del Hospital “Un canto para la vida” en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año 2015 [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. Available from: <https://www.repositorio.puce.edu.ec/bistream/handle>
8. Suarez ZA. Uso del expediente Clínico por parte del personal de enfermería Hospital Regional “Asunción”, Juigalpa-Chontales. Abril 2013. Universidad Nacional autónoma de Nicaragua; 2014.
9. Callejas ZA. Calidad del manejo del expediente clínico basado en la norma técnica en el Centro de Salud de Munaypata de la Red N°2 Nor Oeste de la ciudad de La Paz de las gestiones 2012 al 2016 [Internet]. Universidad Mayor de San Andrés; 2018 [cited 2021 Feb 22]. Available from: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/20708>
10. Vásquez JA. El Código de Seguridad Social y sus reformas. Revista Jurídica Derecho [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 8]; Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-28102014000100006
11. Rodriguez E, Presidente V, De C, Republica L. Ley del Ejercicio Profesional Médico Ley No 3131 del 8 de agosto del 2005. 3131 2005.
12. Who. Organización Mundial de la Salud OMS | 10 datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. Who.int. 2019 [cited 2021 Feb 8]. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

13. López CV, Coronel MDL. Discrepancia entre los diagnósticos clínicos y por autopsia en un hospital pediátrico de tercer nivel. Boletín médico del Hospital Infantil de México [Internet]. 2006 [cited 2021 Feb 8]; Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400003
14. Evans T, Van LW. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. World Health Report. Ginebra, Suiza; 2008.
15. Fajardo DG, Meljem MJ, Rodríguez SF, Zavala VJ, Vicente GE, Venegas PF, et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional, Revista CONAMED, vol.17, núm. 1, enero-marzo, 2012, ISSN 1405-6704, pag 30-43. - Buscar con Google. Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 8]; Available from: <https://www.medigraphic.com>
16. Mundial AM. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA REFORMA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Santiago 2005 - Buscar con Google [Internet]. [cited 2021 Feb 8]. Available from: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk02XNdxuSD_mIKhBhkCUD2a6Ev6mlg%3A1612822590730&ei=PrghYJmULJu35OUPiIgh4Aw&q=DECLARACIÓN+DE+LA+ASOCIACIÓN+MÉDICA+MUNDIAL+SOBRE+LA+REFORMA+DE+LA+RESPONSABILIDAD+MÉDICA+Santiago+2005&oq=DECLARACIÓN+D
17. Valencia Ramón LY, Corona Ferreira. A. El Expediente clínico electrónico. Rev Científica Salud UNITEPC. 2021;8(1).
18. Hernández G. Expediente Clínico. 2017 [cited 2021 Nov 12]; Available from: http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2610/464_01.pdf?sequence=1

19. Kurczyn Villalobos P. Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confidencialidad. Rev la Fac Derecho México. 2019 Feb 28;69(273–2):893.
20. Dirección superior de Ministerio de Salud. Norma para el manejo del expediente clínico, Ministerio de Salud (MINSA) Normativa 004 [Internet]. Norma 004, 004 Managua; 2008. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eQjYavfoRi0J:https://www.paho.org/nic/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26view%3Ddownload%26category_slug%3Ddocumentos-proyecto-holanda%26alias%3D566-indicador-4-n-4-expidiente-clinico-fch%26Itemid%3D235+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=bo&client=firefox-b-d
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica [Internet]. Ministerio de Salud Perú 2018 p. 1–26. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
22. Narváez GR, Ayaviri CL, Paucara CJ, Murillo CL, Cardozo LE, Al E. Reglamento del Manejo del Expediente Clínico para el primer nivel de atención. 2013.
23. Vargas Sánchez K, Pérez Castro Vázquez JA, Olivia Soto Arreola M. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). 2018;
24. Some AD, Ouattara S, Barro S, Bambara M, Dao B. [Audit of medical records]. Sante [Internet]. 2010 Jul [cited 2021 Nov 14];20(3):167–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21118788/>
25. Torres Santiago M, Zárate Grajales RA, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería Univ. 2018;8(1).

26. Banquet B, Haidy L, Chasoy PC. La auditoría interna y su relación con la calidad de la atención en salud. 2020 [cited 2021 Nov 14]; Available from: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/19110>
27. Departamento de Oruro (Bolivia) - EcuRed [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Available from: [https://www.ecured.cu/Departamento_de_Oruro_\(Bolivia\)](https://www.ecured.cu/Departamento_de_Oruro_(Bolivia))
28. Oruro en cifras 2020 - INE [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/oruro-en-cifras-2020/>
29. Castro EMM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. Rev Médica Clínica Las Condes. 2019 Jan 1;30(1):50–65.
30. Martínez GMÁ, Sánchez V Almudena, Toledledo E, Faulin FJ. Bioestadística Amigable - Google Libros [Internet]. 4 ta. Barcelona, España; 2020 [cited 2021 Mar 15]. 537 p. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=C8rSDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=bioestadística+amigable+martinez&ots=iSu7OLpLDu&sig=4-BYnzepFHC4YM8wB3gc2Fhzhv8#v=onepage&q=bioestadística+amigable+martinez&f=false>
31. Metodología investigación: Investigación cuantitativa y cualitativa [Internet]. [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/investigacion-cuantitativa-cualitativa/>
32. Hernández-Sampieri R, Torres C. Metodología de la investigación. 2018 [cited 2021 Mar 15]; Available from: <https://dspace.scz.ucb.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/21401/1/11699.pdf>
33. Chávez ER, Estrada DC, Quintanilla GC. Quality of medical care from an bioethical point of view in an ophthalmological hospital in Mexico city. Acta

Bioeth [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 16];25(2):235–42. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2019000200235&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Balagué Gea L. La autonomía del paciente en la práctica. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria. 2004;11(6):275–6.
35. Almiñana Riqué M, Balagué Gea L, de Castro Vila C, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Llor Vila C, Marquet Palomer R, et al. Los 4 principios básicos de Bioética. Soc Catalana Med. 2017;1–24.

XIII. ANEXOS

Anexo 1 Formulario Nº 3

ANEXO - 4					
AUDITORIA MEDICA DEL EXPEDIENTE CLINICO (EC)					
FORMULARIO Nº 3 (Verificación Documental)					
Fecha:		Nombre del Paciente:			
Institución:		Servicio:			
Nº de EC:		Nº de folios:		Nº de páginas:	
No. ITEM	VERIFICACION	SI	NO	NO APLICA	NO SE REGISTRA
1	El EC está completo				
2	El EC está ordenado de acuerdo a la Norma				
3	El EC está debidamente paginado.				
4	El EC se identifica con precisión al principal médico tratante o "médico de cabecera" del paciente				
5	En el EC es posible identificar a todas las personas que intervinieron en la atención o tratamiento del paciente				
6	Todas las notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora				
7	Todas las notas de evolución son claras y legibles				
8	Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sellos de quien los elaboró				
9	Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas o concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora.				
10	Todas las notas de prescripción o indicaciones son claras y legibles				

11	Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró				
12	Todas las notas de reporte de enfermería están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora				
13	Todas las notas de reporte de enfermería son claras y legibles				
14	Todas las notas de reporte de enfermería llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro				
15	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora				
16	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones son claras y legibles				
17	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro				
18	Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo a la norma del manejo del Expediente Clínico				
19	El tratamiento farmacológico se cumplió regularmente.				
20	El tratamiento farmacológico fue bien tolerado por el paciente				
21	En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente				
22	En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente.				
23	Para el uso de fármacos o sustancias que provocan intolerancia u otro tipo de reacciones adversas, se adoptaron medidas de prevención.				
24	La administración de fármacos u otras sustancias (medios de contraste, radioisopos, etc.) en todas las				

	circunstancias fue realizada por personal autorizado o debidamente supervisado.				
25	El paciente fue controlado regular y cotidianamente por su médico tratante (constancia de notas de evolución escritas y debidamente firmadas por médico tratante).				
26	El médico tratante dejó personalmente indicaciones y prescripciones regulares y cotidianas para el tratamiento de su paciente (constancia en prescripciones firmadas por médico tratante).				
27	Todas las notas de interconsulta e informes consignan fecha y hora.				
28	Todas las notas de interconsulta e informes llevan nombre, firma y sello de quien las realizó.				
29	Todas las notas de interconsulta e informes son claras y legibles.				
30	Todas las interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 horas de solicitud.				
31	Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata.				
32	Todas las interconsultas preoperatorias fueron cumplidas oportunamente.				
33	Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos.				
34	Las indicaciones preoperatorias fueron cumplidas a cabalidad.				
35	La preparación preoperatoria fue satisfactoria.				
36	La cirugía se llevó a cabo en la fecha y hora de programación.				
37	La cirugía de emergencia se llevó a cabo oportunamente.				
38	El EC incluye todos los protocolos.				
39	El EC incluye todos los informes de los procedimientos especiales diagnósticos y terapéuticos realizados.				
40	En los formularios de protocolo operatorio (P.O.) están debidamente llenados todos los datos de dichos formularios consignan.				

41	El formulario de P.O. consigna claramente los nombres y funciones específicas de todos quienes participaron directa o indirectamente en la intervención quirúrgica.				
42	El P.O. menciona hallazgos quirúrgicos esperados de acuerdo a diagnóstico preoperatorio.				
43	Según el P.O. la operación realizada transcurrió sin interurrencias ni complicaciones.				
44	El P.O. está debidamente firmado por el cirujano principal que realizó la intervención quirúrgica.				
45	El P.O. está escrito sin correcciones ni observaciones.				
46	El personal de quirófano estuvo a plena disposición durante toda la intervención quirúrgica.				
47	Los equipos funcionaron adecuadamente durante toda la intervención quirúrgica.				
48	La provisión de materiales, instrumental, equipo, fármacos u otro elemento solicitado por los cirujanos durante la intervención quirúrgica, fue atendida en forma adecuada y oportuna.				
49	La recuperación post anestésica del paciente se produjo sin interurrencias.				
50	El paciente estuvo plenamente consciente cuando se la traslado desde recuperación post anestésica hasta la sala de internación.				
51	Los traslados del paciente se cumplieron de acuerdo a normas.				
52	El tratamiento farmacológico e indicaciones del postoperatorio se cumplieron a cabalidad.				
53	El paciente evoluciono sin complicaciones preoperatorios ajenas a la patología de base que motivo la intervención quirúrgica.				
54	El paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorios ajenas a la patología de base que motivo su intervención quirúrgica.				

55	El paciente evolucionó sin complicaciones directamente relacionadas con la intervención quirúrgica practicada.				
56	El paciente evolucionó sin complicaciones pre, intra o post operatorias relacionadas con la preparación pre anestésica o anestesia que recibió durante su intervención o intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales que le fueron practicados.				
57	El paciente evoluciono sin complicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico realizado.				
58	Las notas de evolución y control de signos vitales mostraron variantes que permiten identificar el momento y las circunstancias en las cuales se produjo la complicación del paciente.				
59	La complicación o complicaciones que presento el paciente tuvieron auxilio inmediato.				
60	La complicación que se presentó en el paciente fue reconocida y tratada oportunamente por el médico o cirujano tratante.				
61	La previsión de solicitar sangre para el pre, intra y postoperatorio fue tomada con la oportunidad debida.				
62	La unidad o Unidades de Sangre o hemoderivados transfundidos al paciente tenían etiqueta de calidad y recaudos técnicos para su transfusión.				
63	La transfusión de sangre a hemoderivados fue bien tolerado por el paciente y no tuvo complicaciones.				
64	El EC deja constar que las sondas o catéteres fueron colocados por personal autorizado o debidamente supervisado.				
65	El EC deja constar que las sondas, catéteres y avenamientos colocados en la intervención quirúrgica fueron controlados y manejados por el médico principal o cirujano tratante del paciente.				

66	El EC deja constar que las curaciones de la herida operatoria fueron realizadas y supervisadas por el cirujano tratante del paciente.				
67	El EC consigna resultados diagnósticos de anatomía patológica relacionados con la intervención quirúrgica realizada.				
68	El EC contiene consentimiento informado para todos los procedimientos especiales y cirugía.				
69	La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del EC están debidamente firmadas por el médico tratante principal (médico de cabecera).				
70	El EC contiene nota o notas de referencia según norma.				
71	El EC contiene nota o notas de contra referencia según norma.				
72	El EC consta que el paciente y/o su familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de la o las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos especiales diagnóstico - terapéuticos realizados, así como de los medicamentos utilizados.				
73	En el EC consta que el paciente y/o su familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de anatomía patológica o laboratorio, subsecuentes a las intervenciones quirúrgicas, biopsias o toma de muestras que fueron practicadas.				
74	En el EC deja constancia de la información debida y oportuna, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad.				
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 de la alta hospitalaria.				

76	El diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico).				
77	Los exámenes complementarios realizados están de acuerdo con el cuadro clínico.				
78	El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico (o diagnósticos establecidos).				
79	El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado.				
80	El paciente respondió favorablemente a la cirugía o cirugías practicadas.				
81	La intervención quirúrgica practicada estuvo en relación con el diagnóstico preoperatorio.				
82	Los hallazgos intraoperatorios se correspondieron con el diagnóstico preoperatorio.				
83	Las interconsultas estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico.				
84	Los tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas practicadas se cumplieron de acuerdo a normas establecidas.				
85	Los resultados histopatológicos son congruentes con los diagnósticos establecidos				
86	Es evidente que las complicaciones después del alta no están relacionadas con el diagnóstico o diagnósticos de internación ni con el tratamiento, procedimientos y cirugía practicada.				

Anexo 2 Solicitud

Oruro, 28 diciembre de 2020

Señor:

Dr. Luis Gutiérrez Valda

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SERVICIOS SEDES ORURO

Presente. -



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE AUDITORIAS MÉDICAS EXISTENTES EN LA UNIDAD

De mi mayor consideración:

Mediante la presente reciba un cordial saludo y deseos de éxitos en las funciones que desempeña en beneficio de la salud de la población Orureña.

El motivo de la presente es para solicitar autorización para la realización de trabajo de Investigación sobre la evaluación de expedientes Clínicos a través del Análisis de Auditoría Médicas que se remiten a la Unidad de Servicio por los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría de la Red, existentes en la Unidad del Departamento de Oruro, con objeto de defender Trabajo de Investigación de la especialidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica en la Universidad Mayor de San Andrés.

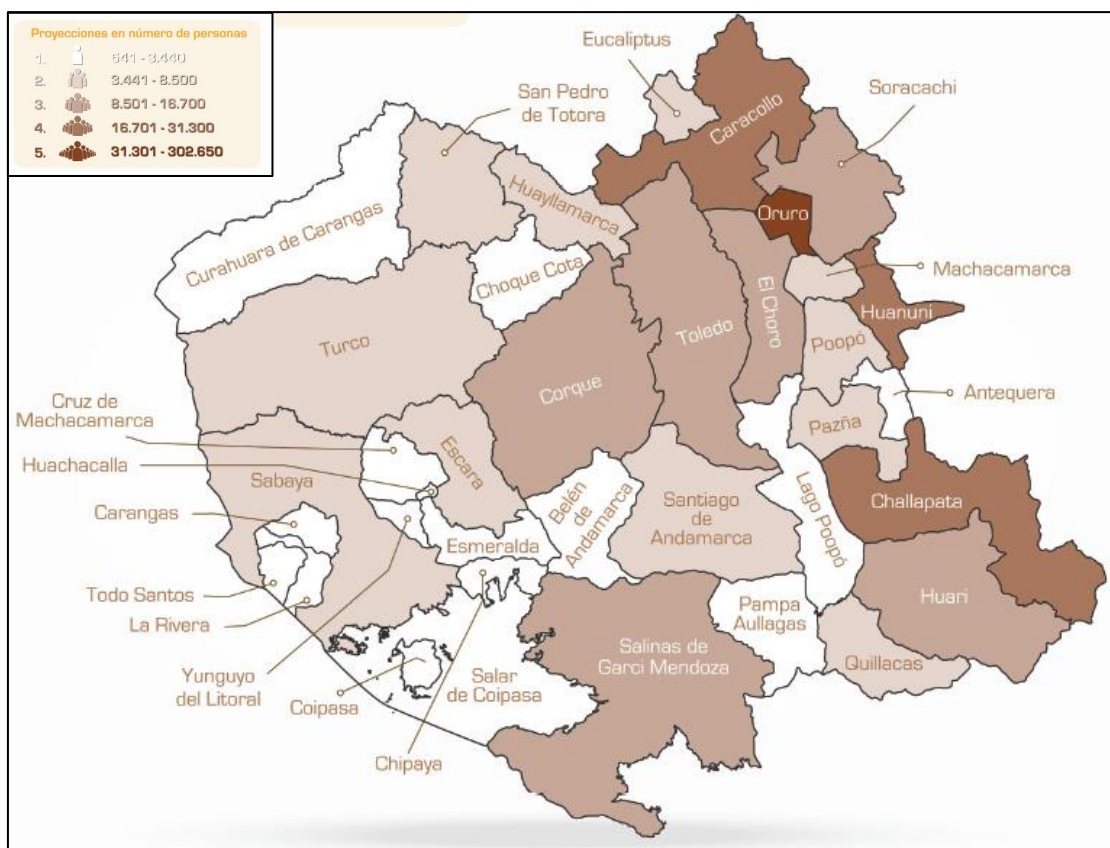
Sin otro particular me despido con las consideraciones más distinguidas agradeciendo de antemano su atención y aceptación.

Atentamente,

Yadjma Calle Aranibar
C. I.: 4050785 Or.

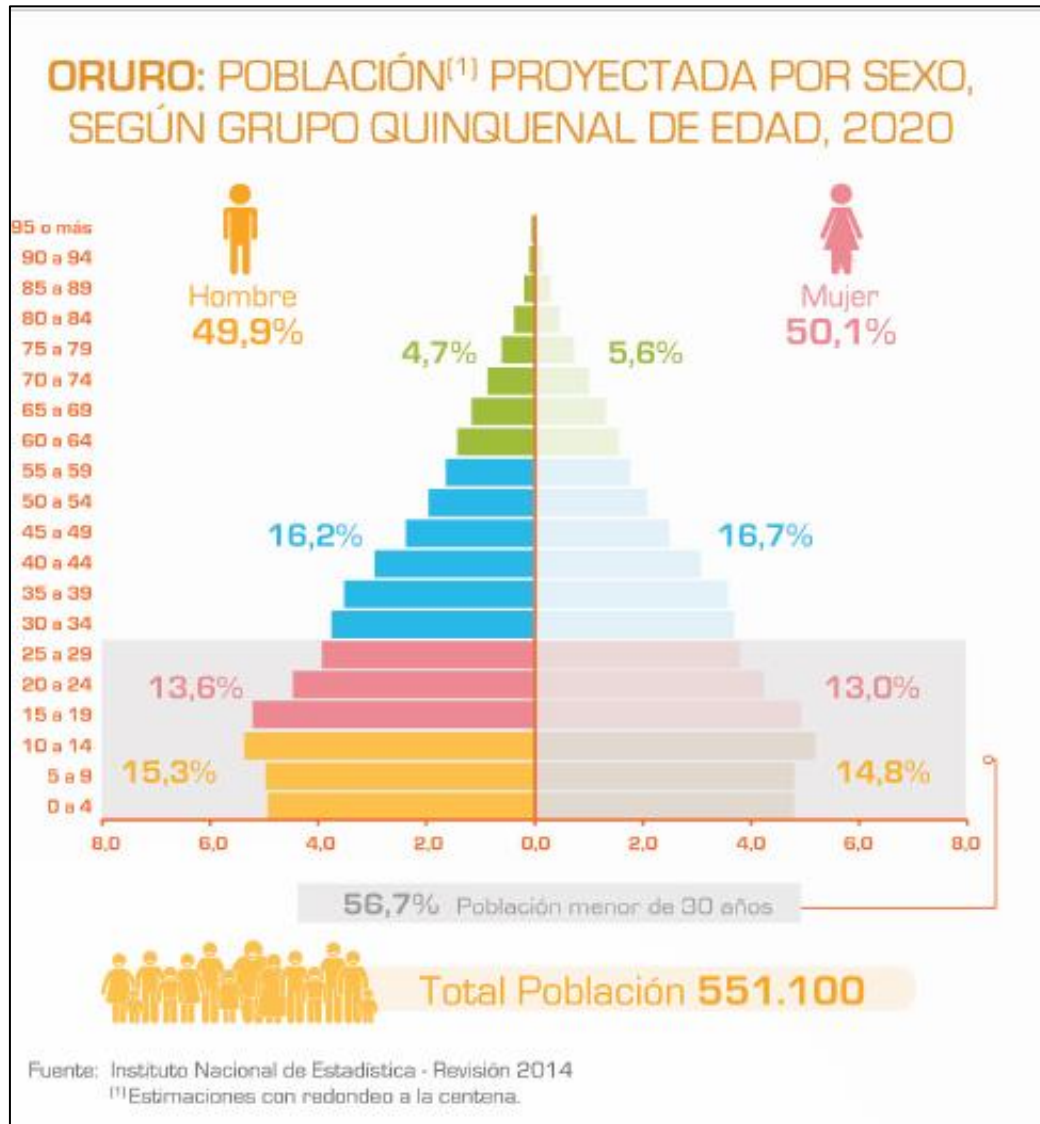
Anexo 3 Población proyectada por Redes de Salud y Municipios, 2020

ORURO: POBLACIÓN PROYECTADA POR MUNICIPIOS, 2020



Anexo 4 Población del departamento de Oruro

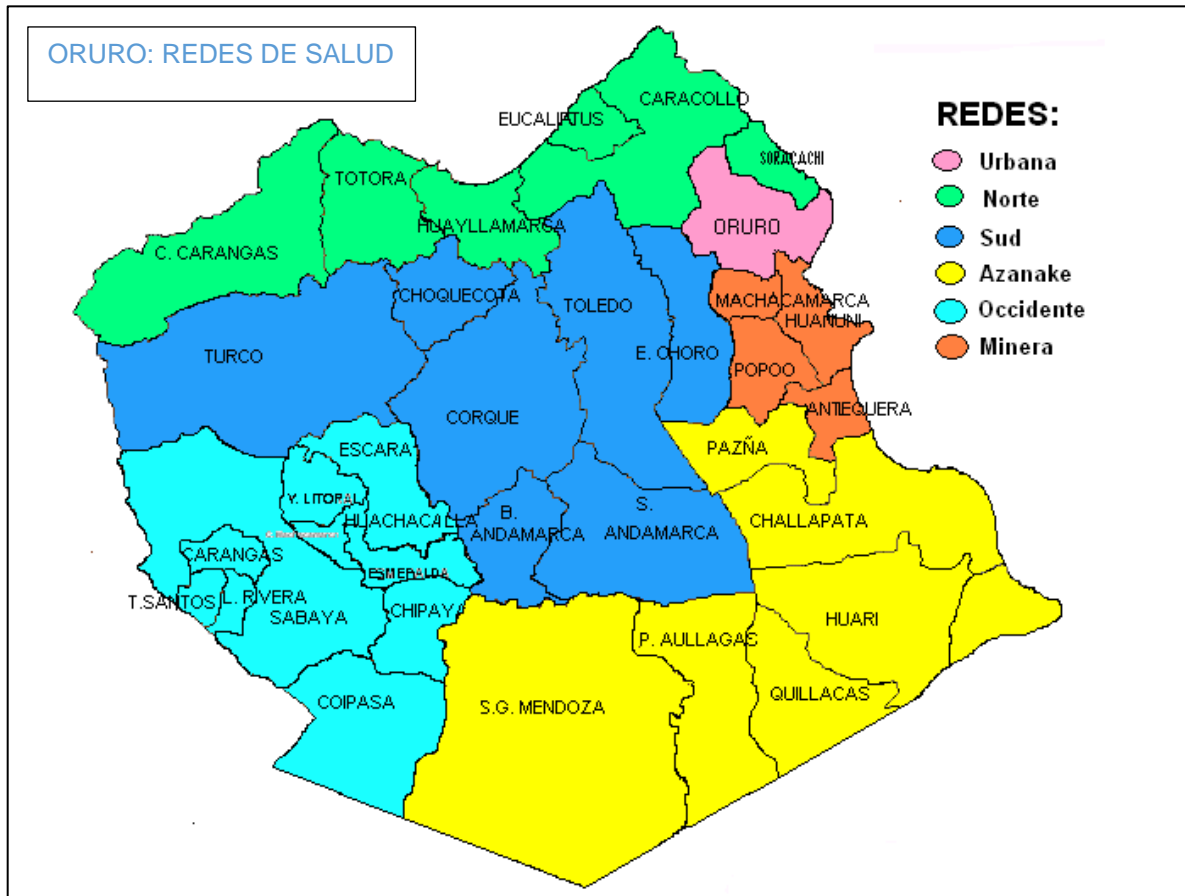
Figura N° 20: Población proyectada por sexo según grupo quinquenal de edad, departamento de Oruro, 2020.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Revisión 2014

Anexo 5 Redes de Salud

Figura N° 21: Distribución de las Redes de Salud del departamento de Oruro



Fuente: SNIS Oruro

Anexo 7 Calidad registro de EC

Tabla N° 3: Dimensiones de Evaluación de la calidad de registro Clínico en Enfermería

Dimensiones	Definición	No. Ítems	Fase
Estructura	Se refiere a aspectos "de forma" del documento, es decir, los registros clínicos deben ser estructurados por medio de un lenguaje técnico-científico, comprensible a todos los miembros del equipo de salud. Para lo cual se deben excluir faltas de ortografía, legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales.	0	1
		9	2
		12	3
Continuidad del cuidado	Caracterizándose por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través del registro, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de enfermería: valoración, diagnósticos de enfermería, intervenciones y evaluación. ²¹	10	1
		9	2
		10	3
Seguridad del paciente	Reducción de riesgos innecesarios derivados de la atención de salud por medio de la información escrita sobre las medidas de seguridad en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc.	10	1
		9	2
		10	3

Fuente: Vargas Sánchez, Karina, Pérez Castro Vázquez, Jorge A, Olivia Soto Arreola, Martha. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC)