



TRABAJO FINAL DE LA CARRERA UNIVERSITARIA
DE POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MÉDICA

CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PACIENTES DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

AUTORA: SPONTÓN, BELÉN TERESITA

MÉDICA Y EX -ALUMNA DE LA CARRERA DE POSGRADO DE ESPECIALIZACIÓN
EN CLÍNICA DE JUNIO DEL AÑO 2017 HASTA MAYO DEL AÑO 2020.

EX RESIDENTE DEL HOSPITAL DR. ROQUE SAENZ PEÑA Y HECA

E-MAIL: belusponton_07@hotmail.com

TUTOR: PARADISO, BRUNO.

MÉDICO, ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA, EX -JEFE DEL SERVICIO DE
CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA.

COLABORADOR: SANCHEZ LEIVA CECILIA, MÉDICA ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA.

ESTADÍSTICA: LIC. HARVEY, GUILLERMINA.

CENTRO FORMADOR: SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL ROQUE
SAENZ PEÑA -HOSPITAL EMERGENCIA DR. CLEMENTE ÁLVAREZ.

AÑO:2023.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	PAGINA 3
INTRODUCCIÓN.....	PÁGINA 4
OBJETIVOS.....	PÁGINA 7
MATERIALES Y MÉTODOS.....	PÁGINA 8
INDICADORES Y VARIABLES.....	PÁGINA 9
DEFINICIONES.....	PÁGINA 12
RESULTADOS.....	PÁGINA 15
DISCUSIÓN.....	PÁGINA 24
CONCLUSIÓN.....	PÁGINA 31
RECOMENDACIONES FINALES	PAGINA 31
BIBLIOGRAFÍA.....	PÁGINA 32
ANEXO.....	PÁGINA 37

ABREVIATURAS

- ADVI: Adicción a drogas vía inhalatoria.
- CIE-10: Codificación internacional de enfermedades 10ª edición.
- CDS: Centro de salud.
- CNSM: El Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental
- DBT: Diabetes mellitus.
- DNI: Documento nacional de identidad.
- ECG: Electrocardiograma.
- EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- HC: Historia Clínica.
- HIV: Virus de inmunodeficiencia Humana.
- HRSP: Hospital Roque Saenz Peña.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva.
- IMC: Índice de masa corporal.
- LNSM: La Nueva Ley de Salud Mental.
- PA: Presión arterial.
- Pao₂: Presión parcial arterial de oxígeno.
- RIC: Rango intercuartílico.
- RX: Radiografía.
- SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- S.O.E.P.: Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plan.
- UCIM: Unidad de cuidados intermedios.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y de la conducta son universales, prevalentes y afectan a personas de todos los países y estratos sociales. Según la OMS tienen una prevalencia puntual acumulada del 10% en la población adulta y se estima que alrededor de 450 millones de personas en el mundo los padecen. Una de cada cuatro personas, sufre algún trastorno mental en el transcurso de su vida (1).

El abordaje de dichos trastornos es de suma importancia por la “carga de la enfermedad” que suponen estos padecimientos. En América latina los trastornos de salud mental representan el 22% de la carga total de enfermedad (1).

A nivel internacional las problemáticas más prevalentes y con mayor impacto en la salud de la población latinoamericana, son la depresión, la psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y la violencia. (2).

En Argentina los trastornos más prevalentes son el trastorno de ansiedad (16,4%), trastornos del estado de ánimo (12,3%), trastornos por sustancias (10,4%) trastorno depresivo mayor (8,7%), el trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y las Fobias específicas (6,8%), según resultados del estudio epidemiológico de salud mental en población general llevado a cabo en el año 2014 y marzo de 2015(3).

La nueva ley de salud mental (LNSM) N°26657, legislada en el año 2010 generó un cambio de paradigma en los modos de concebir, implementar, y practicar las políticas y servicios en salud mental(4). En lo referido a la modalidad de abordaje, la Ley propone que “el proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”(Capítulo V. Artículo 9). La opción de internación debe ser, “lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos e interdisciplinarios” (Capítulo VII. Artículo 15). Asimismo, “es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Capítulo VII. Artículo 14). El artículo 18 de la Ley Provincial, y el 9 de la LNSM, promueven la creación de dispositivos alternativos al manicomio, modalidades de atención centradas en el respeto por los derechos de los/as usuarios/as evitando las consecuencias manicomializantes. Ambas leyes tienden a la desmanicomialización. Este proceso de cambio de paradigma en los hospitales, tuvo un gran impacto en la organización de los servicios de Salud y en las prácticas del proceso de atención cuidado, situando en el centro al primer y segundo nivel de atención (5-6-7-8).

Actualmente el manejo cotidiano del paciente con trastornos de salud mental que ingresan a la sala de clínica requiere de un abordaje interdisciplinario, como promulga la ley, en donde el médico clínico tiene una función muy importante y debe evaluarlo desde una visión integradora, pero muchas veces la internación, presenta algunas dificultades como lo son las condiciones edilicias del hospital como es el caso del HRSP que presenta pabellones, la capacitación del equipo de salud para el abordaje, el acompañamiento y seguridad de los pacientes, entre otras. El proceso de atención desde que el paciente ingresa al hospital hasta el alta queda registrado en la historia clínica (HC). Muchas veces la confección de la misma, en pacientes de salud mental puede presentar ciertas dificultades, debido a la condición de enfermedad de base del paciente u otros motivos, y los datos registrados terminan siendo deficientes.

En el siguiente trabajo intentaremos describir que deficiencias presentan las HC de pacientes de salud mental. La HC constituye un elemento clave para el ejercicio profesional del equipo de salud, tanto desde el punto de vista asistencial, como así también para el manejo clínico del paciente y se realizará un análisis descriptivo de los pacientes internados.

La historia clínica es el documento médico-legal en donde queda registrada toda la relación del paciente con el sistema de salud, desde su nacimiento hasta su muerte.

Los contenidos que presentan son:

-1-Sección administrativa: Esta incluye la identificación del paciente, nombre, apellido, sexo, edad, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil, domicilio, procedencia, teléfono, datos de familiar, fecha de ingreso y egreso al establecimiento y ocupación. En caso de existir cobertura, obra social a la que pertenece.

-2-Sección técnica profesional: Esta incluye el motivo de internación, antecedentes familiares, personales, hábitos, antecedentes socio-económicos y, del medio, enfermedad actual, examen físico sistematizado, lista de problemas, diagnósticos diferenciales, plan terapéutico inicial, evolución diaria y epicrisis. También forman parte de la historia clínica las indicaciones médicas, los estudios complementarios, hojas de enfermería e interconsultas a especialistas (10-11).

La historia clínica debe reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad. La misma debe ser completa, legible y veraz (9-12).

Completa: La HC debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente y debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden el acto clínico-asistencial.

Legible: La redacción deberá ser legible, comprensible, con frases claras, sin ambigüedades, identificándose claramente las anotaciones por el profesional, evitando así toda sospecha de alteración de los registros. Se debe evitar dejar espacios en blanco, sobre o bajo las notas, aclarar los registros confusos y cada anotación deberá llevar fecha y firma.

Veraz: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el código penal como delito de falsedad documental (9-12).

A pesar del alto valor que tienen todos los aspectos de las HC, no existen disposiciones legales sobre la forma en que deben confeccionarse. En Argentina no existen principios básicos sobre la ordenación de la HC por lo que queda a criterio del profesional o de la institución la forma de llevar la misma. Lo que sí está establecido legalmente es que debe existir una HC (13).

La HC tiene funciones de asistencia, legales, de docencia, administrativas, de investigación y de evaluación de la calidad asistencial contribuyendo de manera directa e indirecta a la misma.

Según Velada –Tejito cuando hablamos de calidad de registro nos referimos a la evaluación de la calidad de las historias clínicas que se plantea desde dos enfoques que implican planteamientos y resultados distintos. (12)

-Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas. Aquí, calidad no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para eso, se revisan las historias y las deficiencias detectadas se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia. Existen dos tipos de revisión: cuantitativa y cualitativa.

-Un segundo tipo de evaluación consiste en una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las HC y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, en la futura elaboración de las HC. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias (12). Las revisiones cuantitativa y cualitativa de la calidad son análisis diseñados para ayudar al equipo de salud a mejorar el registro. Es muy importante diferenciar que, en los estudios de calidad, estamos evaluando cómo se documenta la asistencia y no la calidad de esta. Aunque se afirma que la presencia de historias clínicas completas y realizadas de forma adecuada se suelen asociar con una mayor calidad del proceso asistencial (13).

Existen características que permiten determinar la calidad de la HC y, por ende, su fuerza probatoria. La HC debe ser: completa, coherente, sustentada, sin espacios en blanco, con autorizaciones incluidas, fechada y firmada, legible y con informe de alta. Una condición necesaria para mejorar la calidad es conocer qué se está haciendo y cómo, por lo que la evaluación debe formar parte del trabajo habitual de los servicios formadores (13).

El presente trabajo surgió del interés por conocer la calidad del registro de las historias clínicas del servicio de clínica médica del Hospital Roque Sáenz Peña. El mismo pretende evaluar el nivel de calidad de las historias clínicas en términos de completitud, legibilidad y veracidad de los paciente ingresados por salud mental durante el período comprendido entre enero de 2017 y junio de 2018. En ese contexto y debido a la falta de investigaciones similares aplicadas en dicho establecimiento se consideró fundamental realizar la investigación.

OBJETIVOS PRIMARIOS

- Conocer la calidad de registro de las historias clínicas de internación de pacientes que ingresan por el servicio de salud mental a través de un análisis estadístico de su **completitud, veracidad y legibilidad** durante el periodo comprendido desde enero de 2017a junio de 2018.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes internados por salud mental.
- Conocer el motivo de internación más frecuente.
- Conocer las comorbilidades y adicciones de los pacientes.
- Conocer las complicaciones que presentaron durante la internación.
- Conocer el tiempo de internación.
- Conocer la evolución de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

DISEÑO METODOLÓGICO:

El estudio fue de tipo descriptivo-retrospectivo-de corte transversal. Se realizó una revisión de las historias clínicas de pacientes que ingresaron por salud mental. Se evaluó la calidad de registro de las historias clínicas, en donde la variable calidad se definió según **completitud, veracidad y legibilidad**. También se analizaron cuáles fueron las características clínicas, epidemiológicas, el motivo de internación más frecuente, comorbilidades, complicaciones, tiempo de internación y evolución de los pacientes internados.

PERÍODO:

Desde el 01 de enero 2017 hasta el 30 de junio de 2018.

ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en el Hospital Roque Sáenz Peña, que es uno de los hospitales de segundo nivel en la red de atención municipal. Está situado en la zona sur de Rosario y es el referente de segundo nivel de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de Salud correspondientes. El Hospital cuenta con una sala de internación a cargo del servicio de Clínica Médica, con un total de 30 camas, distribuidas de la siguiente forma: 11 camas en sector femenino, 11 camas en sector masculino, 2 habitaciones individuales de aislamiento respiratorio y 6 camas (mixtas) en Sala de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN). Los sectores constituyen pabellones. Los pacientes que requieren estudios de alta complejidad o internación en unidad de cuidados intensivos son derivados al Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez, centro de referencia de tercer nivel del Sistema de Salud Pública Municipal. En el caso de los pacientes de salud mental con requerimiento de internación en Hospitales monovalentes son derivados al Hospital psiquiátrico Agudo Ávila y/o Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 57 historias clínicas de pacientes hospitalizado por salud mental en la sala de clínica médica del HRSP.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos estuvo cargo del autor del trabajo. Se revisaron y analizaron las historias clínicas, a través de la ficha de recolección de datos confeccionada para tal fin. Se evaluó el cumplimiento de los criterios mencionados, utilizando la base de datos del hospital y las epicrisis realizadas por el servicio de Clínica Médica provistas por el departamento de estadística. Este servicio de estadísticas se encarga del orden, cuidado y guardado de las HC, las cuales se encuentran en su totalidad registradas en papel.

En el momento en el que se realizó la investigación el servicio de clínica contaba con un modelo de HC a completar de manera escrita, con 13 páginas que presentaban las secciones mencionadas en el anexo que fueron evaluadas, junto con la hoja de evolución diaria, indicaciones médicas, estudios complementarios, hoja de enfermería, interconsultas médicas y la epicrisis. Esta última es la única se encontraba informatizada.

La técnica empleada consistió en una ficha de evaluación, similar a la elaborada por Beatriz Riondet, quien establece como dimensiones para evaluar la calidad de registro de las historias clínicas: la completitud, legibilidad y veracidad (13).

Esta ficha se aplicó a cada una de las historias clínicas revisadas y se evaluó la presencia o no de cada uno de los criterios establecidos. Dicha ficha se adjunta en anexos.

Las variables fueron dicotómicas. Se anotó la presencia o ausencia de cada una y se otorgó a cada una un valor de 1 punto para la respuesta positiva y 0 punto para la respuesta negativa. De esta forma la puntuación máxima fue de 96 puntos para la HC y epicrisis, si presentaban todos los criterios evaluados.

Para cada variable había tres posibilidades:

- Si (presente) =1
- No (ausente) =0
- No aplica =1

INDICADORES:

Se obtuvo un indicador básico de calidad para cada HC:

Indicador de **calidad = Cantidad de criterios presentes / Cantidad total de criterios de las HC x 100**

El puntaje mayor, si cumple con los 96 criterios, es de 100%.

Se consideró, a fines de este estudio, aceptable 70% o más por tratarse de criterios básicos de cumplimiento, de acuerdo al trabajo de B Riondet (13).

Se analizó la completitud, legibilidad y veracidad con tres indicadores.

Indicador de **completitud = secciones de HC que evalúa completitud / total de criterios en que se evalúa la completitud, x 100.**

Indicador de **legibilidad = secciones de HC que evalúa legibilidad / total de criterios en que se evalúa la legibilidad, x100.**

Indicador de **veracidad = Secciones de HC que evalúan veracidad / total de criterios que deben estar firmados, x 100.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Historias clínicas de pacientes ingresados a la sala de internación por salud mental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyeron las historias clínicas de extraviadas o no accesibles al momento de la recolección de datos.

VARIABLES:

La variable calidad de la historia clínica, se define según Beatriz Riondet (13):

- **Completo:** Se define como el correcto llenado de todos los criterios de la historia clínica, de acuerdo a las características de paciente y motivo por el cual se interna con datos suficientes sobre la patología.
- **Legibilidad:** Se define como la condición de una palabra o frase que se puede leer.
- **Veraz:** Se refiere a la presencia de firma y aclaración de quien interviene en la historia clínica, sea las evoluciones, interconsultas, indicaciones, hoja de enfermería, consentimiento informado y otras secciones de la HC que deber estar firmadas (13-14).

La ficha de recolección de datos contiene los siguientes criterios a evaluar:

- 1- **FILIACIÓN O DATOS DE IDENTIFICACIÓN:** Se evalúa si el llenado es completo y legible con la presencia: nombre y apellido, edad, sexo, DNI, domicilio, teléfono de referencia, fecha de ingreso, escolaridad, Centro de salud de referencia, ocupación, y referencia familiar.
- 2- **MOTIVO DE CONSULTA:** Se evalúa si el llenado es completo y legible.
- 3- **ENFERMEDAD ACTUAL:** Se evalúa si el llenado es completo y legible.
- 4- **ANTECEDENTES PERSONALES:** Se evalúa si el llenado en completo y legible en lo siguiente: antecedentes de la infancia, adolescencia, edad adulta, internaciones previas, antecedentes quirúrgicos, gineco-obstétricos si correspondiera, farmacológicos, tóxicos, alérgicos, socio económicos y hábitos.
- 5- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Se evalúa si el llenado en completo y legible.
- 6- **EXAMEN FÍSICO:** Se evalúa si el llenado es completo y legible con la presencia de: impresión general, peso, talla, signos vitales, y examen físico completo que incluye piel y faneras, cabeza y cuello, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genitourinario, sistema osteoarticular y neurológico.
- 7- **LISTA DE PROBLEMAS, DATOS POSITIVOS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIALES Y DATO GUÍA:** Se evalúa en si el llenado es completo y legible.
- 8- **PLAN TERAPÉUTICO INICIAL:** Se evalúa si el llenado es completo, legible y veraz. Incluye laboratorios solicitados, radiografías, electrocardiograma (ECG) u otros estudios realizados al ingreso de la internación con firma y sello del profesional.
- 9- **EVOLUCIÓN DIARIA:** Se evalúa si el llenado es completo, legible y veraz en lo siguiente: nombre y apellidos del paciente, signos vitales, registro de diagnóstico y manejo actual de la patología del paciente, comentarios sobre estudios realizados si correspondiera, terapéutica, evolución diaria de salud mental y firma y sello del profesional.
- 10- **INDICACIONES MÉDICAS:** Se evalúa el llenado completo legible y veraz en lo siguiente: nombre y apellido del paciente, fecha, hora, nombre de la medicación administrada, dosis, vía de administración, firma y sello del profesional.
- 11- **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:** Se evalúa la presencia o no de estudios complementarios en la HC, si no se encuentran en la HC se evaluará si hay registros en carpeta completo, legible y veraz con firma y sello del profesional.
- 12- **HOJA DE ENFERMERIA:** Se evalúa el llenado completo, legible y veraz en lo siguiente: nombre y apellido del paciente, anotaciones con fecha y hora, hoja de

signos vitales con fecha hora, hoja de balance hídrico si correspondiera, hoja de control de glicemias si correspondiera y firma y sello de profesional.

- 13- **INTERCONSULTAS A ESPECIALISTAS:** Se evalúa si está completo, legible y veraz en lo siguiente: si el formato de interconsulta presenta nombre y apellido del paciente, breve resumen de enfermedad actual, examen físico, motivo de interconsulta, firma y sello del profesional. Respuesta de la interconsulta, firma y sello del profesional interconsultado.
- 14- **CONSENTIMIENTO PARA HIV:** Si correspondiera evalúa si es completo, legible y veraz o si se registra el consentimiento informado para la solicitud de serología para HIV en las evoluciones diarias .
- 15- **EPICRISIS:** Se evalúa si es completa y veraz con la presencia de nombre y apellido, identificación del lugar de internación, fecha de ingreso y egreso, resumen clínico, indicaciones terapéuticas, información para la continuidad de atención, diagnóstico principal de egreso, firma y sello del profesional.

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES:

- 1- **GENERO:** Definido como masculino, femenino y no binario.
- 2- **EDAD:** Expresada en años.
- 3- **MOTIVOS DE INTERNACIÓN:** Se define como la enfermedad que produjo el ingreso al hospital. Se considerarán los diagnósticos principales del egreso. Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 10º, Revisión ,CIE-10; Versión 2016(15).
- 4- **COMORBILIDADES:** Fueron definidas según los antecedentes referidos por los pacientes, familiares, recabados en la historia clínica al ingreso. Se consideraron hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), asma, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)/SIDA, enfermedad hepática crónica, cáncer, Colagenopatías, demencia u otras.
- 5- **ADICCIONES:** Se consideraron al etilismo, tabaquismo, y adicción a drogas ilícitas, según los datos recabados en las historias clínicas de ingreso. Se definieron como:
 - Etilismo:** Bebedores con trastornos y dependencia al consumo de alcohol, mayor a 30 gr/día o bebedores de más de 3-4 bebidas diarias (16).
 - Tabaquismo:** El hábito de fumar fue cuantificado a través del número de paquetes/año (17).
 - Adicción a drogas ilícitas:** Se define como el consumo de cocaína vía inhalatoria u otras, adicción a drogas vía parenteral y marihuana (18).
- 6- **COMPLICACIONES DURANTE LA INTERNACIÓN:** Se definen como aquellos pacientes que presentaron durante la internación (luego de 48 h de permanencia hospitalaria) una de las siguientes patologías: neumonía, síndrome confusional, infección urinaria, infección endovascular u otras.
- 7- **TIEMPO DE INTERNACIÓN:** Definido como el número de días que el paciente permaneció en la institución hasta el momento del alta, fuga/alta voluntaria, óbito o derivación a otro efector. Medido en días.
- 8- **EVOLUCIÓN:** Alta médica, alta voluntaria, fuga, óbito, o derivación a otro efector.

DEFINICIONES:

1-DATOS DE FILIACIÓN: Se definen como los contenidos mínimos para la identificación del paciente. Incluyen los siguientes datos: apellidos y nombres completos del paciente, documento de identidad, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfono de referencia, nombre y teléfono del acompañante, obra social y procedencia (19-20).

2-MOTIVO CONSULTA: Se define como el motivo o razón (Síntoma, Signo, Síndrome, o Problema) que lleva al paciente a consultar al médico (19-20).

3- ENFERMEDAD ACTUAL: Se define como la descripción o relato cronológico por el propio paciente de su enfermedad desde el principio hasta el momento de la consulta.

4-ANTECEDENTES PERSONALES: Son datos que incluyen antecedentes de todos los episodios que afectaron la salud del paciente desde su nacimiento.

- *Antecedentes o enfermedades de la infancia, adolescencia y adultez.*
- *Antecedentes socio-económicos.*
- *Antecedentes de internaciones previas.*
- *Antecedentes traumatológicos.*
- *Antecedentes quirúrgicos.*
- *Antecedentes farmacológicos y tóxicos.*
- *Antecedentes alérgicos a medicamentos o alimentos*
- *Antecedentes gineco-Obstétricos.*
- *Hábitos (sueño, dieta habitual, diuresis y catarsis, tabaquismo, etilismo, drogas y auto medicación).*

5-ANTECEDENTES FAMILIARES: Se define como el estado de salud de la familia, enfermedades importantes, causas de fallecimiento, y enfermedades hereditarias. Se incluyen antecedentes de madre, padre, hermanos, tíos y abuelos.

6- EXÁMEN FÍSICO: Se define como la exploración del paciente en base a maniobras semiológica y a la utilización de instrumentos sencillos como el estetoscopio, tensiómetro, linterna u otros. El mismo debe ser completo, siguiendo la frecuencia topográfica convencional y un orden metodológico: Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación.

La exploración topográfica en el examen físico incluye:

IMPRESIÓN GENERAL

SIGNOS VITALES: Se definen como los “Signos de Vida” que representan las funciones fisiológicas y vitales. Estos son la presión arterial, frecuencia cardiaca/ pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación (20-21).

TENSION ARTERIAL: Se define como el movimiento ondular que ejerce la sangre en las paredes arteriales por lo cual existen valores para la Presión Sistólica y para la Presión Diastólica. La PA (presión arterial) se mide en mmHg.

PULSO: Se define como la expansión rítmica de las arterias producida por el pasaje de sangre que es bombeada por el corazón. Las características del pulso están representadas por la frecuencia, el ritmo, la intensidad, la tensión y la amplitud. Se mide en latidos por minuto.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: Es el número de respiraciones que suceden en un minuto, y comprende el proceso de inhalación y exhalación. Se representa con las siglas, (FR x').

TEMPERATURA: La temperatura corporal está representada por el equilibrio que se mantiene en el organismo entre el calor producido y el calor perdido; "calor producido=termogénesis" y por el "calor perdido = termólisis. La Temperatura corporal se mide en "grados centígrados" = ° C.

PULSIOXIMETRIA DE PULSO: La oximetría de pulso se define como la determinación no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en la sangre y es medida con el oxímetro de pulso. Este emite una luz con dos longitudes de ondas de 660 nm (roja) y 940 nm (infrarroja) que son características de la oxihemoglobina y la hemoglobina reducida respectivamente .Mide la saturación de oxígeno en la sangre .La correlación entre la saturación d oxígeno y la PO2 está determinada por la curva de disociación de la hemoglobina(22).

PIEL: Se evalúa coloración, humedad, lesiones, tejido celular subcutáneo, papulo adiposo, trofismo, sensibilidad, edemas, faneras, cabellos, uñas, y ganglios.

CABEZA Y CUELLO: Se evalúa la facie, ojos, nariz, orejas. Boca: labios, lengua, fauces, dientes y encías. Cuello: forma, auscultación carotídea, ingurgitación yugular, latidos y tiroides.

TORAX: Inspección, palpación, expansión torácica, frotos, vibraciones vocales, percusión, excursión de las bases y ápex, sonoridad, auscultación y ritmo respiratorio.

APARATO CARDIOVASCULAR: Examen del pulso, frecuencia, ritmo, intensidad y amplitud. Pulsos periféricos (femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio) Tensión arterial ambos brazos, auscultación de ruidos cardíacos.

ABDOMEN: se evalúa la inspección, auscultación, palpación y palpación y tacto rectal.

UROGENITAL/APARATO GENITOURINARIO: Se evalúa puño percusión bilateral, puntos ureterales, palpación renal, genitales externos, soplos.

OSTEO-ARITCULAR: Articulaciones, ejes, movilidad, percusión de la columna vertebral.

NEUROLÓGICO: Estado de conciencia, lenguaje, pares craneales, reflejo pupilar, movilidad activa y pasiva, fuerza muscular, reflejos osteo-tendinosos , Babinski, marcha, Romberg, sensibilidad superficial y profunda ,signos meníngeo(19-20).

7-LISTA DE PROBLEMAS, DATOGUÍA, DATOS POSITIVOS, PLANTEOS DIAGNOSTICOS Y DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

La lista de problemas se confecciona en función de los síntomas y signos obtenidos del interrogatorio, deben ser jerarquizados en función de su urgencia, necesidad de resolución y tiempo de evolución. Pueden ser agudos o crónicos.

- **DATOS POSITIVOS:** Se definen como los datos que se obtienen del examen físico y que son de importancia diagnóstica.
- **PLANTEOS DIAGNÓSTICO:** Son los síntomas referidos por el paciente y los signos encontrados en el examen físico, que se agrupan en Síndromes. Se realiza la justificación del planteamiento del síndrome en cuestión. Se puede presentar más de un planteo diagnóstico.

- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se definen como los demás elementos que integran el diagnóstico de un mismo síndrome y que son menos probables, según el cuadro clínico que presente el paciente (20 -23).

8-PLAN TERAPEUTICO INICIAL: Se definen como las conductas diagnósticas y terapéuticas a seguir, para resolver la lista de problemas planteados y exámenes complementarios necesarios para apoyar el razonamiento clínico. Incluye laboratorios, electrocardiograma (ECG), estudios por imágenes realizados u otros estudios complementarios (19-20).

9-EVOLUCIÓN: Se define como las anotaciones que expresan cronológicamente la evolución de la enfermedad del paciente (24). La evolución diaria según Weeds debe contener los datos subjetivos del paciente, luego los objetivos del examen clínico, y finalmente anotar lo que se planea hacer (indicaciones, tratamientos, consultas, etc.). Se conoce con las siglas **S.O.E.P.** (Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plan).(19-20-24).

10-INDICACIONES: Se define como la prescripción médica de tratamientos y/o medicación a realizar (19-29).

11-ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Se definen como el conjunto de estudios que aportan información a la evaluación médica, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología (19-20).

12-HOJAS Y REGISTROS DE ENFERMERÍA: Se definen como los registros de observaciones, controles, y horarios, administración de medicación de enfermería.

13-INTERCONSULTA MÉDICA: Se define como la asesoría de alguien con conocimiento y experiencia en un área particular, donde los médicos especialistas proporcionan recomendaciones o realizan procedimientos para un paciente internado (25).

14-EPICRISIS: Etimológicamente epicrisis significa "juicio o apreciación posterior". Se define como el resumen de lo realizado durante la internación, incluye estudios efectuados, tratamientos, recomendaciones y resultados al alta del paciente (26).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados se presentan mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales (%) en lo que se refiere a las variables categóricas. Para describir la edad de los pacientes, dada la distribución simétrica que presentó dicha variable (análisis no incluido en el informe), se presenta el promedio acompañado del desvío estándar y del rango: valor mínimo – valor máximo. En cambio, en el caso de los distintos indicadores definidos previamente, se utiliza para su descripción la mediana acompañada por el rango intercuartílico (RIC): percentil del 25% - percentil del 75%.

Para el procesamiento se utilizó R Core Team (2022) (35).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó autorización al comité de docencia del hospital Dr. Roque Sáenz Peña para acceder a las historias clínicas y realizar el presente trabajo, preservando en todo momento la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Se revisaron 57 historias clínicas (HC), aplicando los 96 criterios de la ficha de recolección para la evaluación de calidad.

En primer lugar, ninguna de las HC analizadas cumplió con el 100 % de los criterios. La mediana del indicador básico de **calidad** fue del **93 %**, RIC: 85 %-96 %.

En cuanto a los demás indicadores la **completitud** presentó una mediana (RIC) del 92% (83-95%). El indicador de **legibilidad** presentó una mediana (RIC) del 100 % (92-100%) y en el indicador de **veracidad** la mediana (RIC) fue 100% (100-100%).

En nuestro efector la serología para HIV se solicita a todos los pacientes que se internan en sala de clínica, no así el consentimiento informado. En nuestro trabajo estuvo ausente en el 95 % de las HC evaluadas, es decir nunca fue solicitado. El 5% restante no aplicaba debido a que los pacientes ya presentaban el diagnóstico de la enfermedad.

A continuación, se presentan las tablas con los resultados.

Tabla 1– Número (porcentaje) de datos de identificación del paciente completos en las historias clínicas analizadas (n=57)

Datos de filiación, sexo, edad, DNI	55 (96%)
Domicilio y teléfono	55 (96%)
Fecha de ingreso al hospital	56 (98%)
Datos de escolaridad, CDS de referencia y ocupación	55 (96%)
Teléfono de referencia familiar	55 (96%)
Domicilio y teléfono	55 (96%)

Tabla 2 – Número (porcentaje) de datos completos en las secciones de motivo de consulta y criterio de enfermedad actual de las historias clínicas analizadas (n=57)

Motivo de consulta	55 (96%)
Enfermedad actual	56 (98%)

En cuanto a la sección de datos filiatorios (TABLA 1) se observó una completitud del 96 % (55 HC) al igual que el motivo de consulta y del 98 % (56 HC) en la sección de enfermedad actual(TABLA 2).

Tabla 3 – Número (porcentaje) de datos completos en relación a los antecedentes de las historias clínicas analizadas (n=57)

Antecedentes personales	48 (84%)
Antecedentes patológicos	51 (89%)
Antecedente de internaciones previas	54 (95%)
Antecedentes traumatológicos	55 (96%)
Antecedentes quirúrgicos	55 (96%)
Antecedentes farmacológicos y tóxicos	55 (96%)
Antecedentes alérgicos	55 (96%)
Antecedentes socio-económicos	52 (91%)
Antecedentes gineco-obstétricos	
Sí	42 (74%)
No	2 (4%)
No aplica	13 (22%)
Hábitos	54 (95%)

Tabla 4 – Número (porcentaje) de datos completos en relación a los antecedentes familiares y de anamnesis por aparato de las historias clínicas analizadas (n=57)

Antecedentes familiares	42 (74%)
Anamnesis por aparato	28 (49%)

En la sección de antecedentes personales (TABLA 3) el porcentaje de completitud fue del 84% (48 HC). En la TABLA 4 puede observarse un bajo porcentaje de completitud en anamnesis por aparato del 49 % (28 HC), y antecedentes familiares con un 74 % (42 HC)

Tabla 5– Número (porcentaje) de datos completos en relación al examen físico de las historias clínicas analizadas (n=57)

Examen físico	9 (16%)
Impresión general	48 (84%)
Peso-Talla-IMC	10 (18%)
Tensión arterial	48 (84%)
Frecuencia cardíaca	49 (86%)
Frecuencia respiratoria	49 (86%)
Temperatura Corporal	49 (86%)
Saturación de oxígeno	45 (79%)
Piel y faneras	41 (72%)
Cabeza y cuello	47 (84%)
Aparato respiratorio	56 (98%)
Aparato cardiovascular	56 (98%)
Examen de Abdomen	56 (98%)
Aparato genito-urinario	55 (96%)
Sistema osteo-articular	55 (96%)
Examen Neurológico	54 (95%)

En la tabla 5 podemos observar que el examen físico completo 16 %, los ítems incompletos fueron peso, talla e IMC (18%), examen de piel y faneras (72 %) y el examen de cabeza y cuello (47 %).

Tabla 6– Número (porcentaje) de datos completos en relación a la lista de problemas, plan terapéutico y estudios complementarios de las historias clínicas analizadas (n=57)

Lista de problemas, dato guía, diagnósticos diferenciales	24 (42%)
Plan terapéutico inicial	43 (75%)
Laboratorio	
Sí	43 (75%)
No	11 (20%)
No Aplica	3 (5%)
Estudios por imágenes	
Sí	43 (75%)
No	11 (20%)
No Aplica	3 (5%)
Electrocardiograma	
Sí	43 (75%)
No	11 (20%)
No Aplica	3 (5%)
Otros estudios complementarios	
Sí	14 (25%)
No	1 (2%)
No Aplica	42 (73%)

En la sección lista de problemas, dato guía y diagnósticos diferenciales (TABLA 6) se observó un porcentaje de completitud de 42% (24 HC), seguido por plan terapéutico inicial el cual fue del 75 % (43 HC), donde se encuentran además laboratorios de ingreso (75 %), estudios por imágenes (75%), y electrocardiograma realizado al ingreso con un resultado del 75%.

Tabla 7– Número (porcentaje) de datos completos en relación a la evolución de las historias clínicas analizadas (n=57)

Evolución diaria	56 (98%)
Nombre y apellido del paciente	56 (98%)
Signos vitales, diagnóstico, manejo actual	52 (91%)
Comentarios sobre estudios realizados	37 (65%)
Comentarios sobre terapéutica	40 (70%)

En la sección de evoluciones diarias (TABLA 7) se observó un porcentaje de completitud del 98 % (56 HC), pero con un bajo porcentaje en los ítems de comentarios sobre estudios realizados del 65 % (37 HC) y sobre la terapéutica instaurada del 70% (40 HC) en las evoluciones diarias.

Tabla 8 – Número (porcentaje) de datos completos en relación a Hoja de indicaciones médicas de las historias clínicas analizadas (n=57)

Hoja de indicaciones médicas	56 (98%)
Nombre Y apellido del paciente	56 (98%)
Nombre de medicación, vía, dosis administrada	56 (98%)
Fecha y hora	56 (98%)

Tabla 9 – Número (porcentaje) de datos completos en relación a los estudios complementarios y registros de enfermería de las historias clínicas analizadas (n=57)

Estudios complementarios en carpeta	56 (98%)
Registro de estudios complementarios	56 (98%)
Hoja de enfermería	56 (98%)
Nombre y apellido del paciente	56 (98%)
Signos vitales	56 (98%)
Fecha y hora de registros	56 (98%)
Hoja balance hidroelectrolítico si corresponde	
Sí	2 (4%)
No	1 (2%)
No aplica	54 (95%)
Hoja de control de glicemias si corresponde	
Sí	4 (7%)
No	1 (2%)
No aplica	52 (91%)

Tabla 10 – Número (porcentaje) de datos completos en relación hoja de interconsultas de las historias clínicas analizadas (n=57)

Interconsultas	54 (95%)
Nombre y apellido del paciente	55 (96%)
Resumen de enfermedad actual	55 (96%)
Resumen de examen físico	55 (96%)
Respuesta de interconsulta	54 (95%)

Tabla 11 – Número (porcentaje) de datos completos en relación a la epicrisis (n=57)

Epicrisis de internación	56 (98%)
Nombre y apellido del paciente	56 (98%)
Identificación del lugar de internación	56 (98%)
Fecha de ingreso y egreso	56 (98%)
Resumen clínico	54 (95%)
Indicaciones terapéuticas	46 (81%)
Información para continuar atención y seguimiento	47 (82%)
Diagnostico principal de egreso codificado	56 (98%)

Es importante destacar que se observaron porcentajes de completitud del 98 % en las secciones de indicaciones médicas (TABLA 8), estudios complementarios, hojas y registros de enfermería (TABLA 9). La sección de interconsulta a especialista también presentó un porcentaje del 95 %. En la sección correspondiente a epicrisis (TABLA 11) presentó un porcentaje de completitud del 98 %, pero con un porcentaje menor del 81 % en los ítems de indicaciones terapéuticas al egreso, e información para continuar atención y seguimiento del 82 %.

Tabla 12– Legibilidad de las distintas secciones de las historias clínicas analizadas (n=57)

LEGIBILIDAD	
Datos de identificación	
Sí	54 (95%)
No	2 (3%)
No aplica	1 (2%)
Motivo de consulta	
Sí	50 (88%)
No	5 (9%)
No aplica	2 (3%)
Enfermedad actual	
Sí	50 (88%)
No	6 (10%)
No aplica	1 (2%)
Antecedentes personales	
Sí	50 (88%)
No	5 (9%)
No aplica	2 (3%)
Antecedentes familiares	
Sí	39 (68%)
No	3 (5%)
No aplica	15 (26%)
Anamnesis por aparato	
Sí	27 (47%)
No	1 (2%)
No aplica	29 (51%)
Examen físico	
Sí	54 (95%)

No	2 (3%)
No aplica	1 (2%)
Lista de problemas, datos positivos, diagnósticos diferenciales, dato guía	
Sí	23 (40%)
No	1 (2%)
No aplica	33 (58%)
Plan terapéutico inicial	
Sí	43 (75%)
No aplica	14 (25%)
Evolución	
Sí	53 (93%)
No	3 (5%)
No aplica	1 (2%)
Indicaciones médicas	
Sí	53 (93%)
No	3 (5%)
No aplica	1 (2%)

Tabla 12 (continuación) – Legibilidad de las distintas secciones de las historias clínicas analizadas (n=57).

LEGIBILIDAD	
Estudios complementarios	
Sí	55 (96%)
No	1 (2%)
No aplica	1 (2%)
Hojas de enfermería	
Sí	43 (75%)
No	13 (23%)
No aplica	1 (2%)
Interconsulta a especialista	
Sí	55 (96%)
No	1 (2%)
No aplica	1 (2%)
Respuesta a interconsulta	
Sí	54 (95%)
No aplica	3 (5%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

Como podemos observar en la tabla 12 de legibilidad, la mayoría de las secciones de la historia clínica analizadas presentaron un alto porcentaje de legibilidad. Lo cual es para destacar, ya que en el momento en el que se realizó la presente investigación el servicio contaba con un formato de HC que se debía completar de manera escrita, no se contaba con un formato informatizada, solo la epicrisis.

El porcentaje más bajo se observó en registros de enfermería con un 23 % (13 HC). También podemos ver en las secciones porcentajes en NO APLICA, debido a la falta de registros de datos y por ende no podemos evaluar legibilidad.

Tabla 13– Veracidad (firma y sello del profesional) en las distintas secciones de las historias clínicas analizadas (n=57).

VERACIDAD	
Plan terapéutico inicial	47 (82%)
Evolución	55 (96%)
Indicaciones médicas	56 (98%)
Estudios complementarios	55 (96%)
Hojas de enfermería	55 (96%)
Interconsulta a especialistas	55 (96%)
Respuesta a interconsulta	
Sí	54 (94%)
No	1 (2%)
No Aplica	2 (4%)
Consentimiento para HIV	
No Aplica	57 (100%)
Epicrisis de internación	55 (96%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

En los que respecta a veracidad, es decir el registro de la firma e identificación del profesional interviniente, el porcentaje más bajo se observó en la sección de plan terapéutico inicial, seguido de respuesta a interconsulta con un 54 %, y el porcentaje de veracidad del 98% se observó en indicaciones médicas. En la sección de consentimiento para HIV se observó que el 100 % no aplicaba, por la ausencia de la solicitud del consentimiento informado y por ende no se pudo evaluar veracidad.

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

En el análisis de la muestra estudiada, puede observarse una edad media de 30+-12 años, en tanto el 63% de los pacientes fueron de sexo femenino. El promedio de días de internación fue de 6 días +-7.

En cuanto a la evolución, el 81 % obtuvo el alta hospitalaria mientras el 19 % se retiró con alta voluntaria del efector.

Tabla 14 – Características generales, días de internación y evolución de los pacientes en la internación analizados (n=57)

Edad (años) ^a	30 (12) (15-63)
Sexo (femenino) ^b	36 (63%)
Días de internación ^a	6 (7) (1-37)
Evolución ^b	
Alta	46 (81%)
Alta voluntaria	11 (19%)
Óbito	0 (0%)

Los datos se presentan como: ^a promedio (desvío estándar) (mínimo-máximo). ^bnº (%).

Tabla 15 – Presencia de Comorbilidades de los pacientes analizados (n=57)

Depresión	7 (12%)
Patología psiquiátrica no filiada	6 (11%)
Diabetes	5 (9%)
Hipertensión	5 (9%)
Asma	3 (5%)
Hipotiroidismo	3 (5%)
Obesidad	3 (5%)
HIV	3 (5%)
Epilepsia	2 (4%)
Psicosis	2 (4%)
Esquizofrenia	1 (2%)
ICC	1 (2%)
SIDA	0 (0%)
EPOC	0 (0%)
Cardiopatía isquémica	0 (0%)
Colagenopatías	0 (0%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

En la tabla 15 las comorbilidades más frecuentemente fueron depresión con un 12 % (7 pacientes), patología psiquiátrica no filiadas con un 11 % (6 pacientes) diabetes e hipertensión con un 9 % (5 pacientes), asma, hipotiroidismo, obesidad y HIV en un 5 % (3 pacientes)

Tabla 16 – Antecedentes de adicciones (n=57)

Alcohol	6 (12%)
Tabaco	26 (47%)
Cocaína	21 (40%)
Marihuana	2 (4%)
Drogas vía parental	1 (2%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

En la tabla 16 de adicciones, el tabaquismo presentó un porcentaje mayor de 47% (26 pacientes) y adicción a cocaína en un 40% (21 pacientes), mientras que la adicción a drogas vía parenteral fue el porcentaje más bajo con el 2 % (1 paciente).

Tabla 17 –Complicaciones durante la internación de los pacientes analizados (n=57)

Infección urinaria	1 (2%)
Flebitis	1 (2%)
Neumonía	0 (0%)
Síndrome confusional	0 (0%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

Cabe destacar además que se presentó un bajo porcentaje de complicaciones durante la internación solo 2 % para infección urinaria y flebitis.

Tabla 18– Diagnóstico de egreso de los pacientes analizados según codificación CIE 10 (n=57)

F60.3 Trastorno de personalidad límite	14 (25%)
F19.1 Intoxicación aguda por consumo de sustancias/drogas	12 (21%)
F41.3 Trastorno mixto de ansiedad	11 (19%)
F32.0 Episodio depresivo leve	4 (7%)
F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	3 (5%)
F43.0 Reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación leve	3 (5%)
F60.0 Trastorno paranoide de personalidad	3 (5%)
F60.1 Trastorno esquizoide de personalidad	2 (4%)
F20.0 Esquizofrenia paranoide	1 (2%)
F20.1 Esquizofrenia hebefrénica	1 (2%)
F20.9 Esquizofrenia sin especificación	1 (2%)
F70.1 Retraso mental leve	1 (2%)
T74.4 Violencia de género	1 (2%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

En la tabla 18 vemos los diagnósticos de egresos codificados según el CIE- 10, en las epicrisis, siendo el porcentaje más alto el trastorno de personalidad límite con un 25 %, seguido de intoxicación aguda por consumo de sustancias/drogas con un 21%, trastorno mixto ansiedad 19%, y el más bajo violencia de genero con un 2 %.

Tabla 19–Motivos de consulta de los pacientes analizados (n=57)

Intento de suicidio (ingesta medicamentosa)	24 (42%)
Consumo agudo de cocaína	9 (16%)
Crisis de angustia	7 (12%)
Ideación suicida	7 (12%)
Intento de suicidio (intento de ahorcamiento)	5 (9%)
Consumo problemático de alcohol	2 (3%)
Intento de suicidio (heridas auto infligidas)	1 (2%)
Alucinaciones	1 (2%)
Resguardo de persona por violencia de género	1 (2%)

Los datos se presentan como número (porcentaje).

En la tabla 19 de motivos de consulta el porcentaje más alto fue el de intento de suicidio por ingesta medicamentosa con un 42% (24 pacientes), seguido de consumo agudo de cocaína con un 16% (9 pacientes). El porcentaje más bajo se observó en intento de suicidio por heridas auto infligidas, alucinaciones, y resguardo de persona por violencia de género con el 2 %.

DISCUSIÓN

La evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas es muy importante y debería ser una prioridad en los diferentes servicios del hospital. Una HC correctamente confeccionada, constituye una herramienta fundamental para el proceso de atención del paciente, facilitando la continuidad asistencial y promoviendo una comunicación adecuada entre el equipo de salud (27). Sin embargo, muchas veces este registro puede ser incompleto por múltiples causas, como lo son la falta de capacitación del personal de salud, falta de apoyo logístico, ambiente inadecuado para el interrogatorio, patología de base del paciente que dificulta la anamnesis, información familiar insuficiente, sobre todo en pacientes de salud mental, entre otras. Todas estas causas constituyen factores importantes para la obtención de datos (29). Determinar dichas causas no constituye el objetivo del presente trabajo.

Para mejorar la calidad de los registros médicos es necesario conocer que se está haciendo y como (28). Es importante destacar, ciertas características que hacen a la calidad del registro de la HC, esta deber ser completa, legible y veraz.

Las historias clínicas en el HRSP son realizadas por médicos residentes, controladas los médicos de planta y jefe del servicio. En la actualidad no se desarrolla ninguna estrategia para mejorar la calidad de registro de las mismas en dicho nosocomio.

En este estudio se analizaron las 57 historias clínicas y se pudieron obtener datos útiles para la reflexión y evaluación del registro.

En primer lugar, el valor promedio del indicador básico de calidad para las HC evaluadas fue del 91%, es decir consideradas aceptables. La mediana (rango intercuartílico) fue 93% (85%-96%). Este valor es para destacar a diferencia de lo obtenido en el trabajo de B. Riondet, quien obtuvo un indicador básico de calidad del 71%, dicho trabajo a diferencia del nuestro, realizó una evaluación comparativa, con una primera etapa y elaboración posterior de estrategias y medidas correctoras. Luego se realizó una segunda evaluación para observar el impacto de dichas estrategias y allí el indicador básico de calidad fue del 76%, superior a la primera evaluación, pero al igual que en nuestro trabajo ninguna de HC revisadas cumplió con el 100 % de los criterios. (13). Otro trabajo publicado por L. Lell en el año 2013, titulado "Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del Hospital público" de Entre Ríos, en un hospital de tercer nivel de atención, analizó 157 HC, solo en términos de completitud y legibilidad, y determinó en que las HC fueron de baja calidad (6%), calidad mejorable(64%), buena calidad (27%) y excelente calidad solo un 3%(31).

En cuanto al indicador de completitud: se obtuvo un promedio del 89 %, la mediana (RIC) fue del 92% (83-95%). Pudimos observar que el menor porcentaje de completitud se presentó en la sección de examen físico con un 16 % es decir solo 9 HC presentaban examen físico completo. Los ítems más incompletos dentro del mismo fueron peso, talla e IMC (18%), examen de piel y faneras (72 %) y el examen de cabeza y cuello (47 %). En cuanto a la omisión de los datos de evaluación antropométrica, debemos recalcar que impiden una correcta evaluación nutricional del paciente hospitalizado, llevando a un mayor riesgo nutricional (32). La malnutrición llamada también "Epidemia silenciosa hospitalaria" es una patología que los pacientes de salud mental tienen un riesgo alto de padecerla. Un estudio realizado en Murcia, España, en el año 2022, evaluó el estado nutricional de 65 pacientes mediante medidas antropométricas, con el objetivo de ver la prevalencia de la malnutrición en pacientes internados por salud mental y se observó que el 43,1 % presentaban sobrepeso y el 21,5 % obesidad, siendo estos índices

superiores en las mujeres que en los hombres. Gran parte de los pacientes presentaron exceso de peso, circunferencia abdominal y porcentaje de grasa corporal. Estos son importantes factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico (48-49). Otro estudio multicéntrico titulado ELAN, de tipo transversal y multicéntrico que evaluó la prevalencia de desnutrición hospitalaria en América Latina en el año 2003, incluyó a 9348 pacientes hospitalizados mayores de 18 años. La desnutrición estuvo presente en el 50,2% de los pacientes estudiados y la desnutrición severa en el 11,2%. La valoración nutricional de los pacientes que ingresa a la internación es importante y siembre debe ser realizada. El paciente de salud mental está expuesto muchos factores ambientales, como el resto de la población, que contribuyen a una malnutrición como lo son los cambios de patrón alimentario en la sociedad, cambios de comportamiento que determinan la elección del tipo de alimentos que se decide o no consumir, sedentarismo, el uso de ciertos psicofármacos, entre otras causas (50).

Continuando con el indicador de completitud de nuestro trabajo, la sección de lista de problemas presentó un porcentaje de completitud del 42%(24HC) y el plan terapéutico inicial del 86 % (49 HC). El plan terapéutico en las HC de pacientes de salud mental se encuentra pocas veces registrado y esto puede generar ciertas dificultades. Es una información relevante y de interés para poder continuar un orden de estudio, un camino diagnóstico y un tratamiento. Los porcentajes obtenidos difieren del trabajo publicado por Matzumura Kasano, titulado "Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario P. Japonesa", donde se analizaron 323 HC y se encontró un cumplimiento adecuado de signos vitales y examen físico de 66 y 64 % respectivamente. En dicho trabajo también se observó que un 63% de las HC presentaba una calidad de registro aceptable, mientras que el 36,2% no lo fue. El indicador registrado de forma incompleta con mayor frecuencia fue el de signos vitales (27,7%) y diagnóstico de egreso (35,4%). En cuanto a veracidad se observó un porcentaje, similar a nuestro trabajo, con 99,5% y 93,2 % respectivamente. Este trabajo fue realizado en historias clínicas de consultorio externo y en una institución privada, en donde la auditoria de las HC es un proceso rutinario (33).

En el trabajo realizado por Pablo Rocano, titulado "Evaluación de calidad de registros de HC de pacientes fallecidos en el servicio de emergencias de un hospital general en el año 2008", se observó que el 100% de las HC auditadas tuvo una calificación regular entre 48 y 64%, de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro. Los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las HC auditadas, lo que difiere con nuestro trabajo, donde los datos de filiación tuvieron un porcentaje de completitud alto del 96%. Generalmente los datos filiatorios en guardia son solicitados por el personal administrativo para la admisión en el hospital, lo que facilitaría el llenado en HC. En el trabajo nombrado anteriormente el 100% de HC registró en forma incompleta los ítems de Enfermedad Actual y 70% en el motivo de consulta. En el 90% de HC se registró de forma completa los signos vitales. No hubo una sola HC en la que se registró la codificación CIE10. En el 5% de HC no hubo identificación del médico tratante. Sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis. Este trabajo fue realizado con las HC de pacientes fallecidos en un servicio de emergencias (29).

Otro estudio publicado por Salas Pérez, M. D, titulado "Evaluación de la calidad de las HC de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional dos de mayo, de Perú", donde se analizaron 380 HC y se observó que la sección de examen físico fue incompleto en un 41,1%y el plan terapéutico estuvo presente en el 75,5%,

similar a lo observado en nuestro trabajo, en dichas secciones .El 79,2 % de HC fueron legibles , y en el 84,5 fueron veraces. Este trabajo mencionado presentó solo un 28,7 % de HC de calificación aceptable de acuerdo a la ficha de auditoria de calidad del Ministerio de Salud (MINSa), utilizada como instrumento de evaluación de la misma. (34).

Según el estudio B. Riondet se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios, datos filiatorios, signos vitales, impresión general y plan terapéutico inicial. (13). En nuestro trabajo pudimos observar datos similares, los porcentajes más altos de completitud se encontraron en las secciones de datos filiatorios y motivo de consulta con un 96 % (55 HC),la enfermedad actual presento un 98 %, (56 HC),evoluciones diarias (98 %), indicaciones médicas , registros de enfermería y epicrisis (98%).

En nuestro trabajo la epicrisis presentó un porcentaje de completitud del 98 %,es decir las HC presentaban Epicrisis, con diagnostico principal codificado según el CIE-10 del 98 %.Estos valores son similares al estudio Reyes P ,donde las HC presentaron correctamente los diagnósticos presuntivos y definitivos 80,4%, y 69,8 %, pero no utilizaron codificación CIE -10 (30) .Los resultados encontrados en nuestro trabajo podrían explicarse porque las epicrisis son realizadas en forma informatizada ,ya que en el servicio se cuenta con un modelo de epicrisis en computadora, lo que mejora la legibilidad, la organización de la información y la codificación diagnóstica. Esta última suele ser un problema porque generalmente no se codifica adecuadamente ,lo que dificulta el registro y el acceso a información en futuras búsquedas . En el trabajo B. Riondet la presencia del diagnóstico principal tuvo un bajo cumplimiento con un 62 %, comparado con nuestro trabajo. (13). Dentro de las secciones de la epicrisis que evaluaban completitud se observó que el porcentaje era de 81% en Indicaciones terapéuticas al alta e información para continuar atención y seguimiento del 82 %respectivamente. En el estudio B. Riondet se observaron porcentajes similares con un 93% para indicaciones de tratamiento y un 83 % en información para la continuidad de la atención. El porcentaje de ausencia de epicrisis en dicho trabajo fue el 8,9% (13)

El alta hospitalaria constituye un momento muy importante del proceso atención, como también lo es la confección de la epicrisis. Esta merece dedicación y tiempo igual que al realizar una HC de ingreso, si la epicrisis es incompleta puede derivar en reingresos, eventos adversos, falta de comprensión sobre el tratamiento y la patología , insatisfacción del paciente y familiares ,falta de seguimiento , discontinuidad de tratamientos, entre otras, por eso debemos destacar la importancia de realizar una epicrisis correctamente y completa con toda la información necesaria para el paciente (51-52).

La serología para HIV en el HRSP se solicita a todo paciente que ingresa a la sala. En nuestro trabajo el consentimiento informado estuvo ausente en el 95 % de las HC evaluadas, es decir nunca fue solicitado. En el estudio publicado por B. Riondet obtuvo el porcentaje de 0 % consentimiento informado para HIV, es decir el mismo nunca fue solicitado (13). El trabajo realizado por Delgado-Márquez, titulado "Evaluación de la calidad de la historia clínica en un servicio de medicina interna", en Valladolid, España en el año 2014 se vio que el consentimiento informado estaba presente en el 65% de los ingresos, pero se consideraron solo en los casos necesarios y el estudio no especifica para que procedimientos se solicitó (36). El consentimiento informado es el acto por el cual el médico describe al paciente el estado de salud y el procedimiento a seguir, detallando los beneficios y riesgos. Requiere de parte del paciente el entendimiento y la aprobación del mismo. Según la Ley 26529, el consentimiento

informado puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante. Existe un consentimiento universal, algunos autores lo llaman genérico que realiza el paciente al ingresar al hospital (36).

El Hospital Roque Sáenz Peña no cuenta con un consentimiento informado universal, ni para solicitud de serología para HIV. Se consideró en la historia clínica en la sección de evoluciones diarias, evaluar la información brindada al paciente en cuanto a la solicitud de serología para HIV y no se encontraron datos registrados, obteniéndose el porcentaje anteriormente mencionados.

En nuestro trabajo el [indicador de legibilidad](#) presentó una mediana (RIC) 100 % (94-100%). La mayoría de las secciones de la historia clínica analizadas presentaron un alto porcentaje de legibilidad, estudios complementarios con un 96% (55 HC), datos filiatorios con un 95 % (54 HC) al igual que examen físico, y evolución diaria con un 93 % (53 HC) ,lo cual es para destacar . El porcentaje más bajo se observó en registros de enfermería con un 23 % (13 HC). Las HC analizadas en nuestro trabajo no se encontraban informatizadas y fueron escritas a mano, con una legibilidad adecuada para la lectura y comprensión . Estos datos son similares al trabajo de B. Riondet en donde los criterios de legibilidad superaron el 90 % (13). Al igual que estudio realizado por Salas Pérez M D donde las HC analizadas fueron legibles en el 79,2% (34). Debemos mencionar que la HC informatizada presenta muchas ventajas en comparación con la HC analógica (en papel), siempre y cuando se asegure la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos. Se debe adoptar y contar con un medio de soporte que permita el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La historia clínica informatizada facilita la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa , económica , permite accesibilidad, y mejora la calidad del registro . La informatización de la HC tiene como inconveniente principal el poner en peligro algunos de los derechos del paciente, como son el derecho a la intimidad y confidencialidad o la pérdida de los datos. Para evitar tales inconvenientes es necesario educar al personal de salud que manipula la información y asegurar un acceso restringido. (13)

En el estudio realizado por L Lell.L(31) . la variable legibilidad presento una baja calidad 20 %, calidad mejorable en un 66 % y buena calidad un 14 %, excelente calidad 0%, es decir ninguna HC tuvo una excelente legibilidad, aunque la hoja de enfermería presentó mayores puntajes, a diferencia de lo encontrado en nuestro trabajo. En el estudio de Barrera titulado: "Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro médico Naval" , de Perú, según el nivel de calidad en cuanto a legibilidad la HC se apreció que el 50,6 % de las HC son de calidad mala y un 49,4 % son de calidad regular, es necesario hacer la salvedad que este estudio se realizó en un servicio de emergencias (14). Es importante considerar que la HC es consultada no solo por otros médicos si no por todo el equipo de salud y terceros involucrados (abogados, jueces y el propio paciente) por lo que es imperioso que sea siempre legible. La ilegibilidad, o el uso de un lenguaje médico inadecuado puede generar dificultades en el cumplimiento de indicaciones o en la comprensión de lo que está registrado.

En nuestro trabajo el indicador de veracidad: el promedio fue del 96%, mediana (RIC) 100%. En Veracidad se presentaron porcentajes altos en la mayoría de las secciones evaluadas, siendo las indicaciones médicas las más alta con 98 % y plan terapéutico inicial el más bajo con un 82 %. Estos valores son similares a los obtenidos en el estudio B Riondet (13) donde la mayoría de los criterios que evaluaban veracidad superaron el 90 %, al igual que es estudio Barrera (14) donde en la frecuencia según el nivel de calidad en cuanto a veracidad la HC presentó una calidad regular con 97,6 %, se obtuvo un 100% en lo relacionado el uso de firma y sello en cada evolución o indicación médica, similar a lo obtenido en nuestro trabajo.

El Hospital Roque Saenz Peña consta de consultorios externos con las siguientes especialidades: ginecoobstetricia, cardiología, fonoaudiología, dermatología, hematología, neurología, pediatría, reumatología, gastroenterología, psicopedagogía, psiquiatría, traumatología, endocrinología, cirugía, urología e infectología. De estas especialidades no se evaluó el registro en las historias clínicas, sería importante poder realizar en un futuro un trabajo abarcando el resto de las especialidades para conocer el registro de HC por ambulatorio.

La elección de la población de salud mental para este trabajo surgió porque son muy frecuentes las internaciones de estos paciente en sala de clínica y sobre todo en un hospital de segundo nivel de atención. Se consideró pertinente conocer las características descriptivas, clínico-epidemiológicas de la población, como así también las causas de internación más frecuentes, comorbilidades, adicciones y estadía hospitalaria. No se realizaron trabajos sobre dicho tema en el HRSP.

En el análisis descriptivo de los pacientes internados, se observó una edad media de 30+-12 años, en donde el 63% fueron de sexo femenino. A diferencia del trabajo realizado por Malleza S, de Buenos Aires, los pacientes internados, el 39% eran de sexo masculino y el 61% de sexo femenino; con una edad promedio de 51.85 años (38). El Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM) fue un relevamiento realizado con el objetivo de caracterizar la población internadas por motivos de salud mental en establecimientos de internación monovalente en Argentina en el año 2019. Se realizaron 181 operativos territoriales en los que participaron 750 personas. En dicho censo la edad promedio de edad de las personas internadas fue de 50 años, la mediana 51 y el rango 37-63. En relación a la distribución por identidad de género, se observó que el 49% eran varones y el 45% mujeres, en un 5% no se contó con la información de las personas y, el resto, se identificó con otros géneros (39).

En nuestro trabajo el promedio de días de internación fue de 6 días +-7, es decir un periodo corto. La LNSM establece que la internación debe ser lo más breve posible, y estar destinada sólo a estabilizar el cuadro para luego continuar el abordaje de manera ambulatoria. Según el estudio realizado por Buedo-Fiadaron en el año 2015, el 78% de los pacientes, presentaron una larga internación, con una duración de 1 año. Dicho trabajo a diferencia del nuestro fue realizado en una institución monovalente (40) En otro estudio realizado por Chebar en el Hospital Alvear de Buenos Aires, el promedio de internación también fue prologado, de 97.37 días. (41) Tal como se ha observado en otros estudios es probable que estos períodos de internación prolongados se asocien a la situación de vulnerabilidad social del paciente, la falta de trabajo y autonomía económica, entre otras causas, aunque muchas veces es multifactorial. Los pacientes de salud mental no solo requieren de una asistencia hospitalaria, necesitan condiciones de vivienda adecuadas, red social de apoyo comunitario y familiar, que evite su estancia prolongada en el hospital (38-39).

En cuanto a las adicciones el tabaquismo presentó un porcentaje mayor de 47% (26 pacientes) , adicción a cocaína en un 40% (21 pacientes) y etilismo con un 12 %. Estos datos difieren del estudio Chebar donde se observó que las adicciones más frecuentes fueron con un 18.7% abuso de sustancias en primer lugar y el 15.0% abuso de alcohol (41) .El problema de las adicciones es algo muy frecuente en nuestro medio y en estos pacientes .Según lo publicado la patología dual, que se define como la comorbilidad entre un problema de salud mental y un trastorno por uso de sustancias, es común en los países de América Latina y crea un desafío para la salud.(29, 30).En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en población general de Argentina publicado en el año 2018 el 10.4% de los encuestados presentaban algún tipo de trastorno por consumo de sustancias (31-47).

Los motivos de consulta más frecuentes fueron el de intento de suicidio por ingesta medicamentosa con un 42%,seguido de consumo agudo de cocaína con un 16%(9 pacientes).El porcentaje más bajo se observó en intento de suicidio por heridas auto infligidas ,alucinaciones, y resguardo de persona por violencia de género con el 2 %.Los diagnósticos al egreso según el CIE- 10 ,fueron trastorno de personalidad límite con un 25 %, seguido de intoxicación aguda por consumo de sustancias con un 21% , y el más bajo fue violencia de genero con un 2 %. Estos datos obtenidos en nuestro trabajo difieren, del estudio publicado por Buedo-Fiadaron. en el año 2015, un estudio tipo descriptivo observacional que evaluó 485 internaciones en una Clínica Privada monovalente en Bahía Blanca donde el diagnostico principal de egreso fue de trastornos psicóticos con un 31,96%, seguido de trastornos neurocognitivos con un 15,6% (40) .

El trabajo realizado por Malleza S, titulado, “Análisis epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de la Ciudad de Buenos Aires”, donde se evaluaron 254 internaciones en sala de psiquiatría, durante el período de 2018 a 2019, la duración de internación fue de 22 días, siendo el 31.5% de las mismas de carácter involuntario. En dicho trabajo los motivos de ingresos más frecuentes fueron por cuadros depresivos (32.7%), trastornos psicóticos (22.8%) y demencia/síntomas conductuales (13%). El 10.6% de lo pacientes ingresaron por haber realizado una tentativa suicida, lo que difiere de nuestro trabajo. En dicho estudio los diagnostico de egreso fueron con el 43.3% de Trastornos Afectivos y el 18.9% de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes respectivamente (38).

En América Latina y el Caribe, al igual que Argentina, el trastorno depresivo se presenta como más frecuente, seguido de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos psicóticos, y trastornos bipolares (42-46). En nuestro trabajo la comorbilidad más frecuente fue la depresión con un 12 % (7 pacientes).

En el año 2015 se realizó un trabajo en el Hospital Provincial de Rosario , titulado prevalencia de padecimientos subjetivos de pacientes internados por el servicio de clínica médica de un hospital público, tipo retrospectivo, observacional, de corte transversal, donde se incluyeron pacientes de ambos sexos con patología subjetiva que cursaron internación en sala general desde el 1 de Junio de 2013 hasta 30 de Mayo de 2015.Se registraron 137 internaciones de pacientes con padecimientos subjetivos;56% hombres, edad media de 36.8±19.9 años. Dichos porcentajes difieren a nuestro trabajo. Entre los hábitos prevaleció la adicción por vía inhalatoria (29%) y el etilismo (35%), similar a nuestro trabajo donde las adicciones más frecuentes fueron tabaquismo, ADVI, y etilismo. Las comorbilidades:16% eran hipertensos,13% con diagnóstico de HIV,12% con hepatopatía crónica,6% diabéticos. En nuestro trabajo ,estos porcentajes se

asemejan, ya que las comorbilidades más frecuentes fueron depresión (12%), patología psiquiátrica no filiada (11%), diabetes (9%), HTA (9%), asma, hipotiroidismo, obesidad y HIV con un 5 % . Los motivos de consulta por patología subjetiva más frecuentes adicciones (28%), el apoyo psicológico (25%) Las complicaciones que presentaron fueron relacionadas con neoplasias (10%),neumopatía (10%),alteración del sensorio(9%) y fueron las principales patologías orgánicas asociadas. En nuestro trabajo el porcentaje de complicaciones durante la internación fue bajo , solo se observo una infección urinaria y una flebitis con un 2 % respectivamente .En el trabajo del Hospital provincial de Rosario la evolución de los pacientes fue muerte 10 (7%),6 por progresión de enfermedad de base y 4 por shock séptico. (53). La evolución que presentaron nuestros pacientes fue la siguiente, el 81%, obtuvo el alta hospitalaria mientras el 19 % se fugó del efector. En el trabajo publicado por Malleza S. el alta fue programada en el 89.4% de los casos, retirándose el 11.6% con alta voluntaria. Ningún paciente se fugó durante el período evaluado en dicho trabajo, similar a lo observado en nuestro trabajo (38).

El alta voluntaria constituye un problema frecuente en los pacientes de salud mental. Según el estudio publicado en el veterans Affairs Medical Center de Estado Unidos , entre más de 1,8 millones de altas hospitalarias de entornos residenciales o de pacientes hospitalizados de agudos dentro del sistema de atención médica , el hallazgo más sorprendente fue una tasa cuatro veces mayor de altas voluntarias ,del entorno de tratamiento residencial (15,9 %) frente a pacientes hospitalizados de agudos (3,9 %)(43-44-45).

La internación en sala general muchas se ven afectada por ciertas dificultades como lo son la infraestructura edilicia inadecuada, equipamiento de recursos materiales insuficientes, la falta capacitación del personal de salud, administrativos, como de otros servicios hospitalarios y las demoras en la derivación a hospitales monovalentes cuando se requieren, entre otras. Todas estas dificultades afectan la organización del trabajo, aunque igualmente cada hospital termina organizándose con los recursos que disponen para atender la demanda de salud mental. Es fundamental la adecuación de los servicios de salud mental que habilitan una internación en un hospital general para garantizar una adecuada atención del paciente de salud mental (6).

El presente trabajo brinda una caracterización de los pacientes de salud mental que ingresan a la sala. Contar con esta información nos permite visibilizar los desafíos que se plantean en la práctica clínica diaria al trabajar con el paciente de salud mental. El médico clínico debe tener un abordaje integral, y asumir la responsabilidad en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de estos trastornos tan prevalentes en nuestra sociedad.

LIMITACIONES:

Cabe destacar que el estudio realizado es de diseño retrospectivo, y se abordó dicha investigación en un solo servicio del hospital y en un solo centro, analizándose solo las HC de internación de clínica de pacientes de salud mental, probablemente sus datos no son extrapolables. Otra de las limitaciones su N pequeña. Sin embargo, se pudo alcanzar los objetivos de la investigación.

CONCLUSIÓN

-El presente trabajo nos permitió conocer la calidad de registro de las HC , en términos de completitud, veracidad, y legibilidad. Nos encontramos con una valoración aceptable en comparación con otros trabajos publicados, aunque el indicador de completitud observó que las HC presentaron algunas deficiencias importantes en ciertas secciones como el examen físico, el cual fue incompleto en la valoración nutricional y el consentimiento informado para HIV El indicador de legibilidad también fue aceptable, a pesar de que las HC no estaban informatizadas en el momento que se realizó la investigación y fueron completadas en forma escrita a mano , con un adecuada legibilidad que permitía la lectura y comprensión.

-En cuanto al consentimiento informado, debemos remarcar la importancia de brindar la información acerca de la solicitud previamente de dicha serología, ya que este punto fue el que menos se vio reflejado en los registros y nunca fue solicitado .El consentimiento es obligatorio para toda actuación profesional en el ámbito médico - sanitario sea público o privado y constituye un derecho del paciente.

Como nombramos en la introducción la internación de pacientes por salud mental en sala de clínica es un hecho cotidiano desde la incorporación de LNSM, nuestro trabajo permitió conocer las diferentes características clínico-epidemiológicas, causas de internaciones y comorbilidades y adicciones más frecuentes para así tener una mirada más integral de estos pacientes.

RECOMENDACIONES FINALES

-La importancia de esta investigación es que no debe ser estática ni aislada, sino que debe permitir que se realicen de manera regular un análisis de los diferentes registros médicos de la internación, con una visión crítica de los errores y con propuestas de estrategias con el fin de mejorar la calidad de registros médicos. Los datos obtenidos nos llevan a concientizar y plantear una mejora continua del registro, en la que debemos participar activamente todos los profesionales intervinientes.

-Como recomendación se sugiere una revisión periódica de las historias clínicas con seminarios de HC con los residentes y médicos staff, en donde se evalué y se recomienden cambios en aquellos aspectos a mejorar en la HC y así contribuir al aprendizaje, reflexión y formación de los médicos para una mejor calidad de registro que contribuye al buen ejercicio de la profesión médica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- *Patricio Cristóbal Rey et al, Carga social de los trastornos mentales. Psiquiatría.com. 2020 VOL (24) ISSN: 1137-3148.*
- 2- *Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.*
- 3- *Juan Carlos Stagnaro, Alfredo Cía , Néstor Vázquez, Horacio Vommaro, Martín Nemirovsky , Edith Serfaty et al , Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina, VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 275-299.*
- 4- *Natalia Fuensalida, Agustín Pasquale, Gabriela Castro Ferro, Psiquiatra Alejandro Brain, Silvina Sosa, Analía Zanatta. Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad: Abordaje de la salud mental en hospitales generales-2018-(Online)(Consultado 19 de mayo de 2019) Disponible: <https://www.scribd.com/document/398708780/Atencion-en-Hospitales-Generales>*
- 5- *Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010 y promulgada: Diciembre 2 de 2010 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL(Online)BuenosAires:Elsenadoycámaradediputados;2010.(Consultado 19demayode2022)Disponible:http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamento.*
- 6- *Tosi, A.; Benítez, P.; Garcete, E.; Giovanello Díaz, A.; Marini, M.; Santanocito et al , La ley Nacional de Salud Mental: Avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 255-262.*
- 7- *Cohen, Hugo. 1994: El proceso de Desmanicomialización en Río Negro en Políticas en Salud Mental. Comp. Saidón, O. y otros. Lugar. 1° edición. Bs. As.*
- 8- *Paola Cocconi, José Belizán. Nuestra función es poder acompañar. Acompañar procesos que construyan sujetos. A decir de Mario Testa “no se trata de fijar normas, sino de desencadenar procesos”. Lineamientos, acciones y funciones de la Dirección de Salud Mental(Online) 2017.(Consultado 19 de mayo de 2019) Disponible https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/escrito_dsm_ok.pdf*
- 9- *-Adriana Silvia Velito , Sergio Ramiro Tejada Soriano .La historia clínica como instrumento de calidad ,curso anual de auditoria medica de hospital Alemán 2010,(Consultadoel10deseptiembrede2020),Disponiblen[http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca./](http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/)*
- 10- *Jorge González ,Marta Areces, Susana Marcelo, Daniel Cabulí, Liliana Iglesias et al, Calidad de las historias clínicas: Un camino hacia la mejora de la comunicación institucional .Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía, Edición electrónica2010.VolumenXVNº3:138,Disponibleen:<https://hospitalramosmejia.com.ar/revista.html>*
- 11- *Alberto J. Muniagurria, Semiología clínica, Historia clínica, en línea,-(Consultadoel10deseptiembrede2020)Disponible:<https://www.semiologiaclinica.com/index.php/articulocontainer/historiaclinica/47-historia-clinica>*
- 12- *J. Renau, I. Pérez-Salinas et al , Evaluación de la calidad de las historias clínicas, Formación continuada ,Pápeles Médicos 2001;10(1):32-40.*
- 13- *Riondet, B. (Tesis de Maestría en Salud Publica. Evaluación Estadística de la Calidad de la Historia Clínica en Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la Plata. La Plata, Argentina (Online)Diciembrede2007(Consultadojunio2020)Disponible: <https://doi.org/10.35537/10915/5391>*

- 14- Barrera Astuhamán, Batty Gianina, Quiñones Joel molina Helfer. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro médico naval en el tercer trimestre del año 2016 (Tesis para maestría en gestión de los servicios en salud)(Online). Escuela de posgrado universidad CesarVallejo, Perú; 2017. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12692/8772>
- 15- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revisión (ICD10) Who Version for ; 2016 (Online). Disponible: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10.htm>
- 16- Schuckit MA, Alcohol-use disorders. Department of Psychiatry, University of California, San Diego, CA, USA. Lancet. 2009 Feb 7; 373(9662):492-501.
- 17- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011” (INTERNET) Disponible en <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento133.pdf>
- 18- Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, (Online) 2013 (Consultado en junio 2020) Disponible https://psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf.
- 19- A.J. Muniagurria, J. Libman , Semiología Clínica, Motivos De Consulta “Historia Clínica “ (Libro electrónico)(consultado el 20 de octubre 2020) Disponible en: <https://www.semiologiaclinica.com/index.php/articlecontainer/historiaclinica/47-historia-clinica>.
- 20- Argente H, Álvarez M. Semiología Médica Fisiopatología , Semiotecnica Y Propedeutica. 1.ª Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2006. Pagina 41 – 52.
- 21- Beare, Myers, y col, “El Tratado de Enfermería Mosby”, Vol. 2, 2da. Edición, Ed. Oriente S.A.B. Kozier, “Fundamentos de Enfermería”, 5ta Edición, Ed. Interamericana.
- 22- Carlos Villavicencio , Sección 7 Procedimientos Sobre El Aparato Respiratorio, Procedimientos De Urgencia y Emergencia en pacientes adultos .-1er Edición - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus Libros Médicos Y Científicos, 2016. Página 95 -98 .
- 23- Corona Martínez Luis, Fonseca Hernández Mercedes. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur (Online). 2011 (Consultado mayo 2021) 9(4) 327-333 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400010&lng=es.
- 24- Renan Irias M. Historia Clínica: Documento Médico Legal. Revista Médica Honduras .2001; (Vol 69 N°1): Paginas 35-40.
- 25- Harrison. Principios de Medicina Interna. 20.ª ed. C.P.01376, Ciudad de México: J. Larry Jameson, MD, PhD, Anthony S. Fauci, MD, Dennis L. Kasper, MD, Stephen, Dan L. Longo, MD, Joseph Loscalzo, MD, PhD, L. Hauser, MD; 2018. Capítulo 465: Enfoque para la interconsulta médica.
- 26- Eduardo Benitez, Manual De Semiología Guía De Actividad Práctica N° 3: Historia Clínica (Online) (Consultado el 12 de noviembre de 2020) Disponible en <http://semiologiahnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2016/06/MODELO-DE-HC.pdf>.
- 27- Acosta De Duarte, Vera de Valdez L. Evaluación de la Calidad del Registro de las historias clínica. Acad (Online). 30 De Diciembre De 2022 (Consultado el 11 de Enero de 2022); 5(1):5466. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/3080>.
- 28- Centro de la Comisión Conjunta para la Transformación de la Atención Médica. Datos sobre el Proyecto de Transferencia de Comunicaciones. 2016.

Disponible: http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTH_HO_C_Fact_Sheet.pdf.

- 29-** Pablo-Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un Hospital General. *Rev. Soc. Perú Med Interna (Online)*. 2008 abril-junio (Consultado el 12 de enero de 2022);51–54. Disponible <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/310>.
- 30-** José Reyes Armas, Juan Pedro Matzumura Kasano, Hugo Gutiérrez Crespo, Et al. Calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval -Callao, 2014."Perú, *Revista Ciencia y Tecnología*, 2020. v. 16, n. 2, pp. 33–41.
- 31-** Lell, Luciana. Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos. *Universidad Nacional del Litoral (Online)*. 24 de Noviembre de 2014 Prezi.(Consultado el 13 agosto de 2022) Disponible en <https://prezi.evaluacion.de.la.calidad.de.las.historias.clínicas.del.hospital/>.
- 32-** Casuriaga, Ana et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. *Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch. Pediatr. Urug. (Online)*. 2018, vol.89, n.4 (Consultado el 01 de octubre 2022), pp.242-250. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo>.
- 33-** Matzumura Kasano Juan P., Gutiérrez Crespo Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An. Fac. med.(Online)*. 2014 Jul (Consultado en mayo 2022] ;75(3): 251-257. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo>
- 34-** Salas Pérez, Marcia Darmelly. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo: año (Online) 2006(Consultado el 15 agosto 2022).Disponible: Lilacs, *lilacs* | ID: lil-682702
- 35-** R Core Team (2021), R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.URL <https://www.R-project.org/>
- 36-** Delgado-Márquez AJ, Polo-Polo MJ, Villa-Caballero JC, Andreu-Román MM, Fernández-Espinilla V, Hernán-García C. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna (Online)(Consultado septiembre 2022).https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/04_EVALUACION_CALIDAD.pdf
- 37-** Ley 26529 derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (Online). *Argentina.gob.ar*. (Consultado el 16 de enero de 2021)Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/160432>
- 38-** Malleza S, Abudarham T, Bertolani FC, Matusevich D, Faccioli JL. Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina *Vertex*. 2022 Dic 30;33(158, oct.-dic.):6-19. doi: 10.53680/vertex.v33i158.314. PMID: 36626610.
- 39-** Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (Online). *Argentina.gob.ar*. 2018 (Consultado el 15 de enero de 2022). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/salud-mental-y-adicciones/censo-nacional>
- 40-** Buedo, Paola Estefanía;Fiadaron, Romina et al,Descripción de las internaciones en salud mental de una institución monovalente en la ciudad de Bahía Blanca,

Argentina Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca ; 26(2): 36-42, abril-junio 2016. Artículo en Español LILACS

- 41- Chebar, D., Alba, P., Alarcón, H., Fassi, G., Losanovsky Perel, V., Mazaira, S., & Martino, D. J. (2019) *Et al. Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio demográfica. Vertex Rev Arg Psiquiatr., 30(148), 420-425*
- 42- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga J, Saxena S, Saraceno Et al . *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 18(4/5):229-40.*
- 43- Riblet NB, Gottlieb DJ, Watts BV, Levis M, Scott R, Shiner B. *Is It Time for the Mental Health Field to Consider Unplanned Discharge a Key Metric of Patient Safety? J Nerv Ment Dis(Online) 2022 Mar 1(Consultado diciembre 2022) Disponible: doi: 10.1097/NMD.0000000000001425. PMID: 35199662; PMCID: PMC8937566.*
- 44- Novella, E. J. *Et al . Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. (2010) Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy, 18(3), 222-238. https://doi.org/10.1007/s10728-009-0138-8*
- 45- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C Et al. *Women poverty and common mental disorders in four restructuring societies. Soc Sci Med. 1999; 49(11):1461-71.*
- 46- Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E, et al. *Estudio epidemiológico de salud mental en la población general de la República Argentina (Online). VERTEX .Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, vol. XXIX: 275-299(Consultado 1 agosto 2020). Disponible en: hhttps://www.apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf*
- 47- Serfaty E. *Dual et al Pathology. The comorbidity of psychiatric disorder and psychoactive drug abuse. Psicofarmacología. 2001; 71:17-24.*
- 48- Waitzberg D. L., Ravacci G. R., Raslan M.. *Desnutrición hospitalaria. Nutr. Hosp. (Online). 2011 Abril (citado 23 febrero 2021) ;26(2):254-264. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112011000200003&lng=es.*
- 49- Peñalver Rocío, Ros Gaspar, Martínez-Zamora Lorena, Nieto Gema. *Valoración del estado nutricional en enfermos mentales institucionalizados. Nutrición Hosp. (Online) 2022 Abr(39(2):365375. Disponible en. https://dx.doi.org/10.20960/nh.0381*
- 50- M. Isabel T.D Correia, Antonio Carlos L Campos, *Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study, Nutrition, Volume 19, Issue 10, 2003 Pages 823-825, ISSN 0899-9007, https://doi.org/10.1016/S08999007(03)00168-0*
- 51- Eymín Gonzalo, Aizman Andrés, Lopetegui Marcelo, Manjarrez Efrén. *Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. Rev. méd. Chile(Online). 2014 Feb (citado 2022 1 enero); 142(2):229-23 Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349887201400020012&lng=es.*
- 52- Coit MH, Katz JT, McMahon GT. *The effect of workload reduction on the quality of residents' discharge summaries. J Gen Intern Med. 2011;26(1):28-32. (Online)(consultado el 21 enero de 2021) Disponible en https://doi.org/10.1007/s11606-010-1465-z*

- 53-** Nonino M, Rodriguez M, Finucci Curi B, Simonetta F, Atum Y, et al., *Prevalencia de Padecimientos Subjetivos en pacientes internados por el servicio de clínica médica de un hospital público, Congreso XXIII Nacional de Medicina de la Sociedad Argentina de Medicina (SAM)) (Online). Comunicación libre -08-04, página 15.;2015.(Consultado julio 2020) Disponible en: [http://sam.org.ar/Libro Resumenes Congreso 2015.pdf](http://sam.org.ar/Libro_Resumenes_Congreso_2015.pdf)*

ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE Y APELLIDO : N° HC: FECHA INGRESO :

RESIDENTES A CARGO : FECHA DE EGRESO :

CAMA

CRITERIOS A EVALUAR			
N° Criterios	SI	NO	NO APLICA
1-IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE /DATOS FILIACION :			
1.1 Nombre y apellido , edad , sexo y DNI :			
1.2 Domicilio y teléfono:			
1.3 Fecha de ingreso:			
1.4 Escolaridad , CDS de referencia y ocupación :			
1.5 Referencia familiar :			
1.6 Es legible			
2-MOTIVO DE CONSULTA SI NO NO APLICA			
2.1 Es legible			
3 ENFERMEDAD ACTUAL COMPLETA SI NO NO APLICA			
3.1 Es legible			
4- ANTECEDENTES PERSONALES COMPLETOS SI NO NO APLICA			
4-1 Antecedentes de patológicos infancia, adolescencia ,edad adulta			
4-2 Antecedentes internaciones previas			
4.3 Antecedentes traumatológicos			
4.4 Antecedentes quirúrgicos			
4.5 Antecedentes farmacológicos y toxicos			
4.6 Antecedentes Alergicos			
4.7 Antecedentes Socio- Económicos			
4.8 Antecedentes Gineco-obstetricos			

<i>Continuacion 4.9 Habitros</i>
<i>4.10 Es legible</i>
5 -ANTECEDENTES FAMILIARES COMPLETOS SI NO NO APLICA
<i>5.1 Es legible</i>
6 ANAMNESIS POR APARATOSI NO NO APLICA
6-1 LEGIBLE
7- EXAMEN FÍSICO COMPLETO SI NO NO APLICA
<i>7-1 impresión general</i>
<i>7.2 Peso y talla :</i>
<i>7.3 Presión arterial</i>
<i>7.4 Frecuencia cardiaca</i>
<i>7.5 Frecuencia respiratoria</i>
<i>7.6 Temperatura</i>
<i>7.7 Saturación</i>
<i>7.8 Piel y faneras</i>
<i>7.9Cabeza y cuello</i>
<i>7.10Aparato respiratorio</i>
<i>7.11 Aparato cardiovascular</i>
<i>7.12 Examen de Abdomen</i>
<i>7.13 Aparato genito urinario</i>
<i>7.14 Sistema osteoarticular</i>
<i>7.15 Examen Neurológico</i>
<i>7.16 Examen físico es legible</i>
8. LISTA DE PROBLEMAS , DATOS POSITIVOS , DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES,DATO GUÍA .SI NO NO APLICA
<i>8.1 Es legible</i>
9.PLAN TERAPEUTICO INICIAL SI NO NO APLICA

<i>Continuación 9.1 Exámenes de laboratorio</i>
<i>9.2 Rx tórax</i>
<i>9.3 ECG</i>
<i>9.4 OTROS</i>
<i>9.5 Es legible</i>
<i>9.6 Firma y sello del profesional</i>
10EVOLUCIÓN SI NO NO APLICA
<i>10.1 Nombre y apellido</i>
<i>10.2 Registra signos vitales ,diagnostico y manejo actual</i>
<i>10.3Comentarios de estudios realizados</i>
<i>10.4 Comentarios sobre terapéutica</i>
<i>10.5 Es legible</i>
<i>10.6 Firma y sello del profesional</i>
11 SE ENCUENTRA LA HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS SI NO NO APLICA
<i>11.1 Nombre y apellido</i>
<i>11.2. Nombre de medicación ,via de administración , dosis.</i>
<i>11.3Fecha y hora</i>
<i>11.4Es legible</i>
<i>11.5 Firma e identificación del profesional</i>
12 LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS SE ENCUENTRAN EN LA CARPETA SI NO NO APLICA
<i>12.1 Si no se encuentran, hay un registro del resultado de los mismos</i>
<i>12.2 Legible</i>
<i>12. 3 Firma y sello del profesional</i>
13 SE ENCUENTRA LA HOJA DE ENFERMERÍA SI NO NO APLICA
<i>13.1 Nombre y apellido</i>
<i>13.2 Anotaciones con fecha y hora</i>

<i>Continuacion 13.3 Hoja de signos vitales</i>
<i>13.4 Hoja de balance hídrico si correspondiera</i>
<i>13.5 Hoja de registro de glucometrías si correspondiera</i>
<i>13.6 Es legible</i>
<i>13.7 Firmada y sello del profesional</i>
14 INTERCONSULTAS CON ESPECIALISTASI SI NO NO APLICA
<i>14.1 Nombre y apellido</i>
<i>14.2 Resumen de enfermedad actual</i>
<i>14.3 Examen físico</i>
<i>14.4 legible</i>
<i>14.5 Firma y sello del profesional</i>
<i>14.6 <u>Respuesta de interconsulta</u> :</i>
<i>14.7 Legible</i>
<i>14.8 Firma y sello del profesional <u>interconsultado</u>.</i>
15 Consentimiento informado para HIV, si correspondiera SI NO NO APLICA
<i>15.1 FIRMADO</i>
<i>CRITERIOS TOTALES A EVALUAR 87 .</i>
15 EPICRISIS AL ALTA
<i>15.1 Nombre y apellido del paciente :</i>
<i>15.2 Identificación del lugar de internación</i>
<i>15.3 Fecha ingreso y egreso :</i>
<i>15.4 Resumen clínico</i>
<i>15.5 Indicaciones terapéuticas</i>
<i>15.6 Información para continuidad de atención</i>
<i>15.7 Diagnostico principal</i>
<i>15.8 firma y sello del profesional</i>
<i>CRITERIOS TOTALES A EVALUAR DE EPICRISIS : 9</i>

<i>Continuación -TOTAL DE CRITERIOS DE HC 96 .</i>
<i>DESCRIPCIÓN DE PACIENTES</i>
<i>SEXO (femenino/masculino)</i>
<i>EDAD (expresada en años).....</i>
<i>TIEMPO INTERNACION (expresada en días).....</i>
<i>COMORBILIDADES :</i>
<i>COMPLICACIONES DURANTE LA INTERNACIÓN :.....</i>
<i>EVOLUCION: ALTA..... ,DERIVACION , ALTA VOLUNTARIA/FUGA....., OBITO</i>