

**MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE LOS TÉCNOLOGOS EN
ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA**

**NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:
MAURICIO CARDOZO PARRA, JOSÉ GIOVANNY LEÓN**

NOMBRE DEL ASESOR: NATALY PRECIADO QUINTERO

FACULTAD DE MEDICINA – ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

BOGOTÁ D.C, MAYO DE 2017

**MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE LOS TÉCNOLOGOS EN
ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA**

**NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:
MAURICIO CARDOZO PARRA, JOSÉ GIOVANNY LEÓN**

NOMBRE DEL ASESOR: NATALY PRECIADO QUINTERO

FACULTAD DE MEDICINA – ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

TEGNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA

BOGOTÁ D.C ,MAYO DEL 2017

TABLA DE CONTENIDO

Resumen (Máximo 250 palabras) y palabras clave.....	4
Abstract (Máximo 250 palabras) and Key Words.....	4
Formulación del Problema.....	5
Planteamiento del Problema.....	5
Justificación de la Propuesta.....	5
Pregunta(s) de Investigación.....	6
Marco Teórico.....	6
Objetivos.....	10
General.....	10
Específicos.....	10
Metodología.....	10
Enfoque metodológico de la investigación.....	10
Tipo de estudio.....	11
Población.....	12
Diseño maestral.....	12
Descripción de las Variables.....	12
Diagrama de Variables.....	13
Tabla de Variables.....	13
Técnicas de Recolección de Información.....	14
Fuentes de Información.....	14
Instrumento de Recolección de Información.....	14
Proceso de obtención de la Información (qué, quién, cómo, cuándo).....	15
Prueba Piloto.....	15
Control de errores y sesgos.....	16
Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos.....	16
Consideraciones Éticas.....	16
Resultados.....	16.
Tablas.....	18
Discusión.....	19
Conclusiones.....	20
Referencias Bibliográficas.....	21

Resumen

Introducción: La historia clínica es entendida como "un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención"(1). En la actualidad en esta no solo se registran las conductas o actuaciones médicas, sino que también se registran todos los aspectos técnicos requeridos para la adecuada valoración del paciente y el tratamiento según la patología que esté presente (2,3). La normatividad que describe el correcto diligenciamiento de la historia clínica se encuentra en el artículo 5 de la resolución número 1995 de 1999 la cual hace referencia en uno de sus apartados al correcto diligenciamiento de la misma. Este proyecto tiene como objetivo principal Identificar el manejo de la historia clínica por parte de los tripulantes de ambulancia que arriban a la central de urgencias de una institución de cuarto nivel con traslado primario o secundario. **Método:** Estudio descriptivo transversal en el que dos estudiantes del programa de atención pre hospitalaria se desplazaron a una institución de cuarto nivel, allí aplicaron la encuesta, a un total de 140 personas. Se analizaron variables socio demográficas de conocimiento y diligenciamiento de la historia clínica. **Resultados:** Se realizó una serie de comparativos teniendo en cuenta las diferentes variables a evaluar dentro del estudio, entre los cuales estaban los años de experiencia laboral y el nivel de conocimiento de la resolución, así como también respecto de los estudios realizados y la forma en la que se recopilan y llenan los datos de las historias clínicas, y es así como los resultados arrojados dan cuenta que los tripulantes con más años de experiencia laboral (41 personas) conocen y aplican dicha resolución, lo cual indica un avanzado desconocimiento del manejo de la historia clínica por parte de los tripulantes de ambulancias con menor tiempo de servicio que entregan pacientes en esta institución de cuarto nivel. Así mismo se observó que la mayor cantidad de tripulantes (55.30 %) tienen un nivel educativo de tecnólogo y aunque conocen el objetivo de la historia clínica como un sistema de recopilación y aseguramiento de datos no reconocen quien puede manejarla ni quien tiene acceso a ella en situaciones específicas como la muerte del paciente. **Conclusiones:** Como resultado del estudio se encontraron diversas falencias en cuanto al manejo que los funcionarios le asignan a la historia clínica y al reconocimiento de las leyes y decretos que la sostienen; de la misma manera se evidencia poca homogeneidad en cuanto al uso de este instrumento, incluso dentro de una misma empresa de ambulancia, lo cual evidencia un desconocimiento en cuanto a su importancia y una confusión inminente frente a su desarrollo. Se abre un debate frente a la sistematización de datos bajo un método virtual a propósito de las tecnologías de la información y comunicación que se promueven en todos los ámbitos, previendo la corrección de muchos de los errores que se producen en cuanto a legibilidad e igualdad en la creación de la historia clínica.

Palabras claves: Escritura, historia clínica, paramédicos, atención pre hospitalaria, ambulancias.

Introduction: The clinical history is understood as "a private document, mandatory and subject to reservation, in which are recorded chronologically the conditions of the patient's health, medical acts and other procedures performed by the health team involved in their care "(1). At present, not only medical conducts or actions are recorded, but also all the technical aspects required for proper assessment of the patient and treatment according to the pathology that is present are recorded (2,3). The

normativity that describes the correct fulfillment of the clinical history is found in article 5 of the resolution number 1995 of 1999, which refers in one of its sections to the correct fulfillment of the same. This project has as main objective To identify the management Of the medical history by the ambulance crew arriving at the emergency center of a fourth level institution with primary or secondary transfer. Method: A cross-sectional descriptive study in which two students from the prehospital care program moved to a fourth-level institution, where they applied the survey, to a total of 140 people. Socio-demographic variables of knowledge and diligenciamiento of the clinical history were analyzed. Results: A series of comparisons was made taking into account the different variables to be evaluated within the study, including the years of work experience and the knowledge level of the resolution, as well as the studies performed and the way Which compiles and fills the data of the medical records, and this is how the results show that the crew with more years of work experience (41 people) know and apply this resolution, which indicates an advanced knowledge of the management of The medical history by the crew of ambulances with shorter service time that deliver patients in this institution of the fourth level. It was also observed that the greatest number of crew members (55.30%) have an educational level of technologist and although they know the purpose of the medical history as a system of data collection and assurance do not recognize who can handle it or who has access to it in Specific situations such as the death of the patient. Conclusions: As a result of the study were found several shortcomings in the management that the officials assign to the clinical history and the recognition of the laws and decrees that support it; In the same way, there is little homogeneity in the use of this instrument, even within the same ambulance company, which shows a lack of knowledge about its importance and an imminent confusion with regard to its development. A debate is opened regarding the systematization of data under a virtual method for information and communication technologies that are promoted in all areas, providing for the correction of many of the errors that occur in terms of legibility and equality in The creation of the medical history.

Key words: Writing, medical history, paramedics, prehospital care, ambulances.

Formulación del problema de investigación

Planteamiento del problema

La historia clínica se constituye como uno de los elementos más importantes con el que cuenta el personal de salud, allí se registra todo lo relacionado al estado mental, físico y motor del paciente; es un documento confidencial sometido a reserva al cual solo tiene acceso el paciente, personal médico y las autoridades judiciales previstas por la ley. La normatividad que describe el correcto diligenciamiento de la historia clínica se encuentra en el artículo 5 de la resolución número 1995 de 1999 la cual hace referencia en uno de sus apartados el correcto diligenciamiento de la misma.(2, 3)

La historia clínica se encuentra en formato físico a nivel pre hospitalario y en formato electrónico en algunas instituciones intrahospitalarias. Uno de los principales problemas del formato físico está dado por el mal diligenciamiento que implica

situaciones de ilegibilidad, falta de síntesis; entre otras problemáticas que dificultan el manejo del paciente y acarrear problemas legales (4).

En el ámbito prehospitario la historia clínica se inicia con el motivo de consulta y se cierra con una impresión diagnóstica sin dejar espacios vacíos u omitir datos y la responsabilidad de lo que allí se escribe es de quien la diligenció y firmó. Sin embargo, muchas veces se presentan situaciones adversas como la escena o la gravedad del paciente que hacen que la historia clínica se diligencie después de ser atendido. Un ejemplo de ello es lo sucedido con un hombre que se accidentó en el año 1996, fue trasladado al hospital de Aránzazu y de allí, sin el diligenciamiento correcto de la historia clínica fue remitido a un centro asistencial de mayor complejidad. En la atención de primer nivel, le suturaron una de las heridas, pero los médicos no referenciaron que ya había contraído una infección; finalmente el paciente murió. Lo que alegó el médico tratante fue que para él era más importante atender al accidentado que diligenciar la historia clínica; a lo que el Consejo de Estado respondió que es una obligación de los médicos diligenciar correctamente ese documento que es el que orienta futuras atenciones médicas, sin incurrir en graves errores. Los magistrados del Consejo de Estado, ordenaron al hospital de Aránzazu, pagarle a la familia de la víctima, la suma de 680 millones de pesos, por los daños no sólo materiales, sino también morales que le causaron (5).

Justificación de la propuesta:

La historia clínica es entendida como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (1). En la actualidad en esta no solo se registran las conductas o actuaciones médicas, sino que también se registran todos los aspectos técnicos requeridos para la adecuada valoración del paciente y el tratamiento según la patología que esté presente (2,3). La normatividad que describe el correcto diligenciamiento de la historia clínica se encuentra en el artículo 5 de la resolución número 1995 de 1999 la cual hace referencia en uno de sus apartados al correcto diligenciamiento de la misma. La historia clínica se encuentra en formato físico a nivel pre hospitalario y en formato electrónico en algunas instituciones intrahospitalarias. Uno de los principales problemas del formato físico está dado por el mal diligenciamiento que implica situaciones de ilegibilidad, falta de síntesis; entre otras problemáticas que dificultan el manejo del paciente y acarrear problemas legales. Este proyecto tiene como objetivo principal Identificar el manejo de la historia clínica por parte de los tripulantes de ambulancia que arriban a la central de urgencias de una institución de cuarto nivel con traslado primario o secundario.

Pregunta de investigación.

- ¿Manejo de la historia clínica por los técnicos en atención pre hospitalaria?
- ¿Management of the medical history by technicians in prehospital care?

Marco teórico

Historia Clínica

La historia clínica es entendida como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente y demás procedimientos ejecutados por el personal de salud que interviene en la atención. En la literatura no se ha descrito en forma precisa la época en la cual se empezaron a llevar los registros clínicos de los pacientes, pero se hace énfasis en que el principal propósito de la historia clínica desde sus inicios fue describir la relación de un padecimiento relatada por el enfermo, ya sea de manera espontánea o dada por el interrogatorio dirigido intencionalmente y de esta manera dejar por escrito el historial clínico del paciente (1).

El estado colombiano por medio de su rama legislativa y asesorado por el Ministerio de Salud da inicio a la reglamentación respecto al uso de la historia clínica el 27 de febrero de 1981 a partir de la salida en vigencia de la ley 23 en la cual se dictan las normas de ética médica, en uno de sus apartados se dispone la reglamentación en cuanto al manejo, privacidad y secreto profesional con respecto a la historia clínica (6).

El 8 de julio de 1999 sale en vigencia la resolución 1995 de 1999, por medio de la cual se generan las normas de manejo de la historia clínica, y el ámbito de aplicación que está dado para el personal que integre los diferentes organismos de salud y que intervengan en la atención al paciente (2).

El diligenciamiento de la historia clínica es de obligatorio cumplimiento y debe reunir las siguientes características:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las

acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo

- Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley. facilitándose en los casos legalmente contemplados.
- Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- Confidencialidad: La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia administrada a un paciente, por lo que es el documento privado de una persona.
- Seguridad: En toda historia clínica debe constar la identificación del paciente así como de los profesionales que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
- Única: La historia clínica debe ser única institucional para cada paciente.
- Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

A su vez en la resolución 1995 del julio 8 del 1999 se establece que la historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, sin dejar espacios en blanco sin utilizar siglas y las anotaciones que se diligencien en la historia clínica debe llevar la fecha y la hora de realización seguido por la respectiva firma del autor de la misma (2).

Los contenidos mínimos para el diligenciamiento de la historia clínica son:

- Datos personales de identificación del paciente, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.
- Registros específicos: Es un anexo en el cual se consignan los registros del tipo de atención en salud que se preste en las instalaciones.
- Anexos: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento administrativo, legal y médico. En ellos quedan consignadas todas de las acciones practicadas al paciente.

Dentro de los anexos encontramos:

- Consentimiento informado.
- Formato Referencia y Contra referencia.
- Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos, autorización de necropsia, declaración de retiro voluntario

- Resultados de exámenes para-clínicos e imágenes diagnósticas los cuales se podrán entregar al paciente luego de su anotación haciéndole saber que es importante conservarlas para futuros análisis. Si no se deja constancia, responderá el prestador de los servicios, pero si se deja la nota la responsabilidad será del usuario.
- Igualmente es obligatorio para los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas.
- Si hay cambio de profesional se está obligado a entregar la historia clínica conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.
- Se debe dejar constancia de la autorización que hace una persona para que le practiquen el examen de diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH. la ley exige que la manifestación que hace la persona debe constar por escrito en la historia clínica y posterior a la consejería pre prueba que también es obligatoria (7).

En lo concerniente al manejo y archivo de las historias clínicas este está a cargo de cada una de las entidades prestadoras de servicios de salud, debe ser de acceso restringido con el objetivo que los documentos allí consignados mantengan una conservación adecuada. El acceso a la historia clínica solo está permitida en los siguientes casos/ a los siguientes individuos:

- Autoridades judiciales, Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en investigaciones que adelanten en ejercicio de sus funciones según consta en la Ley 23 de 1981 artículo 34 (6).
- El equipo de salud (auxiliares del profesional o de la institución) según consta en el artículo 23 del Decreto 3380 de 1981 y en la Resolución 1995 de 1999.
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, artículo 61 de la Ley 23 de 1981 y artículo 30 Decreto 3380 de 1981.
- Los tribunales de Ética Médica según la Ley 23 de 1981.
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, artículo 38 de la Ley 23 de 1981. En estos casos es necesario que el paciente firme en la historia la constancia de entrega.
- Una empresa no puede solicitar a la entidad o profesional tratante informes sobre la salud de una persona, tal circunstancia violaría el derecho a la intimidad, sin embargo solamente se requerirá de ello cuando por una situación de salud ocupacional se requiera reubicación, pero solo en lo que a ello se refiera.
- Una persona puede pedir que se actualice o se hagan correcciones en su historia clínica teniendo en cuenta el derecho del habeas data y siempre que la corrección o actualización corresponda a la realidad.

- La Corte Constitucional consideró que no es posible que los familiares de una persona fallecida tengan acceso a su historia clínica excepto que se haya dejado autorización escrita, o mediante solicitud hecha a través de un juzgado
- La Corte Constitucional avaló un concepto de la Superintendencia de Salud por el cual ninguna entidad aseguradora o bancaria puede exigirle a los familiares copias de la historia de una persona fallecida para proceder a hacer efectivo un seguro o cancelar un crédito asegurado, etcétera. Si lo hacen obran al margen de la ley ya que no pueden exigirse la historia como documento esencial para proceder al pago del seguro o cancelación del crédito o deuda contraída en vida por la persona fallecida.

Para que la historia clínica no se vea alterada debe cumplir con las siguientes características.

- Legible: toda historia clínica debe diligenciarse de forma clara legible sin tachones ni enmendaduras, intercalaciones sin dejar espacios en blanco sin utilizar siglas ni abreviaturas, se utilizara una terminología normalizada y universal.
- Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.
- Exacta
- Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el paciente otros profesional o la institución.
- Coeternidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.
- Completa: Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales (4, 6).

HIPOTESIS

El estudio es creado con la duda que genera de saber si el personal de salud que labora en la atención pre hospitalaria conoce el manejo que se le debe dar a la historia clínica y más que el manejo es verificar si las personas que tripulan ambulancia tiene conocimiento sobre la normativa que regula la historia clínica y todas las implicaciones legales que conlleva no saberla manejar.

1. OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar el manejo de la historia clínica por parte de los tripulantes de ambulancia que arriban a la central de urgencias del Hospital Infantil Universitario de San José con traslado primario o secundario.

Objetivos específicos

- Analizar las características sociodemográficas, edad, sexo, nivel de educación y años de experiencia del personal pre hospitalario que arriba al servicio de urgencias del Hospital Infantil Universitario de San José.
- Identificar los errores más frecuentes en el diligenciamiento de la historia clínica teniendo en cuenta la resolución 1995 de 1999.
- Evaluar el conocimiento que tiene el personal pre hospitalario de la resolución 1995 de 1999.

METODOLOGÍA:

ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación cualitativa: El principal objetivo de este estudio es saber si el personal pre hospitalario conoce la resolución 1995 de 1999, la cual nos indica cómo se debe manejar la historia clínica ya que se recogen y analizan los datos a través de conceptos y variables.

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo transversal

Población

Todos los tripulantes de ambulancia como médico, tecnólogo en atención prehospitalaria, técnico en APH, técnico de enfermería, enfermero profesional de APH, que arribaron al Hospital Infantil Universitario San José.

Criterios de inclusión: Personas mayores de 18 años, hombres y mujeres que cumplan con los siguientes criterios:

- Médicos tripulantes de ambulancia.
- Técnicos o Tecnólogos en atención pre hospitalaria.
- Auxiliares de enfermería.
- Socorristas.

Criterios de exclusión:

- Comandantes de ambulancia.
- Estudiantes.
- Otro personal que no sea técnico (trabajadores administrativos, etc.)
- Personal que ya haya diligenciado la encuesta

Diseño muestral

Se realizo un muestreo no probabilístico consecutivo a todos los tripulantes de ambulancia que arribaron al servicio de urgencias del Hospital Infantil Universitario San José en el periodo comprendido entre los meses de septiembre de 2016 a noviembre de 2016. Fueron incluidos todos aquellos que manifiesten su deseo de participar en el estudio.

Se obtuvo información de la oficina de estadística y seguridad del HIUSJ quienes nos informaron que ingresan por día 16 ambulancias con al menos dos tripulantes. Por lo anterior, con un error tipo 1 del 5%; un nivel de confianza del 95% y con una distribución o frecuencia del 50%; para el periodo de septiembre a noviembre de 2016 se daría un estimado de muestra de 306 personas o tripulantes de ambulancia que arriban a este centro hospitalario.

Descripción de las Variables

Se recogió información de variables tales como sexo, edad, estrato socio económico, años de experiencia, nivel de educación así como también información específica acerca de las empresas de ambulancia, y luego de percibir esta información se determinaron una serie de preguntas en donde se evaluó el conocimiento por parte de los funcionarios de la resolución 1995 de 1999 y sus aspectos operativos en la recolección y consignación de datos, así como el manejo que se le da a esta información.

Diagrama de Variables:

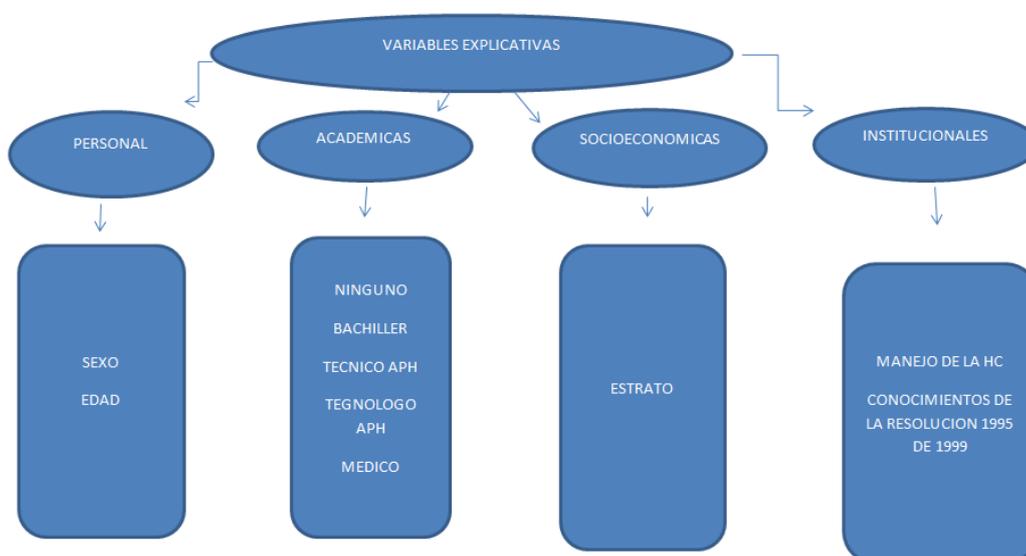


Tabla de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	CÓDIGO Y NIVEL OPERATIVO	NATURALEZA Y NIVEL DE MEDICIÓN	TIPO
Identificación	Número de identificación dada por el encuestado	Números naturales	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo de vida del encuestado en años cumplidos al momento de ser abordado para el estudio.	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Clasificación de género	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
Nivel de educación	Expresado en títulos académicos.	1. Bachiller 2. Técnico 3. Tecnólogo 4. Profesional	Cualitativa	discreta
Años de experiencia como APH	Número de años laborados en atención pre hospitalaria desde el ingreso definido experiencia	Número de años	Cuantitativa	Discreta
Empresa a la cual está adscrita la ambulancia	Razón social de la empresa propietaria de la ambulancia	Nombre de la empresa	Cualitativa	Discreta
Conoce usted la resolución 1995 de 1999?	Resolución que normativa la historia clínica	1. Si 2. no	Cualitativa	Nominal
Se puede usar cualquier color de esfero al Diligenciar la	La normativa dice que solo se debe usar color negro.	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal

historia clínica?				
Sabe qué hacer con los espacios en blanco?	En la historia clínica no se deben dejar espacios en blanco.	1. Si 2. no	Cualitativa	Nominal
Conoce los datos básicos que debe llevar la Historia clínica?	La normativa indica unos datos básicos y elementales.	1. Si 2. no	Cualitativa	Nominal
Usa abreviaturas en la historia clínica?	La normativa indica que no deben llevar abreviaturas	1. si 2. no	Cualitativa	Nominal
Identifica los anexos que debe llevar la Historia clínica?	Documentos que debe llevar la historia clínica?	1. Si 2. no	cualitativa	Nominal
Conoce la vigencia que tiene la historia Clínica?	La normativa indica 20 años de vida útil de la historia clínica	1. si 2. no	Cualitativa	nominal
Conoce la vigencia que tiene la historia Clínica?	Es el derecho que tiene un paciente para solicitar la corrección de errores en la historia clínica	1. si 2. no	Cualitativa	Nominal
Conoce quien tiene derecho de solicitar la Historia clínica de un paciente fallecido?	La normativa indica que solo si el paciente fallecido deja por escrito una autorización	1. si 2. no	Cualitativa	Nominal

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Fuentes de información

Este estudio estuvo conformado por todos los tripulantes de ambulancia como médicos, tecnólogos en APH, técnicos en APH, técnicos de enfermería, enfermeros profesionales de APH, que realizaron traslados primarios o secundarios en el hospital seleccionado para la recolección de datos. Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo en el periodo comprendido entre los meses de Octubre de 2016 a noviembre de 2016. Fueron incluidos todos aquellos que manifestaron su deseo de participar en el estudio. Se obtuvo información de la oficina de estadística y seguridad del hospital seleccionado para tal fin, quienes informaron que ingresan por día 16 ambulancias con al menos dos tripulantes. Por lo anterior, con un error tipo 1 del 5%; un nivel de confianza del 95% y con una distribución o frecuencia del 50%; para el periodo de Octubre a noviembre de 2016, se recolectó una muestra de 140 personas o tripulantes de ambulancia que arribaron a este centro hospitalario.

Instrumento de recolección de información.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se aplicó una encuesta específica a los tripulantes de las ambulancias que arribaron a un hospital de IV nivel de la ciudad de Bogotá, para de esta manera lograr el análisis de distintas variables socio-demográficas, así como de conocimiento y diligenciamiento de la historia clínica.

Proceso de obtención de la Información

Dos estudiantes del programa de atención prehospitalaria se desplazaron al hospital infantil universitario san José, allí aplicara la encuesta sin distinción a los tripulantes de ambulancia que arriben al servicio de urgencias del centro hospitalario.

Prueba Piloto: No se realizo

Control de sesgos

Se tuvo en cuenta que el número de ambulancias que ingresaron al hospital pueden variar según los días y meses del año. Adicionalmente las ambulancias y su tripulación puede ser la misma para algunos horarios, lo cual implica tener un control exhaustivo de las personas encuestadas evitando así datos repetidos e información errada.

- Sesgo de Selección: Se controló verificando que los tripulantes cumplan criterios de inclusión, esto se realizó una vez la tripulación haya entregado el paciente y cuente con la disponibilidad para responder la encuesta.
- Sesgo de Medición: Este sesgo se puede presentar en el momento de la recolección de la información, por el mal diligenciamiento de la encuesta o por el suministro de datos incompletos o negativa de responder la encuesta por parte de los tripulantes de ambulancia.

Plan de análisis y procesamiento de los datos

Estadística descriptiva: Se construyó una base de datos en Excel 2013 y el análisis estadístico de la información se realizó en STATA 13. Se reportaron las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Para las variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y de dispersión teniendo en cuenta su distribución. Según la naturaleza de las variables cuantitativas se realizó estadística paramétrica o no paramétrica.

Se utilizaron gráficas y tablas según los resultados obtenidos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización de este trabajo de investigación tuvo como lineamientos éticos las consideraciones internacionales de la Declaración de Helsinki, y el informe Belmont. El objetivo principal de este estudio fue reconocer el manejo que le está dando a la historia clínica el personal de atención pre hospitalaria.

La información hallada es de carácter estrictamente confidencial y académico. Este estudio no presentó ningún tipo de riesgo físico ni psicológico para las personas involucradas en la investigación, por lo tanto, según la legislación colombiana, dada por el Ministerio de Salud a través de la resolución 8430 de 1993 se considera una investigación SIN RIESGO, que no requiere consentimiento informado.

El trabajo fue sometido al Comité de Ética en investigación en humanos del Hospital San José para su aprobación y decisión final.

RESULTADOS

Se recogió información de variables tales como sexo, edad, estrato socio económico, años de experiencia, nivel de educación así como también información específica acerca de las empresas de ambulancia, y luego de percibir esta información se determinaron una serie de preguntas en donde se evaluó el conocimiento por parte de los funcionarios de la resolución 1995 de 1999 y sus aspectos operativos en la recolección y consignación de datos, así como el manejo que se le da a esta información.

La edad de los funcionarios entrevistados en atención pre hospitalaria osciló entre los 20 y 56 años con un promedio de 36 años.

El 69.23% del total de los participantes del estudio son hombres y un 30.77% son mujeres, en cuanto al estrato social de las personas encuestadas se encontró que el

62.50% pertenecen al estrato dos y se realizó un comparativo del nivel de estudios/estrato, dando como resultado que en un alto porcentaje los funcionarios que son técnicos en atención pre hospitalaria, pertenecen al estrato 2, y al discriminar la formación académica encontramos que el 55.30% del total de las tripulaciones tienen formación técnica, un 27.27% tiene formación profesional, el 15.91% son tecnólogos y un 1.52% son bachilleres. Estos porcentajes arrojados dan cuenta que la gran mayoría de las tripulaciones de ambulancias son técnicos APH (auxiliares de enfermería) le siguen los médicos, tecnólogos y por último personal sin formación en atención pre hospitalaria; los datos recolectados sobre los años de experiencia laboral en este campo de acción, evidencian que la experiencia va desde 2 meses 1.28% hasta 25 años de experiencia 1.28 % y la media de años de experiencia es de 10.7 años. En cuanto al tipo de ambulancias que llegan al servicio la gran mayoría son medicalizadas con un 51.09% seguida de la básicas con un 45.99 % y por último la neonatal con un 2.92%; las ambulancias EMI son las que más arriban al centro hospitalario con un 14.07% seguida de Redmédica con un 9.63% y por último ambulancias del CRUE con un 5.19%.

En el **(cuadro 1)** se pretende evaluar si los encuestados conocen la finalidad de dicha resolución y se evidencia que el 57.56% no la conocen, adicionalmente se realizó un comparativo entre años de experiencia y nivel de conocimiento de la resolución y el resultado fue los tripulantes con más años de experiencia laboral conocen y aplican dicha resolución para un total de 41 personas. **(Cuadro 2)**

Otros de los aspectos evaluados en las variables propuestas dieron cuenta de la forma operativa en la que se consigan los datos teniendo en cuenta aspectos como el color de esfero, el uso de abreviaturas, el manejo que se le debía dar a los espacios en blanco, y en esa medida se observó un alto uso de esfero negro al completar los datos solicitados en la historia clínica, con un porcentaje de 87.14 del total de los funcionarios, al preguntar por el manejo dado a los espacios en blanco el 85.61% de los encuestados manifestó saber qué hacer con estos, pero no hubo una respuesta homogénea frente a ello ya que muchos manifestaron que se debían rayar o en su defecto llenar toda la información.

Por su parte en el uso de abreviaturas se encontró que el 81.43% no usa abreviaturas pero el porcentaje restante de 18.57% no encuentra problemático el poner abreviaturas en cuanto a diagnósticos ya que consideran que en términos médicos es claro lo que se escribe para que otros médicos lo lean.

Según lo encontrado el 97.86% del total manifiesta conocer los datos básicos de la historia clínica y tomarlos de forma adecuada en la misma. El 92.14% reconoce los anexos que debe llevar la historia aunque no los describen.

Para finalizar se tuvieron en cuenta aspectos tales como la vigencia que tiene la historia así como el conocimiento de la ley de habeas data y de manera específica se solicitó a los funcionarios explicar a quien se podía hacer entrega de la historia clínica en un caso particular como la muerte del paciente. En la recolección de datos se evidencio que el 30.22 de los encuestados tiene un desconocimiento del tiempo de vigencia de la historia, así como también que en un porcentaje de 65.22 no conocen la ley de habeas data sobre manejo de datos.

En cuanto a la entrega de la historia clínica se denota una confusión sobre las leyes actuales, ya que en promedio un 25 por ciento de los encuestados manifiesta que este

documento se le puede entregar a las autoridades judiciales y a cualquier familiar en caso de fallecimiento del paciente, y se observó que los entrevistados en general ofrecieron opciones variadas (esposa, familia, hospital, autoridades, etc.), para la entrega de la historia, sin conocer que la ley refiere que este sería considerado como una falta grave de violación a la intimidad del mismo además, que se requiere de mayor rigurosidad con el manejo que se le da a las historias clínicas en caso de muerte.

Tablas.

Cuadro 1: conocimiento de la resolución 1995 de 1999

. tabulate Conoc1995

Conoc1995	Freq.	Percent	Cum.
0	81	57.86	57.86
1	58	41.43	99.29
2	1	0.71	100.00
Total	140	100.00	

Cuadro 2: comparativo experiencia –conocimiento de la resolución 1995 de 1999

. tabulate AñosExp Conoc1995

AñosExp	Conoc1995		Total
	0	1	
1	1	2	3
10	7	7	14
12	2	0	2
13	1	0	1
14	1	0	1
15	1	1	2
17	0	1	1
2	2	2	4
2 meses	1	0	1
2 y medio	1	0	1
20	0	1	1
23	1	1	2
25	1	0	1
3	6	3	9
4	4	0	4
5	8	6	14
6	7	1	8
7	1	2	3
8	2	3	5
9	0	1	1
Total	47	31	78

DISCUSION

Cuando se maneja tanta heterogeneidad en el conocimiento de un instrumento como lo es la historia clínica es muy frecuente que se cometan errores en su diligenciamiento y que la información que se perciba no sea lo suficientemente clara y en muchos casos necesaria, es por ello que es primordial que se desarrolle mucho mas esta temática en los ámbitos pre hospitalarios documentando otros estudios e

investigaciones con muestras más extensas y especializadas que den cuenta de la necesidad de homogenizar la información, el uso y el manejo de la historia clínica, lo cual favorecerá la organización y el desarrollo de tratamientos más pertinentes y necesarios en los diferentes casos médicos, además de formalizar y propender una mayor importancia a la formación de profesionales en atención pre hospitalaria, y de lograr que los tripulantes de las ambulancias se concienticen acerca de su labor y la información que recopilan y ofrecen como parte inicial de una larga cadena de servicios médicos

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta las estadísticas previamente expuestas y las variables evaluadas, se concluye que algunos datos específicos como la cantidad de mujeres que tripulan las ambulancias, está muy por debajo de la cantidad de hombres que operan en este servicio, así como también se denotan una afluencia de gente joven prestando este servicio. Adicionalmente se encontraron bastantes datos en los rangos de experiencia de los encuestados y al promediar se encontró que 10.7 son los años de experiencia de los trabajadores ambulatorios.

En cuanto a los tipos de ambulancias, se observó que las de tipo medicalizado llegan con más frecuencia al centro hospitalario; la empresa de ambulancias EMI es la que traslada más servicios hacia este lugar, la cual es una empresa que presta un servicio privado, por tal motivo concluimos que las ambulancias privadas tienen mayor cantidad de arribos y por consiguiente los funcionarios encuestados son en su mayoría trabajadores del sector privado en salud.

La historia clínica se encuentra en formato físico a nivel pre hospitalario. Uno de los principales problemas del formato físico está dado por el mal diligenciamiento que implica situaciones de ilegibilidad, falta de síntesis entre otras problemáticas que dificultan el manejo del paciente y acarrear problemas legales; es allí donde se observa una primera discusión frente a la importancia de insertar y manejar las nuevas tecnologías en la sistematización de datos lo cual prevería todas las problemáticas que a menudo se observan en el diligenciamiento tal y como se mencionó previamente, además de garantizar la organización requerida frente al uso de los datos específicos.

También evidenciamos en las encuestas que el desconocimiento de la resolución que rige el manejo de la historia clínica es alto, ya que existe mucha confusión incluso entre los mismos compañeros de cada empresa de ambulancia, en cuanto al manejo operativo de la historia clínica, el uso de los datos del paciente, el tiempo de vigencia de la misma y quien podría ser el responsable de esta en caso de muerte del paciente, siendo estos puntos primordiales a tratar en la resolución.

1. Bibliografía:

1. La historia clínica. 2003; Código documento: 1244391
2. Historia clínica. Sistemas de registro e información. 1994.
3. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. 2016 SECA
4. Historia de la Medicina 1987;1:687.
5. Modelo de atención en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona. 2003. Código documento: 1212721
6. Proceso de atención asistencial: fases y objetivos.2003.Código documento: 1212474
7. Los servicios de urgencia hospitalarios en atención primaria. 2003
8. Historia clínica y sistemas de registro. Cap 19. 317-336. 2017
9. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. . julio 8 de 1991. . :7.
10. salud Md. Resolución 3374 del 2000. Diciembre 27 del 2000:47.
11. Ley 23 de 1981, (1981).
12. Historia clínica y legislación. , 664-665. 2017
13. Historia clínica. Noguer-Balcells Exploración clínica práctica, Capítulo 1, 1-24. 2017.
14. Historia clínica compartida y confidencialidad: riesgos y límites. Medicina de familia. 2010
15. Hacia una historia médica electrónica, entre lo legal y lo ético1. abril del 2008.
16. Romper la brecha digital. Rev. Mundo Empresarial Europeo (Número: 78), 2005 (España)
17. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. 2005.
18. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria. Semergen. 2016
19. Radio R. Error en historia clínica, provocó pago de millonaria demanda en Caldas. RCN radio. 2015.
20. Nuevos modelos organizativos en atención primaria. Barcelona. 2003 Código documento: 1244375
- .
- .