

MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE LA FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL MEDELLÍN, ANTIQUIA. 1995

Yarles Yesid Martínez¹
Wilber Andrés Escobar²
Liliana Andrea Rendón²
Eduardo Andrés Calderón²
Allen Guillermo Londoño²
Claudia Cecilia Ocampo²
Erica María Castaño²

Resumen

A través de una investigación descriptiva se pretende analizar el manejo de la historia clínica por el personal médico y de enfermería de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, con el fin de hacer sugerencias para mejorar los registros clínicos de dicha institución. Se tomó una muestra no probabilística de las historias y una muestra probabilística para el personal que labora en la institución; se escogieron los encuestados de manera aleatoria simple y se encontró que sólo el 13,2% tiene ordenada la historia clínica; la actualización del plan de cuidados fue diligenciado en un 100% y no se puede diferenciar entre la nota del personal auxiliar y profesional de enfermería. En cuanto a los conocimientos del personal sobre las normas de manejo de la historia clínica, el 96% dice conocerlas, el 21,3% finaliza las notas de evolución con nombre, apellidos y código, el 85,4% conoce la forma de corregir errores en la historia clínica y el 79,8% conoce los usos de la historia clínica. Se sugirió: 1) estandarizar el conocimiento del personal sobre el ordenamiento y diligenciamiento correcto de la historia clínica, 2) implementar un programa de vigilancia y control dirigido por el comité de historias clínicas, y 3) fomentar el buen diligenciamiento de las notas del personal por medio de cursos, seminarios y estímulos.

Palabras clave

Registros de enfermería

Investigación en administración de enfermería

¹ Estudiante de Medicina. Universidad de Antioquia.

² Estudiante de Enfermería. Universidad de Antioquia.

THE USE OF THE CLINICAL RECORDS BY THE MEDICAL AND NURSING STAFF FROM THE SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL FOUNDATION. MEDELLÍN-ANTIOQUIA 1995.

Summary

By means of a descriptive research, the use of the clinic records by the medical and nursing staff from the San Vicente de Paul Hospital Foundation is analysed in order to make suggestion to improve the clinical records of the mentioned institution. A non-probabilistic-sample of histories and a probabilistic sample of the staff were taken; interviewees were selected by a simple random method and it was found that only 13.2% of the staff orders the clinical records, and the updating of care plan was carried out in 100% ; no difference on the notes between the auxiliary staff and nurses was found. Concerning the knowledge of the staff on the rules norms of using the clinic records, 96% of staff states to know the rules. 21.3% ends the evolution notes with name, surname, and code. 85.4% knows the way of correcting errors in the records and 79.8% knows the uses of the clinical records. The following recommendations were suggested: 1). The standardisation of staff knowledge on ordering and taking the correct steps of the clinical records. 2). The implementation of a direct surveillance and control by the committee for clinical records, and 3). The encouraging of a the correct writing of the staff notes by means of courses, seminars and incentives.

Key words

Nursing records

Nursing administration

Nursing administration research

Introducción

Es de gran importancia conocer las normas, las responsabilidades, las consecuencias y las implicaciones legales, éticas y morales del uso y diligenciamiento de la historia clínica.

Los textos consultados para la sustentación teórica de esta investigación coinciden en que, en el momento de diligenciar la historia clínica, no se deben dejar espacios en blanco, utilizar abreviaturas no convencionales, tachar o enmendar, consignar contradicciones, registrar una información incompleta e incoherente y escribir con letra poco clara y legible; todo lo cual crea complicaciones a la hora de responder a cuestionamientos legales.

Objetivo general

Analizar el manejo de la historia clínica por parte del personal médico y de enfermería de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl -FHSV de P- en el primer semestre del año 1995, con el fin de obtener una visión del diligenciamiento de este documento en esta institución.

Objetivos específicos

1. Describir el ordenamiento de la historia clínica en la FHSV de P.
2. Describir el diligenciamiento de la historia clínica, el Kárdex y la tarjeta de fármacos.
3. Describir las características de las notas de enfermería, y notas y ordenes médicas.
4. Describir los conocimientos que tiene el personal médico y de enfermería sobre las normas de diligenciamiento de la historia clínica manejadas en la institución.
5. Dar sugerencias a las directivas y al personal de la FHSV de P sobre el manejo de la historia clínica.

Metodología

Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo de corte.

Población de referencia: historias clínicas y personal médico y de enfermería de la FHSV de P. (véanse tablas 1 y 2).

Diseño muestral:

- Unidad de muestreo: para las historias clínicas, como unidad de muestreo se tomaron las salas que conforman el servicio de adultos de la FHSV de P. Para el personal que labora, la unidad de muestreo fue el servicio al cual pertenecía.
- Cálculo del diseño de la muestra: para las historias clínicas se tomó una muestra no probabilística de 53 historias clínicas distribuidas por servicio. (véase tabla 1).

Se tomó toda la población de profesionales de enfermería, médicos generales y especialistas, porque esta población era pequeña para extraer una muestra. Por el contrario, en la población de auxiliares de enfermería se le tomó una muestra probabilística. (véase Tabla 2)

Servicio	Número de historias	Porcentaje	Muestra número de historias
Medicina Interna	56	12.28	7
Cirugía	184	40.35	21
Gineco-Obstetricia	30	6.58	3
Pensionados	70	15.35	8
Unidad renal	4	0.88	1
Salud Mental	10	2.19	1
Quemados	20	4.39	2
Urgencias Adultos	87	19.08	10
TOTAL	461	100	53

TABLA 1. Proporción de las historias clínicas según servicio en la FHSV de P.

Servicio	Médicos especialistas	Médicos generales	Profesional de enfermería	Auxiliar de enfermería	Maestra de auxiliar
Medicina Interna	8	0	6	18	9
Cirugía	20	0	5	33	17
Gineco-Obstetricia	7	0	6	46	23
Pensionados	0	4	8	57	28
Unidad renal	0	0	4	16	8
Urgencias Adultos	0	0	7	44	22
TOTAL	35	4	36	214	107

TABLA 2. Proporción del personal médico y de enfermería de la FHSV de P. según servicio.

La muestra de historias clínicas fue tomada entre el 1 y el 31 de mayo de 1995; la muestra del personal de salud fue tomada entre el 1 de septiembre de 1995 y 30 de junio de 1996.

Unidad de análisis: como unidad de análisis se utilizó la historia clínica del área de adultos de la FHSV de P.

Tipo de muestreo: multietápico:

- Muestreo estratificado proporcional: se tomaron las salas de los departamentos del área de adultos, representadas de la siguiente forma: 40,35% cirugía; 19,08% urgencias; 15,35% pensionados; 12,28% medicina interna; 6,58% gineco-obstetricia, 4,39% quemados; 2,19% salud mental; y 0,88% unidad renal.
- Muestreo Aleatorio simple: se utilizó para escoger la muestra del personal y las historias clínicas.

El personal de auxiliares de enfermería fue escogido de la siguiente manera: el encuestador se ubicó en un lugar estratégico de la sala y a todas las auxiliares, del servicio, que pasaban por su lado se les realizó la encuesta.

Para las historias clínicas se tuvo en cuenta el número de las camas del servicio y según la tabla aleatoria de números se escogió una cama y se le realizó el cuestionario a la historia clínica del paciente que ocupaba esta cama; si la cama seleccionada estaba vacía se reemplazaba hasta llegar al número de una ocupada.

- Muestreo Sistemático: Cuando se encontró un sólo registro, nota de profesional y auxiliar de enfermería, médico general y especialista y estudiantes se le realizó el formulario a estos.

Para los registros, nota de profesional y auxiliar de enfermería, médico general y especialista y estudiantes de la historia clínica que tienen más de un ejemplar diligenciado, se emplearon las siguientes fórmulas.

Si el número de registros o las notas eran par

Registro o nota para realizarle el formulario = número de hojas / 2. Ejemplo $4/2=2$

Si el número de registros o las notas eran impar

Registro o nota para realizarle el formulario = número de hojas + 1/2. Ejemplo $3+1/2=2$

Por ejemplo si el registro de tratamiento tenía 3 hojas se le sumó 1 y se dividió entre 2 y la hoja del registro a la cual se le hizo el formulario fue la hoja 2

- Método de recolección de la información: para las historias clínicas se utilizó un formulario diligenciado por los investigadores; para el personal se usó un cuestionario diligenciado por ellos en compañía de los investigadores.
- Para el procesamiento estadístico de la información se utilizó el programa EPI-INFO.

Interpretación y análisis de los resultados

Este estudio comprendió dos etapas: en la primera se realizó el análisis del diligenciamiento de la historia clínica, y la segunda consistió en la aplicación de una encuesta que exploraba los conocimientos de los trabajadores de la salud en el área de adultos de la FHSV de P.

Ordenamiento de las historias clínicas

La recuperación de la información de las historias clínicas se facilita cuando los formularios se archivan dentro de carpetas según una secuencia establecida. Mientras el paciente está hospitalizado, la secuencia de los formularios de las historias es distinta a la que se sigue cuando el paciente ha egresado de la institución hospitalaria.

Según las normas de la FHSV de P el orden de los formularios de las historias clínicas debe ser: 1) plan de cuidados de enfermería, 2) controles especiales, 3) signos vitales, 4) control de líquidos, 5) medicamentos, 6) observación de enfermería, 7) órdenes médicas, 8) evolución diaria y 9) informes de laboratorio.

Sólo el 13,2% (7 historias clínicas) de todas las historias clínicas del hospital están ordenadas correctamente y el 60,4% (32 historias) tienen entre dos y tres formularios en desorden, que, en su mayoría, son: cuidados especiales, signos vitales y control de líquidos, los cuales son manejados por el personal de enfermería; el 26% (14 historias) tenían entre 4 y 8 formularios en desorden. (véase figura 1)

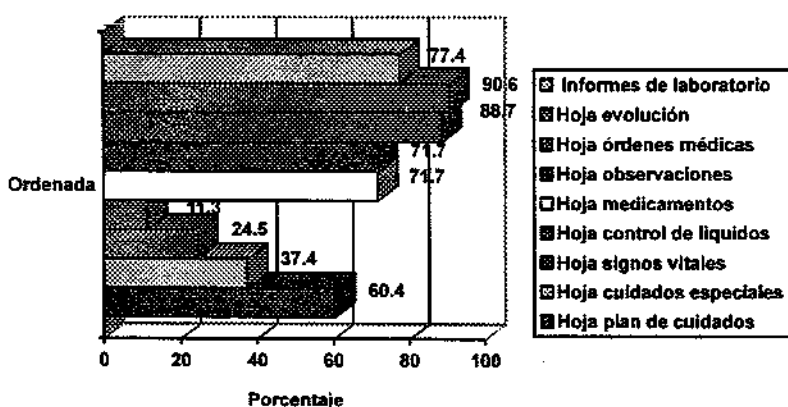


FIGURA 1. Distribución del número de hojas ordenadas de la historia clínica en la FHSV de P. 1995

Por lo anterior, se debe recalcar, a todo el personal que labora en la institución (médicos, enfermeras y estudiantes, entre otros); la necesidad de estandarizar el ordenamiento de los registros en la historia clínica.

Diligenciamiento de las historias clínicas

Se evaluó el ordenamiento y el diligenciamiento de cada uno de los registros: plan de cuidados, cuidados especiales, signos vitales, control de líquidos, medicamentos, observaciones, ordenes médicas, evolución, informes de laboratorio y Kárdex.

El registro del plan de cuidados de enfermería le da al equipo de salud la posibilidad de enfocar los cuidados brindados por el personal de enfermería, que es el encargado de velar por el cuidado del paciente, la administración de medicamentos, la realización de exámenes y las acciones encaminadas a mejorar el estado de salud. Además, sirve como base para otras profesiones porque se le da un vistazo general al paciente y se pueden analizar los cuidados brindados a él durante su hospitalización.

Los apartados, que en un alto porcentaje, se están dejando de diligenciar son: 1) número de cama 48,8%(veinte historias), baño del paciente 29,3%(doce historias), y signos vitales 26,8%(once historias). Los servicios en donde se encontró que faltaba diligenciar entre uno y tres apartados fueron: medicina interna un 42,9 %, urgencias adultos con un 50%, y unidad renal con un 100%. (véase figura 2).

Los tres apartados que presentaron porcentajes más altos en cuanto al inadecuado diligenciamiento, hacen suponer que estos datos no son importantes para el personal encargado del manejo de los registros, y que esta información no es imprescindible y fácil de encontrar en cualquier otro registro o en el Kárdex.

Los servicios que presentaron mayores fallas son medicina interna y urgencias. Estos servicios que requieren información clara y completa, pues los pacientes que permanecen allí son de gran variabilidad tanto en su estado de salud como en el tiempo de hospitalización.

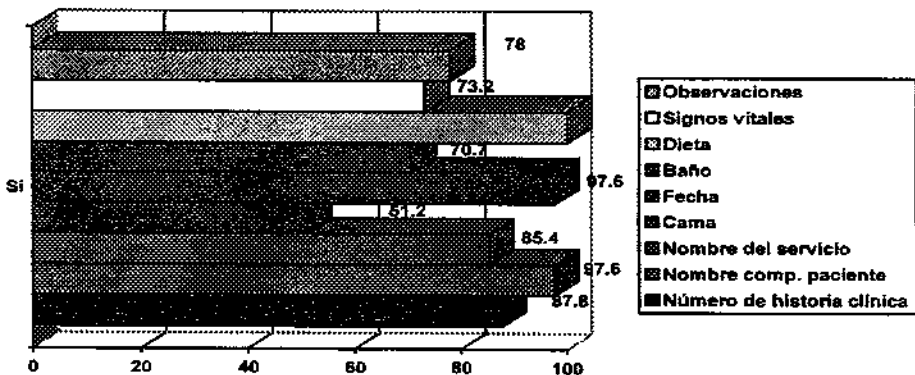


FIGURA 2. Distribución porcentual del diligenciamiento de la hoja de plan de cuidados en la FHSV de P. 1995

El profesional de enfermería es el encargado de diligenciar y actualizar el plan de cuidados, encontramos que todos tenían letra clara y legible, lo cual facilita la comunicación entre el personal de salud que solicita este registro en un determinado momento.

Análisis de la nota del personal médico y de enfermería

Al diligenciar el formulario de recolección de datos se tuvo en cuenta separar las notas del profesional y de los del auxiliar de enfermería, pero al diligenciar el formulario, en la observación directa de las historias clínicas, no se pudo hacer esta diferencia.

Se tomaron 53 historias clínicas, de las cuales el 49,1% no tenían la nota de enfermería con letra legible, especialmente en los servicios de pensionados (con un 62,5%), medicina interna (con un 57,1%), cirugía (con un 52,4%), urgencias (con un 50%), y gineco-obstetricia (con 33.3%). Como se puede observar, en la mayoría de los servicios no se cumple esta norma, hecho que hace difícil la comunicación entre el personal de salud; además esta falta de claridad en los datos consignados de un paciente, incluyendo los cuidados el de enfermería, puede llevar a confusiones o malas interpretaciones. La Organización Panamericana de la Salud y la institución han establecido normas para el uso de letra legible en el momento de escribir en la historia clínica, con el fin de facilitar la consulta de los procedimientos realizados al paciente, su evolución, la administración de medicamentos, los cuidados realizados por el personal de enfermería; y de permitir una adecuada integración del equipo de salud en el momento de atender un paciente. Si las notas del personal de enfermería, por ejemplo, están en letra ilegible, el resto del personal, perderá tiempo y podrá cometer errores en la interpretación de lo que allí está escrito. Por todo esto, la institución debe tomar medidas tendientes a mejorar la forma de consignación de la información por parte de todo el personal que practica y labora en la institución.¹

Por otra parte, en el 90,6%(48 historias) no se hacía buen uso de las abreviaturas no convencionales, y el 9,4%(6 historias) tenían abreviaturas no convencionales, este porcentaje se debe disminuir, puesto que este tipo de abreviaturas puede llevar a interpretaciones erradas.¹

Con respecto a las notas del personal médico general, el 9,4%(5 notas) tienen enmendaduras, pueden traer complicaciones legales tanto para el médico que realizó la historia como para la institución. Se debe hacer énfasis en la necesidad de evitar todo tipo de correcciones en la historia clínica, si se hacen debe ser bien explícitas y con esto evitar problemas legales posteriores.¹ En el 71,7% de las notas médicas no se encontró uso de abreviaturas no convencionales, por el contrario, en el 11.3% si encontraron abreviaturas no convencionales, las cuales, como se ha dicho anteriormente, dificultan la interpretación de los datos en las notas del personal médico. Esto puede confundir al resto del personal que utiliza estas notas. El uso de este tipo de abreviaturas es indebido puesto que incumple las normas de la institución, de la OPS y de la Ley 23 de 1981.¹

Por último, en un 62,3%(33 historias) no se encontró la firma ni el nombre completo del médico que los elaboró, y en el 49%(26 historias) no se encontró su código; especialmente en los servicios de medicina interna, urgencias adultos, cirugía, gineco-obstetricia, unidad renal, pensionados y quemados. Con lo anterior surge el cuestionamiento de porqué no se

cumplen estos requisitos, si se tiene en cuenta que todos los médicos tienen su código o registro profesional, y la institución reglamenta el uso de éste al finalizar las notas y órdenes médicas.

En cuanto a las notas de los estudiantes, se encontraron 13 historias clínicas con notas de estudiantes de medicina, 3 notas de estudiantes de enfermería y 3 notas de estudiantes de auxiliar de enfermería; los resultados del personal de estudiantes de enfermería no fueron concluyentes, por esto sólo se mostrarán los resultados encontrados en los estudiantes de medicina.

En las 13 historias clínicas con notas de estudiantes (100%) se encontró que dicha nota no estaba respaldada por el código del profesor, y en el 38,5%(5 historias) ni siquiera se encontró la firma o nombre completo del profesor. Estos es de gran importancia así el estudiante haya realizado la valoración y los procedimientos del paciente, el profesor es el responsable directo de estas actividades y es él quien debe garantizar que los diagnósticos, la interpretación de resultados paraclínicos, la prescripción y la realización de procedimientos hechos por los estudiantes, sean los adecuados para el paciente, por tanto debe consignar su firma, nombre completo y código para hacer confiable la información dada por el estudiante en el momento que se requiera. Cabe recalcar que el profesor es el responsable directo de lo que realice el estudiante y sobre él recaerán los problemas legales que se presente.¹

Conocimientos del personal de salud de FHSV de P sobre el manejo de la historia clínica.

Al conocer las funciones y los propósitos de la historia clínica, el personal de salud debe cumplir todas las normas que, en la institución, estén estipuladas para facilitar la toma correcta de decisiones y acciones de prevención, y tratamiento de las enfermedades del paciente, así como las actividades de docencia e investigación. De esta manera, la historia clínica será un instrumento clave para todo el equipo de salud que labora en la institución.¹

Según la institución investigada la acción correcta a seguir cuando se cometan un error es encerrar entre paréntesis la información incorrecta y consignar a su lado, entre comillas, las palabras error. En esta investigación, el 100% de los médicos generales; el 55,9 de los médicos especialistas; el 93,8% de los profesionales de enfermería; y el 92,5% de los auxiliares de enfermería respondieron que cumplían la norma.

Algunas personas respondieron así: "Pasa una sola línea sobre el error y anota la fecha y nombre de la persona que lo cometió" ésta es la norma instaurada por la OPS pero que en la institución no es utilizada.¹

La historia clínica nunca debe tener tachones o enmendaduras con lapicero o corrector porque se pueden presentar malentendidos con los abogados de la parte acusadora o del juez que esté llevando un determinado caso. Es indispensable recalcar que la historia clínica es un documento legal y que como tal merece un especial cuidado.^{1,2}

En cuanto al conocimiento del ordenamiento de la historia clínica por el personal de salud

encontramos que sólo el 9%(16), conoce el ordenamiento correcto de la historia clínica de la institución. Se encontró que las hojas con más problemas en el ordenamiento son las de control de líquidos, signos vitales, controles especiales y medicamentos, las cuales son diligenciadas por el personal de enfermería.

Dentro de las normas de la OPS el personal de enfermería es el responsable de:

1. La historia clínica en la sala
2. Conservar ordenadamente y en forma completa la historia clínica durante la permanencia del paciente en la sala.
3. Archivar los informes de los servicios auxiliares y de diagnóstico y tratamiento en la historias clínicas de los pacientes hospitalizado. ¹

Lo anterior muestra el importante papel del personal de enfermería en el manejo de la historia clínica dentro de la institución, y que éste debe responder por el correcto diligenciamiento y ordenamiento de la historia clínica. El profesional de enfermería debe tener claro este papel. Dicha responsabilidad lo obliga a anotar en la historia clínica todo lo que se realice al paciente con el fin de evitar problemas posteriores.³

Es necesario que todo el personal sepa de la importancia de la historia clínica en la institución y respete las normas establecidas, con el fin de que con la historia se pueda:

1. Encontrar información sobre el estado del paciente
2. Mejorar la comunicación entre el equipo de salud
3. planear la atención al paciente
4. Extraer datos que sirvan tanto en la docencia como en la investigación
5. Conocer la morbimortalidad hospitalaria

Discusión

El Ministerio de Salud asigna la máxima responsabilidad de la historia clínica al médico, pero todo el personal que hace escritos en ésta debe responder por su calidad.² Además, la elaboración de la historia clínica es una obligación legal del médico. La historia clínica, cumple dos funciones: 1) “contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada, a servir como ayuda memoria al responsable de la atención y como instrumento de comunicación entre todos los miembros del equipo de salud e instituciones que intervienen en la salud del paciente; y 2) “facilita el control y evaluación de la calidad y eficacia de la atención brindada al paciente”.²

Por tanto, todo el personal médico debe tener en cuenta el valor legal y jurídico que tiene la historia clínica y la responsabilidad que adquiere a la hora de elaborar sus escritos en ésta. En casos de demandas, la historia clínica le permite al médico la posibilidad de probar su inocencia. Cabe anotar que en la ley colombiana el médico puede ser condenado por:

1. Homicidio, que puede ser intencional o preterintencional (por imprudencia, negligencia, impericia o violación de reglamentos).
2. Lesiones personales, entre ellas deformidad, perturbación funcional y psíquica, y pérdida funcional o anatómica de órgano u miembro.
3. Aborto.

4. Falsedad de documentos, en los casos en que el médico, e incluso el paciente, borren, cambien u oculten una determinada historia clínica ²

Una historia clínica bien diligenciada por parte de todo el equipo de salud permite que, en el momento de alguna demanda por parte de un paciente, se pueda encontrar la verdadera causa por la cual se demandó, y la culpa colectiva; la culpa individual; o la inocencia, dada, como se ha dicho anteriormente, por la consignación clara de los datos en la historia.²

En el momento de analizar los datos recolectados, se encontró que sólo el 13,2% de las historias clínicas son ordenadas y que sólo el 9% del personal conoce el ordenamiento correcto de este documento en la institución. Se hace necesario unificar el conocimiento sobre las normas en el personal de salud que labora en la institución.

Todo el personal de la institución debe conocer y practicar las normas que se manejan en el hospital sobre el ordenamiento y diligenciamiento de la historia clínica, para optimizar los usos que se derivan de ella. ^{3,4}

Si se cumple el ordenamiento de las historias en la institución se puede ganar eficiencia en la búsqueda de un dato, en la calidad de la atención al paciente -administración de medicamentos, realización de cuidados y exámenes diagnósticos-, mejor comunicación con el equipo de salud, y se puede tener una visión mas amplia del estado del paciente. ⁴

Los registros que en mayor porcentaje no están en el orden correcto son: 1) controles especiales, 2) signos vitales, 3) control de líquidos y 4) medicamentos; diligenciados y manejados por el personal de enfermería, el cual dentro de las normas de la OPS, es el encargado de conservar ordenada y en forma completa la historia clínica en el servicio; esto requiere de la participación responsable de todo el equipo de salud, puesto que algunos registros son de uso exclusivo de otros profesionales quienes están obligados a cumplir las normas de la institución.

Se encontró, en gran porcentaje de las historias clínicas, el uso de abreviaturas no convencionales por parte de todo el personal que allí labora; es necesario normatizar y divulgar en la institución las abreviaturas que son aceptadas con el fin de que la norma se cumpla. ¹

Por otro lado, el personal profesional de enfermería está obligado por la institución a elaborar una nota de evolución si el paciente se encuentra en estado crítico. En el momento de realizar el estudio un porcentaje muy bajo aplica este proceso, estrategia importante en el cuidado de enfermería. Es fundamental que los profesionales de enfermería rescaten esta herramienta que permite orientar los cuidados al paciente y facilita la docencia y la investigación; el propósito del proceso de enfermería es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individuales del paciente, la familia y la comunidad, con lo que se puede hacer una planeación de los cuidados más sistemática, dinámica, interactiva, flexible y con bases teóricas: esto en beneficio del paciente y su familia, y la satisfacción laboral realizando el desarrollo profesional. ⁵

Toda las personas que diligencian historias clínicas deben hacerlo con letra legible, con el nombre y apellidos completos, el cargo y el código asignado a él; con lo cual, si se presenta una irregularidad en la nota realizada, se puede encontrar fácilmente el responsable para que aclare los datos allí consignados.

En los conocimientos del personal sobre las normas de la institución sobre el manejo de la historia clínica encontramos que el 96% respondió conocerlas, pero respecto a las preguntas ¿cómo firmar las notas? y ¿cómo corregir errores?, se encontró que un gran porcentaje de personas desconocen las normas de la institución en el momento de realizar dichas acciones, lo cual lleva a suponer que omiten las normas.

Conclusiones

1. La bibliografía referida al diligenciamiento y manejo de la historia clínica está muy bien reglamentada para el personal médico, encontrándose muchos vacíos en relación con las normas para el resto del personal.
2. En todos los registros los apartados menos diligenciados fueron el número de la cama y el número de la hoja.
3. En el registro de medicamentos y tratamiento la firma con el nombre completo está sólo en un 17% y el número de la cama en un 38% estaba diligenciado; los servicios donde no se diligencian esto apartados son: unidad renal, salud mental, quemados, pensionados y cirugía.
4. En el registro de órdenes médicas, éstas estaban realizadas por el profesional de enfermería en un 98%.
5. En el registro de informes de laboratorio, éstos estaban pegados en orden correcto 60%; siendo los servicios de salud mental, unidad renal y gineco-obstetricia quienes no diligenciaron este apartado.
6. En el momento de revisar las notas del personal de enfermería no se diferencian cuales fueron hechas por el auxiliar o el profesional.
7. En las notas del personal de enfermería se diligenciaron los signos vitales 21%, y la valoración del paciente fue 30%.
8. En Las notas del médico general sólo el 21% firma con el nombre completo, 34% escriben su código y el 38% escribe con letra legible.
9. Las notas del los estudiantes (medicina, auxiliar y profesional de enfermería) no están refrendadas por el profesor o por el médico tratante.
10. En las notas del médico especialista, el 46% se diligenciaron con letra legible.

11. Con relación a los conocimientos sobre las normas del manejo de la historia clínica en la institución, el 96% de el personal dice conocer las normas de la institución. Antes de valorar al paciente el personal revisa las hojas de evolución diaria y la hoja de plan de cuidados de enfermería en un 35%. Sólo el 21% del personal finaliza la nota con su nombre y apellidos completos y su código. El 85% conoce como se corrigen los errores en la historia clínica según las normas de la institución. El 80% conoce los usos de la historia clínica y sólo el 9% de el personal conoce el orden de la historia clínica exigido por la institución.

Recomendaciones

1. Unificar criterios en el personal médico general y especialista, ayudante, auxiliar y profesional de enfermería y todo aquel que tenga acceso a la historia clínica, sobre las normas de ordenamiento y diligenciamiento de la institución, esto se puede lograr por medio de cursos, talleres y seminarios.
2. Fomentar el buen ordenamiento y diligenciamiento de la historia clínica exigido por la institución, a través de estímulos.
3. Exigir en todo el personal que al finalizar las notas en la historia clínica debe anotar su nombre y apellidos completos, cargo y código, todo en letra clara y legible.
4. Teniendo como información los resultados de esta investigación, revisar el manejo de la historia clínica que se lleva en los servicios.
5. El profesional de enfermería debe tener un papel más activo en el momento de ordenar y diligenciar la historia clínica en la institución.
6. Informar al personal sobre los beneficios que se tienen diligenciar y ordenar correctamente la historia clínica.
7. Exponer al personal las principales consecuencias de la no aplicación de las normas de manejo de la historia clínica en la institución.
8. Implementar un sistema de vigilancia y control del ordenamiento y diligenciamiento de las historias clínicas, liderado por el comité de historias clínicas de dicha institución.
9. Implementar un programa educativo para el personal y los estudiantes que practican en la institución sobre las normas de manejo de la historia clínica.
10. Después de implementar el sistema de vigilancia de las historias clínicas evaluar el trabajo por medio de otro estudio de este tipo.

Agradecimientos

Al personal de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl por su colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Al Comité de Historias Clínicas de la institución por su colaboración en la parte teórica.

A la Enfermera epidemióloga Marta Cecilia Ramírez por su asesoría en la parte metodológica y de análisis de los resultados.

A las Enfermeras Marlene Vargas por su asesoría metodológica, Amparo Zapata por su colaboración en el análisis y discusión de los resultados, y Alba Correa por su asesoría en la publicación del artículo.

Al centro de investigaciones de la Facultad de Enfermería por el apoyo brindado durante la realización de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. *El departamento de registros médicos. Guía para su organización. Serie PALTEX para médicos y auxiliares*. 1990(19):3,8,11,19,21.
2. Yepes Restrepo S. *La responsabilidad civil médica*. 3a ed. S.L: Biblioteca Jurídica Dike. 1994:17,34,35,49-57.
3. Bradford EW. "Prevención de las acciones judiciales por negligencia. Lo que usted puede hacer". *Nursing* 1989;7(6):58.
4. República de Colombia. Ministerio de Salud. *Registros médicos e historia clínica*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1983:176
5. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. 2a ed. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill;1993:13-20.

Fecha de recepción: noviembre de 1997