

**MANEJO INTEGRAL DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE UNA IPS DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO**

**DAYMETH PAOLA ALMARIO BARRAZA
SHARELIS ISABEL GARCÍA MARQUEZ
LINA MARÍA LLANOS HERAS
YOLIMA IPUANA MONSALVE**

**ASESOR: YEIS MIGUEL BORRÉ ORTIZ
MAGISTER EN INVESTIGACIÓN
LÍDER DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA UNILIBRE
(GISPUL)**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD
BARRANQUILLA – COLOMBIA
2016**

CONTENIDO

<u>1</u>	<u>MARCO DEL PROBLEMA.....</u>	<u>7</u>
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	11
1.3	OBJETIVOS.....	14
1.3.1	OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4	PROPÓSITO.....	14
<u>2</u>	<u>MARCO DE REFERENCIA.....</u>	<u>15</u>
2.1	MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	15
2.1.1	HISTORIA CLÍNICA.....	16
2.1.2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	22
2.1.3	HISTORIA CLÍNICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	25
2.2	ANTECEDENTES.....	28
2.3	MARCO LEGAL.....	31
2.4	MARCO INSTITUCIONAL.....	33
2.4.1	¿QUIÉNES SON?.....	33
2.4.2	SERVICIOS.....	33
2.4.3	VALORES CORPORATIVOS.....	34
2.4.4	MISIÓN.....	34
2.4.5	VISIÓN.....	35
<u>3</u>	<u>MARCO METODOLÓGICO.....</u>	<u>36</u>
3.1	TIPO DE ESTUDIO.....	36
3.1.1	ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	36
3.1.2	ESTUDIO CUANTITATIVO.....	36
3.1.3	INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL.....	37
3.1.4	ESTUDIO RETROSPECTIVO.....	37
3.2	ÁREA DE ESTUDIO.....	37
3.3	UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38

3.3.1	UNIVERSO	38
3.3.2	POBLACIÓN.....	38
3.3.3	MUESTRA.....	38
3.3.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
3.3.5	CRITERIOS EXCLUSIÓN	38
3.3.6	TAMAÑO DE LA MUESTRA	38
3.3.7	MÉTODO DE SELECCIÓN O MUESTREO	40
3.4	FUENTES DE INFORMACIÓN	40
3.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
3.6	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	45
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	46
3.9	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
3.9.1	DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE MEDICIÓN.....	54
4	<u>MARCO DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....</u>	55
4.1	RESULTADOS DESCRIPTIVOS	55
4.1.1	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE INGRESO E IDENTIFICACIÓN.....	55
4.1.2	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE MOTIVO DE CONSULTA	56
4.1.3	MACRO VARIABLE REGISTRO DE REVISIÓN POR SISTEMAS O EXAMEN FÍSICO	57
4.1.4	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS...	59
4.1.5	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE ANTECEDENTES FAMILIARES	60
4.1.6	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO INICIAL DE ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA.....	60
4.1.7	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	62
4.1.8	MACRO VARIABLE REGISTRO DE PLAN DE TRATAMIENTO.....	62
4.1.9	MACRO VARIABLE DE REGISTRO DE SEGUIMIENTO A RIESGO	64
4.2	CONSOLIDADO DE MACRO VARIABLES EVALUADAS	66
4.3	DISCUSIÓN.....	68
4.4	CONCLUSIÓN	71
4.5	RECOMENDACIONES	72
	<u>ANEXOS.....</u>	74
5	<u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	85

INDICE DE ILUSTRACIONES O GRÁFICOS

<i>Ilustración 1 Macro variable, Dato de registro de ingreso e identificación</i>	55
<i>Ilustración 2 Macro variable Registro de motivo de consulta</i>	56
<i>Ilustración 3 Macro variable registro de revisión por sistemas o examen físico</i>	57
<i>Ilustración 4 Macro variable registro de antecedentes personales y patológicos</i>	59
<i>Ilustración 5 Macro variable registro de antecedentes familiares</i>	60
<i>Ilustración 6 Macro variable de registro de diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos y actividad física.</i>	61
<i>Ilustración 7 Macro variable de registro de diagnóstico principal</i>	62
<i>Ilustración 8 Macro variable Registro de plan de tratamiento</i>	62
<i>Ilustración 9 Macro variable de registro de seguimiento a riesgo</i>	64

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Rangos de calificación de macro variables</i>	46
<i>Tabla 2 Resultados de variables en datos de ingreso e identificación</i>	55
<i>Tabla 3 Macro variable de registro de datos de identificación e ingreso</i>	56
<i>Tabla 4 Variables de registro de revisión por sistemas o examen físico</i>	58
<i>Tabla 5 Macro variable de registro de plan de tratamiento</i>	63
<i>Tabla 6 Macro variable de registro seguimiento a riesgo</i>	65
<i>Tabla 7 Consolidado de calificación de Macro variables</i>	67

INDICE DE ECUACIONES

<i>Ecuación 1 Formula de muestra finita</i>	38
<i>Ecuación 2 Cálculo de tamaño de la muestra</i>	39

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el manejo integral de la historia clínica de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de la consulta externa de una IPS de Soledad.

Materiales y métodos: El estudio aplicado fue descriptivo cuantitativo, de corte transversal retrospectivo y se ejecutó revisando 136 historias clínicas electrónicas de pacientes con hipertensión arterial que acudieron al servicio de consulta externa de una IPS en Soledad en el segundo trimestre del año 2016 (Abril, Mayo, Junio), para ello se usó una matriz de consolidación de información, se estudiaron 9 macro variables: datos de ingreso e identificación, motivo de consulta, revisión por sistemas o examen físico, antecedentes personales y patológicos, antecedentes familiares, diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios, y actividad física, diagnóstico, plan de tratamiento, seguimiento a riesgo.

Resultados: En las historias clínicas los datos de ingreso e identificación cumplen un 74.9%, motivo de consulta cumple un 99.3%, el registro de dato de revisión por sistemas o examen físico obtuvo un porcentaje de 79.2%, en los antecedentes personales y patológicos cumple el 97.1%, en antecedentes familiares cumple un 97.1 %, en diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física, se obtuvo 0.2% de cumplimiento, diagnóstico principal cumplió en un 99.3%, plan de tratamiento cumplió un 45.8%, en dato de seguimiento a riesgo se obtuvo un cumplimiento del 62%.

Conclusión: No se tiene la cultura del adecuado diligenciamiento de los registros clínicos para lograr establecer un diagnóstico y tratamiento integral, ya que apartando el debido control médico que realiza el profesional, se debe tener en cuenta el factor educativo al paciente y realizar seguimiento del mismo por ser este un factor incidente en la evolución de la enfermedad

Palabras claves: historia clínica del paciente, hipertensión arterial, manejo integral, evaluación de procesos y resultados.

1 MARCO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción del Problema

La Resolución 1995 de 1999 en Colombia, en su artículo primero, define la Historia Clínica 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. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley¹

El principal uso de la Historia Clínica, es permitir conocer en un momento determinado cuáles son las preocupaciones que aquejan al usuario y cuál es la condición de salud del mismo, basándose en la información registrada con anterioridad por un profesional en salud.

Las historias clínicas deben generar un impacto positivo en el rendimiento y productividad de los equipos de prestación de servicios de salud; deben mejorar la calidad de la documentación, soportar las acciones en la calidad de la consulta médica, con cada paciente; Sin embargo diversos estudios concluyen que las historias clínicas tradicionales constituyen en muchas ocasiones un impedimento para mejorar la atención al paciente, pues la orientación de estas se pierde fácilmente, siendo ilegibles, incompletas, contienen abreviaturas no estandarizadas en el lenguaje médico y además no permiten encontrar la lista de medicamentos, dosificaciones y efectos adversos que han sido asociados al paciente².

Es importante dentro del proceso de mejora continua de las instituciones prestadoras de salud un control permanente dirigido a la detección y corrección de las inconsistencias en cuanto al abordaje de las historia clínicas, se debe

¹ Ministerio de Salud. República de Colombia. Re-solución No. 1995 de 1999. Diario Oficial No. 43.655, del 5 de agosto de 1999.

² PAULA ANDREA ARANGO PÉREZ**, ELIZABETH CORREA GUTIÉRREZ**, MÓNICA MÁRQUEZ CADAVID**, ALEJANDRA RESTREPO HAMID; Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002, Pág. 20 y ,21.

conllevar a una priorización de los hallazgos más perjudiciales en la documentación de las intervenciones relacionados con el paciente, especialmente cuando el motivo de consulta es una patología que representa una problemática a nivel de salud pública con gran incidencia mundial. Entre las cuales se puede destacar la hipertensión arterial definida por la Organización mundial de la Salud (OMS) como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón³, y que afecta a aproximadamente a un billón de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos ajustados por discapacidad⁴.

Los investigadores estiman que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón. También contribuye a aumentar el riesgo de insuficiencia renal y de ceguera. La prevalencia más alta de la hipertensión se observa en África (el 46% de los adultos) y la más baja en las Américas (35%)⁵.

En Colombia las causas de consulta ambulatoria general más frecuentes para ambos sexos, es la hipertensión arterial (11,2% en mujeres y 8,7% en hombres), así mismo diferentes estudios evidencian una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial, es el motivo de consulta más frecuente tanto para los hombres como para las mujeres y representa una de las primeras 20 causas de egreso hospitalario a nivel nacional.⁶

Las complicaciones y la mortalidad, asociadas a la Hipertensión arterial (HTA), traen como consecuencia altos costos económicos y sociales. A nivel económico, generan un elevado gasto asistencial y farmacéutico al enfermo, además de los costos e implicaciones para las instituciones empleadoras y entidades de salud.

³ OMS Preguntas y respuestas sobre la hipertensión Septiembre de 2015, <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

⁴ Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2000; Hashmi *et al.*, 2007; National Institutes of Health [NIH], 2003; Whelton *et al.*, 2002

⁵ OMS, Centro de prensa, Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo, 13 junio 2013, Ginebra. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/.

⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Plan decenal de salud pública de Colombia 2012- 2021, Bogotá, Pág 62

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20e n%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

Igualmente, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no sólo la calidad de vida de los individuos, sino también la de las familias ⁷

Para la identificación de esta patología se cuenta con una guía de atención referida por el ministerio de salud, bajo la Resolución 0412- 2000, y con una actualización de la misma mediante una guía práctica clínica, expedida en el año 2013, para reajustar y reafirmar las acciones de recuperación y rehabilitación del usuario hipertenso, y a su vez resulta de gran significado que los entes de salud, entre ellos las IPS, se comprometan con las estrategias mundiales, Nacionales como: EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (año 2012- 2021) y municipales como: EL PLAN DE DESARROLLO (2012-2015, orientando a la búsqueda de la mejoría de la calidad de vida de los ciudadanos y la reducción en la carga de la Hipertensión.

Conforme al Plan de Desarrollo Municipal en el municipio de Soledad 2012 – 2015, la hipertensión arterial se sitúa entre las diez primeras causa de morbilidad general de los “Soledenses”, posicionándose en el cuarto lugar⁸.

Según el DANE y sus Proyecciones del censo del año 2005, indican que para el 2011 la población total del municipio ascendió a 551.082 habitantes, de los cuales el 48,7 % son hombres y el 51,30 % son mujeres; y para el año 2016 corresponderá a un aproximado de 632.014 Pobladores⁹.

La IPS centro de estudio es una institución Prestadora de salud (IPS) de primer nivel la cual oferta sus servicios asistenciales en el Municipio de Soledad-Atlántico entre los cuales están: Consulta de medicina general, Odontología, Nutrición, psicología, toma de muestra, Laboratorio y Fisioterapia, con propósito de garantizar la atención integral al usuario, convergente a la capacidad resolutive de la institución.

La obtención, manejo, almacenamiento y disponibilidad de la información resultante de la relación profesional de la salud - paciente, debe mantener además

7 Cohen, 2001; Cordente, García, Sillero y Domínguez, 2007; Fogari y Zoppi, 2004; Lam y Lauder, 2000

8 ALCALDIA DE SOLEDAD, Plan de desarrollo municipal, Pag 40. http://www.soledad-atlantico.gov.co/apc/afiles/36633361366435313139313765643061/PLAN_DE_DESARROLLO_MUNICIPAL_2012_2015__DEF1__1_.pdf.

⁹DANE, Proyecciones de población, Año 2005, www.dane.gov.co/files/.../poblacion/.../ProyeccionMunicipios2005_2020.x.

de la confidencialidad, la posibilidad y capacidad del colaborador para interactuar y comunicarse con el paciente sin ningún tipo de limitación.

Los registros deben ser una herramienta básica que sirva para facilitar y mejorar la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo. Por tanto, para cumplir con su función, un buen registro “debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar Cualificación asumiera a continuación sin dificultad la responsabilidad del cuidado del Paciente”¹⁰.

Dentro de las primeras causas de consulta en la institución se encuentra la Hipertensión arterial, en la cual no se puede exceptuar la calidad de la información que refleje el manejo integral del expediente clínico que soporte la atención del afiliado.

Desde este punto de vista, a raíz de los resultados expuestos, se reconoce que la IPS centro de estudio no cuenta con registros de auditoria de historias clínicas en el año en curso, tampoco dispone de un instrumento específico para el ejercicio de estimación en el manejo integral de las historias clínicas de los clientes que asisten al control del programa de hipertensión arterial.

Por lo tanto es necesario evaluar las acciones o actividades ejecutadas en las atenciones o valoraciones por el equipo de salud, mediante la auditoria de la información consignada en las historias clínicas.

Ante esta situación se requiere evaluar el manejo integral de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de consulta externa. Este proceso permitirá conocer la dirección en el registro en salud, en cada uno de los pasos de la atención.

Esto indica que valorar las historias clínicas de este tipo de pacientes es un aspecto significativo para la institución puesto que permite disminuir costos, o evitar glosas; Tomando como base el concepto de que un registro adecuado contribuye no sólo a la calidad de los cuidados, sino que hace visible el trabajo que realizan los profesionales de la salud y puede favorecer a garantizar la

¹⁰ Amezcua 1995 citado por Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010.

continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de cuidados eficaces y eficientes¹¹.

1.1.2 Formulación del problema

¿Las historias clínicas de los pacientes con hipertensión arterial, atendidos en el servicio de consulta externa de una IPS de Soledad, se manejan de manera integral?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Tal como se describió en el planteamiento del problema la hipertensión arterial es una de las patologías que más se consulta en los servicios de salud debido a que es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor auge en el presente siglo XXI denominándose el enemigo silencioso, esta particularidad de la enfermedad hace necesario que el personal clínico asistencial tenga mucho cuidado a la hora de registrar toda la información en la historia clínica.

La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. Sin embargo, este riesgo no tiene que ser necesariamente tan elevado; la hipertensión se puede prevenir.¹²

La evaluación clínica, la historia y el examen físico determinan la naturaleza, severidad y tratamiento. La historia debe incluir detalles de la duración y la severidad de la hipertensión previa. Así como de la presencia de lesión de órgano blanco previo o actual; debe incluirse el tratamiento antihipertensivo, el grado de control de la presión, el uso de otras medicaciones o sustancias que pudieran alterar la respuesta a la terapia¹³.

En las historias clínicas a medida en que se documente de forma adecuada, habrá una mayor y mejor comunicación entre profesionales de la salud contribuyendo

¹¹ ESCALANTE Leticia, El arte de registrar, universidad del país de Vasco, año 2013, Pág.6.

¹² OMS, Información general sobre la Hipertensión en el Mundo, año 2013, pág 5.

¹³ Guía de atención de la hipertensión arterial, Ministerio de la protección social. Pág 171

así a mejorar la calidad en el servicio prestado en especial a pacientes con este tipo de patología como lo es la hipertensión arterial, además se facilita la toma de decisiones en cuanto al manejo que se le dará al usuario.

Al momento de registrar hay que tener en cuenta los distintos sistemas, formatos y las necesidades del área en donde se le brinda la atención al paciente; algunas veces los registros están incompletos por diferentes causas entre las cuales está: el que no se registra completamente lo que se obtiene en la consulta, o que se llegue a suponer aspectos irrelevantes que no parece necesario registrarlos e incluso puede ocurrir que el funcionario de la salud utilice siglas que tengan diversos significados, lo que conllevaría al aumento del riesgo de una tergiversación y en consecuencia ocasionar un incidente que puedan afectar la seguridad para los pacientes.

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 en el que el diligenciamiento y registro de las acciones en salud debe ser el modo de evidencia en forma lógica, clara y completa del procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo¹⁴.

En Colombia las guías y leyes establecen parámetros para el manejo de la historia clínica que regulan la calidad de la atención no solamente para la hipertensión arterial sino también para los demás programas de Salud pública. Condición que de ser aplicada correctamente contribuiría de forma positiva a la disminución de muertes evitables como consecuencia de la Hipertensión Arterial; ya que esta es considerada como un factor de riesgo Cerebrovascular evitable. Dentro de su justificación normativa se encuentra lo promulgado en la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establece las normas para el manejo de las historias clínicas en la que se expone sobre “la obligatoriedad del registro de todas las observaciones, conceptos y resultados de las acciones en salud desarrolladas”.

La historia clínica, es un registro de mucho valor ético, legal a nivel mundial, en el cual se condensa información del equipo interdisciplinario, esta información permite conocer el estado de salud del paciente y permite tomar decisiones a la

¹⁴ FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN, Manual de manejo y diligenciamiento de Historias clínicas. *pág. 6. sanmartinbaq.edu.co/wp.../ODO_ManualManejoDiligenciamientoHC.pdf.*

luz de lo que allí se refleja. El presente Proyecto se enfoca en la evaluación del abordaje integral de atención a personas con diagnóstico de hipertensión arterial atendidas en consulta externa.

La ambigüedad u omisión de la información contenida en las historias clínicas, genera otra problemática a nivel mundial, como lo es el Subregistro, que impide conocer a fondo la realidad de muchas situaciones en salud, como lo son, cifras relacionadas a prevalencia, incidencia o impacto del comportamiento de la morbilidad y mortalidad de patologías. Lo que afecta la oportunidad en la intervención de organizaciones, entidades o profesionales ante contextos de interés del sector salud.

Desde esta intención evaluativa se favorece al estudio y análisis de las fortalezas y las debilidades del manejo integral de las historias clínicas a partir de la guía de atención de hipertensión arterial, para que de esta manera se logre realizar los correctivos pertinentes; mejorando la documentación sobre esta patología en la historia clínica y así ofrecer un adecuado servicio en la consulta externa de la IPS centro de estudio.

Con los resultados de esta investigación se pretende establecer planes de mejoramiento en la IPS, de manera que se beneficie la atención de los pacientes, y por ende el registro de la información clínica que se derive de la atención. Lo que permitirá contar con información veraz en el momento de tomar decisiones pertinentes en el ejercicio de la práctica clínica.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar el manejo integral de la historia clínica de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de la consulta externa de una IPS de Soledad.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Determinar el nivel de cumplimiento en el manejo de la historia clínica, según las macro variables de: datos de ingreso e identificación, motivo de consulta, revisión por sistemas o examen físico, antecedentes personales y patológicos, antecedentes familiares, diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física, diagnóstico, plan de tratamiento, seguimiento a riesgo.
- b. Identificar el proceso de diligenciamiento de historias clínicas a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- c. Socializar resultados para el establecimiento de un plan de acción, que permita el mejoramiento del manejo de los registros clínicos en la institución.

1.4 Propósito

Con esta investigación se pretende establecer un plan de intervención que permita desarrollar a la IPS un protocolo para el mejoramiento de los procesos con respecto al manejo integral de la historia clínica a los pacientes con hipertensión arterial, Así, como las acciones para empoderar al funcionario interno en la adherencia del mismo.

De manera que todos los clientes que asisten a la IPS en el servicio de consulta externa, puedan tener garantía que la información en la historia clínica es completa y fiable al abordaje realizado, y que en consecuencia garantice la segura continuidad de futuros manejos clínicos, los cuales deben contener la información suficiente como para permitir que otro profesional idóneo asuman sin dificultad el compromiso del cuidado del Paciente.

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco teórico-conceptual

Patologías como la Hipertensión Arterial, se pueden considerar como factores de riesgo para eventos cardiocerebrovasculares, es por esto que cada vez aumentan los esfuerzos para controlarla con acciones dirigidas a la población en riesgo y la Historia Clínica se convierte en un elemento esencial.

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales¹⁵; ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto, debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia¹⁶¹⁷.

Se puede decir que la historia clínica se convierte en una herramienta de vital importancia siempre y cuando haya un adecuado manejo integral, permite lograr un direccionamiento hacia un diagnóstico acertado, realizar un correcto análisis y estudios complementarios, obteniendo el restablecimiento de la salud del paciente; el debido manejo de la historia clínica reflejará la calidad de la atención prestada el personal asistencial hacia el paciente.

También es considerada como una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Guidelines for Medical Record Practice. Report N°.: WHO/HS/NAT.COM/80-370.

¹⁶ Servei Valencià de Salut. Guía de uso de la historia clínica de atención especializada. Valencia: Conselleria de Sanitati Consum. Generalitat Valenciana, 1994.

¹⁷ J. Renau, I. Pérez-Salinas Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón, Evaluación de la calidad de las historias clínicas, Papeles médicos año 2001, pág 32, véase en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>.

efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica¹⁸.

La ejecución es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno; el objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.¹⁹

2.1.1 Historia clínica

Con el objetivo de unificar el concepto de Historia Clínica, se adopta la definición que está establecida en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de la Protección Social, artículo primero “La Historia Clínica es 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. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”²⁰.

La historia clínica es un registro legal que documenta el resultado que surge del empalme entre el profesional de la salud con el paciente y todas las intervenciones efectuadas.

Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin,

¹⁸ Guzmán F.; Arias C.A., Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24, LA HISTORIA CLÍNICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO, Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011, Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

¹⁹ IBID

²⁰ RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8), normas para el manejo de la Historia Clínica, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, ART. 1

proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica²¹.

2.1.1.1 Importancia y repercusiones de la historia clínica²²

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. Intentando encuadrar el problema del paciente.

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

La historia clínica direcciona el tratamiento; una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

Posee un contenido científico de investigación. La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la lex artis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica. El médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin

²¹ . Rodríguez Rodríguez JP, Sastre Barceló J, Pérez Cascales CI, Ibarra Sánchez JM. Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. *Todo Hosp* 1994;109:49- 53

²² Guzmán F.; Arias C.A., *Rev Colomb Cir.* 2012;27:15-24, LA HISTORIA CLÍNICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO, Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011, Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente.

Constituye un elemento administrativo, de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados.

Tiene implicaciones medico legales, entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para restaurar la salud del enfermo o mantenerla, quien a su vez se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

2.1.1.2 Características de la Historia Clínica²³

Su práctica es obligatoria. Ningún acto médico hospitalario o de consultorio de efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad. Es irremplazable, la escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico; es privada y pertenece al paciente, aquí se integran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión, se haya visto, oído comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo; esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad.

2.1.1.3 Partes de la Historia Clínica.²⁴

²³ Guzmán F.; Arias C.A., Rev. Colomb Cir. 2012;27:15-24, LA HISTORIA CLÍNICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO, Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011, Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

²⁴ FERNANDO GUZMÁN M., LA HISTORIA CLINICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MEDICO, Advocatus, Edición especial N° 13: 177 - 191, 2009 Universidad Libre Seccional Barranquilla, pag 187,188,189,190. <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/revistas2/index.php/advocatus/article/view/33/31>

Interrogatorio: Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en la confianza, el respeto y la sinceridad de ambas partes. Los cuatro primeros elementos son: la presentación mutua, la toma de los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo la describe.

Examen físico inicial: Está constituido por la percepción sensorial del médico, y sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), la palpación (tacto), la percusión (oído) y la auscultación (oído).

Diagnóstico de ingreso: La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos:

Aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.

Exámenes paraclínicos: Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros.

Sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. Aunque existen algunos exámenes de laboratorio básicos, cada una de las pruebas paraclínicas debe analizarse, justificarse y evaluarse cuidadosamente, pues todas son costosas.

Procedimientos diagnósticos invasivos: Entran dentro de la categoría de elementos de confirmación o descarte de una sospecha clínica justificada. Todos tienen algún tipo de riesgo y su costo es elevado. Por lo anterior, deben ir acompañados del consentimiento informado.

Evolución: Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento. Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.

Procedimientos invasivos terapéuticos: Debido a que forman parte del arsenal médico y representan franco riesgo, siempre se deben acompañar del documento de consentimiento.

Descripción: En los procedimientos invasivos, particularmente los de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y, por lo tanto, deben ser meticulosas.

Informe de complicaciones: Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes y el manejo que se le da a la complicación manifiesta.

Documentos especiales: Hacen referencia a eventos poco frecuentes de la relación entre médico y paciente, e incluyen, entre otros: abandono del tratamiento, abandono del hospital, algunas quejas especiales, autorización de donaciones, autorización de abandono de procedimientos en caso de enfermedad terminal, etc.

2.1.1.4 Puntos críticos en la Historia Clínica:²⁵

La Historia clínica debe ser elaborada en forma legible, no se debe usar algún tipo de abreviaturas o siglas distintas a las convencionales de uso corriente no ideadas por el médico, no debe contener tachones, sin espacios en blanco, en orden cronológico y contener los siguientes registros:

- Identificación de la Historia Clínica con el nombre completo y número de identificación del usuario incluyendo apellidos y nombres, estado civil, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono de la residencia, nombre del acompañante, aseguradora y tipo de vinculación
- Fecha y hora en la que se realiza el registro
- Clara y legible sin espacios en blanco, evitando registrar siglas no reconocidas.

²⁵ Berwick dm ``[elementos continuos en el cuidado de la salud]. Traducido del inglés n. Engl j med 1989 320 (1):t3 – 56.

- Anamnesis; deben encontrarse registrados los datos de motivo de consulta y enfermedad actual
- Antecedentes personales y familiares: estos deben encontrarse registrados en la historia clínica por primera vez y ser actualizados en las consultas posteriores. Haciendo énfasis en el registro de antecedentes particulares que devalen factores de riesgo de acuerdo con el ciclo vital del paciente.
- Examen físico: que sea completo, incluye signos vitales completos, examen completo por sistemas. Examen con énfasis en el sistema que motiva la consulta.
- Análisis: Concepto del profesional sobre el estado del paciente, plan y conducta a seguir, en esta pestaña se puede registrar el resultado e interpretación de los estudios complementarios.
- Tratamiento: Se evaluará el registro completo de la conducta médica que incluya como mínimo en cada caso de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico e imagenología). Prescripción de medicamentos (definiendo el nombre del medicamento genérico, la presentación, dosificación y el tiempo de la formulación). Apoyo terapéutico (terapia física, respiratoria, ocupacional de lenguaje, nutrición y optometría). Acciones educativas.
- Coherencia: se evaluará en la globalidad de la historia, la coherencia entre la anamnesis, el examen físico, el diagnóstico, el manejo y el resultado de los paraclínicos.
- Identificación del profesional: presencia del nombre legible del profesional que adelanta la nota, la especialidad (puede ser al inicio de la nota o al pie de la notificación), el registro médico y la firma; la identificación puede registrarse con un sello a excepción de la firma.
- Soportes de paraclínicos: se refiere específicamente a que se encuentren debidamente archivados o registrados los reportes de los paraclínicos (exámenes paraclínicos, imágenes diagnósticas y demás que se hayan solicitado). Incluyendo la firma del paciente cuando estos reportes hayan sido entregados a ellos.

2.1.2 Hipertensión arterial

Es un nivel mantenido de la presión arterial (PA) sistodiastólica igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada en condiciones apropiadas en por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la PA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo.²⁶

2.1.2.1 Causas de la Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir en forma significativa la morbi letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro vasculares y renales en edades geriátricas.²⁷

2.1.2.2 Factores de Riesgo.²⁸

El 90% de los casos de HTA son idiopáticos. El principal de riesgo conocido de la HTA es la obesidad y en particular la abdominal.

Otro factor de riesgo son el sedentarismo, el consumo continuado de alcohol, la presión normal-alta, la historia familiar de HTA y probablemente el excesivo consumo de sal y el bajo consumo de potasio y de magnesio.

Varios ensayos clínicos de intervención multifactorial sobre estos factores han demostrado que es posible reducir en un 50% la aparición de HTA a lo largo de 5 años. También es importante la determinación periódica de la presión arterial a las personas con presión normal alta para detectar precozmente la aparición de HTA.

En cuanto al control de los hipertensos la presión arterial debe considerarse como un componente más del perfil de riesgo cardiovascular del individuo de hecho, las complicaciones cardiovasculares de la HTA son mayores en presencia de otros

²⁶ Rev Cubana Invest Bioméd v.28 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001

²⁷ Dueñas Herrera. A. Hipertensión arterial: su control en el nivel de salud. Rev.Cubana Med. Gen. Intgr 2000; 8 (3): 195 201.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009

²⁸ Manual educativo prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y promoción de hábitos de vida saludable OPS 2007 Pag. 37 -43.

factores de riesgo. Más del 70% de los hipertensos presentan otros factores de riesgo cardiovasculares. Por ello el adecuado control de la HTA influye determinar la presencia de dislipemia, intolerancia a la glucosa, diabetes, obesidad hipertrofia ventricular izquierda o cardiopatía isquemia sintomática.

También debe estudiarse la presencia de otros factores no relacionados metabólicamente con la HTA como el tabaquismo. Ello permite estratificar a los individuos en función del riesgo cardiovascular y realizar intervenciones más intensas en las personas que corren mayor riesgo.

2.1.2.2.1 Factores de riesgo no modificables²⁹

a. **EDAD** el riesgo de arterial alta aumenta con la edad .Aun cuando la presión arterial alta puede ocurrir a cualquier edad, se detecta más frecuentemente en personas de 35 años o más.

b. **SEXO** Entre los adultos, jóvenes y de edad mediana, los hombres tienen mayor probabilidad de tener presión arterial que las mujeres. Más tarde se invierte este dato. La HTA y el ECV hemorrágico es más frecuente en mujeres menopausias, la enfermedad coronaria y el ECV de tipo aterosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

c. **RAZA** La hipertensión arterial se presenta de manera importante y más frecuente y agresiva en la raza negra.

d. **ANTECEDENTES FAMILIARES:** La presión arterial alta tiende a verse en familias, si uno de los padres tiene la presión alta se tiene aproximadamente 25% de riesgo de desarrollarla durante la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión arterial alta, tiene 60% de riesgo de adquirir la enfermedad.

2.1.2.2.2 Factores de Riesgo modificables³⁰

²⁹ ZELAYA Gloria Ángela, ORDÓÑEZ Mercedes B. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes que asisten al servicio de consulta externa del Hospital del Sur. Abril a septiembre del 2008, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas Postgrado en Epidemiología y Salud, pág 20-23

³⁰ Ibid, pág 20-23.

a. **Tabaquismo** Las sustancias químicas que se encuentra en el tabaco pueden dañar el revestimiento de las paredes arterial haciéndolas, más propensas a la de placas. También hace que el corazón trabaje más, contrayendo temporalmente los vasos sanguíneos y aumentando la frecuencia cardiaca y presión arterial.

b. **Alcohol** las personas que toman tres o más bebidas al día tienen mayor incidencia de presión arterial alta que los que no beben alcohol o que toman menos de tres bebidas al día. El consumo excesivo de alcohol contribuye al 8% al total de los casos de presión alta.

c. **Inactividad** la falta de actividad física aumenta el riesgo de presión alta porque incrementa el riesgo de sobre peso.

d. **Nutricionales** Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogenico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

e. **Estrés** el estrés no causa elevación persistente de la presión arterial. Pero los niveles altos de estrés pueden llevar aumento temporal dramático de la presión arterial.

f. **Potasio** una ingesta alimentaria de potasio reduce la tensión arterial y protege contra los accidente cerebro vasculares y las arritmias cardiacas. la ingesta de potasio debe ser tal que la razón sodio: potasio se mantenga en torno a 1, 0, lo que equivale a un consumo diario de potasio70-80mmol. esto puede conseguirse mediante un consumo adecuado de frutas y verduras.

g. **Sodio** La exposición alimentaria en la ingesta diaria de sodio ha sido ampliamente estudiada en animales, estudios epidemiológicos, ensayos clínicos con testigos y estudio de población sobre restricción de la ingesta de sodio. Todo el resultado de estos estudios muestra de forma convincente que la ingesta de sodio está directamente asociada a la tensión arterial

h. **Grasa.** Las grasas de la dietas influyen sobre manera en el riesgo ECV como la cardiopatía coronaria y el accidente cerebro vascular, debido a sus efectos en los lípidos sanguíneos, la formación de trombos la tensión arterial, la función arterial(endotelial),la aritmogenesis y la inflamación. No obstante, esos riesgos pueden modificarse en gran medida alterando la composición cualitativa de las grasas la evidencia disponible muestra que el consumo de ácidos grasos saturados está directamente relacionado con el riesgo cardiovascular.

2.1.2.2.3 Factores biológicos.³¹

Obesidad tener sobre peso aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión arterial por varias razones, el exceso de peso puede aumentar la frecuencia cardiaca y el nivel de insulina en la sangre. El aumento de insulina hace que el cuerpo retenga sodio y agua

Dislipidemias: el estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión

Diabetes mellitus La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de hipertensión.

2.1.3 Historia Clínica en Pacientes con Hipertensión Arterial³²

La historia clínica debe incluir el momento del diagnóstico inicial de hipertensión arterial (HTA), mediciones actuales y previas de presión arterial (PA) y medicación antihipertensiva actual y previa si aplica al paciente. Debe prestarse atención a las causas de HTA secundaria, en el caso de las mujeres debe indagarse si el antecedente está relacionado con HTA en el embarazo.

La HTA se asocia con aumento del riesgo de complicaciones renales y cardiovasculares (CV), como enfermedad coronaria (EC), insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral (EVC), enfermedad arterial periférica y muerte CV, en

³¹OMS/FAO Informe de una consulta mixta de expertos. Pág 105-108 Ginebra 2003.

³²Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores, 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, Traducción textual: Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial, European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia, pag 9,10,11. Vease en <http://www.bago.com.ar/vademecum/wp-content/uploads/2014/06/04-historia-clinica-en-pacientes-con-ha.pdf>

especial cuando coexisten otras enfermedades. Por ello, debe evaluarse en todos los pacientes la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) para permitir determinar el riesgo CV global, incluyendo enfermedades concomitantes como diabetes, signos o antecedentes de insuficiencia cardíaca, EC o enfermedad arterial periférica, enfermedad valvular cardíaca, palpitaciones, síncope, trastornos neurológicos, en especial EVC y ataque isquémico transitorio (AIT). Además debe incluirse el abuso de nicotina y la presencia de dislipidemia. El antecedente familiar de HTA prematura o ECV prematura constituyen indicadores iniciales de predisposición familiar (genética).

2.1.3.1 Examen Físico³³

El examen físico tiene como objetivo establecer o verificar el diagnóstico de HTA, determinar los niveles de PA actual, rastrear las causas de HTA secundaria y realizar una estimación del riesgo CV global. La PA debe medirse en forma repetida para confirmar el diagnóstico de HTA. Al menos en una ocasión, la PA debe medirse en ambos brazos y, en caso de hallar diferencia mayores de 20 mm Hg de la presión arterial sistólica (PAS) o por encima de 10 mm Hg en la presión arterial diastólica (PAD) o ambas se debe realizar un estudio más profundo de anomalías vasculares. Deben auscultarse las carótidas, las arterias renales y el corazón. En presencia de soplos, deberían realizarse otros estudios, incluyendo ecografía de vasos del cuello, ecocardiograma y ecografía vascular renal. Otros parámetros a registrar son la talla, el peso y la circunferencia de la cintura, y determinar el índice de masa corporal. La palpación del pulso y la auscultación cardíaca pueden revelar la presencia de arritmias. El aumento de la frecuencia cardíaca en reposo indica aumento del riesgo de enfermedad cardíaca.

2.1.3.2 Estudios de laboratorios³⁴

Estos estudios están dirigidos a detectar la presencia de factores de riesgo adicionales, de HTA secundaria y de lesión de órgano blanco. Como pruebas de rutina están: hemoglobina o hematocrito, glucemia en ayunas, colesterol total y colesterol asociado con lipoproteínas de alta y baja densidad, triglicéridos, urea, creatinina, análisis de orina, electrocardiograma.

³³ Ibid, pág 9

³⁴ Ibid, Pág 9.

2.1.3.3 Genética³⁵

Los pacientes hipertensos suelen tener antecedentes familiares positivos.

2.1.3.4 Corazón³⁶

El electrocardiograma (ECG) debe formar parte de la evaluación de rutina de los pacientes hipertensos. Puede emplearse el ECG para detectar patrones de sobrecarga ventricular (lo que indica un riesgo más grave), isquemia, trastornos de la conducción, dilatación auricular izquierda y arritmias, incluyendo fibrilación auricular. En caso de sospecha de arritmias o posibles episodios de isquemia, se recomienda realizar un estudio Holter de 24 horas.

2.1.3.5 Riñón³⁷

El diagnóstico de lesión renal inducida por HTA se basa en el hallazgo de reducción de la función renal o detección de incremento de la excreción urinaria de albúmina, o ambos.

2.1.3.6 Fondo de ojo³⁸

El significado pronóstico de la clasificación de retinopatía hipertensiva mediante fondo de ojo ha sido documentado en pacientes con HTA. La retinopatía de grado III y de grado IV señala retinopatía hipertensiva grave y tienen alto valor predictivo de mortalidad.

Cerebro La hipertensión arterial, además de su conocido efecto sobre la aparición de enfermedad cerebro vascular se asocia con riesgo de lesión cerebral asintomática.

2.1.3.7 Búsqueda de formas secundarias de HTA³⁹

En una relativa baja proporción de pacientes hipertensos puede identificarse una causa específica y potencialmente reversible de HTA. Si se realiza el diagnóstico

³⁵ Ibid, Pág 9

³⁶ Ibid, Pág 9

³⁷ Ibid pág 10

³⁸ Ibíd., pág. 11

³⁹ Ibíd, Pág 10

apropiado y se trata adecuadamente, los pacientes con una forma secundaria de HTA pueden curarse o al menos mostrar una mejoría del control de la PA y una disminución del riesgo cerebrovascular. El rastreo de la HTA secundaria puede basarse en la historia clínica, el examen físico y las investigaciones de laboratorio de rutina. Asimismo, puede sospecharse la presencia de una forma secundaria de HTA en caso de elevación grave de la PA, inicio repentino o empeoramiento de la HTA, escasa respuesta de la PA a la medicación o lesión de órgano blanco desproporcionado a la duración de la HTA. Las causas de HTA secundaria comprenden síndrome de Cushing, feocromocitoma, riñón poliquístico, hipertensión renovascular, coartación de aorta, enfermedad aórtica, entre otras.

Los datos obtenidos en el interrogatorio y en el examen físico pueden ser suficientes para realizar el diagnóstico definitivo, sin embargo algunos exámenes de laboratorio solicitados en la consulta médica inicial, pueden aportar información adicional acerca del impacto de la hipertensión arterial en lesión de órganos blancos y definir además factores de riesgo cardiovascular asociados.

La valoración completa debe orientar la clasificación del grado de hipertensión arterial, identificar los factores de riesgo asociados, el riesgo cardiovascular total, la lesión de órgano blanco, implementar la terapia individual, y determinar la respuesta al tratamiento instaurado.

2.2 Antecedentes

Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo a indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, clínica ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007.

El presente estudio evalúa la calidad de la historia clínica del programa de hipertensión arterial en los pacientes inscritos en la clínica ENEA de ASSBASALUD ESE (centros urbanos de atención en seguridad social, bienestar y salud, empresa social del Estado, Manizales, Colombia) entre los años 2004-2007. Se realizó un estudio de corte transversal y se ejecutó revisando las historias clínicas de los pacientes hipertensos que asisten al programa de seguimiento de la hipertensión arterial en la clínica ya mencionada. Se tuvieron en cuenta las variables como la edad, escolaridad, seguridad social, sexo, tarjetas elaboradas,

asistencia al programa, asistencia al control, historia clínica, órgano blanco, guías de atención. Los resultados mostraron que en las historias clínicas no aparece registrado el dato de escolaridad (94,5%), en la revisión del órgano blanco, se encontró solo en 177 (77%), valorado el órgano blanco riñón, el corazón en 166 (53,5%) pacientes y la retina en 64 (29,5%). Además 92,6% de los pacientes tenía diligenciadas sus tarjetas de control, solo el 39,6% asisten a los controles. En conclusión la mayor falencia en la evaluación del paciente hipertenso es cómo se enfocan a estos pacientes en los niveles de atención básica que lleva a un seguimiento erróneo.⁴⁰

Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-CABECERA Bucaramanga, 2008.

Este proyecto tuvo como objetivo evaluar la calidad de las historias clínicas y registros asistenciales del servicio de consulta externa en la UBA COOMEVA cabecera en el periodo entre el 1 de Julio y 31 de Diciembre de 2007. El tipo de estudio por el que se llevó a cabo la investigación fue retrospectivo, descriptivo; utilizando las técnicas de inspección, comprobación y verificación; teniendo como unidad de análisis los contenidos de las historias clínicas del servicio de consulta externa. Del total de 17005 historias clínicas se obtuvo una muestra representativa de 384 historias clínicas, utilizando la técnica de muestreo computarizado. Al aplicar el instrumento de evaluación de la calidad de las historias clínicas en cuanto a estructura/normatividad y pertinencia/coherencia, los resultados obtenidos fueron: en cuanto a estructura el 25.5% (98 de 384) de historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango óptimo de diligenciamiento, el 28% (109 de 384) de historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango de diligenciamiento en los registros, y el 46.5% (177 de 384) de historias clínicas evaluadas se encuentran en un rango malo de diligenciamiento de los registros.⁴¹

⁴⁰ ARIZA A.M.; J.J. CASTAÑO; D.M. GARCÍA; J.F. GIRALDO; J.D. HOYOS, N.M. LEZAMA; J.A. MENDOZA; T. MURILLO; L. F. OSORIO; R.M. PEDROZO, EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO A INDICADORES DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL, CLINICA ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007, Universidad de Manizales, facultad de Medicina.http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_9-1/7_evaluacion_historia_clinica_HTA.pdf

⁴¹ GOMEZ GUTIERREZ R.A.; M. GONZALEZ LEON, EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN LA UBA COOMEVA-CABECERA, propuesta proyecto para optar el título de especialista en auditoria en salud instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga, facultad de medicina postgrado en auditoria en salud Bucaramanga – SANTANDER 2008. http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion_calidad_historias_clinicas_.pdf

Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la Policía nacional.

En la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, se ejecutó un estudio Descriptivo Retrospectivo, de la evaluación de la Calidad de Las Historias Clínicas del servicio de urgencias como criterio de inclusión; de un tamaño poblacional de 15 mil Historias Clínicas con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, para un nivel de confianza del 95%. Efecto de diseño 1.0, para una precisión del 5%. Tamaño estimado de la muestra mínima requerida, 375 Historias Clínicas y tamaño de la muestra final de 404 Historias Clínicas, en donde se evaluaron Atributos de las Historias Clínicas en el diligenciamiento administrativo y Clínico, tomando como parámetros: Optimo, Adecuado, Aceptable, Deficiente e Inaceptable. El estudio arrojó resultados de ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de Aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención.⁴²

Evaluación de la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en un programa de crónicos

En una entidad adaptada al sistema, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal por medio de un muestreo aleatorio estratificado, con el propósito de evaluar el control de los pacientes según la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en una población de usuarios inscritos en los programas de promoción y prevención; con una población de 425 pacientes hipertensos y de 279 diabéticos con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 80%. En el programa de hipertensos se encontró un cumplimiento de la guía de 67,8% y un control de la enfermedad del 60%. De los pacientes diabéticos evaluados se encontró un cumplimiento de la guía del 62,8% y un control de la patología menor al 1% y un aceptable control del 51%. Con los resultados encontrados en la aplicación de las guías se está logrando un control en el programa de hipertensión de acuerdo a lo

⁴² AYALA MORENO S.E.; A.M.PEREZ; Z.B.PINEDA; A. RUEDA, EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICIA NACIONAL. Propuesta proyecto para optar el título de especialista en auditoria en salud instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga, facultad de medicina, postgrado en auditoria en salud Bucaramanga – Santander 2007. http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf

esperado. En el programa de pacientes diabéticos se encuentra un bajo control; por ese motivo es necesario mejorar la aplicación de las guías de manejo de estas patologías.⁴³

2.3 Marco legal

Resulta importante hacer énfasis en los aspectos legales que rigen el MANEJO INTEGRAL DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL para no infringir la leyes nacionales e internacionales por lo que se debe hacer una referencia de todas las leyes que tienen relación con el tema y con otros temas de los cuales se encuentran las bases teóricas de los conceptos del tema de investigación.

Es primordial conocer el tratamiento jurídico que la legislación colombiana ha impregnado al manejo de las historias clínicas para ello, es fundamental detallar los avances jurisprudenciales al respecto; así las cosas, es elemental relacionar en la presente investigaciones todo el ordenamiento jurídico que hoy día sustenta la vitalidad de las historias clínicas.

A continuación se detalla en orden cronológico toda la normatividad que da peso jurídico en materia de historias clínicas en el territorio nacional, indicando los aspectos básicos de los cuales refiere cada legislación y/o jurisprudencia.

- Artículo 35 de la Ley 23 de 1981: mediante la cual el Ministerio de Salud implanta modelos relacionados con el diligenciamiento de Historia Clínica en los Sistema Nacional de Salud
- En la ley 80 de 1989 se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación.
- Artículo 8 de la Ley 10 de 1990: al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud

⁴³ JUAN C. ÁVILA^a, ADRIANA BAREÑO^b, JAIRO CASTRO^c, CATHERINE ROJAS, EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES EN UN PROGRAMA DE CRÓNICOS, rev.fac.med vol.22 no.2 Bogotá jul./dic. 2014, d. disponible en http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562014000200007&lng=es&nrm=iso

- Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2: faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios, de obligatorio cumplimiento por parte de todas las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- Decreto 2174 de 1996: mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios.
- ACUERDO 117 DE 1998: Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- la resolución 1995 de 1999 establecen parámetros para el manejo de la HC; han normalizado la calidad de la atención no solamente para la HTA sino también para los demás programas de Salud pública. Condición que de ser aplicada correctamente contribuiría de forma positiva a la disminución de muertes evitables como consecuencia de la HTA; ya que esta es considerada como un factor de riesgo vasculocerebral evitable.
- La legislación Colombiana en su resolución 412 de 2000 Guía de atención de la HTA; define el sistema de información para calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud.
- Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En su Artículo 3°. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.⁴⁴

⁴⁴ Ministerio de protección social Colombia, Decreto 1011/2006, Bogotá Colombia, Véase en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

2.4 Marco Institucional⁴⁵

2.4.1 ¿Quiénes son?

I.P.S. PREVIMEDISALUD S.A.S es una institución de prestación de servicios de salud que cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos debidamente capacitados, respaldados con la tecnología e insumos necesarios para ofrecer calidad, confianza y calidez al momento de brindar servicios de promoción y prevención a nuestros usuarios

2.4.2 Servicios

PREVIMEDISALUD es una institución orientada para mantener el estado de salud de nuestros usuarios detectando en forma temprana las enfermedades y prevenir sus complicaciones. Esto a través de la promoción de estilos de vida saludables en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo. En la actualidad PREVIMEDISALUD presta los siguientes servicios:

1. Enfermería
2. Medicina general
3. Odontología
4. Toma de muestra
5. Psicología
6. Nutrición
7. Información y educación en salud
8. Programa de demanda inducida

Los componentes y programas a los cuales se inducirán a los usuarios tomando como Soporte principal el plan obligatorio de salud que comprende los servicios,

⁴⁵www.previmedisalud.com.co

procedimientos y suministros que el sistema general de seguridad social en salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud son:

- a. Protección Específica
- b. Detección Temprana
- c. Enfermedades de interés en Salud Pública

2.4.3 Valores Corporativos

IPS PREVIMEDISALUD es una institución con sólidos valores corporativos que se ponen de manifiesto en todas y cada una de sus actividades. Su razón de ser y el objetivo que guía su actuación son el uso de la educación para mejorar la calidad de vida de las personas.

Para lograr lo anterior, tenemos en cuenta:

- Trabajo en equipo
- Confianza y respeto hacia los demás
- Competir intensamente y ganar
- Crear valor para pacientes, empleados y accionistas
- Colaboración, comunicación y responsabilidad
- Tener una base científica
- Garantizar la calidad
- Ser éticos

2.4.4 Misión

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), que con enfoque de atención primaria en salud, desarrolla un Modelo de Gestión del Riesgo a través de la prestación de servicios, con altos estándares de calidad, de Promoción y Prevención, Educación en salud, Demanda Inducida, recuperación de la salud, auditoría y consultoría a los actores del Sistema General de seguridad social en Salud.

2.4.5 Visión

Ser reconocidos en el 2019 como la IPS con mayor impacto en la gestión integral de riesgos en salud y referente regional en investigación técnico-científica en educación y salud de las poblaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, de corte transversal retrospectivo con el fin de evaluar el manejo integral de la historia clínica de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de consulta externa de una IPS de Soledad.

3.1.1 Estudio descriptivo

Son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno⁴⁶. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice⁴⁷. En este estudio se describen variables de tipo estructural de la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

3.1.2 Estudio Cuantitativo⁴⁸

Es aquel estudio que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición, numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

⁴⁶ OMS/ OPS Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, segunda edición, Washington, año 1994, Pág 89.

⁴⁷ CORTES Manuel, IGLESIAS Mirian, Metodología de la investigación, Universidad autónoma del Carmen, México, 2004, Pág. 20- 22.

⁴⁸ SAMPIERI Roberto, COLLADO Carlos, LUCIO Pilar, Metodología de la investigación, Cuarta Edición Mc Graw - Hill, Interamericana, año 2006, Pág 50, 55.

Pretende intencionalmente "acotar" la información (medir con precisión las variables del estudio, tener "foco".) La recolección se basa en instrumentos estandarizados, es uniforme para todos los casos.

Se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos o se generan nuevas basados en la revisión de la literatura y se ajustan. Las preguntas o ítems utilizados son específicos con posibilidades de respuesta predeterminadas.

En este proyecto se recolectaron datos mediante un "Instrumento evaluador de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial"⁴⁹ basado en los parámetros establecidos en el Anexo dos de la guía de atención de hipertensión arterial, según resolución 0412 del 2000 (Ver anexo 1), los datos obtenidos de las historias clínicas mediante la observación, medición y documentación, facilitó cuantificar la información, para emitir un juicio sobre el análisis de las variables en estudio.

3.1.3 Investigación transversal

Este concepto aplica al presente proyecto ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo⁵⁰.

3.1.4 Estudio retrospectivo

Son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado⁵¹. En este caso, se evaluarán historias clínicas de los pacientes con hipertensión arterial, durante el Segundo trimestre transcurrido del año 2016 (Abril, Mayor, Junio).

3.2 Área de estudio

País: Colombia

Departamento: Atlántico

Municipio: Soledad

Institución: IPS PREVIMEDISALUD

⁴⁹ Nombre asignado por las investigadoras, al instrumento que permitirá la recolección de datos.

⁵⁰ SAMPIERI Roberto, COLLADO Carlos, LUCIO Pilar, Metodología de la investigación, Cuarta Edición Mc Graw - Hill, Interamericana, año 2006, Pág 246.

⁵¹ OMS/ OPS Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, segunda edición, Washington, año 1994, Pág 88

3.3 Universo Población y Muestra

3.3.1 Universo

Corresponde a todas las historias clínicas de pacientes atendidos en la IPS centro de estudio.

3.3.2 Población

En este proyecto la población corresponde al número total de Historia clínicas de pacientes con hipertensión arterial atendidos en la IPS centro de estudio.

3.3.3 Muestra

Historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial atendidos en la IPS centro de estudio en el Segundo trimestre del año 2016 (Abril, Mayo, Junio), que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3.4 Criterios de inclusión

Historias clínicas de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el segundo trimestre del año 2016 (Abril, Mayo, Junio), en la IPS centro de estudio, cuyo destino de consulta corresponda a valoración por medicina general.

3.3.5 Criterios exclusión

- ❖ Historias clínicas en que se pueda evidenciar que existe en el paciente una comorbilidad de patologías crónicas y/o degenerativas
- ❖ Historias clínicas de Usuarias gestantes, o lactantes
- ❖ Historias clínicas ilegibles
- ❖ Historias clínicas cuyo destino de consulta corresponda a valoración por Nutrición, Psicología, Odontología, Fisioterapia.

3.3.6 Tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra para la población finita y conocida:

Ecuación 1 Formula de muestra finita

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N: tamaño de la población: 235

z: valor correspondiente a la distribución de gauss, $z_{\alpha=0.05} = 1.96$

p: prevalencia esperada: 0.7

q: $1 - p$: 0.3

i: error $i = 0.05$

n: tamaño muestra: Valor a descifrar

Ecuación 2 Cálculo de tamaño de la muestra

	A	B	C
1	Variables	Descripción Variables	Valores
2	n	Tamaño de la muestra	136
3	N	Tamaño de la Población	235
4	Z	Valor Correspondiente a la Distribucion de Gauss	1.96
5	p	Prevalencia Esperada	0.7
6	q	Incertidumbre Esperada	0.3
7	i	Error	0.05

Se realiza el cálculo de la formula en Excel, mediante el siguiente cifrado:

$$= (C4*C4*C3*C5*C6)/((C7*C7*(C3-1))+(C4*C4*C5*C6))$$

Lo cual arroja una cantidad para la muestra de:

n: tamaño muestra: 136

La IPS centro de estudio contó con un total 598 Historias clínicas de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el segundo trimestre del año 2016 (Abril, Mayo, Junio), cuyo destino de consulta correspondía a valoración por medicina general.

Sin embargo aplicando los criterios de exclusión fueron descartadas 363 historias clínicas, para un total de 235 archivos clínicos que cumplían con los requisitos de selección de la muestra.

3.3.7 Método de selección o Muestreo

Muestreo aleatorio simple: Se definió la población acorde a los criterios de exclusión e inclusión, se ordenó los registros individuales de prestación de salud (RIPS) en una hoja de Excel, organizado de forma descendente por fecha de atención.

Se utilizó la aplicación online NOSETUP.ORG, para la generación de números aleatorios, sin repetición, ingresando el rango de 1 a 235 que corresponde a la población, reproduciendo 136 veces la operación que concierne al tamaño de la muestra, Durante el proceso, este aplicativo arrojó los números a seleccionar de la lista anexa a la hoja de Excel donde se registraban las atenciones, lo que permitió identificar y seleccionar por método de azar las historias clínicas a evaluar. (Ver Anexo 2 y anexo 3)

3.4 Fuentes de información

En el presente estudio se emplearon fuentes secundarias, como lo son las historias clínicas, verificando en estos documentos el registro de los datos e información precisa relacionada al abordaje de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el Segundo trimestre del año 2016, en la IPS centro de estudio.

3.5 Instrumento para la recolección de información

Con el propósito de recolectar datos para la realización de este proyecto, se elaboró una matriz de consolidación de información, teniendo como base los parámetros establecidos en el anexo 2 “Historia clínica del riesgo cardiovascular” de la guía de atención de hipertensión arterial de la resolución 0412 de 2000, de donde se sustrajo información relevante que permitió el diseño de la misma.

Esta matriz posee características básicas que facilitaron la Identificación del proceso de diligenciamiento de historias clínicas a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el Segundo trimestre del año 2016, en la IPS Centro de estudio.

La matriz de consolidación de información que se denomina “Instrumento evaluador de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial”⁵²(Ver anexo 4), fue elaborada en Excel, cuenta con inserción de fórmulas de lógica, la cual al marcar con una X (equis), refleja el cálculo del indicador seleccionado (Cumple, No cumple, No aplica) teniendo en cuenta que de acuerdo a cada variable se ha asignado un puntaje previo, que facilita la automatización en la técnica cuantitativa de recolección de datos.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

Previo a la autorización institucional y con el conocimiento de todas las coordinaciones de la institución de referencia, se evaluaron , las historias clínicas electrónicas de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial, para ello se tuvo en cuenta la autorización de la gerente de la IPS centro de estudio, después de obtener las historias clínicas se aplicó el método de selección de la muestra y posteriormente se realizó el diligenciamiento de la matriz de evaluación elaborado por el equipo de investigación. A cada historia clínica se le revisó de manera minuciosa todos los datos consignados, para el análisis de la información y documentación del mismo con base a los resultados obtenidos que permita el mejoramiento del manejo de los registros clínicos en la institución.

Para el diligenciamiento de la matriz se evalúa la siguiente información:

En los datos de ingreso e identificación del paciente, se tiene en cuenta:

- ✓ Dato de nombres y apellidos: la historia clínica debe registrar los dos nombres y apellidos del usuario que es atendido
- ✓ Dato de Fecha nacimiento y edad: debe contener fecha en día mes y año en que nació y la edad exacta del usuario.
- ✓ Dato de pertenencia étnica: Debe registrar el dato de patrimonio cultural compartido por un grupo de personas. Puede ser Blanco, Negro o mulato, Raizal, Mestizo, Afrocolombiano, indígena U otro.
- ✓ Estado civil: debe especificar si el estado civil es soltero(a), casado(a), divorciado(a), unión libre, viudo (a) y separado (a).
- ✓ Género o sexo: en la historia clínica debe reposar si el paciente es femenino, masculino u otro.

⁵² Nombre asignado por las investigadoras, al instrumento que permitirá la recolección de datos.

- ✓ Ocupación: debe registrar a que se dedica el paciente
- ✓ Ubicación o contacto: debe contener la dirección de residencia, teléfono del domicilio.
- ✓ Aseguradora o EPS: debe estar registrado a que entidad aseguradora o sistema de seguridad social pertenece el paciente.

En motivo de consulta debe estar registrado cual es la razón por la cual consulta, es decir, la información manifestada por el usuario.

En revisión por sistema o examen físico se tiene en cuenta:

- ✓ Datos de signos vitales: debe contener información con referencia a la presión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria, pulso, frecuencia cardíaca.
- ✓ Medidas antropométricas: debe tener registrado talla, peso, índice de masa corporal.
- ✓ Cabeza: debe contener información sobre síntomas o signos que sean evidenciados por el usuario como cefalea, problemas visuales, sensación de vértigo, afecciones auditivas, dolor dentario, etc.
- ✓ Cuello: debe contener información sobre signos y síntomas evidenciados o manifestados por el usuario en la consulta, entre los cuales se puede describir: dolor de faringe, disfagia, disfonía, adenopatías, agrandamiento de la tiroides
- ✓ Sistema cardio respiratorio: debe estar registrado signos y síntomas que manifieste el usuario en la consulta como tos, expectoración, dolor torácico, palpitaciones, dolor retroesternal.
- ✓ Mamas: en caso que el usuario sea mujer debe estar registrado algún síntoma o signo que sea evidenciado como: dolor en las mamas, presencia de secreción por el pezón, fecha de última mamografía.
- ✓ Sistema gastrointestinal: debe estar registrado síntomas y signos si el paciente lo manifiesta en la consulta como: falta de apetito, reflujo, vómitos, diarrea o estreñimiento, dolor abdominal etc.
- ✓ Sistema genitourinario: debe estar registrado información sobre signos o algún síntoma que sea manifestado en la consulta como: dolor lumbar, poliuria, disuria, hematuria, incontinencia etc.
- ✓ Sistema gineco-obstétrico: si el usuario manifiesta algún signo o síntoma en la consulta debe estar registrado, en relación al sistema gineco-obstétrico como problemas menstruales, amenorrea, flujo vaginal etc.

- ✓ Sistema endocrino: debe estar registrada información sobre signos o síntomas evidenciados por el usuario en la consulta como: aumento o pérdida excesiva de peso, cifras de última glicemia, intolerancia al calor o frío etc.
- ✓ Sistema locomotor: debe estar registrada información sobre signos o síntomas evidenciados por el usuario en la consulta como: dolor articular, claudicación intermitente etc.
- ✓ Sistema neuromuscular: Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuromuscular, debe estar consignada información tal como: parálisis, dolor neurítico, temblor, alteraciones de la marcha, trastornos de la sensibilidad, etc
- ✓ Sistema Neuropsiquiátrico: Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuropsiquiátrico como lo es: cefalea frecuente, insomnio, síncope, amnesia, afasia, desorientación pérdida del conocimiento, etc.
- ✓ Sistema Tegumentario - Piel y anexos: debe estar registrada información sobre signos o síntomas evidenciados por el usuario en la consulta como: prurito, erupciones, caída del cabello, sudoración excesiva, cambio de las uñas.

En los antecedentes personales y patológicos debe reposar recopilación de la información sobre la salud de la persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud, pueden estar relacionadas a Alergias, cirugías, o enfermedades como: Hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular,- isquemia cerebral transitoria, ,Infarto agudo de miocardio, Angina, Insuficiencia cardíaca congestiva, Soplo Cardíaco, Hipertensión por embarazo, Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, diabetes Gestacional, Dislipidemia, Enfermedad arterial Periférica, Insuficiencia renal crónica, Retinopatía, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, Asma, Cáncer, **además de la indagación sobre Costumbres:** Fuma <10 años, Fuma 10 a 20 años, Fuma más de 20 años, Consumo de Licor, licor cada 8-15 días. Ingesta de Medicamentos: Anticoagulantes, anticonceptivos. **Condiciones:** menopausia, u otro.

En los antecedentes familiares debe reposar información referente a la salud de los integrantes de la familia directamente ligados con el usuario como padre, madre, hermanos, tíos, abuelos que sufran de algún tipo de enfermedad como: hipertensión, enfermedad vascular, obesidad, dislipidemia, enfermedad coronaria, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.

En el diagnóstico principal se debe evidenciar la identificación de la enfermedad, entidad nosológica, síndrome o el estado de salud del usuario, y código CIE10.

En el diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física se tiene en cuenta:

- ✓ Análisis de estado nutricional: se registra el análisis del estado nutricional del usuario según índice de masa corporal en infrapeso, delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad.
- ✓ Ingesta de grasa saturada: registra información sobre el consumo del usuario de alimentos con alto niveles de grasa saturada
- ✓ Hábito de consumo diario de frutas y verduras: se registra información con respecto al hábito del consumo de frutas y verduras
- ✓ Hábito de actividad física: registra datos suministrados por el paciente haciendo referencia a la realización de algún tipo de ejercicio.

En cuanto al plan de tratamiento se tiene en cuenta:

- ✓ Órdenes de exámenes de apoyo diagnóstico para valorar estado del paciente: debe registrar prescripción de exámenes de apoyo para el diagnóstico como: ecografías, electrocardiograma, ecocardiograma, rayos x, etc.
- ✓ Exámenes de laboratorio: debe registrar órdenes para análisis de laboratorio como: glicemia, perfil lipídico, hemograma, parcial de orina, etc.
- ✓ Formulación tratamiento farmacológico: debe estar registrado el tratamiento ordenado por el médico si es pertinente, debe estar descrito nombre del medicamento, vía de administración, dosis, presentación, cantidad y contraindicaciones.
- ✓ Recomendaciones sobre estilos de vida y signos de alarma: debe registrar información suministrada al usuario en la consulta sobre conductas protectoras del estilo de vida, sensibilización en disminución de factores de riesgo, e identificación de signos de alarma.
- ✓ Equipo interdisciplinario: registra remisiones u órdenes para consulta con algún otro profesional de la salud si es pertinente, ejemplo: nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, odontología, médico general etc.
- ✓ Atención especializada: registra órdenes o remisiones para consulta con médicos especialista de ser necesario. Cuenta con soporte de formato de referencia y contra referencia.

En cuanto al seguimiento al riesgo se tiene en cuenta:

- ✓ Estratificación del riesgo cardiovascular: Se evidencia registro de la frecuencia de seguimiento al usuario, acorde a la estratificación de riesgo cardiovascular.
- ✓ Análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados: debe registrar el análisis realizado por el médico de los análisis ordenados, para proyectar el manejo que le dará al paciente
- ✓ Registra seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas interconsulta y/o remisiones.
- ✓ Cuenta con registro sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante.
- ✓ Cuenta con registro de fecha o frecuencia para próximo control de hipertensión arterial.
- ✓ Las evoluciones, y demás registros cuentan con firma y número registro del profesional responsable

3.7 Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento y análisis de datos, se tuvo en cuenta la técnica cuantitativa, que permite representar la conducta de las variables en forma numérica; en este caso los porcentajes representan el promedio del comportamiento de cada atributo.

La tabulación se realizó en Excel, en el “instrumento evaluador de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial”, los datos recolectados cuentan con una representación en gráficas de barra e histograma, lo que permite realizar una comparación paralela del comportamiento de los datos, entre los indicadores de Cumple, No cumple, y No aplica.

La consolidación de datos permitió expresar resultados cuantitativos para cada macro variable y variable, además de acuerdo a cada resultado se clasificó el porcentaje final de cada macro variable en un rango, que se explica en el siguiente cuadro:

CALIFICACION	TOTAL %
EXCELENTE	80,1-100
BUENO	60,1 -80
REGULAR	40,1- 60
DEFICIENTE	20,1 - 40
MUY DEFICIENTE	0 - 20

Tabla 1 Rangos de calificación de macro variables

Es decir para aquellas macro variable que cuenta con un promedio acumulado del total de registros clínicos entre 0 a 20%, se le asignó una calificación de Muy deficiente, en aquellas que el puntaje quedó entre 20.1 a 40% la calificación corresponde a Deficiente, para el rango de 40.1 a 60% concierne a Regular, por ultimo para categoría de 60.1 a 80% y 80.1 a 100% equivale a Bueno y excelente respectivamente.

3.8 Aspectos éticos

Se tendrán en cuenta lo expresado en la resolución 008430/1993, bajo la cual se considera que este es una investigación sin riesgo puesto que no se trabajará con personas directamente, sino que se revisarán registros clínicos como fuente secundaria; no obstante para prever la confidencialidad de la información se tendrán en cuenta principios como: beneficencia, no maleficencia, veracidad e intimidad de la información.

De igual forma no se recolectará información sin previa autorización institucional de la IPS centro de estudio. Así mismo se elaboró, firmó y socializó una declaración de confidencialidad unilateral para garantizar mayor confidencialidad de la información a la IPS. (Ver anexo 5).

3.9 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES					
MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
DATOS DE INGRESO E IDENTIFICACIÓN	Dato de nombres y apellidos	Registra dato de nombres y apellidos Completos	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de fecha de nacimiento y edad	Registra dato de día mes y año en que nació y edad según el cálculo estipulado de la fecha de nacimiento del paciente.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de pertenencia étnica	Debe registrar el dato de patrimonio cultural compartido por un grupo de personas. Puede ser Blanco, Negro o mulato, Raizal, Mestizo, Afrocolombiano, indígena U otro.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de estado civil	Registra dato de estado civil, debe especificar si el estado civil es soltero(a), casado(a), divorciado(a), unión libre, viudo y separado	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de Genero o sexo	Registra dato de género o sexo, en la historia clínica debe reposar si el paciente es femenino, masculino.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de ocupación	Registra dato de ocupación u oficio en la que se desempeña el usuario	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de Ubicación o contacto	Registra dato de Ubicación o contacto, la historia clínica debe contener la dirección de residencia o teléfono del domicilio.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de Aseguradora o EPS	Registra dato de Aseguradora o EPS, al que se encuentra afiliado el paciente	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

MOTIVO DE CONSULTA	Dato de Motivo de consulta	Registra dato de motivo de consulta refiriendo lo que expresa el usuario	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
REVISIÓN POR SISTEMAS O EXAMEN FISICO	Datos de Signos Vitales	Registra dato de Signos Vitales, tales como: presión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria, pulso, frecuencia cardiaca.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de Medidas antropométricas	Registra dato de medidas antropométricas, entre los cuales está talla, peso, índice de masa corporal.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de signos y síntomas de la Cabeza	Registra signos y síntomas relacionados con la Cabeza ,como: cefalea , trastornos de la visión, lagrimeo, agudeza visual, diplopía (visión doble) fotofobia, visión borrosa, agudeza auditiva, dolor, tinitus (zumbidos),sensación de vértigo , dolor dentario, caries dentales, ulceraciones en la lengua, xerostomia (sequedad de la boca), perdida del gusto, halitosis(mal aliento), etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de signos y síntomas del Cuello	Registra Signos y síntomas relacionados con el Cuello, entre los cuales se puede describir: dolor de faringe, disfagia, disfonía, adenopatías, agrandamiento de la tiroides, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de signos y síntomas del Sistema Cardiorrespiratorio	Registra información sobre signos y síntomas evidenciados o manifestados por el usuario en la consulta, entre los cuales se puede describir: dolor de faringe, disfagia, disfonía, adenopatías, agrandamiento de la tiroides, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

Datos de signos y síntomas de las Mamas	Registra signos y síntomas relacionados con las Mamas, en caso que el usuario sea mujer debe estar registrado algún síntoma o signo que sea evidenciado como: dolor en las mamas, presencia de secreción por el pezón, fecha de última mamografía. Etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
Datos de signos y síntomas del Sistema Gastrointestinal	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gastrointestinal, entre ellos: falta de apetito, reflujo, vómitos, diarrea o estreñimiento, dolor abdominal. Etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
Datos de signos y síntomas del Sistema Genitourinario	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Genitourinario, tales como: dolor lumbar, poliuria, disuria, hematuria, incontinencia, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
Datos de signos y síntomas del Sistema Gineco-obstétrico	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gineco-obstétrico, entre ellos los problemas menstruales, amenorrea, flujo vaginal, etc	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
Datos de signos y síntomas del Sistema Endocrino	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Endocrino, debe estar consignada la información sobre aumento o pérdida excesiva de peso, cifras de última glicemia, intolerancia al calor o frío etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
Datos de signos y síntomas del Sistema Locomotor	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Locomotor, debe estar refrendada la información evidenciada por el usuario en la consulta como: dolor articular, claudicación intermitente, etc	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

	Datos de signos y síntomas del Sistema Neuromuscular	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuromuscular, debe estar consignada información tal como: parálisis, dolor neurítico, temblor, alteraciones de la marcha, trastornos de la sensibilidad, etc	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de signos y síntomas del sistema neuropsiquiátrico	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuropsiquiátrico como lo es: cefalea frecuente, insomnio, síncope, amnesia, afasia, desorientación perdida del conocimiento, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Datos de signos y síntomas del sistema tegumentario	Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema tegumentario, tales como: prurito, erupciones, caída del cabello, sudoración excesiva, cambio de las uñas. etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS	Dato de antecedentes personales y patológicos	En los antecedentes personales y patológicos debe reposar recopilación de la información sobre la salud de la persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud, pueden estar relacionadas a Alergias, cirugías, o enfermedades como: Hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular,- isquemia cerebral transitoria, ,Infarto agudo de miocardio, Angina, Insuficiencia cardiaca congestiva, Soplo Cardíaco, Hipertensión por embarazo, Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, diabetes Gestacional, Dislipidemia, Enfermedad arterial Periférica, Insuficiencia renal crónica, Retinopatía, Enfermedad	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

		pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, Asma, Cáncer, además de la indagación sobre Costumbres: Fuma <10 años, Fuma 10 a 20 años, Fuma más de 20 años, Consumo de Licor, licor cada 8-15 días. Ingesta de Medicamentos: Anticoagulantes, anticonceptivos. Condiciones: menopausia, u otro.			
ANTECEDENTES FAMILIARES	Dato de antecedentes Familiares	Diligencia los datos relacionados a los antecedentes familiares debe reposar información referente a la salud de los integrantes de la familia directamente ligados con el usuario como padre, madre, hermanos, tíos, abuelos que sufran de algún tipo de enfermedad como: hipertensión, enfermedad vascular, obesidad, dislipidemia, enfermedad coronaria, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Dato de Diagnostico principal	Cuenta con registro de impresión diagnóstica o diagnóstico elaborado con base a la información obtenida en la valoración, se debe evidenciar la identificación de la enfermedad, entidad nosológica, síndrome o el estado de salud del usuario, y código CIE10.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
DIAGNOSTICO INICIAL DE ESTADO NUTRICIONAL, HABITOS ALIMENTARIOS, Y	Análisis de estado nutricional	Cuenta con el respectivo registro del análisis del estado nutricional, del usuario, según índice de masa corporal en infrapeso, delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

ACTIVIDAD FISICA	Dato sobre la Ingesta de alimentos ricos en grasa saturada	Registra información sobre el consumo del usuario de alimentos con alto niveles de grasa saturada	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre habito de consumo diario de frutas y verduras.	Indaga y registra información sobre hábito de consumo diario de frutas y verduras	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre habito de actividad física	Indaga y registra información sobre práctica de actividad física	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
PLAN DE TRATAMIENTO	Dato sobre ordenes de exámenes de apoyo diagnostico	Registra órdenes de exámenes de apoyo diagnóstico para valorar el estado de salud del usuario, tales como ecografías, electrocardiograma, ecocardiograma, rayos x, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre ordenes de exámenes de laboratorios.	Registra órdenes de laboratorios o paraclínicos. para valorar el estado de salud del usuario, tales como: glicemia, perfil lipídico, hemograma, parcial de orina, etc.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre formulación de tratamiento farmacológico	Registra Formulación para el tratamiento farmacológico, según diagnóstico, debe estar refrendado los datos de nombre del medicamento, vía de administración, dosis, presentación, cantidad y contraindicaciones.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre recomendaciones de estilos de vida y Signos de alarma.	Debe registrar información suministrada al usuario en la consulta sobre conductas protectoras del estilo de vida, sensibilización en disminución de factores de riesgo, e identificación de signos de alarma.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

	Dato sobre solicitud de interconsulta con Equipo interdisciplinario	Registra Solicitud de interconsulta con equipo interdisciplinario, (Fisioterapia, Nutrición, Psicología u otro).	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre solicitud de interconsulta con atención especializada	Cuenta con registro de remisión para atención especializada, evidenciándose copia de formato de referencia, debidamente diligenciado.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
SEGUIMIENTO O A RIESGO	Dato sobre seguimiento al usuario acorde a estratificación de riesgo cardiovascular	Se evidencia registro de la frecuencia de seguimiento al usuario, acorde a la estratificación de riesgo cardiovascular	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados	Existe evidencia del control y análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados, para proyectar el manejo que le dará al paciente.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre seguimiento al usuario referente a las Interconsulta y/o remisiones	Registra seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas interconsulta y/o remisiones	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante	Cuenta con registro sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de fecha próximo control	Cuenta con registro de fecha o frecuencia para próximo control de hipertensión arterial	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA
	Dato de Firma y número registro del profesional responsable.	Las evoluciones, y demás registros cuentan con firma y número registro del profesional responsable	Cualitativo	Nominal	CUMPLE NO CUMPLE NO APLICA

Tabla 2. Operacionalización de variables

3.9.1 Definición de los niveles de medición

- **Cumple:** Corresponde al análisis y diligenciamiento completo y exacto en las historias clínicas de los datos que pertenecen a las variables evaluadas en el instrumento.
- **No cumple:** Corresponde a la ausencia del análisis y diligenciamiento completos o exactos en las historias clínicas de los datos que pertenecen a las variables evaluadas en el instrumento.
- **No Aplica:** Hace referencia al contexto en el que de acuerdo a lo consignado en la historia clínica, algunas acciones no son pertinentes a conceptos o parámetros al dato de la variable evaluada.

Ejemplos: Se evidencia que la fecha de atención en la historia clínica es reciente, por tal razón el seguimiento de algunos datos de variables evaluadas, se calificaría como No Aplica, ya que el tiempo es muy corto y no es posible ratificar el Cumplimiento o No Cumplimiento del análisis o diligenciamiento completo de las variables establecidas.

Se evidencia en registros clínicos dato de género masculino, en el cual la valoración del sistema gineco-obstetrico o de las mamas no es aplicable.

4 MARCO DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4.1 Resultados Descriptivos

4.1.1 Macro variable de registro de ingreso e identificación.

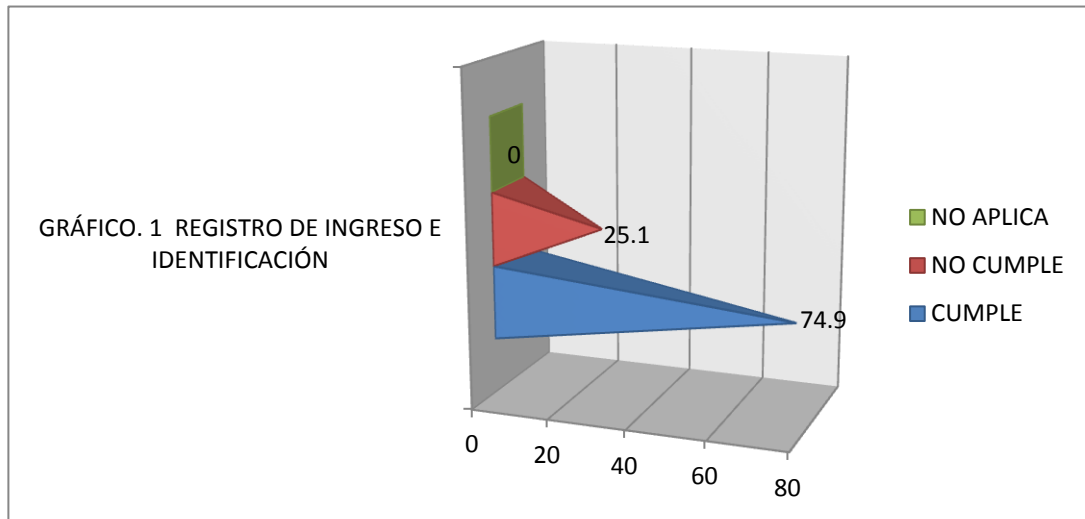


Ilustración 1 Macro variable, Dato de registro de ingreso e identificación

En el gráfico se observa los resultados de la macro variable que corresponde a los datos de ingreso e identificación, el cual obtuvo un porcentaje de 74.9% en cumple, 25.1% no cumple y 0% no aplica.

A continuación se expone la consolidación de resultados de las variables que se estudian en el presente apartado de la historia clínica:

Tabla 2 Resultados de variables en datos de ingreso e identificación

1. DATOS DE INGRESO E IDENTIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
¿Registra dato de nombres y apellidos Completos?.	100,0	0,0	0,0
¿Registra dato de tipo y número de documento de identidad?	100,0	0,0	0,0
¿Registra dato de fecha de nacimiento y edad?	100,0	0,0	0,0

¿Registra dato de pertenencia étnica?	0,0	100,0	0,0
¿Registra dato de estado civil?	99,3	0,7	0,0
¿Registra dato de género o sexo?	100,0	0,0	0,0
¿Registra dato de ocupación?	83,8	16,2	0,0
¿Registra dato de Ubicación o contacto?	91,2	8,8	0,0
¿Registra dato de Aseguradora o EPS?	0,0	100,0	0,0

Tabla 3 Macro variable de registro de datos de identificación e ingreso

En la tabla se observa que respecto a las variables que corresponden al registro de datos de nombres y apellidos, tipo y número de documento, sexo o género, fecha de nacimiento y edad, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 100% para cada una. Por lo contrario el registro de dato de pertenencia étnica, y de aseguradora o EPS, tuvo un 100% de no cumplimiento.

En cuanto a la variable que corresponde al registro de dato de estado civil, el porcentaje de cumplimiento fue del 99,3% y del 0,7% en no cumple. Para el registro de dato de la variable de ocupación, el resultado fue del 83,8% en cumple, 16,2%no cumple y 0% no aplica.

Además la variable que corresponde al registro de dato de ubicación o contacto, obtuvo un porcentaje de 91,2 % en cumple, 8,8% no cumple y 0% no aplica.

4.1.2 Macro variable de registro de motivo de consulta

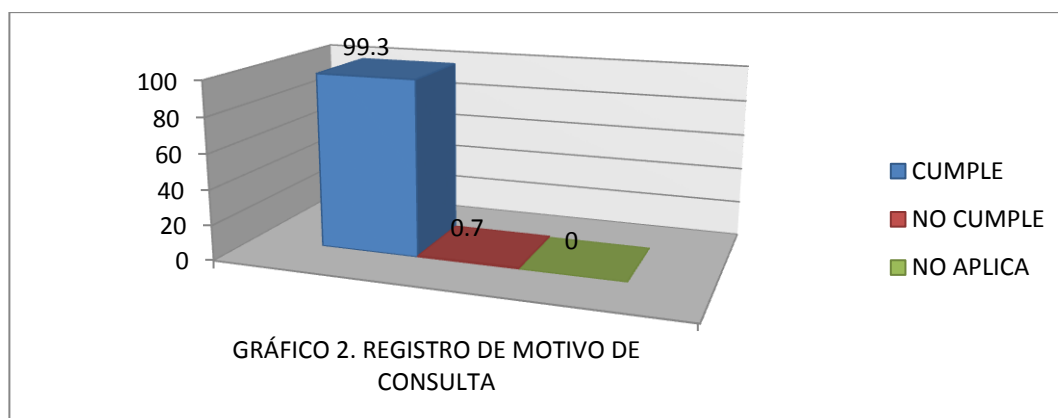


Ilustración 2 Macro variable Registro de motivo de consulta

En el grafico se observa que respecto a la macro variable que corresponde al registro de dato de motivo de consulta, se obtuvo un porcentaje de 99.3% en cumple, 0.7 % no cumple y 0% no aplica.

4.1.3 Macro variable registro de revisión por sistemas o examen físico

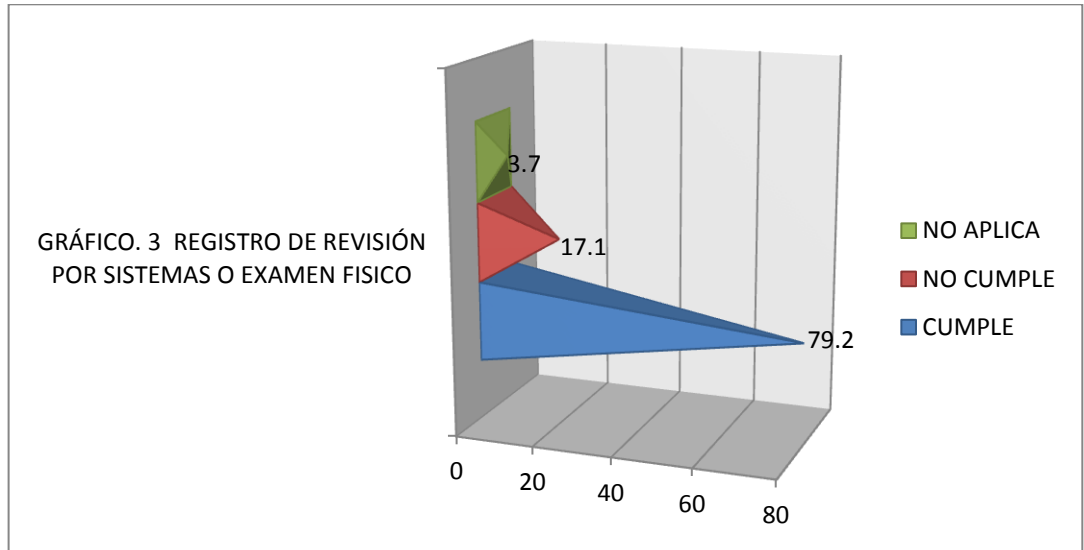


Ilustración 3 Macro variable registro de revisión por sistemas o examen físico

En el grafico se observa que respecto a la macro variable que corresponde al registro de dato de revisión por sistemas o examen físico, se obtuvo un porcentaje de 79.2% en cumple, 17.1% no cumple y 3.7% no aplica.

A continuación se expone la consolidación de resultados de las variables que se estudian en el presente apartado de la historia clínica:

3. REVISIÓN POR SISTEMAS O EXAMEN FÍSICO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
¿Registra dato de Signos Vitales?	98,5	1,5	0,0
¿Registra dato de medidas antropométricas?	58,1	41,9	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con la Cabeza?	100,0	0,0	0,0
¿Registra Signos y síntomas relacionados con el Cuello?	100,0	0,0	0,0

¿Registra signos y síntomas relacionados con Sistema Cardiorrespiratorio?	100,0	0,0	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con las Mamas?	73,5	0,7	25,7
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gastrointestinal?	100,0	0,0	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Genitourinario?	80,1	19,9	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gineco-obstétrico?	1,5	72,8	25,7
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Endocrino?	0,7	99,3	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Locomotor?	98,5	1,5	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuromuscular?	100,0	0,0	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuropsiquiátrico?	99,3	0,7	0,0
¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema tegumentario?	98,5	1,5	0,0

Tabla 4 Variables de registro de revisión por sistemas o examen físico

En la tabla se observa que la variable que corresponde al registro de signos vitales, obtuvo un porcentaje de 98,5 % en cumple, 1,5%no cumple y 0% no aplica. Para la variable que pertenece al registro de medidas antropométricas, se obtuvo un porcentaje de 58,1% en cumple, 41,9%no cumple y 0% no aplica.

La variable de registro de dato de signos y síntomas relacionados con la cabeza, Cuello, sistema cardiorrespiratorio, sistema gastrointestinal, sistema neuromuscular, contaron con un porcentaje de cumplimiento del 100% respectivamente.

Además la variable que incumbe al registro de dato de signos y síntomas relacionados con las mamas, logró un porcentaje de 73,5% en cumple, 0,7%no cumple y 25,7% no aplica. En el registro de datos de signos y síntomas relacionados con el sistema genitourinario, se obtuvo un porcentaje de 80,1 % en cumple, 19,9%no cumple y 0% no aplica. El diligenciamiento de datos de signos y

síntomas relacionados con el sistema gineco-obstetrico, tuvo un porcentaje de 1,5 % en cumple, 72,8%no cumple y 25,7 % no aplica.

Nota aclaratoria 1. Respecto al diligenciamiento de datos de signos y síntomas en mamas, y sistema Gineco - obstétrico el nivel de medición de no aplica, se relaciona a la revisión de la historia clínica, en el que algunos usuarios pertenecían al género masculino.

En la tabla se evidencia que el registro de datos de signos y síntomas relacionados con el sistema endocrino, tuvo un porcentaje de 0,7% en cumple, 99,3%no cumple y 0% no aplica. Igualmente la variable que corresponde al registro de datos de signos y síntomas relacionados con el sistema locomotor, contó con un porcentaje de 98,5% en cumple, 1,5%no cumple y 0% no aplica. Por otro lado la variable que corresponde al registro de datos de signos y síntomas relacionados con el sistema neuromuscular, tuvo un porcentaje de cumplimiento equivalente al 100%.

Por otra parte la variable que corresponde al registro de datos de signos y síntomas relacionados con el sistema neuro psiquiátrico, consiguió un porcentaje del 99.3 % en cumple, 0,7%no cumple. Para el sistema tegumentario, el porcentaje de cumplimiento del registro corresponde al 98.5%, y 1.5% para no cumple.

4.1.4 Macro variable de registro de antecedentes personales y patológicos

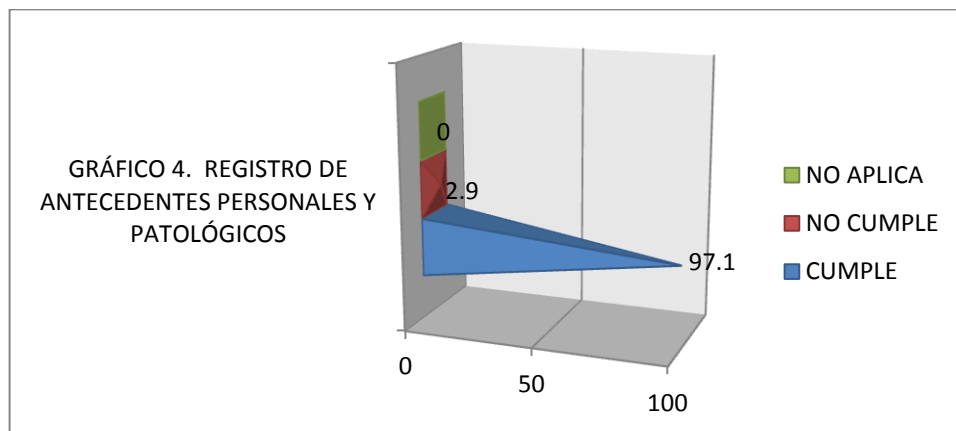


Ilustración 4 Macro variable registro de antecedentes personales y patológicos

En el grafico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de antecedentes personales y patológicos, se obtuvo un porcentaje de 97.1% en cumple, 2.9% no cumple y 0% no aplica.

4.1.5 Macro variable de registro de antecedentes familiares

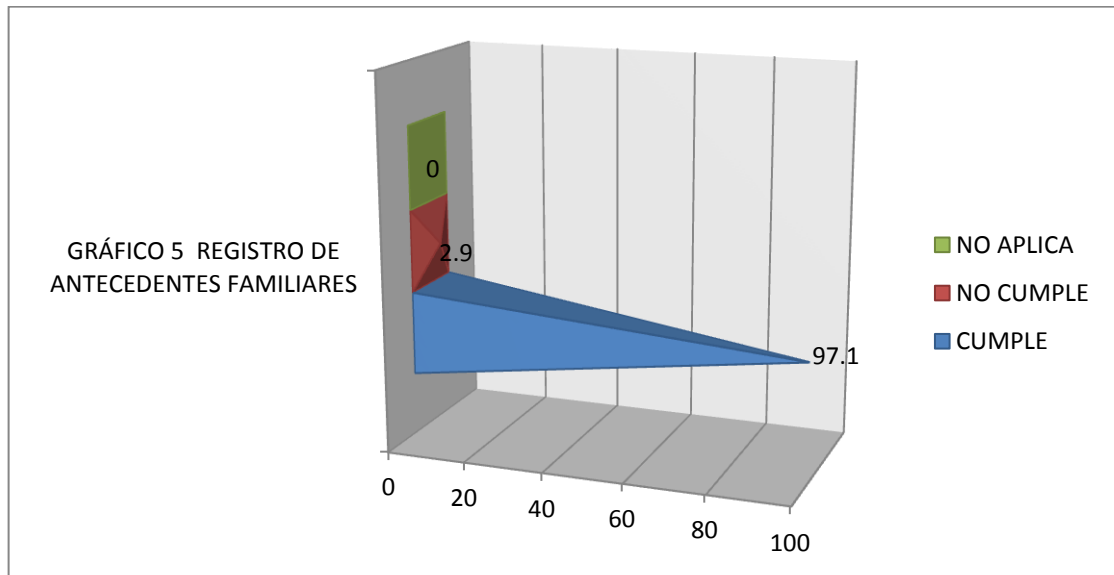
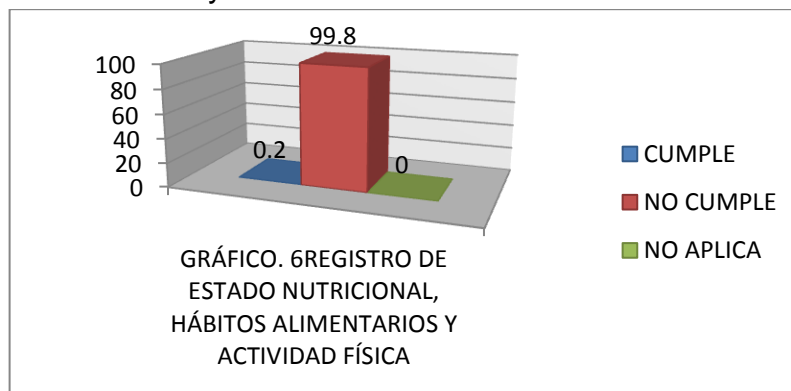


Ilustración 5 Macro variable registro de antecedentes familiares

En el grafico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de antecedentes familiares, se obtuvo un porcentaje de 97.1 % en cumple, 2.9% no cumple y 0% no aplica.

4.1.6 Macro variable de registro de diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física



En el gráfico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de datos de diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física, se obtuvo un porcentaje de 0.2% en cumple, 99.8% no cumple y 0% no aplica.

A continuación se expone la consolidación de resultados de las variables que se estudian en el presente apartado de la historia clínica:

6. DIAGNOSTICO INICAL DE ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS Y ACTIVIDAD FISICA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
¿Cuenta con el respectivo registro del análisis del estado nutricional, del usuario?	0,7	99,3	0,0
¿Indaga y registra información sobre Ingesta de alimentos con alto contenido de grasas saturadas?	0,0	100,0	0,0
¿Indaga y registra información sobre hábito de consumo diario de frutas y verduras?	0,0	100,0	0,0
¿Indaga y registra información sobre práctica de actividad física?	0,0	100,0	0,0

Ilustración 6 Macro variable de registro de diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos y actividad física.

En la tabla se expone que en relación a la variable de registro del análisis del estado nutricional del usuario, se obtuvo un porcentaje de 0,7 % en cumple, 99,3 %no cumple y 0 % no aplica.

Acorde a la revisión de las 136 historia clínicas pertenecientes a la muestra, se refleja que las variables que corresponden al registro de datos relacionados con la ingesta de alimentos de alto contenido de grasas saturadas, hábito de consumo diario de frutas y verduras, practica de actividad física, contó con un porcentaje de no cumplimiento del 100%.

4.1.7 Macro variable de registro de diagnóstico principal

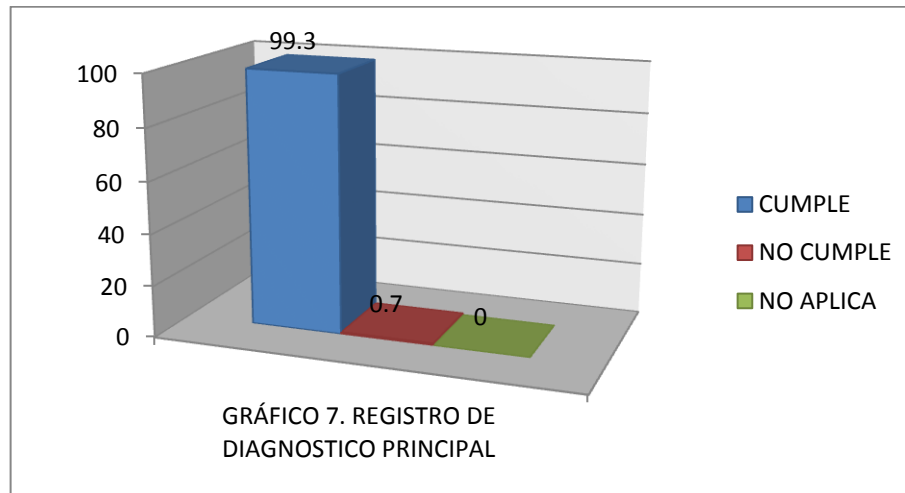


Ilustración 7 Macro variable de registro de diagnóstico principal

En el gráfico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de dato de diagnóstico principal, se obtuvo un porcentaje de 99.3% en cumple, 0.7% no cumple y 0% no aplica.

4.1.8 Macro variable registro de plan de tratamiento

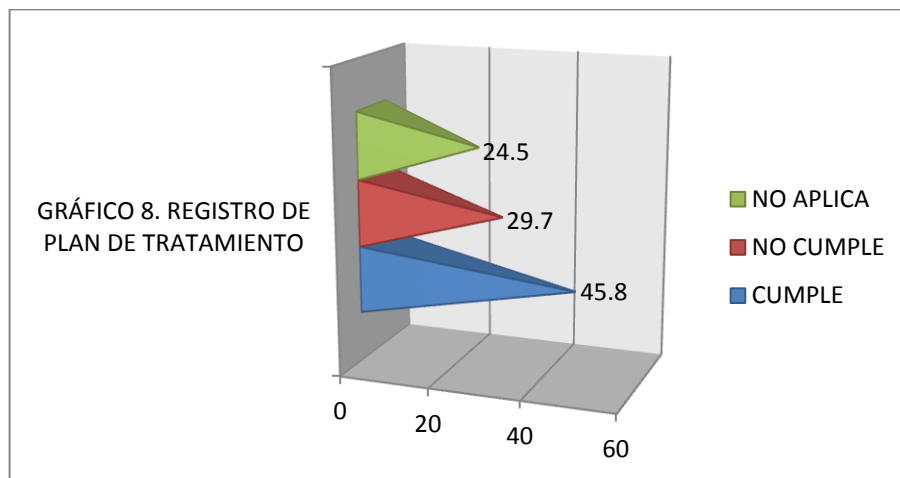


Ilustración 8 Macro variable Registro de plan de tratamiento

En el grafico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de plan de tratamiento, se obtuvo un porcentaje de 45.8% en cumple, 29.7% no cumple y 24.5% no aplica.

A continuación se expone la consolidación de resultados de las variables que se estudian en el presente apartado de la historia clínica:

8. PLAN DE TRATAMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
¿Registra órdenes de exámenes de apoyo diagnóstico para valorar el estado de salud del usuario?	48,5	6,6	44,9
¿Registra órdenes de laboratorios o paraclínicos para valorar el estado de salud del usuario?	61,8	12,5	25,7
¿Registra Formulación para el tratamiento farmacológico, según diagnóstico?	81,6	18,4	0,0
¿Registra recomendaciones sobre, promoción de estilos de vida saludable y signos de alarma?	18,4	81,6	0,0
¿Registra Solicitud de interconsulta con equipo interdisciplinario? (Fisioterapia, Nutrición, Psicología u otro).	17,6	53	29,4
¿Cuenta con registro de remisión para atención especializada?, debidamente diligenciado.	47,1	5,9	47

Tabla 5 Macro variable de registro de plan de tratamiento

En la tabla se observa que la variable correspondiente al registro de datos relacionados con las ordenes de exámenes de apoyo diagnóstico para valorar el estado de salud del usuario, obtuvo un porcentaje de 48,5 % en cumple, 6,6 %no cumple y 44.9 % no aplica.

En lo referente a la variable de registro de datos relacionados con órdenes de laboratorios o paraclínicos para valorar el estado de salud del usuario, se obtuvo un porcentaje de 61,8 % en cumple, 12,5 %no cumple y 25,7 % no aplica.

En cuanto a la variable de registro de datos relacionados sobre la formulación para el tratamiento farmacológico, según diagnóstico, se obtuvo un porcentaje de 81.6 % en cumple, 18.4% no cumple y 0% no aplica.

En relación a la variable que corresponde al registro de datos relacionado con las recomendaciones sobre promoción de estilos de vida saludable y signos de alarma, se obtuvo un porcentaje de 18,4% en cumple, 81.6% no cumple y 0% no aplica, respecto al registro de datos relacionado con la solicitud de interconsulta con equipo interdisciplinario (Fisioterapia, Nutrición, Psicología u otro) se obtuvo un porcentaje de 17,6 % en cumple, 53% no cumple y 29,4 % no aplica.

Así mismo la variable que concierne al registro de datos relacionado con la remisión para atención especializada obtuvo un porcentaje de 47,1% en cumple, 5,9 %no cumple y 47% no aplica.

Nota aclaratoria 2. En el caso de la macro variable de plan de tratamiento, el nivel de medición de “No aplica”, hace referencia al contexto evidenciado en cada historia clínica, en donde el usuario durante el segundo trimestre de evaluación, contaba con órdenes anteriores, o llevó resultados recientes a la consulta, o su estado actual de salud no requería solicitud de interconsulta o remisión por especialista, etc.

4.1.9 Macro variable de registro de seguimiento a riesgo

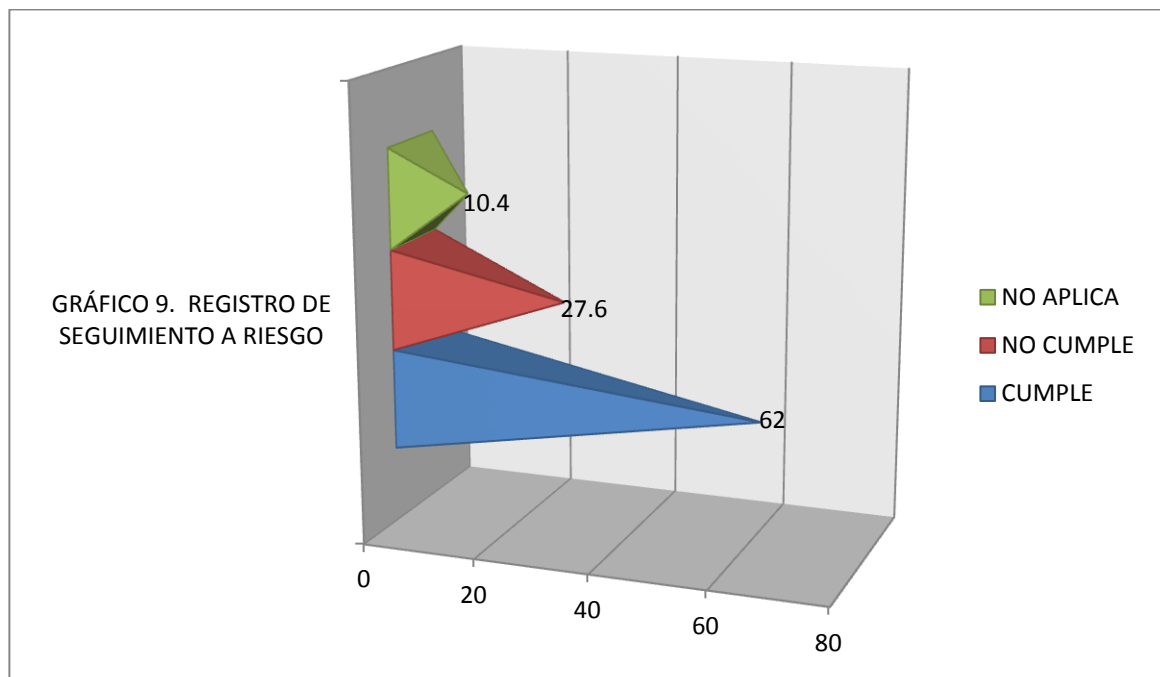


Ilustración 9 Macro variable de registro de seguimiento a riesgo

En el gráfico se observa que respecto a la Macro variable que corresponde al registro de dato de seguimiento a riesgo, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 62%, de 27.6 % para no cumple y 10.4% no aplica.

A continuación se expone la consolidación de resultados de las variables que se estudian en el presente apartado de la historia clínica:

9. SEGUIMIENTO A RIESGO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
¿Se evidencia registro de la frecuencia de seguimiento al usuario, acorde a la estratificación de riesgo cardiovascular?	91,9	8,1	0,0
¿Existe evidencia del control y análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados?	56,6	17,6	25,7
¿Registra seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas interconsulta y/o remisiones?	34,6	32,4	33
¿Cuenta con registro sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante?	7	89,0	4
¿Cuenta con registro de fecha o frecuencia para próximo control de hipertensión arterial?	81,6	18,4	0
¿Las evoluciones, y demás registros cuentan con firma y número registro del profesional responsable?	100,0	0,0	0,0

Tabla 6 Macro variable de registro seguimiento a riesgo

En la tabla se observa que respecto a la variable que corresponde al registro de datos relacionado con la frecuencia de seguimiento al usuario, acorde a la estratificación de riesgo cardiovascular, se obtuvo un porcentaje de 91.9 % en cumple, 8.1 %no cumple y 0 % no aplica. Para la variable que corresponde al registro de datos relacionado con la evidencia del control y análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados, se obtuvo un porcentaje de 56.6% en cumple, 17.6 %no cumple y 25.7% no aplica.

Se evidencia que la variable de registro de datos relacionado con el seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas de interconsulta y/o remisiones, contó con un porcentaje de 34,6% en cumple, 32,4%no cumple y 33% no aplica.

La variable sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante, obtuvo un porcentaje de 7% en cumple, 89 %no cumple y 4% no aplica. En cuanto la variable que corresponde al registro de datos relacionados con fecha o frecuencia para próximo control de hipertensión arterial, alcanzó un porcentaje de 81,6 % en cumple, 18,4 % no cumple y 0%no aplica.

En relación a la variable que corresponde al registro de firma y número de identificación del profesional responsable en evoluciones y demás registros se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 100%.

Nota aclaratoria 3. En el caso de la macro variable de seguimiento a riesgo, el nivel de medición de “No aplica”, hace referencia al contexto evidenciado en cada historia clínica, en donde el control y análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados, el seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas interconsulta y/o remisiones, la verificación por parte del profesional ante el cumplimiento de compromisos o recomendaciones sugeridas no son posibles de evidenciar ya que durante el periodo de evaluación, el tiempo transcurrido para una próxima consulta no era el pertinente, o estaba fuera del trimestre evaluado. etc.

4.2 Consolidado de macro variables evaluadas

MACROVARIABLES	Nivel de Esperado	Nivel de Cumplimiento	Calificación
1.DATOS DE INGRESO E IDENTIFICACIÓN	100%	74.9%	BUENO
2.MOTIVO DE CONSULTA	100%	99.3%	EXCELENTE
3.REVISIÓN POR SISTEMAS O EXAMEN FISICO	100%	79.2%	BUENO

4.ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS	100%	97.1%	EXCELENTE
5.ANTECEDENTES FAMILIARES	100%	97.1%	EXCELENTE
6.DIAGNOSTICO INICIAL DE ESTADO NUTRICIONAL,HABITOS ALIMENTARIOS,Y ACTIVIDAD FISICA	100%	0.2%	MUY DEFICIENTE
7.DIAGNOSTICO	100%	99.3%	EXCELENTE
8.PLAN DE TRATAMIENTO	100%	45.8%	REGULAR
9.SEGUIMIENTO A RIESGO	100%	62%	BUENO

Tabla 7 Consolidado de calificación de Macro variables

El anterior cuadro representa un consolidado del comportamiento de las macro variables en estudio, las cuales reflejan en los datos de ingreso e identificación un nivel de cumplimiento de 74.9% con una calificación de bueno, para los datos de motivo de consulta y diagnóstico contó con un nivel de cumplimiento del 99.3% asignándose para cada uno una calificación de Excelente, en el criterio de revisión por sistemas o examen físico el cumplimiento corresponde al 79.2% lo que lo cataloga con una calificación de bueno.

Respecto a los datos de antecedentes personales y familiares cuenta con un nivel de cumplimiento del 97.1%, estableciendo para cada uno, la calificación de Excelente, en cuanto a la macro variable de diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios, y actividad física, el valor de cumplimiento es del 0.2% que equivale a muy deficiente.

Por otro lado las macro variables de Plan de tratamiento y Seguimiento a riesgo, conciernen un puntaje de 45.8% y 62% relacionando una calificación de regular y bueno, respectivamente.

De acuerdo a la información preliminar, el puntaje global de cumplimiento de la institución equivale a un 72,7%, sin embargo no se puede afirmar que el porcentaje carente al nivel esperado del 100%, representa incumplimiento, debido a que durante la evaluación figuraron hallazgos de no aplica.

Dando cumplimiento al tercer objetivo específico del presente proyecto de investigación se ejecutó la conveniente socialización de resultados a las directivas de la IPS Centro de estudio para el establecimiento de un plan de acción, que permita el mejoramiento del manejo de los registros clínicos en la institución (Ver anexo 6).

4.3 Discusión

Haciendo referencia a los resultados obtenidos en esta investigación, en cuanto a la macro variable datos de ingreso e identificación se observa que la variable que corresponde al registro de dato de aseguradora o EPS no cumplió con el nivel de satisfacción esperado, esto puede ser debido a que los profesionales de la salud no registran estos datos en el momento de la consulta, o la información no es diligenciada en el proceso de admisión; se observó que el formato de la historia clínica electrónica no solicita dato de pertenencia étnica, lo que sería importante indagar, ya que permite caracterizar al usuario a nivel demográfico. La guía de atención de hipertensión arterial de la resolución 0412 de 2000, considera como factor de riesgo para la hipertensión arterial el origen étnico; la hipertensión arterial es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos, por eso el profesional médico a cargo debe tener en cuenta este aspecto al momento de determinar posibles causas de la enfermedad y realizar el debido registro en la historia clínica para así realizar un buen abordaje al usuario que es atendido.

En cuanto a la macro variable diagnóstico inicial de estado nutricional hábitos alimentarios y actividad física se obtuvo una calificación deficiente; se observa que no se registra la variable análisis del estado nutricional del usuario, al igual la variable referente al registro sobre la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, hábitos de consumo de frutas y verduras y práctica de actividad física, todas con un 100% de no cumplimiento, es notorio el poco interés que los profesionales a cargo prestan con respecto a la determinación de los hábitos actuales de pacientes hipertensos que son atendidos en la IPS centro de estudio, ya que se evidencia que en ninguna de las historias clínicas revisadas estos son tenidos en cuenta, incumpliendo con uno de los parámetros establecidos en el anexo 2 “Historia clínica del riesgo cardiovascular” de la guía de atención de hipertensión arterial de la resolución 0412 de 2000, que contempla como factores

de riesgo no modificables los hábitos alimentarios y el estado nutricional; es de gran relevancia que en la historia clínica se anote toda la información clave que facilite conocer al paciente desde su día a día, para que mediante la identificación de factores de riesgo, se logre sensibilizar e individualizar la promoción de factores protectores.

En la macro variable plan de tratamiento se obtuvo un nivel regular debido a que, el cumplimiento en solicitud de ayudas diagnósticas y exámenes de laboratorio es del 45,8% y 62% respectivamente, en relación a la variable de formulación de tratamiento farmacológico se evidenció un cumplimiento del 81.6%; sin embargo cabe resaltar que en la variable donde se registra datos sobre recomendación de estilo de vida y signos de alarma, en esta investigación se obtuvo un deficiente puntaje de cumplimiento del 18,4%, lo cual indica un hallazgo a priorizar para la IPS centro de estudio sí se tiene en cuenta el impacto de este apartado en el tratamiento del usuario, así como lo expone en un artículo de revisión de literatura Balaguer y colaboradores en el cual ratifica que el proceso educativo es una acción política y social, cuyos métodos y técnicas deben fomentar la evolución, el equilibrio y la autonomía de los individuos involucrados, la educación para la salud no debe ser exclusivamente dar información, sino que debe llevar al usuario a reflexionar y proporcionarle las herramientas adecuadas para que pueda decidir sobre su propia vida y sobre el manejo del proceso salud-enfermedad⁵³.

Es preocupante ver que el registro sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante, cuenta con un puntaje de no cumplimiento del 89%, reflejando en la historia clínica un vacío en el manejo integral que se debe dar al usuario según lo expuesto en las guías de atención del ministerio de protección social y salud del Colombia.

Otra fuente de comparación corresponde a un estudio realizado que evalúa la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en una población de usuarios inscritos en los programas de promoción y prevención de una entidad en la ciudad de Bogotá⁵⁴; el cual refleja resultados de cumplimiento en solicitud de ayudas

⁵³ BALAGUER Palla res, LLAGOSTERA Reverter, SANCHIS Rico, AYMERICH Palomar, GONZÁLEZ Peris, BARRUÉ García, SALAS Medina, GONZÁLEZ Chordá, Autocuidados y educación terapéutica en hipertensión, una revisión integradora, revista científica de enfermería Recien, Mayo 2015, Pág 14.

⁵⁴ JUAN C. ÁVILAa, ADRIANA BAREÑO^b, JAIRO CASTRO^c, CATHERINE ROJAS, EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES EN UN PROGRAMA DE CRÓNICOS, rev.fac.med vol.22 no.2 Bogotá jul./dic. 2014, d. disponible en http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562014000200007&lng=es&nrm=iso

diagnósticas en el 61%; en las indicaciones de tratamiento se observó que el esquema de manejo para cada individuo contó con un cumplimiento del 99%, en lo concerniente a las recomendaciones de su enfermedad de base, estilos de vida y tratamientos tuvo un 98% de comportamiento siendo mencionados en los registros clínicos.

Se reafirma la importancia de la articulación de los distintos profesionales de la salud, y la evidencia de ejecución del mismo en el registro clínico de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, primordialmente sí se tiene en cuenta que en la presente investigación se halló un promedio de cumplimiento del 17.6% en solicitud de interconsulta con equipo interdisciplinario, y del 47.1% en remisión para atención por medicina especializada, lo que indica que la institución debe trabajar verazmente en que el manejo integral del usuario se manifieste en la calidad de información de la historia clínica; un ensayo realizado por Esquivel y Jiménez⁵⁵, soporta que el tratamiento interdisciplinario de la hipertensión arterial involucra tanto la prescripción de terapia farmacológica como también de dietas modificadas, a fin de que ciertos nutrientes sean provistos, debido a que se conoce científicamente que guardan relación directa con la etiología y tratamiento de la hipertensión arterial como es el caso del sodio y el potasio, por lo cual no se debe subestimar los aportes de los demás colegas o apoyo multiprofesional.

Teniendo en cuenta el concepto de la International Organization for Standardization, que expone la Calidad como el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fueron creados, se puede decir que cuando los registros clínicos contienen los datos requeridos y exigidos por la norma, proveen toda la información necesaria para dar un manejo integral a cada individuo, reflejando la calidad en la atención asistencial; por eso es importante que el talento humano en salud este sensibilizado con los principios básicos de la calidad asistencial y su conexión al adecuado registro clínico, así como se infiere de las ideas expuestas por Avedis Donabedian, en que se debe proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar en la atención, a esto se suma lo citado por la OMS cuando hace referencia a la calidad de los servicios de salud: como la atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la

⁵⁵ ESQUIVEL Solís Viviana, JIMÉNEZ Fernández Maristela, Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial, Rev Costar Salud pública, Costa Rica año 2010, Pág 42.

población y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite."

4.4 Conclusión

Los hallazgos encontrados en la presente investigación permitieron demostrar que el manejo integral de los 136 registros clínicos analizados de pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de consulta externa de la IPS centro de estudio obtuvieron un puntaje global de cumplimiento equivalente a un 72 % con un nivel de calificación bueno; sin embargo no se puede afirmar que el porcentaje carente al nivel esperado del 100%, representa incumplimiento, debido a que durante la evaluación figuraron hallazgos de no aplica.

En la estructura del formato de la historia clínica electrónica no se contempla la procedencia étnica, se debe incluir en el registro puesto que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Es importante resaltar que dos de las macrovariables analizadas durante la evaluación obtuvieron una calificación muy deficiente y regular, corresponde a Diagnóstico inicial del estado nutricional, hábitos alimentario y actividad física, así como la variable de Plan de tratamiento, respectivamente, debido a que el profesional a cargo de la consulta no realiza el registro de estos datos en la historia clínica durante la atención prestada al usuario. Estas variables se consideran relevantes para realizar un buen tratamiento y manejo integral de los pacientes con hipertensión.

Es posible que la atención y el manejo farmacológico sea adecuado; sin embargo no se tiene la cultura del adecuado diligenciamiento de los registros clínicos para lograr establecer un diagnóstico y tratamiento integral, ya que apartando el debido control médico que realiza el profesional, se debe tener en cuenta el factor educativo al paciente y realizar seguimiento del mismo por ser este un factor incidente en la evolución de la hipertensión arterial. Por medio de la educación respecto al estado nutricional, hábitos, actividad física y tratamiento médico, se puede crear conciencia en el paciente de la responsabilidad y compromiso que debe tener con el cumplimiento de las indicaciones dadas por parte del médico tratante.

4.5 Recomendaciones

a) Recomendaciones a la IPS centro de estudio

✓ Este estudio considera necesario que una vez la institución tenga en cuenta los hallazgos de la investigación; establezca un plan de mejora que incluya capacitación del personal en el manejo de los registros clínicos teniendo en cuenta la normatividad vigente, los procesos de calidad y atención al paciente.

✓ Se recomienda a la IPS que verifique y parametrize las variables que componen la historia clínica institucional, en los apartados relacionados a la atención del usuario con diagnóstico de hipertensión arterial, tales como: datos de ingreso e identificación, motivo de consulta, revisión por sistemas o examen físico, antecedentes personales y patológicos, antecedentes familiares, diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios, y actividad física, diagnóstico principal, plan de tratamiento, y seguimiento al riesgo, ejecutando un abordaje según los criterios establecidos en la guía de atención del ministerio de protección social y salud de Colombia.

b) Recomendaciones dirigidas a los profesionales

✓ Se sugiere a los profesionales o equipo interdisciplinario de salud que maneja a los pacientes hipertensos, tener en cuenta la veracidad, legibilidad, en el manejo integral del registro clínico, ya que de ellos depende la toma de decisiones, la calidad en la atención, y la seguridad del paciente.

✓ Por otra parte se sugiere a los profesionales que una vez la institución establezca políticas claras y parametrize los datos o variables en la historia electrónica, se comprometan con el manejo integral de los registros clínicos.

c) Recomendaciones dirigidas a los investigadores

✓ Se recomiendan que en próximos estudios se analicen variable como nivel de escolaridad y creencia, además se haga correlación de estas variables con otros estudios.

- ✓ Se recomienda a futuros investigadores o estudiantes de especializaciones en auditoria que en próximos estudios se tengan en cuenta hallazgos del presente para que puedan ser confrontados y contemplados con otros estudios.

- ✓ Se aconseja realizar estudios con mayor profundidad metodológica en que muestren correlaciones de variables cuantitativas, cualitativas y además se comparen resultados con otras instituciones para mirar el comportamiento del fenómeno.

- ✓ Finalmente se recomienda a los investigadores de futuras investigaciones a que amplíen el diseño de esta investigación para que puedan comparar sus resultados haciendo estudio correlacionales y comparativo.

ANEXOS

Anexo 1: historia clínica riesgo cardiovascular, guía de atención hipertensión arterial, resolución 0412/2000

Anexo 2. Historia clínica de riesgo cardiovascular

I. INGRESO (llenar en la primera consulta)

1. Identificación

Fecha	Día	Mes	Año	Hora	Teléfono
Nombres					
Primer apellido			Segundo apellido		
Edad:	Género:	F	M	Ocupación:	

2. Motivo de consulta

MC/EA	
-------	--

3. Revisión por sistemas: Marque sí (S) o no (N)

R	X	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
CEFALEA			SUDORACIÓN			DISNEA PX. NOC.			POLIDIPSIA			EDEMAS	
LIPOTIMIA			EPISTAXIS			DISNEA PE			POLIFAGIA			CLAUDICACIÓN	
VÉRTIGO			PALPITACIONES			DISNEA ME			POLIURIA			LESIÓN EN PIES	
TINITUS			PRECORDIALGIA			DISNEA GE			HEMATURIA			DOLOR	
SINT. VISUALES			ORTOPNEA						DISURIA			NEURÍTICO	

Comentarios:

PE: pequeños esfuerzos; ME: medianos esfuerzos; GE: grandes esfuerzos

4. Antecedentes personales: Marque sí (S) o no (N)

AP	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
HTA			HTA X EMBARAZO			RETINOPATIA			FUMA < 10			ANTICOAGULACIÓN	
ECV - ICT			DM 1/ DM 2			EPOC			FUMA de 10 a 20			ANTICONCEPTIVOS	
IAM			DM GESTACIONAL			TB			FUMA más de 20			MENOPAUSIA	
ANGINA			DISLIPIDEMIA			ASMA			CONSUMO LICOR				
ICC			E ARTERIAL PERIF			CÁNCER			LICOR DIARIO			F, U, M.	
SOPLO CARD			IRC			ALÉRGICOS			LICOR c/8-15 días			G:	P:
Comentarios:												A:	C:

5. Antecedentes familiares: Marque sí (S) o no (N)

AF	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
HTA			DM 1/ DM 2			DISLIPIDEMIA			IAM			HIPOTIROIDISMO	
ENF VASCULAR			OBESIDAD			ENF. CORONARIA			HIPERTIROIDISMO			NEFROPATÍA	

Comentarios:

6. Examen físico: Marque sí (S) o no (N)

PESO (kg)	TALLA (cm)	F. C. :	F. R.	T*
I. M. C. (kg./m2)	Pupilas	PA sentado	Perimetro de la cintura	
Cuello	Cardiopulmonar	Abdomen	Extremidades	
I. YUGULAR	PMI	MASAS	PULSO	ULCERAS
SOPLO CAROTÍDEO	Rs Cs Rs	SOPLOS	P- PEDIO	AMPUT.
MASAS	SOPLOS	MEGALIAS	SENSIBILIDAD	EDEMAS
NÓDULO TIROIDEO	DÉFICIT PULSO	DOLOR		
Fondo de ojo				
SE REALIZÓ	CRUECES A/V	EXUDADO	PAPIEDEMA	HEMORR.

Diagnóstico inicial del estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física: marque sí (S) o no (N)

	S	N	S	N	S	N
IMC > a 25 (sobrepeso u obesidad)			PERIMETRO CINTURA Hombres : > 90 cm Mujeres : > 80 cm			
PREDOMINIO INGESTA DE GRASA SATURADA (carnes gordas, manteca de cerdo, mantequilla, entre otros)			UTILIZA EL SALERO DE MESA ANTES DE CONSUMIR LOS ALIMENTOS			ACTIVIDAD FÍSICA: lleva a cabo ejercicio (marcha rápida, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta)
CONSUME VERDURAS Y FRUTAS DIARIAMENTE			INTERCONSULTA A NUTRICIONISTA * (para realizar valoración nutricional completa, llevar a cabo anamnesis alimentaria, establecer requerimientos de calorías y nutrientes, elaborar el plan nutricional respectivo y brindar educación alimentaria)			Intensidad /semana ¿Cuántos días a la semana y cuánto tiempo por sesión? _____

*Lo recomendable es que todos los sujetos sean remitidos a nutricionista para establecer el plan de cuidado nutricional y realizar las actividades de prevención

8. Paraclínicos que presenta: Marque la fecha en que se le realizaron

GLUCEMIA		TRIGLICÉRIDOS		HDL		MICROALBUMINURA	
Hb A1c		COLESTEROL TOTAL		LDL		Hb / Hto	
p. de O. (Proteinuria)		DEP. CREATININA		Ac ÚRICO			
EKG	RITMO	FC	EJE	PR	QRS	ST	OTROS
RX DE TÓRAX							
OTROS							

9. Diagnósticos: Marque sí (S) o no (N)

	S	N		S	N		S	N
PRESIÓN ARTERIAL ALTA			DM 1			HTA 2RIA		
HTA PRIMARIA			DM 2			ALTERRACIÓN GLUCEMIA DEL AYUNO		
Falla cardíaca			Nefropatía			Obesidad		
Enfermedad coronaria			Enfermedad renal crónica			Hipertrigliceridemia		
Cardiomiopatía			Hipotiroidismo			Hipercolesterolemia		
Enfermedad arterial periférica			EPOC			Hperlipidemia mixta		
Otros:								


10. Compromisos del paciente: marque con una x

HACER EJERCICIO	REDUCCIÓN DE PESO	NO FUMAR	NO LICOR
NO AZÚCARES	DISMINUCIÓN DE GRASA	USAR EDULCURANTES	DIETA BAJA EN SAL

11. Paraclínicos ordenados: Marque con una x

HB - HTO	COLESTEROL	PARCIAL DE ORINA	GLUCEMIA	CREATININA
HEMOGRAMA	Colesterol -HDL		MICROALBUMINURIA	DEPUR CREATININA
	TRIGLICÉRIDOS	PROTEINURIA	Hb A1c	BUN
	ÁCIDO URICO	POTASIO		OTROS:
EKG	RAYOS X	SODIO		

Anexo 2 Selección aleatoria sin repetición, aplicación online NOSETUP.ORG


“ Porque grande no significa mejor ”

Publicidad

Premium por \$1.000 pesos
3 meses de música sin anuncios
Apúrate, la oferta termina pronto

Buscador

programa

Buscar

Usuarios

Nombre: nick

Contraseña:

Entrar

[Darse de alta.](#)
[Confirmar alta.](#)
[Recuperar contraseña.](#)

Menú principal

[Noticias](#)

Generador de números aleatorios, sin repetición

Los números aleatorios, sin repetición y ordenados, son:

2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 69, 72, 73, 74, 76, 78, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 103, 105, 107, 109, 112, 116, 118, 125, 126, 127, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 144, 147, 148, 150, 152, 154, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 172, 175, 177, 178, 179, 181, 183, 184, 187, 188, 191, 196, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 223, 225, 226, 228, 229, 232, 234

Indique el rango (ambos inclusive) para generar un número aleatorio, sin repetición, y el número de veces que quiera realizar la operación.

Ejemplos de uso

- baraja española, poner en Inicio 1, en Final 10 y en Número de veces las deseadas. Después cada vez que salga un 8 sería una sota, un 9 un caballo y un 10 sería el rey.
- baraja americana, poner en Inicio 1, en Final 13 y en Número de veces las deseadas. Después cada vez que salga un 11 sería una jota, un 12 una reina y un 13 sería el rey.
- bonoloto, poner en Inicio 1, en Final 49 y en Número de veces 6.

Inicio:

Final:

Número de veces:

Anexo 3 Selección aleatoria en hoja de EXCELL

Consultas de Abril - Junio de 2016 - Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
2	SOL042016	08758009660	CC	22359042	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
3	SOL042016	08758009660	CC	22423086	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	H547
4	SOL042016	08758009660	CC	22681162	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
5	SOL042016	08758009660	CC	22686141	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	M255
6	SOL042016	08758009660	CC	27705949	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	M546
8	SOL042016	08758009660	CC	32810862	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
9	SOL042016	08758009660	CC	33279216	1/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	R42X
10	SOL042016	08758009660	CC	7474378	4/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
11	SOL042016	08758009660	CC	8672270	4/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
12	SOL042016	08758009660	CC	8722610	4/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
13	SOL042016	08758009660	CC	22338525	4/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
15	SOL042016	08758009660	CC	22688181	4/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
22	SOL042016	08758009660	CC	8660706	5/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	N209
23	SOL042016	08758009660	CC	8704055	5/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Z630
24	SOL042016	08758009660	CC	21369849	5/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
26	SOL042016	08758009660	CC	32820277	5/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
28	SOL042016	08758009660	CC	3768229	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
29	SOL042016	08758009660	CC	8692034	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
30	SOL042016	08758009660	CC	12586274	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
31	SOL042016	08758009660	CC	22360963	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
32	SOL042016	08758009660	CC	22683428	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1868
33	SOL042016	08758009660	CC	22685597	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
34	SOL042016	08758009660	CC	22694630	6/04/2016		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENI	10	13	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	

Anexo 4 Instrumento evaluador de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial



UNIVERSIDAD LIBRE
ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

INSTRUMENTO EVALUADOR DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	NATURALEZA						
ATLÁNTICO		SOLEDAD	PRIVADA						
INSTITUCIÓN AUDITADA			INVESTIGADORES						
IPS CENTRO DE ESTUDIO			DAYMETH ALMARIO BARRAZA - SHARELIS GARCÍA MÁRC IPUANA MONSALVE - LINA LLANOS HERAS						
Orden Historia Clínica			1		2				
No.	Valor Subpunto	CRITERIOS EVALUADOS	C	NC	NA	C	NC	NA	C
1. DATOS DE INGRESO E IDENTIFICACIÓN									
1,1	1,4	¿Registra dato de nombres y apellidos completos?	X			X			X
1,2	1,4	¿Registra dato de tipo y número de documento de identidad?	X			X			X
1,3	1,4	¿Registra dato de fecha de nacimiento y edad?	X			X			X
1,4	1,4	¿Registra dato de pertenencia étnica?		X			X		
1,5	1,4	¿Registra dato de estado civil?	X			X			X
1,6	1,4	¿Registra dato de género o sexo?	X			X			X
1,7	1,4	¿Registra dato de ocupación?		X			X		
1,8	1,4	¿Registra dato de Ubicación o contacto?	X			X			X
1,9	1,4	¿Registra dato de Aseguradora o EPS?		X			X		
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 1			8,4	4,2	0	8,4	4,2	0	8,4
2. MOTIVO DE CONSULTA									
2,1	3	¿Registra dato de motivo de consulta refiriéndolo que expresa el usuario?	X			X			X
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 2			3	0	0	3	0	0	3
3. REVISIÓN POR SISTEMAS O EXAMEN FÍSICO									
3,1	2,4	¿Registra dato de Signos Vitales?	X			X			X
3,2	2,4	¿Registra dato de medidas antropométricas?		X		X			X
3,3	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con la Cabeza?	X			X			X
3,4	2,4	¿Registra Signos y síntomas relacionados con el Cuello?	X			X			X

3,5	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con Sistema Cardiorrespiratorio?	X		X			X	
3,6	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con las Mamas?	X		X			X	
3,7	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gastrointestinal?	X		X			X	
3,8	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Genitourinario?	X		X			X	
3,9	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Gineco-obstétrico?		X		X			
3,10	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Endocrino?		X		X			
3,11	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema Locomotor?	X		X			X	
3,12	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuromuscular?	X		X			X	
3,13	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema neuropsiquiátrico?	X		X			X	
3,14	2,4	¿Registra signos y síntomas relacionados con el Sistema tegumentario?	X		X			X	
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 3			26,4	7,2	0	28,8	4,8	0	28,8
4. ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS									
4,1	2,7	¿Diligencia los datos relacionados a los antecedentes personales y patológicos?	X		X			X	
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 4			2,7	0	0	2,7	0	0	2,7
5. ANTECEDENTES FAMILIARES									
5,1	2,7	¿Diligencia los datos relacionados a los antecedentes familiares?	X		X			X	
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 5			2,7	0	0	2,7	0	0	2,7
6. DIAGNOSTICO INICIAL DE ESTADO NUTRICIONAL, HABITOS ALIMENTARIOS, Y ACTIVIDAD FISICA									
6,1	3	¿Cuenta con el respectivo registro del análisis del estado nutricional, del usuario?	X			X			
6,2	2,7	¿Indaga y registra información sobre Ingesta de alimentos con alto contenido de grasas saturadas?	X			X			
6,3	2,7	¿Indaga y registra información sobre hábito de consumo diario de frutas y verduras?	X			X			
6,4	2,7	¿Indaga y registra información sobre práctica de actividad física?	X			X			
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 6			0	11,1	0	0	11,1	0	0
7. DIAGNOSTICO PRINCIPAL									
7,1	3,5	¿Cuenta con registro de impresión diagnóstica o diagnóstico elaborado con base a la información obtenida en la valoración?	X			X		X	

SUB TOTAL MACRO VARIABLE 7			3,5	0	0	3,5	0	0	3,5
8. PLAN DE TRATAMIENTO									
8,1	3,1	¿Registra ordenes de exámenes de apoyo diagnóstico para valorar el estado de salud del usuario?	X					X	
8,2	3,1	¿Registra ordenes de laboratorios o paraclínicos para valorar el estado de salud del usuario?	X			X			
8,3	3,1	¿Registra Formulación para el tratamiento farmacológico, según diagnóstico?		X		X			X
8,4	2,5	¿Registra recomendaciones sobre promoción de estilos de vida saludable y signos de alarma?	X				X		
8,5	2,5	¿Registra Solicitud de interconsulta con equipo interdisciplinario? (Fisioterapia, Nutrición, Psicología u otro).			X		X		X
8,6	2,5	¿Cuenta con registro de remisión para atención especializada? evidenciándose copia de formato de referencia, debidamente diligenciado.	X			X			
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 8			11,2	3,1	2,5	8,7	5	3,1	5,6
9. SEGUIMIENTO A RIESGO									
9,1	2,2	¿Se evidencia registro de la frecuencia de seguimiento al usuario, acorde a la estratificación de riesgo cardiovascular?	X			X			X
9,2	2,8	¿Existe evidencia del control y análisis de resultados de paraclínicos, o apoyo diagnóstico ordenados?	X			X			
9,3	2,5	¿Registra seguimiento en la verificación de asistencia del usuario a citas interconsulta y/o remisiones?			X		X		
9,4	2,5	¿Cuenta con registro sobre verificación del cumplimiento de compromisos o recomendaciones, sugeridas por el médico tratante?			X		X		
9,5	2	¿Cuenta con registro de fecha o frecuencia para próximo control de hipertensión arterial?		X		X			X
9,6	2	¿Las evoluciones, y demás registros cuentan con firma y número registro del profesional responsable?	X			X			X
SUB TOTAL MACRO VARIABLE 9			7	2	5	9	5	0	6,2
TOTAL	100	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL	64,9	27,6	7,5	66,8	30,1	3,1	60,9

CONVENCIONES
C: CUMPLE
NC: NO CUMPLE
NA: NO APLICA

CRITERIOS	
CALIFICACION	TOTAL%
EXCELENTE	80,1-100
BUENO	60,1-80
REGULAR	40,1-60
DEFICIENTE	20,1-40
MUY DEFICIENTE	0-20

Anexo 5 Acuerdo de confidencialidad unilateral



UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Especialización en Auditoría de Servicios de Salud

DECLARACIÓN UNILATERAL DE CONFIDENCIALIDAD

En la ciudad de Barranquilla, Colombia, con fecha 07 de Julio del 2016, quienes suscriben,

NOMBRE	NACIONALIDAD	IDENTIFICACIÓN	PROFESIÓN
Daymeth Amario Baraza	Colombiana	32 855 446	Fisioterapeuta
Sharella Garcia Marquez	Colombiana	1 143 442 244	Enfermera
Yolma Ipuana Monsalve	Colombiana	1 124 478 158	Fisioterapeuta
Lina Llanos Heras	Colombiana	32 386 482	Microbióloga

Declaran

1. Que, quienes suscriben, participan en la ejecución del Proyecto de Investigación denominado **"MANEJO INTEGRAL DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA IPS DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO"** y ejecutado acorde al requisito para optar a grado de Especialista en Auditoría de Servicios de Salud de la Universidad Libre seccional Barranquilla.
2. Que, quienes suscriben fueron informados sobre la exigencia de la IPS PREVIMEDISALUD de Soledad, sobre el NO uso de su razón social y/o nombre, en el título del proyecto de investigación.
3. Que el asesor académico responsable del citado Proyecto de Investigación es el profesor(a) **Yeis Miguel Boné Ortiz**, Docente de la Universidad Libre y Líder del Grupo de Investigación Salud Pública Unilibre (GISPUL) que se encuentra clasificado ante Colciencias en la categoría C.
4. Que, en razón de la participación en el Proyecto de Investigación, se recibirá de parte de la IPS PREVIMEDISALUD datos, antecedentes y/o de investigación, legales (Historias clínicas) y cualquier otro que el suscrito llegue a conocer, a cualquier título (en adelante, también, "Información Confidencial").
5. Que, quienes suscriben, se comprometen a tratar dicha información de manera estrictamente confidencial, tomando todas las medidas de seguridad y protección adecuadas que aseguren que no será conocida por terceros no autorizados. Estas medidas serán a lo menos equivalentes a las que el suscrito utiliza o utilizaría para proteger su propia Información Confidencial.
4
- El suscrito sólo podrá divulgar la información que reciba de parte de la IPS PREVIMEDISALUD con la autorización, por escrito, del gerente general de la institución.
6. Si como consecuencia del actuar negligente de quienes suscriben, se divulga la Información Confidencial, éste responderá a la IPS PREVIMEDISALUD completamente por todos los daños, costos, reclamos, impuestos y gastos que provengan del incumplimiento de los



UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Especialización en Auditoría de Servicios de Salud

deberes mencionados en los números anteriores, sin perjuicio de perseguir las demás responsabilidades penales, civiles y administrativas que puedan concurrir, haciéndose responsable expresamente de las infracciones que hayan sido resultado de la acción u omisión de cualquier persona bajo su tutela o responsabilidad. Respecto de los deberes señalados en esta declaración, el suscrito responderá hasta de culpa levísima.

7. Que, quienes suscriben, declaran someterse a las siguientes condiciones en el cumplimiento de los deberes ya mencionados, eximendo a la Universidad Libre de cualquier responsabilidad en su totalidad:

7.1. Los deberes de confidencialidad expresados estarán vigentes hasta 2 años después de finalizado el Proyecto de Investigación.


7.2. Terminado el deber de confidencialidad, ya sea por el transcurso del plazo señalado o por voluntad de la IPS PREVIMEDISALUD, quienes suscriben se comprometen a restituir o destruir, tomando las medidas de seguridad necesarias, toda la Información Confidencial en su posesión, incluyendo todas las copias físicas y las reproducciones electrónicas de la misma.

Sólo se conservará la información consolidada y finalmente documentada y entregada a la UNIVERSIDAD LIBRE, quien dispondrá por criterio institucional el tiempo pertinente de conservación.

7.3. Se exceptúa del carácter de confidencialidad y reserva aquella información que:

- a. Los suscritos prueben que, al tiempo de su entrega, se encontraba en el dominio público, había sido desarrollada por estos con anterioridad, o fue puesta a su disposición por un medio y dueño legítimo distinto a la Universidad.
- b. Con posterioridad a su entrega llegue a ser de dominio público, en cualquier forma que no importe una violación a las obligaciones contenidas en esta declaración; o,
- c. Se deba divulgar o entregar por mandato legal u orden emanada de autoridad competente, sólo y respecto de aquella parte de la información que la ley u orden afecte y siempre que dentro del plazo de 24 horas siguientes se informe de tal circunstancia a la Universidad y/o a la IPS PREVIMEDISALUD, de modo que ésta pueda intentar las acciones que estime procedentes para evitar su entrega o divulgación.

Anexo 6 Socialización de resultados a IPS Centro de estudio



UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Especialización en Auditoría de Servicios de Salud

✓ Se recomienda a la IPS que verifique y parametrice las variables que componen la historia clínica institucional en los apartados relacionados a la atención del usuario con diagnóstico de hipertensión arterial: tales como: datos de ingreso e identificación, motivo de consulta, revisión por sistemas y examen físico, antecedentes personales y patológicos, antecedentes familiares, diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física, diagnóstico principal, plan de tratamiento, y seguimiento al riesgo, ajustando un abordaje según los criterios establecidos en la Guía de atención del Ministerio de protección social y salud de Colombia.

B): Recomendaciones dirigidas a los profesionales

✓ Se sugiere a los profesionales o equipo interdisciplinario de salud que maneja a los pacientes hipertensos, tener en cuenta la seriedad, regularidad en el manejo integral del registro clínico, ya que de ellos depende la toma de decisiones, la calidad en la atención y la seguridad del paciente.


✓ Por otra parte se sugiere a los profesionales que una vez la institución establezca políticas claras y parametrice los datos o variables en la historia electrónica, se comprometan con el manejo integral de los registros clínicos.

A su mismo fue presentado el instrumento evaluador de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial, se resolvieron dudas e inquietudes.

Declaro:

Para constancia se firma el presente documento en la ciudad de Barranquilla, Colombia, a los diecinueve (19) días del mes de Julio del año dos mil dieciséis (2016).

Maria Ariza Navarro
 María Ariza Navarero
 Gerente General
 CC N° 26.825.367



UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Especialización en Auditoría de Servicios de Salud

ACTA SOCIALIZACIÓN No.1

En la ciudad de Barranquilla, Colombia con fecha 19 de Julio del 2016, se ejecuto la socialización del proyecto de investigación para optar a especialista de auditoria de servicios de salud, se relaciona a continuación datos específicos de la intención:

NOMBRE INVESTIGADORAS	NACIONALIDAD	IDENTIFICACIÓN	PROFESIÓN
Dayrith Almaro Ramirez	Colombiana	32 855 446	Fisioterapeuta
Sharieth Carolina Manquez	Colombiana	1 143 442 344	Enfermera
Yamira Iguala Monsalvo	Colombiana	1 124 478 158	Fisioterapeuta
Lina Larios Heras	Colombiana	32 380 482	Microbióloga

La mencionada socialización se desarrollo en la sede administrativa de la IPS centro de estudio y fue dirigida a la gerente general de la institución.

Temas: Manejo integral de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial atendidos en el servicio de consulta externa de una IPS del municipio de Soledad, atlántico.

Objetivo: Evaluar el manejo integral de la historia clínica de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de la consulta externa de una IPS de Soledad.

Materiales y métodos: El estudio aplicado fue descriptivo cuantitativo, de corte transversal retrospectivo y se ejecuto revisando 136 historias clínicas electrónicas de pacientes con hipertensión arterial que acudieron al servicio de consulta externa de una IPS en Soledad, en el segundo trimestre del año 2016 (Abril-Mayo-Junio), para ello se usó una matriz de consolidación de información se estudiaron 9 macro variables: datos de ingreso e identificación, motivo de consulta, revisión por sistemas, el examen físico, antecedentes personales y patológicos, antecedentes familiares, diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios, y actividad física, diagnóstico, plan de tratamiento, seguimiento a riesgo.

Resultado: En las historias clínicas, los datos de ingreso e identificación cumplen un 74.9%, motivo de consulta cumple un 99.2%, el registro de dato de revisión por sistemas o examen físico obtuvo un porcentaje de 79.2%, en los antecedentes personales y patológicos cumple el 97.1%, en antecedentes familiares cumple un 97.1%, en diagnóstico inicial de estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física, se obtuvo 0.2% de cumplimiento, diagnóstico principal cumplió en un 99.3%, plan de tratamiento cumplió un 48.8%, en dato de seguimiento a riesgo se obtuvo un cumplimiento del 62%.

Recomendaciones:

a) Recomendaciones a la IPS centro de estudio

4. Este estudio considera necesario que una vez la institución tenga en cuenta los hallazgos de la investigación, establezca un plan de mejora que incluya capacitación del personal en el manejo de los registros clínicos teniendo en cuenta la normatividad vigente, los procesos de calidad y atención al paciente.

Página 1 de 2

5 BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. República de Colombia. Re-resolución No. 1995 de 1999. Diario Oficial No. 43.655, del 5 de agosto de 1999.
2. PAULA ANDREA ARANGO PÉREZ**, ELIZABETH CORREA GUTIÉRREZ**, MÓNICA MÁRQUEZ CADAVID**, ALEJANDRA RESTREPO HAMID; Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002, Pág. 20 y ,21.
3. OMS Preguntas y respuestas sobre la hipertensión Septiembre de 2015, <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
4. Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades y Tweedy, 2000; Hashmi *et al.*, 2007; National Institutes of Health [NIH], 2003; Whelton *et al.*, 2002
5. OMS, Centro de prensa, Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo, 13 junio 2013, Ginebra. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/.
6. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Plan decenal de salud pública de Colombia 2012- 2021, Bogotá, Pág 62 <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
7. Cohen, 2001; Cordente, García, Sillero y Domínguez, 2007; Fogari y Zoppi, 2004; Lam y Lauder, 2000
8. ALCALDIA DE SOLEDAD, Plan de desarrollo municipal, Pag 40. http://www.soledad-atlantico.gov.co/apc/afiles/36633361366435313139313765643061/PLAN_DE_DESARROLLO_MUNICIPAL_2012_2015__DEF1__1_.pdf.

9. DANE, Proyecciones de población, Año 2005, www.dane.gov.co/files/.../poblacion/.../ProyeccionMunicipios2005_2020.x.
10. Amezcua 1995 citado por Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010.
11. ESCALANTE Leticia, El arte de registrar, universidad del país de Vasco, año 2013, Pág.6.
12. OMS, Información general sobre la Hipertensión en el Mundo, año 2013, pág 5.
13. Guía de atención de la hipertensión arterial, Ministerio de la protección social. Pág 171
14. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN, Manual de manejo y diligenciamiento de Historias clínicas. *pág. 6.* sanmartinbaq.edu.co/wp.../ODO_ManualManejoDiligenciamientoHC.pdf.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Guidelines for Medical Record Practice. Report N°. WHO/HS/NAT.COM/80-370.
16. Servei Valencià de Salut. Guía de uso de la historia clínica de atención especializada. Valencia: Conselleria de Sanitati Consum. Generalitat Valenciana, 1994.
17. J. Renau, I. Pérez-Salinas Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón, Evaluación de la calidad de las historias clínicas, Papeles médicos año 2001, pág 32, véase en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>.
18. Guzmán F.; Arias C.A., Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24, LA HISTORIA CLÍNICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO, Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011, Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>

19. RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8), normas para el manejo de la Historia Clínica, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, ART. 1
20. Rodríguez Rodríguez JP, Sastre Barceló J, Pérez Cascales CI, Ibarra Sánchez JM. Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. *Todo Hosp* 1994;109:49- 53
21. Guzmán F.; Arias C.A., *Rev Colomb Cir.* 2012;27:15-24, LA HISTORIA CLÍNICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MÉDICO, Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011, Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
22. FERNANDO GUZMÁN M., LA HISTORIA CLINICA: ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL ACTO MEDICO, *Advocatus*, Edición especial N° 13: 177 - 191, 2009 Universidad Libre Seccional Barranquilla, pag 187,188,189,190.
<http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/revistas2/index.php/advocatus/article/view/33/31>
23. Berwick dm ``[elementos continuos en el cuidado de la salud]. Traducido del inglés n. *Engl j med* 1989 320 (1):t3 – 56.
24. *Rev Cubana Invest Bioméd* v.28 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001
25. Dueñas Herrera. A. Hipertensión arterial: su control en el nivel de salud. *Rev.Cubana Med. Gen. Intgr* 2000; 8 (3): 195 201.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009
26. Manual educativo prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y promoción de hábitos de vida saludable OPS 2007 Pag. 37 -43.
27. ZELAYA Gloria Ángela, ORDÓÑEZ Mercedes B. Factores de riesgos asociados a hipertensión arterial en pacientes que asisten al servicio de

consulta externa del Hospital del Sur. Abril a septiembre del 2008, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas Postgrado en Epidemiología y Salud, pág. 20-23

- 28.OMS/FAO Informe de una consulta mixta de expertos. Pág 105-108 Ginebra 2003.
- 29.Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores, 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, Traducción textual: Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial, European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia, pag 9,10,11. Vease en <http://www.bago.com.ar/vademecum/wp-content/uploads/2014/06/04-historia-clinica-en-pacientes-con-ha.pdf>
- 30.ARIZA A.M.; J.J. CASTAÑO; D.M. GARCÍA; J.F. GIRALDO; J.D. HOYOS, N.M. LEZAMA; J.A. MENDOZA; T. MURILLO; L. F. OSORIO; R.M. PEDROZO, EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO A INDICADORES DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL, CLINICA ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007, Universidad de Manizales, facultad de Medicina.http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones.Medicina.http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_9-1/7_evaluacion_historia_clinica_HTA.pdf
- 31.GOMEZ GUTIERREZ R.A.; M. GONZALEZ LEON, EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN LA UBA COMEVA-CABECERA, propuesta proyecto para optar el título de especialista en auditoria en salud instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga, facultad de medicina postgrado en auditoria en salud Bucaramanga – SANTANDER 2008. http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion_calidad_historias_clinicas_.pdf

32. AYALA MORENO S.E.; A.M.PEREZ; Z.B.PINEDA; A. RUEDA, EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICIA NACIONAL. Propuesta proyecto para optar el título de especialista en auditoria en salud instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga, facultad de medicina, postgrado en auditoria en salud Bucaramanga – Santander 2007. http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf
33. Ministerio de protección social Colombia, Decreto 1011/2006, Bogotá Colombia, Véase en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
34. www.previmedisalud.com.co
35. OMS/ OPS Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud, segunda edición, Washington, año 1994, Pág 89.
36. CORTES Manuel, IGLESIAS Mirian, Metodología de la investigación, Universidad autónoma del Carmen, México, 2004, Pág. 20- 22.
37. SAMPIERI Roberto, COLLADO Carlos, LUCIO Pilar, Metodología de la investigación, Cuarta Edición Mc Graw - Hill, Interamericana, año 2006, Pág 50, 55.
38. CORTES Manuel, IGLESIAS Mirian, Metodología de la investigación, Universidad autónoma del Carmen, México, 2004, Pág. 98.