

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS CONSULTORIOS DE PEQUEÑOS ANIMALES ATENDIDOS POR MÉDICOS VETERINARIOS VINCULADOS A VEPA CAPITULO NARIÑO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 15 Y 30 DE NOVIEMBRE DE 2006 Y SU UTILIDAD COMO INSTRUMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANIMAL.

**JUAN MANUEL ASTAIZA MARTÍNEZ
CARMENZA JANNETH BENAVIDES MELO
JENNY ALEXANDRA ROMERO ARTURO.**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS PECUARIAS (FACIPEC)
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA DE PEQUEÑOS ANIMALES
SAN JUAN DE PASTO
2007**

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS CONSULTORIOS DE PEQUEÑOS ANIMALES ATENDIDOS POR MÉDICOS VETERINARIOS VINCULADOS A VEPA CAPITULO NARIÑO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 15 Y 30 DE NOVIEMBRE DE 2006 Y SU UTILIDAD COMO INSTRUMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANIMAL.

**JUAN MANUEL ASTAIZA MARTÍNEZ
CARMENZA JANNETH BENAVIDES MELO
JENNY ALEXANDRA ROMERO ARTURO.**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en medicina interna de pequeños animales**

**Presidente:
William Alberto Cañón Franco
Médico Veterinario Zootecnista M.Sc.**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS PECUARIAS (FACIPEC)
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA DE PEQUEÑOS ANIMALES
SAN JUAN DE PASTO
2007**

“las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son de responsabilidad exclusiva de los autores”

Artículo 1ro. Del acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966, emanado del honorable consejo directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

HECTOR FABIO VALENCIA RIOS
Jurado Delegado

CARLOS SOLARTE PORTILLA
Jurado

WILLIAM ALBERTO CAÑÓN FRANCO
Presidente

San Juan de Pasto, 7 de marzo de 2007.

Dedicatoria a:

MIS PADRES, por su apoyo incondicional.
MI ESPOSO Andrés, por su amor y comprensión.
MIS COLEGAS Y AMIGOS.

CARMENZA JANNETH BENAVIDES MELO

Dedicatoria a:

Martha en exclusiva

Los demás en la próxima oportunidad

JUAN MANUEL ASTAIZA MARTINEZ

Dedicatoria a:

DIOS
MIS PADRES, Diego Romero+ y Ritha Arturo
MI HIJA, Sara Sofía por la paciencia y apoyo
MIS HERMANOS, Efraín y Yaddy
MIS MAESTROS
MIS FAMILIARES Y AMIGOS

JENNY ALEXANDRA ROMERO ARTURO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

WILLIAM ALBERTO CAÑÓN FRANCO Médico Veterinario Zootecnista M.Sc.

LUIS ALFONSO SOLARTE PORTILLA Secretario de la Facultad de
Ciencias Pecuarias.

HECTOR FABIO VALENCIA RIOS Medico Veterinario Zootecnista Esp.

CARLOS SOLARTE PORTILLA Zootecnista, M.Sc. Dr.Sc.

Todos los colegas VEPA por la colaboración prestada y apoyo en la ejecución del proyecto.

Universidad de Nariño por tenernos en cuenta dentro de su plan de capacitación de docentes y empleados.

Todas las personas que con su voluntad nos apoyaron para culminar satisfactoriamente nuestra especialización.

Nuestros profesores y compañeros.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	15
INTRODUCCIÓN	17
1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO TEÓRICO	21
4.1 GENERALIDADES	21
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLINICA	24
4.3 FUNCION DE LA HISTORIA CLINICA	26
4.4 ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA	27
4.5 PARTES DE LA HISTORIA CLINICA	28
4.6 FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA CLINICA	30
4.7 IMPORTANCIA Y REPERCUSSION DE LA HISTORIA CLINICA	31
4.8 SOPORTE FISICO DE LA HISTORIA CLINICA	33
4.9 TIPOS DE LA HISTORIA CLINICA	33
4.10 EXPEDIENTE CLINICO ORIENTADO AL PROBLEMA (ECOP)	37
5. METODOLOGÍA	50
5.1 LOCALIZACIÓN	50
5.2 POBLACIÓN OBJETO Y MUESTRA	50
5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
6. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
6.1 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA RESEÑA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	65
6.2 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS ORGANICOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	71
6.3 CALIDAD DE LA INFORMACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LAS HISTORIAS CLINICAS	77
6.4 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA INTERPRETACION DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	78
6.5 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS, DIFERENCIALES Y PRONOSTICOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	78
6.6 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	79
6.7 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LAS HOJAS DE SEGUIMIENTO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	80

6.8 EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DEL MEDICO VETERINARIO SOBRE LAS IMPLICACIONES LEGALES Y JURIDICAS DE LA HISTORIA CLINICA	81
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
7.1 CONCLUSIONES	82
7.2 RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	86

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Reseña I y II	66
Figura 2. Datos del paciente	67
Figura 3. Características especiales	68
Figura 4. Datos del propietario	68
Figura 5. Reseña V y VI	69
Figura 6. Reseña VII y VIII	70
Figura 7. Constantes fisiológicas	71
Figura 8. Sistemas orgánicos (Piel y anexos)	72
Figura 9. Sistemas orgánicos (Músculo esquelético)	72
Figura 10. Sistemas orgánicos (Nervioso)	73
Figura 11. Sistemas orgánicos (Genital y urinario)	74
Figura 12. Sistemas orgánicos (Respiratorio)	74
Figura 13. Sistemas orgánicos (Cardiovascular)	75
Figura 14. Sistemas orgánicos (Digestivo)	76
Figura 15. Sistemas orgánicos (Órganos de los sentidos)	76
Figura 16. Ayudas diagnosticas I	77
Figura 17. Ayudas diagnosticas II	78
Figura 18. Diagnostico y pronostico	79
Figura 19. Tratamiento	80
Figura 20. Hoja de seguimiento	80
Figura 21. Encuesta	82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Evaluación de la calidad de la información de la reseña en las historias clínicas	87
Anexo B. Evaluación de la calidad de la información de los sistemas orgánicos en las historias clínicas	89
Anexo C. Evaluación de la calidad de la información de ayudas diagnosticas en las historias clínicas	91
Anexo D. Evaluación de la calidad de la información de la interpretación de las ayudas diagnosticas en las historias clínicas	92
Anexo E. Evaluación de la calidad de la información de los diagnósticos presuntivos, diferenciales y pronósticos en las historias clínicas	92
Anexo F. Evaluación de la calidad de la información de los tratamientos en las historias clínicas	93
Anexo G. Evaluación de la calidad de la información de las hojas de seguimiento en las historias clínicas	93
Anexo H. Evaluación del conocimiento del médico veterinario sobre las implicaciones legales y jurídicas de la historia clínica	94

GLOSARIO

ANAMNESIS: es un dispositivo útil para conocer y entender al paciente, pero su objetivo principal es evaluar las pruebas que puedan conducir a un diagnóstico correcto y contribuir a encaminar el tratamiento.

COMVEZCOL: Consejo Profesional de Medicina Veterinaria y de Zootecnia de Colombia

CONDUCTA DOLOSA: cuando se atenta consciente y voluntariamente contra el cuerpo o la salud del animal, o se cause un daño intencional al proyecto sometido a su cuidado, pudiéndose configurar un delito entendido como la forma de comportarse del hombre consciente de causar un daño o perjuicio.

CONTRATO: acuerdo de los derechos y obligaciones que surgen para las partes, podemos señalar que la obligación esencial del profesional esta constituida por la prestación de servicio de calidad en forma oportuna, ya sea una operación o un tratamiento o desarrollo de un proyecto y la obligación especial del usuario será la de cancelar los honorarios.

ECOP: Expediente Clínico Orientado hacia Problemas.

HISTORIA CLINICA: conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente.

IMPERICIA: no tener los conocimientos ni la experiencia que el caso requiere para su atención.

IMPRUDENCIA: falta de valoración para la toma de una decisión actitud injustificadamente apresurada.

NEGLIGENCIA: no aplicación de las técnicas y los procedimientos terapéuticos, así como su aplicación en los procesos de producción, cuando estos son conocidos por el profesional y a pesar de ellos no los utiliza en su accionar, agravando la salud del animal o el daño en la población.

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en los consultorios veterinarios de la ciudad de San Juan de Pasto, atendidos por profesionales vinculados a la Asociación de Médicos Veterinarios Especialistas en Pequeños Animales VEPA capítulo Nariño, se procesaron 91 registros de 9 establecimientos, en el periodo comprendido entre noviembre 15 y 30 de 2006, por ser este trabajo de carácter retrospectivo, la elección de la fecha se hizo de manera arbitraria para evitar sesgo o evitar que las historias fueran complementadas o modificadas; se analizó la información consignada en las historias clínicas y se determinó que la manera como estas se diligencian no proporciona información suficiente para poder organizarla como una base de datos de la cual se pueda extraer información para realizar estudios epidemiológicos, estudios de casos clínicos o estudios retrospectivos, entre otros.

De acuerdo con lo dispuesto en ley 576 de 2000, título III, capítulo 1, artículo 61, se concluye que las historias clínicas, como documento legal, no cumplen con la normatividad establecida y no respaldan los criterios y práctica médico veterinaria.

Por lo anterior se recomienda la utilización del formato base de análisis del presente trabajo como historia clínica unificada para los médicos veterinarios, ya que permite recolectar de forma detallada y ordenada la información correspondiente al paciente y propietario y permite hacer un seguimiento basado en el Expediente Clínico Orientado hacia Problemas (ECOP).

ABSTRACT

This project took place in the veterinary surgeon's offices in Pasto, as part of the VEPA (Asociación de Médicos Veterinarios Especialistas en Pequeños Animales Capítulo Nariño) Small Animals Veterinary Surgeons Association Chapter of Nariño. Between November 15th and November 30th, 91 files out of 9 vet clinics were processed. The date was chosen randomly in order to avoid some kind of slanting and modifications. The way the files are written down don't provide enough information to study epidemiological studies, retrospective and clinic cases, among others was one of the most important conclusions found.

According to the 576 regulation, title III, chapter 1, article 61, clinical histories, as legal documents do not fulfill the current regulations and they do not endorse the criteria and the veterinary practice.

The format that is describe in the following project is highly recommended as a clinical history file for the veterinary surgeons because it allows to gather detailed and methodical information about the animal s and its owners in order to set a follow up according with the clinical history file towards problems process.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el principal documento clínico y legal que acompaña al médico veterinario en la evaluación de su paciente. En ella se debe encontrar la mayor información del paciente y de los propietarios, debe ser clara y precisa con el fin de que cualquier profesional que tome el caso conozca realmente el problema de la mascota. En ella se deben encontrar datos subjetivos dados por el propietario y datos objetivos encontrados durante la valoración física del paciente, ayudas diagnósticas, procedimientos realizados durante la evaluación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, procedimiento y seguimiento del caso, dicha información debe ser registrada en forma completa sin omitir detalles.

La historia clínica igualmente es un registro de datos que puede ser utilizada para actividades como docencia, investigaciones y análisis epidemiológicos, sin dejar a un lado que en ella se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

Una información incompleta o falsa puede llevar a diagnósticos erróneos, lo que perjudica la estabilidad del paciente y la ética y honra del profesional, la omisión de hallazgos durante el examen físico puede llevar a confusiones en el seguimiento del paciente, razón por la cual los médicos veterinarios deben diligenciar de forma completa y clara.

Los médicos veterinarios del capítulo VEPA Nariño, no tienen un formato de historia clínica unificado, ni registran de manera completa los formatos actuales, por lo tanto se recomienda seguir el formato propuesto en el presente trabajo y se espera que este trabajo siendo pionero en su género sirva como base de otros estudios.

1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en atención primaria. La historia clínica es el documento principal de un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

El principal documento que se debe confeccionar es la historia clínica que consiste en el registro obligatorio de las condiciones de salud del animal, objeto de atención o en otros casos, registros que se definen como la relación de comportamientos de salud y producción de una población animal objeto de atención, esta información es, privada sometida a reserva y solo puede ser conocida por terceros previa autorización de los propietarios del animal y en los casos previstos por la ley.

En la ciudad de San Juan de Pasto los Médicos Veterinarios que trabajan en pequeños animales deben llevar registros de la forma como atienden los pacientes y como evolucionan, pero no se conoce si esta base de datos se lleva de forma correcta o incorrecta de acuerdo con la legislación vigente y si puede servir para otro tipo de estudios.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Los Médicos Veterinarios de los consultorios de pequeños animales vinculados a VEPA capitulo Nariño en la Ciudad de San Juan de Pasto llevan historias clínicas que puedan servir como base de datos y cumplen la normatividad vigente?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la información de las historias clínicas de los Médicos Veterinarios miembros VEPA capítulo Nariño de la ciudad de San Juan de Pasto.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la información consignada en las historias clínicas de acuerdo con sistemas evaluados, métodos diagnósticos utilizados, tratamientos instaurados y valoración del paciente en cuanto a control y seguimiento de los procedimientos.

- Evaluar el conocimiento que el Médico Veterinario tiene acerca de las implicaciones legales y jurídicas de la historia clínica.

- Proponer a los Médicos Veterinarios de la ciudad de Pasto el formato de historia clínica planteado para que la adopten como base de información.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 GENERALIDADES

Ojeda¹, reporta que la historia clínica en la pericia médica, es el documento médico más importante relacionado con el paciente. Ya desde épocas históricas, el Egipto de los faraones -1600 años A.C.- existe indicio escrito que puede interpretarse como Historia Clínica. Como tal registro se inicia en la época Hipocrática -460 A.C.- y con posterioridad Galeno fundamenta su enseñanza en las anotaciones recogidas en las Historias. A través de los siglos, ésta se enriquece apoyándose en los signos y con posterioridad en el relato del enfermo –anamnesis.

El mismo autor considera que la historia clínica es un elemento fundamental para el control y gestión de los servicios en los centros veterinarios. A partir de ellas se pueden realizar estudios sobre determinadas patologías, para la docencia, investigación y publicaciones científicas. Mediante su estudio se puede conocer la incidencia y prevalencia de las enfermedades en una determinada población, así como la eficacia de un determinado tratamiento. La historia clínica no se limita a ser simplemente una narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentos, informaciones y procedimientos. Es el método de diagnóstico más barato y simple, ya que sólo requiere tiempo y conocimiento por parte del médico. En este documento queda registrado el cumplimiento de las obligaciones del médico veterinario y del personal auxiliar respecto del paciente, y se refleja también toda la práctica médico-veterinaria. Recoge los datos ordenados en forma completa y precisa para el plan diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico de la enfermedad y por lo tanto, es también una prueba documental con la que se puede evaluar el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales. Con la historia clínica es posible demostrar la experiencia, habilidad, el cuidado y la cautela o moderación del médico veterinario. Es un documento medico-legal donde queda registrada la relación del médico veterinario con la mascota y su propietario, los datos relativos a su salud y todos los procedimientos y actividades médico-sanitarias. Nos sirve para buscar información y aprovecharla en la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de un paciente o de un conjunto de la población.

¹ OJEDA, Alfredo. La historia clínica en la pericia medica. [en línea] versión HTML, Gran Canaria- España: Centro de Traumatología Teldense, s.f. [fecha de consulta: 16 de diciembre de 2006] Disponible en Internet: <http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA7.htm>; diciembre

Ojeda², afirma que la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, puede considerarse como un acta de los cuidados proporcionados al paciente y es la prueba material principal en todos los procesos de responsabilidad médica profesional. Permite valorar la conducta del médico veterinario y verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial. Se acepta en general que no puede exigirse al profesional un buen resultado del tratamiento médico, pero sí, los pasos y criterios aplicados para el tratamiento, que serán analizados y evaluados por el perito cuando solicite la historia clínica ante un eventual juicio de mala praxis. El incumplimiento o la no realización de la historia clínica tienen repercusiones por incumplimiento de la normativa legal, puede ocasionar defectos en la gestión de los servicios clínicos y riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente.

Continúa asegurando que la historia clínica debe cumplir con unos requisitos: debe ser un documento veraz y exacto. Al no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como falsedad documental. Los datos en ella contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos. Debe realizarse de forma simultánea con la asistencia prestada al paciente y contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente y todos los documentos necesarios, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, protocolos especiales, etc. Todo médico veterinario o personal auxiliar (estudiantes) que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, firma y número de matrícula profesional.

El mismo autor considera que en el contenido y diseño de la historia clínica debe registrarse: número de la historia clínica, fecha de atención y hora, nombre y apellidos del propietario, identificación del paciente, fecha de Nacimiento, motivo de la consulta, antecedentes, revisión del sistema, examen físico, diagnóstico, procedimiento a seguir, medicamentos, exámenes paraclínicos, firma y matrícula profesional, recomendaciones.

Riaño³, reporta que se debe exigir a todo el personal que al finalizar las notas en la historia clínica debe anotar su nombre y apellidos completos, matrícula profesional y cargo, todo en letra clara y legible. Informar al personal sobre los beneficios que se tienen al diligenciar y ordenar correctamente la historia clínica. Exponer al personal las principales consecuencias de la no aplicación de las normas de manejo de la historia clínica en la institución.

² OJEDA, Op.Cit., p.1.

³ RIAÑO, Carlos. La historia clínica [en línea] versión HTML, Bogota – Colombia: COMVEZCOL, s.f. [fecha de consulta: enero 20 de 2007] disponible en Internet: <http://www.comvezcol.org/noticias/detalle.php?StrNot=27>

Vidal y Peña⁴, afirman que la historia clínica es el documento que avala legalmente el trabajo del médico, ya que en ella se expresan los resultados obtenidos en la exploración clínica, contribuye al diagnóstico y sirve de apoyo para el planeamiento, ejecución y control de cada caso, de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en Atención Primaria.

Wikipedia⁵, reporta que la historia clínica es el documento principal de un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

Según Guzmán⁶ en la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.

Guzmán⁷, continúa afirmando que la historia clínica es el documento médico por excelencia. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor de la elaboración de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado. Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico legal, en un momento en que el ejercicio médico se ha tornado complicado, presionado y, en muchos aspectos, verdaderamente angustiante. La elaboración de una buena historia clínica es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico.

⁴ Vidal, Fernández, Forangel; Peña García, Iván. Software para historias clínicas veterinaria aplicada a la medicina natural tradicional y bioenergética. Revista electrónica de veterinaria REDVET®, ISSN1695-7504, Vol. VI, no. 12, Diciembre/2005, Veterinaria.org@-Veterinaria Organización S.L® España. Mensual. Disponible en <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n1212056.html>.

⁵ WIKIPEDIA. Historia clínica [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2007 [fecha de consulta: 18 de enero del 2007]. Disponible en Internet <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_cl%C3%ADnica&oldid=6528889>.

⁶ GUZMAN, Fernando. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico [en línea] versión HTML, Bogotá – Colombia: MEDSPAIN, 2000 [fecha de consulta: diciembre 16 de 2006] disponible en Internet: http://www.medspain.com/ant/n12_may00/historiacl.htm.

⁷ Ibid.,p.1.

El mismo autor asegura que algunos la definen más como un expediente clínico que como historia clínica, debido a que el documento no sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada. Este documento en algunos aspectos puede ser comparado con la libreta de notas del científico, pero a diferencia de éste, el tipo de anotaciones e información almacenada deben cumplir determinadas exigencias metodológicas en todos los casos. El científico experimental observa, anota y tabula utilizando un lenguaje fundamentalmente simbólico y a la hora del informe final es que convierte estos símbolos en lenguaje expresivo comprensible para todos. El médico también observa, anota y tabula, pero su lenguaje tiene que ser menos simbólico, debido a que a diferencia del científico físico, químico y biólogo su objeto de estudio es a la vez sujeto, por tanto, se deben reflejar las interacciones recíprocas que se establecen con cada enfermo; también el trabajo en equipos multi e interdisciplinarios de los tiempos actuales obliga a que la información obtenida de cada paciente sea igualmente comprensible para todos sus miembros, sobre todo para el personal no médico que lo compone.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

Según Ojeda⁸ la historia clínica es el documento que reúne las siguientes características:

Original: fruto del estudio o la investigación, documento de primera mano.

Fiable: digno de crédito, identifica fuentes y autores de la información.

Utilizable: fácil acceso al usuario, pero restringido y con posibilidad de difusión.

AnestCadiz⁹, afirma que la historia clínica nunca debe tener tachones o enmendaduras con lapicero o corrector porque se pueden presentar malentendidos con los abogados de la parte acusadora o del juez que esté llevando un determinado caso. Es indispensable recalcar que la historia clínica es un documento legal y que como tal merece un especial cuidado. Todo esto nos lleva a aclarar que la historia clínica no es facultativa sino obligatoria, con lo cual debe entenderse que su falta es inexcusable.

El mismo autor opina que su práctica es obligatoria: ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe 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. Por otro lado, en casos de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa. Es Irreemplazable: la escritura de la historia no puede ser reemplazada por la

⁸ OJEDA, Op.cit., p.1.

⁹ ANESTCADIZ, Op.cit., p.1.

memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser.

AnestCadiz¹⁰ considera que en estas se involucran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información. Confidencialidad es cuando existe un aspecto relevante y es el de la historia clínica como documento reservado, calidad que se le reconoce sin dudas en Colombia. La información que se presente al propietario del paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo, esta información es un derecho esencial del propietario para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino está vulnerando la libertad de decisión de propietario. La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

El mismo autor considera que la historia clínica debe ser objetiva y veraz, debe contener todos los datos relativos a la salud de un paciente y por lo tanto, no habrá historias separadas por especialidad. No necesariamente debe estar el animal enfermo para tener una historia clínica, pues en ella debe consignarse la atención tanto preventiva como curativa. Los datos que aparecen en la historia clínica deben expresarse de manera inequívoca, que no pueda dar lugar a dudas o diversidad de interpretaciones. Una historia clínica mal ordenada y difícilmente legible perjudica a todos, a los veterinarios, porque dificulta su labor y a las mascotas por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en ella. En todos los casos, la historia clínica deberá diligenciarse con claridad.

Anestcadiz¹¹, afirma que hay que tener en cuenta que la letra del profesional y sus colaboradores debe ser interpretada por terceros. Cuando haya cambio de médico veterinario, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante. Los textos consultados coinciden en que, en el momento de diligenciar la historia clínica, no se deben dejar espacios en blanco, utilizar abreviaturas no convencionales, tachar o enmendar, consignar contradicciones, registrar una información incompleta e incoherente y escribir con letra poco clara y legible, todo lo cual crea complicaciones a la hora de responder a cuestionamientos legales.

La historia clínica es un documento privado que debe recoger todo dato relevante para la atención del paciente, por ser el soporte documental de la asistencia sanitaria administrada. Se confecciona desde el momento en que el paciente realiza su primera consulta y continúa su evaluación a lo largo del tratamiento. En ella debe constar la

¹⁰ ANESTCADIZ, Op.cit.,p.1

¹¹ Ibid.,p.1.

identificación del paciente, así como de los profesionales y personal auxiliar que intervienen a lo largo del proceso asistencial. Aunque debe preservarse la confidencialidad, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose su acceso y disponibilidad en los casos legalmente contemplados. La historia clínica es un documento en el cual debe usarse la terminología científico-técnica apropiada. Bajo ningún aspecto la terminología debe ser ambigua.

4.3 FUNCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Anestcadiz¹² considera que la historia clínica sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que puede ser provisional en su primera etapa, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de las investigaciones de laboratorio clínico, radiográficas, endoscópicas o de otro tipo. De igual forma, la historia clínica se considera el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada paciente que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación, y rehabilitación de la salud del paciente.

Ojeda¹³, afirma que es un documento primario, original en su totalidad. Y tiene 4 fines establecidos:

1.-docente; 2.-investigador; 3.-científico; 4.-legal.

Además del valor como documento científico y de investigación, la evidencia está clara ya que se recogen datos de la enfermedad de un paciente cuya comparación con otros casos permite la obtención de conclusiones y experiencias científicas mediante un método de razonamiento adecuado.

Anestcadiz¹⁴, considera que en este documento queda registrado el cumplimiento de las obligaciones del médico veterinario y del personal auxiliar respecto del paciente, y se refleja también toda la práctica médico-veterinaria. Recoge los datos ordenados en forma completa y precisa para el plan diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico de la enfermedad y por lo tanto, es también una prueba documental con la que se puede evaluar el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales. Con la historia clínica es posible demostrar la experiencia, habilidad, el cuidado y la cautela o moderación del médico veterinario. Es

¹² ANESTCADIZ, Op.cit., p.1.

¹³ OJEDA, Op.cit., p.1.

¹⁴ ANESTCADIZ, Op.cit., p.1.

un documento medico-legal donde queda registrada la relación del médico veterinario con la mascota y su propietario, los datos relativos a su salud y todos los procedimientos y actividades médico-sanitarias. Nos sirve para buscar información y aprovecharla en la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de un paciente o de un conjunto de la población.

Ojeda¹⁵, reporta que bajo el punto de vista legal, permite, si está bien confeccionada, proteger los intereses del enfermo y del personal sanitario en otros casos. Es preciso tener presente que toda atención prestada debe quedar reflejada en la historia clínica; un enfermo puede ser atendido perfectamente, pero la ausencia de datos en su historial médico supone la inexistencia de dicha atención y la falta de protección legal para el personal sanitario.

AnestCadiz¹⁶, dice que una historia clínica correcta es una adecuada defensa en caso de acciones legales contra el profesional prestador del servicio. Es importante conocer las normas, las responsabilidades, las consecuencias y las implicaciones legales, éticas y morales del uso y diligenciamiento de la historia clínica, pues existe la obligación legal de efectuarla: Ley 576 de 2000 Artículo 61: La historia clínica es la consignación obligatoria por escrito de las condiciones de salud del animal objeto de atención. Esta información es privada, sometida a reserva y sólo puede ser conocida por terceros previa autorización de los propietarios del animal y en los casos previstos por la ley.

4.4 ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Guzmán¹⁷, afirma que en la elaboración de la historia clínica, la comunicación paciente-médico ocupa un lugar preferencial, por lo que el lenguaje médico debe cumplir como característica básica: ser preciso, conciso y simple; distinguiéndose del lenguaje literario a través del que se permite expresar emociones y opiniones subjetivas. La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello específico.

El mismo autor considera que la anamnesis se realiza mejor en privado, sin interrupciones y por el mismo médico. La anamnesis es un dispositivo útil para conocer y entender al paciente, pero su objetivo principal es evaluar las pruebas que puedan conducir a un diagnóstico correcto y contribuir a encaminar el tratamiento. La historia clínica no consiste en un ejercicio de preguntas y respuestas; por el contrario, es un instrumento que sólo puede aplicarse con efectividad gracias a la habilidad del

¹⁵ OJEDA, Op.cit., p.1.

¹⁶ ANESTCADIZ, Op.cit., p.1.

¹⁷ GUZMAN, Op.cit.,p.1.

médico. La simple formulación de todas las preguntas prescritas no proporcionará necesariamente claves útiles para desentrañar el problema del paciente. La anamnesis debe adquirir la forma de una investigación en la que una parte de la información conduce a otra. Aunque el proceso de la entrevista debe ser completo, no existe nada parecido a una historia completa. Cada historia clínica difiere de las demás, de acuerdo con la naturaleza del paciente y de la enfermedad que padece. La anamnesis continúa siendo la herramienta diagnóstica más poderosa porque el diagnóstico es todavía, en esencia, un proceso intelectual, un ejercicio de análisis clínico.

Guzmán¹⁸, considera que la asistencia técnica puede brindar una enorme ayuda pero no puede reemplazar la perspicacia y la capacidad de razonamiento médico. Para complementar de un modo efectivo sus herramientas diagnósticas, radiológicas y electrónicas, así como las técnicas endoscópicas y las de imagen, el médico debe saber cómo obtener y evaluar los datos acerca de los antecedentes del paciente.

4.5 PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

El mismo autor afirma que el lenguaje médico de historias clínicas, en general, está lleno de modismos y constituye una sucesión de frases hechas. En muchas ocasiones conviene evitar la terminología estrictamente médica y utilizar palabras más comprensibles para el propietario.

Según Ojeda¹⁹ considera que la información contenida en la historia clínica puede obtenerse por diferentes vías que son: anamnesis: corresponde a la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propietario o acudiente del paciente. La anamnesis es el primer paso del encuentro entre el médico, el propietario y el paciente, y diferencia, tal vez más que cualquier otro aspecto del proceso diagnóstico, al médico experimentado del más laborioso y menos perceptivo. La anamnesis se debe realizar de tal modo que el propietario o acudiente del paciente pueda responder a las preguntas de una forma franca y espontánea. Éste debe sentirse tranquilo y seguro de que ningún tema mencionado en presencia del médico será motivo de censura, ridículo, o traición. A lo largo del diálogo, el oído y la vista del médico deben estar atentos a las sutiles y fugaces claves que puedan iluminar el relato que el propietario hace de la enfermedad de su mascota, y de este modo, encaminar la investigación diagnóstica y las tácticas hacia un adecuado diagnóstico. Obtener la confianza del propietario del paciente no es una simple cuestión técnica. Depende de las aptitudes personales del médico, de su interés y confianza en las personas, y de su capacidad de alentar o brindar apoyo incluso ante la intransigencia o la hostilidad del paciente. Frecuentemente, el éxito o el fracaso en la comunicación dependen, en gran

¹⁸ GUZMAN, Op.cit.,p.1.

¹⁹ Ibid.,p.1.

medida, de la primera impresión que el propietario tiene del médico. Muchas veces, hemos escuchado a los propietarios decir de un médico "es un hombre tan ocupado que no quise importunarlo con mis problemas" o "él no tenía tiempo para hablar conmigo". El médico que, aún sin proponérselo, ha dado semejante impresión al propietario del paciente, ha quedado en desventaja y tal vez se haya privado de obtener datos diagnósticos importantes.

Ojeda²⁰ considera que en el historial clínico el médico evaluador debe insistir:

1- Con los antecedentes patológicos del paciente, enfermedades, intervenciones, accidente de cualquier origen que haya podido padecer el paciente.

2- Precisar al máximo como fue el accidente, la agresión etc; trauma directo o indirecto; recopilar todos los detalles posibles en caso de accidente de tráfico ej; como quedó el vehículo, carrocería, asientos, etc.

3- Reacción inmediata del paciente.

4- Qué molestias se acentuaron o aparecen nuevas a las dos horas, de haber sufrido el accidente) ¿y a las 24 horas? Insistir cómo ha evolucionado su cuadro clínico. En este historial médico hay que precisar al máximo la valoración entre las lesiones y patologías que presentaba el paciente antes de la agresión, con los que presenta después del accidente sufrido.

Según afirma COMVEZCOL²¹, el médico evaluador tiene que tener espíritu de observación y captar durante la anamnesis cualquier detalle que le permite escoger e insistir en preguntas susceptibles para aclarar hechos confusos. A veces será necesario dejar hablar libremente al propietario del paciente. Se tiene que dedicar el tiempo necesario para realizar un historial médico, prestar atención a lo manifestado por el propietario y éste que capte que existe un interés humano relacionado con su caso, por su médico evaluador.

El mismo autor considera que los cinco componentes básicos de la historia clínica: pruebas o exámenes complementarios, juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad, tratamiento instaurado, se construyen con datos subjetivos proporcionados por el propietario o acudiente del paciente, datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias, resultados diagnósticos obtenidos de las pruebas o test aplicados y de un pronóstico y tratamiento acordes y basados en la experiencia clínica del experto. Exploración física o clínica.

²⁰ OJEDA, Op.cit., p.1.

²¹ CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA DE COLOMBIA: Manual de responsabilidad para médicos veterinarios, médicos veterinarios zootecnistas y zootecnistas. Bogotá, 2000. p. 11.

Ojeda²², reporta que la historia clínica debe contar con un formato bien sea escrito o sistematizado, que contenga como elementos mínimos los siguientes:

Registro: corresponde a un sistema de identificación que facilite el archivo y la recuperación rápida, puede utilizarse la numeración o el orden alfabético entre otros.

Profesional a cargo del caso: Todo paciente debe ser atendido por un medico veterinario o medico veterinario zootecnista graduado con tarjeta profesional, quien será responsable del caso y asumirá la parte legal del paciente.

Reseña del paciente: son todos aquellos datos que permiten diferenciar un individuo de otro, entre ellos tenemos datos correspondientes al paciente y datos correspondientes al propietario.

4.6 FUNDAMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Según Guzmán²³, La base científica y humana: si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicación ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos y los expresa con cuidado para evitar errores. La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como validas.

El mismo autor considera que de el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de ella se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo investigativo. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo (sus afirmaciones pueden ser reformadas); es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

Guzmán²⁴ afirma que la tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos. Es el juego de procesos, herramientas, métodos, procedimientos y equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología determina el

²² OJEDA, Op.cit., p.1.

²³ GUZMAN, Op.cit., p.1.

²⁴ Ibid.,p.1..

curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de tecnología, sino administradores de tecnología, tomando decisiones inteligentes que evalúen el impacto de la tecnología sobre los seres humanos y el medio ambiente. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que imprime carácter a su trabajo. Concordancia con la Lex Artis: la locución latina Lex Artis, literalmente 'ley del arte' o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente. Claridad: es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre anotado en las páginas de la historia y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente. Legibilidad: uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o ínter consulta, sino para quien juzga la actividad médica (Auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.) La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello. Integridad y estructuración interna: no puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes.

4.7 IMPORTANCIA Y REPERCUSIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Guzmán²⁵, Intenta encuadrar el problema del paciente: de acuerdo con los conocimientos presentes, el problema del paciente se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de involucrar 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. Orienta la terapéutica: quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico. 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 investigativo: la investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Y con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación

²⁵ GUZMAN, Op.cit., p.1.

únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

Según Guzmán²⁶, considera en el campo terapéutico, el médico se debe atener a los dispuestos 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 a las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médicas.

El mismo autor considera que la historia clínica adquiere carácter docente: hoy en día el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales, se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, que “pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho”.

Guzmán²⁷ afirma que la estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración, y el amor al trabajo hospitalario. En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual.

El autor igualmente cree que es un importante elemento administrativo: por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

²⁶ GUZMAN, Op.cit.,p.1.

²⁷ Ibid., p.1.

Guzman²⁸, asegura que tiene implicaciones medicolegales: por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos.

A- Capacidad de los sujetos

Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión.

B- Consentimiento

Basado en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto. Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o mas cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

C- Objeto lícito

Esto quiere decir, ajustado a la ley.

D- Causa lícita

O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres.

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

4.8 SOPORTE FÍSICO DE LA HISTORIA CLÍNICA

En Wikipedia²⁹ se reporta que la historia clínica incluye documentos de distinto soporte como son:

Papel escrito: Tradicionalmente la historia clínica ha estado formada en mayor parte por papel escrito, sobre todo manuscrito. La historia clínica en papel tiene diversos inconvenientes como la legibilidad de la caligrafía, del volumen de espacio que ocupa, de su deterioro con el paso del tiempo y su destrucción programada, para recuperar espacio en los archivos de los centros de salud. Pueden hacer parte de ella los videos, las fotografías y los estudios radiológicos.

Soporte informático: En los nuevos hospitales y centros de salud las historias clínicas están informatizadas, mediante complejos programas informáticos que unifican la historia clínica.

4.9 TIPOS DE HISTORIA CLÍNICA

Barreto³⁰, afirma que hoy en día podemos identificar 2 tipos de historias clínicas:

²⁸ GUZMAN, Op.cit.,p.1.

²⁹ WIKIPEDIA. Op.cit., p.1.

³⁰ BARRETO. Op.cit., p.1.

➤ Estructurada según las fuentes de información: también conocida como historia clínica tradicional o de viejo estilo. En este tipo de expediente los datos se registran en secuencia cronológica. Sus secciones se titulan según el personal fuente de los datos como sigue: notas médicas, notas de enfermería, historia psicosocial, reporte de exámenes complementarios y notas administrativas. En este formato se refieren los datos y problemas del enfermo de índole diversa, como anotaciones en orden cronológico de muchas personas del equipo de salud que deben ser sintetizadas por el médico de asistencia, quien a su vez hará una evaluación integral de las dificultades encontradas y planificará, coordinará y preparará las decisiones y eventos que serán recogidos como notas de evolución.

Datos administrativos.
Anamnesis.
Datos de identidad.
Motivo de consulta/ingreso.
Historia de la enfermedad actual.
Antecedentes patológicos personales y familiares.
Hábitos tóxicos y datos ambientales.
Historia psicosocial.
Interrogatorio por sistemas y síntomas generales.
Examen físico.
General.
Regional.
Por sistemas.
Historia psicosocial.
Nacimiento y desarrollo psicomotor.
Datos sobre edades preescolar y escolar.
Historia educacional.
Historia psicosexual y matrimonial.
Adaptabilidad social.
Actividades generales e intereses.
Historia médica psicopatológica anterior.
Historia socioeconómica.
Discusión diagnóstica.
Control de laboratorio.
Evolución.
Hoja de especialidades.
Indicaciones médicas.
Observaciones de enfermería.
Hoja de egreso.

Barreto³¹ comenta que este tipo de historia clínica se critica entre otras cuestiones por lo siguiente: no relaciona con claridad los problemas individuales con los planes

³¹ BARRETO. Op.cit., p.1.

apropiados para darles solución, la lógica de las acciones del equipo de salud no se manifiesta de manera continua, b anterior podría traer como consecuencia que la retroalimentación que debe existir entre las ciencias básicas y la medicina dínica se rompa, de modo que los principios teóricos y la práctica médica deambulen separadamente.

➤ Estructurada por problemas de salud: denominada de nuevo estilo; como característica distintiva está estructurada por problemas de salud conservando la secuencia cronológica y los datos están organizados dentro de problemas diversos, identificados por las diferentes fuentes. Las notas de evolución estarán incluidas dentro de cada problema identificado y se confeccionan siguiendo la cronología ya especificada.

Lawrence L. Weed, citado por Barreto³², afirma que el médico debía organizar sus historias de forma que quede constancia permanente de la información básica obtenida en todos los enfermos. En éstos quedan identificados problemas de salud que reciben un título, código y número, y a cada uno de ellos se le realizan planes de tipo diagnóstico, terapéutico y de educación al paciente.

En el expediente clínico estructurado por problemas de salud, los componentes son:

- Datos administrativos.
- Información básica.
- Listado inicial de problemas. Lista maestra.
- Discusión diagnóstica/patoflujograma.
- Planes iniciales.
- Notas de evolución y consultación.
- Indicaciones médicas.
- Anotaciones de enfermería.
- Resumen al egreso.
- INFORMACIÓN BÁSICA (BASE DE DATOS)**
- Motivo de ingreso o consulta.
- Anamnesis reciente. Historia de las enfermedades actuales.
- Anamnesis remota. Antecedentes patológicos personales y familiares.
- Perfil del paciente.
- Interrogatorio por sistemas y aparatos.
- Examen físico.

Igualmente el autor considera que a este expediente se le reconocen las siguientes ventajas:

- Es congruente con el método clínico y su lógica.
- Facilita el acceso a la información del expediente.
- Puede ser comprendido por el enfermo y el personal médico.
- Facilita la comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Facilita el empleo de las técnicas de control de la calidad.
- Facilita la aplicación de las técnicas de computarización.

³² BARRETO. Op.cit., p.1.

Al igual que a la historia clínica tradicional se le han dirigido las siguientes críticas:

Barreto³³, considera que en ambos formatos existe una "orientación" hacia la solución de problemas y que las diferencias esenciales radican en cómo se estructuran y disponen los datos básicos. Más adelante nos referiremos a las facilidades en aplicar las técnicas de control de la calidad. Aún en nuestros días, constituye un desafío la creación de un expediente clínico que se ajuste a las concepciones más actualizadas del trabajo médico y que obligatoriamente debe reflejar la esencia del complejo integral salud-enfermedad-entorno, en estrecha relación e interacción con las no menos compleja dimensión biopsicosocial del ser humano. Hasta ahora, esos intentos no han cumplido todas las expectativas.

El mismo autor plantea que la historia clínica en sí no determina la calidad de la atención médica. No compartimos este criterio en su totalidad, pues la experiencia ha demostrado que mediante el documento es posible seguir paso a paso la conducta del médico, y si bien es cierto que puede existir la situación de que una buena atención no esté recogida ni reflejada en el expediente, lo habitual es que mediante el análisis crítico de éste se puedan determinar fallas en la atención general del paciente. La historia clínica como documento del médico, que ejerce la doble función de profesional y científico de la ciencia clínica, debe ser expresión fiel de las concepciones ya expuestas. El formato del expediente clínico que se adopte debe recoger el legado de la experiencia internacional junto a la nacional, pues durante decenios, se han formado varias generaciones de profesionales médicos en los procedimientos para realizar la historia clínica y esto debe tenerse en cuenta siempre.

Barreto³⁴, sugiere que para evitar contradicciones estériles, es necesario definir, precisar y conciliar las diferencias de objetivos que existen entre la confección de la historia clínica y la educación del estudiante: por un lado, enseñarle cómo hacerla adecuadamente, y por el otro, el del médico práctico, que debe recoger la información básica esencial para llegar a un diagnóstico total global e integral, establecer la terapéutica y pronóstico de la situación clínica de sus pacientes y brindar distintos niveles de solución. En las condiciones de la práctica médica presente, resulta casi imposible la obtención de una base de datos completa debido a que el número de preguntas, técnicas y maniobras serían agotadoras y muchas innecesarias para un caso particular. Por consiguiente, se hace indispensable llegar a un compromiso práctico y definir tanto al nivel nacional como en los diferentes estratos académicos y hospitalarios, la cantidad y calidad de la información básica a obtener en cada paciente adulto y pediátrico. En cuanto al control de calidad de las historias clínicas, durante largo tiempo ha prevalecido el criterio de que una historia clínica "completa" es sinónimo de buena atención médica, pero si recordamos los diferentes valores del expediente clínico, podemos percatarnos de que el asunto rebasa la aparente sencillez

³³ BARRETO. Op.cit., p.1.

³⁴ Ibid., p.1.

y entonces la evaluación integral del documento casi constituye una especialidad, donde deben conjugarse con sabiduría los criterios científicos, docentes, investigativo, administrativo, legal, ético e inclusive económico.

Barreto³⁵ Los intentos actuales de una evaluación cuantitativa y cualitativa de las historias clínicas obedecen más a requerimientos administrativos que de otra índole y evalúan la labor del médico y su equipo de trabajo de forma incompleta con ausencia de aspectos importantes como la eficacia y presencia o no de sentido analítico. La verdadera auditoria debe realizarse diariamente al pie de la cama del enfermo. Otro criterio que debe prevalecer es que la auditoria médica no es para reprimir o castigar a los médicos, sino que constituye un elemento educativo insustituible en manos hábiles y en momentos en que la sobrecarga de trabajo del médico limita sobremanera sus posibilidades de superación. Hasta el momento, nos hemos referido a los problemas prácticos de la teoría de la historia o expediente clínico como documento, a continuación expondremos brevemente lo que consideramos como problemas teóricos de la práctica en la confección de la historia clínica: deficiente utilización del lenguaje médico con su terminología y errores gramaticales graves:

“Empleo de formas puramente descriptivas con ausencia total y reiterada de pensamiento médico y juicio clínico. Presencia de información no válida abundante. La concepción del expediente clínico como un elemento estático. Ausencia total del carácter explícito de las decisiones médicas.”.

El mismo autor considera que aunque se trata de una situación cuya solución no forma parte del objetivo central de este coloquio, considero que no podemos llegar al Tercer Milenio arrastrando esta pesada cadena, por lo que se impone la búsqueda rápida, pero mesurada de una salida que al menos alivie esta problemática en nuestro medio.

4.10 EXPEDIENTE CLINICO ORIENTADO HACIA EL PROBLEMA (ECOP)

Según Barreto, un expediente clínico incompleto, impreciso y desordenado es un documento inútil que puede causar confusión, pérdida de tiempo y de recursos; además impide el seguimiento del cuadro clínico del paciente y, como documento de apoyo para la investigación, no permite comprobar los resultados de un tratamiento o la eficacia de un método de diagnóstico.

En la práctica diaria el médico trata con gran variedad de problemas. Esta multiplicidad de problemas es la principal característica diferencial entre sus actividades y las de otros científicos. El doctor Leed ha opinado desde hace mucho tiempo, que la instrucción clínica de los médicos debe basarse en un sistema que los ayude a definir y seguir los problemas de los pacientes uno por uno, mientras los relata y resuelve en forma sistemática. Para tal propósito, sugiere específicamente como núcleo de este enfoque ordenado el expediente clínico orientado hacia problemas (ECOP) ”.

³⁵ BARRETO. Op.cit., p.1.

Este plan no se aleja radicalmente de la tradición, sino que es un modelo para clasificar y organizar en forma racional y secuencial las observaciones iniciales y continuas que son necesarias para el estudio del paciente. Este plan tiene gran interés por su eficacia real como método de aprendizaje para el estudiante y la queja de que el sistema añade demasiados detalles molestos, es más aparente que real; de hecho permite acumular con rapidez los datos clínicos, con lo cual se logra un importante ahorro de tiempo y una mayor eficacia en la atención a los pacientes.

El ECOP fue desarrollado por el doctor en medicina humana Lawrence L. Leed a principio de los años sesenta para apoyar la enseñanza clínica hospitalaria de los médicos cirujanos. Pocos años después, este sistema de ordenamiento de datos fue adaptado a la medicina veterinaria con los mismos fines y, actualmente, se utiliza en muchas instituciones de enseñanza alrededor del mundo.

La metodología descrita en el ECOP no sólo se ha aplicado a las ciencias médicas, sino también a otras profesiones por ejemplo en la ingeniería, donde se le conoce como sistema de análisis

PARTES FUNDAMENTALES DEL ECOP

Padilla, afirma que el ECOP se compone de cuatro partes fundamentales que giran alrededor de la identificación de los problemas que presenta el paciente:

PARTES DEL SISTEMA	ACCIONES MEDICAS
1. Datos básicos	Recopilar información
2. Lista de problemas	Decidir que esta mal
3. Plan inicial	Encontrar que hacer
4. Notas de progreso	Dar seguimiento a cada decisión tomada

A continuación se describe en que consiste cada una de las partes que conforman este sistema, para después poner un ejemplo de su uso.

DATOS BASICOS

(Base de datos)

NOTAS DE PROGRESO

(Para cada progreso)

LISTA DE PROBLEMAS

(Identificación de problemas)

PLAN INICIAL

(Planes para cada problema)

Diagnostico

P. Dx

Terapéuticos

P. Rx

Datos Básicos: Los datos básicos incluyen la información obtenida en el historial clínico, en el examen físico y en algunos exámenes de laboratorio como la biometría hemática o hemograma, el examen general de orina y el examen coproparasitológico entre otros.

La historia clínica debe proporcionar datos relativos a la reseña del paciente (raza, sexo, edad y si se encuentra castrado u ovariectomizada). Además, es necesario contar con los datos relativos al lugar donde vive, el tipo de actividad zootécnica que desarrolla, la dieta que habitualmente consume y si convive con perros, gatos u otros animales.

Dentro del historial clínico se encuentra englobada la historia médica, que contiene datos sobre programas preventivos de salud (vacunaciones, desparasitaciones, profilaxis dental, etc.), enfermedades previas, tratamientos y enfermedades familiares.

El examen físico también proporciona información para la base de datos, por lo cual se recomienda la lectura cuidadosa del capítulo referente a este tema.

La información que complementa y que completa la base de datos es la que se obtiene con algunas pruebas de laboratorio y de gabinete que se han considerado básicas en el proceso diagnóstico, como la biometría hemática o hemograma el examen general de orina, el examen directo del excremento y el examen coproparasitológico.

Lista de problemas: Un problema se define como las actitudes o las anomalías que se generan en un individuo enfermo y que requieren de tratamiento o una evaluación diagnóstica. Un problema puede ser un signo, una anomalía en las pruebas de laboratorio y un diagnóstico en caso de que ya exista.

La lista de problemas (forma No.1) consiste en una relación numérica (se usan números arábigos) de cada problema que el paciente presente o que haya presentado, por ejemplo:

- tos frecuente y productiva
- piodermas recurrentes
- otitis ceruminosa
- impactación de las glándulas anales

- giardiasis
- opacidad del cristalino

Los problemas identificados se enlistan en orden de importancia dejando en primer término los que alteran la calidad de vida del paciente. Recuerde que la lista de problemas es un documento dinámico que sufre modificaciones en la medida que se obtenga información o si los eventos clínicos cambian.

Una vez estructurada la lista de problemas se elabora la Lista Depurada (ver forma No.1), que tiene por objeto hacer más simple el listado y facilitar el ordenamiento de los datos evitando repeticiones. Para depurar la lista de problemas se requiere identificar aquellos que tienen mayor trascendencia para la vida y que pueda estar generando a otros.

Esta parte de la relación de los problemas, también ha sido expresada como la purificación del problema al mayor grado de entendimiento, por ejemplo: Un paciente es presentado como sospecha de sangrado gastrointestinal caracterizado por vomito sanguinolento (hematemesis), dolor abdominal, heces muy oscuras (melena) y anorexia. En este caso clínico, la lista de problemas y la lista depurada quedaría así:

LISTA DE PROBLEMAS	LISTA DEPURADA
hematemesis melena dolor abdominal anorexia	Hematemesis (relacionada con problemas 2, 3 y 4)

No trate de inventar las posibles causas de los problemas enlistados, continúe con el sistema y haga planes de diagnóstico y de tratamiento.

Una vez que se establecen diagnósticos para cada problema, se coloca al frente del expediente un formato que se le designa resumen del historial clínico (forma No.2), que como su nombre lo indica, proporciona en forma rápida y concisa la información médica del paciente. Este documento debe permanecer siempre al frente del expediente como un índice.

Plan Inicial: Cada problema identificado debe ser analizado desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Para establecer el plan diagnóstico (P. Dx) para cada uno de los problemas identificados, se deben enlistar en orden de mayor a menor posibilidad las causas probables que estén produciendo el problema, las cuales a su vez pueden ser consideradas como los diagnósticos diferenciales.

Para ayudar a recordar las posibles afecciones de una enfermedad, utilice la palabra "DAMNIT" como clave:

D = Degenerativas
A = Autoinmunes
M = Metabólicas
N = Neoplásicas
I = Inflammatorias (Infecciosas y no infecciosas)
T = traumáticas

Para cada posible causa del problema seleccione las pruebas y los exámenes de laboratorio o de gabinete específicos que le ayude a comprobar o a rechazar la(s) propuestas (forma No.3).

Recuerde que para sugerir las posibles causas, es necesario conocer las enfermedades y así poder interpretar la información obtenida de los datos básicos. Este es el momento de consultar libros, revistas, etc.

Actualmente existen diversos sistemas computarizados comerciales que ayudan en el planteamiento de las posibles causas (Problem Knowledge Coupler Software, PKC, Inc, 10 Mary St., So. Burlington, VT 0543. USA).

Para establecer el plan terapéutico (P. Rx), se debe evaluar cada problema de acuerdo con la necesidad de tratamiento.

Desde el punto de vista diagnóstico, el plan ideal consiste en evitar el tratamiento hasta conocer la causa específica del problema. El tratamiento puede producir variables, tanto en el cuadro clínico como en los exámenes complementarios, y también puede dificultar la habilidad del clínico para valorar el significado de los resultados de laboratorio y de gabinete.

EN LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA O EN LOS QUE EL DIAGNOSTICO SE ESTABLECE CON BASE EN LA RESPUESTA A LA TERAPIA, EL PLAN TERAPEUTICO ES PRIORITARIO.

Además de los planes Dx y Rx es necesario hacer planes de educación al Cliente (P. Educ). El cliente bien informado y que ha entendido lo que le está sucediendo a su mascota aunque sea parcialmente y que ha depositado su confianza en nosotros, es un dueño con una actitud abierta y dispuesto a cooperar.

Tenga mucha paciencia, escuche con atención lo que el dueño le relata, guárdese respeto y trate de captar su atención y entendimiento. No use palabras médicas complicadas, use términos comunes y sencillos, exprese sus ideas con claridad hasta tener la seguridad que le han entendido.

Notas de Progreso: Los problemas identificados en un paciente deben reevaluarse a intervalos apropiados que pueden ir de minutos, a horas o a días dependiendo de su gravedad.

Para hacer un seguimiento adecuado a cada problema, llegar a conclusiones y proponer los planes de diagnósticos (P. Dx) y terapéuticos (P. Rx) es necesario hacer "Notas de Progreso" ordenadas en tal forma que faciliten su análisis (forma No.4).

A continuación, se describe el esquema correcto para ordenar, interpretar e incrementar las observaciones subjetivas y objetivas del estado clínico que guarda cada problema identificado en un paciente. Con esta información se pueden establecer los planes adicionales de diagnóstico o los planes terapéuticos correspondientes.

Esquema de seguimiento/notas de progreso:

S = Datos subjetivos: Se refieren a los signos clínicos, a la historia y a las observaciones del dueño del paciente.

O = Datos objetivos: Se refiere al listado de resultados relevantes del examen físico, de las pruebas de laboratorio y de gabinete.

I = Interpretación de los datos: Se refiere a la valoración de los datos subjetivos y objetivos del problema.

P = Plan: Para cada problema de acuerdo con las observaciones de los puntos anteriores de este formato. El plan de diagnóstico (P. Dx) y el plan terapéutico (P. Rx) deben ser revisados y actualizados (forma No. 4).³⁶

³⁶ PADILLA, Jorge. Exploración clínica: métodos y técnicas de diagnóstico Modulo 1. Segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de medicina veterinaria y zootecnia. México. 1998, pagina 69 a 90

Forma No. 1

Fecha _____ No. De caso _____ Nombre del paciente _____
Perro domestico ____ Gato domestico _____ Otro _____ Raza _____
Sexo M ____ H ____ Edad _____

LISTA DE PROBLEMAS
1
2
3
4
V
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

LISTA DEPURADA DE PROBLEMAS
I.
II.
III.
IV
.V.
VI
VII.
VIII.
IX
X

Forma No.2 Resumen del historial clínico

No. De caso _____ Nombre del paciente _____
Perro domestico ____ Gato domestico ____ Otro _____
Raza _____ Sexo M ____ H _____

PROBLEMA	FECHA DEL DIAGNOSTICO	FECHA DE RESOLUCION	COMENTARIOS Y TRATAMIENTOS

Forma No. 3 Planes

Fecha _____ No. De caso _____ Nombre del paciente _____
 Perro domestico _____ Gato domestico _____ Otro _____ Raza _____
 Sexo M _____ H _____ Edad _____

FECHA	PROBLEMAS	POSIBLES CAUSAS	PLAN DIAGNOSTICO (P. DX)					PLAN TERAPEUTICO (P. Rx)
			BH	EGO	PERFIL QUIMICO	RAY X	OTRAS	

	I. -	b)						
		c)						
		d)						
		e)						
		f)						
		g)						
	II. -	b)						
		c)						
		d)						
		e)						
		f)						
		g)						
	III. -	b)						
		c)						
		d)						
		e)						
		f)						
		g)						
	VI. -	b)						

		c)							
		d)							
		e)							
		f)							
		g)							

Forma No. 4 Notas de progreso

Fecha _____ No. De caso _____
 Nombre del paciente _____
 Perro domestico _____ Gato domestico _____
 Otro _____ Raza _____
 Sexo M _____ H _____ Edad _____

	I	II	III	IV	V	VI	VII
	ESPACIO	PARA	ESCRIBIR	EL	PROBLEMA		
SUBJETIVO							
OBJETIVO							
INTERPRETACION							
PLANES Dx Y Rx							

5. METODOLOGÍA

5.1 LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó en el municipio de San Juan de Pasto, departamento de Nariño Colombia, la cual se encuentra a una altitud de 2640 msnm, con una precipitación promedio de 850 m.m. por año, humedad relativa del 70% y una temperatura promedio de 14° C. Fajardo, R. y Cifuentes, J³⁷

5.2 POBLACIÓN OBJETO Y MUESTRA

Se evaluaron la totalidad de los consultorios atendidos por Médicos Veterinarios vinculados a VEPA, capítulo Nariño, de la ciudad de San Juan de Pasto.

5.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El presente trabajo fue de tipo retrospectivo, y la elección de la fecha para recolectar las historias clínicas fue arbitraria para evitar sesgos o que las historias fueran complementadas o modificadas. En los consultorios antes citados se escogió la totalidad de las historias clínicas diligenciadas en el período comprendido entre el 15 y 30 de Noviembre de 2006.

Se utilizó como historia clínica base para el análisis de las diligenciadas en los consultorios el siguiente documento.

Reseña del paciente:

I. Fecha de ingreso:

Numero de historia:

II. Datos del paciente:

³⁷ FAJARDO, Rota y CIFUENTES, Jorge. Diccionario geográfico de Colombia. Santa Fé de Bogotá. D.C.: Instituto geográfico "Agustín Codazzi". P.350.

Nombre: Especie: Raza:
 Sexo: Peso: Alzada:
 Fecha de Nacimiento:

Características especiales: Color. Pelaje. Cicatrices.
 Cirugías estéticas Tatuajes.
 Condición corporal 0/5 Fin zootécnico:

III. Datos del propietario:

Nombre: Dirección: Teléfono:
 Profesión u oficio:

IV. Motivo de consulta:

V Antecedentes de enfermedad actual: (Diagnósticos y Tratamientos anteriores)

VI. Datos medio ambientales:

Entorno: Nutrición: Estilo de vida:

VII. Historia medica

Constantes fisiológicas:

Temperatura Frecuencia cardiaca Pulso

Frecuencia respiratoria

2. Análisis por sistemas:

Piel y anexos:

Lesiones:

Lesiones Primarias	Si	No	Lesiones secundarias	Si	No
Macula			Comedón		
Pápula			Collarete epidérmico		
Pústula			Escama		
Habón			Costra		
Vesícula			Excoriación		
Placa			Erosión		
Nódulo			Liquenificación		
Tumor			Ulcera		
Quiste			Hiperpigmentación		
			Hipopigmentación		
			Cicatriz		

2.1.2 Patrón de distribución:



A.

A. Vista lateral izquierda.

C. Vista dorsal.

B.

B. vista lateral derecha.

D. Vista ventral.

C.

D.

2.1.3 Descripción de las lesiones:

Linfonodos.

Linfonodo	Normal	Anormal	Comentario
Mandibulares			
Escapulares			
Inguinales			
Poplíteos			

Sistema músculo esquelético:

Inspección:

	Normal	Anormal	Comentario
Postura del animal en estación			
Valoración de la marcha			
Valoración del trote			

Palpación:

	Normal		Anormal		Comentario
	I	D	I	D	
Extremidad torácica					
Región escapulohumeral					
Codo y antebrazo					
Carpo y dedos					
Extremidad pelviana					
Pelvis					
Rodilla					
Corvejón					

Pruebas específicas:

	Normal		Anormal		Comentario
	I	D	I	D	
Prueba de cajón					
Prueba de ortolani					
Otras					

Sistema nervioso:

2.4.1 Pares craneales:

	Normal		Anormal		Comentario
	I	D	I	D	
I. Olfatorio					
II. Óptico					
III. Oculomotor					
IV. Troclear					
V. Trigémino					
VI. Abducens					
VII. Facial					
VIII. Vestibulococlear					
IX. Glossofaríngeo					
X. Vago					
XI. Espinal accesorio					
XII. Hipogloso					

Reflejos posturales:

	Normal		Anormal		Comentario
	I	D	I	D	
Carretilla					
Hemimarcha					
Hemiestación					
Salto					
Propiocepción consciente					
Propiocepción inconsciente					

Estado mental:

	Si	No	Comentario
Depresión			
Estupor			
Coma			

Reacciones posturales:

	Normal	Anormal	Comentario
Posicionamiento táctil y visual			
Reacción tónica del cuello			

Reflejos espinales:

	Ausente (0)	Disminuido (1)	Normal (2)	Aumentado (3)	Aumentado con clonos (4)
Miembro anterior					
Bicipital					
Triceps					
Flexor					
Miembro posterior					
Flexor					
Patelar					
Tibial craneal					
Gastronemio					

2.4.6. Otros:

	Normal	Anormal	Comentario
Reflejo extensor cruzado			
Sensibilidad superficial			
Sensibilidad profunda			
Reflejo de panículo			
Reflejos sacrales: anal			
Coccígeo			
Signo de babinski			
Reflejo de micción			

Sistema genital:

	Normal	Anormal	Comentario
Macho			
Prepucio			
Escroto			
Testículos			
Pene			
Próstata			
Hembra			
Vulva			
Vagina			
Útero			
Glándula mamaria			

Sistema urinario:

	Normal	Anormal	Comentario
Uretra			
Vejiga			
Riñones			

Sistema respiratorio

Vías aéreas:

	Normal		Anormal		Comentario
	I	D	I	D	
Trufa					
Cavidad nasal					
Laringe					
Traquea					
Pulmones					

Sonidos respiratorios:

	Si		No		Comentario
	I	D	I	D	
Normales					
Bronquial					
Vesicular					
Broncovesicular					
Anormales					
Sonido vesicular aumentado					
Sonido vesicular disminuido					
Soplos primarios o sibilancias					
Estridores					
Soplos secundarios					
Crepitaciones/estertores					

Patrones respiratorios:

	Si	No	Comentario
Obstrutivo			
Restrictivo:			
Pulmonar			
Torácico			
Abdominal			
Diverso:			
Subtipo 1			
Subtipo 2			

Síntomas respiratorios:

	Si	No	Comentario
Estornudo			
Tos			
Secreción nasal			
Tumefacción facial			

Cambio de voz			
Disnea inspiratoria			
Disnea espiratoria			
Polipnea			
Taquipnea			
Hipernea			

Sistema cardiovascular.

Membranas mucosas:

	Normal	Anormal	Comentario
Oral			
Conjuntiva			
Vaginal o prepucial			

Características del pulso:

	Normal	Anormal	Comentario
Intensidad			
Frecuencia			
Ritmo			
Femoral			
Yugular			

Región precordial:

	Normal	Anormal	Comentario
Choque precordial			

Auscultación:

	Normal	Anormal	Comentario
Pulmonar			
Aórtica			
Mitral			
Tricúspide			
S1			
S2			

Otros:

	Normal	Anormal	Comentario
Soplos			
Arritmias			
Tiempo de relleno capilar			
Otros			

Sistema digestivo:

	Normal	Anormal	Comentario
Boca			
Lengua			
Dientes			
Faringe			
Esófago			
Estómago			
Intestino delgado			
Intestino grueso			
Recto			
Ano			
Hígado			

Signos digestivos:

	Si	No	Comentario
Dolor a la palpación			
Vomito			
Regurgitación			
Diarrea			
deshidratación			
Otros			

Órganos de los Sentidos:

	Normal	Anormal	Comentario
Visión			
Parpados			
Conducto nasolagrimal			
Esclerotica			
Cornea			
Cámara anterior			
Cámara posterior			
Iris			
Cristalino			
Segmento posterior			
Papila óptica			
Retina			
Oídos			
Conducto externo			
Conducto medio			
Conducto interno			
Secreciones			
Reflejo Otopodal			

Ayudas diagnosticas: toma e interpretación:

	Si	No	Interpretación	
			Registrada	No registrada
Cuadro hemático				
Parcial de orina				
Coprológico				
Ecografía				
Radiografías				
Electrocardiograma				
Perfil bioquímico				
ALT				
AST				
BUN				
Creatinina				
Glucosa				
Bilirrubina				
Trichograma				
Lámpara de Wood				

Diagnostico Presuntivo.

Diagnostico diferencial.

Tratamiento instaurado.

Pronostico.

Hoja de seguimiento:

FECHA	NOTAS DE PROGRESO
	<u>Subjetivo:</u> <u>Objetivo</u> <u>Plan diagnostico:</u>

Con base en la anterior historia clínica se analizó la calidad de la información recolectada de los consultorios de la siguiente manera:

Reseña:

	Evaluado o anotado		No evaluado
	Completo	incompleto	
I. Fecha de ingreso:			
Número de historia			

II. Datos del paciente			
Nombre			
Especie			
Raza			
Sexo			
Peso			
Alzada			
Fecha de Nacimiento			
Características especiales			
Color			
Pelaje			
Cicatrices.			
Cirugías estéticas			
Tatuajes.			
Condición corporal 0/5			
Fin zootécnico			
III. Datos del propietario:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:			
Profesión u oficio			
IV. Motivo de consulta:			
V Antecedentes de enfermedad actual			
Diagnósticos			
Tratamientos anteriores			
VI. Datos medio ambientales:			
Entorno:			
Nutrición:			
Estilo de vida:			
VII. Historia medica			
Constantes fisiológicas:			
Temperatura			
Frecuencia cardiaca			
Pulso			
Frecuencia respiratoria			

Sistemas:

	Evaluado		No evaluado
	Completo	Incompleto	
I. Piel y anexos			
Descripción de las lesiones			
Descripción del patrón de distribución			
II. Linfonodos			
III. Sistema musculoesqueletico			
Realización de la inspección			
Realización de la palpación			
Realización de las Pruebas específicas			
IV. Sistema nervioso			
Evaluación pares craneales			
Evaluación reflejos posturales			
Evaluación estado mental			
Evaluación reacciones posturales			
Evaluación reflejos espinales			
Evaluación otros			
V. sistema genital			
VI. Sistema urinario			
VII. Sistema respiratorio			
Evaluación de vías aéreas			
Descripción sonidos respiratorios			
Evaluación patrones respiratorios			
Descripción síntomas respiratorios			
VIII. Sistema cardiovascular			
Evaluación membranas mucosas			
Evaluación características del pulso			

Evaluación región precordial			
Evaluación auscultación			
Evaluación otros			
IX. Sistema Digestivo			
Evaluación sistema digestivo			
Descripción signos sistema digestivo			
X. Órganos de los sentidos			
Evaluación ojo			
Evaluación oído			

Ayudas diagnosticas: toma e interpretación:

	Realizada	No Realizada	Interpretación	
			Registrada	No registrada
Cuadro hemático				
Parcial de orina				
Coprológico				
Ecografía				
Radiografías				
Electrocardiograma				
Perfil bioquímico				
ALT				
AST				
BUN				
Creatinina				
Glucosa				
Bilirrubina				
Trichograma				
Lámpara de Wood				
Otras pruebas				

Diagnostico Presuntivo, diferencial y pronostico:

	Reportado	No reportado
Diagnostico presuntivo		
Diagnostico diferencial		
Pronostico		

Tratamiento:

	Registrado		No registrado
	Completo	Incompleto	
Principios activos			
Dosis			

Frecuencia			
Cantidad administrada			
Vía de administración			
Duración			
Nombres comerciales			
Recomendaciones			
Observaciones			
Elaboración receta			

Hoja de seguimiento:

	Registrado		No registrado
	Completo	Incompleto	
Control			
Evolución			

g. Adicionalmente se aplicó la siguiente encuesta a los profesionales:

Contrato de servicios profesionales:

* ¿El vinculo que adquiere el Medico veterinario o medico veterinario zootecnista con las personas que solicitan sus servicios es de tipo jurídico?
SI No

* Cuando el profesional incumple con el contrato que tipo de responsabilidad legal tiene:

- Responsabilidad civil
- Responsabilidad económica
- Responsabilidad afectiva
- Ninguna

* Cuales son las partes que concurren en la celebración del contrato:

- El profesional y el usuario
- El profesional y el paciente
- El usuario y el paciente
- El negocio y el usuario

* Cuales son los motivos contemplados en la ley en los cuales el medico veterinario se puede excusar de no prestar los servicios profesionales:

- La fuerza mayor
- El caso fortuito

Incumplimiento previo del usuario o los eventos señalados en el código de ética.

Todas las anteriores

* Los Servicios de asistencia con base en los conocimientos y la experiencia poseídos por parte del profesional son:

El objeto del contrato para el profesional

El objeto del contrato para el usuario

Los beneficios del paciente

El compromiso del consultorio

* La cancelación de honorarios convenidos por parte del usuario son:

El objeto del contrato para el usuario.

El objeto del contrato para el profesional

Los beneficios del profesional

El beneficio del paciente

* De las siguientes señale cuales son las obligaciones dentro del contrato que adquiere el propietario:

Cooperación para con el profesional

Cumplir las prescripciones y directrices que le indica el profesional.

Pago de honorarios

Brindar la información requerida por el profesional.

* De las siguientes señale cuales son las obligaciones dentro del contrato que adquiere el profesional:

Análisis del animal

Prescripción de medicamentos

Vigilar la recuperación del animal

Cobro de honorarios

* Cuando se atenta consiente y voluntariamente contra el cuerpo o la salud del animal, estamos hablando de:

Impericia

Conducta dolosa

Negligencia

Imprudencia

* La falta de habilidad o de capacidad profesional para realizar un determinado tratamiento u operación que conduce al fracaso se define como:

Impericia
Conducta dolosa
Negligencia
Imprudencia

* La no aplicación de las técnicas y los procedimientos terapéuticos cuando estos son conocidos por el profesional agravando la salud del animal se define como:

Impericia
Conducta dolosa
Negligencia
Imprudencia

* La conducta temeraria que se realiza sin diligencia y sin el cuidado debido y que ocasiona un daño en la salud del animal que hubiera podido preverse o evitarse se denomina:

Impericia
Conducta dolosa
Negligencia
Imprudencia

* Tiene tarjeta profesional

SI

NO

* El consejo profesional de Medicina Veterinaria y Zootecnia es:

COMVEZCOL
TRINADEP
COMVECOL
ASFAMEVET

6. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo se contó con la colaboración de los Médicos Veterinarios vinculados a la Asociación Colombiana de Médicos Veterinarios Especialistas en Pequeños Animales VEPA, capítulo Nariño, que laboran en la ciudad de San Juan de Pasto.

El total de médicos correspondió a 13 personas las cuales están distribuidas en 12 consultorios o clínicas veterinarias.

De los 12 negocios 9 facilitaron las historias clínicas diligenciadas en el periodo comprendido entre el 15 al 30 de noviembre de 2006 para un total de 91 registros. Un médico veterinario se abstuvo de suministrar los registros para el presente trabajo, otro no lleva historias clínicas sino un registro de ingreso diario de pacientes y el último fue descartado por considerar que la muestra proporcionada no contenía información suficiente.

Los 91 registros fueron suministrados de la siguiente manera:

Establecimiento 1	número de historias	12
Establecimiento 2	número de historias	10
Establecimiento 3	número de historias	18
Establecimiento 4	número de historias	12
Establecimiento 5	número de historias	5
Establecimiento 6	número de historias	4
Establecimiento 7	número de historias	11
Establecimiento 8	número de historias	16
Establecimiento 9	número de historias	3

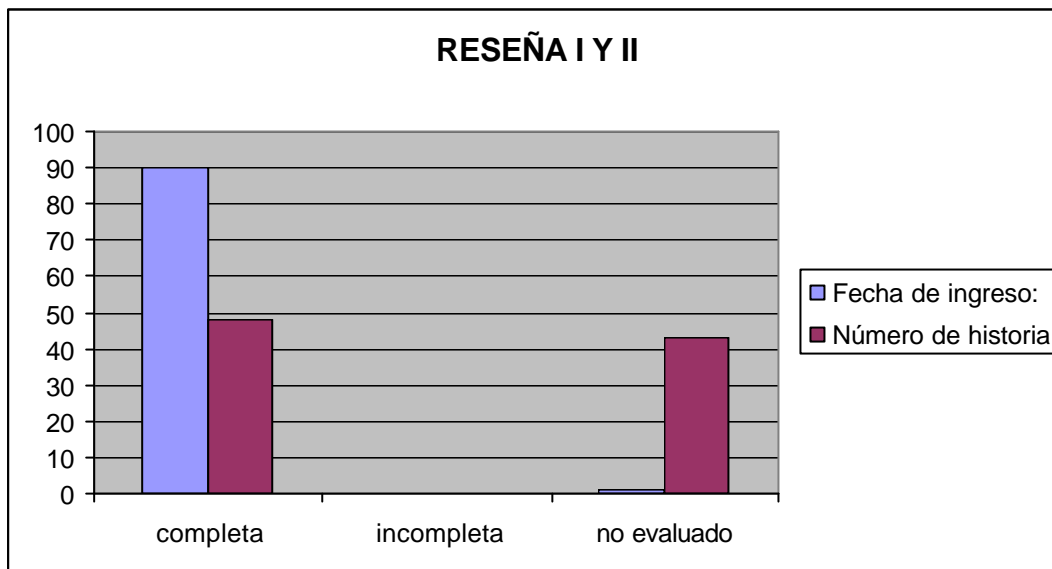
6.1 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA RESEÑA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

La información consignada por los médicos veterinarios con respecto a la fecha de ingreso fue completa en un 98,91%, incompleta 0% y no evaluada 1,09% (Tabla 1), lo cual indica que este factor estuvo correctamente diligenciado en el registro.

Con respecto al número de historia clínica fue completa en 52,75%, incompleta 0% y no evaluada en 47,25% de los casos, un alto porcentaje de

los médicos veterinarios no llevó un consecutivo de los registros. (Ver figura 1)

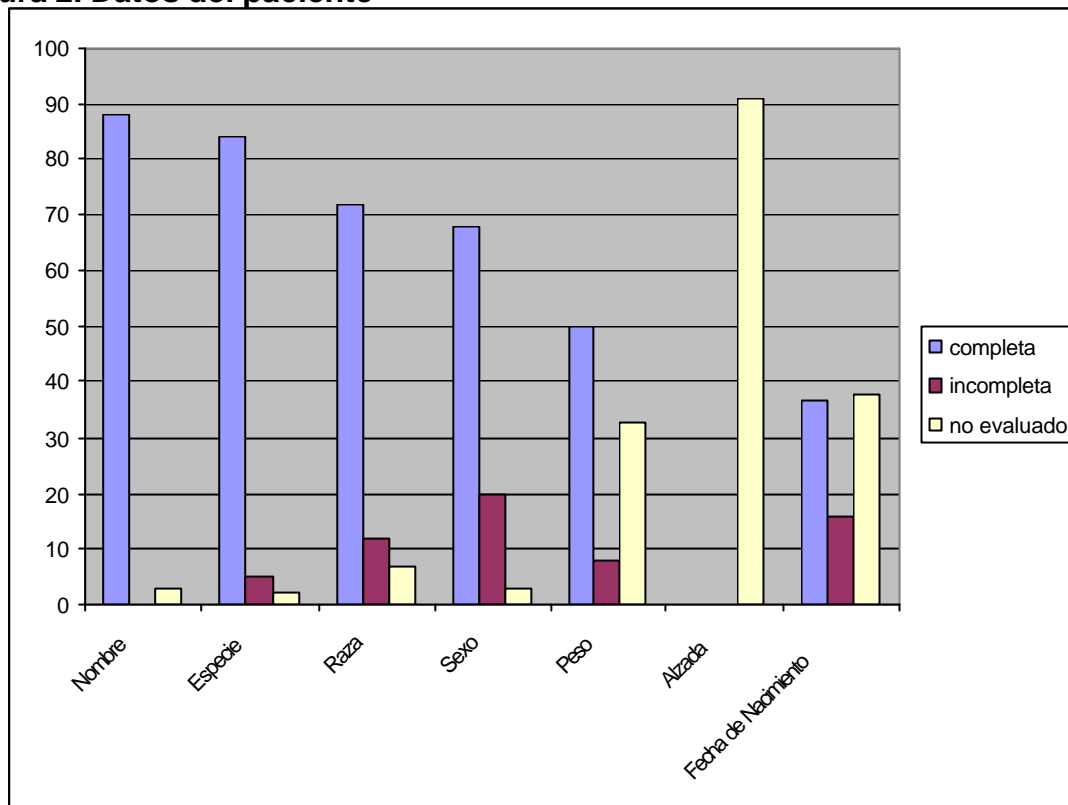
Figura 1. Reseña I y II



En los datos del paciente (Tabla 1), el nombre se registró en el 96,71% de los casos y no estuvo registrado en el 3,29% de los casos, la especie se anotó en el 92,32%, fue incompleta en el 5,49% y no se evaluó en el 2,19%. La raza se registró de forma completa en el 79,13%, incompleta 13,18% y no fue registrada en un 7,69%. En el factor sexo se registró en forma completa en el 74,74%, incompleta 21,97% y no fue registrado el 3,29%. El peso se anotó completamente en el 54,95%, incompleto 8,79% y no se registró el 36,26%. Estos datos básicos que permiten identificar al paciente fueron llevados en su mayoría de manera correcta por parte de los médicos veterinarios y fueron incompletos por el uso de abreviaturas o símbolos que no deben ir en la historia clínica.

Con respecto a la fecha de nacimiento se registró en forma completa en el 40,67%, fue incompleta en el 17,58% y no se registró en el 41,75% de los casos. Existe confusión por parte de los médicos veterinarios entre la fecha de nacimiento y la edad del paciente ya que indiscriminadamente intercalaron esta información. (Ver figura 2)

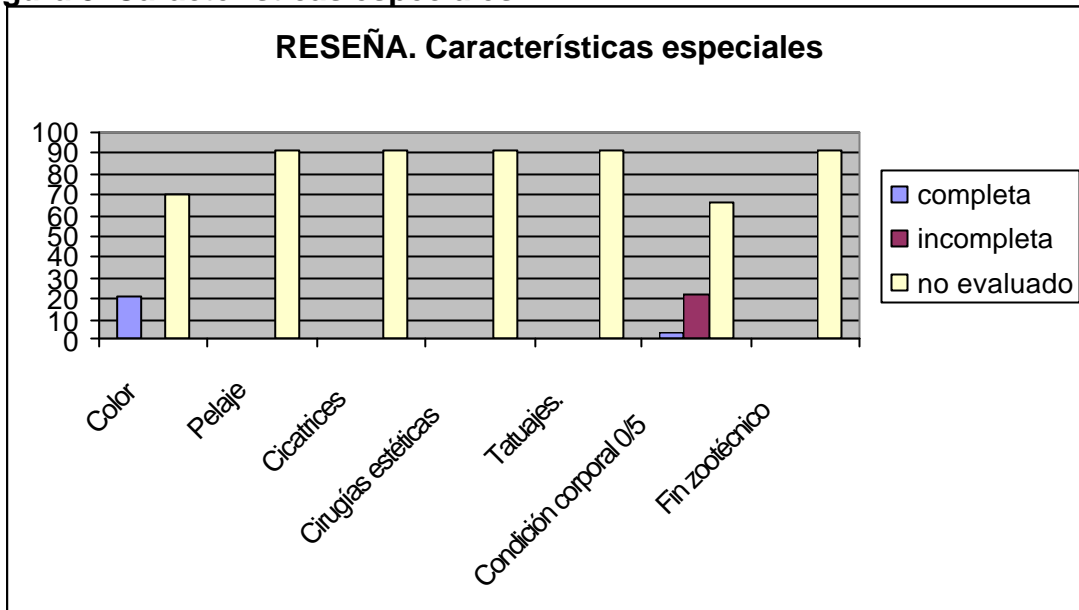
Figura 2. Datos del paciente



En lo referente a alzada, pelaje, cicatrices, cirugías estéticas, tatuajes y fin zootécnico en el 100% de los casos no fueron registrados, lo cual puede indicar un desconocimiento por parte de los médicos veterinarios con respecto a esta información la cual permite diferenciar un individuo de otro.

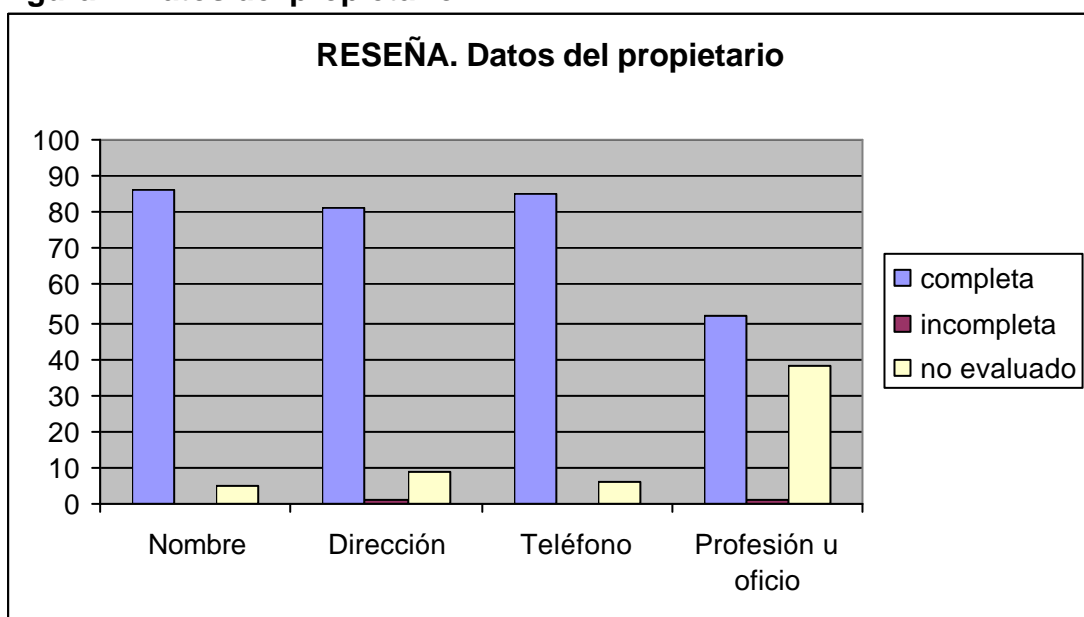
El color se registró en el 23,07% y se omitió en el 76,93% de los casos. La condición corporal se registró en forma completa en el 3,29%, fue incompleta en el 24,17% y no se evaluó en el 72,54%, la condición corporal es un indicativo del estado de salud del animal y se debió especificar en que escala se estaba trabajando, este parámetro no fue tenido en cuenta por la mayoría de los médicos veterinarios. (Ver figura 3)

Figura 3. Características especiales



En los datos del propietario, el nombre se reportó en el 94,51% y no se registró en el 5,49%. La dirección se registró completamente en el 89,02%, incompleta en el 1,09% y no se reportó en el 9,89%. El teléfono fue reportado en el 93,41% y no reportado en el 6,59%. La profesión u oficio se reportó en forma completa en el 57,16%, incompleta en 1,09% y no se reportó en el 41,75%. Todos estos datos permiten al médico veterinario localizar al propietario del paciente, y conocer su nivel laboral y en su mayoría fueron bien diligenciados. (Ver figura 4)

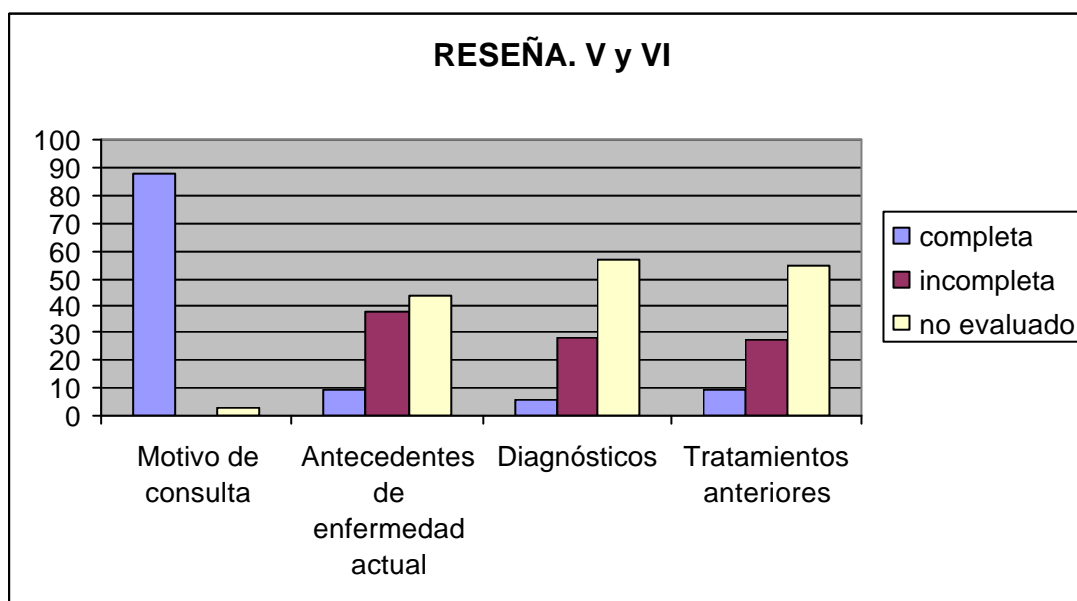
Figura 4. Datos del propietario



Con respecto al motivo de consulta el 96,71% se reportó de manera completa y en el 3,29% no se registró, lo cual indica que los profesionales indagaron sobre este criterio como anamnesia del paciente.

En los antecedentes de la enfermedad actual la información registrada fue completa en el 9,89%, incompleta en el 41,75% y no se reportó en el 48,36%. Para los diagnósticos previos a la consulta como antecedentes se registró de forma completa el 6,59%, incompleta el 30,76% y no se reportó el 62,65% y en tratamientos previos se reportó de forma completa el 9,89%, incompleta el 29,67% y no se reportó el 60,44%. Este dato debería estar íntimamente relacionado con el motivo de consulta y su importancia es similar porque permite al medico orientar su trabajo clínico y farmacológico pero no esta siendo manejado en la historia clínica o se esta omitiendo esta información. (Ver figura5)

Figura 5. Reseña V y VI

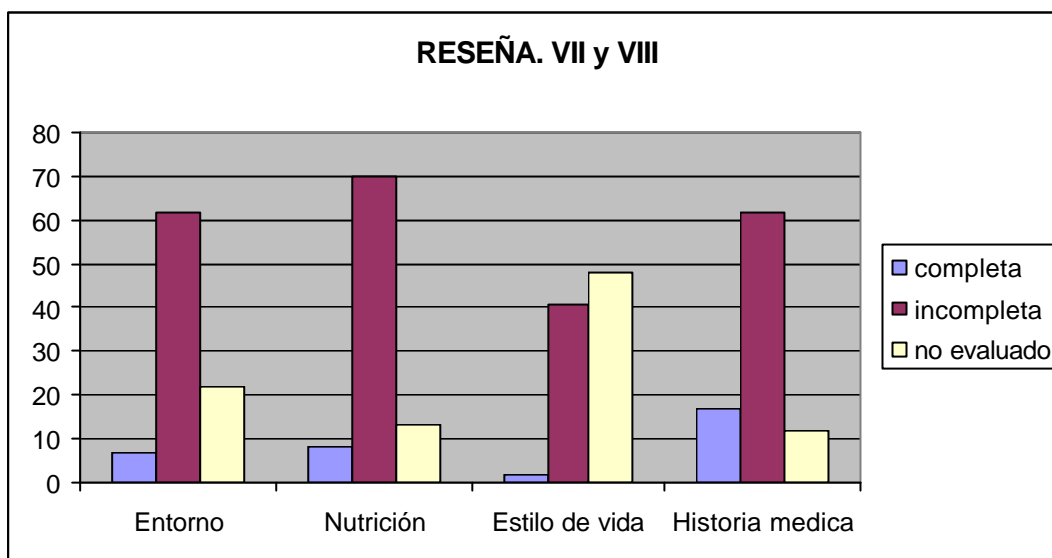


Con respecto a los datos medioambientales, en el entorno la información fue completa en el 7,69%, incompleta en el 68,14% y no se reportó en el 24,17%. En nutrición la información fue completa en el 8,79%, incompleta en el 76,93% y no se reportó en el 14,28%. En el estilo de vida la información fue completa en el 2,19%, incompleta en el 45,05% y no se reportó en el 52,76%. Estos datos son esenciales para poder determinar su influencia en el padecimiento y/o evolución del paciente.

En los datos de la historia médica la información registrada fue completa en el 18,68%, incompleta en el 68,14% y no se reportó en el 13,18%. Los

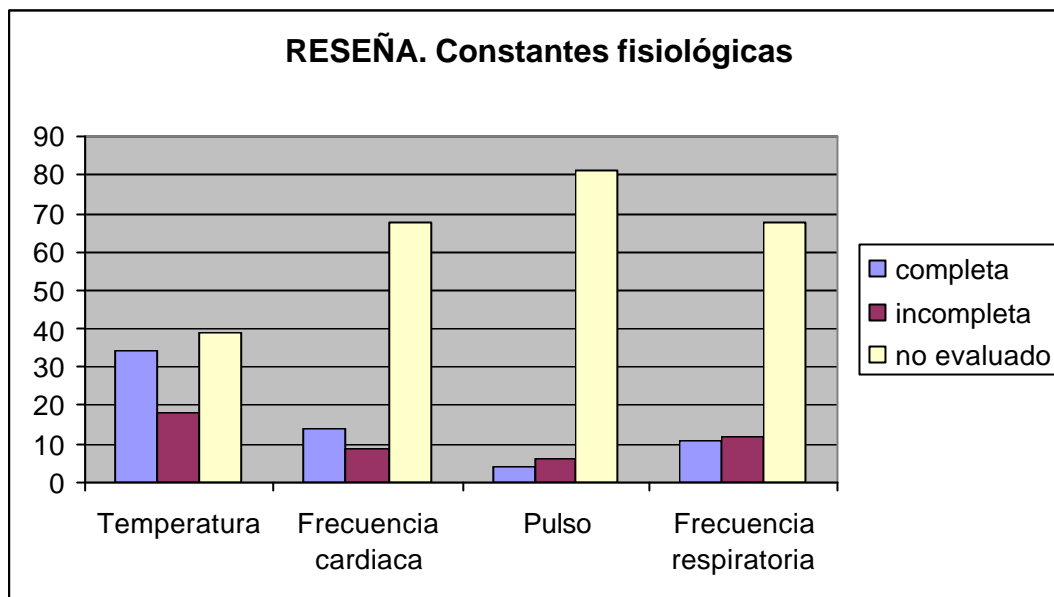
profesionales omitieron el registro adecuado del historial de vacunaciones, desparasitaciones, cirugías y enfermedades previas de los pacientes los cuales pueden ser factores de riesgo o predisponentes para la patología de consulta. (Ver figura 6)

Figura 6. Reseña VII y VIII



En las constantes fisiológicas, la temperatura se registró de forma completa en el 37,36%, incompleta en el 19,78% y no fue registrada en el 42,86%. La frecuencia cardiaca se registró de forma completa en el 15,38%, incompleta en el 9,89% y no se reportó en el 74,73%. El pulso de forma completa el 4,39%, incompleta el 6,59% y no se registró el 89,02% y frecuencia respiratoria completa en el 12,08%, incompleta el 13,18% y no se reportó en el 74,74%. Lo cual puede indicar que estos parámetros dentro de la historia clínica fueron omitidos en la valoración del paciente o los profesionales no registraron de manera adecuada esta información, teniendo en cuenta que son los primeros datos que debe recolectar el médico para poder formarse un concepto general del estado de salud del paciente. (Ver figura 7)

Figura 7. Constantes fisiológicas

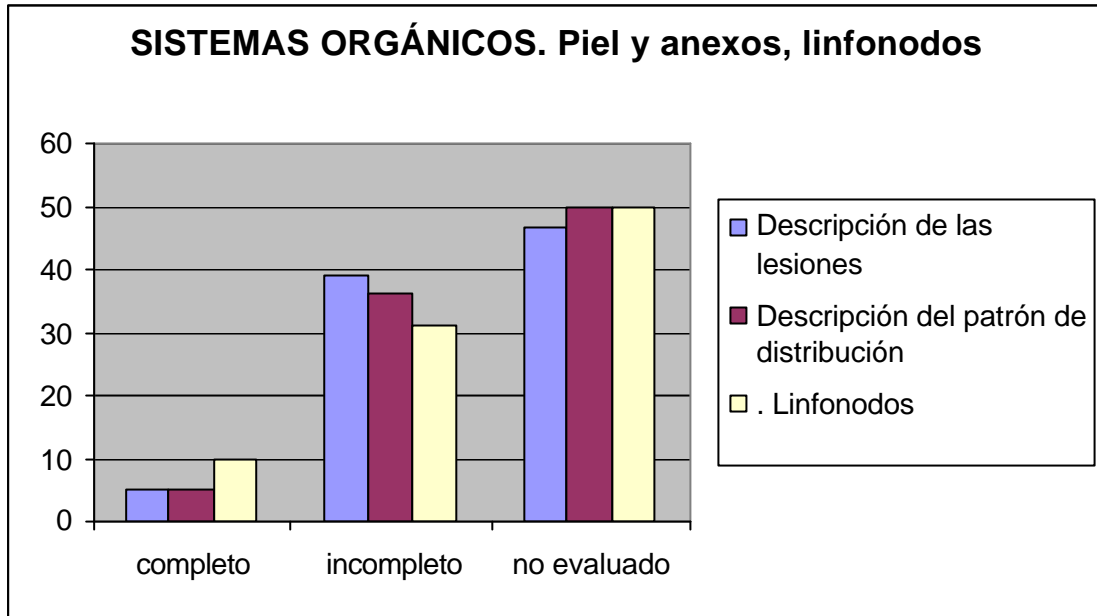


6.2 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS ORGÁNICOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En lo referente a piel y anexos la descripción de las lesiones se registró de forma completa en el 5,49%, incompleta en el 42,85% y no se registró en el 51,66%. La descripción del patrón de distribución fue completa en el 5,49%, incompleta en el 39,56% y no se registró en el 54,95%. Los profesionales no hicieron una correcta descripción sobre el estado de la piel en sus historias clínicas por lo cual no se puede diferenciar si el paciente no tiene ninguna afección en este sistema o no se consignó la información de forma adecuada.

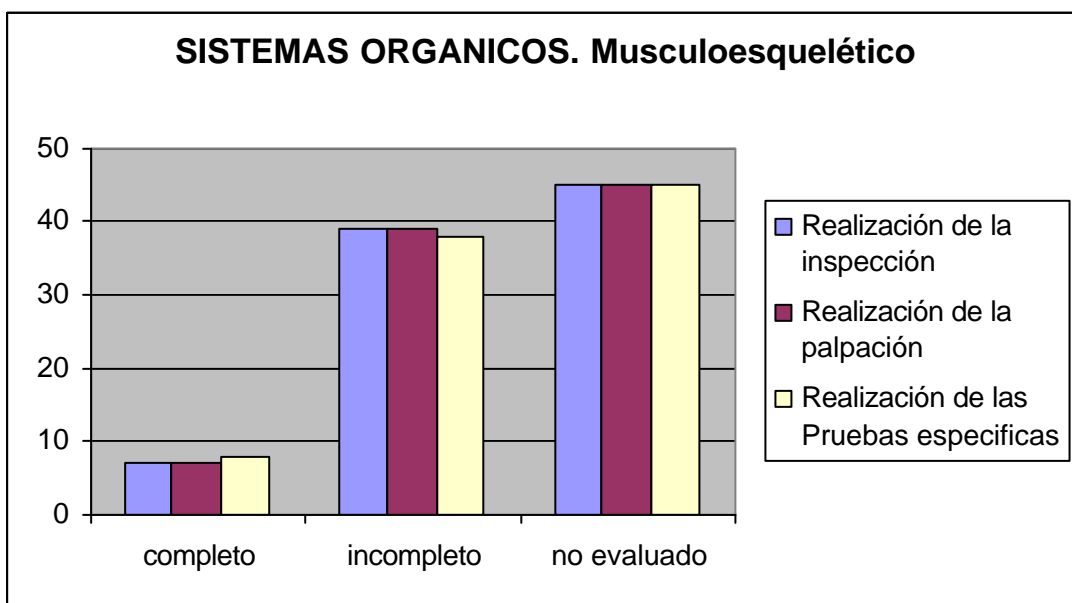
La información consignada referente a linfonodos fue completa en 10,98%, incompleta en el 34,06% y no se reportó en el 54,96%. (Ver figura 8)

Figura 8. Sistemas orgánicos (Piel y anexos)



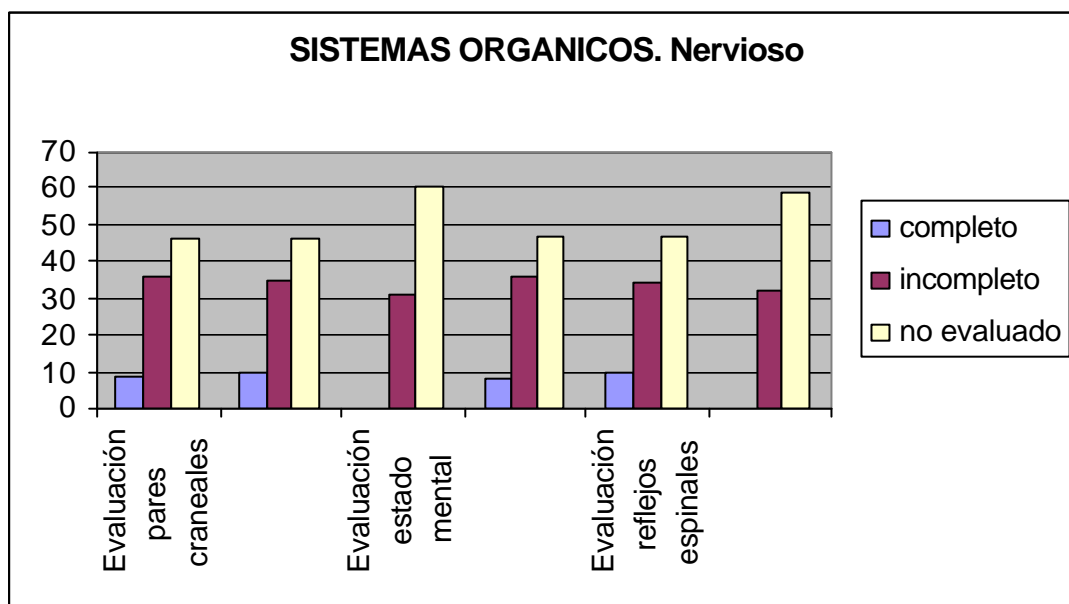
En el sistema músculo esquelético la realización de la inspección y la realización de la palpación se reportaron en forma completa en el 7,69%, incompleta en 42,85% y no se reportó en un 49,46%. La realización de pruebas específicas se registró en forma completa en el 8,79%, incompleta en 41,75% y no se reportó en 49,46%. La valoración incompleta o la falta de registro fueron frecuentes ya que el examen inicial se limita a la observación y no se realiza de manera detallada. (Ver figura 9)

Figura 9. Sistemas orgánicos (Músculo esquelético)



En lo referente al sistema nervioso la evaluación de los pares craneales se registró en forma completa en 9,89%, incompleta en 39,56% y no se registró en 50,55%. La evaluación de reflejos posturales completa en 10,98%, incompleta en 38,46%, y no fue registrada en 50,56%. La evaluación del estado mental se registró incompleta en el 34,06% y no se registró en 65,94%. La evaluación de reacciones posturales completa en 8,79%, incompleta en 39,56% y no se reportó en 51,65%. La evaluación de reflejos espinales completa en 10,98%, incompleta en 37,36% y no se reportó en 51,66%. Y otras evaluaciones fueron reportadas en forma incompleta en 35,16% y no se reportaron en 64,84%. No se realizó una valoración adecuada y además no se registró la poca información que se recoge. (Ver figura 10)

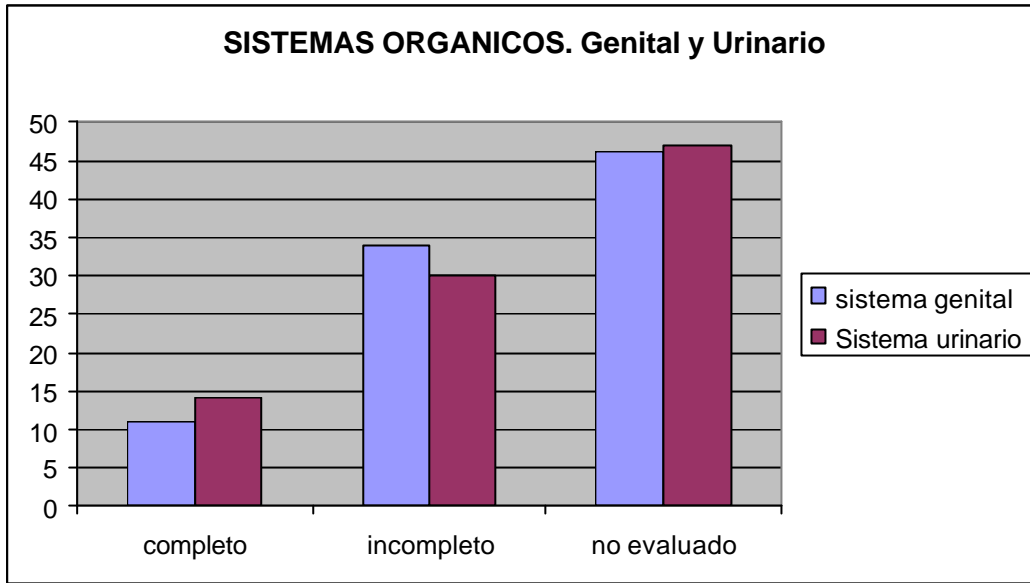
Figura 10. Sistemas orgánicos (Nervioso)



En cuanto al sistema genital la información se registró en forma completa en 12,08%, incompleta en 37,36% y no se reportó en 50,56%. Se observa en este como en los otros sistemas la tendencia a no registrar de manera adecuada la información recolectada en la valoración del paciente.

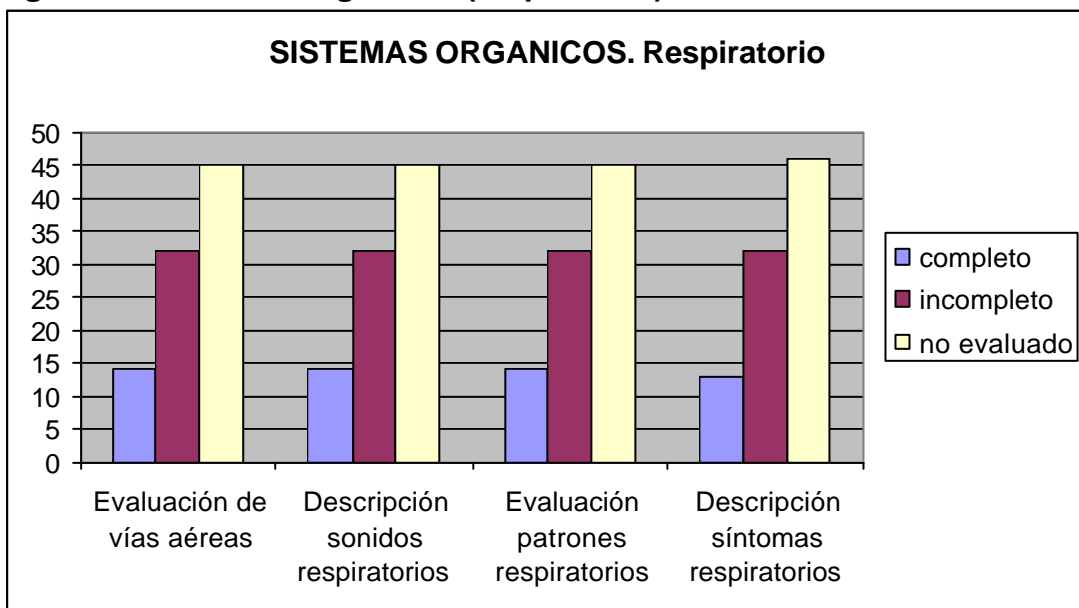
En el sistema urinario la información fue completa en 15,38%, incompleta en 32,96% y no se registró en 51,66%. (Ver figura 11)

Figura 11. Sistemas orgánicos (Genital y urinario)



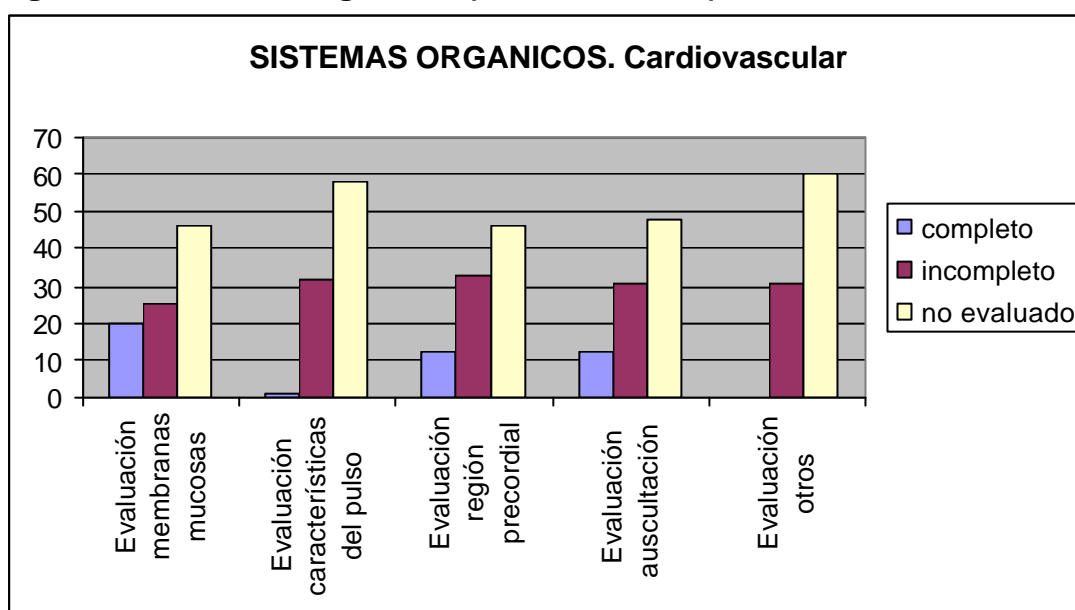
En lo referente al sistema respiratorio la evaluación de las vías aéreas se reportó completa en el 15,38%, incompleta en 35,16% y no se reportó en 49,46%. La descripción de los sonidos respiratorios y evaluación de patrones respiratorios fueron completas en 15,38%, incompletas en 35,16% y no se reportaron en 49,46%. La descripción de los síntomas respiratorios fueron completas en 14,28%, incompleta en 35,16% y no se reportaron en 50,56%. Existió una tendencia a evaluar por parte del médico veterinario el sistema motivo de consulta y a subvalorar los demás sistemas. (Ver figura 12)

Figura 12. Sistemas orgánicos (respiratorio)



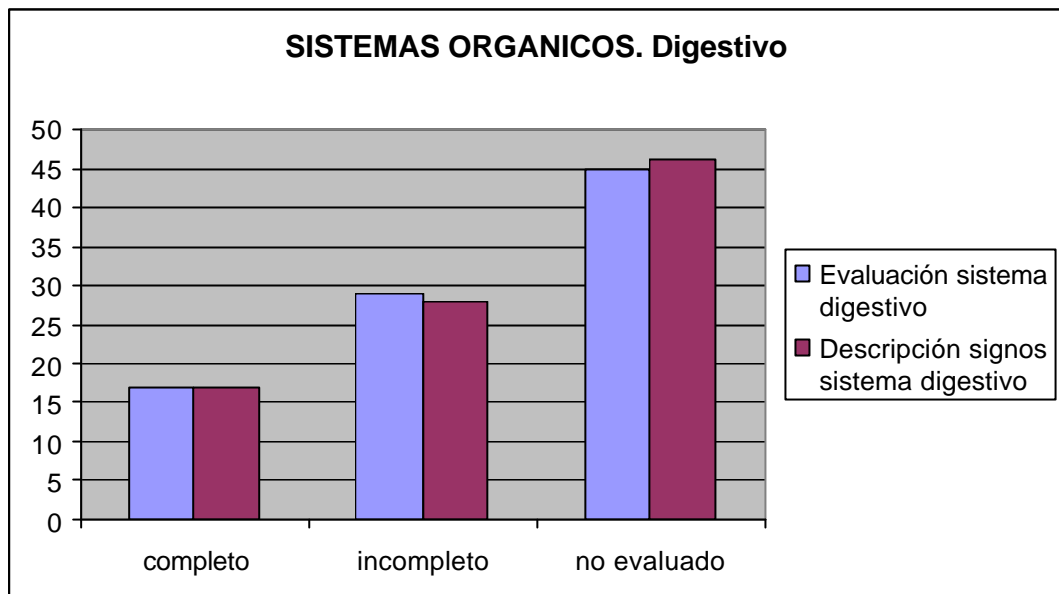
En el sistema cardiovascular la evaluación de las membranas mucosas fue completa en 21,97%, incompleta en 27,47% y no se registró en 50,56%. La evaluación de las características del pulso fue completa en 1,09%, incompleta en 35,16% y no se reportó en 63,75%. La evaluación de la región precordial fue completa en 13,18%, incompleta en 36,26% y no se registró en 50,56%. La evaluación de la auscultación fue completa en 13,18%, incompleta en 34,06% y no se reportó en 52,76% y otras evaluaciones se registraron incompletas en 34,06% y no se reportaron en 65,94%. La no valoración o hacerlo de forma incompleta dificultó el análisis de correlación que debe existir para poder orientar el diagnóstico. (Ver figura 13)

Figura 13. Sistemas orgánicos (Cardiovascular)



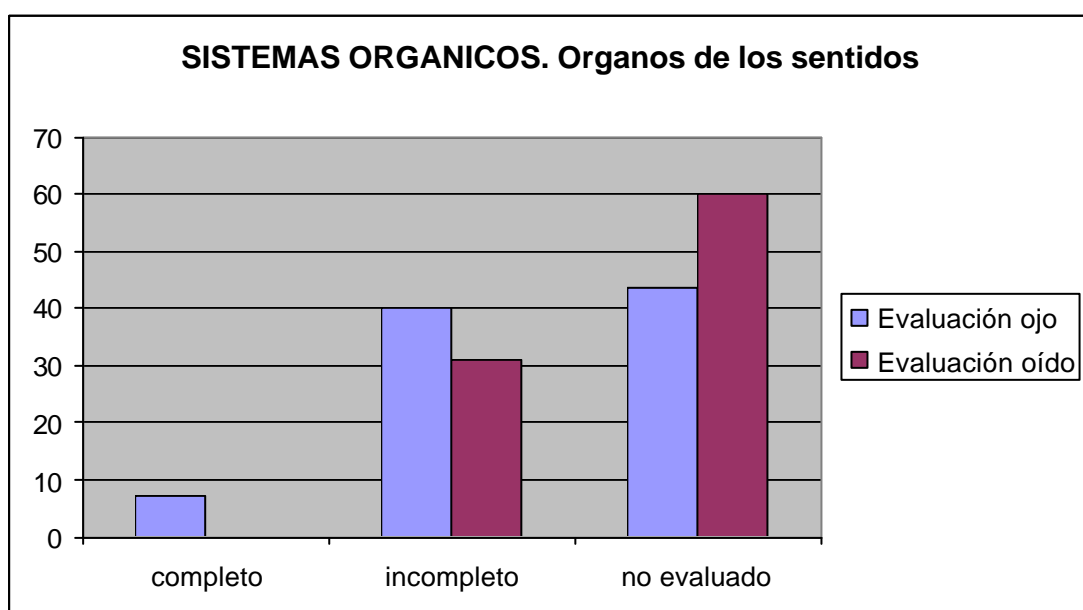
En cuanto al sistema digestivo la información de la evaluación fue completa en 18,68%, incompleta en 31,66% y no se reportó en 49,46%. La descripción de signos fue completa en 18,68%, incompleta en 30,76% y no se reportó en 50,56%. La falta de registro de la información no permitió diferenciar si existe o no afección del sistema evaluado. (Ver figura 14)

Figura 14. Sistemas orgánicos (Digestivo)



En los órganos de los sentidos la información de evaluación de ojo fue completa en 7,69%, incompleta en 43,95% y no se reportó en 48,36%. En la evaluación de oído fue incompleta en 34,06% y no se reportó en 65,94%. En los pacientes el estado de salud se da cuando hay integridad de sus componentes orgánicos como un todo y no de manera aislada por lo cual los médicos veterinarios al no consignar u omitir datos no permiten un análisis adecuado de sus historias. (Ver figura 15)

Figura 15. Sistemas orgánicos (Órganos de los sentidos)



6.3 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En las historias clínicas analizadas de las ayudas diagnósticas realizadas el cuadro hemático correspondió al 12,08% y el 87,92% a los no realizados. El parcial de orina se realizó en 2,19% y no se realizó en 97,81%. Coprológico y otras pruebas se realizaron en 7,69% y no se realizaron en el 92,31%. Las radiografías se realizaron en 6,59% y no se realizaron en 93,41%. ALT, BUN, Creatinina y trichogramas se realizaron en 1,09% y no se realizaron en 98,91%. Ecografías, Electrocardiogramas, AST, Glucosa, Bilirrubina y Lámpara de Wood no se realizaron en un 100%. No todos los pacientes necesitan exámenes de laboratorio pero en la historia se debe ser claro en que momento se necesitan, se realizan o se omiten y porque razón. (ver figura 16 y 17)

Figura 16. Ayudas diagnosticas I

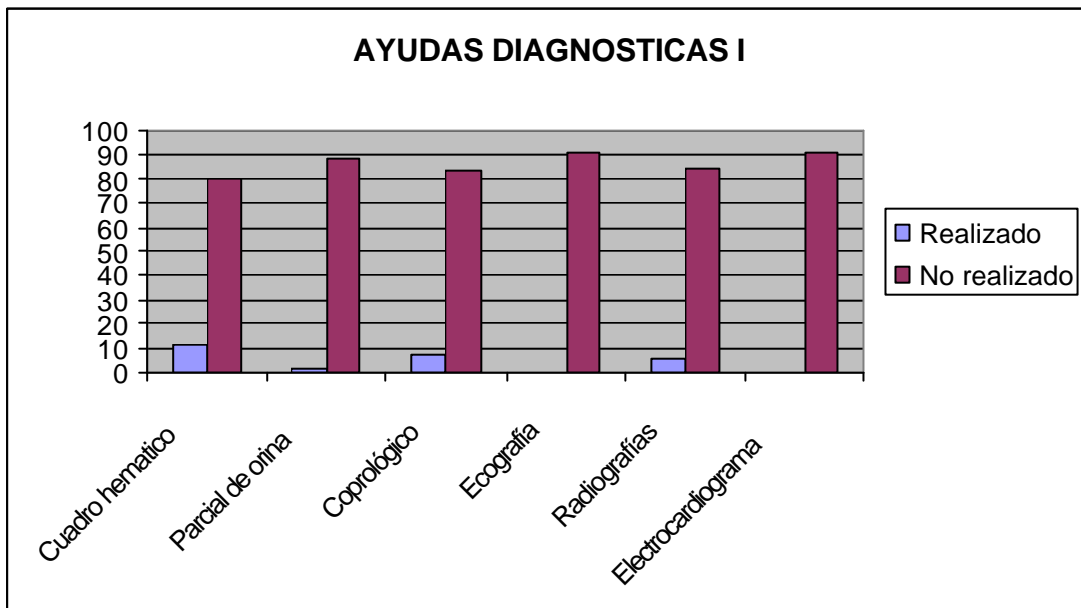
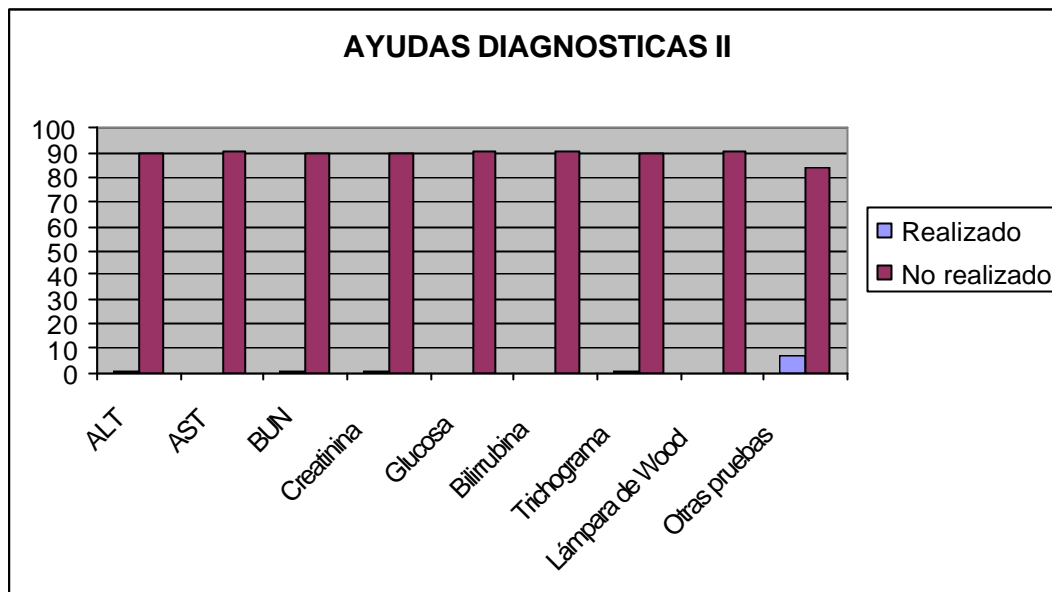


Figura 17. Ayudas diagnosticas II



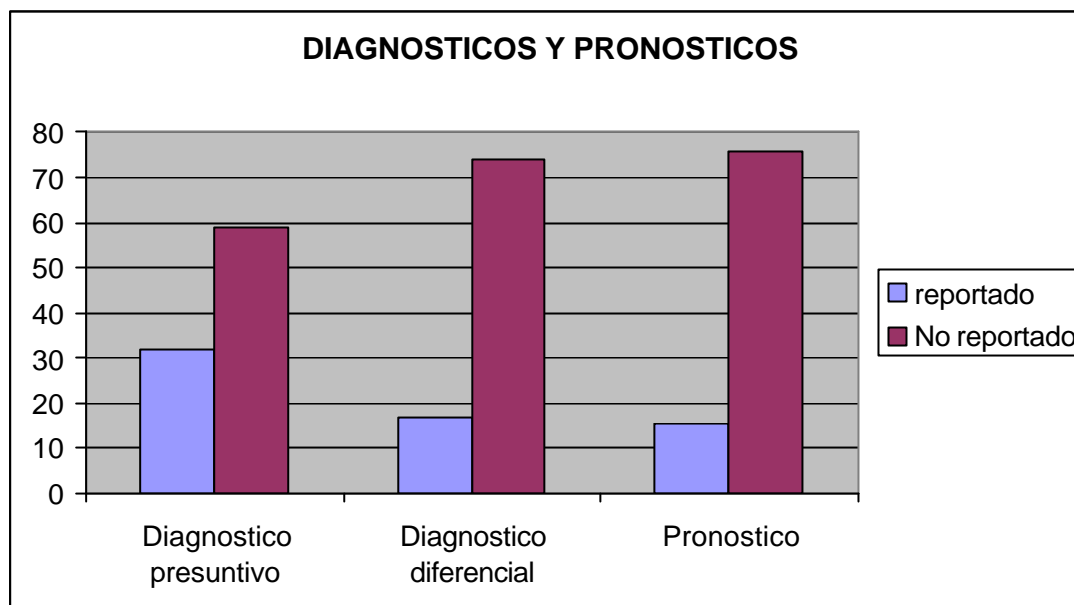
6.4 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA INTERPRETACION DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

De los exámenes realizados su interpretación solo se registró en el 2,7% y no se registraron en un 97,30%. La historia clínica es propiedad del dueño del paciente así como los exámenes que se ordenan y el médico veterinario debe registrar el concepto y valor diagnóstico de lo remitido para que cuando el propietario así lo solicite la información sea veraz y adecuadamente interpretada.

6.5 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS, DIFERENCIALES Y PRONOSTICOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En lo referente a los diagnósticos presuntivos se reportaron en un 35,16% y no fueron reportados en un 64,84%. Los diagnósticos diferenciales se reportaron en 18,68% y no se reportaron en 81,32%. Los pronósticos se reportaron en 16,48% y no fueron reportados en 83,52%. El médico está en la obligación de emitir un diagnóstico presuntivo y sus diferenciales para poder orientar el diagnóstico definitivo, tratamiento y pronóstico del paciente así como la evolución del mismo.

Figura 18. Diagnostico y pronostico

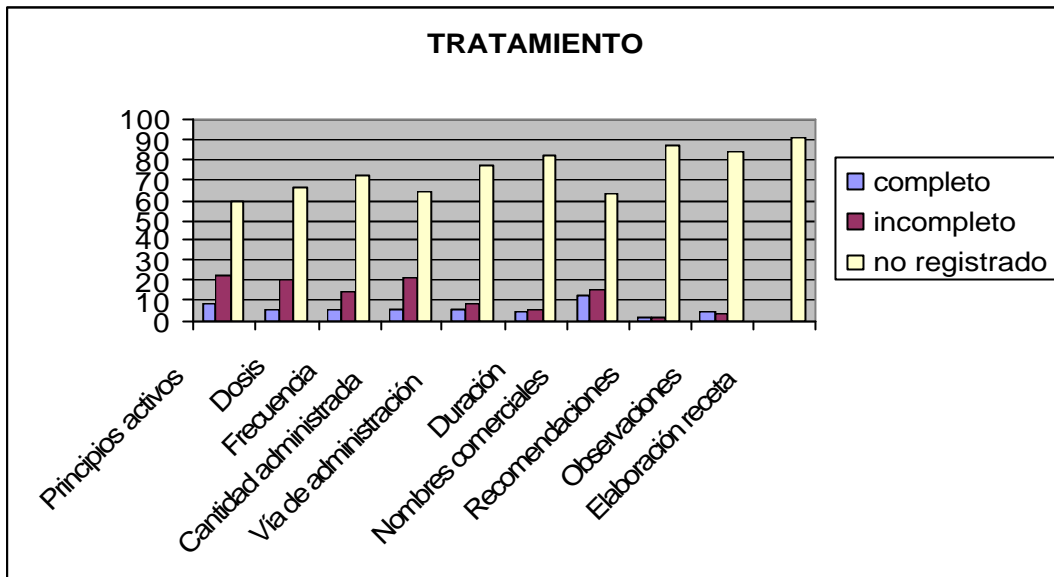


6.6 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En lo referente a los tratamientos los principios activos se registraron completos en 8,79%, incompletos en 25,27% y no se registraron en 65,94%. Las dosis se reportaron completas en 5,49%, incompletas en 21,97% y no se registraron en 72,54%. La frecuencia se registró completa en 5,49%, incompleta en 15,38% y no se registró en 79,13%. La cantidad administrada se reportó completa en 6,59%, incompleta en 23,07% y no se registró en 70,34%. La vía de administración se reportó completa en 6,59%, incompleta en 8,79%, y no se reportó en 84,62%. La duración fue registrada completa en 4,39%, incompleta en 5,49% y no reportada en 90,12%. Los nombres comerciales se reportaron completos en 14,28%, incompletos en 16,48% y no se registraron en 69,24%.

Las recomendaciones se registraron completas en 2,19%, incompletas en 2,19%, y no se reportaron en 95,62%. Las observaciones se reportaron completas en 4,39%, incompletas en 3,29% y no se registraron en 92,32%. La copia de las recetas no se registró en el 100%. No queda claro en las historias la forma como los pacientes fueron tratados, las vías de administración, duración de los tratamientos ni con que productos comerciales se quiso tratarlos, tampoco se observó las recomendaciones en cuanto a los medicamentos, posibles complicaciones de los mismos o interacciones que se pudieron presentar y como debió manejarlos el propietario. No quedó una copia de la receta en el 100% de los casos lo cual pudo orientar la forma en que se trató el paciente.

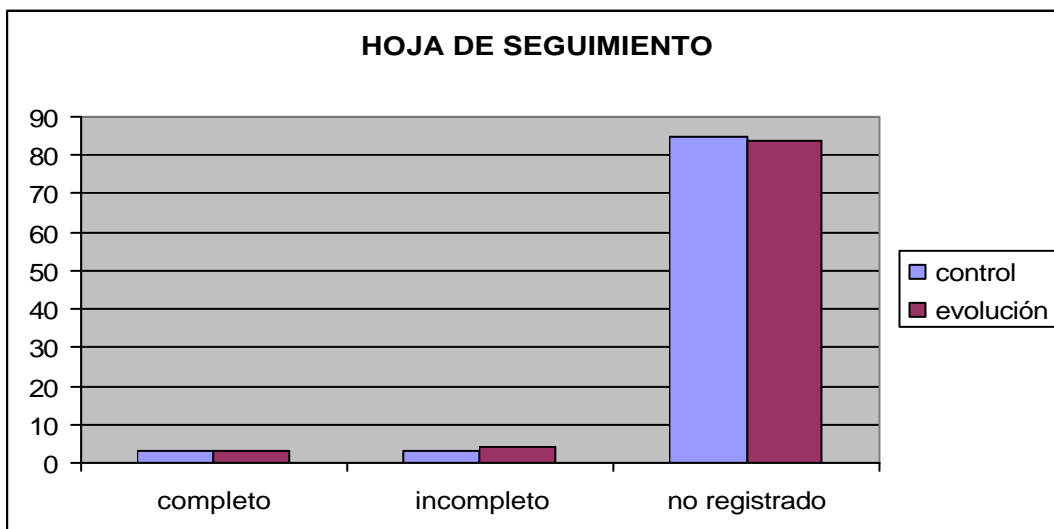
Figura 19. Tratamiento



6.7 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LAS HOJAS DE SEGUIMIENTO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

En las hojas de seguimiento los controles se registraron completos en 3,29%, incompletos en 3,29% y no se reportaron en 93,42%. La evolución se registró completa en 3,29%, incompleta en 4,39% y no se registró en 92,32%. En su mayoría no se conoció que ocurrió con la evolución del paciente, que medidas se tomaron para valorar su progreso o que posibles complicaciones tuvieron o si se hicieron los seguimientos estos no quedaron registrados.

Figura 20. Hoja de seguimiento



6.8 EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DEL MEDICO VETERINARIO SOBRE LAS IMPLICACIONES LEGALES Y JURIDICAS DE LA HISTORIA CLINICA

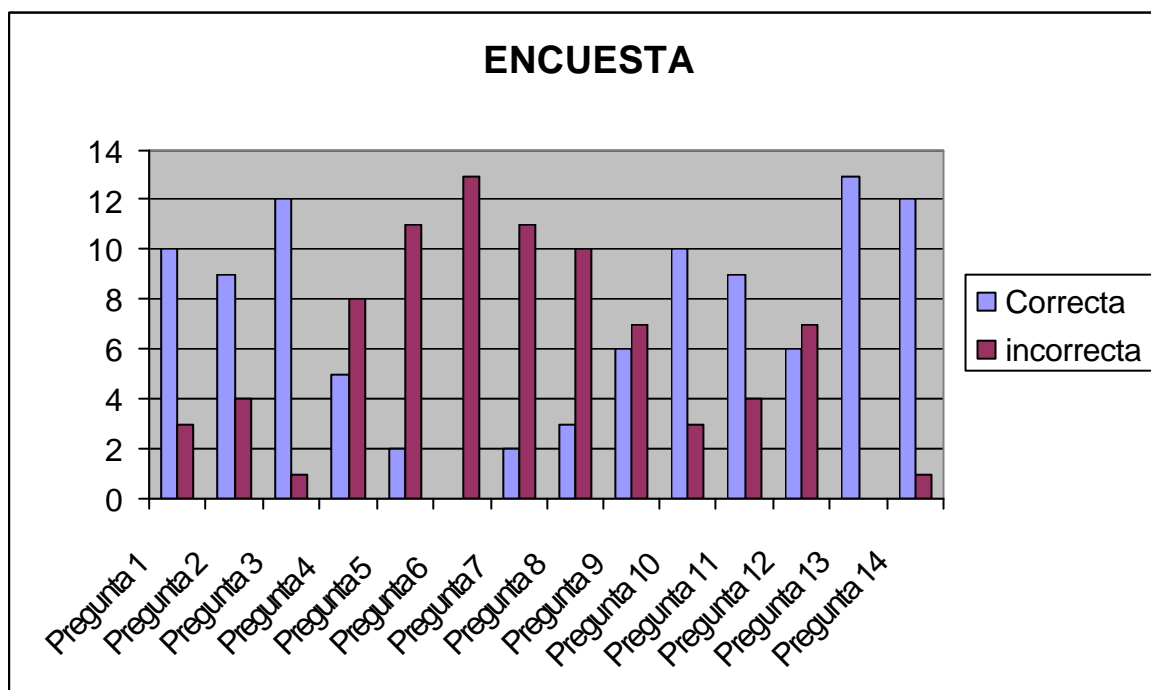
- Con respecto a la pregunta “¿el vinculo que adquiere el médico veterinario o médico veterinario zootecnista con las personas que solicitan sus servicios es de tipo jurídico?”, el 76,92% respondió correctamente y el 23,08% respondió erradamente. Con lo cual se observa que la mayoría de los profesionales conocen este aspecto de tipo legal.
- En la pregunta “cuando el profesional incumple con el contrato que tipo de responsabilidad tiene” el 69,23% respondió correctamente y el 30,77% erró la respuesta, en términos generales bs profesionales tienen conocimiento de las implicaciones legales que genera la prestación de servicios.
- En la pregunta “¿Cuáles son las partes que concurren en la celebración del contrato?” el 92,30% tuvo clara la respuesta y un 7,70% lo desconocen. Lo cual indica su conocimiento en este aspecto.
- Con respecto a los motivos en los cuales el médico veterinario se puede excusar de no prestar los servicios profesionales el 38,46% los conoce mientras que 61,54% no tiene claro este aspecto lo cual puede conllevar a una mala prestación de servicios.
- El objeto del contrato para el profesional es conocido por el 15,38% e ignorado por el 84,62% de los médicos veterinarios los cuales no tienen claridad en este aspecto jurídico.
- Con respecto al objeto del contrato para el usuario el 100% lo desconoce.
- En las obligaciones que adquiere el propietario el 15,38% de los médicos veterinarios las conocen mientras que el 84,62% no las relacionó lo cual indica que a pesar de que se sabe del contrato no se conoce las obligaciones por parte de los propietarios.
- Con respecto a las obligaciones del profesional el 23,08% tiene claridad al respecto mientras que el 76,92% no las relacionó

adecuadamente, lo cual repercute en el desempeño del médico veterinario ante el paciente y su obligación con el propietario.

- Con respecto a los conceptos de conducta dolosa e imprudencia 46,15% conoce la definición y con respecto impericia 76,92% y negligencia 69,23% tienen claridad al respecto.

- El 100% de los profesionales encuestados tienen tarjeta profesional cumpliendo con esta norma legal y el 92,3% conocen la entidad que regula el código de ética COMVEZCOL

Figura 21. Encuesta



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- La manera como se diligencian las historias clínicas que llevan los médicos veterinarios asociados a VEPA capítulo Nariño y que laboran en la ciudad de San Juan de Pasto, no proporcionan la información suficiente para poder organizarla en una base de datos de la cual se extraiga información para realizar estudios epidemiológicos, estudios de casos clínicos entre otros.
- De acuerdo con la ley 576 de 2000 las historias clínicas como documento legal no cumplen con la normatividad establecida y no respaldan los criterios y práctica médico veterinarios.
- Existen diversidad de formatos en la elaboración de la historia clínica, que no incluyen una valoración completa del paciente con los correspondientes soportes de ayudas diagnósticas, tratamiento y evolución.
- Existe la tendencia a simplificar el formato de las historias clínicas por el tiempo que requiere para ser diligenciado y por lo dispendioso que es su archivo manual.
- Los datos registrados en la historia clínica son insuficientes y el principal interés del médico veterinario son los datos del propietario y los del sistema afectado, lo cual no permite analizar el paciente como un todo y tratar de localizar el origen de la enfermedad y como ha ido evolucionando.
- En la mayoría de las historias clínicas no se llega a un diagnóstico presuntivo, diferenciales y no se reporta los tratamientos efectuados de manera correcta, no se anexa copia de la receta, hojas de seguimiento o controles.
- En términos generales los médicos veterinarios conocen la normatividad de COMVEZCOL, pero no se ve reflejada en la elaboración de la historia clínica.

7.2 RECOMENDACIONES

- Utilizar el formato diseñado para la evaluación de las historias clínicas en el presente trabajo con el fin de recolectar detalladamente la información asociada a la metodología del expediente clínico orientado a problemas para poder tener una base de datos acorde a los parámetros requeridos para trabajos epidemiológicos, de investigación, docencia, casos clínicos y normatividad legal.

- Elaborar talleres dirigidos por COMVEZCOL donde se retome la importancia de la historia clínica como documento legal para conscientizar a los profesionales y evitar que este documento desaparezca como soporte en el ejercicio diario.

- Evaluar al paciente en su totalidad, independientemente del tiempo que requiera este procedimiento.

- Documentar las historias clínicas con las ayudas diagnósticas y su respectiva interpretación.

- Anexar a la historia clínica una copia de la receta suministrada al propietario.

8. BIBLIOGRAFIA

ANESTCADIZ. La historia clínica. [En línea] versión HTML. España: desarrollado por AnestCadiz[®].com y AnestCadiz[™].net, 2005 [fecha de consulta: 16 de diciembre de 2006] Disponible en Internet: <<http://www.anestcadiz.com/base/legal4.htm>>.

BARRETO, Jesús. La historia clínica: Documento científico del medico. [En línea] versión HTML, Ciudad de la Habana: Ateneo 2000 [fecha de consulta: diciembre 16 de 2006] disponible en Internet: http://bvs.s/d.cu/revistas/ate/vol/1_1_00/ate09100.pdf.

FAJARDO, Rota y CIFUENTES, Jorge. Diccionario geográfico de Colombia. Santa Fé de Bogotá. D.C.: Instituto geográfico "Agustín Codazzi". p.350.

WIKIPEDIA. Historia clínica [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2007 [fecha de consulta: 18 de enero del 2007]. Disponible en Internet <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_cl%C3%ADnica&oldid=6528889>.

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA DE COLOMBIA. Práctica profesional: Del secreto profesional, prescripción, historia clínica, registros y otras conductas. Bogotá: COMVEZCOL, 2000. p.22. (Ley 576. Título III, capítulo 1, artículo 61)

CONSEJO PROFESIONAL DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA DE COLOMBIA: Manual de responsabilidad para médicos veterinarios, médicos veterinarios zootecnistas y zootecnistas. Bogotá, 2000. p. 11.

GUZMAN, Fernando. La historia clínica: elemento fundamental del acto medico [en línea] versión HTML, Bogota – Colombia: MEDSPAIN, 2000 [fecha de consulta: diciembre 16 de 2006] disponible en Internet: http://www.medspain.com/ant/n12_may00/historiacl.htm.

OJEDA, Alfredo. La historia clínica en la pericia medica. [en línea] versión HTML, Gran Canaria- España: Centro de Traumatología Teldense, s.f. [fecha de consulta: 16 de diciembre de 2006] Disponible en Internet: <http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA7.htm>;diciembre

PADILLA, Jorge. Exploración clínica: métodos y técnicas de diagnóstico Modulo 1. Segunda edición, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de medicina veterinaria y zootecnia. México. 1998, pagina 69 a 90

RIAÑO, Carlos. La historia clínica [en línea] versión HTML, Bogotá – Colombia: COMVEZCOL, s.f. [fecha de consulta: enero 20 de 2007] disponible en Internet: <http://www.comvezcol.org/noticias/detalle.php?StrNot=27>

VIDAL, Fernández, Forran el; Peña García, Iván. Software para historias clínicas veterinaria aplicada a la medicina natural tradicional y bioenergética. Revista electrónica de veterinaria REDVET®, ISSN1695-7504, Vol. VI, no. 12, Diciembre/2005, Veterinaria.org®-Veterinaria Organización s.f. © España. Mensual. Disponible en <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n1212056.html>.

ANEXOS

Anexo A. Evaluación de la calidad de la información de la reseña en las historias clínicas

	Completa	Completa	Incompleta	Incompleta	No evaluado	No evaluado
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
I. Fecha de ingreso:	90	98.91	0	0	1	1.09
II. Número de historia	48	52.75	0	0	43	47.25
III. Datos del paciente						
Nombre	88	96.71	0	0	3	3.29
Especie	84	92.32	5	5.49	2	2.19
Raza	72	79.13	12	13.18	7	7.69
Sexo	68	74.74	20	21.97	3	3.29
Peso	50	54.95	8	8.79	33	36.26
Alzada	0	0	0	0	91	100
Fecha de Nacimiento	37	40.67	16	17.58	38	41.75
Características especiales						
Color	21	23.07	0	0	70	76.93
Pelaje	0	0	0	0	91	100
Cicatrices	0	0	0	0	91	100
Cirugías estéticas	0	0	0	0	91	100
Tatuajes.	0	0	0	0	91	100
Condición corporal 0/5	3	3.29	22	24.17	66	72.54
Fin zootécnico	0	0	0	0	91	100
IV: Datos del propietario						
Nombre	86	94.51	0	0	5	5.49
Dirección	81	89.02	1	1.09	9	9.89
Teléfono	85	93.41	0	0	6	6.59
Profesión u oficio	52	57.16	1	1.09	38	41.75
V. Motivo de consulta	88	96.71	0	0	3	3.29

VI. Antecedentes de enfermedad actual	9	9.89	38	41.75	44	48.36
Diagnósticos	6	6.59	28	30.76	57	62.65
Tratamientos anteriores	9	9.89	27	29.67	55	60.44
VII. Datos medio ambientales						
Entorno	7	7.69	62	68.14	22	24.17
Nutrición	8	8.79	70	76.93	13	14.28
Estilo de vida	2	2.19	41	45.05	48	52.76
VIII. Historia medica	17	18.68	62	68.14	12	13.18
IX. Constantes fisiológicas						
Temperatura	34	37.36	18	19.78	39	42.86
Frecuencia cardiaca	14	15.38	9	9.89	68	74.73
Pulso	4	4.39	6	6.59	81	89.02
Frecuencia respiratoria	11	12.08	12	13.18	68	74.74

Anexo B. Evaluación de la calidad de la información de los sistemas orgánicos en las historias clínicas

	Completo	Completo	Incompleto	Incompleto	No evaluado	No evaluado
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
I. Piel y anexos						
Descripción de las lesiones	5	5.49	39	42.85	47	51.66
Descripción del patrón de distribución	5	5.49	36	39.56	50	54.95
II. Linfonodos	10	10.98	31	34.06	50	54.96
III. Sistema musculoesqueletico						
Realización de la inspección	7	7.69	39	42.85	45	49.46
Realización de la palpación	7	7.69	39	42.85	45	49.46
Realización de las Pruebas específicas	8	8.79	38	41.75	45	49.46
IV. Sistema nervioso						
Evaluación pares craneales	9	9.89	36	39.56	46	50.55
Evaluación reflejos posturales	10	10.98	35	38.46	46	50.56
Evaluación estado mental	0	0	31	34.06	60	65.94
Evaluación reacciones posturales	8	8.79	36	39.56	47	51.65
Evaluación reflejos espinales	10	10.98	34	37.36	47	51.66
Evaluación otros	0	0	32	35.16	59	64.84
V. sistema genital	11	12.08	34	37.36	46	50.56
VI. Sistema urinario	14	15.38	30	32.96	47	51.66
VII. Sistema respiratorio						
Evaluación de vías aéreas	14	15.38	32	35.16	45	49.46
Descripción sonidos respiratorios	14	15.38	32	35.16	45	49.46

Evaluación patrones respiratorios	14	15.38	32	35.16	45	49.46
Descripción síntomas respiratorios	13	14.28	32	35.16	46	50.56
VIII. Sistema cardiovascular						
Evaluación membranas mucosas	20	21.97	25	27.47	46	50.56
Evaluación características del pulso	1	1.09	32	35.16	58	63.75
Evaluación región precordial	12	13.18	33	36.26	46	50.56
Evaluación auscultación	12	13.18	31	34.06	48	52.76
Evaluación otros	0	0	31	34.06	60	65.94
IX. Sistema Digestivo						
Evaluación sistema digestivo	17	18.68	29	31.86	45	49.46
Descripción signos sistema digestivo	17	18.68	28	30.76	46	50.56
X. Órganos de los sentidos						
Evaluación ojo	7	7.69	40	43.95	44	48.36
Evaluación oído	0	0	31	34.06	60	65.94

Anexo C. Evaluación de la calidad de la información de ayudas diagnosticas en las historias clínicas

	Realizado	Realizado	No realizado	No realizado
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Cuadro hemático	11	12.08	80	87.92
Parcial de orina	2	2.19	89	97.81
Coprológico	7	7.69	84	92.31
Ecografía	0	0	91	100
Radiografías	6	6.59	85	93.41
Electrocardiograma	0	0	91	100
Perfil bioquímico				
ALT	1	1.09	90	98.91
AST	0	0	91	100
BUN	1	1.09	90	98.91
Creatinina	1	1.09	90	98.91
Glucosa	0	0	91	100
Bilirrubina	0	0	91	100
Trichograma	1	1.09	90	98.91
Lámpara de Wood	0	0	91	100
Otras pruebas	7	7.69	84	92.31

Anexo D. Evaluación de la calidad de la información de la interpretación de las ayudas diagnosticas en las historias clínicas

	Interpretación			
	Total registrados	Porcentaje	Total no registrados	Porcentaje
Exámenes realizados	1	2.70	36	97.30

Anexo E. Evaluación de la calidad de la información de los diagnósticos presuntivos, diferenciales y pronósticos en las historias clínicas

	Reportado	Reportado	No reportado	No reportado
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Diagnostico presuntivo	32	35.16	59	64.84
Diagnostico diferencial	17	18.68	74	81.32
Pronostico	15	16.48	76	83.52

Anexo F. Evaluación de la calidad de la información de los tratamientos en las historias clínicas

	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
	Completo	Completo	Incompleto	Incompleto	No registrado	No registrado
Tratamiento						
Principios activos	8	8.79	23	25.27	60	65.94
Dosis	5	5.49	20	21.97	66	72.54
Frecuencia	5	5.49	14	15.38	72	79.13
Cantidad administrada	6	6.59	21	23.07	64	70.34
Vía de administración	6	6.59	8	8.79	77	84.62
Duración	4	4.39	5	5.49	82	90.12
Nombres comerciales	13	14.28	15	16.48	63	69.24
Recomendaciones	2	2.19	2	2.19	87	95.62
Observaciones	4	4.39	3	3.29	84	92.32
Elaboración receta	0	0	0	0	91	100

Anexo G. Evaluación de la calidad de la información de las hojas de seguimiento en las historias clínicas

	Completo	Completo	Incompleto	Incompleto	No registrado	No registrado
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Hoja de seguimiento						
Control	3	3.29	3	3.29	85	93.42
Evolución	3	3.29	4	4.39	84	92.32

Anexo H. Evaluación del conocimiento del medico veterinario sobre las implicaciones legales y jurídicas de la historia clínica

	Correcta	Porcentaje	Incorrecta	Porcentaje
Pregunta 1	10	76,92	3	23,08
Pregunta 2	9	69,23	4	30,77
Pregunta 3	12	92,3	1	7,7
Pregunta 4	5	38,46	8	61,54
Pregunta 5	2	15,38	11	84,62
Pregunta 6	0	0	13	100
Pregunta 7	2	15,38	11	84,62
Pregunta 8	3	23,08	10	76,92
Pregunta 9	6	46,15	7	53,85
Pregunta 10	10	76,92	3	23,08
Pregunta 11	9	69,23	4	30,77
Pregunta 12	6	46,15	7	53,85
Pregunta 13	13	100	0	0
Pregunta 14	12	92,3	1	7,7

