



## **TESINA**

**Presentada para acceder al título de grado de la carrera de**

## **LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Título:**

**“Caracterización de usuarios del servicio de Kinesiología en un  
Centro de Atención Primaria de Salud de Venado Tuerto”**

**Autor:**

**Brandoni Fabricio Darío – DNI 34812069 – IUGR-96**

**Director/a:**

**Lic. Barile Paolo**

**Lugar:**

**Venado Tuerto**

**Fecha de presentación**

**22/03/2024**

**Firma autor:**

A square image showing a handwritten signature in blue ink on a light-colored grid background. The signature is stylized and appears to be 'Brandoni'.

## RESUMEN

Introducción: la Atención Primaria de la Salud es una estrategia parte del sistema de salud público de Argentina, e influye en el desarrollo social y económico. Los datos obtenidos mediante estudios avalan la necesidad de reajustar los servicios de salud hacia la promoción y prevención, integrar los servicios de salud pública y la atención personal orientado hacia las familias y las comunidades, usar datos confiables para la planificación y la toma de decisiones e incentivando mejoras en la calidad de los servicios.

La historia clínica se define como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. Además, posee función estadística, académica y científica”. Su correcto uso y registro resulta esencial en la atención kinésica, que también contribuye al diagnóstico propio de la disciplina.

Objetivo: este trabajo buscó caracterizar a la población que acudió al servicio de Kinesiólogía de un centro de salud de Venado Tuerto.

Métodos: mediante el análisis de las historias clínicas utilizadas durante el período comprendido entre junio del 2019 hasta junio del 2022; previa revisión bibliográfica.

Resultados: se detectaron fallas y omisiones en el diseño y formato de las historias clínicas: segmentadas por la especialidad y de forma analógica en papel, el subregistro de antecedentes clínicos, ausencia de diagnósticos kinésicos, falta de datos sobre ocupación laboral de los usuarios, entre otros.

En el área pediátrica, mayormente las consultas corresponden a rehabilitación respiratoria. En adultos la mayoría acude a rehabilitación traumatológica, predomina el rango 30-60 años de edad. En ocupación laboral prevalecen las amas de casa, empleadas domésticas y empleados de construcción. Sorprende la elevada cantidad de abandonos al tratamiento en adultos (81%), no así los reingresos (14%); siendo menor en niños (63% y 16%, respectivamente).

Conclusión: resulta imperiosa la implementación de un único documento digital que abarque todo el historial de salud de la persona y permita el acceso a cada consulta e intervención, y facilite la comunicación entre profesionales involucrados.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	1
II.	OBJETIVOS .....	4
	II.a. Objetivo general .....	4
	II.b. Objetivos específicos .....	4
III.	MARCO TEÓRICO .....	5
	III.a. Servicios públicos de salud de Venado Tuerto .....	5
	III.b. Historia clínica .....	7
	III.c. Investigación en APS .....	11
IV.	JUSTIFICACIÓN .....	17
V.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	18
VI.	RESULTADOS.....	21
	VI.a. Diagrama de flujo .....	21
	VI.b. Análisis de resultados .....	22
VII.	DISCUSIÓN .....	34
VIII.	CONCLUSIÓN .....	38
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
X.	ANEXOS .....	41

## I. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia parte del sistema de salud público de Argentina, pero asimismo también influye en el desarrollo social y económico del mismo. Desde su concepción en la declaración de Alma Ata en 1978, se destacan un conjunto de principios con el propósito de proteger y promover la salud de todas las personas; y que formulan los valores que la caracterizan. Siendo estos la universalidad, la equidad (derecho a la salud independientemente de su cualquier condición), la integralidad, la accesibilidad (tanto atención, prevención o rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad), gratuidad y calidad <sup>(1)</sup>.

Pese a las múltiples críticas al Sistema Público de Salud (burocracia, inefectividad, falta de objetivos y respuestas acordes), al basarse en la estrategia de APS y sus valores antes descritos se considera más eficiente y efectivo que aquellos antiguos sistemas basados en la especialización <sup>(2)</sup>. Pero no se pueden obviar las desigualdades en materia de salud que todavía existen, el acceso a los servicios de salud, el modelo arraigado e ineficiente de atención centrado en los servicios hospitalarios, la segmentación y fragmentación de los sistemas y servicios, el financiamiento insuficiente de la salud, la falta de políticas gubernamentales y la prevalencia cada vez más alta de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo <sup>(3)</sup>.

Según un estudio del año 2010, Argentina cuenta con 6433 CAPS, de los cuales el 54% son provinciales y 45% municipales. Las modalidades de trabajo son heterogéneas: hay centros de primer nivel que realizan interdisciplinariamente tareas de promoción y prevención de manera sistemática, otros prestan asistencia más convencional centrada en la consulta <sup>(4)</sup>. Los datos obtenidos mediante estudios epidemiológicos de Argentina avalan la necesidad de reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, integrar los servicios de salud pública y la atención personal orientado hacia las familias y las comunidades, usar datos confiables para la planificación y la toma de decisiones e incentivando mejoras en la calidad de los servicios. Es imprescindible que estos deben corresponderse con las necesidades específicas de cada población <sup>(5)</sup>.

Ante el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo asociados (en todos los grupos socioeconómicos, en todos los países), el rol del primer nivel de atención es esencial y debe tomar aún más protagonismo. Es necesaria la inversión en el aumento de la capacidad del primer nivel de atención para la prevención y promoción de la salud, diagnóstico temprano y detección de los factores de riesgos; siendo pilares de la Declaración de Alma Ata y de la Estrategia de Salud Universal <sup>(6)</sup>.

Deben proponerse cambios en el equipo de salud para que cuente con las capacidades para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y junto a la comunidad realizar acciones de promoción y prevención (tanto de problemáticas agudas como crónicas) incluidas las secuelas y discapacidades. Constituyendo así una relación cercana y fluida, que contribuye al sentido de pertenencia y permanencia entre las partes intervinientes; el paciente, la comunidad, los profesionales y el centro de salud <sup>(6)</sup>.

Como es sabido desde la antigüedad, el uso de la historia clínica en la práctica profesional resulta fundamental. Se puede definir como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud; contemplada en la ley 26.529, posteriormente modificada por la ley 26.742” <sup>(7)</sup>. Además de sus funciones de atención sanitaria, médicas y jurídicas posee función estadística, académica y científica <sup>(8)</sup>. Esto implica que el seguimiento de los datos surgidos de las mismas puede aportar información para la elaboración de políticas sanitarias, como así también de la denominada “vigilancia epidemiológica”. Esto contribuye al conocimiento de las condiciones epidemiológicas de la comunidad y con ello ajustar prestaciones de los centros de salud de acuerdo a la realidad evaluada; además permite apreciar la utilidad de los programas de salud existentes y posibilita el desarrollo de nuevos.

Para esto, mediante la realización de estudios epidemiológicos descriptivos, donde se valoran la frecuencia y la distribución de las enfermedades en las poblaciones, con relación a las variables de persona, lugar y tiempo pueden aportar indicios que contribuyan a generar hipótesis sobre asociaciones entre factores de exposición y estados de salud o enfermedad; o estudios epidemiológicos analíticos, que valoran determinantes de los estados de salud o enfermedad, comprobando o rechazando las hipótesis generadas por los estudios descriptivos, con el objetivo de identificar factores de riesgo o protectores de una enfermedad. <sup>(9-11)</sup>

El correcto uso y registro de la historia clínica resulta esencial en la atención kinésica, no sólo por lo anteriormente descrito, sino que también contribuye al diagnóstico propio de la disciplina. Sahrman (1988) hace la primera definición del diagnóstico fisioterapéutico como “el término que describe las disfunciones esenciales, objeto de tratamiento del fisioterapeuta. La disfunción es identificada sobre la base de las informaciones obtenidas a partir de la historia de la enfermedad, los signos, síntomas, exámenes y test que él mismo ejecuta o solicita”. Por su parte, la Confederación Mundial de Fisioterapia en 1999 define el diagnóstico como “el resultado del proceso de razonamiento clínico que puede ser expresado en términos de disfunción del movimiento o contener categorías de deterioro, limitación funcional, capacidad/discapacidad o síndromes”.

Por último, Gordon (2013) plantea que el diagnóstico en particular para el kinesiólogo resulta de un proceso ordenado de razonamiento clínico, identificando problemáticas y factores que afectan explícitamente la expresión de función, producto de las variaciones en las condiciones de movimiento. De esta forma guiará el pronóstico y orientará las estrategias de intervención (...).<sup>(12)</sup>

Tras observar y analizar el servicio de kinesiología en un centro de salud de Venado Tuerto se detectó un desconocimiento en cuanto a las características de la población que asistió al efector; con el agregado que la información suministrada en las historias clínicas no fue utilizada para otro fin más que el diagnóstico y asistencial.

## **II. OBJETIVOS**

### **II.a. Objetivo general**

Caracterizar a la población que acude al servicio de Kinesiología de un centro de salud de Venado Tuerto mediante el análisis de historias clínicas utilizadas, durante el período comprendido entre junio del 2019 hasta junio del 2022.

### **II.b. Objetivos específicos**

- Analizar el registro y el diseño de las historias clínicas utilizadas.
- Conocer las características de la población asistente.
- Describir hábitos de salud de los usuarios.
- Conocer la frecuencia de aparición de patologías y clasificarlas de acuerdo al área kinésica competente.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **III.a. SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DE VENADO TUERTO**

La red de salud de la provincia de Santa Fe está compuesta por efectores (Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano:

- 1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al usuario. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel: Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad.
- 3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, último y más completo nivel de la red.

La ciudad de Venado Tuerto pertenece a la Región 5, Nodo del mismo nombre de la ciudad; y cuenta con una red de servicios públicos conformada por el Hospital Alejandro Gutiérrez, dependiente del Ministerio de Salud provincial, y 12 Centros Comunitarios (primer nivel de atención) dependientes del Municipio: Villa Casey, Juan XXIII, Rivadavia, Ciudad Nueva, Santa Rosa, San Vicente, San José Obrero, Malvinas Argentinas, Victoria (ex Tiro Federal), Iturbide, la Asistencia Pública Municipal y el Centro Integrador Comunitario. Ellos brindan, en mayor y menor medida, las siguientes atenciones: pediatría, obstetricia, odontología, farmacia, vacunatorio, enfermería, nutrición, psicología, tocoginecología, trabajo social, clínica médica y kinesiología.

Actualmente en la provincia de Santa Fe se utiliza el Sistema de Atención Primaria (SICAP) desde el año 2012, que permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar única y accesible desde cualquier efector, otorgar turnos programados, mantener un registro de consultas y otras actividades como vacunación, automatizar y simplificar las tareas administrativas, Plan Nacer, etc. Dicho sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

El servicio de kinesiología funciona gracias a un convenio con la Universidad del Gran Rosario (UGR), y actualmente se desempeña en dos centros de salud y una asociación civil. Mención aparte para los servicios de kinesiología brindados por el



Hospital, con sus respectivas especialidades (cuidados intensivos e internación en sala, internación pediátrica, traumatología, neurorrehabilitación pediátrica y adultos); y el que se ofrece en el Hogar Santa Ángela. Por ello, la UGR estableció un “Proyecto de Fortalecimiento del Registro de Prestaciones de las UDAS” que se realiza actualmente a través de Google Forms mediante cuentas con dominio “@ugr.edu.ar” para los estudiantes. Si bien la implementación de estos formularios en el último año ha generado entre los estudiantes mayor adherencia a los procesos de la carga y registro de datos por ser un requisito obligatorio dentro de la práctica, es necesario contar con recursos humanos disponibles para la optimización de la base de datos que arrojan los formularios y que contribuya mayormente a la gestión de la información. Esto permitiría elaborar y reportar informes periódicos a docentes instructores, actores de gestión y equipos para facilitar la toma de decisiones; y generar informes analíticos sobre situaciones de salud, enfermedad, patologías y/o lesiones prevalentes observados en los servicios brindados.

### III.b. HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica es una de las herramientas más importantes y útiles para la actividad cotidiana de los servicios de salud. Muchas veces menospreciada por lo tediosa y poco práctica, una historia clínica bien diseñada y utilizada es una aliada noble y de mucho valor para los profesionales de atención primaria. Su función primordial es ordenar la información para mejorar y facilitar la atención del individuo y la familia; nos permite reflexionar sobre los pacientes y abrir un canal de comunicación entre los distintos agentes de salud que actúan sobre el mismo (Médicos de Familia, Clínicos, Personal de Enfermería, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Administrativos, etc.); además de facilitar evaluaciones que nos permitan garantizar la calidad de nuestra actividad.

Durante el Siglo XX se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado en forma decisiva el modelo de la historia clínica hospitalaria y de atención primaria actuales:

1. Historia clínica única para cada paciente: los hermanos Mayo, en 1907, en el St. Mary's Hospital (EE UU), fueron pioneros en la introducción de una historia clínica única para cada paciente. Esto mejoró la continuidad, pero el necesario archivo centralizado implicaba grandes inversiones en infraestructura, enlenteciendo el acceso a la información.
2. Método estandarizado de registro de datos: en la década de 1920, los hospitales norteamericanos decidieron que, para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recolección de información. Se consensuó el conjunto mínimo básico de datos.
3. Historia clínica orientada a los problemas: introducida por el Dr. Lawrence Weed a mediados de la década de 1960. Dentro del modelo biopsicosocial, al trabajar por problemas y registrarlos, necesitamos un instrumento idóneo que nos permita reflejar la realidad con la que interactuamos.

El modelo clásico de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates ordenaba los datos cronológicamente, se partía de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, la evolución clínica y por último la epicrisis; a medida que la ciencia aportaba nuevos estudios diagnósticos la historia clínica se fue convirtiendo en documentos lentos y tediosos para su interpretación y, para algunos, con poco valor clínico; además de no considerar los problemas psicológicos o sociales de los pacientes. (...) En la historia clínica tradicional su orden cronológico hace difícil seguir la evolución de un problema determinado; además es

difícil realizar evaluaciones de garantía de calidad; la información no se encuentra sistematizada por lo cual no es posible informatizarla; y por supuesto al no estar previsto, es dificultoso realizar y registrar los cuidados preventivos del paciente.

Una historia clínica útil sería una que registre los problemas de salud de sus pacientes, no solo los problemas de origen biológico sino también los de la esfera psicológica y social. Debe estar diseñada para registrar no solo los problemas presentes sino aquellos que han pasado y por sus características puedan afectar la funcionalidad del paciente o grupo familiar; además debe registrar los elementos que nos permitan conocer el contexto en que se desarrollan los problemas de salud (condiciones sociales, económicas, red de apoyo familiar y social). Existen condiciones que a pesar de parecer obvias deben ser consignadas y respetadas, como por ejemplo: que sea accesible y esté disponible siempre que se la necesite por cualquier miembro del equipo; que sea escrita en letra legible, en un lenguaje familiar y de fácil comprensión; los datos introducidos debería poder ser hallados rápida y fácilmente; la historia clínica usada debe ofrecer la información adecuada a los auditores y a los agentes de justicia, y ser útil para las funciones de docencia e investigación (características prioritarias de la atención primaria). Por último, cada día es más necesario pensar en la informatización de la historia clínica, debido a la creciente necesidad de un manejo rápido y ágil de los datos; ya existen modelos de historia clínica orientada por problema informatizados que se pueden instalar en una computadora estándar para el manejo de su consultorio; incluso hay versiones móviles.<sup>13</sup>

En Argentina no hay propuesta de los organismos representativos sobre los datos a recolectar, más allá de las que cada servicio realiza. Por eso se propone la “Historia Clínica Orientada al Problema”, donde la evolución se realiza por el método del S.O.E.P. (Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plan). Hay 4 partes en la evolución de un problema:

- S: Es la información subjetiva: lo que dice el paciente, los cambios o no en los síntomas.
- O: Es la información objetiva, aquí se describe el examen físico (los signos del paciente, si hubo o no cambios, etc.), el valor de scores clínicos y los resultados de exámenes complementarios (laboratorio, imágenes, etc.) realizados para aclarar el problema.
- E: Se refiere a la interpretación del problema y su reevaluación.
- P: El Plan. Se consta de 4 partes:
  1. Plan Diagnóstico: Aquí se consignan los resultados de laboratorio, estudios por imágenes, test, etc., que se soliciten para especificar el problema.

2. Terapéutica: Se refiere a los tratamientos que se le han indicado al paciente para ese problema. (Medidas Higiénico-Dietéticas, Medicación, Cirugía, Fisioterapia, etc.)
3. Monitoreo: Aquí se debe especificar cómo se realizará monitoreo del problema (HTA: control de TA, DBT: Glucemias, Hb glicosilada, etc.).
4. Educación: Aquí se describe la información que se le da al paciente para la comprensión y/o prevención de su problema, y las estrategias utilizadas para aumentar la adherencia terapéutica. Deben evolucionarse todos los problemas tratados en la consulta. Las notas de evolución deberán ser firmadas por el médico o el agente del equipo (enfermera, psicólogos, trabajo social, etc.) que hubiera actuado en la consulta.

Uno de los principales factores estructurales que facilita el seguimiento del paciente está relacionado con la utilización de una única historia clínica electrónica, que permita disponer de información exhaustiva y sistemas de codificación compatibles entre los diferentes niveles de atención. La baja concordancia entre los registros clínicos de Asistencia Primaria y Hospital, así como la bidireccionalidad de la misma, obligan a integrar la información contenida en los distintos registros asistenciales si queremos disponer de información completa sobre los problemas de salud que presenta un paciente. La historia clínica electrónica compartida permitirá, eventualmente, que toda la información clínica, básica y fundamental esté disponible tanto para profesionales sanitarios como para la comunidad investigadora.<sup>14</sup>

En España, la Base de Datos para la Investigación Fármaco-epidemiológica en atención primaria (BIFAP) comenzó formalmente en 2003 con aquellos centros de salud y médicos de atención primaria que usaban el programa informático OMI como historia clínica, y que se incorporaban voluntariamente. Actualmente dispone de 3 millones de pacientes adscritos a 1.148 médicos de atención primaria y 9 comunidades autónomas. Un buen ejemplo de la investigación que se puede hacer con esta base de datos, es el estudio sobre la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad que se publica. (...) El uso de la base de datos BIFAP ha permitido conocer con bastante rigurosidad su incidencia.

Con estas grandes bases de datos de atención primaria se pueden hacer diferentes tipos de estudios:

- Estudios de morbilidad: historia natural de las enfermedades, prevalencia, incidencia y estudios de comorbilidad.
- Estudios del impacto de los estilos de vida sobre las enfermedades y de las enfermedades y tratamientos sobre los estilos de vida.
- Estudios de los factores de riesgo de las enfermedades y los resultados de los tratamientos.
- Estudios de beneficio-efectividad de los fármacos en la vida real.
- Estudios de la utilización de fármacos, uso adecuado y sus efectos adversos.
- Estudios de utilización de las consultas y de las derivaciones al segundo nivel.
- Estudios de costes.

Estas plataformas se nutren de tres aspectos específicos y fundamentales de la atención primaria, la atención longitudinal, la visión holística y la universalidad. Los estudios realizados con este tipo de plataformas tienen, entre otras ventajas, que el tamaño de muestra deja de ser un problema para convertirse en una virtud (...)

Entre los inconvenientes, los datos disponibles no siempre son los más adecuados, pudiendo surgir nuevas necesidades de información que no estaban disponibles en el pasado. Los datos faltantes pueden constituir un auténtico problema. En España, las diferentes administraciones autonómicas y la diversidad de sus programas informáticos de historias clínicas pueden constituir una barrera, a veces infranqueable, para compartir los datos. Esto último también sería extrapolable a la posibilidad de compartir datos entre países.

En cualquier caso, debemos ser conscientes de la potencialidad de la investigación en atención primaria incluso en Argentina. En este sentido, aunque todavía quedan cosas por hacer, las grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria constituyen una gran ventaja que debemos saber estimular, cuidar y promocionar.<sup>15</sup>

### **III.c. INVESTIGACIÓN EN APS**

Las prioridades de investigación en atención primaria de salud se definen según diferentes aspectos. Deben estar en consonancia con las necesidades de la población, con el fin de dar una mejor respuesta a éstas. Tendrían que basarse en las incertidumbres y las lagunas de conocimiento que surgen durante la prestación de servicios, tanto en los profesionales como en la organización de los servicios. Por otra parte, cabe señalar la importancia de desarrollar e impulsar la realización de proyectos de investigación interdisciplinarios para mejorar la comprensión de muchos aspectos que, de otra manera, podrían estar sesgados al integrar sólo la visión de una única disciplina. (...)

En la APS, la gran mayoría de los problemas de salud se presentan en sus fases iniciales. Por ello, a menudo el proceso diagnóstico se basa en un síntoma o conjunto de síntomas incipiente y conlleva la toma de decisiones en condiciones de gran incertidumbre. En este sentido, la disponibilidad y el alcance actual de la historia clínica informatizada ofrecen especiales ventajas para el desarrollo de estudios de base poblacional sobre el valor pronóstico de estos síntomas.

La atención primaria de salud busca cuidar a las personas en función de sus características biológicas, psicológicas, valores, creencias, cultura, situación familiar y social. Este enfoque holístico justifica la prioridad de desarrollar y evaluar la efectividad de modelos e intervenciones biopsicosociales (...)

Tabaco, alcohol, actividad física y dieta son las cuatro primeras causas de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestra sociedad. En APS es prioritario desarrollar y evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a impulsar conductas promotoras de salud, teniendo en cuenta las oportunidades que brindan la relación continua con los pacientes y la posibilidad de intervenir en el contexto familiar y comunitario. La atención primaria de salud determina el funcionamiento del conjunto del sistema de salud, ya que es más accesible y clave para la coordinación e integración de la atención.

Las enfermedades crónicas más prevalentes precisan intervenciones complejas y coordinadas entre los diferentes ámbitos de atención sanitaria y social. Sin embargo, la mayor parte de los cuidados de salud se estructuran alrededor de actuaciones episódicas y fragmentadas. Necesitamos nuevos modelos de atención integrada y organizativos, además de programas de gestión de pacientes con enfermedades crónicas, que tengan en cuenta la complejidad y la multimorbilidad, así como desarrollar

procesos de atención basados en el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Por todo ello, es necesario realizar evaluaciones de los resultados de estos nuevos modelos de atención, orientados a conseguir una mejora de los procesos que se traduzca en un mayor autocuidado y capacitación de las personas para mantener y mejorar su salud, su autonomía y su calidad de vida, así como una disminución de complicaciones, mortalidad y costes. Además, en una sociedad en proceso de envejecimiento como la nuestra, y teniendo en cuenta la longitudinalidad de la atención, es necesario desarrollar conocimiento científico sobre la atención al final de la vida, tanto en los procesos oncológicos como en los no oncológicos.

Otra línea prioritaria de investigación, muy importante en estos tiempos de crisis económica, es la investigación en gestión y organización de los servicios sanitarios. Mayoritariamente este tipo de investigación la realizan los profesionales asistenciales o expertos en salud pública. No hay una coordinación entre las evaluaciones y los análisis realizados por los investigadores y los gestores que toman estas decisiones. La organización de las urgencias, la forma de pago a los profesionales, el cierre de camas hospitalarias, las listas de espera, los modelos de atención primaria de salud, etc., son decisiones tomadas por gestores y políticos sin suficiente evidencia científica.

Ya se ha señalado la posibilidad que ofrece la atención primaria de salud para intervenir en el contexto familiar y comunitario. Es necesario explorar formas innovadoras de cooperación intersectorial, e investigar los resultados de diferentes modelos de atención primaria de salud orientada a la comunidad, en especial en áreas como la promoción de conductas saludables y la atención a poblaciones especialmente vulnerables. Finalmente, los servicios de atención primaria de salud pueden desempeñar un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud. Estas desigualdades se observan en todos los países, su impacto sobre la salud y el funcionamiento del conjunto de la sociedad es muy grande y, lejos de disminuir, van en aumento. Debe investigarse sobre estas desigualdades, identificar sus determinantes y evaluar intervenciones dirigidas a reducirlas, además de incorporar la equidad de forma transversal a todas las áreas de investigación en salud.<sup>16</sup>

El SIDIAP es una unidad funcional derivada de la experiencia y los recursos compartidos entre el IDIAP Jordi Gol y el ICS. Su objetivo principal es generar un gran sistema de información con datos provenientes de la historia clínica informatizada del ICS (e-CAP) y de otras fuentes complementarias que permita obtener información válida y fiable para la investigación en Atención Primaria. La creación del SIDIAP, por tanto, debe permitir potenciar la investigación propia del ICS, así como fomentar la evaluación

sanitaria de la institución y mejorar su gestión clínica mediante la creación de nuevo conocimiento. (...) El ICS es el principal proveedor de servicios sanitarios de Cataluña. Gestiona 279 Equipos de Atención Primaria (EAP) que tienen asignados 5,8 millones de ciudadanos, aproximadamente el 80% de la población catalana. Todos los profesionales de Atención Primaria del ICS (más de 10.000) usan el mismo programa de historia clínica informatizada (e-CAP), creado por el propio ICS. La implantación del programa se inició a finales de los años 90 del siglo pasado y desde 2005 su uso es universal en todas las visitas, tanto de medicina como de enfermería, que se realizan en los EAP del ICS. SIDIAP dispone, para cada uno de los 5,8 millones de ciudadanos asignados a los EAP del ICS, de la siguiente información individual vinculada mediante un identificador personal único y anónimo:

1. Información proveniente del programa de historia clínica eCAP: se dispone de todos los datos registrados desde la puesta en funcionamiento del programa, entre 1998 y 2005, según el EAP. No obstante, también se dispone de información anterior a estas fechas, pues los datos registrados en las historias clínicas en papel se traspasaron a la historia clínica e-CAP durante el proceso de informatización. De esta manera, para cada individuo es posible obtener la información siguiente: Datos demográficos: fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad, EAP y profesionales asignados. Visitas realizadas en Atención Primaria: fecha y profesional responsable. Problemas de salud: códigos según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y fecha de diagnóstico. Se dispone de todos los problemas de salud tanto agudos como crónicos. Variables clínicas: fecha y valor. Se dispone de todas las variables clínicas registradas; por ejemplo, las presiones arteriales, el hábito tabáquico o el IMC, entre muchas otras. Prescripciones: fecha, producto prescrito, posología y profesional que realiza la prescripción. Inmunizaciones: vacuna administrada y fecha. Derivaciones: fecha y especialidad a la que se deriva.
2. Información de resultados de laboratorio: se dispone, desde el año 2006, de los resultados de todas las pruebas analíticas solicitadas desde los EAP del ICS. Esta información se extrae directamente de las bases de datos de los laboratorios y por tanto no depende del registro manual que puedan realizar los profesionales de los EAP.
3. Información de la medicación dispensada en las oficinas de farmacia: se dispone, desde el año 2005, de todos los productos farmacéuticos con receta del sistema nacional de salud realizada por un profesional del ICS retirados de



las oficinas de farmacia. Esta información se extrae de la base de datos de facturación del Servei Català de la Salut (CatSalut), que engloba información obtenida a partir del proceso de facturación de las oficinas de farmacia sobre: el producto dispensado (mediante lectura del código del medicamento), el paciente que retira la medicación (a partir de la lectura del CIP) y el profesional y centro donde se ha realizado la prescripción (mediante lectura del código asignado al talonario).

Adicionalmente, para cada proyecto y mediante un mecanismo que garantiza en todo momento la confidencialidad de los datos clínicos, SIDIAP permite la vinculación con otras bases de datos de Cataluña. En este sentido, las 2 bases de datos principales son la de altas hospitalarias de Cataluña (CMBD-AH), con información de todos los ingresos en hospitales de la comunidad, y el registro de mortalidad (fecha y causas de muerte de todas las defunciones de los residentes en Cataluña). De la misma manera, se han iniciado experiencias con otras bases de datos como registros de cáncer o registro de artroplastias. (...) La calidad de los datos de SIDIAP depende fundamentalmente de la exhaustividad y precisión con que los profesionales de los EAP registran los datos clínicos de los pacientes en el programa e-CAP. Para garantizar una calidad óptima de los datos, SIDIAP ha desarrollado el Estándar de Calidad de Registro (EQR), que es un indicador de la integridad y exhaustividad del registro en e-CAP de cada uno de los profesionales del ICS. (...)

Las bases de datos de Atención Primaria, como SIDIAP, presentan una serie de ventajas respecto de otras fuentes de información: aportan grandes muestras de personas y seguimientos de larga duración a un coste muy inferior al de los estudios de cohortes o casos y controles convencionales; los datos son validados rutinariamente y por personas independientes de los que los recogen, circunstancia que no ocurre con muchos otros estudios; se relacionan con múltiples fuentes de información (altas hospitalarias, certificados de mortalidad, datos del censo), que permiten que esta sea más rica y completa; no supone una participación activa del paciente cuando se recoge la información y los datos son muy representativos de la práctica clínica real, puesto que son recogidos durante la puesta en escena de la misma. El inconveniente principal de estas fuentes de datos es la falta de validación individual de los eventos de estudio. Sin embargo, esto puede ser minimizado mediante estudios y métodos ampliamente utilizados en las bases de datos de Atención Primaria internacionales y que permiten valorar la integridad y validez de sus datos: comparación de las tasas obtenidas con las de la literatura médica o con otras bases de datos de Atención Primaria similares;

comparación de los resultados con los de otras bases de datos de tipo poblacional, como puedan ser los registros (mortalidad, cáncer o artroplastias, por ejemplo), bases de datos hospitalarias, bases de datos de facturación de farmacia u otras fuentes. Por otra parte, SIDIAP ofrece unas características diferenciales interesantes con respecto a las otras bases de datos existentes: la mayoría de las bases de datos existentes se basan en la participación voluntaria de médicos de familia, mientras que en SIDIAP participan todos los profesionales de Atención Primaria del ICS.

Las prioridades de investigación en atención primaria de salud se definen según diferentes aspectos. Deben estar en consonancia con las necesidades de la población, con el fin de dar una mejor respuesta a éstas. Tendrían que basarse en las incertidumbres y las lagunas de conocimiento que surgen durante la prestación de servicios, tanto en los profesionales como en la organización de los servicios. Por otra parte, cabe señalar la importancia de desarrollar e impulsar la realización de proyectos de investigación interdisciplinarios para mejorar la comprensión de muchos aspectos que, de otra manera, podrían estar sesgados al integrar sólo la visión de una única disciplina. (...)

La atención primaria de salud busca cuidar a las personas en función de sus características biológicas, psicológicas, valores, creencias, cultura, situación familiar y social. Este enfoque holístico justifica la prioridad de desarrollar y evaluar la efectividad de modelos e intervenciones biopsicosociales, especialmente si tenemos en cuenta que entre el 30% y el 60% de las visitas se realizan por signos y síntomas carentes de explicación desde el punto de vista exclusivamente biológico.

Las características y el potencial de la investigación en atención primaria de salud están claras, y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran su capacidad para investigar y desarrollar proyectos multicéntricos de calidad. Sin embargo, en el futuro es fundamental consolidar estas experiencias y crear organizaciones de investigación específicas de atención primaria de salud que permitan responder a las necesidades que ésta plantea. Para ello es urgente un mayor soporte político y económico, si se quiere ayudar a innovar en este importante ámbito asistencial del Sistema Nacional de Salud, así como para pasar de la actual situación de voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación.

Los cambios en el entorno institucional y financiero de la investigación de Argentina hacen necesario adaptar y modernizar las estructuras organizativas y de

gestión de la investigación, con la finalidad de generar conocimiento útil para aumentar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del abordaje de los problemas y de los condicionantes de salud, así como de la organización de servicios en la atención primaria de salud. Es necesario el trabajo coordinado entre investigadores de atención primaria de salud, atención especializada, salud pública, población, clínicos, gestores y políticos. La unión y la convergencia de esfuerzos permitiría un mejor desarrollo de la investigación y de la innovación. Ello facilitaría la investigación aplicada y con vocación traslacional, metodología interdisciplinaria, recursos suficientes y orientada a generar conocimiento para la innovación, la transformación y la mejora de la salud de la población. Además, facilitaría el acceso de los profesionales de atención primaria de salud a dicho conocimiento y mejoraría su transferencia y aplicabilidad a la práctica clínica.<sup>17</sup>

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

Ante la observación del uso de las historias clínicas de un centro de salud de la ciudad de Venado Tuerto, se detecta un vacío en el conocimiento sobre las características y prevalencia de las afecciones de la población, los datos obtenidos informarán sobre la realidad y necesidades de la población afectada pudiendo aplicarse a la capacitación de los profesionales implicados a fin de brindar la mejor atención costo-beneficio, la optimización de recursos disponibles, el diseño e implementación de programas de prevención y promoción de la salud acordes a la situación observada, sumado a la elaboración de un mejor documento clínico.

## V. MATERIALES Y MÉTODOS

La realización del presente trabajo constó de dos etapas: la primera incluyó una revisión bibliográfica consultando las siguientes fuentes, NLA, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Biblioteca Electrónica de Ciencia y Tecnología del MinCyT, biblioteca de la UGR; y bases de datos como SciELO, Cochrane y PubMed. Mediante el uso de palabras claves sin restricciones de lenguaje ni tipo de estudio; filtrando los estudios publicados hasta 10 años anteriores a la fecha de búsqueda y referentes a Argentina. Es importante destacar la escasa presencia de estudios nacionales que correspondan a la temática planteada y, por lo tanto, los estudios obtenidos son mayormente extranjeros.

Asimismo, las estrategias de búsqueda brindaron resultados que contribuyeron al desarrollo y sustento del marco teórico; aunque la mayor parte de ellos se obtuvieron mediante búsquedas relacionadas.

Palabras Clave	DeCS	MeSH	Libre
Características de la población	características de la población	population characteristics	population characteristics
Atención primaria de la salud	atención primaria de salud	primary health care	primary health care
Argentina	argentina	argentina	argentina
Historia clínica	registros médicos	medical records	medical records
Epidemiología	epidemiología	epidemiologic factors	epidemiology
Investigación sobre Servicios de Salud	investigación sobre servicios de salud	health information system	health information system

Estrategias de búsqueda		
((("population characteristics"[MeSH Terms]) AND ("primary health care"[MeSH Terms])))	(( mh:("Características de la Población" AND mh:("Atención Primaria de Salud"))	population characteristics AND primary health care
((("epidemiologic factors"[MeSH Terms]) AND "medical records"[MeSH Terms]) AND ("primary health care"[MeSH Terms]))	(( mh:("Epidemiología") AND mh:("Registros Médicos") AND mh:("Atención Primaria de Salud"))	epidemiology AND medical records AND primary health care
((("health information system"[MeSH Terms]) AND ("primary health care"[MeSH Terms]) AND ("medical records"[MeSH Terms])))	(( mh:("Investigación sobre Servicios de Salud"))) AND (( mh:("Atención Primaria de Salud"))) AND (( mh:("Registros Médicos")))	health information system AND primary health care AND medical records
((("primary health care [MeSH Terms]) AND (medical records[MeSH Terms]))) AND (argentina[MeSH Terms])	((mh:("Atención Primaria de Salud"))) AND ((mh:(Registros Médicos))	primary health care AND medical records
((("population characteristics"[MeSH Terms]) AND ("argentina"[MeSH Terms]))	(( mh:("Características de la Población"))) AND ((mh:("Argentina")))	population characteristics AND argentina

La segunda etapa se dedicó al análisis de las historias clínicas de los usuarios que acudieron al servicio de kinesiología de un centro de salud de Venado Tuerto a partir del año 2019 hasta junio de 2022; notificando mediante carta a la secretaría de Salud y Desarrollo Social de la cual depende el efector. Así también se recuerda que la información recabada es estrictamente confidencial, no se utilizaron datos personales de ningún tipo tanto de usuarios como profesionales involucrados y sólo se aplicaron para dar respuesta a los objetivos del trabajo; donde la información que se elaboró como

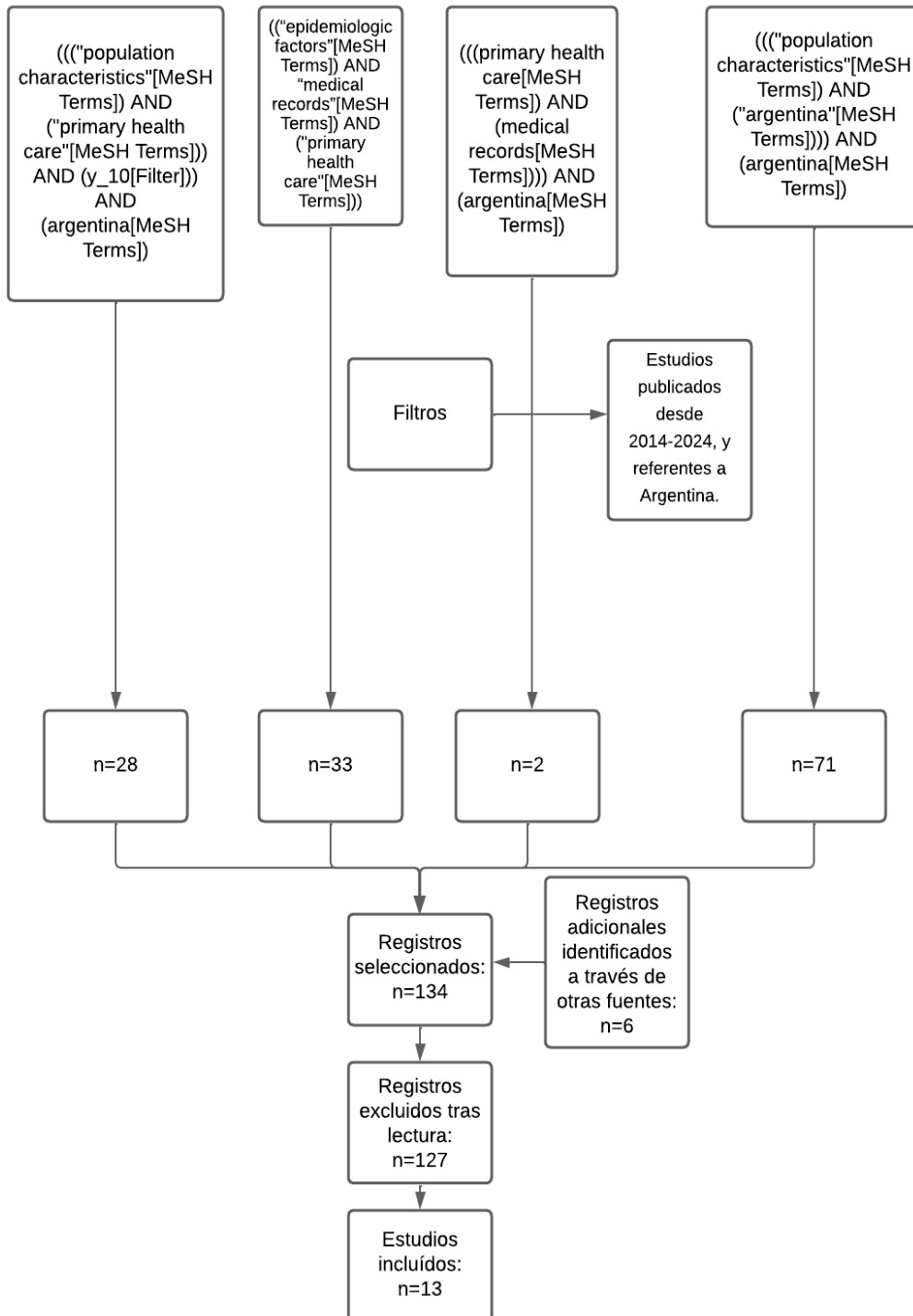
resultado de la presente investigación fue enunciada en un sentido general y no hubo ninguna referencia a cuestiones individuales o personales.

Para ello, los documentos fueron clasificados de la siguiente manera: Pediatría (que abarca usuarios hasta los 18 años de edad) y Adultos (desde los 18 años de edad en adelante). Posteriormente se observó si los apartados de datos personales, antecedentes clínicos, hábitos de salud, contexto socioeconómico y demográfico, diagnóstico médico y diagnóstico kinésico hayan sido completados. También se examinó si la actuación profesional fue completa, cronológica y legible; y se cuantificó los usuarios que recibieron el alta del tratamiento, como así también los abandonos al mismo y los reingresos. En ambas clasificaciones se determinó la especialidad a la que correspondió la atención; a saber, rehabilitación respiratoria, traumatológica y neurológica. Por último, en las historias clínicas de los adultos se analizó si el apartado ocupación laboral estaba completo o incompleto y cuáles profesiones o labores eran prevalentes.

## VI. RESULTADOS

### VI.a. DIAGRAMA DE FLUJO

Respecto a la primera etapa de revisión bibliográfica.





## VI.b. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto a la segunda etapa:

En PEDIATRÍA, con un total de 208 historias clínicas analizadas se obtuvieron los siguientes resultados en los diferentes apartados: datos personales, 188 de las mismas se encontraban completas y 20 incompletas; en antecedentes clínicos, 117 fueron completados y 91 incompletos; en cuanto a hábitos de salud y contexto socioeconómico y demográfico, no fueron completados en ninguna historia clínica; en diagnóstico médico, 186 contaban con el mismo y 22 no lo contenían; en diagnóstico kinésico, únicamente 7 contaban con el mismo y 201 que no lo contenían. En cuanto a la actuación profesional completa, cronológica y legible, 166 de las mismas cumplían con este requisito y 42 de ellas no. De la totalidad analizada, 64 pacientes fueron dados de alta, 132 abandonaron el tratamiento antes de finalizar las sesiones y 33 pacientes fueron reingresados para continuar el tratamiento.

En resumen, el 97.59% (203) de los usuarios correspondió a niños hasta 12 años de edad, y apenas el 2.41% (5) adolescentes hasta los 18 años de edad. Se completaron el 90.38% (188) de los datos personales; el 56.25% (117) de los antecedentes clínicos; el 89.42% (186) de los diagnósticos médicos; y sólo el 3.36% (22) de los diagnósticos kinésicos. El 79.80% (166) de las historias clínicas presentó una actuación profesional completa, cronológica y legible; el 30.76% (64) de los usuarios fue dado de alta al tratamiento; el 63.46% (144) abandonó el mismo; y el 15.86% (33) requirió reingresar al servicio ante nuevos episodios.

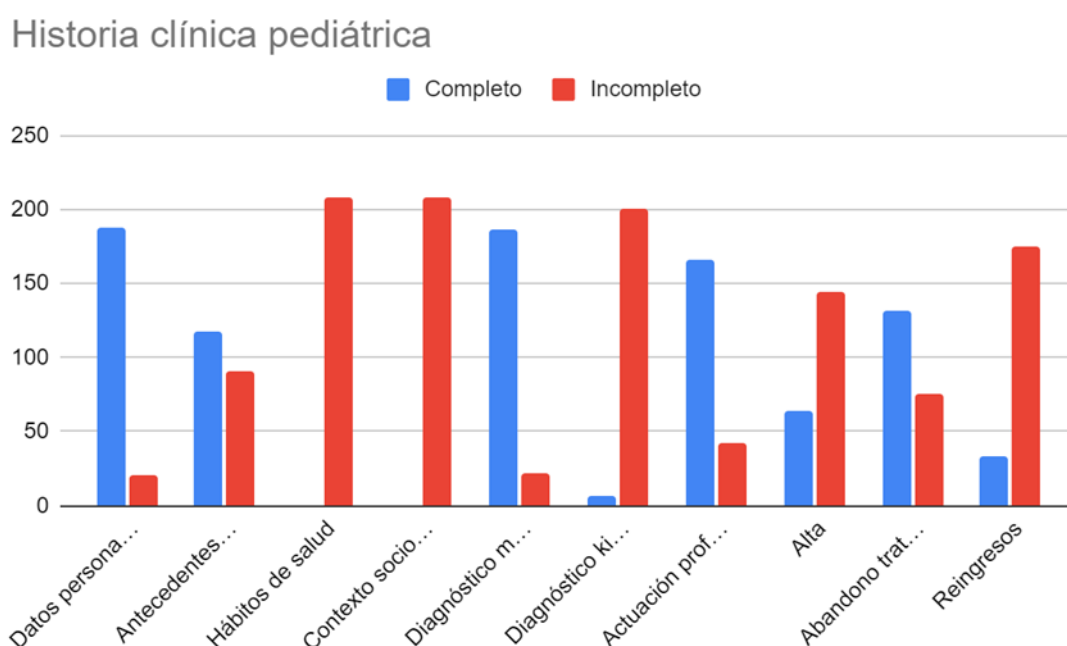


Gráfico 1: Análisis de historias clínicas correspondientes a Pediatría.

<b>PEDIATRÍA</b>		
	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>
<b>Datos personales</b>	188	20
<b>Antecedentes clínicos</b>	117	91
<b>Hábitos de salud</b>	0	208
<b>Contexto socioeconómico y demográfico</b>	0	208
<b>Diagnóstico médico</b>	186	22
<b>Diagnóstico kinésico</b>	7	201
	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Actuación profesional completa, cronológica y legible</b>	166	42
<b>Alta</b>	64	144
<b>Abandono tratamiento</b>	132	76
<b>Reingresos</b>	33	175

Tabla 1: Análisis de historias clínicas correspondientes a Pediatría.

En el apartado ADULTOS, con un total de 86 historias clínicas analizadas se obtuvieron los siguientes resultados en los diferentes apartados: datos personales, 78 de las mismas se encontraban completas y 8 incompletas; en antecedentes clínicos, 30 fueron completados y 56 incompletos; en cuanto a hábitos de salud únicamente 2 presentaban datos, y sobre el contexto socioeconómico y demográfico, no fue completado en ninguna historia clínica; en diagnóstico médico, 72 contaban con el mismo y 14 no lo contenían; en diagnóstico kinésico, 27 contaban con el mismo y 59 que no lo contenían. En cuanto a la actuación profesional completa, cronológica y legible, 68 de las mismas cumplían con este requisito y 18 de ellas no. De la totalidad analizada, 15 pacientes fueron dados de alta, 71 abandonaron el tratamiento antes de finalizar las sesiones y 12 fueron reingresados para continuar el tratamiento.

En resumen, se completaron el 90.69% (78) de los datos personales; el 34.88% (30) de los antecedentes clínicos; el 83.72% (72) de los diagnósticos médicos; y 31.39% (27) de los diagnósticos kinésicos. El 79.06% (68) de las historias clínicas presentó una actuación profesional completa, cronológica y legible; el 17.44% (15) de los usuarios fue dado de alta al tratamiento; el 82.55% (71) abandonó el mismo; y el 13.95% (12) requirió reingresar al servicio ante nuevos episodios.

<b>ADULTOS</b>		
	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>
<b>Datos personales</b>	78	8
<b>Antecedentes clínicos</b>	30	56
<b>Hábitos de salud</b>	2	84
<b>Contexto socioeconómico y demográfico</b>	0	86
<b>Diagnóstico médico</b>	72	14
<b>Diagnóstico kinésico</b>	27	59
	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Actuación profesional completa, cronológica y legible</b>	68	18
<b>Alta</b>	15	71
<b>Abandono tratamiento</b>	71	15
<b>Reingresos</b>	12	74

Tabla 2: Análisis de historias clínicas correspondientes a Adultos.

## Historia clínica adultos

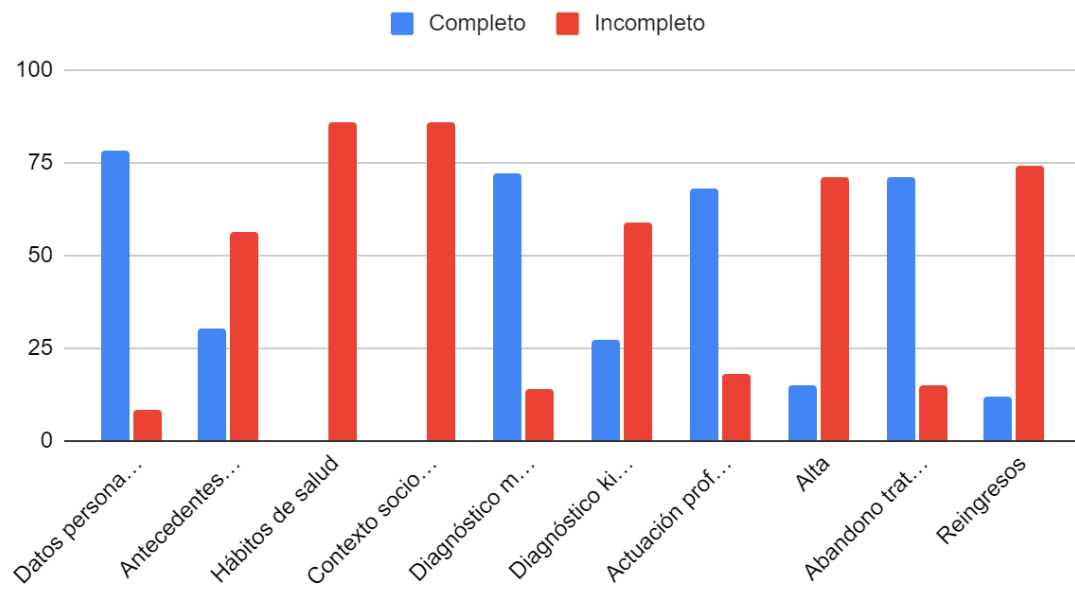


Tabla 2: Análisis de historias clínicas correspondientes a Adultos

En cuanto al apartado MOTIVO DE CONSULTA: en el segmento pediátrico se obtiene que 201 de los usuarios requirieron rehabilitación respiratoria, 6 de traumatología y 1 de neurología. Respecto a los adultos: no hubo ninguna intervención en rehabilitación respiratoria, 74 usuarios de rehabilitación traumatológica y 12 de neurología.

Motivo de consulta	Respiratorio	Traumatología	Neurología
Pediatría	201	6	1
Adultos	0	74	12

Tabla 3: Clasificación de los motivos de consulta según área y rango etario.

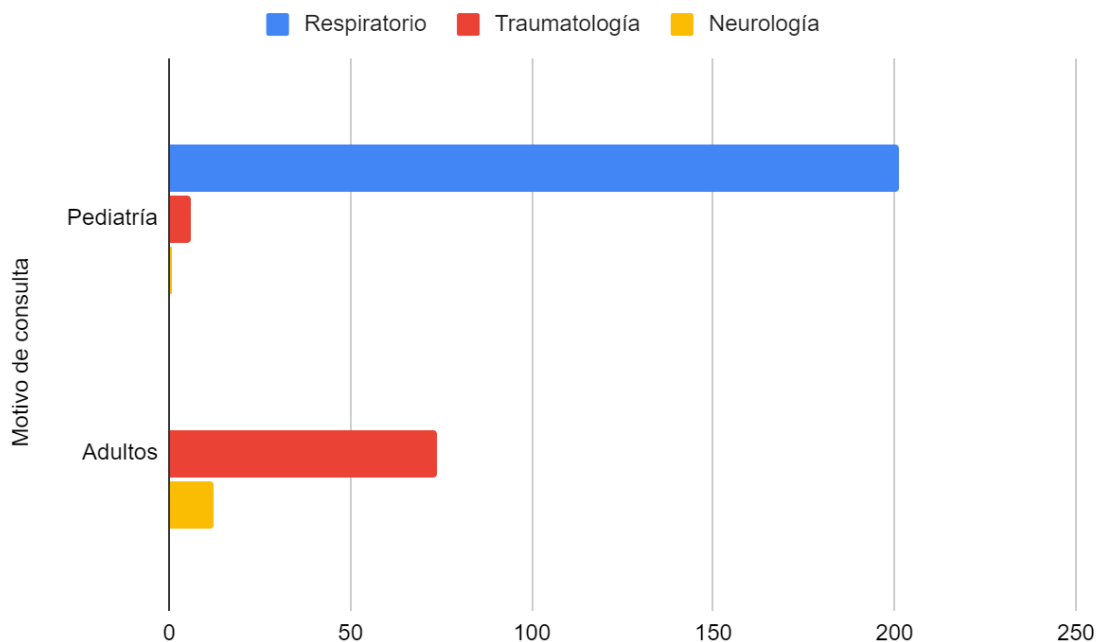


Gráfico 3: Clasificación de los motivos de consulta según área y rango etario

Analizando en profundidad los datos de los usuarios pediátricos, se puede observar que 201 de ellos acudieron por infecciones respiratorias. En tanto que 3 usuarios requirieron rehabilitación postoperatoria por fracturas, 1 por esguinces, 2 por algias. Por último, solamente 1 presentó parálisis facial.

<b>PEDIATRÍA</b>				
<b>Infecciones respiratorias</b>	<b>Postop. fracturas</b>	<b>Esguinces</b>	<b>Algias</b>	<b>Parálisis facial</b>
201	3	1	2	1

Tabla 4: Cantidad de usuarios según motivo de consulta en Pediatría.

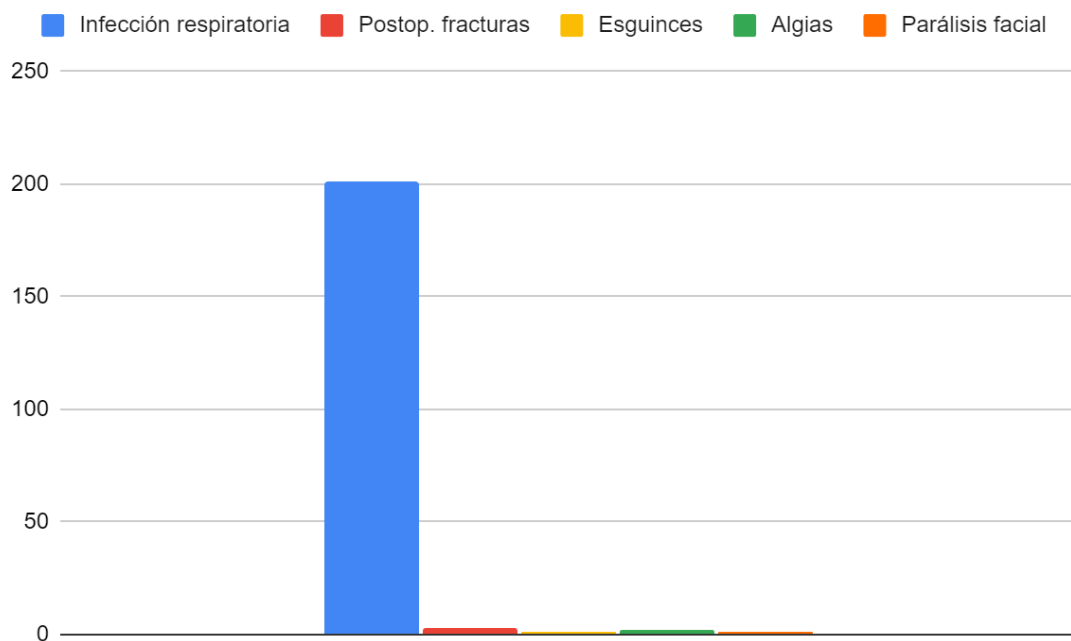


Gráfico 4: Cantidad de usuarios según motivo de consulta en Pediatría.

Analizando en profundidad los datos de los usuarios adultos, se observa que ninguno de ellos acudió por infecciones respiratorias. En tanto, el área traumatológica brindó atención a 74 usuarios de los cuales: 38 usuarios (51.35%) acudieron por algias (que comprende cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia y mialgias), 14 (18.91%) por traumatismos y esguinces, 7 (9.45%) por tendinopatías, 6 (8.1%) por postoperatorios de fracturas, 3 (4.05%) por contracturas musculares, 3 (4.05%) por condropatías, 2 (2.7%) por luxaciones y 1 (1.35%) usuario por desgarró muscular. Por último, el área neurológica brindó atención a 12 usuarios de los cuales: 4 usuarios (33.33%) acudieron al servicio por vértigo, 3 (25%) por ACV, 3 (25%) por neuropatía periférica y 2 (16.66%) por presentar parálisis facial.

<b>ADULTOS</b>		
<b>Traumatología</b>	<b>Algias</b>	38
	<b>Postop. fracturas</b>	6
	<b>Traumatismos / esguinces</b>	14
	<b>Desgarro</b>	1
	<b>Luxación</b>	2
	<b>Contractura Muscular</b>	3
	<b>Tendinopatías</b>	7
<b>Condropatías</b>	3	
<b>Neurología</b>	<b>Vértigo</b>	4
	<b>ACV</b>	3
	<b>Neuropatía periférica</b>	3
	<b>Parálisis facial</b>	2
<b>Respiratorio</b>		0

Tabla 5: Cantidad de usuarios según motivo de consulta en Adultos.

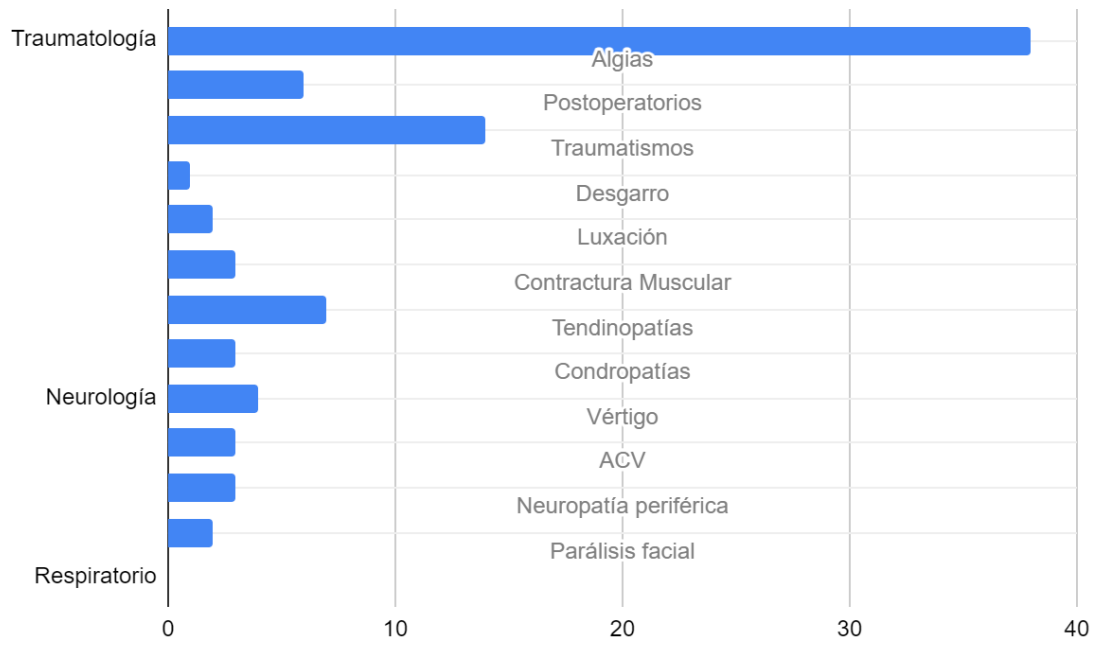


Gráfico 5: Cantidad de usuarios según motivo de consulta en Adultos.



Dentro del apartado de ocupación laboral en las 86 historias clínicas analizadas, se observó que 47 (54.65%) de ellas se encontraban incompletas y 39 (45.34%) completas.

ADULTOS		
	Completo	Incompleto
Ocupación	39	47

Tabla 6: apartado "Ocupación laboral" completo o incompleto.

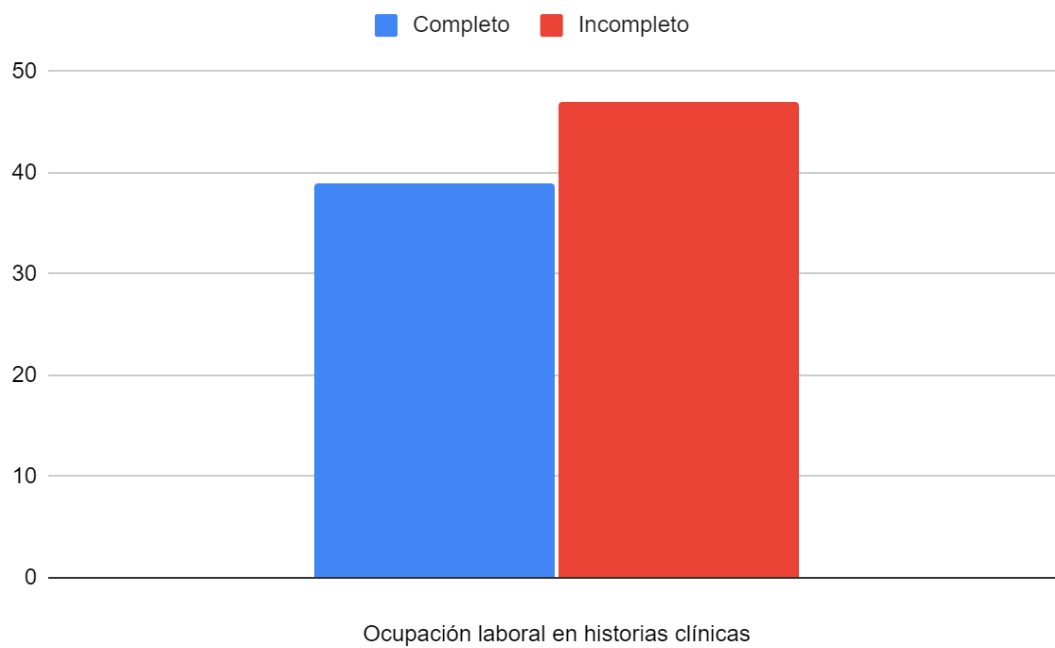


Gráfico 6: apartado "Ocupación laboral" completo o incompleto

Dentro de los datos completados en el apartado mencionado, cabe destacar que 9 usuarios son amas de casa, 8 que se dedican a la construcción, 8 empleadas domésticas, 3 empleados de comercio, 2 agropecuarios, 1 estudiante, 1 del rubro gastronómico, 1 del rubro mecánico, 1 de carnicería, 1 empleado municipal, 1 del rubro seguridad, 1 jubilado, 1 recolector urbano y 1 desempleado.

<b>ADULTOS</b>		
	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>
<b>Ocupación</b>	39	47

Tabla 7: Registro apartado “ocupación laboral”.

<b>Ocupación</b>	<b>Completo</b>
<b>Estudiante</b>	1
<b>Construcción</b>	8
<b>Empleada doméstica</b>	8
<b>Gastronomía</b>	1
<b>Mecánica</b>	1
<b>Agropecuarios</b>	2
<b>Carnicería</b>	1
<b>Empleado Municipal</b>	1
<b>Seguridad</b>	1
<b>Empleado de comercio</b>	3
<b>Jubilado</b>	1
<b>Ama de casa</b>	9
<b>Recolector</b>	1
<b>Desempleado</b>	1

Tabla 8: Cantidad de usuarios según ocupación laboral.

## Ocupación laboral

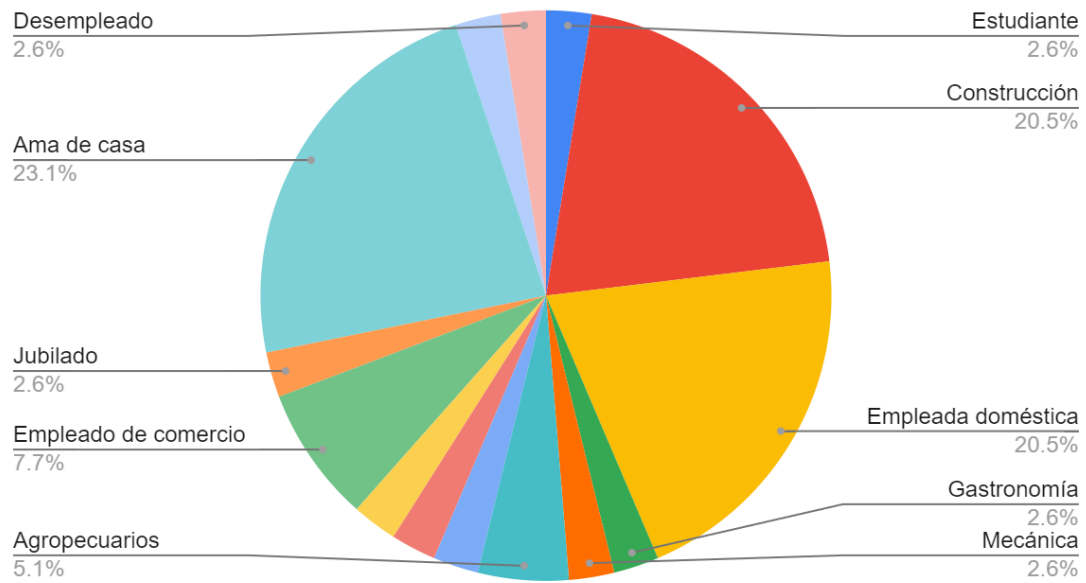


Gráfico 7: Correspondiente a tabla 8, cantidad de usuarios según ocupación laboral.

En cuanto a las edades de los usuarios, se estratificó de la siguiente manera: niños hasta los 12 años, adolescentes desde los 12 hasta los 18 años, adultos jóvenes desde los 18 hasta los 30 años, adulto propiamente dicho desde los 30 hasta los 60 años y adultos mayores desde los 60 años en adelante. Se obtuvo como resultado que se brindó atención del área Pediatría a 203 niños (97.59%) y 5 adolescentes (2.40%); y a 86 usuarios correspondientes al área Adultos de los cuales: el 22.09% (19) correspondió a adultos jóvenes con edades entre 18-30 años, el 56.97% (49) adultos con edades entre 30-60 años; el 11.62% (10) de adultos mayores de más de 60 años; y el 3.48% (3) no contaban con fecha de nacimiento expresada en la historia clínica.

RANGO ETARIO	
Niños	203
Adolescentes	5
Adultos jóvenes	19
Adultos	49
Adultos mayores	10
Sin datos	3

Tabla 9: Cantidad de usuarios según rango etario.

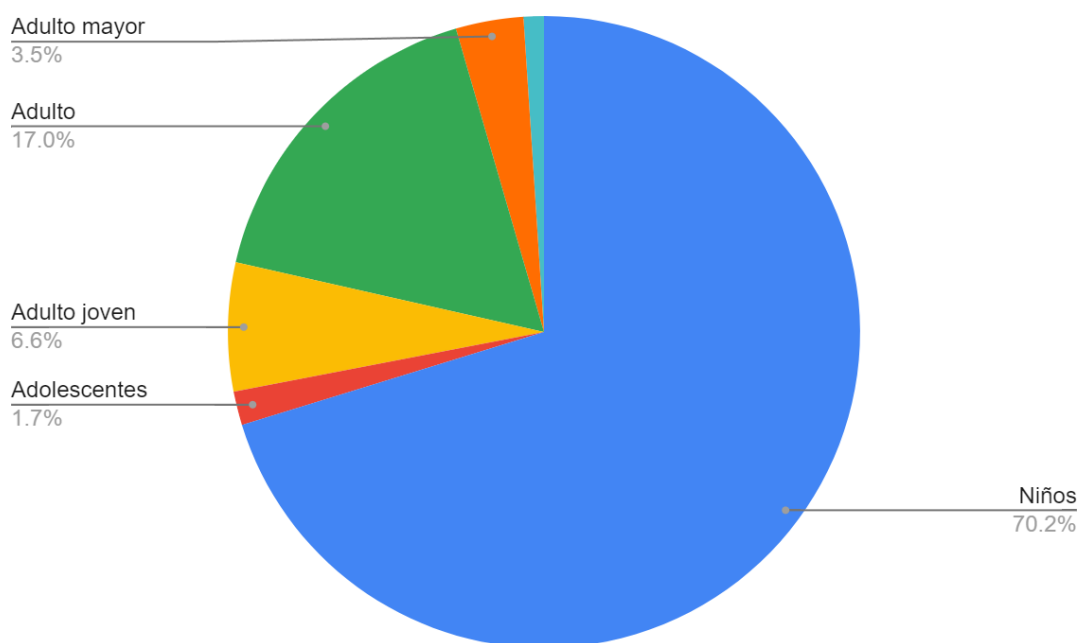


Gráfico 8: Correspondiente a tabla 9, cantidad de usuarios según rango etario.

## VII. DISCUSIÓN

Antes del análisis crítico de los resultados obtenidos de los documentos utilizados por el servicio, es importante destacar que cada servicio del centro de salud utiliza su propia historia clínica física y no digitalizada. Esta compartimentación conlleva a que sea imposible acceder de forma simple a la actuación de todos los profesionales implicados. Como menciona el Departamento de Medicina Familiar de la UBA: “una historia clínica útil sería una que registre los problemas de salud de sus pacientes, no solo los problemas de origen biológico sino también los de la esfera psicológica y social. Debe estar diseñada para registrar no solo los problemas presentes sino aquellos que han pasado y por sus características puedan afectar la funcionalidad del paciente o grupo familiar; además debe registrar los elementos que nos permitan conocer el contexto en que se desarrollan los problemas de salud (condiciones sociales, económicas, red de apoyo familiar y social)”<sup>13</sup>; y a su vez Revilla López et al. fundamentan que “uno de los principales factores estructurales que facilita el seguimiento del paciente está relacionado con la utilización de una única historia clínica electrónica, que permita disponer de información exhaustiva y sistemas de codificación compatibles entre los diferentes niveles de atención (...) la historia clínica electrónica compartida permitirá, eventualmente, que toda la información clínica, básica y fundamental esté disponible tanto para profesionales sanitarios como para la comunidad investigadora”<sup>14</sup>. Esto ya plantea la necesidad de unificar criterios para la elaboración de un documento único y digital que garantice la obtención de todos los datos relevantes, la actuación profesional y el acceso para todos los servicios intervinientes. O una forma aún más sencilla, permitiendo el acceso y la utilización del SICAP a todos los actores de los servicios de salud.

Por lo observado en todas las historias clínicas, tanto en Pediatría como Adultos, en ninguna de ellas hay registro del contexto socioeconómico. Actualmente esto es competencia de los servicios de Trabajo Social presentes en los centros de salud, pero como se mencionó anteriormente, es difícil acceder de forma simple a los datos obtenidos por estos profesionales. Este modelo arraigado e ineficiente de atención centrado en la segmentación y fragmentación de los sistemas y servicios atenta contra el abordaje integrador biopsicosocial que plantea el modelo de Atención Primaria de Salud. A su vez, todos los documentos utilizados en el servicio de Kinesiología carecen de registro sobre hábitos de salud que incluyan actividad física y deportiva y/o estado nutricional-psíquico previos y actuales de los usuarios. Por lo tanto, resulta necesario rediseñar y actualizar dichos documentos con el fin de obtener la mejor información

sobre el usuario; esto permitirá un mayor conocimiento sobre la persona y posibilitará adecuar el tratamiento a cada situación.

Respecto a los datos obtenidos de las historias clínicas utilizadas en Pediatría resulta llamativo que el 43.75% (91) los antecedentes clínicos de los usuarios son incompletos, y puede deberse a la ausencia de procesos patológicos previos y/o una falta de registro; siendo menester aclarar que se debe a una limitación en el análisis de este preciso dato del presente trabajo, ya que no es especificado en el documento clínico utilizado. A su vez, la ausencia de diagnóstico kinésico (96% de las historias clínicas que corresponden a 201 usuarios) puede deberse a que coincide con el diagnóstico médico (por ejemplo, la prevalencia de bronquiolitis y síndrome bronquial obstructivo recurrente) por lo cual no es registrado; aunque ya fue expuesto la importancia de realizar un diagnóstico propio del servicio.

Respecto a los valores obtenidos en los apartados actuación profesional completa, es necesario recordar que: “existen condiciones que a pesar de parecer obvias deben ser consignadas y respetadas, como por ejemplo: que sea accesible y esté disponible siempre que se la necesite por cualquier miembro del equipo; que sea escrita en letra legible, en un lenguaje familiar y de fácil comprensión; los datos introducidos debería poder ser hallados rápida y fácilmente; la historia clínica usada debe ofrecer la información adecuada a los auditores y a los agentes de justicia, y ser útil para las funciones de docencia e investigación (características prioritarias de la atención primaria)”<sup>13</sup>, por lo cual se debe abogar para lograr un documento lo más completo posible. Paralelamente, el abandono al tratamiento presenta valores importantes (132 usuarios que representan el 63.46% del total) a tener en cuenta en consonancia con los obtenidos en el alta al tratamiento (64 usuarios que representan el 30.76%); lo cual indica que es necesario educar a las familias en cuanto a la constancia en el tratamiento a fin de obtener resultados óptimos. Asimismo, la educación en autocuidados al paciente y familiares podrían ser beneficiosos para reducir los reingresos (33 usuarios que representan el 15.86%)

Como se observa mediante el análisis de los motivos de consulta, el 96.63% (201) de las intervenciones corresponden al área de rehabilitación respiratoria, lo cual plantea la necesidad de adecuar el servicio para la gran demanda de atención pediátrica respiratoria.

En Adultos con un total de 86 historias clínicas analizadas, los datos obtenidos indican que el grueso de la población que requiere asistencia se encuentra en edad

laboral activa (56.97% (49) usuarios adultos con edades entre 30-60 años), y será desarrollado posteriormente en el apartado de “ocupación laboral”.

Nuevamente es llamativo la cantidad de antecedentes clínicos de los usuarios que son incompletos (56 historias clínicas de usuarios que representan el 65.11%), y que puede deberse a la ausencia de procesos patológicos previos y/o una falta de registro; siendo otra vez importante recordar que se debe a una limitación en el análisis de este preciso dato. Una vez más la ausencia de diagnóstico kinésico (59 historias clínicas de usuarios que representan el 68.60%) puede deberse a la coincidencia del diagnóstico médico (por ejemplo, fracturas y esguinces) por lo cual no es registrado. Por otra parte, la presencia de diagnósticos médicos ambiguos y vagos (por ejemplo, algias difusas) recalcan la importancia de realizar un diagnóstico kinésico preciso.

Resaltan los altos porcentajes de abandono al tratamiento (82.55% que corresponde a 71 usuarios) aunque con bajos números de reingresos (12 usuarios que representan el 13.95%), que aun así alertan sobre la importancia de educar al usuario que respete los tiempos del tratamiento planteado a fin de poder superar la patología, y evitar recidivas. Es necesario remarcar que, en el trato diario con los usuarios, ellos confiesan la necesidad de tiempos más cortos y resultados tempranos a fin de volver a sus labores, ya que se ven obligados a retomarlos aún sin finalizar los tratamientos ya que le son indispensables para su sustento económico.

En cuanto a los motivos de consulta, destaca que el 86% (74) de las mismas corresponden al área de rehabilitación traumatológica, y apenas el 10% (12) corresponde al área neurología y no hubo ninguna intervención en rehabilitación respiratoria. Analizando en profundidad el área de rehabilitación traumatológica, es notable que más de la mitad de las consultas se deben a procesos dolorosos (38 usuarios que representan el 51.35%), sin identificación médica precisa de la patología que los aqueja. Lo que nuevamente exige que realicemos un diagnóstico kinésico preciso y completo, que hasta ahora sólo se presentó en el 30% (27) de todas las consultas. Nuevamente se recalca la importancia de la educación hacia el usuario sobre su proceso patológico y el manejo del dolor a fin de disminuir las recidivas.

En cambio, el área de rehabilitación neurológica recibió un total de 12 usuarios de los cuales: el 33.33% (4) se presenta con diagnóstico de vértigo; el 25% (3) con accidentes cerebrovasculares; el 25% (3) con neuropatías periféricas y 16.66% (2) con parálisis facial. Aquí es importante la formación de los profesionales sobre estas patologías, destacándose por ejemplo el vértigo, que requieren formación de posgrado a fin de brindar la mejor atención posible.

Respecto al apartado de ocupación laboral, el 48.14% (39) de las mismas se encontraba completo. El análisis pormenorizado arrojó que el 23.07% (9) realiza labores de ama de casa; el 20.51% (8) pertenece al rubro de la construcción; el 20.51% (8) a empleadas domésticas; el 7.69% (3) empleados de comercio y el 5.12% (2) al rubro agropecuario. Como se puede observar, los mayores porcentajes corresponden a ocupaciones con alta demanda funcional; donde es necesaria la salud integral del usuario para que pueda continuar su labor. Y como se expuso anteriormente, el gran porcentaje de usuarios que recurre al servicio se encuentra en edad laboral activa (cerca del 60% (49) entre 30-60 años). Por lo tanto, es imprescindible promover hábitos saludables tanto en el ambiente laboral como los momentos de ocio y descanso; sumados a políticas de promoción y prevención de la salud comunitarias.

A su vez, más de la mitad de las historias clínicas (47 que representan el 54.65%) no presentaban datos sobre la ocupación laboral. Motivo por el cual es necesario hacer hincapié sobre la importancia de un registro completo, ya que nos brinda información útil sobre la población a fin de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud.



## VIII. CONCLUSIÓN

Se logró caracterizar en ciertos aspectos a la población que acudió al servicio de Kinesiología de un centro de salud de Venado Tuerto, respecto a edades, motivos de consulta, ocupación laboral, etc.; en el período comprendido desde el año 2019 hasta junio de 2022.

Se detectaron fallas y omisiones en el diseño, formato y registro de las historias clínicas: siendo principalmente el uso de historias clínicas segmentadas por la especialidad requerida (médica, kinesiológica, psicológica, trabajo social, etc.) y de forma analógica en formato papel; carecen de información respecto a las actividades físicas y/o deportivas y hábitos saludables de los usuarios, como así también sobre enfermedades relevantes. Además, la ausencia de registros del contexto socioeconómico, el estado de salud psicosocial y aspecto nutricional. Resulta relevante el subregistro de antecedentes clínicos y la ausencia de diagnósticos kinésicos, que pueden deberse a la coincidencia con el diagnóstico médico. Considerando que más de la mitad de las historias clínicas no presentaban datos sobre la ocupación laboral de los usuarios, resulta necesario hacer hincapié sobre la importancia de un registro completo.

Por lo tanto, resulta imperiosa la implementación de un único documento, preferentemente digital y que abarque todo el historial de salud de la persona, que permita el acceso a cada una de sus consultas e intervenciones de todos los ámbitos y facilite la comunicación entre los profesionales involucrados.

En cuanto a la frecuencia de aparición de patologías en el área pediátrica, mayormente niños menores de 12 años, casi la totalidad de las consultas corresponden a rehabilitación respiratoria por infecciones. En cambio, en los adultos predomina el rango 30-60 años de edad, la mayoría responde a consultas por rehabilitación traumatológica, donde más de la mitad de los diagnósticos se refieren a distintas algias. En el apartado ocupación laboral prevalecen las amas de casa, seguidas de empleadas domésticas y empleados del rubro construcción.

Resalta la elevada cantidad de abandonos al tratamiento en adultos; siendo menor en niños. Paralelamente se observó un bajo porcentaje de reingresos en adultos, como así también en niños. Estos resultados obligan a los profesionales a educar a los usuarios adultos en cuanto a su patología, y sobre la importancia de su rol en el cumplimiento de las actividades propias de su recuperación.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata, 1978. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en).
2. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Financiamiento, organización, costos y desempeño de los servicios de los subsistemas de salud argentinos. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2016 . <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.7827>.
3. Etienne CF. Promoting universal health through primary health care. Rev Panam Salud Publica. 2018 ; 42:e145. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>.
4. Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>.
5. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73–84. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400004&lng=es&nrm=iso).
6. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Revista Panamericana de salud pública. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>.
7. Ley 26529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009.  
Ley 26742, Modificación de la Ley N° 26.529. 24 de mayo de 2012.
8. Rubinstein N: En Medicina Legal, Patitó J. Capítulo 5: Documentación Médica. Ediciones Centro Norte , pág. 109-114, 2001.
9. Alonso Fernández P, Acosta Rodríguez C. Introducción a la epidemiología y estrategias de diseño en la investigación epidemiológica. Medicina Interna, 2.<sup>a</sup> ed., pp. 447-450
10. Grimes D, Schulz K. Descriptive studies: What they can and cannot do. Lancet, 359. 2002, pp. 145-149. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07373-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07373-7)
11. Grimes D, Schulz K. An overview of clinical research: The lay of the land. Lancet, 359. 2002, pp. 57-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07283-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07283-5)

12. Vargas Castillo M. Historia clínica y valoración en fisioterapia. Revista NPunto Vol. III Número 31. Octubre 2020: pp. 4-33. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f969a3581fd7art1.pdf>
13. Departamento Medicina Familiar UBA. Historia Clínica Orientada al Problema. 2018. Disponible en <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/historia.pdf>.
14. Revilla-López C, Calderón-Larrañaga A. Baja concordancia entre la información clínica de atención primaria y hospital. Revista Atención Primaria Vol. 48, Número 4. Abril 2016: pp 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.002>
15. Bellón Saameño J. Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: «jugamos con ventaja». Revista Atención Primaria Vol. 42, Número 11. Noviembre 2010. pp 549-551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.002>
16. Violán Fors C, Grandes Odriozola G. La investigación en atención primaria como área de conocimiento: Informe SESPAS 201. Gaceta Sanitaria Vol. 26, Suplemento 1. Marzo 2012. pp 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.018>
17. Bolívar, B., Fina Avilés, F. Base de datos SIDIAP: la historia clínica informatizada de Atención Primaria como fuente de información para la investigación epidemiológica. Medicina Clínica Vol.138 Número 14. pp 617-621. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.01.020>

## X. ANEXOS

Carta para Secretaría de Salud y Desarrollo Social de Venado Tuerto

Venado Tuerto, 10 de enero de 2024

Sr secretario de Salud Municipal y Desarrollo Social

Dr. Marcelo Krenz

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de solicitarle e informarle sobre la utilización de las historias clínicas del servicio de Kinesiología del Centro de Salud Tiro Federal comprendidas dentro del período 2019-2022; para su análisis y presentación dentro de mi trabajo de Tesina de graduación para la Lic. en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad del Gran Rosario, titulado: "Caracterización de usuarios del servicio de Kinesiología en un Centro de Atención Primaria de Salud de Venado Tuerto".

Cabe recordar que la información que se recabe es estrictamente confidencial, no se utilizarán datos personales de ningún tipo tanto de usuarios como profesionales involucrados y sólo se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales, como tampoco se publicará cuál es el efector analizado.

Dicho trabajo informará sobre la realidad y necesidades de la población, pudiendo aplicarse a la capacitación de los profesionales implicados a fin de brindar la mejor atención costo-beneficio, la optimización de recursos disponibles, el diseño e implementación de programas de prevención y promoción de la salud acordes a la situación observada, sumado a la elaboración de un mejor documento clínico.

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

Fabrizio Darío Brandoni