

**AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL MILITAR DE COLOMBIA DURANTE EL PRIMER
SEMESTRE DE 2009**

Autoras

**María del Pilar Amórtegui Rodríguez
Elizabeth Cristina Gaviria Gaviria
Esperanza Ónix Guerrero Serrano
Lida Esmeralda López Valdivieso**

Asesor

JULIÁN OSORIO

Decano Facultad de Medicina Universidad CES

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE AUDITORÍA EN
SALUD**

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Universidad CES

Bucaramanga

2010

“La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella todo esfuerzo razonable de monitoría de la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitoría fracasará”

Avedis Donabedian

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresamos nuestros agradecimientos a:

Dios por darnos la sabiduría y el entendimiento.

Al Hospital por facilitarnos el cumplimiento de este objetivo.

Al Doctor Julián Osorio, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES por su constante asesoría en este trabajo

La Universidad CES y a la Universidad Autónoma de Bucaramanga por su formación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
1.	I
INTRODUCCIÓN	7
2.	M
ARCO TEÓRICO	9
2.1.	L
a calidad en salud	9
2.2.	L
a auditoria de la calidad de la atención	10
2.3.	L
a historia clínica	11
2.3.1.	D
definición	11
2.3.2.	C
características	12
2.3.3.	F
funciones	13
2.3.4.	R
requisitos	13
2.3.5.	O
otros aspectos importantes	14
2.3.6.	A
partados de la historia clínica	15
2.3.6.1.	E
El interrogatorio	16

2.3.6.2.	.....	L
<i>a revisión por sistemas y examen físico inicial</i>	.....	17
2.3.6.3.	.....	D
<i>diagnóstico y pronóstico</i>	.....	17
2.3.6.4.	.....	E
<i>evolución</i>	.....	18
2.3.7.	.....	O
Objetivos e importancia de la historia clínica	.....	19
2.3.8.	.....	N
Normatividad de la historia clínica	.....	20
2.3.9.	.....	L
<i>Ley 23 de 1981</i>	.....	20
2.3.10.	.....	R
<i>Resolución 1995 de 1999</i>	.....	21
2.3.11.	.....	R
<i>Resolución 3905 de 1994</i>	.....	25
2.3.12.	.....	R
<i>Resolución 1043 de 2006</i>	.....	28
3.	.....	M
METODOLOGÍA	.....	30
3.1.	.....	M
Materiales y métodos	.....	30
3.2.	.....	S
Selección de la muestra	.....	30
3.3.	.....	C
Criterios de inclusión	.....	32
3.4.	.....	L
Limitaciones y dificultades	.....	32

4.	.....	R
	RESULTADOS	34
4.1.	.....	R
	resultados generales	34
4.2.	.....	R
	resultados por médicos generales	43
4.3.	.....	R
	resultados por médicos especialistas	47
4.4.	.....	R
	resultados en las notas y registros del personal de enfermería	53
5.	.....	C
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
6.	.....	R
	RECOMENDACIONES	58
7.	.....	L
	LISTA DE TABLAS Y RECOMENDACIONES	60
8.	.....	A
	NEXOS	62
8.1.	.....	I
	Instrumento para la evaluación del diligenciamiento del ingreso hospitalario ..	62
8.2.	.....	I
	Instrumento para la evaluación del diligenciamiento de las evoluciones y órdenes médicas	63
8.3.	.....	I
	Instrumento para la evaluación del diligenciamiento de la epicrisis	64
8.4.	.....	I
	Instrumento para la evaluación del diligenciamiento de los registros y notas de enfermería	65

9.	.....	G
	LOSARIO	66
10.	.....	R
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

RESUMEN

Este artículo es un estudio descriptivo de corte transversal que se realizó con el fin de evaluar la calidad de las historias clínicas elaboradas por el personal de salud en el servicio de hospitalización de un Hospital Militar de Colombia que presta servicios de salud de mediana complejidad, teniendo en cuenta el cumplimiento de la normatividad vigente en el país en el diligenciamiento de los formatos y en los registros del personal médico y de enfermería durante el primer semestre de 2009.

Se diseñó un instrumento que contiene 85 variables de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y fueron distribuidas en cuatro formatos para evaluar la historia clínica en cuatro momentos: ingreso hospitalario, evolución y órdenes médicas, notas de enfermería y epicrisis. Se realizó una prueba piloto seleccionando aleatoriamente cuarenta historias con el fin de verificar la viabilidad del instrumento e identificar posibles dificultades para su aplicación.

La población universo reportada corresponde a un total de 375 egresos, de los cuales en 30 historias clínicas se encontraron más de una hospitalización en el periodo evaluado y 73 historias clínicas no fueron encontradas en el archivo clínico; por lo tanto la muestra evaluada fue de 272 historias clínicas.

Una vez recolectados fueron recopilados los datos en una base de datos y se analizó el cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica, obteniendo un porcentaje de cumplimiento de la historia clínica en forma satisfactoria del 50.5%, aceptable de 32.25% y deficiente del 17.17%, al discriminar la evaluación por cada momento se observó que el registro mejor diligenciado corresponde al de notas de enfermería con un 83.5% de cumplimiento, evolución y órdenes médicas con 68.8%, ingreso hospitalario con 34.9% y 15.1% en el diligenciamiento de la epicrisis.

Palabras claves: Historia clínica, registros médicos, registros de enfermería, calidad de la atención en salud.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente se piensa que a los principios éticos que encierra el diligenciamiento de la historia clínica se les ha restado importancia, sin tener en cuenta las repercusiones legales que implica el mal uso de la misma.

Los registros que se diligencian en la historia clínica son el centro de todas las actividades asistenciales en lo que se refiere a la recolección y utilización de la información de cada uno de los usuarios de los servicios. Una historia clínica adecuadamente diligenciada y de buena calidad es esencial para acertar en la aproximación diagnóstica, evaluar correctamente los servicios de salud y brindar una atención de calidad a los usuarios.

En el servicio de hospitalización del hospital en cuestión, se han encontrado diferentes inconvenientes en el diligenciamiento de la historia clínica, debido a que constantemente se presentan notas sin firmar, ilegibilidad, falta de orden y secuencia cronológica de los registros, uso de siglas no estandarizadas en la institución, enmendaduras frecuentes y tachones, evoluciones sin la información pertinente, anamnesis y examen físicos incompletos, órdenes médicas inespecíficas en cuanto a la prescripción de medicamentos, registros extraviados o ausencia de algunos registros importantes como la identificación del usuario, antecedentes y hora de atención.

Estas dificultades, que son ocasionadas por todo el personal asistencial, pueden contribuir a la incorrecta interpretación de las órdenes médicas, fallas en la realización de los procedimientos, insatisfacción del usuario, problemas de comunicación entre el personal asistencial, entre otros. Además en el momento de presentarse dificultades legales no es posible utilizar la Historia Clínica y sus registros como soporte jurídico.

Por lo anterior es de vital importancia evaluar la calidad de la historia clínica en el servicio de hospitalización de la institución, con el fin de verificar el cumplimiento de las características de la historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente en el país.

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 interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica: auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc. (1). Algunos justifican esta situación con el

inadecuado manejo del archivo clínico, las historias extraviadas, poco tiempo para escribir en la historia clínica, elevado volumen de pacientes, disminución en el tiempo de la consulta, resistencia al cambio por parte de diferentes actores del sistema, entre otros.

Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de las profesiones del área de la salud, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento legal donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal asistencial respecto al paciente como lo son el de asistencia y el de informar; convirtiéndose de esta manera en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones de salud.

Lo anteriormente expuesto indica la importancia de la historia clínica desde el punto de vista asistencial, ético y médico legal; además de que se evidencia la necesidad de que todos los aspectos que rodean y afectan a la historia clínica no sean obviados por el personal sanitario. Por lo tanto con este trabajo se pretende establecer la proporción de historias clínicas bien diligenciadas, que cumplen con todos los criterios definidos en el ingreso hospitalario, evolución y órdenes médicas, registros de enfermería y epicrisis, en el servicio de hospitalización de un Hospital Militar de Colombia, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero al 30 junio de 2.009.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. LA CALIDAD EN SALUD

Las instituciones prestadoras de servicios de salud debido a los cambios a los que ha sido sometida a nivel mundial la atención en salud por causa de la globalización y la economía, están actualmente obligadas a garantizar estándares de calidad definidos por varios actores del sistema: clientes, prestadores, aseguradores y entes territoriales.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define la calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, o peor que las restantes de su misma especie”. Dicha definición permite que la calidad debido a que no es una cualidad absoluta tenga como características fundamentales la subjetividad al momento de valorarla y la relatividad. Las organizaciones, como responsables en parte de la calidad de nuestras vidas, deben ser competitivas para poder sobrevivir en el mundo actual. Muchas de ellas, han optado por mejorar sus métodos de gestión, con base en el esquema de calidad y están siendo exitosas. Otras, se anclaron en el pasado, no asimilaron el cambio y desaparecieron o se encuentran en vía de extinción (2).

La calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable de riesgos y beneficios (3).

En Colombia la Ley 100 de 1993 define la calidad en la prestación de los servicios de salud como “la prestación oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”(4).

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) en la Norma ISO E8402:1994 define la calidad como *“la totalidad de rasgos y características de un*

producto o servicio, que conllevan la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas” (5).

A pesar de que la calidad de los servicios de salud han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud y la Norma ISO E8402:1994, se hace conveniente considerar que ésta no solo debe analizarse de acuerdo a la satisfacción de necesidades del usuario sino que debe tenerse en cuenta otros aspectos fundamentales como lo son el ambiente físico, el recurso humano, las relaciones interpersonales y el desempeño profesional.

2.2. LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

Es un examen sistemático e independiente que sirve para determinar si las actividades y los resultados con la calidad cumplen disposiciones preestablecidas y si estas disposiciones se aplican en forma efectiva y son aptas para alcanzar los objetivos. ISSO-9000

Es la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud (6).

Cáceres Vega define la auditoria de la calidad como un ejercicio permanente que recoge la información que permite evaluar la necesidad de implementar o corregir una acción (7).

La auditoria médica se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad (⁸).

José María Ortega en su artículo *La Auditoría Médico-Clínica: Definiciones y Tipología*, prefiere usar el término de «auditoría clínica» (en contraposición al de auditoría médica) cuando en la actividad de la unidad o servicio que se está auditando interviene un equipo multidisciplinario, que afecta directamente, a través del mismo funcionamiento del equipo, a los resultados clínicos que se consiguen y que es la base

para el contraste con los estándares. Estos estándares, a su vez, se refieren y relacionan a la estructura, proceso y resultados del equipo al completo

2.3. LA HISTORIA CLINICA

2.3.1. Definición

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda (9). El principal objetivo de los registros de la historia clínica, es proporcionar información útil sobre la prevalencia, evolución, resultados y necesidades. Los registros deben cumplir una serie de características, tales como la validez, la exactitud, la confianza y la calidad (10).

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en la práctica asistencial: **Profesionalidad** (solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico), pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de practicar una buena historia clínica. **Ejecución típica**, es decir, su ejecución conforme a la denominada “Lex Artis Ad Hoc”), debido a que la medicina siempre se ejerce conforme a las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. Es **objetivo** de ayuda al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La **licitud**, pues la misma norma jurídica respalda a la historia como documento indispensable (1).

En el Artículo 1 de la Resolución 1995 de Julio 08 de 1999, del Ministerio de Salud de Colombia, hoy Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica, ésta es definida como “*un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención*” (11).

La ley 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica, en su artículo 34 define la historia clínica como un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley, y en su artículo 36 establece que la historia clínica debe ser diligenciada con claridad.

2.3.2. Características de la historia clínica

El Artículo 3 de la Resolución 1995 de Julio 08 de 1999, se establecen como características básicas de la historia clínica:

- **Integralidad**: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad**: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica**: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad**: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad**: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

2.3.3. Funciones de la historia clínica (3):

El principal objetivo de la Historia Clínica es registrar y monitorear el proceso individual de atención de un paciente o de una familia en particular, planifica la atención y asegura su continuidad, por lo tanto es el instrumento por excelencia para la evaluación de la calidad del Proceso Individual de Atención (PIA). De igual manera es el registro único individual de las actividades que ejecuta el equipo de salud sobre el sujeto y por lo tanto se constituye en un elemento para evaluar el desempeño de los miembros del equipo y de un soporte legal tanto para el paciente como para el equipo de salud en donde se pueden verificar las actuaciones individuales.

Es una guía que asegura continuidad en la atención, un diagnóstico, pronóstico, evolución, vigilancia de lo actuado y un instrumento legal de orden probatorio al momento de definir aspectos legales o de ética médica.

Gutiérrez Rodas y colaboradores consideran como principal función de la Historia Clínica, bien sea en papel o en formato electrónico, el permitir al médico conocer en un momento determinado cuáles son las preocupaciones que aquejan a su paciente y cuál es la condición de salud del mismo, basándose en la información registrada con anterioridad por un colega o por él mismo (12).

2.3.4. Los requisitos de la historia clínica

- Veracidad: debe caracterizarse por su autenticidad, claridad y naturalidad respetando de esta manera uno de los derechos del paciente. En caso de cumplirse este requisito se puede inculpar al profesional por falsedad en documento.
- Exactitud: debe ser un documentos claro
- Rigor técnico de los registros: los datos que contenga deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, sin palabras ofensivas para el usuario, personal asistencial o institución.
- Continuidad de los registros: la historia clínica debe realizarse de forma simultánea y debe coincidir con la asistencia prestada al paciente.

- Completa: debe mantener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documentos de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.
- Identificación profesional: todo personal que intervenga en la asistencia del usuario debe firmar con nombre y apellidos legibles, identificación y registro. Se recomienda el uso del sello para garantizar la inclusión de todos los datos en cada registro.

2.3.5. Otros aspectos importantes de la historia clínica: (13-14)

- Propiedad de la historia clínica: En Colombia la historia clínica es propiedad del paciente independientemente de que el médico y demás personal asistencial tengan la autoría intelectual. Puede utilizarse como material de consulta y apoyo a trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual. El paciente puede autorizar a la persona que desee para tener acceso a su historia clínica en forma expresa y por escrito, de acuerdo con la Ley.
- Custodia y Acceso a la historia clínica: En Colombia la custodia de la historia clínica se encuentra reglamentada en la resolución de 1995/99 la cual determina que estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo con los procedimientos de archivo señalados en dicha resolución y en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

A la luz de la ley en lo referente a la reserva, que tanto la institución como el profesional de salud deben guardar en relación con la historia clínica y su contenido, para los médicos, el artículo 34 de la Ley 23/81 la norma es clara en cuanto quienes pueden tener acceso a este documento y todos los folios que lo constituyan.

Se determina como autoridades competentes para su conocimiento completo las siguientes: fiscalía general de la nación, procuraduría, superintendencia nacional de salud, tribunales de ética médica, autoridades judiciales, directivas institucionales, otras que tengan autorización escrita del paciente.

El personal del equipo de salud que por el manejo diario del proceso de atención debe estar al tanto del procedimiento, estará atento al sigilo y reserva profesional absteniéndose de comentarios al respecto que puedan lesionar la integridad del paciente.

- Almacenamiento y conservación: El artículo 32 de la Resolución 1995/99 hace referencia a la obligatoriedad del archivo en todos las instituciones prestadores de servicios de salud, las cuales deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, que será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen

En relación al archivo de la historia clínica desde el punto de vista de responsabilidad civil, la reclamación sobre su existencia en él, tiene vigencia hasta por 15 años, tiempo en que los documentos deben permanecer en un archivo inactivo; el Ministerio de salud exige mediante la resolución 1995/99, la conservación de las historias clínicas por un espacio de 5 años.

2.3.6. Apartados de la historia clínica (1-15):

El diligenciamiento de la historia clínica puede hacerse de diferentes maneras pero independientemente de la que se elija, debe registrarse en ella los principales datos de la atención en salud que permita obtener el máximo resultado de calidad en la prestación del servicio y la verificación de ésta calidad en las auditorias y revisiones sistemáticas.

De igual manera en la historia clínica los registros deben estar agrupados en tres períodos de la atención del usuario: el ingreso, la evolución y el egreso hospitalario, de

los cuales formarán parte los hallazgos, diagnósticos, tratamiento, plan de cuidados y evolución del paciente.

La historia clínica debe contener principalmente:

2.3.6.1. El interrogatorio:

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

- ✓ Motivo del ingreso: Se inicia describiendo el síntoma que perturba al paciente y la duración del mismo.
- ✓ Antecedentes familiares: Estado de salud de la familia, edades de los hijos si los hay, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.
- ✓ Historia social: Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.
- ✓ Historia médica previa: Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad (incluidas las de la infancia), intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.
- ✓ Hábitos: Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.
- ✓ Enfermedad actual: Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.
- ✓ Historia medicamentosa: Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.
- ✓ Alergias a medicamentos y alimentos: Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

2.3.6.2. La revisión por sistemas y el examen físico inicial

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

- ✓ Revisión por sistemas. El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas de organismo desde la cabeza a los pies. Los diferentes sistemas del organismo se agrupan en: cabeza, ojos, garganta, nariz y oído, sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, piel, huesos, articulaciones y músculos, sistema endocrino y nervioso. El médico debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.
- ✓ Examen físico. El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas. Hay una parte general y una por sistemas. En el examen físico general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroides, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones. En la Revisión por sistemas se incluye todo el examen que el médico practica al paciente a través de la palpación, percusión y auscultación, análisis de signos y síntomas.

2.3.6.3. Diagnóstico y pronóstico:

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

- ✓ Diagnóstico: Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos y síntomas que advierte, y ayudas diagnósticas en que se apoya.

- ✓ Pronóstico: Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

2.3.6.4. Evolución:

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

- ✓ Exámenes paraclínicos: Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros. Se deben consignar en la historia clínica el procedimiento para su toma y todos los documentos que den cuenta de la realización de estas pruebas, así como sus resultados, ya que estos también hacen parte de la Historia Clínica.
- ✓ Tratamiento: Prescripciones médicas y Hoja de medicación de Enfermería, debería incluir: el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, alergias, información
- ✓ Procedimientos invasivos: debido a que el paciente no se encuentra consciente en la mayoría de las ocasiones en que se le practican procedimientos invasivos (pues la anestesia es para estos casos casi de obligatoria aplicación), nada sabrá de lo que ha ocurrido en el interior de su organismo, si no es por las anotaciones dejadas en su Historia Clínica. Igualmente, para el médico tratante o para el cirujano constituye esta pieza un medio excepcional de prueba.

El paciente es capaz de relatar con mucha claridad lo ocurrido durante el tratamiento, si goza de memoria y conciencia. Por el contrario, en los eventos en que falta su lucidez, no habrá otra manera distinta de la Historia Clínica para reconstruir los sucesos.

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

2.3.7. Objetivos e importancia de la historia clínica (21):

La historia clínica busca y cumple innumerables objetivos y su importancia está enmarcada desde diferentes puntos de vista:

- **Administrativo:** como fuente de datos para programación, control y evaluación del sistema de salud, para ordenación y planeación. Aquí se utilizan formularios llamados secundarios en la atención (registro diario de consulta, registro de egreso hospitalario).
- **Asistencial:** como el registro de valores del paciente, sirve de ayuda para la memoria del responsable de la atención, para el seguimiento, y como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo de salud y la institución que interviene en la atención del paciente.
- **Docente:** como ayuda de la educación continuada de los profesionales médicos y del equipo de salud. Señala en este ítem la relegación de su importancia, ya que médicos más especializados emplean menos energías en escribir en la historia clínica y delegan este procedimiento en muchas oportunidades sobre el personal en entrenamiento con menos graduación ya que se le considera menos importante y hasta “degradante y desgastante” hacer anotaciones en la historia clínica.
- **Investigativo:** por sus perspectivas para la realización de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas, para ello deben existir ciertas normas.
- **Social:** permite conocer los datos consignados, la composición familiar y factores de riesgo para la realización de ejercicios de prevención en salud familiar y de la comunidad.
- **Control de calidad:** facilita y controla la eficiencia de los recursos y evaluación de la calidad y eficacia de las decisiones y acciones de salud, sobre el paciente, con base en parámetros definidos y a través de revisiones sistemáticas de

historias. Detecta la evolución de los problemas y evalúa el impacto que sobre los mismos puedan tener dichas decisiones y acciones.

- **Médico legal:** Frecuentemente las instituciones, el médico y el equipo de salud, están expuestos a acciones judiciales por parte del paciente o de sus familiares por el mejor y mayor conocimiento de sus derechos y la forma de hacerlos valer. La historia proporciona la evidencia necesaria sobre las responsabilidades implícitas en la atención. Además, como registro de las víctimas de lesiones violentas son el marco de información fidedigna y veraz de hechos relacionados de esta forma. Por otra parte, y según la legislación vigente, la institución debe rendir informes relacionados con accidentes, violencias y otros hechos que dan lugar a la intervención policial, para lo cual, la historia clínica es fuente de datos

2.4. NORMATIVIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

2.4.6. LEY 23 DE 1981. POR LA CUAL SE DICTAN NORMAS EN ÉTICA MÉDICA.

CAPITULO III. DE LA PRESCRIPCION MEDICA, LA HISTORIA CLINICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS:

Artículo 33. Las prescripciones médicas se harán por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

Artículo 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.

2.4.7. RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

ARTICULO 4. Obligatoriedad del registro: Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

ARTICULO 5. Generalidades: La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

ARTICULO 7. Numeración consecutiva de la historia clínica: Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

ARTICULO 8. Componentes: Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

ARTICULO 9. Identificación del usuario: Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

ARTICULO 10. Registros específicos: Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

Paragrafo 1º. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Paragrafo 2º. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

ARTICULO 11. Anexos: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Parágrafo 1º. Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

Parágrafo 2º. A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

Parágrafo 3º. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Parágrafo 4º. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando

existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

ARTICULO 12. Obligatoriedad del archivo: Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTICULO 13. Custodia de la historia clínica: La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Parágrafo 1º. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

Parágrafo 2º. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

Parágrafo 3º. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTICULO 14. Acceso a la historia clínica: Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1.El usuario.

2. El Equipo de Salud.
3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
4. Las demás personas determinadas en la ley.

Paragrafo. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

ARTICULO 15. Retención y tiempo de conservación: La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTICULO 16. Seguridad del archivo de historias clínicas: El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

ARTICULO 17. Condiciones físicas de conservación de la historia clínica: Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen.

ARTICULO 18. De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica: Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de

mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos.

En todo caso debe protegerse la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar las medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada.

Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

ARTICULO 21. Sanciones: Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTICULO 22. Vigencia: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

2.4.8. RESOLUCIÓN NÚMERO 3905 DE 1994: POR LA CUAL SE ADOPTA UN FORMATO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTICULO 1o. Adóptase como obligatorio a partir del 1o de agosto de 1994 el formato de RESUMEN DE ATENCION contenido en el anexo, que forma parte integrante de esta Resolución, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de hospitalización, de cirugía ambulatoria y de urgencias.

ARTICULO 2o. El formato a que se refiere el artículo anterior deberá ser diligenciado teniendo en cuenta las instrucciones que a continuación se detallan y que deberán ir impresas al respaldo del mismo:

NORMAS GENERALES

Este formato deberá diligenciarse en forma obligatoria al final de la atención de todo paciente hospitalizado que haya recibido atención intrahospitalaria y urgencias de más de 12 horas de atención, así:

- ✓ SECCION I - INFORMACION MEDICA: Por el médico que firme y/o autorice la salida o el final de la atención
- ✓ SECCION II - INFORMACION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA: Por el personal administrativo encargado de diligenciar los trámites administrativos de egreso
- ✓ SECCION III - INFORMACION USUARIO: Por el paciente, los familiares o personas a cargo del paciente a su salida

SECCION I.

1. Fecha: Registre el día mes y año en que se diligencia el formato.
2. Anote el número de la historia clínica del paciente en la institución.
3. Institución: Anote el nombre de la institución y al frente el código asignado por el Ministerio de Salud
4. Marque con una equis si el resumen corresponde a una atención intrahospitalaria, de urgencias o cirugía ambulatorio.
5. Escriba el nombre del paciente como aparece en la historia clínica.
6. Anote en números la edad del paciente en la casilla correspondiente. Si es mayor de dos (2) años de edad diligencia solamente las casillas correspondientes a años.
7. Marque con una equis (X) la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación y anote enfrente el número y lugar de expedición. Si el paciente es menor de 18 años, debe anotarse el documento de identificación de uno de sus padres, añadiendo después de un guión un cero si es el del padre, o un uno si es de la madre.
8. Anote el nombre del diagnóstico principal registrado en la historia clínica de ingreso y anote al frente el código según la clasificación internacional de enfermedades OPS/OMS.
9. Si la información del diagnóstico puede comprometer la integridad emocional del paciente, solo se registrará el código.

10. Anote el diagnóstico principal del egreso del paciente por el cual recibió atención y el más importante diagnóstico secundario. Registre los códigos según lo descrito en el punto 13 de este instructivo.
11. Si el tratamiento dado al paciente fue exclusivamente médico, marque con una equis (X) la casilla correspondiente. Si es médico quirúrgico anótelo al frente y registre el código según el listado de códigos de procedimientos, Según la modificación del capítulo II de la Resolución 813 de 1993 o las normas que lo modifiquen. Este código podrá ser diligenciado por el funcionario que diligencia la sección B. Si se practicó algún tratamiento adicional marque con una equis la casilla correspondiente y especifíquela al frente.
12. En caso de haberse presentado complicaciones posteriores a la instauración del tratamiento, inherentes o no al mismo, especifíquelas y anote el código según lo descrito en el punto 10 de este instructivo.
13. Si se practicaron exámenes diagnósticos que se salen de las categorías mencionadas, anote la cantidad en el espacio otros y especifíquelas.
14. Anote si el paciente fue atendido en una unidad de cuidados especiales como UCI, Unidad Renal, cuidados intermedios etc., en hospitalización no especial o en ambos tipos de hospitalización.
15. El médico que autorice la salida, firma en la línea correspondiente a responsable de la información y anota el número de registro médico.

ARTICULO 3o. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren clasificadas como de segundo y tercer nivel, deberán adoptar procedimientos de sistematización para efecto de la remisión periódica de la información contenida en el formato de Resumen de Atención, que permita la elaboración de bases de datos conforme a las instrucciones que para el efecto se expidan de manera conjunta por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 4o. Todas las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento de la presente Resolución.

ARTICULO 5o. Copia del Resumen de Atención deberá ser entregada al paciente cuando lo firme o haya sido enterado de su contenido, según las instrucciones dadas en el artículo segundo de esta Resolución.

ARTICULO 6o. El Resumen de Atención hace parte de la historia clínica, y por lo tanto está bajo la misma normatividad sobre reserva que al respecto exista.

ARTICULO 7o. La vigilancia y control de las obligaciones establecidas en esta Resolución, estará a cargo de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud y su incumplimiento dará lugar a las sanciones previstas en la Ley 10 de 1990.

**2.4.9. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. ESTÁNDAR 6:
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:**

COD	SERVICIO	CRITERIO
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.

COD	SERVICIO	CRITERIO
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

3. METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se realizó fue de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se recopilaron y analizaron datos de las historias clínicas del servicio de hospitalización de una institución perteneciente a uno de los regímenes especiales de Colombia que presta servicios de salud de mediana complejidad.

Materiales y métodos:

El marco conceptual que se tuvo en cuenta fueron todos los usuarios cotizantes y beneficiarios que egresaron del servicio de hospitalización en el primer semestre de 2009, considerando como unidad de muestreo la Historia Clínica de los usuarios que ingresaron al servicio provenientes del servicio de consulta externa, urgencias, cirugía y contrarremetidos de otras instituciones durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 30 de junio de 2009.

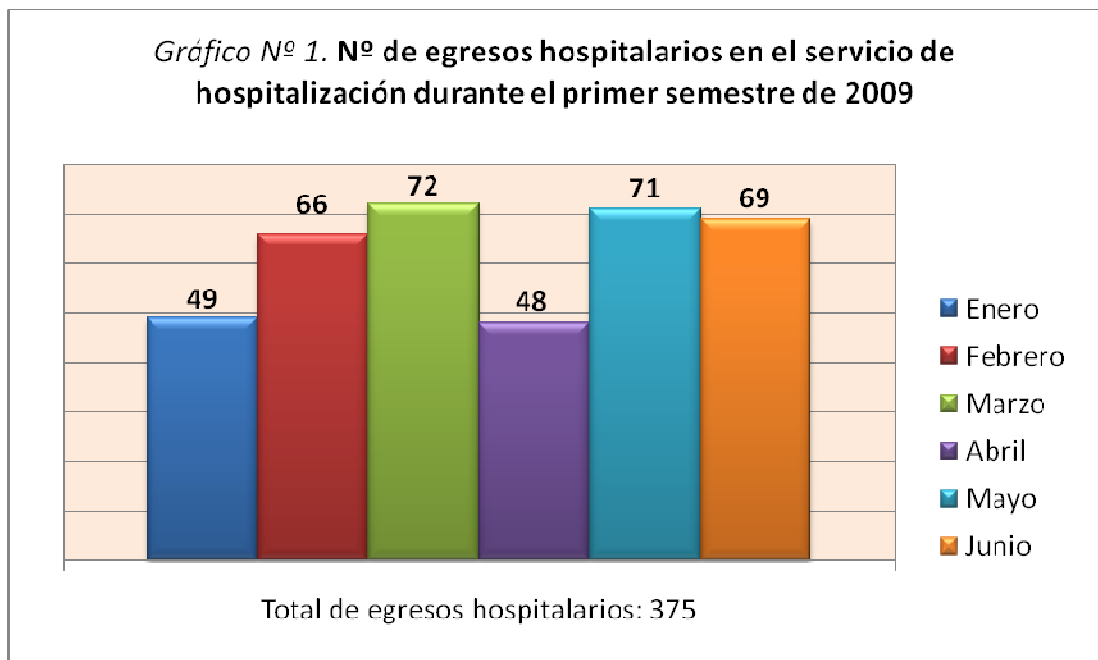
Selección de la muestra:

Para llevar a cabo el estudio obtuvimos la autorización de la dirección del hospital, subdirector científico y coordinador del archivo clínico previa solicitud. Posterior a ello se solicitó en la oficina de estadística el listado de los pacientes que egresaron del servicio de hospitalización desde el día 01 de enero hasta el día 30 de junio de 2009. *(Ver gráfico 1).*

Se diseñó un instrumento que permitió la recolección de los datos y facilitó la evaluación de la calidad de las historias clínicas con base en la normatividad vigente en Colombia. Dicho instrumento está conformado por cuatro formatos, los cuales están compuestos por diferentes variables (cualitativas nominales y cuantitativas discretas y continuas) que evalúan los cuatro momentos de la historia clínica:

- El ingreso hospitalario con 22 variables
- Las evoluciones y órdenes médicas con 20 variables
- Los registros y notas de enfermería con 22 variables
- La epicrisis con 21 variables.

Luego de obtener la información de los egresos y de diseñar el instrumento para la recolección de los datos se procedió a aplicar la prueba piloto en 40 historias clínicas seleccionadas por muestreo aleatorio simple, en la cual se aprobó la utilidad del instrumento.



Fuente: Morbilidad y egresos hospitalarios. Oficina de estadística de la institución

Las 85 variables fueron analizadas en cada una de las 272 historias clínicas auditadas y se codificaron de acuerdo al cumplimiento de los registros como se muestra en la Tabla N°1.

Tabla N° 1. Codificación de las variables

CODIGO	DEFINICIÓN
0	Ausente
1	Presente incompleto
2	Presente completo

Luego de ello fueron almacenadas en una base de datos elaborada en hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007, donde se procedió a procesar la información, ordenándola por momento evaluado, personal asistencial y criterios. Una vez almacenados los datos se calificó la calidad en cuanto al cumplimiento y se clasificaron de acuerdo a los rangos establecidos para la calificación como se muestra en la tabla N°2.

Tabla N° 2. Rangos para la calificación de las historia clínicas auditadas

RANGO	CALIFICACIÓN
0% a 59,9%	Cumplimiento deficiente
60% a 79,9%	Cumplimiento aceptable
80% a 100%	Cumplimiento satisfactorio

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes que egresaron del servicio de hospitalización de un Hospital Militar de Colombia durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y 30 de junio de 2009.
- Historias clínicas de pacientes hospitalizados en el periodo y provenientes de los servicios de cirugía, urgencias, consulta externa y contrarremitados.
- Historia clínica de hospitalización de primera vez durante el primer semestre de 2009.

Limitaciones y dificultades:

- Las auditorías se realizaron dos o tres veces por semana debido al tiempo destinado por motivos laborales.
- Se hizo necesario la implementación por parte de los auditores de un libro foliado en el cual se registraban las historias clínicas solicitadas al archivo clínico y su devolución con fecha y responsables del proceso.
- Las historias clínicas solicitadas al archivo clínico no eran entregadas en su totalidad debido a que estaban siendo utilizadas en otros servicios asistenciales

para la atención del usuario, por pérdida o por dificultades para encontrarla dentro del archivo. Estas se solicitaban dos veces más con el fin de dar tiempo para su búsqueda.

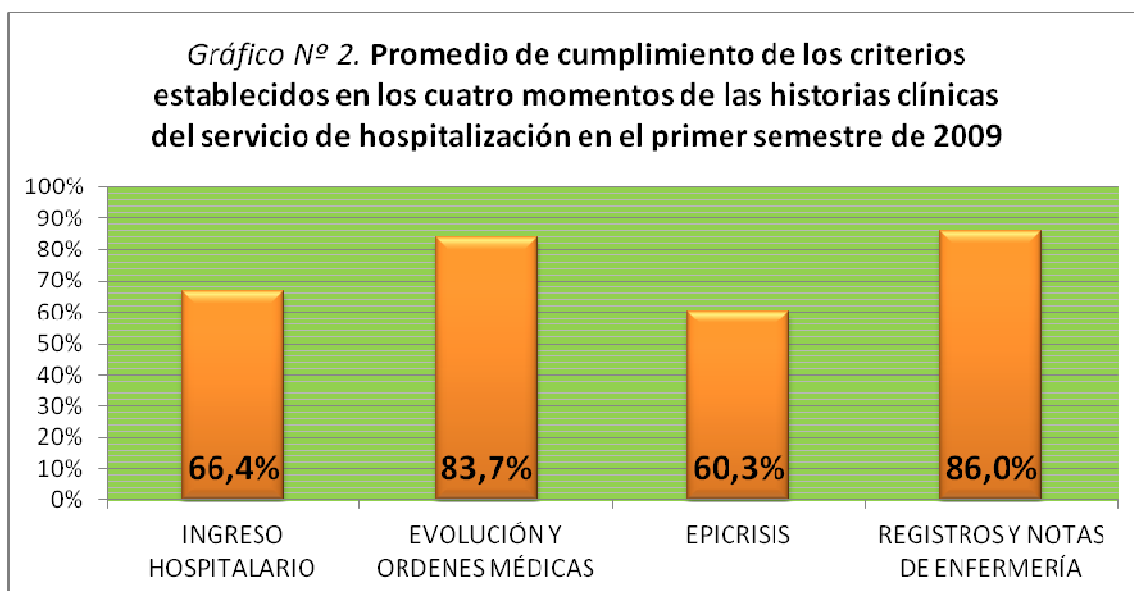
4. RESULTADOS

Al evaluar la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica y el cumplimiento de los criterios establecidos para el ingreso hospitalario, evolución y órdenes médicas, registros de enfermería y epicrisis, en el servicio de hospitalización de un Hospital Militar de Colombia durante el periodo comprendido entre el 01 de enero al 30 junio de 2.009, encontramos los siguientes resultados:

RESULTADOS GENERALES:

De los 375 egresos hospitalarios que se presentaron en el primer semestre de 2009 en el servicio de hospitalización, 30 de ellos (8%) fueron por segunda hospitalización en el periodo y 73 historias clínicas (19,47%) no fueron encontradas en el archivo clínico.

De las 272 historias auditadas, se evidenció un promedio de cumplimiento satisfactorio de los criterios establecidos de acuerdo a los parámetros nacionales y la normatividad vigente en los registros y notas de enfermería de un 86,0%; seguido de las evoluciones y órdenes médicas con un 83,7%. No obstante en los ingresos hospitalarios y en las epicrisis el promedio de cumplimiento es aceptable. *(Ver gráfico N° 2)*



En relación al cumplimiento en el diligenciamiento general de las historias clínicas y la clasificación obtenida se observa que el cumplimiento satisfactorio con mayor frecuencia está en los registros y notas de enfermería 83,5%, seguido de las evoluciones y ordenes médicas que alcanza un 68,8% de las historias clínicas. Sin embargo el ingreso hospitalario obtuvo su mayor frecuencia en el cumplimiento aceptable obteniendo un 40,1% y la epicrisis únicamente alcanza una frecuencia de cumplimiento satisfactorio del 15,1%. (Ver tabla N° 3)

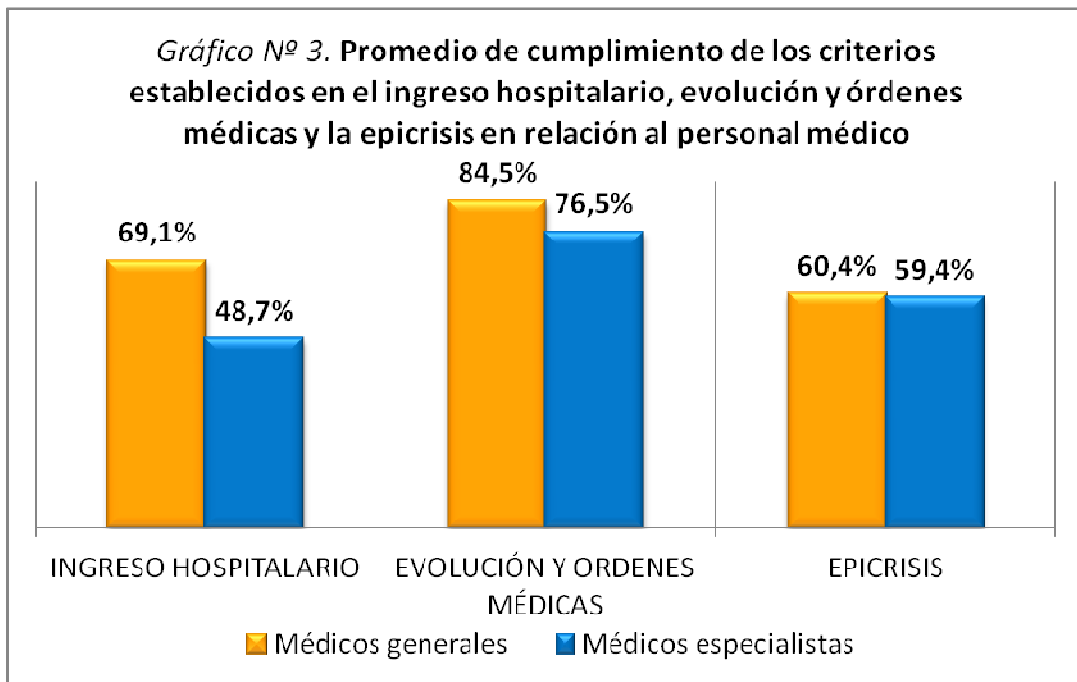
Tabla N° 3. Cumplimiento en el diligenciamiento general de las historias clínicas del servicio de hospitalización auditadas de acuerdo a la calificación obtenida

MOMENTO EVALUADO	CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO		CUMPLIMIENTO ACEPTABLE		CUMPLIMIENTO DEFICIENTE	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ingreso hospitalario	95	34,9%	109	40,1%	68	25,0%
Evolución y órdenes médicas	187	68,8%	67	24,6%	18	6,6%
Registros y notas de enfermería	227	83,5%	42	15,4%	3	1,1%
Epicrisis	41	15,1%	133	48,9%	98	36,0%

Al hacer una discriminación de los registros por médico general y especialistas, encontramos que en los de médicos generales hay un promedio de cumplimiento satisfactorio del 84,5% de acuerdo al diligenciamiento general de las evoluciones y órdenes médicas, mientras que en especialistas el promedio de cumplimiento es aceptable con un 74,5%.

En relación al diligenciamiento general del ingreso hospitalario por médico general se obtuvo un promedio de cumplimiento aceptable con un 69,1%; sin embargo los ingresos hospitalarios diligenciados por especialistas obtuvieron el menor porcentaje con un 48,7%.

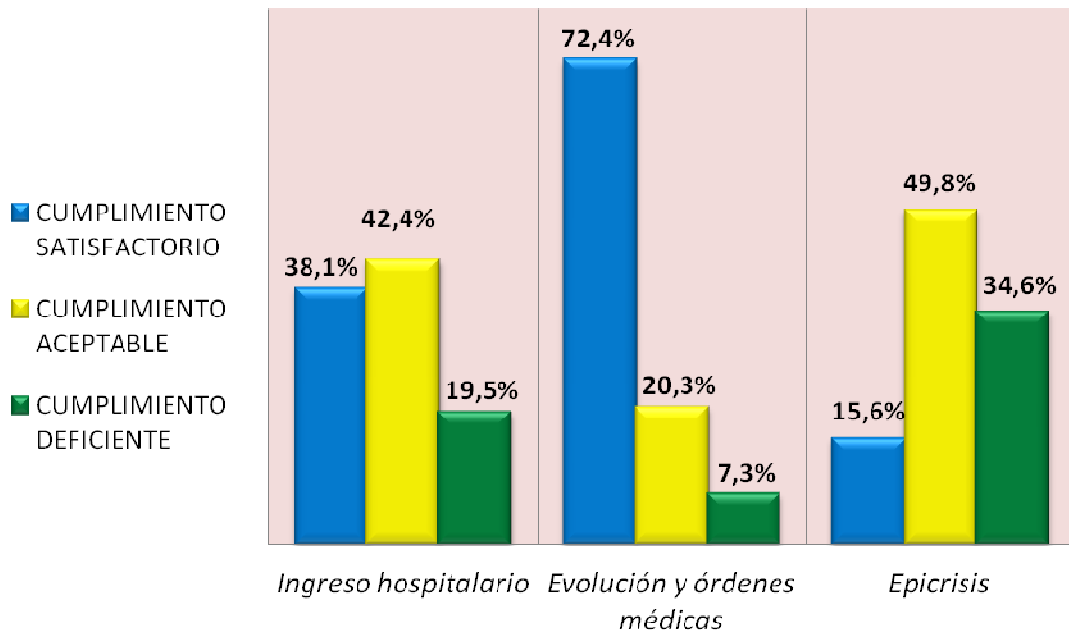
El momento de la historia clínica que obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento por médico general fue la Epicrisis, con un promedio de cumplimiento general de 60,4% (Ver gráfico N° 3).



Al realizar el análisis del diligenciamiento de las historias clínicas por parte de los médicos generales, encontramos un cumplimiento satisfactorio del 72,4% en la calificación del formato de evolución y órdenes médicas; del 38,1% en el ingreso hospitalario y del 15,6% en el diligenciamiento de la epicrisis.

Encontramos una calificación deficiente en el diligenciamiento de la epicrisis por médico general con un porcentaje del 34,6% el cual representa una tercera parte del universo de la muestra, seguido por el ingreso hospitalario que tiene una calificación deficiente en aproximadamente una quinta parte de las historias auditadas (19,5%) y de un 7,3% en las evoluciones y ordenes médicas (Ver gráfico No. 4).

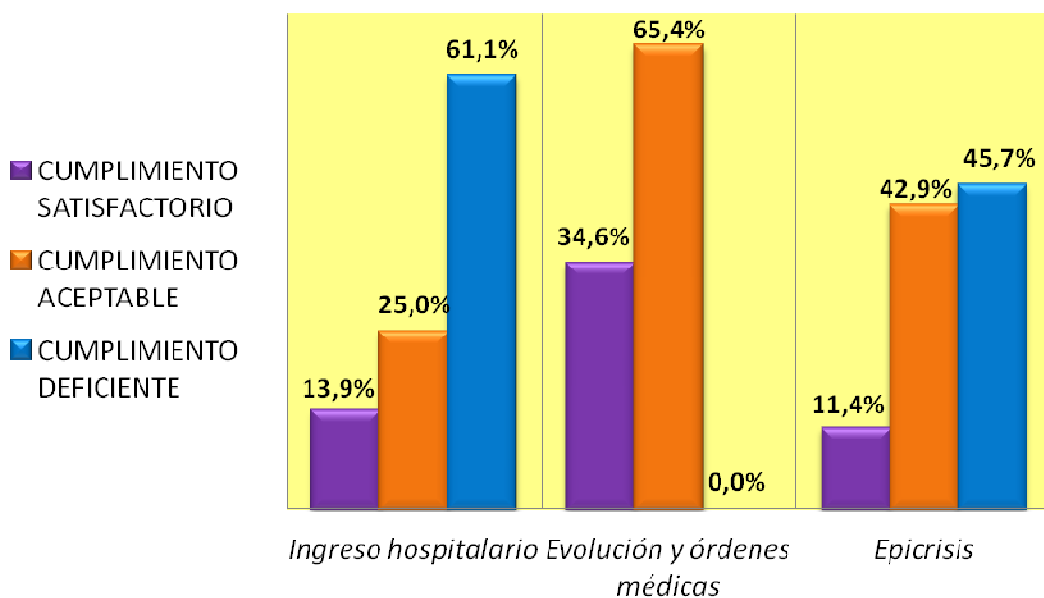
Gráfico N° 4. Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas por médicos generales



En el cumplimiento satisfactorio del diligenciamiento de las historias clínicas por los especialistas, observamos que en las evoluciones y órdenes médicas es del 34,6%, seguido del ingreso hospitalario con un 13,9%, y de la epicrisis con un 11,4%. Revisando las historias clínicas observamos que los registros elaborados son muy incompletos, no se registra la hora de evaluación, hay ilegibilidad en los registros, se pierde con frecuencia el orden cronológico de los registros y faltan datos importantes en ellos como lo son la identificación del usuario.

Se obtuvo una calificación aceptable en el cumplimiento del diligenciamiento del formato de evolución y órdenes médicas por especialistas del 65,4%, en la epicrisis del 42,9% y en el ingreso hospitalario del 25,0%. En cuanto a la calificación deficiente el formato diligenciado por los médicos especialistas que presentó mayor incumplimiento fue el del ingreso hospitalario en un 61,1% de las historias clínicas evaluadas, seguido de la epicrisis con un 45,7%.

Gráfico N° 5. Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas por especialistas






En la Tabla N° 4 se observa que el cumplimiento satisfactorio se da en el criterio nombres y apellidos con un porcentaje de 92,65%, edad y sexo con 81,25%, el porcentaje aceptable se evidencia en 9 características entre el rango de 79,78% y 68.06%, de las 22 características se observa que 11 reporta un cumplimiento deficiente que va desde 53,51% hasta el 6,32%, siendo las características menos diligenciadas: Registra y redacta en forma ordenada y legible, revisión por sistemas, tratamiento previos y registro de vacunación.

Tabla N° 4. Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en los ingresos hospitalarios diligenciados por médicos generales y especialistas

ASPECTO EVALUADO	PRESENTE COMPLETO	
	Frecuencia	%
1 Nombres y apellidos completos	252	92,65%
2 Edad y sexo	221	81,25%
3 Fecha de nacimiento y documento de identidad	217	79,78%
4 Datos generales: ocupación, si es menor antecedentes perinatales	217	79,78%
5 Fecha ingreso y hora atención	213	78,31%
6 Registra todos los diagnósticos pertinentes	213	78,31%
7 Dirección, municipio y teléfono	212	77,94%
8 Describe manejo farmacológico y signos de alarma	207	76,95%
9 Describe en examen físico y los hallazgos relacionados con el MC	193	70,96%
10 Registra signos vitales	189	69,49%
11 Registra solicitud de exámenes laboratorio o radiografías	130	68,06%
12 Nombre acompañante, dirección y teléfono	145	53,51%
13 Registra antecedentes personales, incluyendo los ginecobstetricos	135	49,82%
14 Nombre completo, legible e identificación y sello claro	135	49,63%
15 Motivo de consulta: palabras del paciente	128	47,23%
16 Enfermedad actual, en orden cronológico	107	39,48%
17 Registra remisión y motivo	31	38,27%
18 Antecedentes familiares	103	38,01%
19 Registra y redacta en forma ordenada y su letra es legible	101	37,27%
20 Revisión de sistemas, amplía la enfermedad actual	82	30,15%
21 Describe tratamientos previos	72	28,92%
22 Registra vacunación	17	6,32%

Convenciones

-  ≥ 80%
-  ≥ 60% y < 80%
-  < 60%

En la Tabla N°5 se obtuvo unos porcentajes de cumplimiento que van entre el 95,59% y el 12,13%. Se presentó un cumplimiento mayor al 90% en las variables que corresponden a la identificación del usuario, nombres y apellidos completos, plan de manejo pertinente e impresión diagnóstica según los hallazgos. Más del 80% de las evoluciones y órdenes médicas auditadas presentan los diagnósticos y el manejo actual, mencionan las especialidades asesoras en el manejo y están registradas con hora y fecha por evaluación, sin embargo es más frecuente que no se registre la hora de atención.

Encontramos los porcentajes calificados como aceptables entre mayor o igual al 60.0% y menor o igual al 79.90%, en lo que se refiere al registro completo de los signos vitales; tipo de dieta; registro del egreso hospitalario, fórmula, signos de alarma, exámenes y otras ayudas ordenadas; estado general del paciente; registro de solicitud




y valoración de ayudas diagnósticas y exámenes de laboratorio; descripción de los síntomas expresados por el paciente; examen físico completo; registro de la remisión y sitio en los casos que aplica; orden y legibilidad en los registros; nombre completo, legible, identificación y sello de quien elabora la historia, siendo estas dos últimas variables mejor calificadas en los registros de médicos generales.

El menor porcentaje obtenido en las evoluciones y órdenes médicas de médicos generales y especialistas es la descripción del sexo y la edad ya que en esta variable se evidenció el registro de solo uno de los dos (*Ver tabla N°5*).

Tabla N° 5. Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en las evoluciones y órdenes médicas de médicos generales y de especialistas

	ASPECTO EVALUADO	PRESENTE COMPLETO	
		Frecuencia	%
1	Identificación	260	95,59%
2	Plan de manejo pertinente	260	95,59%
3	Nombres y apellidos completos	250	91,91%
4	Impresión diagnóstica según los hallazgos	248	91,18%
5	Registra los diagnósticos y el manejo actual	244	89,71%
6	Menciona las especialidades asesoras en el manejo	172	84,73%
7	Fecha y hora por evaluación	229	84,19%
8	Registra los signos vitales	215	79,63%
9	Registra el tipo de dieta	211	79,62%
10	Registra el egreso, describe fórmula, signos alarma, exámenes y otras ayudas ordenados	208	79,39%
11	Registra el estado general del paciente: aspecto externo	214	78,68%
12	Registro de exámenes de Laboratorio y valoración	134	76,14%
13	Registro de ayudas diagnósticas y valoración	101	70,63%
14	Describe síntomas expresados por el paciente	184	67,90%
15	Examen físico completo	179	66,30%
16	Nombre completo, legible e identificación y sello claro de quien elabora la historia	179	65,81%
17	Registra la remisión, justifica, describe sitio	42	65,63%
18	Registra y redacta en forma ordenada y su letra es legible	169	62,13%
19	Registra la complicación sobre agregada y su manejo	36	46,15%
20	Describe sexo y edad	33	12,13%

Convenciones

-  ≥ 80%
-  ≥ 60% y < 80%
-  < 60%

En el formato de epicrisis se observa que solo se tienen dos características con diligenciamiento satisfactorio y corresponde a nombres y apellidos completos en un

86,03%, al igual que el diagnóstico de ingreso el cual tiene un porcentaje de cumplimiento del 83,82%.

En lo referente a los procedimientos realizados al paciente, vía de ingreso, motivo de consulta, enfermedad actual, fecha de nacimiento e identificación del usuario, edad y sexo, dirección y teléfono, especialidades asesoras en el manejo del paciente, justificación terapéutica y evolución del paciente, existe una variación entre el 65,92% y 61,62% de cumplimiento en la historia clínica.

Las variables de la epicrisis que presentan cumplimiento deficiente en la historia clínica se evidencia en un poco más del 50% el registro completo del diagnóstico de egreso y código CIE10, tratamiento ordenado y signos de alarma, orden y legibilidad en los registros, nombre completo y legible, identificación y sello claro de quien elabora la epicrisis. Las variables que obtuvieron una calificación por debajo del 50% fueron: remisión y sitio (46,43%), nombre de acompañante, dirección y teléfono (41,18%), resultado de imágenes diagnósticas y laboratorios (37,44%), fecha y hora de ingreso (36,76%), tratamientos y medicamentos administrados (34,19%), complicaciones o enfermedades sobreagregadas (30,85) fecha y hora de egreso (22,06%), signos vitales y estado al ingreso (21,40%) y revisión por sistemas y antecedentes con la menor calificación (13,65%) (*Ver tabla N°6*).

Tabla N° 6. Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en las epicrisis diligenciadas por médicos generales y especialistas

ASPECTO EVALUADO		PRESENTE COMPLETO	
		Frecuencia	%
1	<i>Nombres y apellidos completos</i>	234	🟢 86,03%
2	<i>Diagnostico de ingreso</i>	228	🟢 83,82%
3	<i>Procedimientos realizados al paciente</i>	176	🟡 65,92%
4	<i>Registra vía de ingreso, motivo de consulta y Enfermedad Actual</i>	179	🟡 65,81%
5	<i>Fecha de nacimiento, Identificación, Edad y Sexo</i>	178	🟡 65,44%
6	<i>Dirección y teléfono</i>	173	🟡 63,60%
7	<i>Menciona especialidades asesoras en el manejo</i>	133	🟡 62,44%
8	<i>Describe estado del paciente al egreso y pronóstico del manejo</i>	169	🟡 62,36%
9	<i>Describe justificación terapéutica y evolución del paciente</i>	167	🟡 61,62%
10	<i>Redacción ordenada y letra legible</i>	155	🔴 56,99%
11	<i>Diagnostico egreso y código</i>	149	🔴 54,78%
12	<i>Nombre completo y legible, identificación y sello claro de quien elabora la Epicrisis</i>	140	🔴 51,47%
13	<i>Registra tratamiento ordenado y signos de alarma</i>	136	🔴 50,00%
14	<i>Registra remisión, razones y sitio</i>	39	🔴 46,43%
15	<i>Nombre acompañante, dirección y teléfono</i>	112	🔴 41,18%
16	<i>Resultado de imágenes diagnosticas y laboratorios</i>	76	🔴 37,44%
17	<i>Fecha y hora de ingreso.</i>	100	🔴 36,76%
18	<i>Enumera tratamientos y medicamentos administrados</i>	93	🔴 34,19%
19	<i>Complicaciones o enfermedades sobreagregadas</i>	29	🔴 30,85%
20	<i>Fecha y hora de egreso</i>	60	🔴 22,06%
21	<i>Registra Signos Vitales y describe estado al ingreso</i>	58	🔴 21,40%
22	<i>Registra revisión por sistemas y antecedentes</i>	37	🔴 13,65%

Convenciones

- 🟢 ≥ 80%
- 🟡 ≥ 60% y < 80%
- 🔴 < 60%

En la Tabla N° 7 se observa que en el formato de notas de enfermería de las 21 características evaluadas 14 se diligenciaron en forma completa lo cual da un porcentaje entre el 81,18% y el 97,06%, el cumplimiento deficiente refleja en el consentimiento informado con 12,31%, registro de signos vitales, sexo y edad con 14,3% y registro de resultados de exámenes y manejo con un porcentaje de 50,95% (Ver tabla N°7)

Tabla N° 7. Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en los registros y notas de enfermería

ASPECTO EVALUADO		PRESENTE COMPLETO	
		Frecuencia	%
1	Fecha y hora por evaluación	264	✓ 97,06%
2	Hoja de signos vitales	261	✓ 95,96%
3	Registro hoja de administración tratamiento clara y ordenada	260	✓ 95,94%
4	Menciona las especialidades asesoras en el manejo	259	✓ 95,57%
5	Nombres y apellidos completos e identificación	258	✓ 94,85%
6	Registra los diagnósticos y el manejo actual	255	✓ 93,75%
7	Registra el tipo de dieta y tolerancia	248	✓ 92,54%
8	Registra cambio de tratamientos según orden médica	247	✓ 91,48%
9	No usa corrector, solo paréntesis, anula espacios en blanco con líneas	244	✓ 89,71%
10	Examen físico, Impresión diagnóstica y Plan de manejo	234	✓ 86,03%
11	Registro de Balance líquidos y electrolitos	136	✓ 83,95%
12	Registra el egreso, describe formula, signos alarma, exámenes ordenados	224	✓ 82,35%
13	Describe síntomas expresados por el paciente estado general	223	✓ 81,99%
14	Registra la solicitud de exámenes, radiografías o electrocardiogramas	138	✓ 81,18%
15	Registra y redacta en forma ordenada y su letra es legible	215	⚠ 79,04%
16	Hoja de control de glucometrías y esquema de insulina	21	⚠ 77,78%
17	Nombre completo, legible e identificación de quien elabora la historia	202	⚠ 74,26%
18	Registra la complicación, remisión y describe sitio	46	⚠ 66,67%
19	Registra resultado de exámenes y manejo	107	✗ 50,95%
20	Registra los signos vitales, describe sexo y edad	39	✗ 14,34%
21	Consentimiento Informado	33	✗ 12,31%

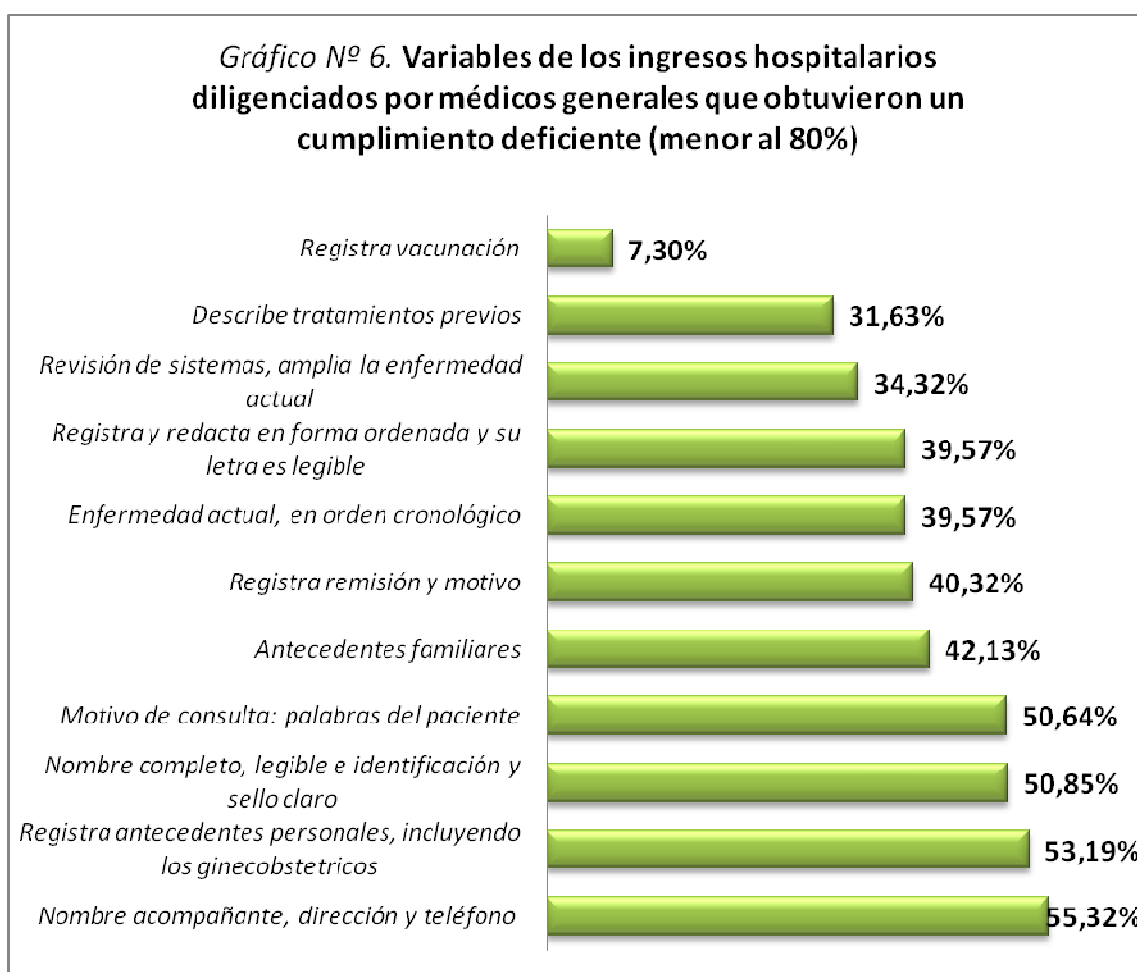
Convenciones

- ✓ ≥ 80%
- ⚠ ≥ 60% y < 80%
- ✗ < 60%

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA POR MÉDICOS GENERALES:

De las variables auditadas en los ingresos hospitalarios realizados por médicos generales se encontró un cumplimiento satisfactorio de orden descendente en el registro de nombres y apellidos completos del paciente (93,22%), fecha de nacimiento e identificación (82,20%), registro de los diagnósticos pertinentes (82,20%), edad y sexo del usuario (81,78%), datos generales (81,78%), manejo farmacológico y signos de alarma (80,77%). Las variables que obtuvieron una calificación aceptable fueron el registro de dirección de residencia, municipio y teléfono (79,66%), fecha ingreso y hora atención (79,66%), registro completo de signos vitales (76,27%), registro del examen físico completo y de los hallazgos relacionados con el motivo de consulta (75,42%) y el registro de la solicitud de ayudas diagnósticas (72,62%).

La calificación deficiente se obtuvo en 11 variables las cuales obtuvieron una calificación entre el 47,97% que corresponde a registro de nombre del acompañante, dirección y teléfono, hasta un dato menor que es del 6.32% correspondiente a vacunación. Otras variables como son el registro de antecedentes personales, nombre completo, motivo de consulta, antecedentes familiares y personales, enfermedad actual, revisión por sistemas, tratamientos previos del paciente, orden y legibilidad en los registros obtuvieron un porcentaje menor al 47,0% (Ver gráfico 6).

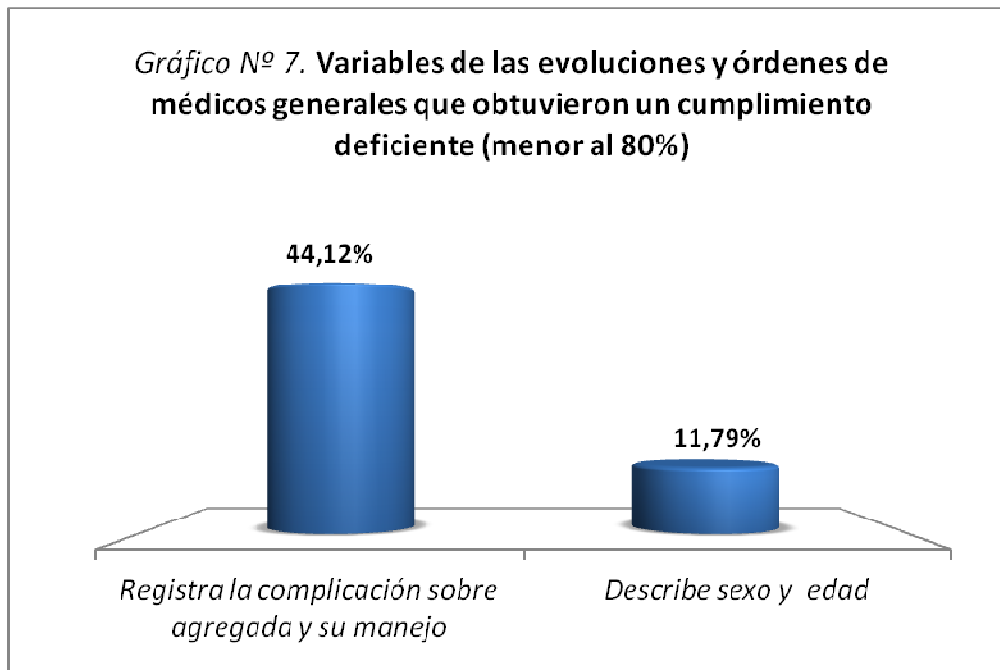


El formato de evoluciones y órdenes médicas fue el que mejor calificación obtuvo debido a que de las 20 variables evaluadas encontramos una calificación satisfactoria en 10 de ellas las cuales fueron: identificación del usuario (96,75%), plan de manejo

pertinente (95,12%), nombres y apellidos completos (91,87%), registro de los diagnósticos y el manejo actual (91,87%), impresión diagnóstica según hallazgos (91,06%), fecha y hora por evaluación (87,40%), se menciona las especialidades asesoras en el manejo (84,24%), registro de los signos vitales (83,61%), registro del tipo de dieta (82,99%), registro del egreso, descripción de fórmula, signos de alarma, exámenes y otras ayudas ordenados (80,75%).

En relación a las variables que obtuvieron una calificación aceptable en el cumplimiento del adecuado diligenciamiento de las evoluciones y órdenes médicas encontramos el registro del estado general del paciente (79,67%), registro de los exámenes de laboratorio y valoración (74,21%), descripción de síntomas expresados por el paciente (71,02%), examen físico completo (68,70%), registro de ayudas diagnósticas y valoración (68,25%), redacción ordenada y legible (67,48%), nombre completo, legible e identificación y sello claro de quien elabora la historia (67,07%), justificación de la remisión y descripción del sitio donde se remite el paciente(62,96%).

Finalmente encontramos un cumplimiento deficiente en dos de las variables de las evoluciones y órdenes de médicos generales, una de ellas es el registro de las complicaciones agregadas y su manejo con un 44,12%; la otra es el la descripción sexo y edad del paciente el cual obtuvo una calificación del 11,79% ya que en esta variable se evidenció el registro de la edad o del sexo, en muy pocos registro estaban presentes los dos criterios. (*Ver gráfico N°7*).



En cuanto a la evaluación de la calidad del diligenciamiento de la epicrisis por médicos generales, encontramos que sólo dos variables de las 22 evaluadas obtuvieron una calificación satisfactoria; el registro de los nombres y apellidos completos con un 86,08% y el diagnóstico de ingreso con un 83,54%. Las variables que obtuvieron una calificación aceptable fueron: registro de vía de ingreso, motivo de consulta y enfermedad actual (66,67%); fecha de nacimiento, identificación, edad y sexo (66,24%); descripción del estado del paciente al egreso y pronóstico del manejo (63,56%); procedimientos realizados al paciente (63,52%); dirección y teléfono (62,87%), descripción, justificación terapéutica y evolución del paciente (61,86%), menciona especialidades asesoras en el manejo (61,86%), redacción ordenada y letra legible (61,60%) y diagnóstico egreso y código (61,18%).

El cumplimiento insatisfactorio del formato de epicrisis aplicado a médicos generales, se evidenció en el 50% de las variables, en donde el registro que menos cumple es el registro de revisión por sistemas y antecedentes con un 14,4% y el más alto pero que no alcanza la calificación aceptable es el registro del tratamiento ordenado y signos de alarma que corresponde a un 52,32%. (Ver gráfico N°8).

Gráfico N° 8. Variables de las epicrisis diligenciadas por médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)



RESULTADOS DE LA AUDITORÍA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS:

En la evaluación de los ingresos hospitalarios diligenciados por los médicos especialistas la única variable que obtuvo una calificación satisfactoria fue el registro completo de los nombres y apellidos del usuario con un (88,89%). Las variables que obtuvieron una calificación de cumplimiento aceptable fueron el registro de la edad y sexo con un 77,78%, la fecha de ingreso y hora de atención con un 69,44%, dirección, municipio y teléfono con un 66,67%, los datos generales del usuario como ocupación y

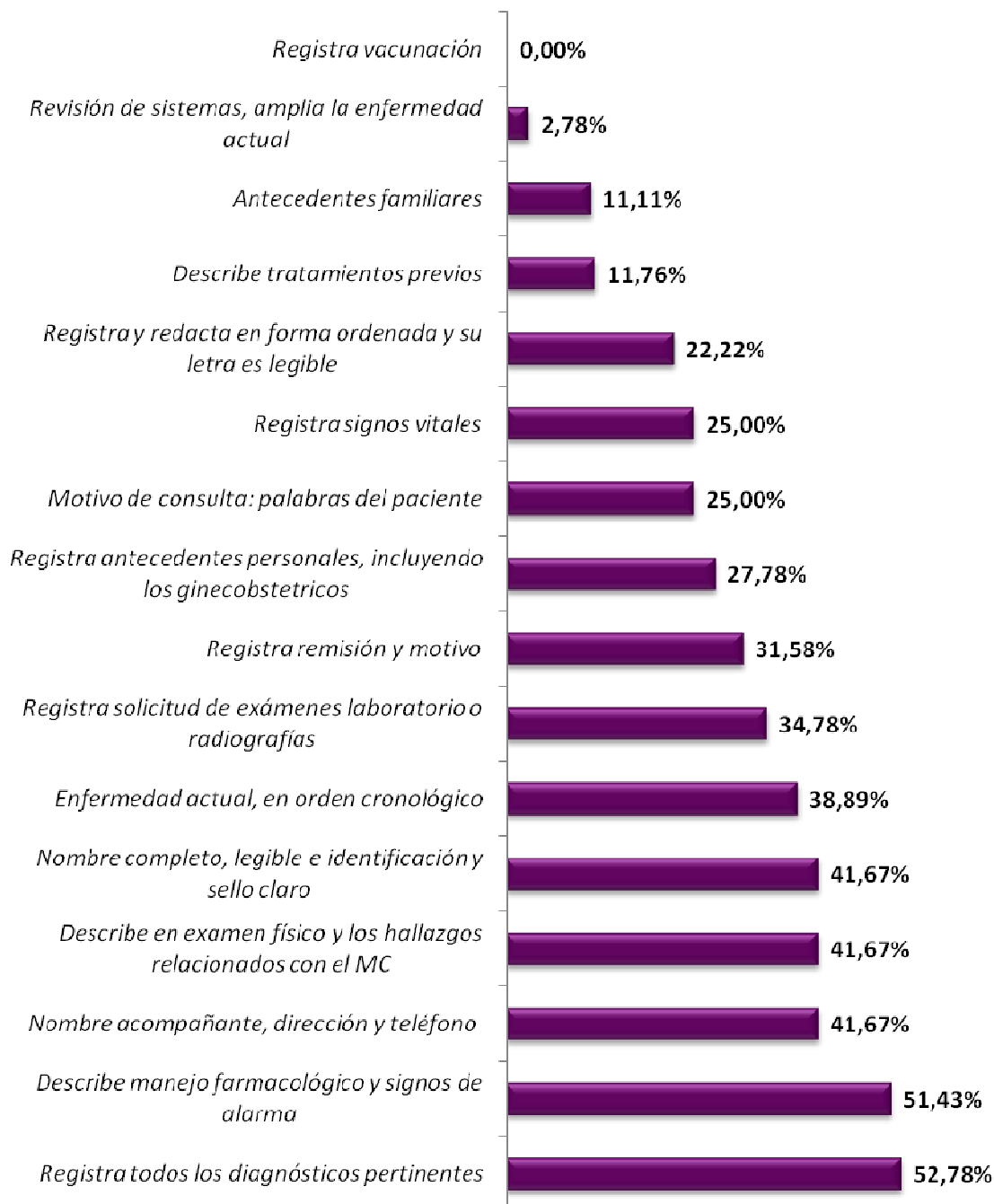
antecedentes perinatales en menores de edad con un 66,67% y la fecha de nacimiento e identificación con un 63,89%. Cabe anotar que en la institución hay un formato de ingreso hospitalario establecido el cual es encabezado por el personal que registra el usuario en el momento que este solicita la atención, y durante la evaluación de las historias clínicas se evidenció que estas variables en su mayoría están diligenciadas por personal diferente al médico especialista.

De las 22 variables evaluadas, 16 obtuvieron una calificación de cumplimiento deficiente, entre las cuales se encuentran el registro de la vacunación que no estuvo presente en ningún ingreso hospitalario evaluado; la revisión por sistemas ampliando la enfermedad actual presente en el 2,78% de las historias clínicas, los antecedentes familiares y tratamiento previos con un porcentaje menor al 12,0%; una cuarta parte de los ingresos presentaron cumplimiento en el registro de los signos vitales y el motivo de consulta con palabras del paciente.

En un poco más de la quinta parte de los ingresos hospitalarios diligenciados por especialistas se evidenció registros y redacciones ordenadas, una tercera parte presentaron registro de solicitud de ayudas diagnósticas e imagenología, remisión del paciente y motivo.

Dos quintas partes de los ingresos hospitalarios presentaron descripción del examen físico y hallazgos, nombre de acompañante de los usuarios, y estuvieron firmadas con nombre completo, legible y sello claro del especialista. Las variables que obtuvieron un porcentaje por encima del 50% fueron el registro de todos los diagnósticos pertinentes con un 52.7% y el manejo farmacológico y signos de alarma con un 51.43% (*Ver gráfico N°9*).

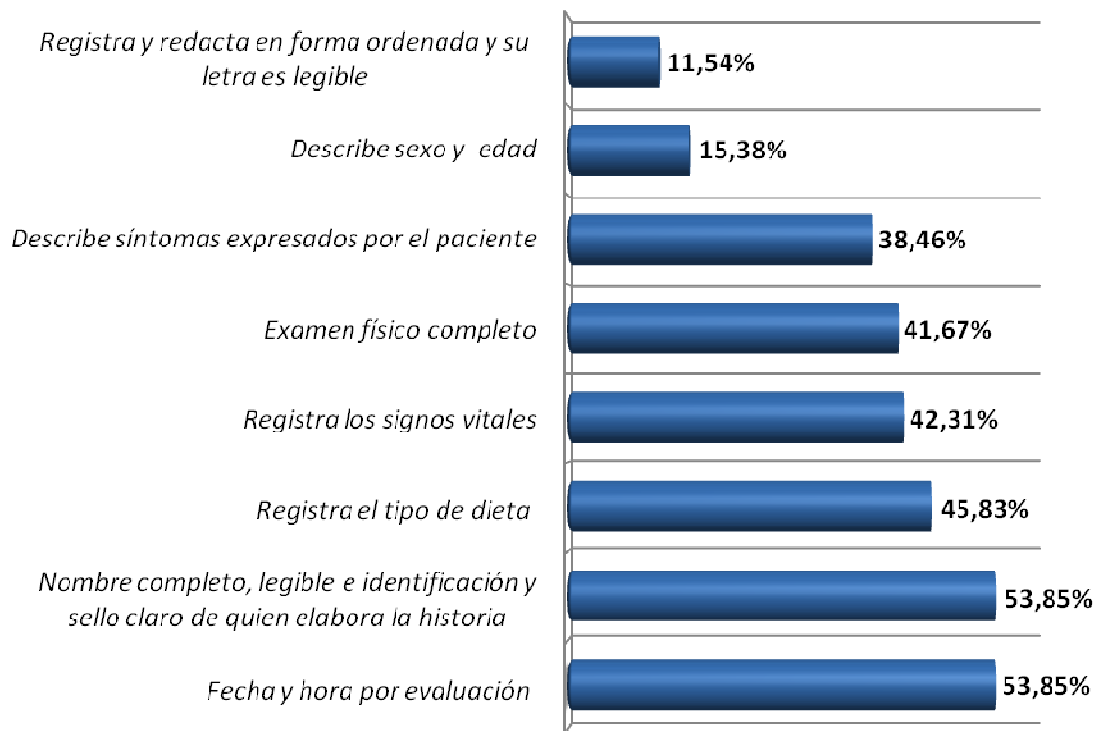
Gráfico N° 9. Variables de los ingresos hospitalarios diligenciados por médicos especialistas que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)



En relación al cumplimiento en el diligenciamiento de las evoluciones y órdenes médicas por parte de los médicos especialistas encontramos una calificación satisfactoria y aceptable en 8 y 4 variables respectivamente. La variable que obtuvo la mayor calificación fue el registro del plan de manejo pertinente con un 100%; seguida en orden descendente por: el registro de exámenes de laboratorio y valoración (94,12%), nombres y apellidos completos (92,31%), impresión diagnóstica según los hallazgos (92,31%), se menciona especialidades asesoras en el manejo (89,47%), registro de ayudas diagnósticas y valoración (88,24%), identificación del usuario (84,62%), justificación de la remisión y descripción del sitio (80,00%), estado general del paciente (69,23%), diagnósticos y manejo actual (69,23%), egreso del paciente, fórmula, signos de alarma y paraclínicos ordenados (65,22%), complicaciones sobreañegadas y su manejo (60,00%).

Referente al cumplimiento deficiente en las evoluciones y ordenes médicas, observamos un cumplimiento mayor al 50% en la variable que evalúa el nombre, identificación y sello claro de quien elabora la epicrisis, al igual que en el registro de la fecha y hora por evaluación, este último se ve afectado porque en la mayoría de los registros se evidencia la fecha pero no la hora de evaluación. El registro de los síntomas expresado por el paciente, el examen físico completo, signos vitales y tipo de dieta obtuvieron una calificación entre el 38,46% y 45,83%. Sin embargo se obtuvo un porcentaje menor al 20% en el registro de la edad y el sexo del paciente debido a que en la gran mayoría de los registros se registraron uno de los dos criterios. La variable que obtuvo la menor calificación fue la que evaluó el orden y legibilidad de los registros médicos con un 11,54%. (Ver gráfico N° 10).

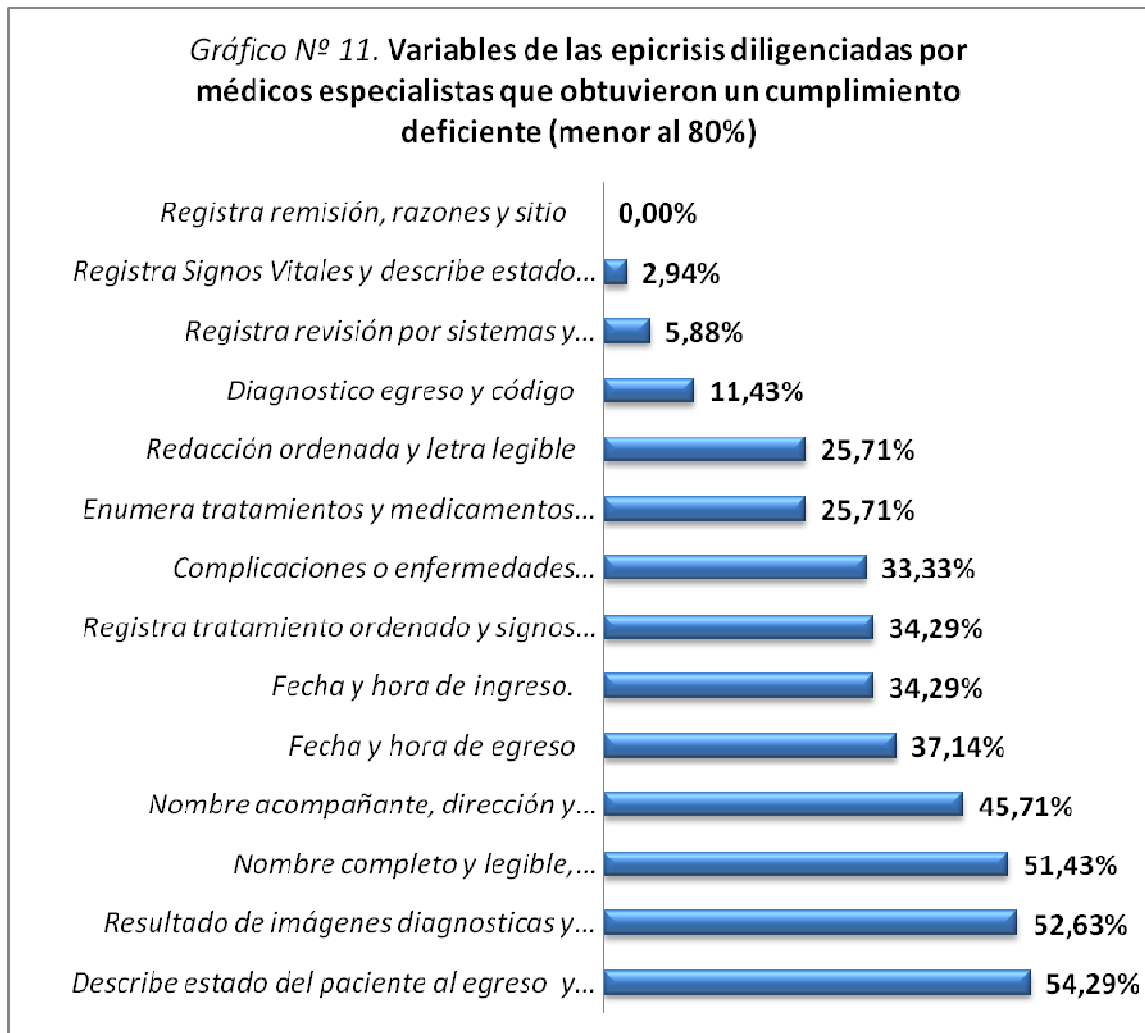
Gráfico N° 10. Variables de las evoluciones y órdenes de médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)



La evaluación del cumplimiento en el diligenciamiento de la epicrisis obtuvo una calificación satisfactoria en el registro del nombre y apellidos completos del paciente y en el registro del diagnóstico de ingreso, ambas variables con un porcentaje de 85,71%. El registro de la fecha de nacimiento, identificación, sexo y edad, vía de ingreso, motivo de consulta, enfermedad actual, justificación terapéutica y evolución del paciente obtuvieron una calificación aceptable con el 60,0%. El registro de la dirección y teléfono del paciente y las especialidades asesoras en su manejo presentaron una calificación del 68,57% y 68,42% respectivamente.

En el cumplimiento insatisfactorio de las epicrisis diligenciadas por médicos especialistas, la variable que no se cumple y es calificada como 0,00% es la de registra remisión, razones y sitio; signos vitales y descripción del estado del paciente es del 2,94%; revisión por sistemas y antecedentes 5,88%; la redacción en forma ordenada y

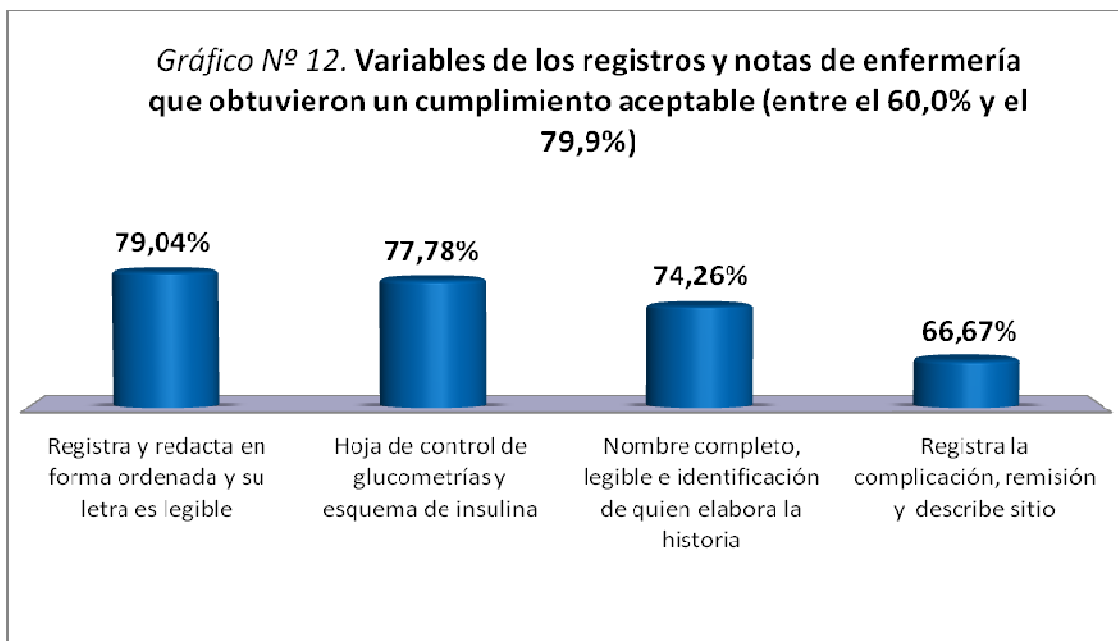
letra legible cumple en un 25,71% de las historias auditadas al igual que la enumeración de los tratamientos y medicamentos. Sigue el cumplimiento de las otras variables en forma ascendente, mostrando el mayor porcentaje en la variable donde se describe el estado del paciente al egreso con un 54,29% (Ver gráfico N° 11).



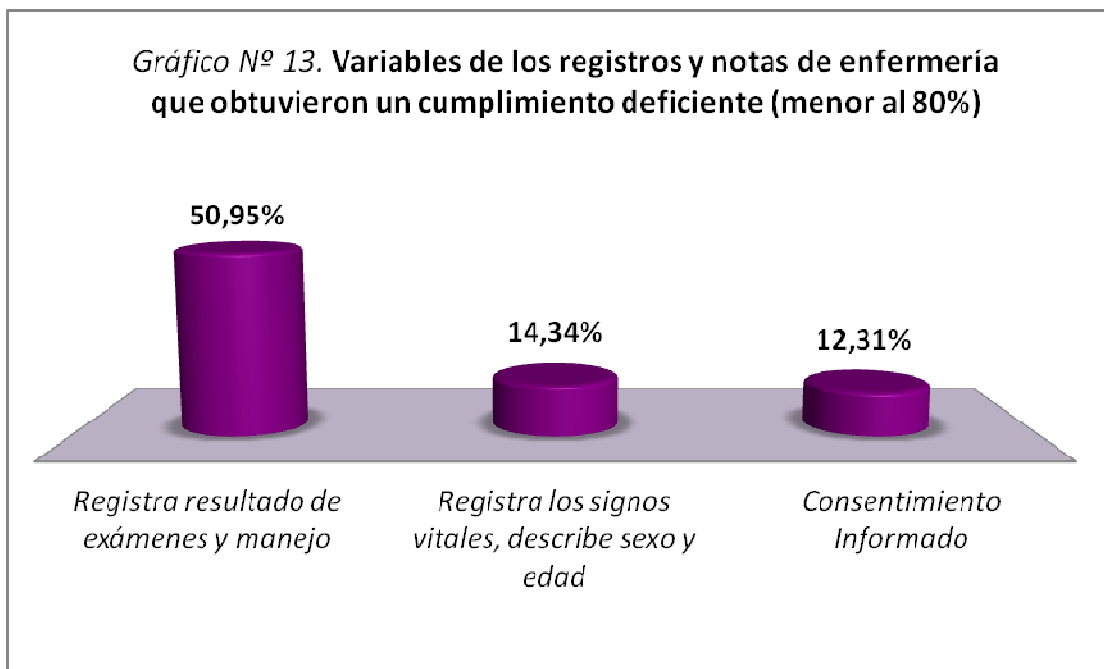
RESULTADOS DE LA AUDITORÍA EN LAS NOTAS Y REGISTROS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA:

En la evaluación de las notas y registros de enfermería realizados durante la hospitalización, se obtuvo una calificación satisfactoria en el registro de la fecha y hora por evaluación (97,06%), hoja de signos vitales (95,96%), claridad y orden en la hoja de administración de tratamiento (95,94%), menciona las especialidades asesoras en el manejo (95,57%), nombres y apellidos completos e identificación (94,85%), registra los diagnósticos y el manejo actual (93,75%), registra el tipo de dieta y tolerancia (92,54%), registra cambio de tratamientos según orden médica (91,48%), no usa corrector, solo paréntesis, anula espacios en blanco con líneas (89,71%), examen físico, impresión diagnóstica y plan de manejo (86,03%), registro de balance líquidos y electrolitos (83,95%), registra el egreso, describe fórmula, signos alarma, exámenes ordenados (82,35%), describe síntomas expresados por el paciente estado general (81,99%), registra la solicitud de exámenes, radiografías o electrocardiogramas (81,18%).

La calificación aceptable en las notas de enfermería, esta dado por cuatro variables, el registro de la complicación, remisión y sitio con un porcentaje del 66.67% en forma ascendente hasta el registro y redacción en forma ordenada y legible con un 79.04% (Ver gráfico N° 12).



El cumplimiento deficiente en las notas y registros de enfermería está dado por el registro de los exámenes de laboratorio y manejo en un 50,95% debido a que se registra la realización del examen pero no los resultados o alteraciones importantes. En orden descendente sigue el registro de los signos vitales, sexo y edad con un 14,34% puesto que la variable fue calificada como incompleta porque en la mayoría de los registros falta el sexo y/o la edad del paciente. El consentimiento informado obtuvo un porcentaje del 12,31% debido a que este es diligenciado por el personal de enfermería y es aplicado únicamente a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente (Ver gráfico N° 13).



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ La historia clínica es un documento importante en la atención del paciente, su formato constituye un documento médico, que fundamenta la actuación del personal de salud y diligenciada en forma completa minimiza y ayuda a resolver dificultades médico legales en un momento dado, contribuye en la recolección de datos para poder desarrollar diversos estudios, genera datos estadísticos y sirve de enseñanza para estudiantes del área de la salud.

La historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la prestación de los servicios (16).

- ✓ En la revisión bibliográfica a nivel internacional se encontró estudios de auditoría de historia clínica en el servicio de consulta externa, urgencias. En el estudio “Auditoria medica en consulta externa de pediatría” (17), arrojó un 12% en el diligenciamiento de los datos en forma completa, en otro estudio de “Auditoria medica de historia clínica en consulta externa de 4 hospitales públicos peruanos” (18). Los hallazgos fueron los siguientes: un cumplimiento en impresión diagnóstica de 97.43%, síntomas de la consulta del 91%, al contrario, en signos vitales se obtuvo 8.75%, y fecha y hora de consulta en un 13% de cumplimiento, en el estudio “ Programa de calidad de las historias clínicas hospital zonal de Argentina”(19) en el servicio de hospitalización se evidenció buenos resultados en el 35.9%, valores a mejorar en 15.4%, malos resultados en un 47.7% de las historias clínicas revisadas. El estudio de un Hospital Militar de Colombia mostró un cumplimiento satisfactorio del 50.5%, siendo el único estudio realizado en la institución para la evaluación de la historia clínica en cuatro momentos.
- ✓ A nivel nacional se encontró un estudio realizado en la Clínica Regional de Oriente de la Policía Nacional de Colombia, en donde se hizo una evaluación de la calidad de 404 historias clínicas en el servicio de urgencia y se obtuvo que en un 10% hubo un cumplimiento por encima del 85%, calificado como adecuado; el 59% tuvo un

cumplimiento entre el 70% y 84% correspondiendo a aceptable (20). En nuestro estudio el cumplimiento por encima del 80% fue de 50,5% lo que corresponde a un cumplimiento satisfactorio el diligenciamiento de la historia clínica.

- ✓ La calidad en el diligenciamiento de la historia clínica se ve afectada por variables como las siguientes: en el formato aplicado a medico general referente al ingreso hospitalario la característica vacunación se cumple en el 9%, en evolución medica el registro de sexo y edad se hizo en un 12%, en la epicrisis: revisión por sistemas y antecedentes 15%, respecto a los médicos especialistas en el formato de ingreso la característica vacunación fue del 0%, revisión por sistemas 3%, antecedentes familiares 11%, en evolución y ordenes medicas, letra legible 12%, sexo y edad 15%, en epicrisis, la variable signos vitales 6%, revisión por sistemas y antecedentes 9%, diagnostico de egreso y código 11%.

- ✓ El formato de consentimiento informado se cumple en un 14%, elaborado por el personal de enfermería a los pacientes que ingresan a realizarse un procedimiento quirúrgico de forma electiva.

- ✓ Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la historia clínica y porque ésta cumpla con los propósitos para los cuales ha sido diseñada. De todo este personal, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva (21).

- ✓ Una auditoria permanente y frecuente de la historia clínica ayuda a prevenir errores, mejora la calidad en los registros, permite la implementación de cambios y retroalimentación al equipo de salud para generar seguridad en la calidad del cuidado del paciente, sin embargo algunos profesionales de la salud, toman este proceso como una fiscalización creando resistencia al cambio.

- ✓ P.J. Velandia (comunicación personal) recomienda que la historia clínica sea observada como un elemento probatorio vital para la defensa de los profesionales de la salud a la hora de enfrentar un proceso de cualquier tipo; por lo tanto debe ser manejada con precaución y tomando las medidas necesarias para que sea de gran ayuda a la hora de enfrentar un proceso o investigación.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ Para mejorar la calidad de la historia clínica del paciente hospitalizado se debe programar reuniones periódicas donde asista todo el equipo de salud y así poder socializar las características que se deben cumplir para llegar a unificar criterios y dar cumplimiento a la normatividad vigente.
- ✓ Durante la revisión de las historias clínicas se encontraron formatos diferentes para la evolución de pacientes y de epicrisis. Es necesario implementar formatos únicos para estandarizar el diligenciamiento de la información.
- ✓ Es necesario verificar la realización de la historia clínica al del ingreso del paciente, puesto que se encontró pacientes que entraron a procedimientos quirúrgicos sin nota de ingreso.
- ✓ El comité de historias clínicas debe realizar auditoria periódica a las historias clínicas con el fin de generar un informe, que se dé a conocer al personal de salud auditado y con copia a la dirección del hospital, para tomar correctivos y realizar seguimiento en busca del mejoramiento continuo, la prevención de eventos adversos, disminuir costos de mala calidad en la atención en salud.
- ✓ Es importante involucrar a todo el personal del equipo de salud para la realización del consentimiento informado de manera completa, desde el ingreso del usuario al hospital, y los correspondientes a cada procedimiento que se pueda generar durante su estancia hospitalaria.
- ✓ El Archivo clínico debe ser manejado por personal entrenado y consciente del impacto (positivo o negativo) de su desempeño.

- ✓ Mejoramiento de un sistema de control de entradas y salidas de las historias clínicas, con el fin de garantizar la efectividad de la custodia.

- ✓ Realizar inducción al personal nuevo que ingrese a la institución y re inducción al personal que ya esté laborando en ella en diferentes periodos, con el fin de garantizar el conocimiento de las políticas y protocolos institucionales.

- ✓ Establecer como requisito el sello y la firma legible en la historia clínica.

7. LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla Nº 1	Codificación de las variables
Tabla Nº 2	Rangos para la calificación de las historia clínicas auditadas
Tabla Nº 3	Cumplimiento en el diligenciamiento general de las historias clínicas del servicio de hospitalización auditadas de acuerdo a la calificación obtenida
Tabla Nº 4	Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en los ingresos hospitalarios diligenciados por médicos generales y especialistas
Tabla Nº 5	Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en las evoluciones y órdenes médicas de médicos generales y de especialistas
Tabla Nº 6	Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en las epicrisis diligenciadas por médicos generales y especialistas
Tabla Nº 7	Cumplimiento de los criterios evaluados que estuvieron presentes y completos en los registros y notas de enfermería
Gráfico Nº 1	Nº de egresos hospitalarios en el servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2009
Gráfico Nº 2	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en los cuatro momentos de las historias clínicas del servicio de hospitalización en el primer semestre de 2009

Gráfico Nº 3	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en el ingreso hospitalario, evolución y órdenes médicas y la epicrisis en relación al personal médico
Gráfico Nº 4	Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas por médicos generales
Gráfico Nº 5	Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas por especialistas
Gráfico Nº 6	Variables de los ingresos hospitalarios diligenciados por médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 7	Variables de las evoluciones y órdenes de médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 8	Variables de las epicrisis diligenciadas por médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 9	Variables de los ingresos hospitalarios diligenciados por médicos especialistas que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 10	Variables de las evoluciones y órdenes de médicos generales que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 11	Variables de las epicrisis diligenciadas por médicos especialistas que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)
Gráfico Nº 12	Variables de los registros y notas de enfermería que obtuvieron un cumplimiento aceptable (entre el 60,0% y el 79,9%)
Gráfico Nº 13	Variables de los registros y notas de enfermería que obtuvieron un cumplimiento deficiente (menor al 80%)

8. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INGRESO HOSPITALARIO

ASPECTOS A EVALUAR		Nº de HC:				
		Médico:				
1	<i>Nombres y apellidos completos</i>					
2	<i>Fecha de nacimiento, Identificación, Edad y Sexo</i>					
3	<i>Dirección y teléfono</i>					
4	<i>Nombre acompañante, dirección y teléfono</i>					
5	<i>Fecha y hora de ingreso.</i>					
6	<i>Fecha y hora de egreso</i>					
7	<i>Diagnostico de ingreso</i>					
8	<i>Diagnostico egreso y código</i>					
9	<i>Registra vía de ingreso, motivo de consulta y Enfermedad Actual</i>					
10	<i>Registra revisión por sistemas y antecedentes</i>					
11	<i>Registra Signos Vitales y describe estado al ingreso</i>					
12	<i>Procedimientos realizados al paciente</i>					
13	<i>Resultado de imágenes diagnosticas y laboratorios</i>					
14	<i>Complicaciones o enfermedades sobreagregadas</i>					
15	<i>Menciona especialidades asesoras en el manejo</i>					
16	<i>Enumera tratamientos y medicamentos administrados</i>					
17	<i>Describe justificación terapéutica y evolución del paciente</i>					
18	<i>Registra remisión, razones y sitio</i>					
19	<i>Describe estado del paciente al egreso y pronóstico del manejo</i>					
20	<i>Registra tratamiento ordenado y signos de alarma</i>					
21	<i>Redacción ordenada y letra legible</i>					
22	<i>Nombre completo y legible, identificación y sello claro de quien elabora la Epicrisis</i>					
Subtotal						
Ítems que aplican						
PORCENTAJE OBTENIDO						

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS EVOLUCIONES Y ÓRDENES MÉDICAS

ASPECTOS A EVALUAR		Nº de HC:				
		Médico:				
1	Nombres y apellidos completos					
2	Identificación					
3	Fecha y hora por evaluación					
4	Registra y redacta en forma ordenada y su letra es legible					
5	Describe sexo y edad					
6	Registra los diagnósticos y el manejo actual					
7	Describe síntomas expresados por el paciente					
8	Registra el estado general del paciente: aspecto externo					
9	Registra los signos vitales					
10	Examen físico completo					
11	Impresión diagnóstica según los hallazgos					
12	Plan de manejo pertinente					
13	Registro de exámenes de Laboratorio y valoración					
14	Registro de ayudas diagnósticas y valoración					
15	Menciona las especialidades asesoras en el manejo					
16	Registra el tipo de dieta					
17	Registra la remisión, justifica, describe sitio					
18	Registra la complicación sobre agregada y su manejo					
19	Registra el egreso, describe fórmula, signos alarma, exámenes y otras ayudas ordenados					
20	Nombre completo, legible e identificación y sello claro de quien elabora la historia					
Subtotal						
Ítems que aplican						
PORCENTAJE OBTENIDO						

ANEXO 3: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA EPICRISIS

ASPECTOS A EVALUAR		Nº de HC:			
		Médico:			
1	Nombres y apellidos completos				
2	Fecha de nacimiento, Identificación, Edad y Sexo				
3	Dirección y teléfono				
4	Nombre acompañante, dirección y teléfono				
5	Fecha y hora de ingreso.				
6	Fecha y hora de egreso				
7	Diagnostico de ingreso				
8	Diagnostico egreso y código				
9	Registra vía de ingreso, motivo de consulta y Enfermedad Actual				
10	Registra revisión por sistemas y antecedentes				
11	Registra Signos Vitales y describe estado al ingreso				
12	Procedimientos realizados al paciente				
13	Resultado de imágenes diagnosticas y laboratorios				
14	Complicaciones o enfermedades sobreadegadas				
15	Menciona especialidades asesoras en el manejo				
16	Enumera tratamientos y medicamentos administrados				
17	Describe justificación terapéutica y evolución del paciente				
18	Registra remisión, razones y sitio				
19	Describe estado del paciente al egreso y pronóstico del manejo				
20	Registra tratamiento ordenado y signos de alarma				
21	Redacción ordenada y letra legible				
22	Nombre completo y legible, identificación y sello claro de quien elabora la Epicrisis				
Subtotal					
Ítems que aplican					
PORCENTAJE OBTENIDO					

ANEXO 4: INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS Y NOTAS DE ENFERMERÍA

ASPECTOS A EVALUAR		Nº de HC:			
		Médico:			
1	<i>Nombres y apellidos completos e identificación</i>				
2	<i>Fecha y hora por evaluación</i>				
3	<i>Registra y redacta en forma ordenada y su letra es legible</i>				
4	<i>Registra los signos vitales, Describe sexo y edad</i>				
5	<i>No usa corrector, solo paréntesis, anula espacios en blanco con líneas</i>				
6	<i>Registra los diagnósticos y el manejo actual</i>				
7	<i>Describe síntomas expresados por el paciente estado general</i>				
8	<i>Menciona las especialidades asesoras en el manejo</i>				
9	<i>Examen físico , Impresión diagnostica y Plan de manejo</i>				
10	<i>Registra el tipo de dieta y tolerancia</i>				
11	<i>Registra resultado de exámenes y manejo</i>				
12	<i>Registra cambio de tratamientos según orden médica</i>				
13	<i>Registra la solicitud de exámenes, radiografías o electrocardiogramas</i>				
14	<i>Registra la complicación, remisión y describe sitio</i>				
15	<i>Consentimiento Informado</i>				
16	<i>Registro hoja de administración tratamiento clara y ordenada</i>				
17	<i>Hoja de signos vitales</i>				
18	<i>Registro de Balance líquidos y electrolitos</i>				
19	<i>Hoja de control de glucometrías y esquema de insulina</i>				
20	<i>Registra el egreso, describe formula, signos alarma, exámenes ordenados</i>				
21	<i>Nombre completo, legible e identificación de quien elabora la historia</i>				
Subtotal					
Ítems que aplican					
PORCENTAJE OBTENIDO					

9. GLOSARIO

- ∂ **Calidad:** “Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades explícitas o implícitas”
- ∂ **Control de calidad:** “Conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo, utilizadas para verificar los requerimientos relativos a la calidad del producto o servicio”
- ∂ **Garantía de calidad:** “Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio cumplirá los requerimientos dados sobre calidad”
- ∂ **Gestión de calidad:** “Aspecto de la función de gestión que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y que lo realiza con medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, la garantía de calidad y la mejora de la calidad”. La gestión de la calidad es responsabilidad de todos los niveles ejecutivos, pero debe estar guiada por la alta dirección. Su realización involucra a todos los miembros de la organización. En la gestión de la calidad, se tienen en cuenta también criterios de rentabilidad.
- ∂ **Sistema de gestión de la calidad:** “Conjunto de la estructura de la organización, de responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a término la gestión de calidad”. El sistema de gestión de la calidad de una organización está fundamentalmente previsto para satisfacer las necesidades internas de la organización.
- ∂ **Aseguramiento de la calidad:** "Es un conjunto de actividades preestablecidas y sistematizadas, aplicadas al sistema de calidad, que ha sido demostrado que son necesarias para dar confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requisitos para la calidad".
- ∂ **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defecto o cualquier situación indeseable existente, para evitar su repetición.

- ∂ **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defecto o cualquier situación indeseable potencial, con el fin de evitar que se produzca.
- ∂ **Auditor de la Calidad:** Persona calificada para efectuar auditorias de la calidad.
- ∂ **Auditoria de la Calidad:** Examen sistemático e independiente con el fin de determinar si las actividades y los resultados relativos a la Calidad satisfacen las disposiciones preestablecidas, y si éstas disposiciones son aplicadas en forma efectiva y son apropiadas para alcanzar los objetivos.
- ∂ **Calidad:** La totalidad de las características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades establecidas e implícitas.
- ∂ **Control de la Calidad:** Técnicas y actividades de carácter operativo, utilizadas para satisfacer los requisitos de Calidad de un producto o servicio.
- ∂ **Costo de la No Calidad:** Costos asociados con la provisión de productos o servicios de baja calidad.
- ∂ **Defecto:** No cumplimiento de un requisito o de una expectativa razonable, ligada a un uso previsto, incluyendo los relativos a la seguridad.
- ∂ **Evidencia Objetiva:** Información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos y obtenida por observación, medición, ensayo u otros medios.
- ∂ **Gestión de la Calidad:** Actividades de la función empresaria que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades, y que se implementan a través de la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad.
- ∂ **Gestión de la Calidad Total:** Forma de gestión de un organismo centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus miembros, y que apunta al éxito a largo plazo a través de la satisfacción del cliente y a proporcionar beneficios para todos los miembros del organismo y para la sociedad.
- ∂ **Inspección:** Actividades como medir, examinar, ensayar o comparar una o más características de un producto o servicio, y comparar los resultados con los

requisitos especificados, con el fin de determinar la conformidad con respecto a cada una de esas características.

- ∂ **ISO:** International Organization for Standardization.
- ∂ **Mejoramiento de la Calidad:** Acciones emprendidas en todo el organismo con el fin de incrementar la efectividad y la eficiencia de las actividades y de los procesos para brindar beneficios adicionales al organismo y a sus clientes.
- ∂ **Política de la Calidad:** Orientaciones y objetivos generales de un organismo concernientes a la calidad, expresados formalmente por el nivel más alto de dirección.
- ∂ **Prestación del Servicio:** Aquellas actividades del proveedor que son necesarias para proveer el servicio.
- ∂ **Procedimiento:** Manera especificada de realizar una actividad.
- ∂ **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades relacionadas entre sí que transforman elementos entrantes (input) en elementos salientes (output).
- ∂ **Producto:** Resultado de actividades o de procesos.
- ∂ **Registro:** Documento que provee evidencias objetivas de las actividades efectuadas o de los resultados obtenidos.
- ∂ **Servicio:** Resultado generado por actividades en la interfaz entre el proveedor y el cliente, y por actividades internas del proveedor, con el fin de responder a las necesidades del cliente.
- ∂ **Sistema de la Calidad:** Organización, procedimientos, procesos y recursos necesarios para implementar la gestión de la calidad.
- ∂ **Trazabilidad:** Aptitud de reconstruir la historia, la utilización o la localización de un producto por medio de identificaciones registradas.
- ∂ **Validación:** Confirmación por examen y aporte de evidencias objetivas de que los requisitos particulares para un uso específico previsto han sido satisfechos.
- ∂ **Verificación:** Confirmación por examen y aporte de evidencias objetivas que los requisitos especificados han sido satisfechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Franco Delgadillo E. La historia clínica: importancia y repercusiones. Hallado en URL:
<http://www.consultorsalud.com/.../La%20Historia%20Clinica,%20Importancia%20y%20repercusiones.doc>. Acceso en Agosto 25 de 2009
2. Quirós H. Noción de la calidad en salud. En: Fundamentos y legislación de la calidad y auditoría en salud. Colombia: Serie Calidad y Auditoria en Salud; 2001. Pp. 1-9.
3. Álvarez Heredia F. Concepto y definición de calidad. En: Calidad y auditoria en salud. Bogotá D.C: ECOE Ediciones; 2003. Pp. 95-107.
4. República de Colombia. Ministerio de salud. Ley 100 de 1993. [Sitio en Internet]. Hallado en URL:
<http://www.miniproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=17346&IDCompany=11> Acceso en mayo 20 de 2010.
5. República de Colombia. ICONTEC. Normas ISO E8402 de 1994. [Sitio en Internet]. Hallado en URL:
<http://www.iso.org/iso/search.htm?qt=8402&searchSubmit=Search&sort=rel&ype=simple&published=on> Acceso en mayo 20 de 2010
6. Palacios Barahona AU, Barros Suarez JM, Llano Hoyos AM, Duque Zea JH. Auditoría médico-clínica. En: García Cardona H. Medellín, Colombia: Fondo Editorial CES; 2008. Pp. 111-123.
7. Cáceres Vega EO. Historia clínica, auditoría médica de calidad. La Paz-Bolivia, 2001-2002. [Sitio en Internet]. Hallado en URL:
<http://ops.org.bo/textocompleto/nau18708.pdf> Acceso en diciembre 20 de 2009.
8. Londoño Suárez JC, Gómez Vásquez CC, Duque Zea JH. Auditoria de la calidad. En: García Cardona H. Medellín, Colombia: Fondo Editorial CES; 2008. Pp. 87-123.

-
9. Giménez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales. [Sitio en Internet]. Hallado en URL: <http://geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm> Acceso en mayo 20 de 2010.
 10. Planas M, Rodríguez T y Lecha M. La importancia de los datos. Rev Nutr Hosp. 2004; 19(1): 11-13.
 11. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución N° 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Diario oficial N°47.708 del 17 de septiembre de 1999.
 12. Gutiérrez Rodas JA, Manrique Hernández RD, Montoya Vélez LP, Pérez Moreno A, Arango Pérez PA, Correa Gutiérrez E, et al. Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002. Rev CES Med 2003; 17(2): 17-30.
 13. Celedón N.A, Pretelt V.F. Calidad de las historias clínicas en los servicios de hospitalización de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia durante el periodo de enero a junio de 2008. Colección digital biblioteca facultad de enfermería UdeA. Medellín, 2008.
 14. Riaño Gamboa G. Criterios de evaluación de la historia clínica en general. En: Auditoría de la gestión en salud, un reto a la excelencia en el nuevo milenio. Bogotá D.C: Grupo ECOMEDIOS; 2004. Pp. 96-103.
 15. Castro I, Gámez E. Historia clínica. Rev Farm Hosp [Sitio en Internet]. Hallado en URL: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf> Acceso en abril 28 de 2010.
 16. Renal J, Pérez Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos. 2001; 10(1): 32-40.
 17. Carrasco Uriana M, Mazi de Prada E. Auditoría Médica en consultorio externo en pediatría. Rev Soc Bol Ped 1993; 32(1): 20-24.

-
18. Peralta Salazar M, Llanos Zavalaga L, Cabellos Morales E, Mayca Perez J. Auditoria médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima- Perú. Rev Med Hered. 2006; 17(1): 35-41
 19. Lewkowicz Stegmann LA, Fox EC, Villamayor AJ. Programa de calidad de las historias clínicas del Hospital Zonal Virgen del Carmen de Zárate. Rev Asoc Med Argent. 2002; 115(4): 18-25.
 20. Ayala Moreno SE, Pérez Gayon AM, Pineda Botero ZB, Rueda Díaz A. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, Bucaramanga – Colombia, 2007. [Sitio en Internet]. Hallado en URL: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/70/1/Evaluacion_de_la_calidad_de_las_historias_clinicas_servicio_urgencias_Clinica_Regional.pdf
 21. Castillo NR. Documentos médicos En: Aspectos médicos legales. Rev Colomb Gastroenterol. 2004; 19(2): 100-108
 22. Bramley S. Medical records and the law. BJU Int. 2000; 26(3): 286-290
 23. Llanos Zavalaga LF, Mayca Perez J, Navarro Chaparro GC. Auditoría médica de historia clínica en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev Med Hered. 2006; 17(4): 220-226.
 24. Sanchez González JM, Ramírez Barba EJ. El expediente clínico en México; reflexiones sobre un tema en debate. Rec Mex Patol Clin. 2006; 53(3): 166-173
 25. Rocano EP. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencias de un hospital general. Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21(2): 51-54.
 26. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública Mex. 1990; 32(2): 113-117.

-
27. República de Colombia. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 100:2004. Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. [Sitio en Internet]. Hallado en URL: http://www.accionsocial.gov.co/documentos/3193_NTCGP1000.pdf
Acceso en mayo 20 de 2010
28. Chaparro Díaz L, García Urueña DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Actual Enferm. 2003; 6(4): 16-21.
29. Congreso de la república. República de Colombia. Ley 594 de 2000. Por la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Diario oficial N°44.093 del 14 de abril de 2000.