

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA
POLICIA NACIONAL**

POR:

**SERGIO EDUARDO AYALA MORENO
ANDREA MARIA PEREZ GAYON
ZULMA BIBIANA PINEDA BOTERO
ALDEMAR RUEDA DIAZ**

ASESOR DEL PROYECTO

Dr. RUBEN MANRIQUE

**PROPUESTA PROYECTO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORIA EN SALUD**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA – SANTANDER**

2007

RESUMEN

Título: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICIA NACIONAL

Autores: SERGIO EDUARDO AYALA MORENO, ANDREA MARIA PEREZ GAYON, ZULMA BIBIANA PINEDA BOTERO Y ALDEMAR RUEDA DIAZ.

Palabras Claves: EVALUACION, CALIDAD, ATRIBUTO, CUALIDAD.

La relación médico paciente tiene una connotación reciproca donde se conjugan los derechos y deberes de los pacientes.

Es un compromiso de parte de los profesionales de la salud en el manejo de las Historias Clínicas, viéndola desde el punto de vista como la máxima dimensión en el mundo jurídico, a sabiendas que es un documento que refleja la práctica y el acto médico, así como la medición respectiva de la calidad asistencial.

En la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, se ejecutó un estudio Descriptivo Retrospectivo, de la evaluación de la Calidad de Las Historias Clínicas del servicio de urgencias como criterio de inclusión; de un tamaño poblacional de 15 mil Historias Clínicas con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, para un nivel de confianza del 95%. Efecto de diseño 1.0, para una precisión del 5%. Tamaño estimado de la muestra mínima requerida, 375 Historias Clínicas y tamaño de la muestra final de 404 Historias Clínicas, de donde se evaluaron Atributos de las Historias Clínicas en el diligenciamiento administrativo y Clínico, tomando como parámetros: Optimo, Adecuado, Aceptable, Deficiente e Inaceptable.

El estudio arrojó resultados de ausencia de rango Óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de Aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención.

SUMMARY

Title: QUALITY EVALUATION OF THE CLINICAL HISTORIES OF THE SERVICE OF URGENCIES OF THE REGIONAL CLINIC OF THE EAST OF THE NATIONAL POLICE

Authors: SERGIO EDUARDO AYALA MORENO, ANDREA MARÍA PÉREZ GAYON, ZULMA BIBIANA PINEDA BOTERO AND ALDEMAR RUEDA DIAZ.

Keywords: EVALUATION, QUALITY, ATTRIBUTE, FULFILMENT

The relationship patient doctor has a connotation it reciprocates where the rights and duties of the patients are conjugated.

It is a commitment on behalf of the professionals of the health in the handling of the Clinical Histories, seeing it from the point of view like the maximum dimension in the juridical world, knowingly that it is a document that reflects the practice and the medical act, as well as the respective measurement of the assistants quality.

In the Regional Clinic of the East of the National Police, it executed a Retrospective Descriptive study, of the evaluation of the Quality of The Clinical Histories of urgency services like inclusion approach; of a populational size of 15 thousand Clinical Histories with a prospective proportion of good diligenment of 50 thousand Clinical Histories, for a confidence level of 95%. Design effect 1.0, for a precision of 5%. Dear size of the required minimum sample, 375 Clinical Histories and final sample size of 404 Clinical Histories, of where Attributes of the Clinical Histories were evaluated in the administrative and Clinical diligenment , taking like parameters: Good, Appropriate, Acceptable, Faulty and Unacceptable.

The study gave results of absence of Good range in the diligencment of the clinical histories, with a stocking of 26% in the range of Acceptable, leaving among statement that should be carried out a work of sensitization in the correct diligencment of the Clinical Histories of the personnel of the service of urgencies of the institution in mention.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
RESEÑA HISTÓRICA	7
1. PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	11
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo General	
3.2. Objetivos Específicos	
4. MARCO TEÓRICO	14
4.1. Puntos Críticos en la Historia Clínica	
5. METODOLOGÍA	22
5.1 Diseño Muestral	
5.1.2 Tamaño de Muestra	
5.1.3 Método de Muestreo	
5.2 Control de errores o sesgos	
5.3 Variables de Estudio	
6. PLAN DE ANALISIS	27
6.1 Atributos	
6.1.1 Criterios Administrativos	
6.1.2 Criterios Clínicos	
7. CONSIDERACIONES ETICAS	30
8. HALLAZGOS	31
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
BIBILOGRAFIA	41

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias, tanto en el área institucionalizada como en la privada, está basada en la relación médico-paciente de la que se derivan derechos y deberes recíprocos. El profesional de salud para prestar una buena y adecuada asistencia tiene que dar a la historia clínica su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del profesional de la salud respecto al paciente convirtiéndose en la prueba documentada que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los médicos y a las instituciones donde labora.

Todo lo anterior enseña la gran importancia de la historia clínica desde varios puntos de vista: asistencial, ético, médico legal, con el fin de disminuir el riesgo medico asistencial y demás aspectos relevantes, como son todo lo que rodean y afectan a la historia clínica que no pueden ser obviados por las instituciones de salud.

Hoy en día es de gran valor ofrecer servicios de salud siendo esencial el buen diligenciamiento de las Historias Clínicas, con base en el concepto de Calidad que viene siendo el abstracto relacionado con la naturaleza de las cosas, viéndolo desde otro punto de vista se podría tomar como la aplicación de nuevas herramientas de gestión de la calidad y el enlace de todo ello en el ámbito de la atención al cliente, sin dejar pasar por alto que la calidad de la atención en salud debe involucrar a todos los actores del sistema, donde el área administrativa y los profesionales de la salud, junto con los usuarios, deben buscar integrarse en aras

del mejoramiento continuo en la atención en salud, que comprenda los diferentes niveles de atención.

Finalmente lo que se pretende además de lo anteriormente descrito es aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación académica y plasmarlos en la institución en mención, adjudicando un sistema práctico que le permita prestar servicios de salud de óptima calidad con sentido social y dentro del marco legal vigente y en la búsqueda de un mejoramiento continuo.

RESEÑA HISTORICA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE

El Departamento de Policía Santander, inició a prestar los servicios de salud en las instalaciones del Comando ubicado en la calle 41 con carrera 12, prestando servicios de enfermería y primeros auxilios. En el año 1970, se adecuaron unas instalaciones en la Carrera 27 con calle 51, atendiendo medicina general y odontológica, medicina especializada en pediatría y ginecología y una farmacia (suministro medicamentos).

En 1973 se adquirieron los terrenos ubicados en la Ciudadela Real de Minas de Bucaramanga, siendo Comandante del Departamento el señor Coronel Gilberto Sanclemente Velásquez. En 1976 fueron aprobados los planos para la edificación de la clínica del Departamento de Policía Santander.

El 17 de enero de 1985 inició su funcionamiento la Clínica Regional del Oriente ubicada en la Ciudadela Real de Minas de Bucaramanga, siendo Comandante del Departamento el señor Coronel Rafael Guillermo Muñoz Sanabria.

Mediante el artículo 33 de la ley 62 de 1993 se crea el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, siendo la Clínica Regional del Oriente una dependencia de la Subdirección de prestación de servicios de Salud; a partir del 31 de diciembre de 1997 pasa a formar parte de la Policía Nacional como Dirección de Sanidad.

En el año 2003, se crean las Seccionales de Sanidad en donde queda incluida la del Departamento de Santander, que se encarga de administrar y prestar los servicios de salud de la Clínica Regional del Oriente.

Con la creación de las Seccionales en el año 2003, se habilitaron ESP de nivel I en los Distritos de Barrancabermeja, San Gil, Socorro, Barbosa, Málaga y Vélez en donde se prestan los servicios de medicina general, odontología y enfermería. En la actualidad en la ESP de la Escuela de Carabineros de Vélez se ha fortalecido, cuenta con un Médico General y odontólogo de disponibilidad 24 horas; Un Pediatra, y servicio de fisioterapia. El CEPRE, se adecuó en unas instalaciones arrendadas ubicadas en la carrera 20 No.36-68 de la ciudad de Bucaramanga.

En el año 2005, con el fin de organizar la prestación de los servicios estableciendo como puerta de entrada al sistema el Primer nivel de complejidad y dentro de este resaltando la importancia que tienen los programas de prevención y promoción se creó y puso en funcionamiento el Centro de Medicina Preventiva - CEPRE, en donde se ubicaron la totalidad de médicos generales que prestaban servicios en consulta externa en la clínica regional, de esta manera el usuario podría utilizar los servicios de medicina especializada siempre y cuando hubiera sido atendido por el médico general del CEPRE y fuera remitido a un servicio especializado. En la clínica regional se prestan los servicios de consulta externa de medicina especializada, hospitalización, urgencias y cirugía.

Las expectativas actuales han observado no solo proyectos de crecimiento y mejoras de sus instalaciones, si no la posibilidad de ampliar sus servicios asistenciales a otras ciudades del territorio Colombiano, razón por la que se pretenden implementar una herramienta útil con el fin de implementar indicadores de seguimiento e implementación de estándares de calidad que involucren a las Historias Clínicas , registros asistenciales en pro de realizar un seguimiento a los riesgos de los mismos de las historias clínicas, dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 y la resolución 1043 de 2006, con especial énfasis al anexo 1 y

como se pretende en los estándares de habilitación con el posterior seguimiento a riesgos de las mismas al igual que los registros médicos, siempre en busca de la satisfacción del usuario, promoviendo la reducción de los principales riesgos que amenacen la vida o la salud de los usuarios.

La historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA
POLICÍA NACIONAL**

1. PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de la Historia Clínica en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional?

2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La importancia de realizar una evaluación y seguimiento del diligenciamiento de las Historias Clínicas en una institución de régimen especial, no obligada a Habilitarse, se convierte en un reto ante la necesidad de reconocimiento entre las entidades prestadoras de servicios de salud, es de esperarse que en un futuro no lejano estas entidades planteen el valor de la Gestión de la Calidad al interior de las instituciones de salud, teniendo en cuenta que actualmente es de obligatorio cumplimiento para el Sistema General de Seguridad Social en Salud tal como se contempla en la normatividad vigente.

El servicio de urgencias de la **CLINICA REGIONAL DEL ORIENTE DE LA POLICÍA NACIONAL**, tiene una gran ventaja debido a la implementación desde el mes de noviembre de 2006 de la Historia Clínica Electrónica, la cual genera un gran impacto a nivel del profesional de salud.

Debe ponerse especial atención en la fase de empalme entre la implementación de una Historia Clínica electrónica y la historia normal puesto que es en esta fase en la que se presentan la mayoría de los problemas en las Instituciones. La Historia Clínica Electrónica es costosa en principio, requiere tecnología, cambios en la planta física, personal adicional y por supuesto un tiempo de empalme entre los dos métodos.

En teoría la Historia Clínica Electrónica puede ser más segura que la de papel por los mecanismos de control y acceso que sobre ella se pueden implementar.

No hay hasta el momento, una legislación específica acerca de la Historia Electrónica. Pero se debe aclarar que la legislación vigente sobre la historia clínica estándar puede aplicarse en parte a la Historia Electrónica

Por otra parte la Resolución 1715 de Julio de 1999, que modifico parcialmente la Resolución 1995 de 1999. Donde se cambiaron los tiempos de retención y tiempo de las Historias Clínicas, de vital importancia en El mundo de la informática.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de la Historia Clínica a través de las normas para el diligenciamiento, manejo, control y evaluación de los documentos que hacen parte de la Historia Clínica de cada uno de los pacientes que consultaron durante el I semestre del 2007 en el servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente con base en el enfoque actual exigido por el ministerio de la Protección Social.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Emplear un instrumento mediante el uso de indicadores analizando la eficiencia, eficacia, pertinencia técnico científica, continuidad e integralidad de las Historias Clínicas evaluadas en el servicio de urgencias.
- 3.2.2 Determinar la calidad del diligenciamiento y manejo de la Historia Clínica en su aspecto de forma y contenido logrando la máxima racionalidad técnica científica para el mejoramiento continuo en el proceso.
- 3.2.3 Plantear estrategias para el mejoramiento continuo del estudio con énfasis en los registros clínicos y en la pertinencia del acto médico.

4. MARCO TEÓRICO

Con el fin de unificar la definición de HISTORIA CLINICA, adoptaremos la definición establecida en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de la Protección Social, artículo primero que reza “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” **(1)**

La historia Clínica es un documento de prueba en los caso de responsabilidad medica evaluando la conducta y cumplimiento de los deberes y procesos médicos, además constituye un elemento de estimación de la calidad de la practica medica para las empresas prestadoras de servicios de salud, estableciendo un mecanismo importante para personal asistencial identificando las fallas en su diligenciamiento, siendo importante tener en cuenta que es la prueba eficaz en la defensa del profesional frente a cualquier cuestionamiento ético o jurídico y vale la pena mencionar que para nadie es un secreto que el punto más vulnerable del personal de la salud es en el registro de las consultas realizadas, en la evolución medica y el plan de manejo cuando de la terapéutica se trata, tal como quedo demostrado en un estudio realizado por los doctoras Natalie Marulanda y Maria Elvira Olmos, donde mediante un estudio descriptivo observacional retrospectivo, titulado “ Error de Medicación en Profesionales sanitarios afiliados a la Sociedad Colombiana de Anestesiólogos y Reanimación SCARE´´. En donde se revisaron todas las asesorias científicas a casos de Responsabilidad Profesional que se presentaron en FEPASDE entre 1993 y el primer semestre de 2006, identificándose 162 casos de error de Medicación de los cuales 108 se

encontraron con responsabilidad médica donde el 45% de los casos del error contribuyó o causó la muerte del paciente y se detectó además que la calidad de las Historias Clínicas en los casos fue ALTA en un 7.4% Media en un 43.5% y Baja en el 22.2%, lo que demuestra que el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica, tiene repercusiones en el riesgo del paciente y le resta la posibilidad al derecho de la defensa al profesional. **(2)**.

Las modalidades de Historia Clínicas a grandes rasgos son: La Física y la Electrónica, entendiéndose ambas modalidades, como el medio de recopilación de la información del paciente, pero también se debe tener en cuenta que aunque no deben variar mucho, si es diferente la Historia clínica de primera vez, con la Historia clínica de control, al igual que las interconsultas de especialistas con sus respectivos manejos.

La custodia de la historia clínica está a cargo del prestador del servicio encendiéndose como la Institución prestadora de servicios de salud IPS, quien está obligada a mantener en forma organizada y tenerla disponible en el momento en que se necesite. La entrega de copias al paciente cuando lo solicite se realiza única y exclusivamente para fines procedentes de acuerdo con la ley y se entregará copia al usuario o a quien delegue por escrito previa sustentación del motivo y por solicitud de un juzgado.**(3)**

En caso de liquidación de la entidad prestadora de servicios de salud la historia clínica deberá ser devuelta al usuario o dejarse en custodia hasta por el término de conservación previsto por la ley periodo mínimo de 10 años, Resolución 1715 de 2005 años contados a partir de la última atención, 3 años en archivo de gestión y 7 años en archivo central. Resolución 1715 de 2005. **(4)**

El archivo de la Historia clínica del prestador de servicios de salud debe tener un reglamento general donde debe organizarse y según la rotación de los documentos. En el **archivo de gestión** se encuentran los usuarios activos y que no han utilizado el servicio durante los últimos 5 años siguientes a la última atención, en el **archivo Central** se encuentran las historias de los usuarios que no volvieron a usar los servicios transcurridos 5 años desde su última atención y en el **archivo Histórico** se encuentran las historias con valor científico, histórico o cultural.

Las personas que pueden acceder a la Historia Clínica son:

- El usuario
- Equipo de salud
- Autoridades judiciales
- Demás personas determinadas por la ley manteniéndose siempre la reserva legal.

El archivo debe ser un lugar restringido, que conserve la Historia Clínica en condiciones que garanticen su integridad física, técnica y donde se evite su adulteración.

La historia clínica debe cumplir con las siguientes características:

- Integralidad: reunir la información completa sobre la atención del usuario.
- Cronológica lo cual facilite su consulta
- Racionalidad científica en el registro de las acciones en salud
- Disponibilidad en el momento que se requiera
- Oportunidad registrando las atenciones de manera inmediata después de prestado el servicio.

Es obligatorio registrar en la Historia Clínica toda acción, decisión, concepto y actividad de salud realizada en el proceso de atención del usuario.

4.1. Puntos críticos en la Historia Clínica:

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

- Identificación de la Historia Clínica con el nombre completo y número de identificación del usuario incluyendo apellidos y nombres, estado civil, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono de la residencia, nombre del acompañante, aseguradora y tipo de vinculación
- Fecha y hora en la que se realiza el registro
- Clara y legible sin espacios en blanco, evitando registrar siglas no reconocidas.
- Anamnesis; deben encontrarse registrados los datos de motivo de consulta y enfermedad actual
- Antecedentes personales y familiares: estos deberán encontrarse registrados en la historia clínica de primera vez y ser actualizados mínimo cada tres meses en las consultas posteriores. Haciendo énfasis en el registro de antecedentes particulares que devalen factores de riesgo de acuerdo con el ciclo vital del paciente.
- Examen físico: que sea completo, incluye signos vitales completos, examen completo por sistemas. Examen con énfasis en el sistema que motiva la consulta

- **Análisis:** Concepto del profesional sobre el estado del paciente, plan y conducta a seguir, en esta pestaña se puede registrar el resultado e interpretación de los estudios complementarios.
- **Tratamiento:** Se evaluará el registro completo de la conducta médica que incluya como mínimo en cada caso de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico e imagenología). Prescripción de medicamentos (definiendo el nombre del medicamento genérico, la presentación, dosificación y el tiempo de la formulación). Apoyo terapéutico (terapia física, respiratoria, ocupacional de lenguaje, nutrición y optometría). Acciones educativas.
- **Coherencia:** se evaluará en la globalidad de la historia, la coherencia entre la anaménesis, el examen físico, el diagnóstico, el manejo y el resultado de los paraclinicos.
- **Identificación del profesional:** presencia del nombre legible del profesional que adelanta la nota, la especialidad (puede ser al inicio de la nota o al pie de la notificación), el registro médico y la firma; la identificación puede registrarse con un sello a excepción de la firma.
- **Soportes de paraclinicos:** se refiere específicamente a que se encuentren debidamente archivados o registrados los reportes de los paraclinicos (exámenes paraclinicos, imágenes diagnósticas y demás que se hayan solicitado). Incluyendo la firma del paciente cuando estos reportes hayan sido entregados a ellos. **(5)**

Desde el punto de vista del concepto de calidad se ha ido evolucionando, teniendo en cuenta que inicialmente se contemplaba el aspecto asistencial y técnico de los

profesionales médicos y de enfermería, siendo la desviación sobre criterios de buena practica y su posterior corrección (control o garantía de calidad asistencial).

Hoy se tiende a involucrar a todos los individuos de la organización en la atención a sus clientes (clientes internos y externos) y los sistemas de calidad van dirigidos a la prevención de fallos, disminución de la variación de los procesos y control de costos (gestión de calidad total o mejora continua de la calidad). **(6)**

El presente proyecto va ha evaluar las Historias Clínicas de usuarios del servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional, con el fin de lograr que la atención ofertada sea enmarcada en el sistema general de la garantía de la calidad, ejecutando la normatividad y así asegurar la mejora de los procesos y productos, con la finalidad primordial que es la satisfacción en el usuario.

El mencionado control, se basa en un proceso de carácter permanente dirigido a medir y valorar cualquier actividad o prestación, sobre la base de criterios y puntos de referencia fijados y a corregir las posibles desviaciones que se produzcan respecto a aquellos.

El control de la calidad está subordinado, en gran medida, a la aptitud y la actitud de los trabajadores de la salud. En su práctica, se emplean métodos sencillos de control basados en técnicas y actividades de carácter operativo de identificación jerarquización y solución de problemas destinados a satisfacer los requisitos relativos a la calidad.

Lo anterior se acompaña de un sistema de garantía de la calidad cuya finalidad es la de satisfacer las expectativas de sus clientes, identificar problemas y tomar los correctivos mediante estrategias que promuevan la toma de decisiones entre sus directivos, a través de un análisis de los procesos y del comportamiento de los

indicadores de gestión de obligatorio cumplimiento para su mejora, en resumen se puede concluir que el objetivo de la auditoria de las historias clínicas es conseguir y mantener los mayores estándares posibles de calidad que repercuten en una buena practica, apropiados a una determinada situación.

Cuando se habla de la Historia Clínica es de vital importancia resaltar que un punto a tener en cuenta dentro del tema es la advertencia del hecho punible de la falsedad en la Historia Clínica cuando se llegara a presentar el delito de destrucción, supresión u ocultamiento de este documento por lo que es importante recordar que de conformidad con la Res. 1995/99, expedida por el Ministerio de la Protección Social, ya mencionada. (1)

El inadecuado diligenciamiento de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- Insatisfacción de los servicios clínicos ofertados.
- Riesgo potencial de responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración y a la comunidad en general.
- Riesgo medicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica. (7)

Desde el punto de vista de la Bioética es de gran importancia y por ende no se debe pasar por alto tal apreciación, que el manejo ético de las Historias Clínicas, son el pilar de seguridad del manejo de la información que allí se consigna de manera ya indicada, pudiendo en un momento dado atentar contra la dignidad del paciente en procura que este documento legal y de absoluta reserva sea manipulada por terceros cuya intención sea la de perjudicar a la persona violándose el derecho de la reserva, el cual si bien es cierto es un documento que en las instancias judiciales puede ser solicitada por una orden judicial, donde priman los intereses de los afectados, tanto como del demandante como el

demandado, siendo de vital importancia en la defensa o la condena de las partes involucradas.

En el código de Ética médica de la ley 23 de 1981, en su artículo cuarto, manifiesta que "La relación Médico – Paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y autentico, el cual impone la más estricta reserva profesional" Por otra parte en el artículo 12 del Decreto 3380 de 1981 dice " El Médico dejará constancia en la Historia Clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla. **(8)**.

De conformidad con el artículo 35 de la ley 23 de 1981 (código de ética médica), corresponde al Ministerio de al Protección Social implantar modelos relacionados con el diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las Historias Clínicas conforme a los parámetros del Ministerio de La protección Social y del Archivo General de La Nación, en lo concerniente a **Resolución 1995 de 1999**, y la **Resolución 1043 de 2006**, contemplados en el anexo técnico número dos en los ítems seis y nueve.

5. METODOLOGÍA

Se realizara una evaluación de las Historias Clínicas de los usuarios que consultaron el Servicio de Urgencias de la Clínica Regional del Oriente en el primer semestre de 2007, donde se evaluaran en total 404 Historias Clínicas, aplicando la herramienta diseñada para tal fin.

El estudio descriptivo retrospectivo se llevara a cabo mediante la hoja de trabajo diseñada para la evaluación de los siguientes indicadores:

5.1. DISEÑO MUESTRAL

5.1.1. Criterios de inclusión: Consultas realizadas en el servicio de urgencias de la IPS CLINICA REGIONAL .DEL ORIENTE DE LA POLICIA NACIONAL. Durante el primer semestre del 2007.

5.1.2. Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional:	15.000 Historias Clínicas
Proporción esperada de Historias bien diligenciadas:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Precisión:	5%
Tamaño estimado de muestra mínima requerida:	375 Historias Clínicas
Tamaño de muestra finalmente recogido:	404 Historias Clínicas

5.1.3. Método de muestreo

Método de selección aleatoria de historias clínicas por mes durante el primer semestre de 2007, inicialmente se realizará una prueba piloto equivalente al 10% de las historias clínicas a evaluar que correspondería a 37 historias.

A partir del archivo plano ordenado por mes de la base de datos se obtendrán las HC para selección aleatoria de las mismas

5.2. CONTROL DE ERRORES O SESGOS

El sesgo de selección de las historias que fueron revisadas se redujo por la utilización de un método aleatorio de escogencia, evitando la selección directa por parte de los investigadores.

La recolección de la información se hizo por los mismos investigadores, quienes previamente se estandarizaron en los criterios de recolección e interpretación de los datos de acuerdo con la tabla de variables, sin recurrir a intermediarios que pudieran cometer errores de interpretación de los datos recogidos

Para garantizar la consistencia de la información recogida en las bases de datos se aplicaron criterios que permitieran revisar solo las historias de las cuales se pudiera extraer la información necesaria.

Se realizó una prueba piloto sobre el 10% del total de la muestra estimada con el fin de verificar que el diseño de las variables estaba ajustado a las posibilidades de recolección de las mismas y probar el formato de verificación.

5.3. VARIABLES DE ESTUDIO

5.3.1 IDENTIFICACIÓN

Se define como los datos de ingreso, incluyendo el nombre del paciente, documento de identificación, dirección de residencia, teléfono, datos del responsable si es menor de edad.

5.3.2 LEGIBILIDAD

Se define como la presencia registros clínicos fácilmente entendible .

5.3.3 DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El motivo de consulta describe en palabras del paciente los signos o síntomas que lo llevaron a consultar, siendo la enfermedad actual un relato cronológico desde el inicio de los signos y síntomas hasta el momento de la consulta.

5.3.4 REVISION POR SISTEMAS

Interrogatorio sobre los distintos síntomas que presente el paciente durante el proceso de la consulta médica, enfocado hacia los diversos sistemas que compone el organismo humano (respiratorio, digestivo, cardiovascular etc.).

5.3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES

Incluye patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, descritos según línea consanguinidad.

5.3.6 ANTECEDENTES PERSONALES

Incluye patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, descritos anotando fechas.

5.3.7 SIGNOS VITALES

Signos vitales: peso, talla, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura.

5.3.8 EXAMEN FÍSICO

Examen completo por sistemas con énfasis en el sistema que motiva la consulta, descripción en forma detallada, de los hallazgos positivos encontrados en el examen, siguiendo la frecuencia topográfica convencional.

5.3.9 DIAGNÓSTICO

Siempre debe efectuarse diagnóstico certero o presuntivo que sea coherente con el estado o la enfermedad actual en primer lugar y agregar en orden los diferenciales. Evitar usar términos genéricos o sintomáticos (por ejemplo dolor abdominal o fiebre en estudio, virosis, lumbalgia etc.).

5.3.10 ANALISIS DE DIAGNÓSTICO

Elaborar un corto resumen del caso enlazando toda la información obtenida para llegar al diagnóstico.

5.3.11 TRATAMIENTO

Que sea pertinente con la impresión diagnóstica, definiendo el plan de manejo de acuerdo con la patología a tratar.

5.3.12 INTERPRETAN Y REGISTRAN EXAMENES DE APOYO SOLICITADOS

Enumerarlos teniendo en cuenta que deben estar relacionados con la patología a estudiar y como ayuda para llegar a un diagnóstico, que ya se debe tener presumido.

5.3.13 REGISTRO DE TRATAMIENTO

Se registra tratamiento especificando nombre genérico, presentación comercial, concentración, dosis y cantidad formulada.

5.3.14 CONTINUIDAD PROCESO DE LA ATENCION

Determinar si existe continuidad y seguimiento integral de las acciones.

5.3.15 NOMBRE, SELLO Y REGISTRO DEL MEDICO QUE ATENDIO LA CONSULTA

Realizar la respectiva verificación.

6. PLAN DE ANÁLISIS

Para la valoración del grado de calidad de las Historias Clínicas revisadas, se tendrá en cuenta la tabla utilizada por el departamento de auditoría de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Para cada atributo se establecerá la proporción de cumplimiento en el conjunto de historias revisadas y al sumarlos debe dar un puntaje total de 100 % para asignar una calificación final en porcentajes así:

ÓPTIMA	>95
ADECUADA	85% - 95%
ACEPTABLE	70% - 84%
DEFICIENTE	55% - 69%
INACEPTABLE	<55%

Se le asignará un valor a cada indicador para cada uno de los criterios descritos a continuación. Para cada registro (historia clínica) se obtendrá la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los atributos evaluados, para obtener posteriormente el porcentaje de cumplimiento de los atributos.

6.1 ATRIBUTOS

6.1.1 Criterios Administrativos

6.1.1.1 Se registra en la Historia Clínica nombre, documento ID, fecha, hora, edad, ocupación, teléfono

6.1.1.2 La Historia Clínica es legible (comprensión de los registros)

6.1.1.3 El médico responsable de la consulta está identificado con el nombre, registro y sello

6.1.2 Criterios Clínicos

6.1.2.1 La descripción de la enfermedad actual es adecuada para valorar la enfermedad actual y el motivo de consulta.

6.1.2.2 Se evidencia la revisión por sistemas ordenada y completa.

6.1.2.3 Se registra la ausencia o presencia de antecedentes familiares del paciente.

6.1.2.4 Se registra la ausencia o presencia de antecedentes personales del paciente.

6.1.2.5 Se registra los signos vitales del paciente presión arterial, peso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura.

6.1.2.6 El examen Físico es apropiado para valorar la enfermedad actual y el motivo de consulta.

6.1.2.7 Se registra un diagnóstico coherente con el estado de la enfermedad actual.

6.1.2.8 Se registra una impresión diagnóstica que integre los datos de la anamnesis, examen físico y exámenes paraclínicos.

6.1.2.9 Se registra plan de tratamiento pertinente con la impresión diagnóstica.

6.1.2.10 Se interpretan y registran los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados.

6.1.2.11 Se registra la clase de tratamiento ordenado con presentación dosis y cantidades pertinente para la impresión diagnóstica.

6.1.2.12 Se verifica continuidad en el proceso de la atención

Cumplimiento esperado = 100 % en todos los atributos y registros

Se creó la base de datos con la información recolectada y se aplicó el programa **SPSS versión 15** para describir y evaluar los atributos y la calidad esperada en los registros de las historias clínicas con el fin de comparar la calidad esperada con la calidad observada.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es compromiso en todo momento durante el desarrollo de la investigación, los investigadores actuaron bajo permiso y autorización de los responsables del almacenamiento y cuidado del archivo de las historias clínicas.

La información consultada y llevada a las bases de datos objeto de análisis correspondió en todo momento con la verdad de lo encontrado, y no permite la identificación de los usuarios cuyos datos fueron incluidos en la muestra de estudio, lo cual garantiza que el estudio preserva el principio de confidencialidad de la historia clínica,

Los resultados de la investigación serán divulgados ante las instancias pertinentes y no se hará trascendencia de ellos a quienes no deban conocerlos.

8. HALLAZGOS

Se evaluaron 404 Historias Clínicas que equivalen al 100% de la muestra, al calcular la calidad en el diligenciamiento de las historias clínicas sumando los puntajes obtenidos en cada uno de los atributos evaluados para obtener el porcentaje de cumplimiento, se observaron los siguientes resultados:

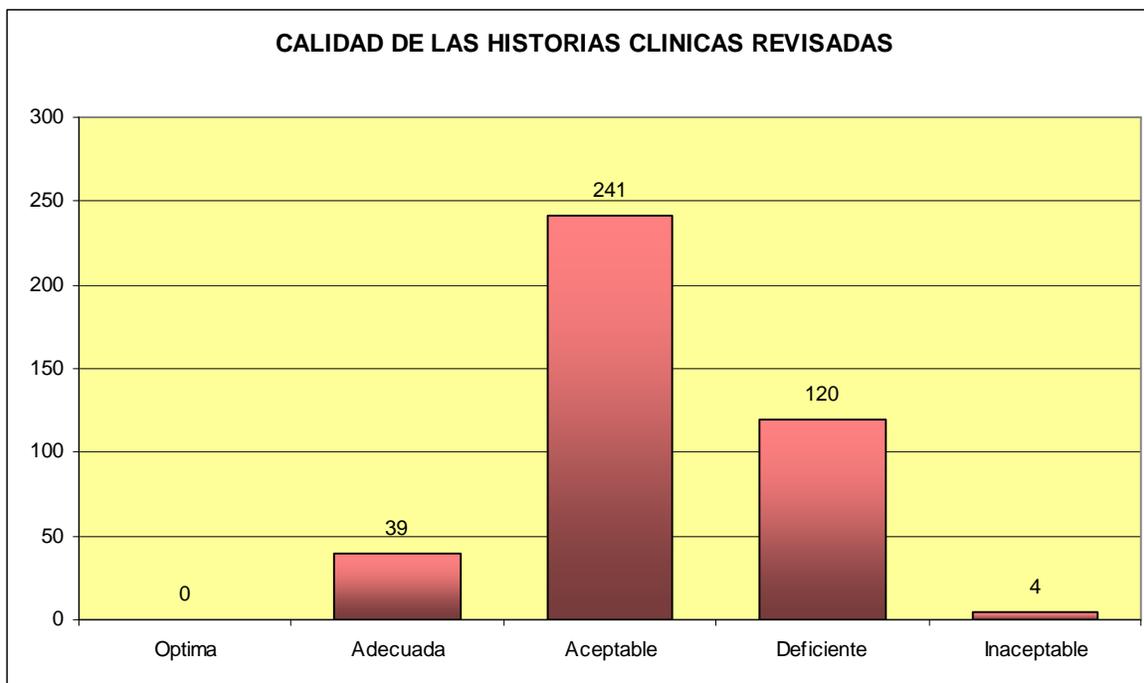
TABLA NO. 1 CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

% CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA (NUMERO DE H.C.)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO (%)
40,00	1	0,25	0,25
46,67	1	0,25	0,50
53,33	2	0,50	0,99
57,14	4	0,99	1,98
61,54	11	2,72	4,70
64,29	15	3,71	8,42
66,67	26	6,44	14,85
69,23	64	15,84	30,69
71,43	58	14,36	45,05
73,33	32	7,92	52,97
75,00	7	1,73	54,70
76,92	44	10,89	65,59
78,57	48	11,88	77,48
80,00	39	9,65	87,13
83,33	1	0,25	87,38
84,62	12	2,97	90,35
85,71	23	5,69	96,04
86,67	11	2,72	98,76
92,86	2	0,50	99,26
93,33	3	0,74	100,00
Total	404	100	

CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	NUMERO DE HISTORIAS
Optima (>95%)	0
Adecuada (85% – 95%)	39 (10%)
Aceptable (70% - 84%)	241 (59%)
Deficiente (55% - 69%)	120 (30%)
Inaceptable (<55%)	4 (1%)
Total de Historias Clínicas	404

La media de la calidad de las historias clínicas esta en valoración porcentual del **69.56%**, equivalente a una calificación de **ACEPTABLE**.

GRÁFICA NO. 1 CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



De las 404 historias clínicas evaluadas, 241 historias es decir el 59% obtuvieron una calificación de aceptable, cumpliendo con un 70% a 84% de los atributos evaluados.

Un numero importante de Historias clínicas, 120 que equivalen al 30% de la muestra obtuvieron una calificación Deficiente, al solo cumplir con un 55% a 69% de los atributos.

Solo 39 historias clínicas que equivalen al 10 % del total de la muestra obtuvieron una calificación de adecuadas, cumpliendo con el 85 a 90% de los atributos evaluados.

Cuatro (4) historias clínicas del total de las evaluadas , equivalente al 1% de la muestra tuvieron una calificación inaceptable, al cumplir solo con el 50% de los atributos evaluados, indispensables en historias clínicas.

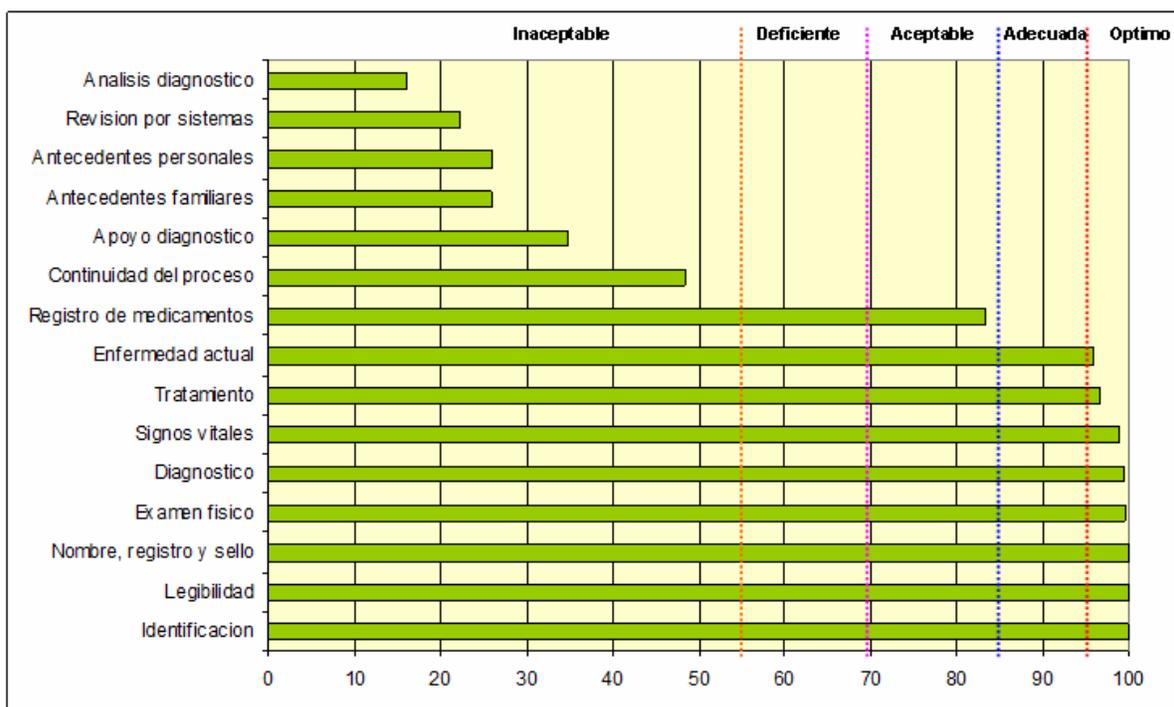
Al evaluar los atributos de forma individual, se observa que indicadores como: continuidad del proceso, apoyo diagnóstico, antecedentes familiares, antecedentes personales, revisión por sistemas y análisis diagnostico se encontraba con una calificación inaceptable, es decir que en menos del 55 % de las historias clínicas evaluadas se registraba esta información, Lo cual afecto la calidad esperada de las historias clínicas.

El atributo que mas afecto la calidad de las historias clínicas fue la ausencia de análisis del diagnóstico, encontrándose solamente en el 16% de las historias clínicas evaluadas, como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA NO. 2 EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS

ATRIBUTO	% CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN	VARIACIÓN NEGATIVA
IDENTIFICACION	100,0	OPTIMA	0%
LEGIBILIDAD	100,0	OPTIMA	0%
NOMBRE, REGISTRO Y SELLO	100,0	OPTIMA	0%
EXAMEN FISICO	99,5	OPTIMA	1%
DIAGNOSTICO	99,3	OPTIMA	1%
SIGNOS VITALES	99,0	OPTIMA	1%
TRATAMIENTO	96,8	OPTIMA	3%
ENFERMEDAD ACTUAL	95,8	OPTIMA	4%
REGISTRO DE MEDICAMENTOS	83,2	ACEPTABLE	17%
CONTINUIDAD DEL PROCESO	48,5	INACEPTABLE	52%
APOYO DIAGNOSTICO	34,9	INACEPTABLE	65%
ANTECEDENTES FAMILIARES	26,0	INACEPTABLE	74%
ANTECEDENTES PERSONALES	26,0	INACEPTABLE	74%
REVISION POR SISTEMAS	22,3	INACEPTABLE	78%
ANALISIS DIAGNOSTICO	16,1	INACEPTABLE	84%

GRÁFICA NO. 2 EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS



La gráfica nos indica el resultado de los atributos evaluados de las Historias clínicas, donde se identifica que la descripción de la enfermedad actual, tratamiento, signos vitales, diagnóstico, descripción del examen físico, el nombre, registro y sello del profesional que diligenció la Historia Clínica, al igual que la legibilidad y la identificación, se encuentran en ítem de óptimo, siendo registrados en más del 95% de las historias clínicas evaluadas.

En los atributos; registro de medicamentos se encuentra en un nivel aceptable, registrándose de manera correcta, según las normas de la resolución, el 17% de las historias clínicas revisadas, no se encontró registrado nombre genérico del medicamento, presentación, dosificación, cantidad y tiempo de tratamiento, como debe ser según la normatividad vigente.

En el rango de INACEPTABLE, se encontraron los siguientes atributos: Análisis de Diagnóstico, Revisión por sistemas, los antecedentes tanto personales como familiares, apoyo diagnósticos cuando no se registra en la historia clínica el resultado de los exámenes solicitados y la continuidad del proceso, estos atributos se cumplen en menos del 48% del total de las 404 Historias clínicas revisadas.

Del total de los atributos evaluados el 40% de estos no se encuentran en más del 52% de las historias clínicas.

CONCLUSIONES

- De las 404 historias clínicas evaluadas, ninguna cumplió con más del 95% de los atributos, por lo cual ninguna Historia clínica fue calificada como Óptima.
- La calidad en el diligenciamiento de la historia clínica es aceptable de acuerdo a los parámetros registrados y evaluados.
- La calidad en el diligenciamiento de la historia clínica se ve afectada por la ausencia de atributos como: continuidad del proceso, apoyo diagnóstico, antecedentes familiares, antecedentes personales, revisión por sistemas y análisis diagnóstico.
- Se encontró que en variables administrativas como identificación del usuario, legibilidad, firma del médico se cumple en el 100% pues estos datos son registrados por el Software en el momento de abrir la historia clínica e iniciar un registro médico.
- Por lo anterior la historia clínica electrónica permite que los atributos administrativos como identificación, legibilidad y firma profesional se cumplan en un 100% de los casos. Quedando bajo la responsabilidad del profesional el cumplimiento de los otros atributos considerados de carácter asistencial y que hacen parte de los datos suministrados por el usuario al profesional durante la consulta y de los hallazgos propios del profesional durante el proceso de atención.

- Atributos como Análisis de Diagnóstico, Revisión por sistemas, los antecedentes tanto personales como familiares, apoyo diagnósticos y la continuidad del proceso son elementos fundamentales en el proceso de atención y en la buena calidad de la historia clínica, pero se observó que en más del 50% de las historias evaluadas, estos atributos no se registran ni actualizan periódicamente, afectando la calificación final de la calidad de la historia clínica y por ende la calidad de la atención a los usuarios.

RECOMENDACIONES

- Es necesario interiorizar el valor intrínseco de la Historia Clínica, de tal manera que los médicos la perciban como su aliada, como su defensa probatoria más sólida, como su deber profesional con mayores beneficios. En fin, que asuman su elaboración y manejo con el mismo gusto y responsabilidad con que asumen otras obligaciones relacionadas con la atención a un paciente
- Realizar retroalimentación al personal medico del servicio de Urgencias, sobre los resultados de la evaluación de la calidad de las historias clínicas, con la finalidad de establecer un plan de mejoramiento al interior de la institución para mejorar las deficiencias encontradas.
- Socializar el documento al comité de historias clínicas, de tal manera que se participe en el proceso de mejoramiento continuo, que se persigue con este tipo de evaluación. Recordando al profesional que el no correcto diligenciamiento de la historia clínica tiene repercusiones que pueden aumentar el riesgo al paciente y además le resta posibilidad en el derecho a la defensa del profesional.
- El comité de historias clínicas y las oficinas de calidad deben involucrar a los profesionales encargados de la atención de los usuario en políticas de calidad y mejoramiento continuo en busca de prevención de fallos y costos de mala calidad de la atención en salud.
- Las directivas de la Clínica y los comités encargados de velar por calidad deben realizarse una socialización con el personal medico de la resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de las

historias clínicas y demás documentos y normas que reglamenten la calidad de la Historia clínica y así asegurar la mejora de los procesos y productos, con la finalidad primordial que es la satisfacción en el usuario.

- El comité de historias clínicas y la oficina de auditoria deben realizar seguimiento trimestral a la calidad de las historias clínicas como mecanismo de seguimiento para el cumplimiento de los atributos que conforman una historia clínica de calidad optima.

BIBLIOGRAFIA

1. Resolución 1995/99 ministerio de la protección social. Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.
2. Natalie marulanda, maría Elvira olmos, "los errores en la medicación ". Revista médico legal. Diciembre 2004, pagina 32.
3. De Brigard Pérez Ana maría. "valor jurídico de las historias clínicas. Documento. 1997, Bogotá Colombia.
4. Resolución 1715/05. Ministerio de la protección social.
5. Berwick dm ``[elementos continuos en el cuidado de la salud]. Traducido del inglés n. Engl j med 1989 320 (1):t3 – 56.
6. Departamento penal scare. Año XII no 2 abril – junio de 2006.
7. Decreto 3380/81.
8. Ley 23 de 1981 (18 de febrero): por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
9. Resolución 2546 de julio 2 de 1998: Por el cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el sistema general de seguridad social en salud.

10. Resolución número 001715 de 2005 (junio 13): *Por la cual se modifica la resolución 1995 del 8 de julio de 1999.*

11. Ley 594 de 2000: Por medio de la cual se dicta la ley general de archivos y se dictan otras disposiciones.

12. Decreto numero 2200 de 2005 del ministerio de la protección social (junio 28): por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.