

**AUDITORIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA
ENERO A ABRIL DEL 2005**

YESID YAMID QUINTERO
Código 2001101152
GERMAN DIAZ SANTOS
Código 2000200039

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2005**

**AUDITORIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA
ENERO A ABRIL DEL 2005**

YESID YAMID QUINTERO
Código 2001101152
GERMAN DIAZ SANTOS
Código 2000200039

Asesores:
Mg. DOLLY CASTRO
Dr. PEDRO REYES GASPAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA-HUILA
2005

RESUMEN

INTRODUCCION

La auditoria es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad, complementarios a los que se determinan como básicos en un sistema único de habilitación con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud en todas las organizaciones, buscando mayores beneficios y mínimo riesgo para todos sus usuarios de acuerdo a los recursos disponibles.

OBJETIVO

Describir los errores más frecuentes en el diligenciamiento de las historias clínicas desde el punto de vista administrativo y clínico en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para buscar mayor eficiencia, maximizar el rendimiento de la atención y mejorar la calidad en la prestación de servicios.

METODOS

El estudio, de tipo descriptivo retrospectivo, se diseño para describir los problemas más frecuentemente encontrados al diligenciar las historias clínicas del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Neiva, en el periodo comprendido entre Enero y Abril del 2005. Se utilizaron los criterios clínicos y administrativos de la Auditoria Clínica Hospitalaria para la evaluación de las historias, en total 367. La recolección de la información se hizo manualmente en archivo del Hospital Universitario, previa autorización de la solicitud del listado de historias por parte del Subgerente Técnico-Científico de la institución. Para el análisis de la información se utilizo el programa EPI-INFO 3.3.2 edición de febrero de 2005.

RESULTADOS

De la revisión de las 367 historias clínicas se encontraron los siguientes resultados:

No fueron anotados el responsable en el 27.8%, la dirección 37.9%, teléfono 41.7% y documento de identidad 3.9% de los pacientes y el 2.5% de las historias revisadas no poseían una carpeta para archivo. Datos como el nombre del usuario, el diligenciamiento de las notas de evolución y los soportes de uso de ayudas diagnosticas, estaban ausentes en el 0.8% de los casos. Las hojas de evolución y el número de historia clínica estuvo ausente en el 1.9 %. Las hojas de programas médicos especiales, epicrisis, administración y control de líquidos y signos vitales estaban ausentes en el 0.8% de las historias revisadas, las hojas de evolución de enfermería y las de ordenes medicas faltaron en un 1.9%. Las formas utilizadas para exámenes de laboratorio no se encontraron en un 3.8%. Los formularios para uso de exámenes no fueron hallados en el

5.7% de las historias revisadas. Al revisar las notas de evolución, hallamos que el 6% de las historias no eran posibles de leer por la ilegibilidad de la letra, el 27% lo eran parcialmente y el 77% restante eran legibles. En el 0.8%, no se realizó la anamnesis, ni se interrogó la edad del paciente. El 74.9% de las historias no contenían datos sobre la ocupación. El motivo de consulta no fue anotado en el 2.5% y la enfermedad actual en el 5.2% no se encontró. Al revisar el diligenciamiento de los antecedentes se halló que faltaron los antecedentes personales en 8.4, familiares en 11.4 y gineco-obstétricos en 24.5% de los casos. En el examen general del paciente se obviaron datos como el peso en un 95.6%, temperatura 9.3% y el aspecto general en un 4.9% de los casos. Además en los signos vitales no se registraron tensión arterial en el 5.2% de los casos, frecuencia respiratoria en el 1.9% y la frecuencia cardíaca 1.9%. El sistema corporal menos valorado fue el dermatológico con 80.1%, seguido de el vascular periférico (42%), órganos de los sentidos (34.6%), genitales (32.7%), cuello (12.8%), neurológico (10.6%), extremidades (8.4%), cabeza (8.2%) y finalmente, abdomen y tórax con 2.7 y 0,8% cada uno.

En las notas de evolución variables como signos vitales, anamnesis, examen físico y conducta estaban presentes en el 98.1% de las historias, y la firma del médico tratante se encontró en el 99.2% de los casos.

CONCLUSIÓN

Durante la evaluación de los criterios administrativos, se encontraron pocas historias que no cumplieran con todos los soportes necesarios para la identificación del paciente y posterior cobro de los servicios prestados durante su estadía hospitalaria. Sin embargo dada la importancia de estos documentos y su utilidad, su ausencia se considera una falta administrativa grave.

En cuanto a los criterios clínicos, se encontró con frecuencia la omisión de datos útiles para discernir diagnósticos diferenciales, tales como los antecedentes, el motivo de consulta, la enfermedad actual y la revisión por sistemas. Además sistemas como el dermatológico, vascular periférico, neurológico, órganos de los sentidos y los genitales fueron poco tenidos en cuenta.

PALABRAS CLAVE: Auditoria Clínica Hospitalaria, Calidad de los servicios de Salud, Historia Clínica.

SUMMARY

INTRODUCTION

Audit is a systematic and continuous mechanism of evaluation of the fulfillment of standards of quality, complementary to which they are determined like basic in a unique system of rating with the purpose of contributing to the improvement of the quality of the attention in health in all the organizations, looking for greater benefits and minimum risk for all his users according to the available resources.

OBJECTIVE

Describe the most frequent errors in the filling of clinical histories of the administrative and clinical point of view in the service of Internal Medicine from University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo from Neiva, to look for greater efficiency, to maximize the yield of the attention and to improve the quality in the benefit of services.

METHOD

The study, of retrospective descriptive type, design to describe the problems more frequently found when hastening clinical histories of the service of Internal Medicine from the University Hospital from Neiva, in the period between January and April of the 2005. The clinical and administrative criteria of the Clinical Audit for the evaluation of histories were used, 367 in total. The information recollection was made manually in archive of the University Hospital, previous Tecnico-Cientifico`s authorization. For the analysis of the information were used the program the 3.3.2 Epi-info edition of February of 2005.

RESULT

Of the revision of 367 clinical histories were the following results:

Wasn't wrote the responsible person in the 27,8%, the direction 37,9%, telephone 41,7% and identity card 3,9% and the 2,5% of reviewed histories didn't have a folder for file. Dates like the user name, the filling of evolution notes and lab supports, were absent in 0,8% of the cases. The evolution folds and clinical history's number were absent in 1,9%. The special medical programs, epicrisis, liquids administration and vital signs control were absent in the 0,8% of reviewed histories, the nursery's evolution folds and medical orders lacked in a 1,9%. The forms used for laboratory examinations were not in 3,8%. The forms for use of examinations were not found in the 5,7% of reviewed histories. When reviewing the evolution notes, we found that 6% of histories were not possible to read by the illegibility of the letter, 27% were it partially and 77% were legible. In the 0,8%, of the reviewed histories, wasn't found the anamnesis, also wasn't interrogated the patients age. The 74,9% of histories did not contain data on the occupation. The reason for consultation wasn't wrote in 2,5% and the present disease in the 5,2% was not. When reviewing the filling of personal antecedents weren't found in

8.4, family in 11.4 and gineco-obstetric in 24.5% of the cases. In the general examination the weight lacked in 95,6%, temperature 9,3% and the general aspect in 4,9% of the cases. Also, vital signs as arterial tension in the 5,2% of the cases, respiratory frequency in 1,9% and frequency cardiac 1.9% were not registered. The corporal system less evaluated was the dermatological one with 80,1%, followed by peripheral vascular one (42%), organs of the senses (34.6%), the genitals (32.7%), neck (12.8%), neurological (10.6%), extremities (8.4%), head (8.2%) and finally, abdomen and thorax with 2,7 and 0.8% each one.

When evolution notes where evaluated, we found that vital signs, anamnesis, physical examination and conduct were present in the 98,1% of histories, and doctor's signature was in 99,2% of cases.

CONCLUSION

During the evaluation of the administrative criteria, were few histories that did not fulfill all the necessary supports for the identification of the patient and later collection of served during his hospitalization. Given the importance of these documents and their utility, its absence must be considers a serious administrative lack.

Clinical criteria, was frequently the omission of useful data to discern to differential diagnoses, such as the antecedents, the reason for consultation, the present disease and the systems revision. In addition, systems like dermatological, peripheral vascular, neurological, organs of the senses and the genitals were little considered.

KEY WORDS: Clinical Audit, Quality of the Health services, Clinical History.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A **PEDRO REYES GASPAR**, Medico y Cirujano, asesor del proyecto.

A **DOLLY CASTRO**, Mg en Epidemiología, asesora del proyecto.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. ANTECEDENTES	1
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	5
5. MARCO TEÓRICO	6
5.1. Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	6
5.2. Auditoría	6
5.3. Tipos de Control	7
5.3.1. Nivel de Autocontrol	7
5.3.2. Nivel de Auditoría Interna	7
5.3.3. Auditoría Externa	8
5.4. Acciones del Proceso Integral de la Atención en Salud	8
5.4.1. Acciones Preventivas	9
5.4.2. Acciones de Seguimiento	9
5.4.3. Acciones Coyunturales	9
5.5. Enfoque de la Auditoría en las Organizaciones de Salud	9
5.5.1. Para las Entidades Administrativas de Planes de Beneficio	9
5.5.2. Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	10
5.5.3. Para las Entidades Departamentales, Regionales y Municipales de Salud	10
5.6. Procesos de Control Organizacional que podrían Constituir Distorsiones de la Auditoría en Salud	10
5.6.1. Interventoría de Contratos	10
5.6.2. Revisoría Fiscal	10
5.6.3. Control Interno	11
5.6.4. Auditoría de Cuentas Médicas	11
5.7. Auditoría de la Atención Médica	11
5.8. Historia Clínica	12
5.8.1. Marco Legal de la Historia Clínica	12
5.8.1.1. Ámbito de Aplicación.	14
5.8.1.2. Características de la Historia Clínica.	14
5.8.1.3. Obligatoriedad del Registro.	15
5.8.1.4. Apertura e Identificación de la Historia Clínica.	15
5.8.1.5. Numeración Consecutiva de la Historia Clínica	15
5.8.1.6. Componentes.	16
5.8.1.7. Identificación del Usuario.	16
5.8.1.8. Registros Específicos.	16
5.8.1.9. Anexos.	16
5.8.1.10. Obligatoriedad del Archivo.	17
5.8.1.11. Custodia de la Historia Clínica.	17
5.8.1.12. Acceso a la Historia Clínica.	17
5.8.1.13. Retención y tiempo de conservación.	18
5.8.1.14. Seguridad del archivo de Historias Clínicas.	18

5.8.1.15. Condiciones físicas de Conservación de la Historia Clínica.	18
5.8.1.16. De los medios técnicos de registro y conservación de la Historia Clínica.	18
5.8.1.17. Funciones del comité de Historias Clínicas.	19
5.8.1.18. Sanciones.	19
5.8.2. Documentos que forman la Historia Clínica	19
5.8.3. Apartados de la Historia Clínica y su contenido	22
5.8.4. Establecimiento de una base de datos	26
5.8.5. Notas SOAP	27
5.8.6. Plan	28
6. VARIABLES	29
7. METODOLOGÍA	31
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
7.2. AREA DE ESTUDIO	31
7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
7.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	31
7.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	32
7.6 PRUEBA PILOTO	32
7.7. TABULACION Y CODIFICACIÓN DE DATOS	32
7.8 PLAN DE ANALISIS	33
7.9CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
9. PRESUPUESTO	34
10. ANALISIS	35
11. DISCUSIÓN	39
12. CONCLUSIONES	42
13. RECOMENDACIONES	44
14. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXO 1	46

1. ANTECEDENTES

La auditoría es una de las aplicaciones de los principios científicos de la contabilidad, basada en la verificación de los registros patrimoniales de las haciendas, para observar su exactitud; no obstante, este no es su único objetivo.

Su importancia es reconocida desde los tiempos más remotos, teniéndose conocimiento de su existencia ya en las lejanas épocas de la civilización sumeria.

El término auditor, apareció a finales del siglo XVIII, en Inglaterra durante el reinado de Eduardo I. En diversos países de Europa, durante la edad media, eran muchas las asociaciones profesionales, que se encargaban de ejecutar funciones de auditoría, destacándose entre ellas los consejos londinenses y el Colegio de Contadores de Venecia.¹

La revolución industrial llevada a cabo en la segunda mitad del siglo XVIII, imprimió nuevas direcciones a las técnicas contables, y especialmente a la auditoría, pasando a atender las necesidades creadas por la aparición de las grandes empresas.

En los Estados Unidos de Norteamérica, una importante entidad encargada de vigilar los objetivos de la auditoría, publicó diversos reglamentos, el primero que conocemos data de octubre de 1.939, en tanto otros consolidaron las diversas normas en diciembre de 1.939, marzo de 1.941, junio de 1942 y diciembre de 1.943.²

El futuro de nuestro país se prevé para la profesión contable en el sector auditoría es realmente muy grande, razón por la cual deben crearse, en nuestro círculo de enseñanza cátedra para el estudio de la materia, incentivando el aprendizaje y asimismo organizarse cursos similares a los que en otros países se realizan.

La revisión de la literatura científica en relación con los antecedentes internacionales de la auditoría en salud nos es muy abundante y los primeros hallazgos se refieren a las publicaciones de Albert Flexner, quien en 1910 recogió las experiencias de su colega Codman en Boston, sobre un estudio retrospectivo de intervenciones quirúrgicas al año de realizadas; en dicho estudio se estudió cada caso. En 1952 también en Estados Unidos la comisión de acreditación de hospitales impulsó definitivamente esta disciplina que hoy se constituye como parte fundamental de las acciones institucionales en pro de la calidad y el mejoramiento de la atención.³

Son pocos los estudios que sobre la calidad de las historias clínicas se han hecho, tal vez por que hay un mayor interés en las cosas que se descubren o en los tratamientos más

¹ Martín Vilches Troncoso; Apuntes de auditoría. En : www.monografias.com; fecha: 17 de mayo de 2005

² Hugo Armando Marín; Auditoría financiera. En : www.monografias.com; fecha: 17 de mayo de 2005

³ Blanco Jorge Humberto; Fundamentos de Salud Pública; tomo II, Administración de servicios de salud; editorial CIB; segunda edición año 2005.

efectivos, dejando a un lado elementos que son también importantes en la atención del paciente, como la calidad humana del personal de salud, la disposición a tiempo de los equipos y el correcto diligenciamiento de la historia clínica.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención es de obligatoria implementación tanto para prestadores de servicios de salud como para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud, son el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

La historia clínica es parte fundamental en la atención primaria del paciente, y de su buen diligenciamiento dependen el diagnóstico acertado, la instauración temprana y adecuada de un tratamiento. Es un elemento que sirve como criterio de calidad de los cuidados médicos, de la correcta asistencia facultativa y puede ser utilizada como técnica de registro formal y único de la atención brindada por el médico, es inmodificable y es una prueba veraz, imparcial y válida para la justicia.

Aparte de la importancia que tiene este documento como instrumento de comunicación para conocer los antecedentes de salud del paciente, optimizar su atención presente y futura, permitir la investigación y la docencia, debemos recordar que también es una herramienta fundamental y probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas. Un buen control de lo que se escribe o se deja de escribir es fundamental para el médico.

Tener información acerca de cuales son los errores mas frecuentes en el diligenciamiento de la historia clínica y darlos a conocer a todo el personal de salud podría disminuir considerablemente los costos de atención. Aquí yace la importancia administrativa de un buen diligenciamiento de la historia clínica.

En nuestra experiencia como estudiantes hemos observado que el diligenciamiento de las historias clínicas en el Hospital Hernado Moncaleano de Neiva tiene deficiencias. Pues las historias clínicas no se llenan de forma adecuada debido a la omisión de algunos datos importantes durante la consulta especializada, y es muy frecuente la glosa de facturas por este motivo. Por lo tanto, consideramos importante tener conocimiento acerca de *¿Cuáles son los errores mas frecuentes en el diligenciamiento de la historia clínica desde el punto de vista administrativo y clínico en el servicio de Medicina Interna en el Hospital Universitario de Neiva durante el periodo enero a abril de 2005?*

3. JUSTIFICACIÓN

A diferencia de los usuarios de servicios de salud, quienes en los últimos años han elevado en forma importante el conocimiento acerca de sus derechos; los profesionales de la salud no han progresado lo suficiente como para estar a la altura de las nuevas reglas de juego legales del sistema de salud, que afecta el ejercicio profesional. Ésta situación se expresa en frecuentes deficiencias probatorias durante los procesos médico-legales.

Sobre la historia clínica siempre se habla de su importancia legal, de sus características racionales científicas, de la necesidad de una letra legible a la hora de diligenciarla, debe ser completa y organizada, pero en la práctica estas premisas son olvidadas con bastante frecuencia, interfiriendo severamente con el correcto actuar médico que es finalmente la búsqueda incansable de la salud para el paciente.

Creemos que localizando los errores más frecuentes en el diligenciamiento de la historia clínica y posteriormente dándolos a conocer, habría una considerable disminución de éstos y por ende una mejoría en cuanto a la atención del paciente se refiere, incrementando los aciertos diagnósticos, asegurando también la instauración temprana de los tratamientos adecuados y el control correcto de signos y síntomas para evaluar la progresión de la enfermedad.

La evaluación del acto médico se entiende como el proceso que busca estimar y valorar la calidad de la atención médica, para ello se utilizan mecanismos de comparación entre la realidad y unos criterios preestablecidos. Este proceso se caracteriza por el uso de técnicas y normas especializadas por medio de las cuales se busca garantizar la objetividad de la evaluación. Es un proceso netamente verificativo y como tal exige la definición de criterios o estándares que permitan al evaluador definir el punto de referencia para el análisis.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir los errores más frecuentes en el diligenciamiento de las historias clínicas desde el punto de vista administrativo y clínico en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para buscar mayor eficiencia, maximizar el rendimiento de la atención y mejorar la calidad en la prestación de servicios.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la presencia de datos biográficos más pertinentes en la anamnesis de la historia clínica, como: nombre, sexo, edad, estrato socio económico, nivel educativo, seguridad social, procedencia, servicios públicos, escolaridad, profesión, religión.
- Evaluar el cumplimiento de todos los criterios administrativos durante la evaluación de la historia clínica tales como: carpeta para archivo, hoja de identificación, hoja de evolución, hoja de ayudas diagnósticas.
- Corroborar el correcto diligenciamiento de los antecedentes de tipo familiar, personal, quirúrgicos, traumáticos, tóxicos alérgicos, gineco-obstétricos y socio ambientales del paciente.
- Verificar que la enfermedad actual y el motivo de consulta del paciente estén bien diligenciados.
- Corroborar que la revisión por sistemas se haya descrito de acuerdo a las normas y técnica médica.
- Evaluar la legibilidad del diligenciamiento de la historia clínica y la presencia de los datos de identificación del personal de salud que escribe en ella.
- Verificar que se haya consignado en la historia clínica el examen físico general y el examen físico específico según el motivo de consulta de la enfermedad actual.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud

El Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud se define como el instrumento mas conveniente a través del cual el estado busca cumplir con uno de sus fines esenciales, específicamente el de velar por la efectividad de los derechos de los ciudadanos, en este caso el derecho a al salud.⁴

La calidad de los servicios hospitalarios es muy importante y esta claro que hoy en día no solo es una necesidad sino una prioridad.

La calidad se define como hacer cosas correctas, de manera correcta y llevar a cabo continuos perfeccionamientos, es cumplir compromisos y satisfacción de los clientes.

Existen cuatro bases que soportan una buena gestión de la calidad en cualquier tipo de organización⁵:

1. La calidad es una actitud de todas las personas que involucran un servicio.
2. La calidad conlleva tener claro que las organizaciones hospitalarias existen porque hay seres humanos y una comunidad que requieren de ella, esa es la razón prioritaria de sus acciones.
3. La calidad debe ser medida, evaluada y mejorada.
4. La calidad no es el resultado del azar, se plantea y se construye durante el proceso de prestación del servicio.

La calidad y los procesos de auditoria y garantía de la calidad no tiene como fin sancionar a las personas que están involucradas en la prestación de un servicio. Además posee una regla en los procesos de calidad y mejoramiento que es educar, motivar y sancionar.

El acto médico se mueve en medio de dilemas como plantea el acto de vivir y el de morir, lo que se desea y lo que se puede, lo que se conoce y lo que todavía no, lo que puede hacerse y lo que no es posible hacerse, hasta donde se genera un bien y donde puede generarse un daño con una actuación.⁶

5.2. Auditoria

La palabra auditoria viene etimológicamente de “escucha” y evoca con frecuencia temor, angustia y rechazo en las personas y organizaciones auditadas. El ser humano y por extensión las organizaciones por él creadas, son susceptibles al perfeccionamiento

⁴ Blanco Restrepo, Jorge Humberto; Administración de Servicios de Salud; Fundamentos de Salud Pública; Tomo II; Segunda Edición; Año 2005.

⁵ Ibíd.

⁶ Manrique Iván, López Mario Andrés; La Historia Clínica en las Demandas; En: <http://www.encolombia.com/neumologia/neum141-02tema-hist.html>; Fecha:05/08/2003

en proceso de alcanzar una mayor humanización, pero esta no puede efectuarse en el vacío sin retroalimentación alguna que permita evaluar que se ha logrado, donde se ha avanzado y si es susceptible de mejorar.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es obligatoria tanto para la IPS como para la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, pues la salud es un derecho prestacional y un servicio público esencial que se debe prestar bajo la coordinación y el control del estado. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es considerado como una herramienta que debe generar como resultado el contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se presta a todos los habitantes de nuestro país.

La auditoria es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad, complementarios a los que se determinan como básicos en un sistema único de habilitación con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud en todas las organizaciones, buscando mayores beneficios y mínimo riesgo para todos sus usuarios de acuerdo a los recursos disponibles. Para tal finalidad, se realiza tres acciones fundamentales⁷:

1. Evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada
3. Corregir las desviaciones detectadas.

Todas las instituciones están obligadas a desarrollar procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben establecer un modelo que contemple niveles para su operación, osea que de acuerdo con el tipo de institución y su misión se aplicarán y a la vez reflejarán el alcance y el desarrollo del nivel de control existente.

5.3. Tipos de Control

Cada una de las empresas de salud debe manejar un sistema de control, así mismo deben estipular el nivel de control que deben manejar. Existen varios niveles de control que son:

5.3.1. Nivel de Autocontrol

Cada funcionario de la institución planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. Es el nivel considerado como óptimo o ideal en el ámbito del control.

5.3.2. Nivel de Auditoria Interna

Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una estancia externa al proceso que la audita. Su propósito es contribuir a que la misma

⁷ Blanco Restrepo, Jorge Humberto; op.cit.

institución adquiera la cultura de autocontrol. La realiza alguna dependencia propia de la entidad con sus funcionarios.

Las auditorías internas son hechas por personal de la empresa. Un auditor interno tiene a su cargo la evaluación permanente del control de las transacciones y operaciones y se preocupa en sugerir el mejoramiento de los métodos y procedimientos de control interno que redunden en una operación más eficiente y eficaz. La imparcialidad e independencia absolutas no son posibles en el caso del auditor interno, puesto que no puede divorciarse completamente de la influencia de la alta administración, y aunque mantenga una actitud independiente como debe ser, esta puede ser cuestionada ante los ojos de los terceros. Por esto se puede afirmar que el Auditor no solamente debe ser independiente, sino parecerlo para así obtener la confianza del Público.⁸

La auditoría interna es un servicio que reporta el más alto nivel de la dirección de la organización y tiene características de función asesora de control, por tanto no puede ni debe tener autoridad de línea sobre ningún funcionario de la empresa, a excepción de los que forman parte de la planta de la oficina de auditoría interna, ni debe en modo alguno involucrarse o comprometerse con las operaciones de los sistemas de la empresa, pues su función es evaluar y opinar sobre los mismos, para que la alta dirección tome las medidas necesarias para su mejor funcionamiento. La auditoría interna solo interviene en las operaciones y decisiones propias de su oficina, pero nunca en las operaciones y decisiones de la organización a la cual presta sus servicios, pues como se dijo es una función asesora.

5.3.3. Auditoría Externa

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. La realiza algún ente externo con sus funcionarios.⁹

Una Auditoría Externa debe hacerla una persona o firma independiente de capacidad profesional reconocidas. Esta persona o firma debe ser capaz de ofrecer una opinión imparcial y profesionalmente experta a cerca de los resultados de auditoría, basándose en el hecho de que su opinión ha de acompañar el informe presentado al término del examen y concediendo que pueda expresarse una opinión basada en la veracidad de los documentos y de los estados financieros y en que no se imponga restricciones al auditor en su trabajo de investigación.

5.4. Acciones del Proceso Integral de la Atención en Salud

Las empresas de salud deben tomar decisiones para mejorar la atención al usuario. Estas decisiones deben estar encaminadas en acciones, que pueden ser:

⁸ Jiménez Yolanda; Auditoría; En: [www. Monografías.com](http://www.Monografías.com); Fecha: 15/04/2003

⁹ Blanco Restrepo, Jorge Humberto; op.cit.

5.4.1. Acciones Preventivas

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

5.4.2. Acciones de Seguimiento

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de servicios sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad.

5.4.3. Acciones Coyunturales

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente para alertar, informar y analizar la ocurrencia de efectos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de la recurrencia.

5.5. Enfoque de la Auditoria en las Organizaciones de Salud

La auditoria posee unas funciones generales bien estipuladas, pero en cada entidad debe cumplir un objetivo específico para su correcto desarrollo¹⁰.

5.5.1. Para las Entidades Administrativas de Planes de Beneficio

Deben adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción del usuario.

Las entidades administradoras de planes de beneficios en salud deben establecer un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención que comprenda como mínimo los procesos de autoevaluación de la red de prestadores de los servicios de salud. Además deberán involucrar procesos de auditoria externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de la IPS. Esta evaluación debe centrarse en los procesos prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador de los servicios.

¹⁰ *Ibíd.*

5.5.2. Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Deben adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Las IPS deberán establecer un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que comprenda como mínimo los procesos de autoevaluación del proceso de atención de salud, que debe evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad definidas como básicas en este modelo: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad y la atención del usuario, que debe evaluar sistemáticamente la satisfacción con respecto a los servicios ofrecidos.

5.5.3. Para las Entidades Departamentales, Regionales y Municipales de Salud

Les corresponde asesorar las entidades administradoras de planes de beneficios en salud y a las IPS, en el desarrollo de sus procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. Además deberán desarrollar procesos de auditoria externa sobre las IPS, a las cuales se les aplicaran las mismas disposiciones contempladas para las entidades administradoras de planes de beneficios en salud.

5.6. Procesos de Control Organizacional que podrían Constituir Distorsiones de la Auditoria en Salud

La auditoria se ubica de manera independiente en relación con otros procesos de control que tradicionalmente han distorsionado su imagen, bien sea convirtiéndose en coadministradora o simplemente asumiendo su rol controlador que se aleja con creces del actuar asignado a la auditoria en salud.

5.6.1. Interventoria de Contratos

Es el proceso de supervisión y control obligatorio que deben hacer las entidades estatales sobre aquellas funciones y competencias que les asigna la normatividad vigente cuando la realizan mediante una relación contractual, en los aspectos técnicos, administrativos, financieros y legales.

5.6.2. Revisoría Fiscal

Órgano de fiscalización del interés de la comunidad, bajo la dirección y responsabilidad del revisor fiscal y con sujeción a las normas de auditoria generalmente aceptadas, cuya función básica es la de dictaminar los estados financieros de una organización así como

revisar y evaluar sistemáticamente los componentes y elementos que integran el control interno, en forma oportuna e independiente, en los términos que señala la ley.

5.6.3. Control Interno

Es un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos, mecanismos de verificación y evaluación adoptadas por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo a las normas constitucionales legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

5.6.4. Auditoria de Cuentas Medicas

Análisis sistemático y crítico de las facturas y los registros clínicos, con el propósito de evaluar y verificar la pertinencia de los servicios de salud prestados.

5.7. Auditoria de la Atención Médica

Este modelo (Deming, Juran, y Crosby) centrado en la evaluación de la calidad por parte del cliente/paciente es ampliamente resistido por la mayoría de los médicos y sociedades médicas, que lo perciben como la inadecuada intromisión de no iniciados en las áreas reservadas sólo a los médicos. Su mayor desarrollo en nuestro país se observa en los sistemas gerenciados, que nacieron como un mecanismo para permitir la transferencia del riesgo desde las obras sociales hacia los prestadores. Esta estrategia se aplicó con el objetivo de lograr la contención del gasto que crecía en forma continua, y no como un verdadero intento de reforma del sistema de seguridad social, por lo que su significación en términos de resultados concretos fue escasa.

Los conceptos de Avedis Donabedian, quien sistematizó el abordaje de la evaluación de la calidad (estructura, proceso, y resultados) partiendo desde el mismo sistema de salud comenzaron a difundirse en nuestro país a fines de los 80, como una alternativa para oponer a la estrategia de búsqueda de la calidad extrapolada desde el área industrial. Este modelo denominado modelo médico fue aceptado con entusiasmo por las sociedades médicas que encontraron así un tipo de análisis cercano al tradicional método clínico (mezcla de inducción y deducción) que les permitía adaptarse más fácilmente al cambio en los paradigmas de salud que parecía inexorable.¹¹

Hoy, la auditoria tiene dos enfoques claramente definidos:

Estableciendo estándares mínimos de calidad profesional, normas terapéuticas, incumbencias, etc; y sólo se evidencia una moderada preocupación por el volumen del gasto.

¹¹ Marina César D.; Auditoria de la atención médica; En: [www. Monografías.com](http://www.Monografías.com); Fecha: 26/01/2003.

Desde el nivel político del estado, y el nivel gerencial de las empresas de medicina prepaga se coloca el acento en la ineficiencia del sistema de salud, la baja calidad de los servicios que provee, y los altos niveles de corrupción que lo atraviesan.

Con el objetivo puesto en lograr disminución en el gasto en prestaciones se ha modificado para gran parte de la seguridad social la tradicional modalidad de pago por acto médico, introduciendo el mecanismo de pago por capitación o cartera fija. La creación de las gerenciadoras (un nuevo nivel de intermediación entre los que prestan el servicio y quienes lo financian), que no poseían prestadores propios y debieron contratarlos generó la aparición de heterogéneos tipos de contratos, y variadas formas de pago; en este momento coexisten diferentes mecanismos de pago que condicionan distintas conductas en los prestadores, y parecen exigir distintos enfoques en la auditoría.

5.8. Historia Clínica

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera. Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.¹²

La historia clínica debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y a ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.)¹³.

5.8.1. Marco Legal de la Historia Clínica

El marco legal de la historia clínica esta dado por la resolución número 1995 de julio 8 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

El Decreto 2174 de 1996, fue el primero por el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este fue derogado por el decreto 2309 del 2002, en el que se define actualmente el Sistema

¹² Manrique Iván; López Mario Andrés; op.cit.

¹³ Dolors Jiménez; La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales; En: <http://www.geosalud.com/HistoriaClínicaAspectosÉticosyLegales.htm>; Fecha: 19/11/2004.

Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Explica como se da la organización de dicho sistema, como se fundamenta el Sistema de habilitación, procesos de auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación, y el Sistema de Información para la Calidad¹⁴.

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, que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud, que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

El primer capítulo de la resolución número 1995 de 1999 define:

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.¹⁵

Estado de Salud

El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

Equipo de Salud

Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Historia Clínica para efectos archivísticos

Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás

¹⁴ Decreto Número 2309 de 2002; Fecha: 06/06/05

¹⁵ Resolución Número 1995 del julio 8 de 1999 del Ministerio de Salud.

procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Archivo de Gestión

Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

Archivo Histórico

Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

5.8.1.1. Ámbito de Aplicación.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

5.8.1.2. Características de la Historia Clínica.

Las características básicas ¹⁶son:

- 1) **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.
- 2) **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.
- 3) **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.

¹⁶ Ibíd.

- 4) **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- 5) **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

5.8.1.3. 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.

En el capítulo II nos da información acerca de cómo se debe diligenciar la historia clínica, que debe hacerse 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.¹⁷

5.8.1.4. Apertura e Identificación de la Historia Clínica.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.

A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

5.8.1.5. 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.

¹⁷ Ibíd.

5.8.1.6. Componentes.

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

5.8.1.7. 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.

5.8.1.8. 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.¹⁸

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.

5.8.1.9. 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.

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.

¹⁸ *Ibíd.*

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.

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.

5.8.1.10. 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.

5.8.1.11. 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.

Debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

Si el prestador requiere información contenida en la historia clínica, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

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.

5.8.1.12. 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.

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.¹⁹

5.8.1.13. 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.

5.8.1.14. 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.

5.8.1.15. 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.

5.8.1.16. 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.

¹⁹ *Ibíd.*

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.

En el capítulo IV se define el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.²⁰

Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución. El comité debe estar integrado por personal del equipo de salud. De las reuniones, se levantarán actas con copia a la dirección de la Institución.

5.8.1.17. Funciones del comité de Historias Clínicas.

- a. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- c. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

5.8.1.18. 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.

5.8.2. Documentos que forman la Historia Clínica

La historia clínica consta de diferentes bloques de información. Generalmente toda la información que se genera de un paciente se almacena en unos grandes sobres identificados con el nombre del paciente y su número de historia clínica. Dentro de dicho sobre se archivan todos los documentos, normalmente en una carpeta con anillas

²⁰Ibíd.

que permita la introducción de nuevos documentos y en sobre o sobres aparte aquellas pruebas diagnósticas de gran tamaño (ej., pruebas de radiodiagnóstico).²¹

Es conveniente que los diferentes documentos u hojas que constituyen la historia clínica se archiven con un orden preestablecido.

Informe de Alta

1. Datos relativos al centro.
 - a. Nombre, dirección, teléfono.
 - b. Servicio o Unidad donde se produce el alta.
 - c. Facultativo responsable del alta.
2. Datos de identificación del paciente.
 - a. Nombre y apellidos.
 - b. Nº de historia clínica.
 - c. Fecha de nacimiento y sexo.
3. Datos referidos al proceso asistencial.
 - a. Fecha de admisión y alta.
 - b. Motivo del ingreso.
 - c. Estado en el momento del alta.
 - d. Destino.
 - e. Diagnóstico principal.
 - f. Otros diagnósticos (si procede).
 - g. Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos.
 - h. Otros procedimientos significativos (si procede).
 - i. Resumen clínico (antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y recomendaciones terapéuticas).

Hoja de Historia Clínica

Hojas de Curso Clínico

En dichas hojas se recogen todos los datos de la evolución del paciente. En cada nota que se escribe debe figurar el nombre y apellido del médico que la realiza, la fecha y la hora.

Hojas de datos de enfermería

La información que se recoge en estas hojas, complementada con la historia médica y la valoración que hace la enfermera al ingreso del paciente, constituyen el eje fundamental para la elaboración de la lista de problemas del paciente y la planificación de la atención que ha de prestársele.

Hojas de seguimiento de enfermería

En dichas hojas debe constar al igual que en las hojas de curso clínico, la identificación de la enfermera que realiza las anotaciones, la fecha y la hora.

²¹I. Castro; M. Gámez; Historia clínica; En: Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1993.

Debe constar también información sobre la evolución del paciente y un resumen de las actividades realizadas sobre el paciente.

Hojas de quirófano

- Hoja preoperatoria o de consulta preanestésica
- Hoja operatoria
- Hoja de anestesia

En la hoja preoperatoria se anota el estado general del paciente previamente a la intervención. En la hoja operatoria y de anestesia se recoge todo lo acontecido durante la intervención quirúrgica y los datos de los parámetros controlados durante la anestesia, respectivamente. Todas ellas deben ir también firmadas por el anesthesiólogo o cirujano, según las hojas de que se trate, y con fecha y hora.

Hojas de prescripciones médicas

La normativa para la complementación de dichas hojas es variable según los diferentes hospitales y los sistemas de que dispongan para la distribución de medicamentos. En algunos hospitales en las hojas de prescripción médica se incluye tanto la terapia farmacológica como no farmacológica, mientras que en otros hospitales se hace en hojas independientes. En cualquier caso, deben constar apellidos y firma del médico prescriptor, fecha y hora de la prescripción. La prescripción debe ser completa es decir debe constar el nombre del fármaco (preferentemente genérico), dosis, vía de administración y duración si procede. La letra debe ser legible.²²

Las prescripciones médicas constan de dos partes, una en la que se prescribe la terapia farmacológica y otra en la que se prescribe la terapia no farmacológica (dieta, movilización del paciente, controles a realizar, frecuencia, etc). Asimismo debe especificarse si se ha solicitado determinación de niveles plasmáticos de algún medicamento. Semanalmente debe realizarse revisión de todas las prescripciones médicas del paciente. En la actualidad algunos hospitales tienen la prescripción médica informatizada.

Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios y hojas de exploraciones específicas por Servicios

- Hojas de Anatomía Patológica.
- Otros resultados de laboratorio y radiodiagnóstico.
- Hoja de programación de exploraciones.
- Hojas de exploraciones específicas por Servicios.

Registros de enfermería

- Plan de atención de enfermería consta de dos partes:
 - Listado de problemas a partir de la observación del paciente, recogida de datos y revisión de la historia clínica.
 - Plan de atención, se elabora a partir de la lista de problemas y sirve de base para la elaboración del plan de curas.
- Plan de curas de enfermería:

²² *Ibíd.*

- Comprende varios apartados: respiración, nutrición e hidratación, preparaciones, actividad, higiene y confort, curas, comunicación.
- Controles:
- Constantes vitales, nivel de conciencia, dolor, peso, diuresis, defecación, vómitos, drenajes y controles diabetológicos).
- Balance de líquidos:
- Incluye ingesta: oral y enteral, sueros, medicación, nutrición parenteral, hemoderivados y eliminación: orina, heces, vómitos, drenajes y pérdidas insensibles.
- Perfusiones/medicación:
- En dichas hojas consta sólo la sueroterapia, nutrición parenteral y hemoderivados. El resto de la medicación I.V. se recoge en las hojas de medicación generales.
- Valoración al alta:

Es para facilitar información al paciente y a los diferentes niveles asistenciales sobre la evolución del paciente durante su estancia en el hospital y dar orientación sobre sus necesidades de curas, alimentación, movilización, etc.

Hoja social

Esta hoja se realiza si el paciente tiene un problema social y es diligenciada por la asistente social en contacto con el médico responsable.

Hojas de autorización

Los pacientes y/o sus familiares o tutores deben estar informados sobre los procedimientos a los que se les va a someter, así como de las posibles complicaciones que de ello pueden derivarse y deben dar su consentimiento por escrito.

Existen dos tipos:

- Hoja de autorización para exploraciones e intervenciones quirúrgicas.
- Hoja de alta voluntaria:

Debe ir firmada por el paciente o familiar o tutor y por el médico responsable.

Hojas administrativas

Hoja de ingreso que se genera a nivel administrativo cuando el paciente ingresa en el hospital en la que se recogen los datos de identificación del paciente, datos asistenciales y económicos. En el momento del alta se debe hacer constar el motivo, el diagnóstico de salida y la identificación legible del médico que la autoriza.

5.8.3. Apartados de la Historia Clínica y su contenido

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.

Historia de la 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.

Revisión por sistemas

El médico realiza una serie de preguntas al paciente acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del 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.²³

Examen físico

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas. En el examen físico hay una parte general y una por sistemas. En la parte 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.

Revisión en cada sistema:

- *Sistema Cardiovascular*: auscultación cardiaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma.
- *Sistema Respiratorio*: ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación, radiografía de tórax, observación de esputos si los hay, determinación de pruebas de función pulmonar.
- *Abdomen*: forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales, ascitis, hernias.

²³ *Ibíd.*

- *Sistema nervioso*: salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficit motores focales.

Examen de orina, heces, vómitos, esputos (si procede)

Diagnóstico/s

Resultados de las pruebas de laboratorio

Sangre, orina, etc.

Rx u otras pruebas diagnósticas.

Niveles plasmáticos de medicamentos (cuando se ha hecho la extracción de la muestra y cuando se ha cursado).

Tratamiento: Prescripciones médicas y Hoja de medicación de enfermería

Prescripciones médicas: farmacológicas y no farmacológicas:

Se recoge tanto la medicación fija como la medicación condicional (prn). Después de administrar la medicación debe firmarse o anotar con un círculo si el paciente rechaza tomar la medicación.

La información de dichas hojas debería incluir: el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, alergias, información sobre como debe tomarse la medicación, si puede triturarse, etc., fecha de inicio y suspensión, limitaciones o contraindicaciones para administrar una medicación (ej. antihipertensivos según TA, diuréticos según diuresis, etc.) y diagnóstico del paciente.

Curso clínico

Notas de evolución: se realizan cuando el médico pasa visita diariamente para revisar los cambios generales en el estado clínico del paciente así como su respuesta a la terapéutica.

Observaciones de enfermería

Contiene información que se recoge diariamente por el personal de enfermería o el auxiliar. Son datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas e ilustrar la respuesta o reacción adversa al tratamiento. Deben recogerse una vez al día, cada 8h, en el cambio de turno, etc, dependiendo del estado del paciente.

La información que se registra incluye:

- Datos generales: signos vitales (temperatura, presión, pulso, frecuencia respiratoria), peso actual, hábitos dietéticos, hábito intestinal y urinario, patrón de sueño, disponibilidad vía oral, diuresis, movilidad, higiene.
- Evaluación diaria por la enfermera.
- Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica.
- Respuesta a la terapéutica.
- Documentación de la medicación prn administrada al paciente.
- Rechazo del paciente a alguna medicación.
- Aparición de RAM.

- Cambios de catéteres.
- Quejas del paciente.
- Notas de fisioterapeutas, dietistas, etc.

Historia orientada por problemas

Hacia el año 1964, Lawrence E. Weed publicó un sistema de redacción de la historia clínica denominado historia orientada por problemas. En los métodos utilizados con anterioridad, cada médico hacía sus propias anotaciones de acuerdo con la dolencia del paciente según su especialidad. En dichas notas se establecía el estado del paciente en ese momento y en caso de realizarse algún procedimiento, el resultado del mismo.

Normalmente no se resumían los datos previos ni se explicaban los procedimientos por los cuales se había llegado a un diagnóstico ni cómo se había decidido un determinado tratamiento.²⁴

La historia clínica orientada por problemas es un método lógico de documentar la atención que se presta al paciente, permitiendo una mayor comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, a lo largo de sus procesos patológicos.

En la actualidad, en la mayoría de centros se sigue este método para la realización de las historias clínicas.

Los principales componentes de la historia orientada por problemas son: establecimiento de una base de datos, lista de problemas, notas SOAP.

Base de datos: en la base de datos se recogen todos los hechos ocurridos al paciente obtenidos a partir de fuentes como la historia clínica, el examen físico, pruebas diagnósticas, etc.

Lista de problemas: un problema se define como todo aquello que afecte al paciente. Un problema puede ser un signo, un síntoma, un resultado de laboratorio anómalo, una limitación física, etc. La lista de problemas es algo dinámico, ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas y los anteriores pueden irse resolviendo. Los problemas se numeran cronológicamente, pero se atienden de acuerdo a su importancia y gravedad.

Notas SOAP: esta es una forma de organizar los datos en las notas de evolución del paciente²⁵. Es un acrónimo de las palabras inglesas:

- S: subjective (datos subjetivos)
- O: objective (datos objetivos)
- A: assessment (valoración)
- P: plan (plan a seguir)

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ *Ibíd.*

Datos subjetivos

En estos datos se registra cómo se siente el paciente según lo que él/ella explica o lo que el profesional sanitario observa. Son datos descriptivos que no pueden confirmarse mediante pruebas. Estos datos se obtienen observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas.

Datos objetivos

Estos datos incluyen los signos vitales, los resultados del examen físico, de las pruebas diagnósticas, etc. La medicación que recibe el paciente también puede incluirse en este apartado.

Valoración

Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar (evaluar) el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia que recibe.

El farmacéutico debe tener en cuenta si alguno de los problemas que presenta el paciente puede ser debido a un fármaco o si el paciente presenta algún factor que le pueda predisponer a desarrollar algún problema. Asimismo debe evaluar si la terapia que recibe es necesaria y es la indicada y realizar este proceso con toda la medicación que se le vaya prescribiendo al paciente.

Plan

Una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos se debe establecer un plan.

Obtención de información de las historias clínicas

El farmacéutico clínico debe ser capaz de obtener, a partir de las historias clínicas, toda la información que puede tener relación o influir en la farmacoterapia que reciben los pacientes y debe obtenerla de la forma más eficiente. El estar familiarizado con cada apartado o sección de la Historia Clínica y su contenido, hace la documentación de la información y la recogida u obtención de datos más eficiente. Debe tenerse en cuenta que cierta información puede obtenerse en más de un apartado de la historia clínica, siendo a veces necesario obtener dicha información de los profesionales sanitarios que atienden al paciente o del propio paciente.

El objetivo principal del farmacéutico al obtener información de la historia clínica, es la monitorización de la farmacoterapia que recibe el paciente. El sistema de la historia clínica orientada por problemas ha demostrado ser también un sistema idóneo para el farmacéutico.

Por lo tanto, el primer paso en el proceso de la monitorización farmacoterapéutica es la recogida de información para crear una base de datos.

5.8.4. Establecimiento de una base de datos

La información que debe recogerse es aquella que es relevante para el paciente específico al que estamos monitorizando.

En líneas generales la información a recoger incluye²⁶:

- Datos del paciente como edad, sexo, peso, altura.
- Historia de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social.
- Alergias, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio), dieta, datos sobre cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales.
- Farmacoterapia que está recibiendo o ha recibido.

La forma en como se recoge esta información depende de los diferentes profesionales. Lo más idóneo es la utilización de impresos diseñados para este fin los cuales deben ser lo más completos y al mismo tiempo lo más sencillos posible, a fin de que permitan recoger toda la información necesaria, pero que sean de fácil utilización en el trabajo diario.

Existe el sistema propuesto por Canaday y Yarborough conocido por el acrónimo FARM (findings, assessment, resolution, monitoring, follow-up).

El sistema publicado en 1988 por Strand et al llamado Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) como guía sistemática para el análisis de la farmacoterapia y registro de las actividades clínicas realizadas por los farmacéuticos.

Otro sistema alternativo es el utilizado en el hospital es el Cedars Sinai de Los Angeles y conocido como "TITRS" (Title, Introduction, Text, Recommendation, Signature). Los autores recomiendan empezar la nota siempre poniendo: Nota de Farmacia Clínica, escribiendo a continuación una introducción que incluya una descripción básica del paciente y del problema, una descripción de la valoración y las recomendaciones necesarias.

La nota debe finalizar con la firma del farmacéutico así como con información sobre cómo y dónde localizarle para el seguimiento. Por lo tanto el farmacéutico debe registrar en definitiva: la información en la que basa sus decisiones y acciones, las decisiones tomadas en lo concerniente a la farmacoterapia de un paciente específico y las acciones emprendidas que afectan a dicha farmacoterapia.

Actualmente la posibilidad de recoger la información de forma informatizada ha supuesto un gran avance.

5.8.5. Notas SOAP

Como se ha dicho antes, el farmacéutico puede utilizar también este sistema, para el abordaje de cada uno de los problemas.

Datos subjetivos: que se obtienen en aquellos lugares de la historia clínica en donde hay anotaciones del resto de profesionales, o hablando con dichos profesionales o con el propio paciente.

²⁶Barreto Penie Jesús; La Historia Clínica: documento científico del Médico; Ateneo 2000; En: www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol11_1_00/ate09100.pdf. Fecha: 05/07/2001.

Datos objetivos: principalmente resultados de las pruebas analíticas y la medicación que está recibiendo el paciente.

Evaluación: mediante los datos objetivos y subjetivos encontrados, el farmacéutico debe hacer una evaluación de la farmacoterapia que recibe el paciente. Debe valorar si alguno de los problemas del paciente puede estar producido por los fármacos que recibe y si todos los problemas están tratados.

Si la farmacoterapia que está recibiendo está indicada para este paciente, la dosis, duración, posibilidad de interacciones, aparición de efectos adversos, respuesta a la misma, aparición de nuevos problemas, etc. Esto debe realizarse con todos los nuevos fármacos que se vayan prescribiendo al paciente.²⁷

5.8.6. Plan

Una vez evaluada la farmacoterapia debe establecerse un plan farmacoterapéutico en el que el farmacéutico recomiende la terapia más idónea para ese paciente en concreto, vía y forma de administración, parámetros a monitorizar para evaluar eficacia y toxicidad y objetivos a conseguir.

Los comentarios o cambios que el farmacéutico considere que han de realizarse en el plan farmacoterapéutico deben comunicarse al médico personalmente, por teléfono o preferiblemente por escrito, con el fin de que conste la intervención del farmacéutico en la historia clínica del paciente.

²⁷ I. Castro; M. Gámez; op.cit.

6. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICES
DATOS BIOGRAFICOS	Permiten la identificación completa del paciente, además de conocer las condiciones socio-culturales en las que se desenvuelve él. y ubicar el momento en el que se hizo la consulta medica.	nombre	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		edad	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		sexo	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Estrato socio económico	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		Nivel educativo	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		Seguridad social	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		procedencia	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		Servicios públicos	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		escolaridad	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		Profesión	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
		religión	Presente, si-no	nominal	Porcentajes
fecha	Presente, si-no	nominal	Porcentajes		
ANTECEDENTES	Todos aquellos comportamientos o condiciones que hacen al paciente mas susceptible de enfermar por una patología específica	Antecedentes personales patológicos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes personales patológicos no	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes familiares	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes quirúrgicos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes traumáticos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes

		Antecedentes farmacológicos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes tóxicos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes alérgicos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes gineco-obstétricos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Antecedentes socio-ambientales	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes

ENFERMEDAD ACTUAL	Es la descripción que de los síntomas hace el paciente en orden cronológico, guiado por el medico a través de preguntas		Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
REVISIÓN POR SISTEMAS	El medico hace una serie de preguntas al paciente buscando alguna disfunción en un sistema corporal que no incluye el motivo de consulta	Sistema nervioso	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema osteo muscular	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema cardiocirculatorio	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema respiratorio	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema inmunológico	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Órganos de los sentidos	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema hematopoiético	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema gastrointestinal	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Sistema genitourinario	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
		Examen físico general	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes

	enfermedad actual y la revisión por sistemas	Examen físico por sistemas	Presente, si-no	Nominal	Porcentajes
--	---	-------------------------------	-----------------	---------	-------------

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio, de tipo descriptivo retrospectivo, se diseñó para describir los problemas más frecuentemente encontrados al diligenciar la historia clínica, estas serán seleccionadas un mes después de finalizada la atención. Deben pertenecer al servicio de Medicina Interna y corresponder a los pacientes que estuvieron hospitalizados en este servicio durante el periodo Enero a Abril del 2005.

7.2. AREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hernando Moncaleano de Neiva, que cuenta con 36 camas ubicadas en la sala oeste del sexto piso.

El Hospital Universitario de Neiva es un hospital de tercer nivel que cuenta 60 camas por piso aproximadamente, presta los servicios de medicina interna, cirugía general, pediatría, especialidades quirúrgicas, psiquiatría, y gineco-obstetricia, además cuenta con unidades de cardiología, neumología, fisioterapia, salud mental, nefrología, medicina nuclear, un área de imagenología que cuenta con equipos para toma de Rx, TAC, ecografías y RNM, además hay un área de endoscopias, seis salas de cirugía, una sala de cuidados intensivos pediátricos y neonatales y de adultos, un servicio de urgencias disponible las 24 horas.

El HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALENANO PERDOMO de Neiva atiende en sus instalaciones a la población del sur de Colombia, que comprende a los departamentos de Caquetá, Putumayo, sur del Tolima y Huila. Esta población corresponde a los estratos 0, 1 y 2 en su gran mayoría.

7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la realización del estudio se tomó la totalidad de las historias clínicas diligenciadas durante el periodo Enero a Abril del 2005 y se elaboró una revisión completa de la historia, evaluando los aspectos médicos y administrativos. Las historias fueron tomadas del archivo del Hospital Universitario de Neiva y se analizaron una a una buscando posibles errores.

7.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener la autorización necesaria y acceder así a las historias que cumplieran con los criterios de inclusión, se envió una solicitud de aprobación al Subgerente Técnico-

Científico del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en esta se especifico el tipo de estudio y la finalidad propuesta para su realización.

La técnica utilizada en la investigación fue la revisión documental de la Historia clínica. La revisión documental es una técnica de recolección de información que consiste en utilizar los datos existentes en documentos ya diligenciados, en este caso las historias clínicas.

Para la recolección la información se aplicó un instrumento especializado (Anexo 1), de fácil manipulación. Para terminar el proyecto en el tiempo estipulado, se contrataron los servicios de dos ayudantes para el diligenciamiento de los formatos, a los cuales se les oriento sobre el objetivo del proyecto y el diligenciamiento correcto del instrumento de recolección.

7.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento para la recolección está compuesto por una primera parte que consta de el numero de la historia clínica, fecha de diligenciamiento, especialidad a evaluar, y datos referentes al tipo de documento que se esta evaluando, si es de consulta externa, hospitalización, urgencias o cirugía.

En un comienzo se evalúan los criterios administrativos, y en ellas se valoran las formas mínimas, hoja de identificación, hoja de evolución, hoja de ayudas diagnosticas, hojas de evolución, pertinencia de los exámenes de laboratorio, epicrisis, hoja de signos vitales y las notas de enfermería. Además, dentro de los criterios administrativos se evalúan la letra legible y la identificación del medico responsable de las notas en la historia.

Luego están las casillas para la evaluación de los criterios clínicos de la auditoria, que son el correcto y completo llenado de los datos de la anamnesis, tales como: edad, ocupación, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas, antecedentes personales y familiares. (Ver Anexo 1).

7.6 PRUEBA PILOTO

Se revisaron cinco historias del servicio gineco-obstetricia diligenciando los formularios de acuerdo con las variables consideradas importantes para hacer la evaluación de las historias, con desempeño satisfactorio del instrumento. La prueba piloto se desarrollo el 5 de agosto del 2005.

7.7. TABULACION Y CODIFICACIÓN DE DATOS

Los datos recogidos fueron analizados utilizando el programa EPI-INFO 3.3.2 edición de febrero de 2005, para el análisis de los resultados.

7.8 PLAN DE ANALISIS

El análisis se realizó de acuerdo a los objetivos del estudio, utilizando tablas y gráficos de barras, para una mejor interpretación de los resultados y teniendo en cuenta las medidas estadísticas para cada método.

7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo, se fue llevado a cabo exclusivamente con fines investigativos, sin irrumpir en lo más mínimo la privacidad de los pacientes o familia, que hacen parte de la población a estudio.

Para su realización se solicitó la aprobación del Gerente y del comité Ético científico del Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” para la utilización de las historias clínicas de los pacientes a los cuales el servicio de Medicina Interna haya prestado sus servicios y su atención haya sido finalizada.

Se respetará y guardará confidencialmente el contenido de las historias y la información no será utilizada en perjuicio de terceros y solamente para interés científico y que bajo ninguna circunstancia se mencionaran los nombres de los pacientes, y/o se realizarán experiencias sobre su persona física o mental.

Las hojas de instrumento de recolección de datos, quedaran bajo custodia exclusiva de los investigadores, bajo absoluta confidencialidad y reserva del secreto profesional. Igualmente se tendrán en cuenta los principios básicos que guían la conducta investigativa biomédica.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD / TIEMPO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1. Anteproyecto					X							
2.Revisión bibliográfica						X						
3.Revisión de historias clínicas								X	X			
4.Análisis de información								X	X			
5.Formulación de resultados								X	X			
6.Evaluación de resultados								X	X	X		
7.Presentación de informe										X	X	

9. PRESUPUESTO

DETALLE	VALOR UNITARIO	GASTOS RELEVANTES	GASTOS NO RELEVANTES	TOTAL
PERSONAL: 1 año Investigadores: 2 Asesores: 2 Ayudantes para la recolección de la información: 2	100.000 300.000 10.000		200.000 600.000 20.000	820.000
EQUIPOS Y MATERIAL: Fotocopias: 500 Digitación: 100 pág Tinta: 1	50 300 95.000	25.000 30.000 95.000		150.000
PAPELERIA: 1 Resma de papel carta 4 Lapiceros	10.000 1000	10.000 4.000		14.000
TOTAL	506.350	\$ 164.000	\$800.000	\$1.490.350

10. ANALISIS

Para la realización del estudio, se incluyó la totalidad de historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el periodo enero - abril de 2005, en el servicio de Medicina Interna de el Hospital Universitario de Neiva, para un total de 367 historias clínicas que fueron revisadas una a una y hoja a hoja de manera manual y personalizada. Se realizó el análisis detallado de las historias teniendo en cuenta los criterios clínicos y administrativos de la auditoria clínica hospitalaria. Los resultados son los presentados a continuación.

CRITERIOS ADMINISTRATIVOS:

Formas mínimas

Durante la evaluación de estos criterios, encontramos que datos importantes como el responsable, la dirección, teléfono y documento de identidad de los pacientes, no son anotados en un 27.8, 37.9, 41.7 y 13.9% respectivamente, además, el 2.5% de las historias revisadas no poseen una carpeta para archivo. Al revisar la presencia de las hojas de identificación de usuario, en el 8.4% de las historias no fue posible encontrarla. Datos como el nombre del usuario, el diligenciamiento de las notas de evolución y los soportes de uso de ayudas diagnósticas, estaban ausentes en el 0.8% de los casos. Las hojas de evolución y el número de historia clínica que debe ser anotado en ellas no fue encontrado en el 1.9 %. (Tabla 1).

Tabla 1. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS, formas mínimas; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario de Neiva
Enero – Abril de 2005

VARIABLES	SI	NO
Carpetas para archivo	97,5%	2,5%
Nombre de usuario	99,2%	0,8%
Hoja de identificación	91,6%	8,4%
Documento de identidad	99,2%	0,8%
Número de historia clínica	99,2%	0,8%
Dirección	62,1%	37,9%
Teléfono	58,3%	41,7%
Responsable	71,1%	28,9%
Hoja de evolución	98,1%	1,9%
Nombre de usuario en hoja de evolución	99,2%	0,8%
Documento de identidad en hoja de evolución	86,1%	13,9%
Número de historia clínica en hoja de evolución	98,1%	1,9%
Notas de evolución	99,2%	0,8%
Ayudas diagnósticas	99,2%	0,8%

Historia clínica ordenada según hojas de registro

Dentro de estas variables administrativas, que buscan verificar la presencia y diligenciamiento de los distintos formularios institucionales para la prestación de los servicios, encontramos que las hojas de programas médicos especiales, epicrisis, administración y control de líquidos y signos vitales estaban ausentes en el 0.8% de las historias revisadas, las hojas de evolución de enfermería y las de ordenes medicas faltaron en un 1.9%. Las formas utilizadas para exámenes de laboratorio no se encontraron en un 3.8%. Los formularios para uso de exámenes y ayudas diagnosticas especiales, no fueron hallados en el 5.7 y 2.7% respectivamente, en el 12.5% de las historias revisadas, estas hojas de formulario no se utilizaron porque no fueron necesarios. (Tabla 2)

Tabla 2. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS, Historia clínica ordenada según hojas de registro; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario Enero – Abril de 2005

VARIABLES	SI	NO	NA
Inscripción frontal	99,2%	0,8%	
Imadenología	92,9%	4,1%	3,0%
Exámenes de laboratorios	96,2%	3,8%	
Otros exámenes y ayudas diagnosticas	81,7%	5,7%	12,5%
Prog. Médicos especiales	99,2%	0,8%	
Epicrisis	99,2%	0,8%	
Líquidos	99,2%	0,8%	
Signos vitales	99,2%	0,8%	
Notas de enfermería	98,1%	1,9%	
Ordenes medicas	98,1%	1,9%	

Al revisar las notas de evolución, hallamos que el 6% de las historias no eran posibles de leer por la ilegibilidad de la letra, el 27% lo eran parcialmente y el 77% restante lo eran completamente (Tabla 3).

Tabla 3. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario Enero – Abril de 2005

VARIABLES	SI	NO	PARCIALMENTE
Historia clínica legible	77%	6%	27%
Identificación del médico	99%	1%	0%

CRITERIOS CLINICOS

Historia clínica de ingreso a la institución

Al revisar las historias de ingreso, encontramos que en el 0.8% de estas, no se realizó la anamnesis, ni se interrogó la edad del paciente. El 74.9% de las historias no contenían datos sobre la ocupación. El motivo de consulta y la enfermedad actual no se anotaron en el 2.5% y 5.2% de las historias respectivamente. Al revisar el diligenciamiento de los antecedentes personales, familiares y gineco-obstétricos, encontramos que estos no fueron tenidos en cuenta en el 8.4, 11.4 y 24.5% de los casos. (Tabla 4)

Tabla 4. CRITERIOS CLÍNICOS, Historia clínica de ingreso a la institución; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario de Neiva
Enero – Abril de 2005

VARIABLES	SI	NO	NA
Anamnesis	99,2%	0,8%	
Edad	99,2%	0,8%	
Ocupación	25,1%	74,9%	
Motivo de consulta	97,5%	2,5%	
Enfermedad actual	94,8%	5,2%	
Revisión por sistemas	77,4%	22,6%	
Antecedentes personales	91,6%	8,4%	
Antecedentes gineco-obstétricos	47,1%	24,5%	28,3%
Antecedentes familiares	88,6%	11,4%	

Examen físico

Durante la auditoria de la evaluación física de ingreso, encontramos que durante el examen general del paciente se obviaron datos como el peso, temperatura y el aspecto general con una frecuencia de 95.6, 9.3 y 4.9%. Además de signos vitales como la tensión arterial (5.2%), frecuencia respiratoria (1.9%) y la frecuencia cardíaca (1.9%).

Al verificar el diligenciamiento completo del formato de examen físico, verificamos que el sistema corporal menos valorado fue el dermatológico con 80.1%, seguido de el vascular periférico (42%), órganos de los sentidos (34.6%), genitales (32.7%), cuello (12.8%), neurológico (10.6%), extremidades (8.4%), cabeza (8.2%) y finalmente, abdomen y tórax con 2.7 y 0,8% cada uno. (Tabla 5)

Tabla 5. CRITERIOS CLINICOS, examen físico; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario de Neiva
Enero – Abril de 2005

VARIABLES	SI	NO
Peso	5,4%	94,6%
Tensión arterial	94,8%	5,2%
Temperatura	90,7%	9,3%
Frecuencia respiratoria	98,1%	1,9%
Frecuencia cardíaca	98,1%	1,9%
Aspecto general	95,1%	4,9%
Cabeza	91,8%	8,2%
Órganos de los sentidos	65,4%	34,6%
Cuello	87,2%	12,8%
Tórax, corazón y pulmón	99,2%	0,8%
Abdomen	97,3%	2,7%
Extremidades	91,6%	8,4%
Genitales	67,3%	32,7%
Neurológico	89,4%	10,6%
Dermatológico	19,9%	80,1%
Vascular periférico	58,0%	42,0%

Notas de evolución:

Durante la revisión, descubrimos que variables como signos vitales, anamnesis, examen físico y conducta estaban presentes en las notas de evolución con una frecuencia del 98.1%, y la firma del médico tratante en el 99.2%. (Tabla 6)

Tabla 6. CRITERIOS CLINICOS, notas de evolución; evaluados en las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de MI del Hospital Universitario de Neiva
Enero – abril de 2005

VARIABLES	SI	NO
Signos vitales	98,1%	1,9%
Anamnesis	98,1%	1,9%
Examen físico	98,1%	1,9%
Conducta	98,1%	1,9%
Firma del Médico	99,2%	0,8%

11. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la historia clínica alberga una gran cantidad de información médica y administrativa sobre los pacientes durante su atención ambulatoria y hospitalaria; es responsabilidad de la entidad prestadora de servicios de salud velar por su conservación. La carpeta ayuda a la preservación del material contenido en ella, evitando que la humedad y el polvo lo dañen, además de facilitar la organización de la información de los pacientes. Sin embargo, durante el estudio encontramos que un escaso pero importante número de historias no tenían una carpeta para su archivo.^{28,29,30}

La información básica para los criterios administrativos consta de: identificación del usuario, nombre, documento de identidad, dirección, teléfono y responsable del paciente. Información que es indispensable para el cobro de los servicios prestados y la identificación epidemiológica del paciente, estos datos se encontraron con una alta frecuencia durante la revisión, con excepción de la hoja de identificación que no estuvo presente en un porcentaje significativo, teniendo en cuenta su importancia para el proceso de facturación, permitiendo la identificación del usuario dentro de los distintos regímenes de salud³¹.

En las hojas de evolución, deben estar presentes: el nombre del usuario, documento de identidad, número de historia clínica y las notas de evolución. Pese a esto, durante la revisión estos parámetros no se encontraron completos en un bajo porcentaje, sin embargo estos ítems deberían estar presentes en la totalidad de las historias, ya que permiten conocer además de los días de estancia la evolución clínica del paciente.

La epicrisis es uno de los documentos dentro de la historia clínica considerados de presencia obligatoria, una vez finalizada la atención del paciente, sin embargo no se diligencio en un pequeño porcentaje, teniendo en cuenta su importancia, esta pequeña falencia debe ser considerada como grave debido a que este escrito que resume de forma cronológica todos los servicios prestados al paciente es el documento sobre el cual se basan las cuentas de cobro y subsecuentes glosas³².

Las hojas de registro de signos vitales y administración de líquidos no se hallaron en un mínimo porcentaje de las historias revisadas, estas hojas reflejan el estado general del paciente en un momento dado y permiten evaluar su progresión hacia la enfermedad. Considerando la población de la que se tomó la muestra, estas dos formas deberían estar presentes en la totalidad de las historias.

²⁸ Blanco Restrepo, Jorge Humberto; op.cit.

²⁹ Marina César D; op.cit.

³⁰ Resolución Número 1995 del julio 8 de 1999 del Ministerio de Salud.

³¹ Dolores Jiménez; op.cit.

³² Decreto Número 2309 de 2002; Fecha: 06/06/05

Los reportes de imagenología, exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnósticas no se encontraron en porcentajes considerables, los cuales son importantes puesto que sirven como ayuda en la toma de decisiones, por lo cual deben permanecer en la historia clínica, además su reporte sirve como base para comprobar la realización del examen y evitar las glosas por esta causa.

Dentro de los formatos administrativos, se encuentra la hoja de órdenes médicas, que una vez terminada la atención del paciente es evaluada de manera extensa y rigurosa por parte de auditores médicos de la historia clínica. En el 1.9% de las historias revisadas, esta forma no se encontró y seguramente fue la causa de varias glosas de cuenta de cobro³³.

Teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento público con gran valor legal, se evaluó dentro de los criterios administrativos lo legible de la letra en las historias clínicas, encontrándose un bajo pero no despreciable número de historias que no eran posibles de leer a causa de la mala caligrafía de quienes estuvieron a cargo del cuidado de estos pacientes, un porcentaje moderado eran parcialmente legibles y el restante 77% permitían una fácil lectura de lo que allí se encontraba.

Casi la totalidad de las historias y notas de evolución contenían la identificación del médico tratante

Para la atención adecuada de un paciente es necesario en un comienzo la realización de una historia clínica completa, que permita la orientación clínica hacia un diagnóstico presuntivo. En la historia clínica de ingreso al Hospital, no se realizó una adecuada anamnesis ni se interrogó la edad del paciente en un escaso porcentaje. Tampoco se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como la ocupación en el 74.9%, siendo esta un dato importante para la prevención de enfermedades de tipo ocupacional.

Igualmente estaban ausentes en un bajo porcentaje, el motivo de consulta y la enfermedad actual. Los antecedentes personales, gineco-obstétricos y familiares no fueron encontrados en una proporción considerable. Estos nos dan información sobre la salud general del paciente, presencia de enfermedades de tendencia hereditaria e intervenciones quirúrgicas anteriores, que orientan hacia un posible diagnóstico.

En el examen físico se encontraron varias deficiencias.

Siendo los signos físicos indicadores objetivos de la enfermedad, su significado se ve reforzado cuando se confirman alteraciones funcionales o estructurales ya sugeridas por los antecedentes, algunas veces los signos físicos pueden ser la única manifestación de la enfermedad.

En los signos vitales, a pesar de ser el peso un indicador objetivo del estado general, no fue tenido en cuenta en una altísima proporción (94.6%) de las historias revisadas. Este es

³³ Castro; M. Gámez; op.cit.

importante para el cálculo de la dosis farmacológica, y de esta manera permite ahorrar costos para la institución y el paciente. La temperatura y la tensión arterial también fueron poco tenidos en cuenta pero en un bajo porcentaje comparado con el peso. La frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria fueron evaluadas en la mayoría de los casos.

Teniendo en cuenta que el tipo de pacientes que consultan al servicio de medicina interna, son pacientes con enfermedades crónicas agudizadas, con órgano blanco generalmente los sistemas pulmonar y cardiocirculatorio, es de esperar que el sistema cardiorrespiratorio sea el más valorado, seguido del gastrointestinal. Relegando a un segundo lugar otros sistemas como el vascular periférico, neurológico, y dermatológico que son sub-valorados, sin tener en cuenta que estos pueden causar aumento de la estancia hospitalaria y los costos de la misma.

Las notas de evolución, fueron las que mejor diligenciadas se encontraron en la investigación realizada. A causa de la revisión frecuente del estado clínico del paciente por parte de los médicos especialistas, residentes y estudiantes.

12. CONCLUSIONES

- Durante el análisis de los resultados, se observó que en la historia clínica de ingreso al Hospital, no se realizó una adecuada anamnesis, la edad del paciente no fue reportada en un escaso porcentaje. Además, variables sociodemográficas vitales como la ocupación no fueron tenidas en cuenta en la mayoría de las historias evaluadas.
- Durante el estudio encontramos que un escaso pero importante número de historias no tenían una carpeta para su archivo, asimismo, la información básica para los criterios administrativos como, el nombre de usuario, documento de identidad, dirección, teléfono, responsable del paciente y su hoja de identificación se encontró en una alta proporción de historias mas no en la totalidad de las mismas como era de esperarse dada la importancia de esta información para el servicio de facturación.
- Al evaluar el diligenciamiento de las hojas de evolución encontramos que componentes de esta como el nombre del usuario, documento de identidad, número de historia clínica y las notas de evolución no fueron diligenciados de manera completa en un bajo porcentaje.
- La epicrisis no se diligencio en un pequeño porcentaje, sin embargo, teniendo en cuenta su importancia, esta debe ser considerada como una falla administrativa grave. Igualmente, los reportes de imagenología, exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnosticas no se encontraron en porcentajes considerables.
- Las hojas de registro de signos vitales y administración de líquidos no se hallaron en un mínimo porcentaje de las historias revisadas. No obstante, considerando la población de la que se tomo la muestra, deberían estar presentes en la totalidad de las historias.
- Los antecedentes personales, gineco-obstétricos y familiares no fueron diligenciados completamente en un amplio porcentaje de las historias revisadas.
- Puntos importantes en la realización de una adecuada historia clínica, como el motivo de consulta y la enfermedad actual, no fueron anotados en una baja pero importante proporción.
- La revisión por sistemas fue incompleta o no se realizó en casi la mitad de las historias clínicas revisadas.
- Al evaluar la letra legible dentro de las historias clínicas, se encontró una pequeña cantidad de historias que no eran posibles de leer, además de un porcentaje moderado que eran parcialmente legibles.

- El peso no fue tenido en cuenta en una altísima proporción de las historias revisadas.
- La temperatura y la tensión arterial fueron poco tenidos en cuenta.
- La frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria fueron evaluadas en la mayoría de los casos.
- Sistemas como el vascular periférico, neurológico, y dermatológico fueron subvalorados durante el examen físico de ingreso, sin tener en cuenta que estos pueden causar aumento de la estancia hospitalaria y los costos de la misma.

13. RECOMENDACIONES

- Recomendamos la elaboración de este mismo tipo de estudio en los demás servicios del Hospital Universitario de Neiva.
- Es de gran importancia instruir al personal clínico, estudiantil y administrativo en el completo y correcto diligenciamiento de las historias clínicas.
- Recomendamos la elaboración de un nuevo formato de historia clínica en la institución, dinámico y que facilite el llenado de la información y posterior sistematización, recordando al clínico de urgencias aspectos que en un comienzo son obviados pero influyentes en la hora de tomar decisiones
- Es recomendable que de todos los exámenes realizados al paciente se guarden copias en la historia clínica, con el fin de que sirvan de soporte durante la auditoria clínica hospitalaria realizada por las aseguradoras una vez terminada la atención del paciente.
- Todos los pacientes deben ser pesados durante la atención de urgencias.

14. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Barreto Penie Jesús; La Historia Clínica: Documento Científico Del Médico; Ateneo 2000; En: www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf; Fecha: 05/07/2001.
- ✓ Blanco Restrepo, Jorge Humberto; Administración de Servicios de Salud; Fundamentos de Salud Pública; Tomo II; Segunda Edición; Año 2005.
- ✓ Castro; M. Gámez; Historia clínica; En: Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1993.
- ✓ Dolors Jiménez; La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales; En: [http://www.geosalud.com/Historia Clínica Aspectos Éticos y Legales.htm](http://www.geosalud.com/Historia%20Cl%C3%ADnica%20Aspectos%20%C3%99ticos%20y%20Legales.htm); Fecha: 19/11/2004.
- ✓ Jiménez Yolanda; Auditoría; En: [www. Monografías.com](http://www.Monografias.com); Fecha: 15/04/2003.
- ✓ Manrique Iván, López Mario Andrés; La Historia Clínica en las Demandas; En: <http://www.encolombia.com/neumologia/neum141-02tema-hist.html>; Fecha:05/08/2003
- ✓ Marina César D.; Auditoria de la atención médica; En: [www. Monografías.com](http://www.Monografias.com); Fecha: 26/01/2003.
- ✓ Resolución Número 1995 Del Julio 8 De 1999 Del Ministerio De Salud.

ANEXO 1

AUDITORIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA ENERO A ABRIL DEL 2005

No de historia clínica _____

1 CRITERIOS ADMINISTRATIVOS

101 formas mínimas

SI	NO
----	----

Carpetas para archivo
Nombre de usuario
Hoja de identificación
Documento de identidad
Número de historia clínica
Dirección
Teléfono
Responsable
Hoja de evolución
Nombre de usuario en hoja de evolución
Documento de identidad en hoja de evolución
Número de historia clínica en hoja de evolución
Notas de evolución
Ayudas diagnósticas
Carpetas para archivo
Nombre de usuario

HISTORIA CLINICA ORDENDAD SEGÚN HOJAS DE REGISTRO

SI	NO	NA
----	----	----

Inscripción frontal
Imadenología
Exámenes de laboratorios
Otros exámenes y ayudas diagnósticas
Prog. Médicos especiales
Epicrisis
Líquidos
Signos vitales
Notas de enfermería
Ordenes medicas

Inscripción frontal

103. HISTORIA CLINICA LEGIBLE:

SI PARCIALMENTE NO

OBSERVACIONES:

104. IDENTIFICACION DE LOS MEDICOS EN LA HISTORIA CLINICA:

SI PARCIALMENTE NO

OBSERVACIONES:

2. CRITERIOS CLINICOS

HISTORIA CLINICA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN

SI	NO	NA
----	----	----

Anamnesis
Edad
Ocupación
Motivo de consulta
Enfermedad actual
Revisión por sistemas
Antecedentes personales
Antecedentes gineco-obstétricos

202 EXAMEN FISICO

SI	NO	NA
----	----	----

Peso
Tensión arterial
Temperatura
Frecuencia respiratoria
Frecuencia cardiaca
Aspecto general
Cabeza
Órganos de los sentidos
Cuello
Tórax, corazón y pulmón
Abdomen
Extremidades
Genitales
Neurológico
Dermatológico
Vascular periférico

203 NOTAS DE EVOLUCIÓN

SI	NO	NA
----	----	----

Signos vitales
Anamnesis
Examen físico
Conducta
Firma del Médico