

**IMPACTO DE LA AUDITORÍA DEL 2009 SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO
DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**

YESENIA APARICIO DELGADO

JANNETH AVENDAÑO VANEGAS

CLAUDIA CASTILLO DÍAZ

NANCY GARCÍA PALENCIA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA DE LAS
ORGANIZACIONES DE SALUD
BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2010**

**IMPACTO DE LA AUDITORÍA DEL 2009 SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO
DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**

**FREDDY W. OLAYA U.
DIRECTOR**

YESENIA APARICIO DELGADO

JANNETH AVENDAÑO VANEGAS

CLAUDIA CASTILLO DÍAZ

NANCY GARCÍA PALENCIA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA DE LAS
ORGANIZACIONES DE SALUD
BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2010**

ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA DE LAS
ORGANIZACIONES DE SALUD

PROMOCION VIII – BOGOTÁ

Bogotá – septiembre de 2010

El Director del proyecto, una vez analizado y aprobado el proyectos de investigación, hace constar que el trabajo de grado Titulado **“IMPACTO DE LA AUDITORÍA DEL 2009 SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS”**, fue debidamente Aprobado de acuerdo con los Reglamentos de la Corporación.

En Constancia se firma a los 27 días del mes de septiembre de 2010.

Freddy W. Olaya

Asesor del proyecto

Nosotros, **YESENIA APARICIO DELGADO, JANNETH AVENDAÑO VANEGAS, CLAUDIA CASTILLO DÍAZ, NANCY GARCÍA PALENCIA,** manifestamos en este documento nuestra voluntad de ceder a la Corporación Universitaria Iberoamericana, los derechos patrimoniales, consagrados en el Artículo 72 de la Ley 23 de 1982, del Proyecto denominado **“IMPACTO DE LA AUDITORÍA DEL 2009 SOBRE EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS”**. La Corporación Universitaria Iberoamericana, entidad académica sin ánimo de lucro, queda por lo tanto facultada para ejercer plenamente los derechos anteriores cedidos en su actividad ordinaria de Investigación, Docencia y Publicación. La cesión otorgada se ajusta a los que establece la Ley 23 de 1982.

Con todas nuestras condiciones de autor nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada con arreglo al Artículo 30 de la Ley 23 de 1982¹. En concordancia suscribimos éste documento en el momento mismo hacemos

¹ “Los derechos del autor sobre las obras científicas literarias y artísticas en el cual se comprenden las creaciones del espíritu en el campo científico, literaria y artístico. Cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación. Tales como: Los Libros, Folletos y otros escritos; las conferencias alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático musicales: las obras coreográficas y las pantomimas: las composiciones musicales, con letra o sin ella, las cinematográficas a las cuales se asimilan las obras expresadas por procedimientos análogos a la cinematografía, inclusive los videogramas, las obras de dibujo, pintura, arquitectura, escultura, gravado, litografía; las obras de arte plástica, las ilustraciones, mapas, planos, croquis, y obras plásticas relativas, a la geografía, a la topografía, a la arquitectura o a las ciencias toda producción del dominio científico, literario o artístico que pueda producirse o definirse por cualquier forma de impresión o de reproducción, por fonograma radiotelefonía o cualquier otro medio.

entrega del trabajo final a la Biblioteca General de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
YESENIA APARICIO DELGADO	_____	_____
JANNETH AVENDAÑO VANEGAS	_____	_____
CLAUDIA CASTILLO DÍAZ	_____	_____
NANCY GARCÍA PALENCIA	_____	_____

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	9
Planteamiento del Problema	12
Formulación del Problema	16
Sistematización del Problema	17
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Justificación	19
Marco de Referencia	20
Marco Teórico	20
Marco Conceptual	23
Marco Legal	25
Marco Espacial	26
Marco Temporal	26
Marco Metodológico	26
Análisis de Impacto	32
Resultados	32
Conclusiones y Recomendaciones	36
Referencias Bibliográficas	39
ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
ANEXO II. LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIAS CLÍNICAS	44
ANEXO III. RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	46
ANEXO IV. HISTORIAS CLÍNICAS EVALUADAS	68

LISTADO DE FIGURAS

Ilustración 1 Árbol del problema del manejo de las historias clínicas. Fuente: elaboración propia	13
Ilustración 2 Árbol del problema del impacto de la auditoría médica. Fuente: elaboración	15
Ilustración 3 Árbol de situación esperada. Fuente: elaboración propia.....	16

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Formato para consolidación de resultados de observación.	30
Tabla 2 Consolidado de resultados de observación. Historias clínicas posteriores a la auditoría de Agosto de 2009.....	32
Tabla 3 Consolidado de resultados de observación. Historias clínicas anteriores a la auditoría de Agosto de 2009.....	33
Tabla 4 Puntajes del estado de diligenciamiento de los criterios.....	34
Tabla 5 Resultados de aplicación de puntajes al diligenciamiento de las historias clínicas	34

Introducción

Toda institución que preste servicios de salud, dentro de su sistema de control interno, debe implementar la Auditoría de las Historias Clínicas, con el fin de establecer y evaluar parámetros de control de calidad en la atención y seguridad para el paciente.

Dentro del sistema de seguridad Social Colombiano se establecen condiciones Normativas de Ley para el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas, lo cual se hace necesario para obtener la Habilitación como requisito indispensable para su funcionamiento, y así poder llevar a la acreditación y certificación de los servicios que se prestan.

La Historia Clínica es un documento en el cual se registra por parte del médico información útil para la toma de decisiones y ejecución de acciones relacionadas con la salud de una persona o grupo de personas, constituyéndose en una prueba documental para el análisis de situaciones relacionadas con el tratamiento. Para asegurar el cumplimiento de las organizaciones de salud, el Ministerio de Salud², a través de su Resolución No. 1995 de julio 8 de 1999, establece que 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.

² Cabe anotar que el Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo fueron fusionados por el Gobierno Nacional en el año 2002, conformando a partir de entonces el Ministerio de Protección Social. Para efectos de la presente investigación, y dado que las normativas que se mencionan fueron emitidas antes de la fusión, se continuará mencionando el Ministerio de Salud, sin que ello signifique desconocimiento del Ministerio de Protección Social.

El objetivo de la evaluación es verificar el procedimiento adelantado para diligenciar la Historia Clínica, considerando las características y especificaciones de ley, y las establecidas por la dirección, en aras del mejoramiento permanente de los procesos de la organización. De esta forma garantizar su calidad y evaluar indirectamente el proceso de atención,

Es necesario que toda institución implemente y ejecute un sistema de seguimiento a las Historias Clínicas como medio de control y aseguramiento de la calidad en la atención. Este Sistema es una herramienta de evaluación utilizada para garantizar calidad en la atención, mejorar la gestión empresarial, y dar cumplimiento a las normas establecidas por la Ley.

La Fundación Hospital San Carlos ha evidenciado errores en el diligenciamiento de la Historia Clínica por parte de los médicos consultantes de la consulta externa, razón por la cual se estableció un sistema de auditoría de las Historias Clínicas, buscando resolver esta situación, para que la institución sea efectiva en el desarrollo de su misión y visión, consolidando su compromiso de mejoramiento continuo en todos sus sistemas de garantía de la calidad, siendo el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica uno de los más importantes.

La presente investigación busca conocer el impacto de las auditorías en el correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas, y por lo tanto la disminución de riesgos para el paciente. Para alcanzar este objetivo, se seleccionará como fuente de información en el servicio de consulta externa de la Fundación

hospital San Carlos de la ciudad de Bogotá, Institución de Salud de carácter privado que atiende pacientes del régimen Contributivo y Subsidiado tomando 15 Historias Clínicas diligenciadas por médicos de diferentes especialidades durante la primera semana del mes de Noviembre de 2009. Posteriormente se revisarán las 15 Historias Clínicas objeto de esta evaluación, a través del diseño de un instrumento de recolección de información, la consolidación y análisis de la información recogida y presentación del informe final con las respectivas sugerencias por parte del grupo investigador.

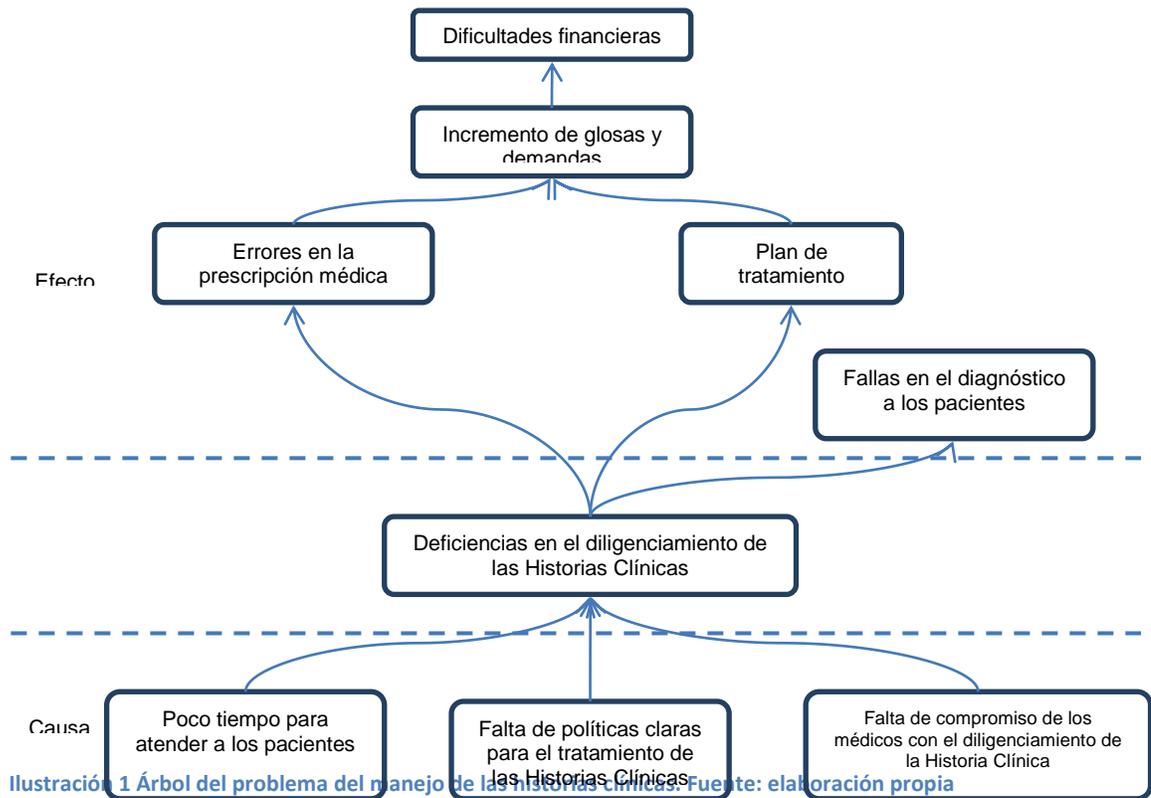
Planteamiento del Problema

Toda Institución prestadora de servicios de salud debe garantizar su sostenibilidad como uno de los puntos claves en el cumplimiento de su visión, y uno de los factores que inciden de manera directa en la disminución del número de glosas, disminución de demandas y por ende en la mayor rentabilidad de la gestión empresarial, es el correcto cumplimiento de las Normas que se expresan en la Resolución 1995 de 1999 sobre el llenado y correcto diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los profesionales Médicos, cumpliendo con la normatividad legal vigente y garantizando calidad en la información registrada en las Historias Clínicas.

Se hace necesario entonces que toda institución implemente un sistema de control a través de auditorías a las Historias Clínicas y la implementación de medidas correctivas que hagan impacto positivo en los profesionales encargados de esta labor, como herramienta de evaluación para brindar calidad en la atención, mejorar la gestión empresarial y dar cumplimiento a la normatividad legal. Sin embargo, se observa en el diligenciamiento de las Historias Clínicas en la Fundación Hospital San Carlos algunas deficiencias en el llenado completo de cada uno de los campos que se requieren, por lo tanto, el pasado mes de agosto de 2009 se implementó una auditoría a las mismas, confirmando los errores.

De mantenerse esta situación, la Fundación Hospital San Carlos corre el riesgo de afrontar problemas legales, pues la falta de una adecuada Historia

Clínica da lugar a decisiones equivocadas en el diagnóstico y plan de tratamiento por parte del médico tratante. Lo más preocupante de esta situación radica en las pérdidas que ello ocasiona a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por causa de las demandas por parte de los pacientes o familiares, así como también por las glosas de las EPS, muchas de las cuales no pueden ser atendidas, con lo cual la institución debe asumir el costo de la medicina que la EPS no le pagará. El árbol del problema de la situación planteada se puede observar en la figura 1.



Para confirmar esta situación, las estadísticas del Ministerio de Protección Social indican que la cartera de recobro de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud ascendía en 2008 a 1,2 billones de pesos, lo que representa el 4,35% del gasto total del Sistema General de Seguridad Social en Salud para

ese año. Así mismo, los saldos no compensados en ese año ascendieron a 574,671 millones de pesos. Con lo anterior, se muestra que las cifras financieras son preocupantes, por lo tanto urge identificar oportunidades de mejora en la prestación de servicio, con el fin de reducir estos valores. Dado que la mayor incidencia en las glosas y en la pérdida de demandas por atención se da gracias a la falla en el diligenciamiento de las Historias Clínicas, es necesario atacar este punto para lograr los mejores resultados.

La auditoría ejecutada busca dar respuesta a esta problemática, a través de la identificación y propuesta de cambio de los aspectos deficientes en el diligenciamiento de las Historias Clínicas elaboradas en la Fundación Hospital San Carlos. Sin embargo, no se conocen aún los resultados del impacto de la auditoría ejecutada frente a la labor de los médicos en cuanto al diligenciamiento de la Historia Clínica, situación que puede repercutir en el incremento en el gasto de la institución sin obtener los resultados esperados al implementar las auditorías, además, si no se alcanza el compromiso de los médicos las auditorías no tendrán impacto sobre su trabajo, manteniéndose situaciones de falla en el diligenciamiento de las Historias Clínicas, incumplimiento de la normatividad vigente, pero además generando tensión entre los profesionales auditados, lo que redundará en baja productividad de la organización y poca eficiencia financiera, como se observa en la figura 2.

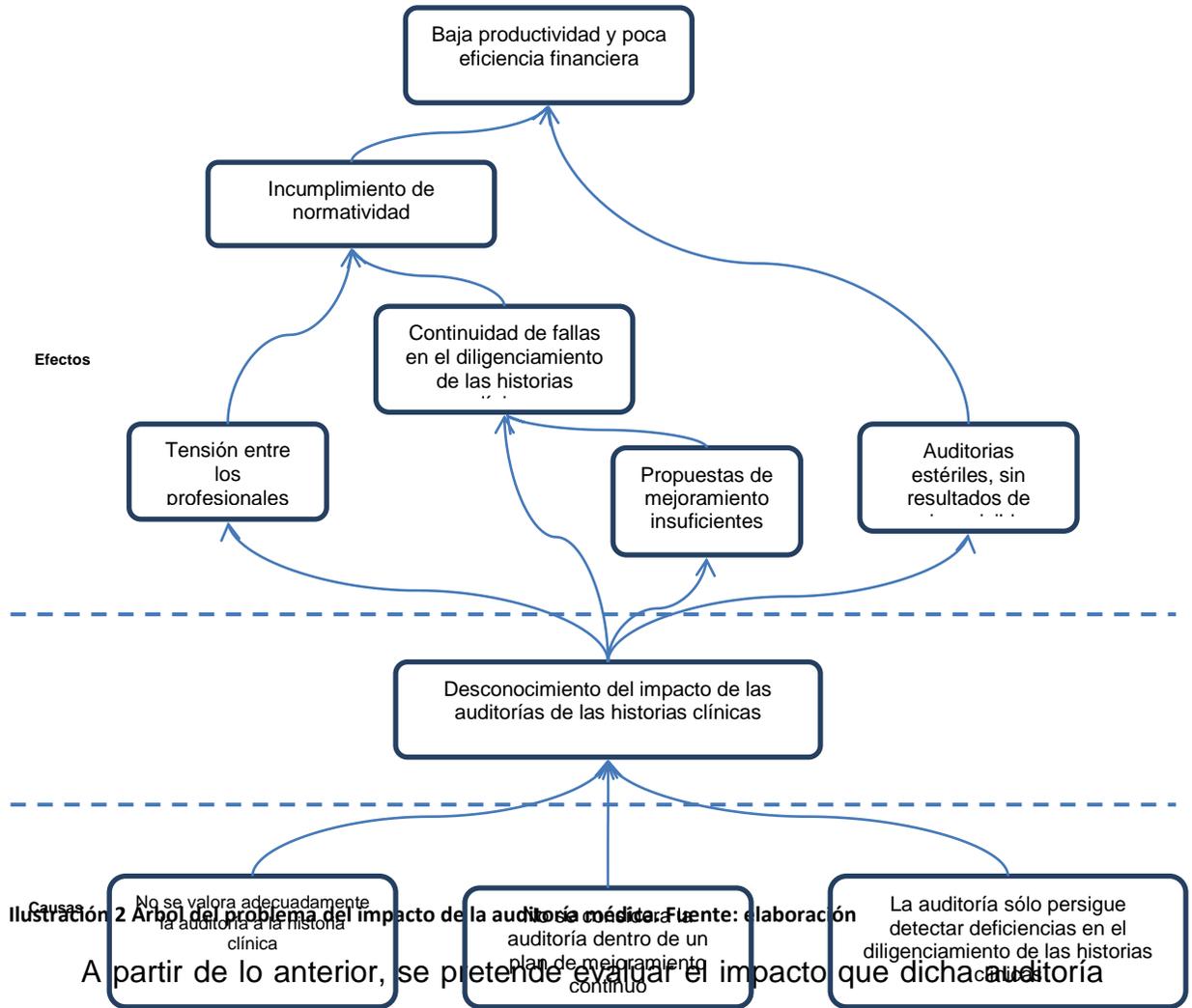


Ilustración 2 Árbol del problema del impacto de la auditoría médica. Fuente: elaboración propia.

A partir de lo anterior, se pretende evaluar el impacto que dicha auditoría tuvo sobre el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos tratantes en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos, para formular algunas ideas que aseguren el buen llenado de los formatos establecidos por la institución. La situación esperada puede observarse en la figura 3.

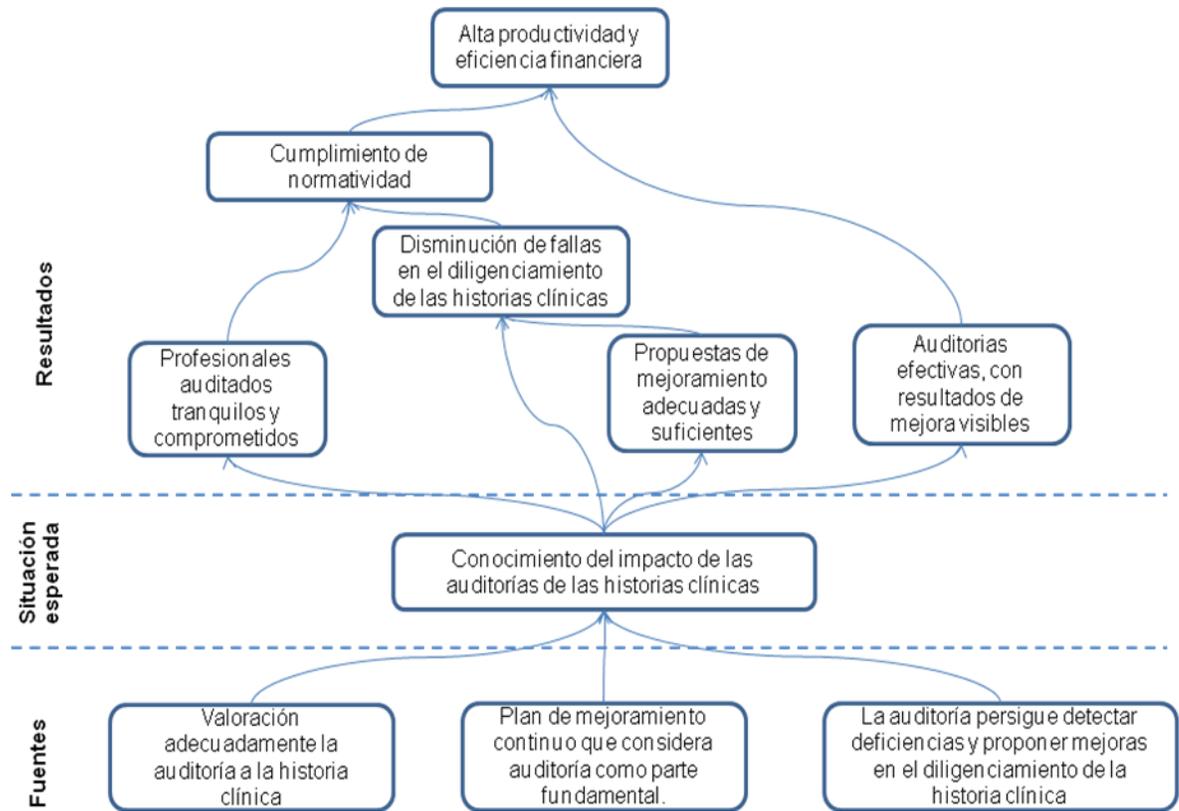


Ilustración 3 Árbol de situación esperada. Fuente: elaboración propia.

Formulación del Problema

¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido en el diligenciamiento de Historias Clínicas la implementación de controles como respuesta a las debilidades

identificadas en la Auditoría realizada a las Historias Clínicas de Consulta externa en el mes de Agosto de 2009 en la Fundación Hospital San Carlos?

Sistematización del Problema

Para dar respuesta a este interrogante, se sistematiza el problema con las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas de cada uno de los ítems del modelo de Historia Clínica implementado en la Fundación Hospital San Carlos?
- ¿Qué cambios se han logrado en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos de consulta externa desde la auditoría realizada en agosto 29 de 2009?
- ¿Qué acciones de mejoramiento son necesarias para el diligenciamiento adecuado de la Historia Clínica por parte de los médicos de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el impacto de la auditoría realizada en la Fundación Hospital San Carlos en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes de diferentes especialidades, en el servicio de consulta externa de la Fundación.

Objetivos Específicos

- Identificar las debilidades y fortalezas de cada uno de los ítems del modelo de Historia clínica implementado en la Fundación Hospital San Carlos, determinando como mínimo siete variables a medir como: Registro de signos vitales, Anamnesis completa con registro de signos y síntomas, Registro de antecedentes, Registro de Examen físico, Registro de Diagnostico, y Plan de Tratamiento.
- Identificar las fortalezas en el diligenciamiento de cada uno de los ítems del modelo de Historia Clínica implementado en la Fundación Hospital San Carlos.
- Comparar los resultados obtenidos en la auditoría realizada por la Fundación Hospital San Carlos en Agosto 29 de 2009 con los resultados obtenidos en la presente evaluación.
- Proponer acciones de mejoramiento que permitan lograr que el diligenciamiento de la Historia Clínica se realice adecuadamente por parte de los médicos de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos.

Justificación

El presente estudio permitirá obtener información respecto del impacto que han tenido las acciones implementadas en el año 2009 y parte del 2010 en el procedimiento de diligenciamiento de la Historia Clínica en la Fundación Hospital San Carlos, a partir de las observaciones y hallazgos identificados en la última auditoría.

Es importante determinar el impacto generado por la auditoría realizada a las Historias Clínicas en la Fundación Hospital San Carlos para proponer los cambios y planes de mejoramiento que logren impactar positivamente a los profesionales encargados del diligenciamiento y llenado de la Historia Clínica.

Teniendo en cuenta que el éxito en lograr un impacto positivo entre los profesionales encargados de esta labor, depende de que las medidas adoptadas en base a los hallazgos identificados sean de carácter constructivo, para que contribuyan al logro de los objetivos institucionales y al mejoramiento de la gestión empresarial, lo cual debe quedar muy claro redundaría en el bienestar y proyección para la institución y todos sus funcionarios tanto asistenciales como administrativos. El presente estudio pretende entonces verificar que los resultados de la auditoría han generado cambios positivos en el diligenciamiento de la Historia Clínica, fundamentado en el criterio enunciado, lo cual es importante para la institución, pues le permite asegurar la eficiencia en la asignación de recursos.

Marco de Referencia

El presente marco de referencia toma en cuenta la estandarización previamente establecida en el correcto diligenciamiento de la Historia Clínica, la cual debe contener la información completa del paciente, su correcta evolución semiológica, diagnóstica y terapéutica y que permita que todo profesional que tenga acceso a ella, pueda tener una comprensión lo más fidedigna posible con el diagnóstico del paciente, su evolución y tratamiento. Así mismo reafirmar que la Historia Clínica es una herramienta y un documento médico legal de valiosa ayuda siempre y cuando se diligencie de manera correcta dentro de los parámetros médicos legales establecidos por la ley.

Marco Teórico

La Historia Clínica es un documento en el cual se registra por parte del médico información útil para la toma de decisiones y ejecución de acciones relacionadas con la salud de una persona o grupo de personas, constituyéndose en una prueba documental para el análisis de situaciones relacionadas con el tratamiento.

Para asegurar el cumplimiento de las organizaciones de salud, el Ministerio de Salud³, a través de su Resolución No. 1995 de julio 8 de 1999, establece que 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, a partir de lo cual define la Historia Clínica como “un

³ Entiéndase Ministerio de Protección Social. Se mantuvo la denominación Ministerio de Salud, para corresponder con el Ente que emitió las normativas a que se refiera en este y siguientes casos.

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”.

La Historia Clínica es el más importante de los documentos que realiza cualquier equipo de salud, especialmente el médico, y tiene un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud. (Castillo, 2004, p. 10)

La anotación anterior es importante, por cuanto el presente proyecto trata de identificar las posibles mejoras en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes del servicio de consulta externa en la Fundación Hospital San Carlos, y parte de la mejora debe darse a partir del reconocimiento de dichos profesionales de la relevancia de este instrumento, dado su carácter técnico, científico y legal.

En consecuencia de lo anterior, dada la condición de obligatoriedad e importancia de la Historia Clínica, ésta debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Debe contener *todos* los datos relativos a la salud de una persona.
2. Debe incluir la información correspondiente a la atención tanto curativa como preventiva.
3. Debe ser única en la institución.
4. Debe ser un documento para atención individual.
5. Debe ser de absoluta reserva.

De acuerdo con Puerres (2007), el objetivo de la evaluación de la calidad de la Historia Clínica es garantizar su calidad y evaluar indirectamente la calidad del proceso de atención, siendo sus objetivos específicos “verificar el grado de cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos normatizados por la dirección de la institución” e “identificar los aspectos críticos que inciden en el correcto diligenciamiento del documento y definir líneas de acción para garantizar su calidad”. En este orden de ideas, es necesario verificar que la Historia Clínica cumpla con las características y especificaciones de ley, así como las establecidas por la dirección, en aras del mejoramiento permanente de los procesos de la organización.

Con el ánimo de asegurar los mejores resultados tanto en el diligenciamiento de las Historias Clínicas, como en la evaluación de las mismas, concluye Puerres (2007) que una buena Historia Clínica debe registrar el estado subjetivo del paciente, los hallazgos objetivos del médico, su impresión diagnóstica, elementos de ayuda diagnóstica solicitados y sus resultados, el tratamiento establecido, la evolución del paciente, el tiempo de duración del proceso y el diagnóstico definitivo.

La Historia Clínica establecida como modelo de esta investigación, toma como línea de base los hallazgos encontrados en la auditoría realizada a este modelo a 15 Historias Clínicas del servicio de consulta externa diligenciadas por médicos de diferentes especialidades el 25 de Agosto de 2009 y llevada a cabo por la oficina de Gestión de calidad a partir de la cual se implementaron medidas correctivas para mejorar el correcto diligenciamiento de la Historia

Clínica, y lograr impactar positivamente la gestión empresarial y disminuir el número de glosas y así mismo garantizar la viabilidad empresarial. Enfatizando en que la Historia Clínica es el “Instrumento Reina” en la atención en salud, por lo tanto su buen diligenciamiento forma parte de las estrategias diseñadas para garantizar la seguridad del paciente.

Marco Conceptual

Los conceptos ordenadores de la presente investigación se definen a continuación:

Historia clínica. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

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.

Integralidad: Característica de la Historia Clínica referida a que debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad. Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la Historia Clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica. 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.

Oportunidad. Es el diligenciamiento de los registros de atención de la Historia Clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Comité de historia clínica. 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. Dicho comité debe establecerse formalmente como cuerpo colegiado o mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución

Las anteriores definiciones fueron tomadas de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

Marco Legal

El marco normativo de la presente investigación parte inicialmente de la *Ley 100 de 1993*, donde se establecen las normas que han de cumplirse para la prestación de servicios de salud y que faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científica que regulan la calidad de dichos servicios y que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades de salud. Así mismo, el *Decreto 2174 de 1996*, mediante el cual se organizó el sistema obligatorio de garantía de la calidad del sistema general de seguridad social en salud, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilitara la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios. Además, la *Ley 23 de 1981* indica en su artículo 23, que corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica.

Con todo este antecedente legal, el Ministerio de Salud emitió la *Resolución 1995 de julio 8 de 1999*, donde se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. En esta Resolución se establecen las definiciones

y características relacionadas, así como la obligatoriedad en el registro de la Historia Clínica (artículo 4), y las condiciones de registro, archivo, custodia y retención de la misma.

Marco Espacial

La investigación se llevará a cabo en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos, analizando los datos contenidos en 15 Historias Clínicas diligenciadas por médicos de diferentes especialidades del servicio de consulta externa.

Marco Temporal

La información extraída de las 15 Historias Clínicas evaluadas corresponden a las diligenciadas por diferentes médicos de varias especialidades a partir de octubre del 2009, en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos de las cuales se hará el análisis de las variables a medir, y se extraerá la información más relevante y que se medirá con la aplicación del instrumento de evaluación que se diseñara para este fin.

Marco Metodológico

Población

La población objeto del estudio son las Historias Clínicas elaboradas en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos.

Muestra

El estudio se hará en base al análisis y evaluación de 15 Historias Clínicas tomadas del servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos, seleccionadas a partir del mes de octubre de 2009, escogiendo las Historias Clínicas cuyo número de identificación termine en 1, 3, 5, 7 o 9, hasta completar la cantidad indicada.

Tipo de estudio

El presente estudio será de tipo *evaluativo*, por cuanto en el desarrollo del mismo se plantea la identificación de los efectos generados en las variables a partir de una intervención o modificación de las mismas, falencias y errores que se presentan en el llenado y diligenciamiento de la Historia clínica, y cómo esto repercute en la calidad y seguridad de atención al paciente.

Método

El método que se va a seguir en la investigación es el *método de análisis*, teniendo en cuenta que para dar respuesta al planteamiento del problema se requiere el análisis de las actividades de control que realiza la Fundación Hospital San Carlos sobre el diligenciamiento de las Historias clínicas, se partirá de la base en los hallazgos encontrados en la última auditoría realizada por la institución.

Se medirán seis variables predeterminadas así: Registro de signos vitales, Registro de anamnesis con signos y síntomas, Registro de antecedentes,

Examen Físico, Diagnóstico y Plan de Tratamiento. Por lo tanto el método a seguir será de tipo evaluativo.

Fuentes de información

Fuentes de información primaria

La fuente de información primaria serán las Historias Clínicas diligenciadas por médicos de diferentes especialidades del servicio de Consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos. Para acceder a esta fuente de información, se utilizará como técnica la *observación no participante*, aquella en la que “el observador no pertenece al grupo y sólo se hace presente con el propósito de obtener la información” (Méndez, 2009, p. 251).

Procedimiento

Inicialmente, se toman las Historias Clínicas y se aplica el instrumento diseñado para su observación, para posteriormente analizarlo con el ánimo de identificar los puntos relevantes frente al impacto de la auditoría en el diligenciamiento de las mismas. Finalmente, a través de una lista de chequeo, se corroboran los elementos considerados relevantes para asegurar el mejoramiento en el diligenciamiento de las Historias Clínicas.

Participantes

El grupo investigador selecciono para la observación 15 Historias Clínicas, tomadas entre las diligenciadas a partir del mes de octubre de 2009, posteriores a la auditoría realizada en el mes de agosto de 2009. Para la selección de las historias, se escogió el muestreo aleatorio con afijación simple, en el cual se

tomarán las historias cuyo número de identificación termine en 1, 3, 5, 7 o 9, hasta completar el tamaño muestral especificado.

Las Historias Clínicas son obtenidas del servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos, al que se aplicó la auditoría, con el fin de aplicar el instrumento de observación que permita verificar el impacto de ésta en el diligenciamiento de las historias.

Diseño de instrumento

Se diseñó un instrumento para la recolección de la información a través de la medición de las variables predeterminadas a medir. Con este instrumento se determinan los cambios en el diligenciamiento de las Historias Clínicas antes y después de la auditoría, para establecer el impacto de ésta.

Aplicación del instrumento

Se aplicó en las 15 Historias Clínicas a evaluar del servicio de Consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos.

Operacionalización de Variables

La operacionalización de variables del presente proyecto se muestra en el Anexo II. Una vez establecida la operacionalización, se procede al diseño del instrumento de observación de las Historias Clínicas seleccionadas.

Instrumento de Observación

Para el análisis de las Historias Clínicas, se diseñó una lista de chequeo en la que el grupo investigador estableció el cumplimiento de los criterios esperados en un adecuado diligenciamiento de Historia Clínica. El instrumento diseñado se presenta en el Anexo III.

Una vez aplicado el instrumento a las Historias Clínicas, se consolida la información en un cuadro adecuado para el análisis de las observaciones, según la tabla siguiente:

Criterio	No lleno	Lleno		Observaciones
		Incompleto	Completo	
Motivo de consulta				
Registro de signos vitales				
Anamnesis con signos y síntomas				
Registro de antecedentes				
Registro de examen físico				
Registro de diagnóstico				
Plan de tratamiento				

Tabla 1 Formato para consolidación de resultados de observación.

A partir de los resultados consolidados, se establecen los niveles de cumplimiento de los criterios para el diligenciamiento adecuado de las Historias Clínicas. El mismo procedimiento se aplica a las historias diligenciadas antes y después de la auditoría de Agosto de 2009, con el fin de establecer las diferencias comparativas en el diligenciamiento de las Historias Clínicas.

Análisis de variables

A partir de los resultados obtenidos se realiza un análisis de la información de las variables a medir en las 15 Historias Clínicas evaluadas.

Formulación de metodología

De acuerdo con la información obtenida y el análisis de los datos que arrojaron sobre las variables medidas, se formula la metodología a seguir en el correcto llenado y diligenciamiento del modelo de Historia Clínica implementado en la Fundación Hospital San Carlos.

Informe definitivo

Una vez analizada la información, respecto de los hallazgos identificados y formulada la metodología se redactó el informe definitivo.

Análisis de Impacto

Resultados

Una vez aplicados los instrumentos de definidos para llevar a cabo la presente investigación los resultados de las observaciones de las Historias Clínicas diligenciadas después de la auditoría se presentan a a continuación:

Criterio	No lleno	Lleno		Observaciones
		Incompleto	Completo	
Motivo de consulta	1	4	10	En términos generales, los motivos de consulta son expresados según el criterio del médico tratante.
Registro de signos vitales	13	1	2	En una proporción muy baja se toman los signos vitales del paciente.
Anamnesis con signos y síntomas	0	5	10	Junto con los motivos de consulta y el diagnóstico, son los elementos más registrados en las historias clínicas.
Registro de antecedentes	12	2	1	Los antecedentes son poco tenidos en cuenta por los médicos tratantes.
Registro de examen físico	8	5	2	El examen físico es realizado en algunos casos, pero en pocas ocasiones es completo.
Registro de diagnóstico	0	1	14	El registro de diagnóstico es el criterio más registrado por los médicos tratantes.
Plan de tratamiento	3	4	8	El plan de tratamiento no guarda uniformidad en su registro

Tabla 2 Consolidado de resultados de observación. Historias clínicas posteriores a la auditoría de Agosto de 2009.

A partir de los resultados obtenidos, se evidencia que los médicos de consulta externa especializada tienen muchas deficiencias en el

diligenciamiento de las Historias Clínicas de sus pacientes, siendo los criterios con mayores dificultades el registro de signos vitales, registro de examen físico y registro de antecedentes.

Para establecer el impacto es necesario comparar los resultados obtenidos con los resultados del diligenciamiento de las Historias Clínicas antes de la auditoría de agosto de 2009, se tomaron discrecionalmente Historias Clínicas como referente⁴. Los resultados de las Historias Clínicas diligenciadas antes de la auditoría de agosto de 2009 se muestran a continuación.

Criterio	No lleno	Lleno		Observaciones
		Incompleto	Completo	
Motivo de consulta	1	1	1	El motivo de consulta no es suficientemente claro en todas las historias clínicas
Registro de signos vitales	2	0	1	No se efectúa registro de signos vitales en la mayoría de historias clínicas
Anamnesis con signos y síntomas	0	0	3	Adecuado registro
Registro de antecedentes	1	1	1	Deficiente registro
Registro de examen físico	2	0	1	Deficiente registro
Registro de diagnóstico	0	0	3	Adecuado registro
Plan de tratamiento	0	0	3	Adecuado registro

Tabla 3 Consolidado de resultados de observación. Historias clínicas anteriores a la auditoría de Agosto de 2009.

⁴ Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio tiene como objeto de observación las historias clínicas diligenciadas después de la auditoría de agosto de 2009, no se consideró necesario efectuar más observaciones que las que discrecionalmente se hicieron. Para ello se empleó el muestreo aleatorio simple y el tamaño de muestra se seleccionó por conveniencia.

Las dificultades en el diligenciamiento de las historias Clínicas previas a la auditoría de agosto de 2009 se observa en el registro de signos vitales, antecedentes y examen físico.

El análisis cualitativo se observa que no se evidencian cambios en el diligenciamiento de las Historias Clínicas antes y después de la auditoría de Agosto de 2009. Para comprobar lo anterior, se efectúa un análisis cuantitativo al asignar puntos al estado de diligenciamiento de cada criterio, considerando los siguientes valores:

Estado	Puntos
No lleno	0
Lleno incompleto	1
Lleno completo	2

Tabla 4 Puntajes del estado de diligenciamiento de los criterios

Al aplicarle estos puntajes al diligenciamiento de las Historias Clínicas, se obtiene los siguientes resultados:

Criterio	Antes de auditoría		Después de auditoría	
	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento
Motivo de consulta	3	0,50	24	0,80
Registro de signos vitales	2	0,33	5	0,17
Anamnesis con signos y síntomas	6	1,00	25	0,80
Registro de antecedentes	3	0,50	4	0,13
Registro de examen físico	2	0,33	9	0,30
Registro de diagnóstico	6	1,00	29	0,97
Plan de tratamiento	6	1,00	20	0,67
Puntaje Total	28	4,67	116	3,84

Tabla 5 Resultados de aplicación de puntajes al diligenciamiento de las historias clínicas

La evaluación comparativa debe efectuarse utilizando los valores de la columna cumplimiento (que fueron calculados al dividir el puntaje obtenido entre el máximo posible), puesto que el valor absoluto de cada uno de los registros es significativamente diferente en los dos momentos. El puntaje de cumplimiento obtenido antes de la auditoría fue **4,67** y después de la auditoría fue **3,84**. Lo que muestra que no se alcanzó una variación significativa para mejorar el diligenciamiento de la auditoría. Los criterios más críticos fueron el registro de signos vitales y el registro de antecedentes, cuya valoración muestra que, en vez de mejorar, se acrecentaron las fallas en el diligenciamiento de estos aspectos. Los resultados completos de las evaluaciones de Historia Clínica se presentan en el Anexo IV.

Conclusiones y Recomendaciones

Los resultados de la investigación realizada evidencian que las acciones implementadas a partir de las debilidades identificadas en la auditoría realizada en agosto de 2009 no ha tenido impacto significativo en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes de diferentes especialidades en el servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos.

Los aspectos positivos (fortalezas) identificados una vez realizada la evaluación son:

- Se mejoró en el registro del motivo de consulta. Debe anotarse, que en algunos casos no se tiene suficiente claridad en el motivo de consulta, o se registra desde la apreciación del médico consultante. Aunque la mejora ha sido notoria, se recomienda tener en cuenta estas observaciones.
- Se mantuvo el buen registro del diagnóstico. En todos los casos, el médico consultante registró el diagnóstico respectivo.
- En términos generales, se observó un adecuado registro de anamnesis, sin embargo debe tenerse cuidado de evitar registrar en este apartado consideraciones relacionadas con otros criterios, como el plan de tratamiento o las recomendaciones del médico consultante.

Los aspectos negativos (debilidades) identificados una vez realizada la evaluación son:

- Se mantuvo un nivel muy bajo en el registro de signos vitales. Solamente dos de las Historias Clínicas observadas tienen registro adecuado de este criterio. Los médicos consultantes del servicio de consulta externa no están prestando atención a este registro.
- Se tiene un nivel muy bajo en el registro de antecedentes. Sólo una Historia Clínica tiene un registro adecuado de este criterio. No se está prestando atención a este registro.
- El registro de examen físico, igualmente tiene un nivel muy bajo. Apenas dos Historias Clínicas muestran un registro adecuado de este criterio. No se está tomando en cuenta con suficiente atención este criterio.
- El plan de tratamiento no se está registrando de manera uniforme. En algunos casos se observa registro de este criterio en otros puntos de la Historia Clínica, como anamnesis, o diagnóstico.

Al comparar los registros de Historias Clínicas antes y después de la auditoría de agosto de 2009, los resultados muestran que no se han alcanzado cambios significativos. Las observaciones más importantes al respecto son:

- Se optimizó en el registro del motivo de consulta. Sin embargo, se está anotando según el criterio del médico consultante.
- Se desmejoró en el registro del plan de tratamiento. Si bien es cierto que se está registrando, lo hacen de manera muy dispar y en algunos casos el registro se observó en criterios diferentes.

- Se mantiene el bajo nivel de registro de signos vitales, antecedentes y examen físico. En los dos primeros criterios, incluso se observa un desmejoramiento, lo cual es preocupante.

Finalmente, se propone emprender acciones para asegurar el mejoramiento en el diligenciamiento de las Historias Clínicas por parte de los médicos consultantes de diferentes especialidades del servicio de consulta externa de la Fundación Hospital San Carlos. Se recomienda:

- Diseñar un formato de diligenciamiento de Historias Clínicas más fácil de diligenciar por parte de los médicos consultantes.
- Implementar, en el software en el que se digitan las Historias Clínicas, elementos de alerta que recuerden al médico que para guardar la Historia Clínica debe diligenciar completamente todos los criterios.
- Capacitar a los médicos consultantes en el diligenciamiento adecuado y completo de la Historia Clínica.
- Establecer un plan de incentivos para los médicos que diligencien adecuada y completamente las Historias Clínicas, con el fin de motivarlos a efectuar bien esta labor.

Referencias Bibliográficas

Castillo, N (2004). *Aspectos médico legales. Documentos médicos* en Revista Colombiana de Gastroenterología No. 19 p.p. 100-108. Bogotá, Asociación Colombiana de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.

Da Costa, C (1994). *Introducción a la información y documentación médica*. Madrid, Masson.

Da Costa, C (2004). *La Historia Clínica*. Universidad Católica de Madrid.

Gutiérrez, C; Manrique, R; Montoya, L; Pérez, A; Arango, P; Correa, E; Márquez, M; Restrepo, A (2003). *Evaluación de la Historia Clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002*, en Revista CES MEDICINA volumen 17 No. 2, p.p. 17-30. Medellín, Instituto de Ciencias de la Salud – CES.

Hospital La Victoria III Nivel E.S.E. *Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica*.

Ministerio de la Protección Social – Programa de apoyo a la reforma de salud. *Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Asociación centro de Gestión hospitalaria

Ministerio de Salud (1999). *Resolución 1995 de 1999*.

Méndez, C (2009). *Metodología: diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales*. 4ª edición. México, Limusa.

Puerres, I (2007). *La auditoría de la Historia Clínica*. Pontificia Universidad Javeriana –Cali.

Rueda-Clausen, C (2006). *La Historia Clínica informatizada. Evaluación de los casos colombiano y español*, en Revista Med, vol. 9 Número 1. p.p. 63-71, Bucaramanga, UNAB.

ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Indicadores	Índice	Fuente	Instrumento
1 y 2	Diligenciamiento de ítems de las Historias Clínicas	Motivo de consulta	Información que describe las razones por las cuales consulta el paciente	Historia clínica	Lista de chequeo
		Registro de signos vitales	Información que se obtiene del paciente sobre el estado actual de sus signos vitales al momento del ingreso	Historia clínica	Lista de chequeo
		Anamnesis con signos y síntomas	Información que describe el estado del paciente, incluyendo los signos que muestra y cómo se siente	Historia clínica	Lista de chequeo
		Registro de antecedentes	Información suministrada por el paciente correspondiente a la historia familiar y personal relacionada con la enfermedad	Historia clínica	Lista de chequeo
		Registro de examen físico	Descripción del estado físico que presenta el paciente en el momento de la atención	Historia clínica	Lista de chequeo
		Registro de diagnóstico	Información que describe la apreciación del médico después de la evaluación física del paciente	Historia clínica	Lista de chequeo
		Plan de tratamiento	Descripción de las indicaciones médicas sobre medicamentos	Historia clínica	Lista de chequeo

Objetivo	Variable	Indicadores	Índice	Fuente	Instrumento
3	Resultados de la auditoría	Evaluación de las Historias Clínicas	Valoración de la información que reposa en las Historias Clínicas	Historia clínica	Lista de chequeo
		Análisis de la información de las Historias Clínicas	Examen detallado de la información de las Historias Clínicas	Historia clínica	Lista de chequeo
		Comparación de las Historias Clínicas	Confrontar la información que reposa en las Historias Clínicas antes y después de la auditoría, para determinar las diferencias entre ellas	Historia clínica	Lista de chequeo
4	Acciones correctivas para el diligenciamiento de las Historias Clínicas	Número de Historias Clínicas diligenciadas adecuadamente	Cantidad determinada de Historias Clínicas diligenciadas correctamente	Historia clínica	Lista de chequeo

ANEXO II. LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIAS CLÍNICAS

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____

HISTORIA CLÍNICA No. _____

PACIENTE: _____

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta		
Registro de signos vitales		
Anamnesis con signos y síntomas		
Registro de antecedentes		
Registro de examen físico		
Registro de diagnóstico		
Plan de tratamiento		

OBSERVACIONES:

ANEXO III. RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 05/11/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 79232397

PACIENTE: José Israel Rico Torres

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 06/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 41561433

PACIENTE: María Ingracia Castañeda

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico	X	
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 06/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 41448537

PACIENTE: María Belén García de Córdoba

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta	X	
Registro de signos vitales		X
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes		X
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante registró en el motivo de consulta una apreciación de posible enfermedad. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento de la Historia Clínica se escribieron mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 08/10/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 35319923**PACIENTE:** Libia Esperanza Camargo Navarro

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 08/10/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 29536359**PACIENTE:** Carne Cecilia Pérez Domínguez

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. En el examen físico incluye información del plan de tratamiento. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 08/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 17000849

PACIENTE: José Fernando Urrego Bejarano

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento	X	

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico del paciente. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 08/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 20769073

PACIENTE: Ana Navas de Zambrano

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales		X
Anamnesis con signos y síntomas	X	
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

Buena evaluación primaria al paciente. Mezcla el registro de la enfermedad actual con los antecedentes. En el registro de examen físico anota sus apreciaciones, pero no el resultado objetivo de la valoración. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 14/10/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 51661275**PACIENTE:** Evania González Lugo

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 06/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 1034279181

PACIENTE: Charit Camila Peñuela Benavides

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento	X	

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad. En el examen físico se anotan indicaciones correspondientes al plan de tratamiento. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 27/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 39536871

PACIENTE: Myriam Zoraida López Acero

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 14/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 1127385913

PACIENTE: Danna Yordiana Lemuz Malpica

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 07/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 28717975

PACIENTE: Teresa de Jesús Moreno Gómez

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta	X	
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

Historia Clínica diligenciada de forma muy irregular. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 06/10/2010

HISTORIA CLÍNICA No. 12208199

PACIENTE: José Luciano Murillo Longas

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. El plan de tratamiento se anota en el examen físico. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA

FECHA: 07/10/2009

HISTORIA CLÍNICA No. 41480817

PACIENTE: Ana Graciela Infante López

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento	X	

OBSERVACIONES:

Historia Clínica diligenciada de forma muy irregular. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA DESPUÉS DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 07/10/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 21046051**PACIENTE:** Isabel Huérfano Hernández

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. El plan de tratamiento se anota en el examen físico. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

Criterio	No lleno	Lleno		Observaciones
		Incompleto	Completo	
Motivo de consulta	1	4	10	En términos generales, los motivos de consulta son expresados según el criterio del médico tratante.
Registro de signos vitales	13	1	2	En una proporción muy baja se toman los signos vitales del paciente.
Anamnesis con signos y síntomas	0	5	10	Junto con los motivos de consulta y el diagnóstico, son los elementos más registrados en las Historias Clínicas.
Registro de antecedentes	12	2	1	Los antecedentes son poco tenidos en cuenta por los médicos tratantes.
Registro de examen físico	8	5	2	El examen físico es realizado en algunos casos, pero en pocas ocasiones es completo.
Registro de diagnóstico	0	1	14	El registro de diagnóstico es el criterio más registrado por los médicos tratantes.
Plan de tratamiento	3	4	8	El plan de tratamiento no guarda uniformidad en su registro

Tabla 6. Consolidado de revisión de Historias Clínicas después de la auditoría de agosto de 2009.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA ANTES DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 08/10/2008**HISTORIA CLÍNICA No.** 294213**PACIENTE:** Pedro Carlos Guevara López

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta	X	
Registro de signos vitales		X
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes		X
Registro de examen físico		X
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA ANTES DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 04/03/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 294210**PACIENTE:** Pedro Carlos Guevara López

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
		Incompleto Completo
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

LISTA DE CHEQUEO DE HISTORIA CLÍNICA ANTES DE LA AUDITORÍA**FECHA:** 16/04/2009**HISTORIA CLÍNICA No.** 533441**PACIENTE:** Luis Édison Gitomatofe Neira

Indicadores	Estado	
	No llenó	Llenó
	Incompleto	Completo
Motivo de consulta		X
Registro de signos vitales	X	
Anamnesis con signos y síntomas		X
Registro de antecedentes	X	
Registro de examen físico	X	
Registro de diagnóstico		X
Plan de tratamiento		X

OBSERVACIONES:

El médico tratante no efectuó las evaluaciones primarias al paciente, directamente se enfocó en el diagnóstico de la enfermedad y el plan de tratamiento correspondiente. El plan de tratamiento se anota en el examen físico. Presumiblemente por la premura en el diligenciamiento, se escriben mal algunas palabras.

Criterio	No lleno	Lleno		Observaciones
		Incompleto	Completo	
Motivo de consulta	1	1	1	El motivo de consulta no es suficientemente claro en todas las Historias Clínicas
Registro de signos vitales	2	0	1	No se efectúa registro de signos vitales en la mayoría de Historias Clínicas
Anamnesis con signos y síntomas	0	0	3	Adecuado registro
Registro de antecedentes	1	1	1	Deficiente registro
Registro de examen físico	2	0	1	Deficiente registro
Registro de diagnóstico	0	0	3	Adecuado registro
Plan de tratamiento	0	0	3	Adecuado registro

Tabla 7. Consolidado de revisión de Historias Clínicas elaboradas antes de la auditoría de agosto de 2009.

ANEXO IV. HISTORIAS CLÍNICAS EVALUADAS