

Evaluación de la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, por medio de un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000)

**ARCHILA ABREO CAMILO ANDRES
MARIÑO RUEDA MARCOS ALEXANDER
RUEDA GRANDE CLAUDIA ALEXANDRA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
CENTRO DE ESTUDIOS DE LA SALUD
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
BUCARAMANGA
2009**

Evaluación de la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, por medio de un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000)

**ARCHILA ABREO CAMILO ANDRES
MARIÑO RUEDA MARCOS ALEXANDER
RUEDA GRANDE CLAUDIA ALEXANDRA**

Asesor: Dr. Rubén Darío Manrique H.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
CENTRO DE ESTUDIOS DE LA SALUD
AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2009**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
1. <u>OBJETIVOS</u>	8
1.1. <u>Objetivo General</u>	
1.2. <u>Objetivos Específicos</u>	
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	9
3. <u>METODOLOGÍA</u>	15
3.1. <u>Tipo de Estudio</u>	
3.2. <u>Pregunta de Investigación</u>	
3.3. <u>Población y Muestra</u>	
3.4. <u>Criterios de Inclusión y Exclusión</u>	
3.5. <u>Variables</u>	
3.6. <u>Técnicas de Recolección</u>	
3.7. <u>Procesamiento de la información</u>	
4. <u>CONSIDERACIONES ETICAS</u>	17
5. <u>RESULTADOS</u>	18
6. <u>DISCUSIÓN</u>	26
 <u>BIBLIOGRAFIA</u>	 30
 <u>ANEXOS</u>	 35

RESUMEN:

El conocimiento de la calidad del registro en la historia clínica de las actividades del control prenatal en relación a sus requisitos básicos, refleja en gran medida la calidad de la atención de la mujer embarazada. De esta manera surge la necesidad de diseñar un formato de evaluación de la calidad del llenado de las historias clínicas de control prenatal creado a partir del marco normativo colombiano.

Se diseñó un instrumento con el cual se evaluaron 203 Historias clínicas tomadas aleatoriamente, el cual se aplicó a cada historia clínica por dos evaluadores en diferentes momentos, se analizaron los puntajes obtenidos por cada evaluador con medidas de tendencia central, media y desviación estándar. Se evaluó la concordancia entre los dos evaluadores por medio de los límites de acuerdo de Bland y Altman, comparando los porcentajes de cumplimiento entre evaluadores para cada una de las historias clínicas, encontrando que la diferencia promedio de los puntajes entre los dos evaluadores fue de 7,1% (IC95% -5,8; 19,9%). Se creó una variable correspondiente al promedio de calificación de todas las historias de los evaluadores, la cual fue categorizada como Excelente entre el 95% y el 100%, Buena entre el 90% y el 94.9%, Aceptable entre el 85% y el 89.9% e Insuficiente menor del 84.9%, se obtuvo que el 63% de las Historias clínicas evaluadas tuvieron calificaciones entre bueno y excelente.

Diseñar y utilizar instrumentos válidos y reproducibles que permitan evaluar la calidad del registro clínico, generan seguridad en las medidas tomadas con el fin de promover la aplicación de estrategias de intervención más específicas.

Palabras Clave: Calidad; control prenatal; historia clínica.

SUMMARY:

Knowledge of the prenatal quality in relation to their basic requirements reflect in a large extent the quality of care of pregnant women. In this way there is a need to design a quality assessment format of the filling of the prenatal medical histories, created from the standart framework of Colombian.

It was designed a instrument which assessed 203 clinical histories, taken randomly. Each one were evaluated by two different supervisors different moments. It was analysed the scores obtained by each evaluator with parameters of central, media and the curvature estándar. It was analyzed the parity between the two testers by the Blam and Altman sistem. We compare the percentages of performance between the evaluators to each one of the medical histories, finding that the difference average of the scores between the two testers was 7.1 per cent (IC95 % - 5.8; 19.9 %). It was created a variable that corresponds to the average rating of all stories from evaluators, which was categorised as excellent between 95 % and the 100 %. Good between 90 % and the 94.9 per cent, acceptable between 85 % and the 89.9 % and Insufficient less than the 84.9 per cent. The results showed that 63 per cent of the evaluated clinical stories had scores between good and excellent. Design and use valid and reproducible instruments assess the quality of the clinical record, generate security in the measures taken, in order to promote the application of strategies of intervention more accurate.

Words key: quality; prenatal care; clinical record.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la razón de mortalidad materna (RMM) en América Latina y el Caribe (ALC) para 1995 en 190 por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna en Colombia para 1994 que fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos (1). Para el año 2002 por Colombia, fue de 84.4 por 100.000 nacidos vivos (2).

Según el Ministerio de Protección Social en el documento Situación de Salud en Colombia, indicadores básicos 2003, la razón de mortalidad materna en Colombia es de 104.9 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son evitables, siendo posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (3).

En Colombia, con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hizo necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. La resolución 0412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (4).

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada (5-6), el mejoramiento en la calidad de la historia clínica ha demostrado ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal en investigaciones realizadas (7-8-9) que utilizaron la misma metodología de este estudio.

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 y que

sirve además de fuente de información donde se puede verificar el cumplimiento de la normatividad de la atención en salud. La Resolución 0412 de 2000 establece los parámetros a tener en cuenta en el registro de la información de la atención prenatal en Colombia. De acuerdo a lo anteriormente expuesto se hace necesario desarrollar un formato que permita evaluar la historia clínica prenatal con el objeto de determinar el cumplimiento de la norma y la calidad de la atención prenatal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, evaluada mediante un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000).?

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, por medio de un instrumento creado a partir de la norma (resolución 0412 de 2000).

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer el cumplimiento de la norma técnica de detección de alteraciones del embarazo, en cuanto al registro de la historia clínica por parte del personal de salud de la IPS.
2. Establecer los mecanismos y procedimientos para asegurar la conformidad, respecto a la norma, en el diligenciamiento de la historia clínica como programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la IPS.
3. Establecer la reproducibilidad del instrumento (Evaluación del cumplimiento de la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo en la historia clínica de una IPS.), utilizado en la evaluación de las historias clínicas seleccionadas.
4. Proponer un instrumento estándar para la Auditoría de historias clínicas de detección de alteraciones del embarazo en la IPS, que permita obtener información fiable, comparable y segura del proceso de diligenciamiento de la historia clínica.

2. MARCO TEÓRICO

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan; el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.

Aunque la cobertura del control prenatal en Colombia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas (10), es frecuente sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por paciente y el llenado incompleto de la Historia clínica (7) que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna.

La disminución de la mortalidad perinatal, es el efecto de un mejor cuidado en la atención prenatal, una mayor identificación de los factores de riesgo y una mejor detección de la patología del embarazo, logrados al utilizar la historia clínica como un instrumento de evaluación de calidad (8-9).

La historia clínica constituye un instrumento fundamental en el desarrollo de la asistencia médica y la atención en salud, favorece la docencia y la formación del recurso humano del sector y permite planificar, organizar, gestionar y evaluar la actividad asistencial de los diferentes servicios y centros de atención (11).

La historia clínica bien diligenciada permite identificar factores de riesgo que son definidos como aquellas situaciones que directa o indirectamente pueden afectar el estado

maternofetal. La detección temprana de dichos factores y su manejo adecuado pueden modificar o prevenir un pobre resultado perinatal (12) y un buen cuidado prenatal es una de las estrategias más importantes para disminuir la mortalidad perinatal (13). La variable no diligenciada en la historia clínica conlleva de por sí una situación riesgosa puesto que implica dejar de tomar ciertas medidas orientadas a definir una conducta terapéutica en el estado de salud de la gestante.

En los últimos años algunos países de la región han tenido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, surgiendo una preocupación universal en la que se viene trabajando con compromiso y responsabilidad, con el fin de fortalecer debilidades, controlar riesgos, disminuir índices de morbimortalidad y lograr una mejora en la atención de los servicios de salud ofrecidos, garantizando seguridad y satisfacción a los usuarios en el manejo de su salud.

En Colombia, el ministerio de salud en el año 2000, establece la norma técnica para detección temprana de las alteraciones del embarazo, la cual es de obligatorio cumplimiento y pretenden vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso, detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas (4).

“La normalización es el proceso mediante el cual se establecen reglas de actuación ante determinadas situaciones ya sean científicas, técnicas, laborales, docentes o administrativas y persigue como objetivo fundamental la unificación de conductas, la realización económica, la satisfacción de las necesidades sociales y las posibilidades de control” (14).

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío y una prioridad estratégica para el sistema de seguridad social de cada nación y sus actores, con el fin de mejorar los estándares de atención a la población (14-15).

El Sistema General de Seguridad Social colombiano, en su lógica y reglas básicas promueve y favorece la calidad. El decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio

de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, el cual está definido como: “El conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (16).

Para conseguir una mejora de la calidad hay que intervenir y eliminar los fallos de resultados frente a estándares de calidad, buscando cada vez un mayor nivel en los estándares, de una manera sostenida y continua, constituyendo un proceso dinámico y permanente (17).

Para incrementar el nivel de calidad en los servicios de salud, los líderes del proceso deben establecer metas y objetivos de calidad, asignar recursos y personal capacitado, mantener el control de las actividades que realiza cada área de la institución, realizar mediciones que faciliten la identificación de desviaciones en la atención permitiendo la adopción de planes de mejoramiento en la calidad del servicio (18).

La calidad de atención médica es un atributo, el objetivo general del estudio es evaluar una serie de actividades que se llevan a cabo por profesionales durante el control prenatal (14). La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características técnicas definidas por la Resolución 0412/00 y los datos registrados por el profesional que realiza el control en la historia clínica prenatal (4).

La investigación en ciencias de la salud implica la búsqueda sistemática de conocimientos y la validación de estos; la reproducibilidad de un instrumento de medición puede evaluarse de distintas formas. El método que se elija depende hasta cierto punto de la naturaleza del instrumento, aunque también del aspecto de la reproducibilidad que revista mayor interés. Los aspectos que han sido objeto de mayor atención son: estabilidad, congruencia interna y equivalencia (19).

Estabilidad: La estabilidad de una medición se refiere al grado en que pueden obtenerse los mismos resultados en aplicaciones repetidas. La valoración de la estabilidad de un instrumento se deduce aplicando procedimientos que evalúan la reproducibilidad por primera y segunda prueba. El investigador aplica en dos ocasiones una misma prueba a

una muestra de individuos y a continuación compara los valores obtenidos. La comparación se realiza de manera objetiva mediante el cálculo del coeficiente de confiabilidad, índice numérico de la magnitud de la reproducibilidad de la prueba.

Para explicar el coeficiente de reproducibilidad, primero se deben analizar someramente los conceptos subyacentes a la medida estadística conocida como coeficiente de correlación. El coeficiente de correlación constituye una herramienta importante para describir cuantitativamente la magnitud y dirección de la relación entre distintos fenómenos. Cuando dos variables carecen por completo de relación, el coeficiente de correlación es igual a cero; los coeficientes de correlación que van de cero a menos uno expresan lo que se conoce como relaciones inversas o negativas. Cuanto más alto sea el valor del coeficiente, tanto más estable será la medición; los coeficientes de confiabilidad superiores a 0.70 pueden considerarse satisfactorios en la mayor parte de los casos, aunque en algunas circunstancias tal vez se requiera de un coeficiente más elevado, o quizás se considere aceptable uno más bajo (20).

Equivalencia: Un investigador puede estar interesado en estimar la reproducibilidad de una medición mediante la técnica de equivalencia:

1. Cuando diferentes investigadores u observadores utilizan un mismo instrumento para medir simultáneamente un mismo fenómeno o,
2. Cuando se aplican a la par dos instrumentos que, se presume, son paralelos.

En ambos casos, la finalidad es determinar la congruencia o equivalencia de los instrumentos para proporcionar mediciones de los mismos atributos en las mismas personas (20).

Validez: Constituye el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo; denota el grado en que el instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Los problemas de validez se relacionan con la duda de si realmente se está midiendo el atributo que se quiere medir. La validez comprende diferentes aspectos y técnicas de evaluación, pero, a diferencia de la reproducibilidad es en extremo difícil determinar la validez de instrumento. Un dispositivo de medición que no sea

confiable no puede ser válido. Un instrumento poco confiable mide demasiados factores relacionados con errores aleatorios como para que se considere como indicador válido de la variable en estudio. Sin embargo, un instrumento puede ser confiable sin ser válido (21).

Interpretación de la validez. Al igual que la confiabilidad, la validez no constituye una característica de todo o nada no puede afirmarse a ciencia cierta que una herramienta tiene o no validez, pues se trata de una cuestión de grado. Más aun, aunque el proceso para comprobar la validez de un instrumento se defina como la validación, no puede sostenerse que el proceso mismo sea una demostración de validez.

Al igual que en todas las pruebas de hipótesis, la validez de un instrumento no se comprueba, establece, ni verifica, más bien se sustenta en mayor o menor medida mediante indicios. Aunque algunos instrumentos son desde luego válidos para una amplia gama de usos con diferentes tipos de muestras, cada aplicación requiere de nuevos datos que la sustente. La validación es, en cierto sentido, un proceso interminable. Mientras mayor sea la cantidad de indicios de que el instrumento mide lo que se supone que debe medir, mayor será la confianza de su validez (21).

Reproducibilidad: es el fenómeno que observamos al aplicar dos o más veces el mismo instrumento para realizar un diagnóstico o una evaluación, esperando que un buen instrumento obtenga datos similares al repetirse la prueba en condiciones similares (22). Algunos criterios importantes al evaluar la reproducibilidad son: el número de evaluadores, si el instrumento es aplicado una sola vez por dos evaluadores, a esto le llamaremos reproducibilidad entre-evaluadores, que será la evaluada en el presente estudio. Otro aspecto importante al evaluar la reproducibilidad es la escala de medición de la variable. Si se tiene una variable nominal u ordinal se calculará Kappa y si es una variable continua se calculan coeficientes de correlación intraclase, ambos tipos de análisis se informan en cifras sin unidades y se consideran que los valores de ambos deben estar idealmente alrededor de 0.8. (23)

La forma más sencilla de expresar la reproducibilidad para variables nominales dicotómicas es a través del porcentaje de concordancia, también llamado índice de

acuerdo observado o concordancia simple. El problema es que una parte de esta concordancia se debe al azar. El grado de concordancia esperable por azar se puede calcular a partir del producto de los marginales de la tabla de contingencia, es decir de Kappa. En el caso de variables ordinales, aquellas que respetan un orden, se puede utilizar la kappa para variables nominales dicotómicas, pero debemos ponderar las discordancias y para ello está el índice de Kappa ponderada. (24)

Si la variable que analizamos es una variable continua, el análisis debe realizarse con el coeficiente de correlación intraclass (CCI), que es una medida de reproducibilidad que incorpora en el análisis, además de la variabilidad entre los sujetos, otras fuentes de variabilidad como pueden ser diferentes observadores, características de los pacientes (también llamada variabilidad dentro de los sujetos) y el error. (25)

Otro aspecto de la reproducibilidad es el acuerdo y para medirlo se tiene a los límites de acuerdo de Bland y Altman, esto consiste en representar gráficamente la diferencia entre las dos observaciones contra su media. Ello permite examinar la magnitud de las diferencias y su relación con la magnitud de la medición. Adicionalmente se puede determinar las bandas de confianza entre las que cabe esperar que se encuentre el 95% de las diferencias. (24)

3. METODOLOGÍA

3.1. **Tipo de estudio:** Evaluación de tecnología diagnóstica con muestreo transversal.

3.2. **Pregunta de investigación:** ¿Cuál es la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, evaluada mediante un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000).?

3.3. **Población y Muestra:** El tamaño de la muestra fue de 203 Historias clínicas, la cual se tomo aleatoriamente en el programa sistematizado para estimar el tamaño de la muestra requerida para diseños de investigación (26) teniendo en cuenta los siguientes parámetros; 1. Error tipo 1: 0.05, 2. Kappa: 0.95, 3. Amplitud del intervalo de confianza: 0.06, 4. Calculo de dos colas.

3.4. **Criterios de inclusión y exclusión:** Los criterios de inclusión fueron; Historias clínicas de pacientes inscritas en el programa de control prenatal de la IPS y tener clasificación de bajo riesgo obstétrico. Los criterios de exclusión fueron presentar diagnostico de embarazo de alto riesgo obstétrico.

3.5. **Variabes:** Para la evaluación de la historia clínica se elaboro un formato, el cual contiene 6 Etiquetas; 34 variables dicotómicas: 11 incluidas en información básica, 6 relacionada con los antecedentes, 6 correspondientes al examen físico, 6 relacionadas con ayudas diagnosticas, 3 referentes a la ingesta de micronutrientes y 2 relacionadas con el aspecto educativo.

3.6. **Técnicas de recolección:** El formato de evaluación será aplicado por dos evaluadores en diferentes momentos a la misma historia clínica desde el primer al último control realizado a la usuaria, sin conocer el resultado obtenido por el otro evaluador.

3.7. **Procesamiento y Análisis de la Información:** Los datos obtenidos en la primera y segunda evaluación se incluyeron en una base de datos doble en el programa EPI INFO versión 6.04d y se validaron con el subprograma VALIDATE. Una vez recolectada la información se introdujo en el programa de análisis de datos STATA 10.1 se realizó un

análisis descriptivo de las evaluaciones hechas por cada uno de los evaluadores, se muestra la calificación que cada uno de los evaluadores dio a cada uno de los ítems de la lista de chequeo del total de las historias revisadas presentándose en frecuencias absolutas y relativas, también se analizaron los puntajes totales de la escala por cada uno de los evaluadores por medio de medidas de tendencia central, media y desviación estándar.

Se evaluó la reproducibilidad a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (modelo de efectos aleatorios de dos vías) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (27) y se evaluó el acuerdo de los dos evaluadores por medio de los límites de acuerdo de Bland y Altman y sus límites de confianza del 95% (28).

Para cada uno de los evaluadores, el puntaje de cumplimiento fue categorizado de la siguiente forma: como Excelente entre el 95% y el 100%, Buena entre el 90% y el 94.9%, Aceptable entre el 85% y el 89.9% e Insuficiente menor del 84.9%. A esta última, siendo una variable ordinal, se le evaluó la reproducibilidad por medio del índice de concordancia Kappa ponderada con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Con los puntajes de los dos evaluadores se creó una variable nueva correspondiente al promedio de calificación de todas las historias de los dos evaluadores, esta nueva variable también se analizó con medidas de tendencia central, posteriormente fue categorizada como Excelente entre el 95% y el 100%, Buena entre el 90% y el 94.9%, Aceptable entre el 85% y el 89.9% e Insuficiente menor del 84.9%, se calcularon las prevalencias de cada una de las categorías con sus respectivos intervalos de confianza del 95%

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio cumple con las recomendaciones para realizar investigación en humanos establecidas en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, clasificándose como investigación sin riesgo, no es necesario el uso de consentimiento informado ya que no se está estudiando a un individuo, sino un documento de registro, para lo cual se conto con el permiso de la IPS responsable de la custodia del mismo. El estudio no presenta conflictos de interés ya que no se conto con ningún tipo de patrocinio (29).

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems del instrumento aplicado por los dos evaluadores, dichos resultados se muestran en relación al porcentaje de cumplimiento de ítem en las historias.

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento de las variables para el evaluador 1 y 2.

Ítem	Evaluador 1 Porcentaje (n)		Evaluador 2 Porcentaje (n)	
	Cumplimiento	No aplica	Cumplimiento	No aplica
1. Nombre y apellidos del paciente	100% (201)	-	100% (201)	-
2. Documento de Identidad.	100% (201)		100% (201)	
3. Edad.	100% (201)		100% (201)	
4. Raza.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
5. Nivel Socioeconómico:	99.50% (200)	0.50% (1)	99.50% (200)	0.50% (1)
6. Nivel Educativo:	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
7. Estado Civil.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
8. Ocupación.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
9. Régimen de Afiliación.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
10. Dirección.	100% (201)		100% (201)	
11. Teléfono.	100% (201)		100% (201)	
12. Antecedentes Personales.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)

13. Antecedentes Obstétricos.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
14. Antecedentes Ginecológicos.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
15. Antecedentes Familiares.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
16. Gestación Actual.	100% (201)		99.50% (200)	0.50% (1)
17. Condiciones Psicosociales.	99.50% (200)	0.50% (1)	98.51% (198) 1% (2)	0.50% (1)
18. Medidas antropométricas: (Talla – Peso – Altura Uterina)	99.50% (200)	0.50% (1)	98.51% (198) 0.50% (1)	1% (2)
19. Estado Nutricional: (Verifique que se utilicen las tablas de ganancia de peso y altura uterina)	98.01% (197) 1% (2)	1% (2)	82.59% (166) 1.49% (3)	15.92% (32)
20. Signos Vitales: (Pulso – Respiración - Temperatura – Tensión Arterial)	100% (201)		99.50% (200) 0.50% (1)	
21. Examen físico por sistemas (Cefalocaudal incluida cavidad oral)	99.50% (200) 0.50% (1)		99.50% (200) 0.50% (1)	
22. Valoración Ginecológica	93.03%(187) 6.97%(14)		47.26% (95) 52.24% (105)	0.50% (1)

23. Valoración Obstétrica.	93.03%(187) 6.97%(14)		99.00% (199) 1.0% (2)	
24. Primer trimestre: Hemograma, hemoclasificación, serología, Uroanálisis, glicemia.	99.50% (200) 0.50% (1)		98.01% (197) 1% (2)	1.0% (2)
25. Segundo trimestre: Uroanálisis, Prueba para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y detección de diabetes pregestacional, ecografía obstétrica	91.54% (184) 2.99% (6)	5.47% (11)	61.19% (123) 0.50% (1)	38.31% (77)
26. Tercer trimestre: Uroanálisis y la serología según el riesgo.	61.69%(124) 19.90%(40)	18.41%(37)	27.36% (55) 3.48% (7)	69.15% (139)
27. Frotis de flujo en caso de leucorrea	98.51%(198) 0.50%(1)	1%(2)	98.51%(198) 0.50%(1)	1%(2)
28. Citología cervical	85.07%(171) 11.44%(23)	3.48%(7)	72.14%(145) 27.36%(55)	0.50%(1)
29. Prueba Elisa para VIH y HbsAg (Serología para	100% (201)		99%(199) 0.50%(1)	0.50%(1)

hepatitis B antígeno de Superficie)				
30. Formulación de 60 mg / día de sulfato ferroso mensualmente.	20.90%(42) 79.10%(159)		93.53%(188) 12%(5.97)	0.50%(1)
31. Formulación de 1mg / día de ácido fólico mensualmente durante toda la gestación	3.48%(7) 96.52%(194)		61.69%(124) 37.31%(75)	1%(2)
32. Formulación de calcio durante la gestación (hasta completar 1200 - 1500mg).	8.96%(18) 91.04%(183)		58.71%(118) 29.35%(59)	11.94%(24)
33. Verifique que se realicen los controles de manera mensual por médico y/o enfermera	75.12%(151) 24.88%(50)		100% (201)	
34. Verifique que se brinda educación a la gestante, compañero y familia.	29.85%(60) 70.15%(141)		98.51%(198) 1.49%(3)	

Luego las calificaciones de cada uno de los evaluadores fue categorizada de la manera ya establecida: como Excelente entre el 95% y el 100%, Buena entre el 90% y el 94.9%, Aceptable entre el 85% y el 89.9% e Insuficiente menor del 84.9%.

Tabla 2. Categorización de la calificación para el evaluador 1.

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CUMPLIMIENTO
INSUFICIENTE	29	14.43	14.43
ACEPTABLE	124	61.69	76.12
BUENO	39	19.40	95.52
EXCELENTE	9	4.48	100.00
TOTAL	201	100.00	

Tabla 3. Categorización de la calificación para el evaluador 2.

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CUMPLIMIENTO
INSUFICIENTE	6	2.99	2.99
ACEPTABLE	15	7.46	10.45
BUENO	77	38.31	48.76
EXCELENTE	103	51.24	100.00
TOTAL	201	100.00	

Al evaluar la reproducibilidad de las categorías de cumplimiento de cada uno de los evaluadores con el estadístico Kappa ponderada, se obtuvo el siguiente resultado: Kappa = 0.040, $p = 0.083$, IC 95% = -0.006 ; 0.091, indicando una pobre concordancia entre los evaluadores.

En este apartado se exponen los resultados obtenidos en el estudio en cuanto a la calificación promedio por cada evaluador y la calificación promedio de los dos evaluadores.

Tabla 4. Promedio de cumplimiento.

EVALUADOR	CALIFICACIÓN MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Evaluador 1.	94.8 %	5.4
Evaluador 2.	87.7 %	3.9
Promedio entre Evaluador 1 y 2	91.2 %	3.4

La reproducibilidad entre los puntajes para cada historia clínica de los dos evaluadores fue de CCI = 0.025, (IC 95%: -0.046, 0.105). Lo que indica una pobre reproducibilidad del instrumento entre evaluadores.

Tabla 5. Promedio de calificación de los dos evaluadores.

CALIFICACIÓN	No. DE HC	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA
EXCELENTE	23	11.4 %	7.3 – 16.6
BUENO	104	51.74 %	44.6 – 58.8
ACEPTABLE	70	34.8 %	28.2 – 41.8
INSUFICIENTE	4	1.9 %	0.5 – 5.0

Los resultados de evaluar el acuerdo o concordancia entre los dos evaluadores por medio de los límites de acuerdo de Bland y Altman, comparando los porcentajes promedio de cumplimiento y sus diferencias entre los evaluadores para cada una de las historias clínicas se muestran en la Tabla 6.

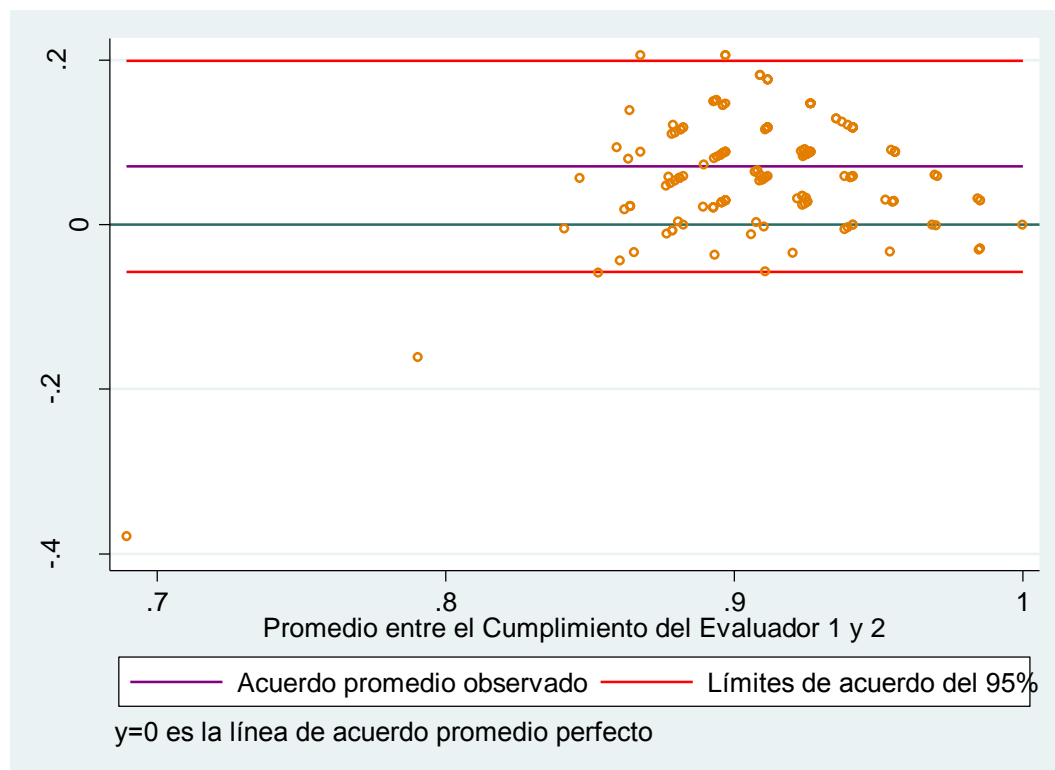
Tabla 3. Límites de acuerdo de Bland y Altman del 95%.

Diferencia Promedio	Desviación Estándar de la diferencia	Límites de Acuerdo de Bland y Altman del 95%	
7,1%	6,6%	-5,8%	19,9%

Como vemos en la tabla anterior la diferencia promedio de los puntajes entre los dos evaluadores fue de 7,1% (IC95% -5,8 ; 19,9%), A pesar de considerarse una concordancia aceptable, una diferencia del 7% o del 19% puede cambiar la categoría de cumplimiento, modificando considerablemente la toma de decisiones, ya que se puede pasar por ejemplo de una calificación aceptable a excelente, lo cual en la práctica se consideraría una diferencia importante.

Adicionalmente, vemos en la Figura 2, que los puntos caen en su mayoría entre los intervalos de confianza, indicando algo de homogeneidad de las diferencias, a pesar de la magnitud de la misma. También vemos que uno de los evaluadores obtuvo en algunos casos puntuaciones mayores, comparado con el otro evaluador, esto indicado en la distribución de los puntos y la diferencia positiva.

Figura 2. Gráfica de los límites de Acuerdo de Bland y Altman con IC del 95% para las diferencias de los puntajes de los dos evaluadores.



Al evaluar el acuerdo entre evaluadores por medio del estadístico Kappa por, las tablas de contingencia presentaron valores de cero en algunas de sus celdas, haciendo imposible la estimación del acuerdo de esta forma.

De acuerdo con los resultados del estudio, se presentó un informe a la IPS sobre las calificaciones obtenidas en las evaluaciones de las historias clínicas, así mismo se plantearon los siguientes mecanismos que deben ser tenidos en cuenta para garantizar un adecuado diligenciamiento de la historia clínica conforme a los lineamientos y exigencias de la resolución 0412 de 2000:

- Capacitar al personal sanitario en el manejo de la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo.
- La plantilla o formato de registro de la historia clínica debe diseñarse de acuerdo con la norma técnica para detección de alteraciones del embarazo.
- Realizar evaluaciones periódicas a la calidad del registro de las historias clínicas, para lo cual podría ser utilizado el instrumento propuesto en este estudio, que permita detectar las desviaciones en el proceso de registro y retroalimentar al personal sanitario.

Se propone como instrumento de evaluación de la historia clínica prenatal, el formato diseñado para realizar el presente estudio, en el cual se tuvo en cuenta las exigencias de la resolución 0412 de 2000. Anexo 1.

6. DISCUSIÓN

La identificación de los problemas de calidad o de los aspectos objeto de monitoreo pueden hacerse a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales están; las directrices administrativas, los informes de gerencia, las entrevistas o las encuestas a los proveedores de los servicios, los análisis de los procesos claves de la entidad, los registros regulares de la organización, la observación directa, las evaluaciones de gestión o de calidad que se realicen en la empresa y la información resultado de un proceso de referenciación competitiva.

La historia clínica hace parte de los registros reguladores de una institución prestadora de servicios de salud y es una fuente de información, de gran importancia, la misma 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 procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado, con características como integralidad, secuencialidad, racionalidad, disponibilidad y oportunidad, todas estas necesarias para evaluar la calidad de la prestación de los servicios, así como del quehacer de los profesionales de la salud, frente a las actividades y procedimientos realizados de acuerdo a los protocolos y guías de manejo diseñados para actuar en determinada situación de salud-enfermedad.

Contar con un instrumento en las instituciones prestadoras de servicios de salud, que periódicamente pueda ser aplicado, permitiría determinar los posibles errores en el diligenciamiento, ya que una historia clínica bien diligenciada permite identificar factores de riesgo que son definidos como aquellas situaciones que directa o indirectamente pueden afectar el estado materno fetal. La detección temprana de dichos factores y su manejo adecuado pueden modificar o prevenir un pobre resultado perinatal y un buen cuidado prenatal es una de las estrategias más importantes para disminuir la mortalidad materno-perinatal.

En el presente estudio podemos observar que el 63% de las historias clínicas evaluadas obtuvieron calificaciones entre bueno y excelente. Un requisito mínimo de calidad es una historia prenatal única, completa, de fácil elaboración, que permita cuantificar el riesgo de la gestante y que brinde la posibilidad de conocer las estadísticas de cada institución para modificar conductas de manera que se garantice el mejoramiento continuo de la atención en salud.

Adicionalmente se observó que uno de los dos evaluadores dio mayor puntaje en la calificación de las historias clínicas, lo cual puede deberse a inconsistencias en la estandarización de criterios previos a la aplicación del instrumento, experiencia en el manejo del programa de control prenatal.

La importancia de diseñar y utilizar instrumentos estandarizados, reproducibles y válidos que permitan evaluar la calidad del registro de las Historias clínicas prenatales, generan seguridad en las medidas tomadas y en los resultados de las evaluaciones, pues de ello depende el diagnóstico precoz de alteraciones susceptibles de intervención por parte del personal de salud, con lo cual se promueve la aplicación de estrategias de intervención más específicas.

En los resultados de los límites de acuerdo de Bland y Altman vemos que la diferencia promedio puede hacer que al ser evaluada la historia clínica por diferentes personas, usando el mismo instrumento de evaluación, se corre el riesgo de pasar de una calificación a otra muy fácilmente, por ejemplo, de aceptable a excelente, lo cual podría afectar la toma de decisiones respecto a la calidad del diligenciamiento de la historia clínica.

Una mayor estandarización y unificación de los criterios de evaluación, podrían mejorar el desempeño del instrumento, ya que las diferencias encontradas entre las calificaciones de los evaluadores pueden estar relacionadas con la falta de entrenamiento y unificación de criterios entre ellos, así como la experiencia que cada uno tenga en el manejo de programa.

Estudios relacionados que evaluaron la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria en Nicaragua; muestran que el área Rural el 47.5% de las historias clínicas evaluadas obtuvo un buen llenado de datos y en el área Urbana 37.5% de las historias clínicas evaluadas tuvieron un buen llenado de datos, no se obtuvo resultados de mala calidad de llenado de la historia clínica en dicho estudio (23).

Otro estudio realizado en México, el cual buscaba evaluar la atención prenatal que proporciona el médico familiar a las gestantes, basándose en la norma oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, tomando como referencia los registros de las historias clínicas de las embarazadas que acudieron a la clínica de medicina familiar, dio como resultado una calificación de atención prenatal inadecuada en el cual 4 de las nueve variables fueron realizadas satisfactoriamente y 5 de manera inadecuada.(30)

En el presente estudio se evidenció adecuado diligenciamiento de la historia clínica de control prenatal aunque se encontró la presencia de historias que obtuvieron un resultado insuficiente 4 (1.9%), no obstante esto puede estar influenciado por; el nivel de exigencia, la estandarización de criterios para la aplicación del instrumento por los evaluadores y las variables tenidas en cuenta.

Sin embargo, la importancia de la identificación de variables diligenciadas inadecuadamente o no diligencias es uno de los aspectos más importantes debido a su influencia en la toma de decisiones durante la atención prenatal. Por motivos como este se resalta la importancia de realizar evaluación de la calidad de la historia clínica prenatal, la creación de instrumentos de evaluación de manera que se fortalezca la atención y se optimice los recursos del sistemas de seguridad en salud brindando a las gestantes controles que incluyan aspectos mínimos establecidos en normas nacionales.

Se recomienda tener en cuenta para este tipo de estudios el número de evaluadores de las historias clínicas y las dificultades que pueden presentarse para su capacitación de manera que se garantice un alto nivel de estandarización de criterios en la aplicación del instrumento de evaluación.

El tipo de registro en la historia clínica que puede ser diligenciada a mano o registrada en medio electrónico, puede afectar la calidad del registro de la historia clínica; con los registros realizados a mano, se corre el riesgo de no diligenciar todos los ítems de la historia clínica, así como la dificultad en la legibilidad y lectura de la misma, con el registro electrónico, a pesar de que este no permite avanzar sin diligenciar todos los ítems, se pueden encontrar inconsistencias entre la información que requiere el ítem y la información que se registra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Informe sobre la salud del mundo en el 2005, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Bol Of Sanit Panam 1991; 110(5):448-454.
3. Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil 2003).
4. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 0412 de febrero 25 de 2000. Firmado Virgilio Galvis Ramírez. Ministro de Salud.
5. Centro Latinoamericano de Perinatología. Incidencia de bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en America Latina. Salud Perinatal 1983; 1: 3-6.
6. Moreno A. Mortalidad Perinatal y Materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1990; 41 (1): 33-38.
7. Uriza G, Barragán E. Mortalidad Perinatal. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 1986; 37 (2): 91.

8. Pazmiño S. Mejoramiento continuo del programa de atención prenatal en Instituciones del Seguro Social y de la Secretaría de Salud de Cali. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48 (1): 39-46.
9. Pazmiño S, Amastha F, Perdomo C y col. La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 1998; 49 (4): 190-195.
10. Rojas O. Colombia: Perfil de salud reproductiva 1990. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 1991; 42 (4): 279-284.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 1995 de julio 8 de 1999. Firmado Virgilio Galvis Ramírez. Ministro de Salud.
12. Quintero C. Identificación y control del embarazo normal y de alto riesgo. En: R. Cifuentes, ed. Obstetricia de alto riesgo, cuarta edición, Cali: Aspromédica XYZ Impresores Ltda., 1994: 83-93.
13. Jaramillo I, Palomino A, Pasmíño de Osorio, Pinzón F. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología 2001; 52: 33-42.
14. Donadebian A., La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

15. Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria. Medal M.L.
16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto N° 1011 de abril 3 de 2006. Firmado Álvaro Uribe Vélez. Presidente de la República.
17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Imprenta Nacional de Colombia.
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Imprenta Nacional de Colombia.
19. Kozier B, Erb G, Blais K. Conceptos y temas a la práctica de enfermería. México: Editorial Interamericana, 2ª edición, 1995.
20. Nieswiadomy, Rose Marie, foundations of nursing Research. Stamford CT: Appleton and Lange, Third edition, 1998.
21. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw-Hill, 4ª - 6ª Edición, 2000.
22. Orozco LC. Validez y reproducibilidad. Editorial. Revista Salud UIS 2007; 39(2):75-76.

23. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Revista Colombiana de Psiquiatría 1998; 17(2):121-130.
24. Latour J, Abraira V, Cabello JB, López J. Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición. Revista Española de Cardiología 1997;50:117-128.
25. Sánchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. Revista de Salud Pública 2004;6(3):302-318.
26. Perez A, Rodriguez N, gil JFA, Ramirez GA. Tamaño de la Muestra. Un programa sistematizado para estimar el tamaño de la muestra requerido para diseños de investigación. V 1.1. Registro del Ministerio de Relaciones Exteriores, Dirección Nacional de Derechos de Autor. Libro 13 Tomo 7 Partida 063, Feb 20, 2001. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia; 2001.
27. Bartko JJ. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. Psychological Report 1966; 19:3-11.
28. Fernandez S.P, Pertegas D.S. La fiabilidad de las mediciones clínicas: el análisis de concordancia para variables numéricas. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. La Coruña (España).
29. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Resolución No. 008430 de octubre 4 de 1993.

30. Vasquez E, Boschetti B, Monroy C. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar 2005; Vol.7 (2)57-60.

ANEXOS

Anexo 1.

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE UNA IPS.

FECHA DE EVALUACION:		NUMERO DE HISTORIA CLINICA		
IPS:				
DEPARTAMENTO:				
MUNICIPIO				
Numeral	ITEM	SI	NO	NA
1	Verifique mediante observación que se registraron los siguientes datos Generales:	SI	NO	NA
1	Nombres y Apellidos de la Paciente.			
2	Documento de Identidad.			
3	Edad.			
4	Raza.			
5	Nivel Socioeconómico.			
6	Nivel Educativo.			
7	Estado Civil.			
8	Ocupación.			
9	Régimen de Afiliación.			
10	Dirección.			
11	Teléfono.			
2	Verifique mediante observación que se registraron los Antecedentes:	SI	NO	NA
12	Antecedentes Personales.			
13	Antecedentes Obstétricos.			
14	Antecedentes Ginecológicos.			
15	Antecedentes Familiares.			
16	Gestación Actual.			
17	Condiciones Psicosociales.			
3	Verifique mediante observación que en el examen físico se registraron los siguientes datos:	SI	NO	NA
18	Medidas antropométricas: (Talla – Peso – Altura Uterina)			
19	Estado Nutricional: (Verifique que se utilicen las tablas de ganancia de peso y altura uterina)			
20	Signos Vitales: (Pulso – Respiración – Temperatura – Tensión Arterial)			
21	Examen físico por sistemas (Cefalocaudal incluida cavidad oral)			
22	Valoración Ginecológica			
23	Valoración Obstétrica.			
4	Verifique que se hayan solicitado y Registrado los siguientes Paraclínicos:	SI	NO	NA
24	Primer trimestre: Hemograma, hemoclasificación, serología, Uroanálisis, glicemia.			
25	Segundo trimestre: Uroanálisis, Prueba para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos y detección de diabetes pregestacional, ecografía obstétrica			
26	Tercer trimestre: Uroanálisis y la serología según el riesgo.			
27	Frotis de flujo en caso de leucorrea			
28	Citología cervical			
29	Prueba Elisa para VIH y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie)			
5	Verifique que se hayan formulado y Registrado los siguientes micronutrientes:	SI	NO	NA
30	Formulación de 60 mg/ día de sulfato ferroso mensualmente.			
31	Formulación de 1mg/ día de ácido fólico mensualmente durante toda la gestación			
32	Formulación de calcio durante la gestación (hasta completar 1200 - 1500mg).			
6	Verifique que se haya Registrado la siguiente información:	SI	NO	NA
33	Verifique que se realicen los controles de manera mensual por médico y/o enfermera			
34	Verifique que se brinde educación a la gestante, compañero y familia.			
RESPONSABLE DE LA AUDITORIA:		REPRESENTANTE DE LA IPS:		
CARGO:		CARGO:		

AL EVALUAR CADA ITEM SE DEBE MARCAR CON "X" SEGÚN CORRESPONDA:

CUMPLE: SI

NO CUMPLE: NO

NO APLICA: NA