

AUDITORIA DEL DESEMPEÑO EN EL REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLINICAS POR PERSONAL MEDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA, IPS SALUD CON CALIDAD CHARALA, SANTANDER

POR
SANDRA MILENA BELTRÁN CEDIEL
JENIFER MARYLIN SUÁREZ CARREÑO

PROPUESTA DE PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA, FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA DEL DESEMPEÑO EN EL REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLINICAS POR PERSONAL MEDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA IPS SALUD CON CALIDAD CHARALA, SANTANDER
BUCARAMANGA
2012

AUDITORIA DEL DESEMPEÑO EN EL REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLINICAS POR PERSONAL MEDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA, IPS SALUD CON CALIDAD CHARALA, SANTANDER

POR
SANDRA MILENA BELTRÁN CEDIEL
JENIFER MARYLIN SUÁREZ CARREÑO

PROPUESTA DE PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO 53,
PROMOCION 13 UNAB

UNIVERSIDAD CES- UNIVERSIDAD AUTONOMA, FACULTAD DE MEDICINA
AUDITORIA DEL DESEMPEÑO EN EL REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLINICAS POR PERSONAL MEDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA IPS SALUD CON CALIDAD CHARALA, SANTANDER
BUCARAMANGA
2012

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION:	3
1. OBJETIVO	6
1.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
2. METODOLOGIA	7
2.1 LEGIBILIDAD:	8
2.2 FORMATOS:.....	8
2.3 IDENTIFICACION:	8
2.4 ANAMNESIS	9
2.5 ANTECEDENTES:	9
2.6 EXAMEN FISICO.....	11
2.7 DIAGNOSTICO.....	11
2.8 CONDUCTA.....	11
2.9 IDENTIFICACION DEL PERSONAL:.....	13
BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	15
ANEXO No 1. PAPEL DE TRABAJO	16
RESULTADOS.....	19

INTRODUCCION

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos lo que constituye la historia clínica¹. Ésta debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en la entidad que presta los servicios de salud, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica¹.

La historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico, tratamiento y letra legible¹. Debe tener un formato unificado, tiene que haber una organización de los documentos y de ser posible unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.)¹.

La Historia Clínica: "Es el proceso que en forma escrita o impresa, organiza, sistematiza, interpreta y comprueba el conjunto de datos y procedimientos, que son obtenidos o dados, durante las diferentes etapas de la atención médica, comprende en forma integral; todos y cada uno de los aspectos de la salud y enfermedad de un individuo o grupo social"².

La Historia Clínica, evalúa todos los momentos de la atención médica y su importancia del diligenciamiento se resume así²:

1. Memoria dinámica de la atención médica².
2. Procedimiento valioso en el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente².
3. Proporciona información básica en la investigación científica sobre todo en los estudios epidemiológicos².
4. Contribuye a la evaluación de la atención médica, formación del personal, y a la planificación de la salud².
5. Es un procedimiento útil en la formación integral y continuada del médico y del personal de salud².
6. Es un documento histórico, de importancia médico legal².

Con el advenimiento de la Reglamentación dada por el Ministerio de Salud mediante el Decreto 2309 de 2002, donde se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, comprendido por sus cuatro componentes³: "Sistema Único de Habilitación", "La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud", "Sistema Único de Acreditación", "Sistema de Información para la Calidad".

El componente de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determina como básico en el Sistema Único de Habilitación³. Este debe ser implementado en todas las entidades prestadoras de Servicios de Salud del territorio Colombiano.

Con el desarrollo de procesos de auditoría médica se busca contribuir al desarrollo y optimización de calidad humana, técnica y administrativa de los servicios de salud prestados en la IPS SALUD CON CALIDAD, mediante la evaluación, análisis y mejoramiento continuo y sistemático de la prestación, enfocado principalmente en su organización, coordinación, proceso y resultado.

Se pretende aplicar un instrumento para evaluar el desempeño en el registro de las historias clínicas por el personal médico en el servicio de consulta externa en la IPS SALUD CON CALIDAD, según lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de la historia clínica y Resolución 1715 de 2005 (modificación de la anterior ley).

1. OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el desempeño en el registro de la historia clínica por el personal médico para la atención de servicios de salud en consulta externa, prestados en la IPS SALUD CON CALIDAD Charala, Santander, mediante la aplicación de una lista de chequeo donde se evalúa los ítems contenidos en la historia clínica dados por la normatividad del Ministerio de Salud mediante la Resolución 1995 de 1999.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Se pretende evaluar el registro de la historia clínica por el personal médico para la atención de servicios de salud en consulta externa, prestados en la IPS SALUD CON CALIDAD Charala, Santander, mediante la aplicación de una lista de chequeo que evalúa requisitos normativos.

2. METODOLOGIA

En la IPS SALUD CON CALIDAD, Charala, se atiende un promedio de 22 pacientes diarios, que le corresponden a un solo medico, con un total aproximado de 440 consultas mensuales.

Para obtener una 50% del total de las historias clínicas con calificación entre adecuado o superior, se tomara una muestra de 79 historias clínicas diligenciadas en un mes de consulta para obtener una significancia del 95%, durante el primer trimestre del año en curso.

Para la escogencia de la muestra se realizara una serie secuencial de consultas (440 consultas al mes) seleccionando al azar y de allí sacar el numero de historias clínicas a analizar (79 historias clínicas) de la IPS SALUD CON CALIDAD, Charala.

Para la evaluación de la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas la sumatoria de los Ítems evaluados es de 100 puntos (100%). Se utilizara para la evaluación de las historias clínicas los parámetros tenidos en cuenta para cada ítem:

- Si cumple con el criterio se asignara el puntaje descrito en el instructivo para cada ítem.
- Si no cumple con el criterio se asignará el mínimo puntaje (cero).
- Se clasifica con NA (NO APLICA), cuando no es necesario que el médico la haya incluido; estos ítems no son tenidos en cuenta en el promedio total del parámetro.
- Al evaluar los criterios de LEGIBILIDAD y de IDENTIFICACION, en caso de no cumplir con el requisito, se evaluara como INSUFICIENTE toda la historia clínica.

Menor del 70%	Insuficiente
Entre 71 y 80%	Deficiente
Entre 81 y 90%	Bueno
Entre 91 y 95%	Muy bueno
Mayor del 95%	Excelente

A continuación se mostrara la puntuación total de la evaluación de la historia clínica obtenida de la evaluación de cada uno de los ítems:

Se considera una historia clínica que cumple con los atributos de calidad, aquella que contiene las siguientes características sujetas a evaluación:

2.1 LEGIBILIDAD:

Para evaluar este parámetro, se tiene en cuenta si la escritura del médico es legible; en caso contrario se evalúa como mala en su totalidad (no se audita) y la calificación automáticamente es INSUFICIENTE. Si es legible se evalúa con 10 puntos.

2.2 FORMATOS:

- Cada hoja de la historia clínica de estar diligenciada en los formatos institucionales avalados y codificados.
- Se evalúa con 2 punto, si se encuentran registrados en los formatos institucionales, en caso de encontrarse hojas blancas o formatos que no correspondan a la versión actual se evalúa como cero.
- Se evalúa con 2 puntos, si la historia conserva un orden cronológico en su elaboración, en caso contrario se evalúa con cero.

2.3 IDENTIFICACION:

1. Cada hoja debe estar debidamente identificada: Nombre y apellidos del paciente como aparecen en el documento de identificación, número de historia clínica y dirección de residencia. Aplica para apertura de historia clínica de primera vez o en un periodo superior a 1 año.
 - Se evalúa con 6 puntos, si se encuentran registrados los 3 datos solicitados. Por cada afirmativo se asigna dos puntos. En caso de faltar se evalúa con cero.
 - Si no es diligenciado ninguno de los datos, se evalúa como mala en su totalidad (no se audita) y la calificación automáticamente es INSUFICIENTE.
2. Se registra Fecha y Hora de la atención Médica:
 - Se evalúa con 4 puntos, si se encuentran registrados los 2 datos solicitados, en caso de faltar alguno de ellos se evalúa con cero.

3. Se registra la Edad del paciente (años, meses, días):
 - Se evalúa con 2 puntos, si se encuentran registrada la edad en la historia clínica; en caso contrario se evalúa con cero.
4. Se registra causa de la atención: Enfermedad General, Seguro Obligatorio Accidente de Tránsito, Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, Promoción y Prevención:
 - Se evalúa con 1 punto, si se encuentran registrada la contingencia de la atención en la historia clínica; en caso contrario se evalúa con cero.

2.4 ANAMNESIS

1. Se describe la enfermedad actual relacionada con el motivo de consulta:
 - Se evalúa con 4 puntos, si la enfermedad actual se relaciona con el motivo de consulta; en caso contrario se evalúa con cero.
2. Se describen los síntomas asociados que pueden incidir en su condición de salud, revisión por sistemas:
 - Se evalúa con 5 puntos, si se encuentra el registro de la revisión por sistemas (aun si están ausentes se debe consignar esta condición); en caso contrario se evalúa con cero.

2.5 ANTECEDENTES:

1. Se registran los antecedentes personales del paciente: Patológico, Farmacológicos, Tóxico-alérgico y Familiares:
 - Se evalúa con 4 puntos, si se encuentran registrados los antecedentes enunciados en la primera consulta o se encuentran revaluados después de transcurrir 1 año de la primera consulta; de lo contrario se evalúa con cero. No se aceptan reportes con signos (+) o (-) se debe registrar la palabra negativo o describir cada uno de los antecedentes presentes.
 - Si es un control, durante el año posterior a la primera consulta se registrarán solo antecedentes nuevos; si no los hay, se evaluarán con no aplica.

2. Se registran los antecedentes quirúrgicos del paciente:
 - Se evalúa con 2 puntos, si se encuentran registrados los antecedentes enunciados en la primera consulta o se encuentran revaluados después de transcurrir 1 año de la primera consulta; de lo contrario se evalúa con cero.
 - Si es un control, durante el año posterior a la primera consulta se registrarán solo antecedentes nuevos; si no los hay, se evaluarán como no aplica.
3. Se registran los antecedentes del paciente: traumáticos y ocupacionales:
 - Se evalúa con 2 puntos, si se encuentran registrados los antecedentes enunciados en la primera consulta o se encuentran revaluados después de transcurrir 1 año de la primera consulta; de lo contrario se evalúa con cero.
 - Si es un control, durante el año posterior a la primera consulta se registrarán solo antecedentes nuevos; si no los hay, se evaluarán como no aplica.
4. Si es mujer, se registra en todas las consultas los antecedentes ginecobstétricos:
 - Se evalúa con 2 puntos, si se encuentran registrados los antecedentes Ginecobstétricos en todas las consultas, tanto primera vez como los controles, de lo contrario se evalúa con cero.
 - En hombres, se evalúa como no aplica.
5. En pacientes pediátrico, se registran los antecedentes: Perinatales, Inmunizaciones y alimentarios
 - Se evalúa con 2 puntos, si se encuentran registrados los antecedentes enunciados en la primera consulta o se encuentran revaluados después de transcurrir 1 año de la primera consulta; de lo contrario se evalúa con cero.
 - Si es un control, durante el año posterior a la primera consulta se registrarán solo antecedentes nuevos; si no los hay, se evaluarán como no aplica.
 - En pacientes adultos, se evalúa como no aplica.

2.6 EXAMEN FISICO

1. Se registran los hallazgos del examen físico: Signos vitales (se deben registrar mínimo cuatro: Tensión Arterial (mmHG), Frecuencia Cardíaca (latidos por minuto), Frecuencia Respiratoria (respiración por minuto) y Temperatura (°C).
 - Se evalúa con 6 puntos, si se encuentran registrados los 4 datos solicitados, en caso de faltar alguno de ellos se evalúa con cero.
2. Se registra el examen físico completo y apropiado para valorar la enfermedad actual. Se incluye medidas antropométricas (Talla en cm. y peso en Kg.)
 - Se evalúa con 6 puntos, si se encuentra el registro del examen físico que sea completo de acuerdo a la anamnesis; en caso contrario se evalúa con cero. No se acepta como registro de valoración de Examen Físico (+) o (-), se aceptarán como Normal o describir los hallazgos.

2.7 DIAGNOSTICO

1. El diagnóstico se ajusta al CIE10:
 - Se evalúa con 6 puntos, si se encuentra registrado el diagnóstico que corresponda al CIE10; de lo contrario se evalúa con cero.
 - Si el diagnóstico no aparecen completos (esto es, si acorde a la anamnesis y al EF deben incluirse diagnósticos secundarios y no solo el principal, y únicamente se registra este), la calificación dada corresponderá a la mitad de lo asignado en este ítem.
 - En la historia clínica sistematizada, este parámetro no aplica.

2.8 CONDUCTA

1. Se registran e interpretan los resultados de los exámenes solicitados:
 - Se evalúa con 5 puntos, si los exámenes solicitados se encuentran registrados e interpretados en la consulta posterior; de lo contrario se evalúa con cero.
 - Si no son enviados, se evalúa como no aplica.

2. Se describe el manejo no farmacológico recomendado:
 - Se evalúa con 4 puntos, si las recomendaciones no farmacológicas dadas al usuario se encuentran descritas en la historia clínica; de lo contrario se evalúa con cero.

3. Se registra un plan de tratamiento farmacológico en la historia clínica:
 - Se evalúa con 5 puntos, si los medicamentos enviados al usuario se encuentran registrados en la historia clínica; de lo contrario se evalúa con cero.

 - Si no son prescritos, se evalúa como no aplica.

4. Se registra el medicamento ordenado con nombre genérico, con su dosis y vía de administración:
 - Se evalúa con 5 puntos, si se registran en la historia clínica los tres aspectos mencionados de cada uno de los medicamentos formulados; de lo contrario se evalúa con cero.

 - Si no son prescritos se evalúa como no aplica.

5. Si el usuario lo amerita se registra la orden de remisión, motivo y se encuentra justificada.
 - Se evalúa con 3 puntos, si se registra la orden de remisión y esta es pertinente según el diagnóstico registrado en la historia clínica; de lo contrario se evalúa con cero.

 - Si no es enviada, se evalúa como no aplica.

6. Se encuentra registrada la remisión del usuario a programas Promoción y Prevención:
 - Se evalúa con 3 puntos, si se registrada la orden de remisión a programas de PYP (cuando por edad o condición del usuario requiera asistir a estos programas como mecanismo de demanda incluida); de lo contrario se evalúa con cero.

 - Si no cumple con los parámetros para ingreso a programas, se evalúa como no aplica.

7. Se diligencia consentimiento informado en caso de requerirse:

- Se evalúa con 2 puntos, si se registra en la historia clínica el consentimiento informado (cuando por condición del usuario requiera prueba de tamizaje para VIH, procedimientos quirúrgicos, inserción o retiro de Dispositivo Intrauterino, Implante subdérmico); de lo contrario se evalúa con cero.
- Si no se envía el examen, se evalúa como no aplica.

2.9 IDENTIFICACION DEL PERSONAL:

1. Nombre Completo legible del médico:

- Se evalúa con 4 puntos, si esta registrado y es legible el nombre y apellidos completos del médico tratante; de lo contrario se evalúa con cero.

2. Registro profesional:

- Se evalúa con 3 puntos, si esta registrado en la historia clínica; de lo contrario se evalúa con cero.

BIBLIOGRAFIA

- HISTORIA CLINICA, I. Castro, M. Gamez.
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2309 de 2002 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
<http://www.anestesianet.com/normasydecretos/Decreto2309.pdf>
- LA HISTORIA CLINICA, ANALISIS, PERSPECTIVA Y ALTERNATIVAS; Dr, Juan Almendares Bonilla, T.R.M Nelly Hernández, T.S. Coralia de Calderón. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1978/pdf/Vol46-1-1978-4.pdf>

Anexos

ANEXO No 1. PAPEL DE TRABAJO

NOMBRE DEL MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE

No HISTORIA CLINICA

	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5
LEGIBILIDAD					
FORMATOS INSTITUCIONALES					
IDENTIFICACION					
Nombre y apellidos del paciente					
Número de Historia Clínica (Documento de Identidad)					
Dirección de residencia					
Fecha y Hora de la atención Médica					
Edad del paciente (años, meses, días)					
Causa de la atención					
ANAMNESIS					
La enfermedad actual relacionada con el motivo de consulta					
Revisión por sistemas					
ANTECEDENTES					
Se registran los antecedentes personales del paciente: a. Patológico b. Farmacológicos c. Tóxico-alérgico d. Familiares.					
Registran los antecedentes quirúrgicos del paciente.					
Se registran los antecedentes del paciente: a. traumáticos b. ocupacionales.					

Si es mujer, se registra en todas las consultas los antecedentes ginecobstetricos.					
En pacientes pediátrico, se registran los antecedentes: a. Perinatales b. Inmunizaciones c. alimentarios					
EXAMEN FISICO					
Se registran los hallazgos del examen físico: Signos vitales (se deben registrar mínimo cuatro: T.A (mmHG), FC (latidos por minuto), FR (respiración por minuto), T° (°C).					
Se registra el examen físico completo y apropiado para valorar la enfermedad actual. Se incluye medidas antropométricas (Talla en cm. y peso en Kg.)					
DIAGNOSTICO					
El diagnostico se ajusta al CIE10.					
CONDUCTA					
Se registran e interpreta los resultados de los exámenes solicitados.					
Se describe el manejo no farmacológico recomendado.					
Se registra un plan de tratamiento farmacológico en la historia clínica.					
Se registra el medicamento ordenado con nombre genérico, con su dosis y vía de administración.					
Si el usuario lo amerita se registra la orden de remisión, motivo y se encuentra justificada.					

Se encuentra registrada la remisión del usuario a programas PYP.					
Se diligencia (existe la historia clínica) consentimiento informado en caso de requerirse.					
IDENTIFICACION DEL PERSONAL					
Nombre legible del medico					
Registro profesional					

RESULTADOS

- Durante el primer trimestre del año 2011 el personal médico que labora en la IPS Salud con Calidad, Charala presento una calificación en el rango de 87 y 91% que se califica como bueno.
 - En el mes de enero se encuentra un promedio de 87.3%.
 - En Febrero el promedio fue de 89.7%.
 - En Marzo del 91.3%.
- Los ítems que mayor calificación tuvieron en los tres meses fueron legibilidad, diligenciamiento en los formatos institucionales e identificación del personal médico que incluye el nombre y el registro profesional.
- El ítem en el que no se evidencio diligenciamiento en las historias clínicas fue la causa de la atención que forma parte de la identificación, se considera de gran importancia el diligenciamiento de dicho debido a que si existe algún tipo de demanda no hay evidencia de la causante de la consulta y el único responsable de seria la aseguradora.
- Se evidencia un adecuado diligenciamiento del motivo de consulta, enfermedad actual y revisión por sistemas.
- Se presenta un sesgo en la calificación de los Antecedentes Personales, debido a que se debe calificar en el valor real aun no concuerde con el paciente, es decir calificar con la puntuación del ítem en Antecedentes obstétricos en un paciente adulto mayor o pediátrico, sabiendo que eso no aplicaría hay.
- Los ítems de mayor puntuación en las historias clínicas del primer trimestre del 2011 fueron:
 - Legibilidad.
 - Formatos Institucionales.
 - Antecedentes Personales.
 - Identificación del Personal.
- Se considera que el diligenciamiento de la historia clínica durante el primer trimestre del año en curso por parte del personal médico en la IPS Salud con Calidad tiene un calificativo de Bueno.

- Podríamos considerar que el buen diligenciamiento en las historias clínicas de la IPS Salud con Calidad nos ayudaría a salvar responsabilidades Médico-Legales, solo que presenta una falencia en el diligenciamiento de la causa de la consulta.
- Se debería practicar evaluación trimestral del diligenciamiento de las historias clínicas en la IPS, pero el instructivo debería de ser específico para hombre, mujer, paciente pediátrico, debido a que se presente el sesgo en la calificación de los antecedentes y afecta en la calificación de las historias clínicas.
- Con el buen diligenciamiento de la historia clínica como documento legal le permite a la institución disminuir el número de glosas, debido a la adecuada justificación de cada procedimiento acorde con la patología.