



Calidad de registros. Revisión bibliográfica de auditoría de historias clínicas

Hospital Pereira Rossell

Montevideo-Uruguay

Abril-Octubre 2016

Alesandra Bonilla

Carmen Cuadro

Elena García

Jimena López

Bruna Rodríguez

TUTORA: Nancy De Olivera

Facultad de Medicina-UDELAR

Metodología Científica II

Contenido

Resumen	2
Palabras clave.....	2
Introducción	3
Objetivos	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
Metodología	4
Marco teórico	5
Importancia de la historia clínica y marco legal regulatorio en Uruguay	5
Auditoría, calidad de registros y su relación con la calidad asistencial	7
Antecedentes de auditorías de historias clínicas	9
Discusión.....	18
Conclusiones	18
Agradecimientos	19
Bibliografía	20
Anexos.....	1
Anexo 1: Protocolo propuesto para el estudio de los aspectos formales de la historia clínica, del artículo: “Evaluación de la calidad de las historias clínicas”	1
Anexo 2: Normas para valorar la historia clínica, del artículo: “Evaluación de la calidad de las historias clínicas”	2
Anexo 3: Ítems evaluados en la “Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención en Salud”, del artículo “Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013”	3
Anexo 4: Contenidos de la historia clínica valorados en el artículo: “Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna”	4

Resumen

El presente trabajo es una revisión bibliográfica acerca de los elementos fundamentales que constituyen la historia clínica, el marco legal vigente en el Uruguay que rige los registros y las publicaciones en las cuales se evalúa la calidad de los mismos en forma de auditoría de historia clínica. Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en los medios electrónicos disponibles y se contactó Instituciones Nacionales y referentes idóneos en el tema de historia clínica. Si bien son muchos los resultados que hacen referencia a auditorías de historias clínicas, son pocos los estudios publicados que la evalúen como instrumento en sí mismo, aunque es un medio ampliamente usado para valorar patologías o aspectos de la calidad asistencial. A nivel nacional, pese a la amplia normativa que rige el control de los registros clínicos, no se encuentran publicaciones al respecto.

Palabras clave

Historia clínica, registros clínicos, auditoría, calidad.

Introducción

La historia clínica es un documento esencial para la práctica clínica, además de oficiarse como instrumento de aprendizaje. Existen evidencias de la práctica de la medicina ya en la mitología griega, y las primeras historias clínicas completas se encuentran en los libros Las Epidemias I y III del corpus Hipocraticum. Con el tiempo estos registros han ido evolucionando. A lo largo del siglo XVIII se va perfeccionando, en el siglo XX se convierte en multidisciplinaria, hasta llegar al siglo XXI donde se introduce la informatización de los registros clínicos(1).

En la actualidad la historia clínica es considerada un documento médico-legal de gran importancia en la práctica médica ya que *“Es un reflejo de todas las actuaciones médico-sanitaria con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición”*. A su vez hay varios tipos de historia clínica, ya que la misma puede ser única o múltiple, manuscrita, electrónica o imagenológica(2)(3) y debe ser realizada de manera rigurosa, conteniendo todos los detalles que permitan el cumplimiento de sus funciones(4).

En el modelo de atención caracterizado por una relación médico-paciente directa y biunívoca, la historia clínica era un medio de comunicación en sentido longitudinal y utilizado como ayuda memoria. En la actualidad además incorpora la comunicación en sentido transversal entre todo el personal de salud que puede intervenir en la asistencia del paciente en cualquier momento(3).

Según la Real Academia Española, se define auditoría como *“Revisión sistémica de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que ellas deben someterse”*(5).

Un sistema de auditoría debe estar diseñado para que se cumplan los estándares de calidad y que ningún proceso que se encuentre fuera de lo establecido sea pasado por alto por la administración. Por esto la auditoría asegura que las operaciones diarias concuerden con los objetivos generales que establece la administración, viéndose en el alcance de las metas fijadas, además de permitir el desarrollo de tareas de rutina que faciliten el control y evaluar estándares o medidas de desempeño, permitiendo su implementación y comunicación(6).

La auditoría médica consiste en el análisis crítico y sistemático de la calidad de atención médica, en el que se incluyen procedimientos diagnósticos y terapéuticos, utilización de recursos y los resultados obtenidos que repercuten en la resolución clínica y la calidad de vida del paciente(7).

Objetivos

Objetivo general

El propósito del presente trabajo es realizar una búsqueda de las publicaciones nacionales, regionales e internacionales en referencia a las auditorías de historias clínicas, la relevancia de las mismas y su impacto en la calidad de los registros.

Objetivos específicos

Conocer el marco legal regulatorio que rige la auditoría de historias clínicas en el Uruguay.

Evaluar en qué consiste la auditoría relacionada a la práctica médica, la calidad de los registros y su relación con la mejora de la calidad de la asistencia.

Realizar una búsqueda bibliográfica de publicaciones de auditorías de historias clínicas en Uruguay, la región y el mundo.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintos buscadores (PubMed, LILACS, SciELO, Y Timbó) utilizando los términos historia clínica, registros médicos, auditoría y calidad (en inglés se utilizó clinical records, clinical history, clinical registries, audit and quality).

Se contactó al Sindicato médico del Uruguay (SMU) y al Ministerio de Salud Pública (MPS) para obtener información de la temática a nivel nacional.

Se consultó a la directora de la carrera Licenciatura en Registros Médicos de la Escuela de Tecnología Médica (EUTM), profesora agregada Lic. Saadia Zawadzki y al profesor agregado de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Dr. Claudio Raboti acerca del tema.

Marco teórico

Importancia de la historia clínica y marco legal regulatorio en Uruguay

Si bien hay varias definiciones de historia clínica desde los diferentes enfoques (gramatical, jurídico-legal y médico-asistencial), cabe destacar la definición del MSP: “*La historia clínica es un conjunto de documentos, inalterables e indestructibles, donde se encuentran todos los datos relativos a la evolución del estado de salud de un paciente desde el nacimiento hasta la muerte. Allí podemos encontrar detalles sobre síntomas, enfermedades, tratamientos recientes o pasados, intervenciones quirúrgicas, antecedentes familiares del paciente entre otros*”(8).

En Uruguay las normas jurídicas que refieren específicamente a la historia clínica constituyen un conjunto de disposiciones dispersas y heterogéneas en cuanto a su jerarquía y su ámbito de aplicación, y se enmarcan dentro del Código de Ética Médica del SMU, Código de Ética Médica de la Federación Médica del Interior (FEMI), y los decretos y ordenanzas del MSP(9).

Ya en el año 1984 en el Uruguay y con la necesidad de regular la organización de los registros clínicos, en el marco de la Ordenanza N° 33/84: Normas para el funcionamiento de los registros clínicos de las Instituciones médicas de asistencia colectiva (IMAC) y características de las historias clínicas, surge por parte del MSP la obligatoriedad de las instituciones asistenciales de contar con unidades de registros clínicos, se enlistan los contenidos básicos que deben tener estos registros para evaluar el nivel asistencial y garantizar su calidad. Comprende todos los datos registrados por orden cronológico que abarquen la atención médica de internación y consulta externa, debiendo procurarse que sea única y centralizada:

- Número de historia clínica de cada afiliado (aquel que se le otorgue al mismo en el "padrón del afiliado").
- Deberá contener como mínimo la siguiente documentación asistencial (ambulatoria y de internación) que se incluirá según el tipo de paciente (médico, quirúrgico, odontológico, etc):
 - Examen de ingreso a la Institución (si se hubiere realizado)
 - Policlínica
 - Controles periódicos preventivos
 - Ficha odontológica
 - Identificación, anamnesis y examen físico
 - Evolución clínica

- Indicaciones médicas
- Descripción operatoria
- Hoja de anestesia
- Gráficos de signos vitales
- Hoja de asistencia en cuidados especiales (intensivo, intermedio, etc.)
- Recuperación postanestésica
- Examen complementario (informe de todos los procedimientos y diagnósticos realizados)
- Hojas de asistencia en emergencia
- Toda otra documentación asistencial útil
- Informe de los estudios radiológicos, que serán archivadas de acuerdo al criterio que establezca la Institución
- Resumen de alta(10)

En el año 2008, por Ordenanza Ministerial N° 481, se aprueba una reglamentación en donde se define el programa de funcionamiento de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, dando un plazo de 6 meses a las instituciones de asistencia médica públicas y privadas para la creación de dichos comités. Se crea una Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA) compuesto por un equipo multidisciplinario, que entre otras, tiene la función de promover prácticas seguras en atención al paciente y su evaluación mediante la auditoría clínica, realizando en forma sistemática un control de calidad de los registros médicos mediante el análisis cuantitativos y cualitativos de las historias clínicas(11).

En la Ley N° 18.537 del año 2010 se establece la obligatoriedad de la realización de autopsias por un equipo de médico forense y patólogo a todo menor de un año fallecido con diagnóstico de muerte súbita e inesperada del lactante, creándose un Comité de Muerte Súbita del Lactante, donde entre otros documentos se utiliza la historia clínica como elemento de prueba(12).

En el 2012 dentro del contrato de gestión entre la Junta Nacional de Salud y las Instituciones prestadoras de servicios, se establecen las obligaciones asistenciales, de gestión y financiamiento de las mismas para formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dentro del ítem “Calidad de atención” se fija que cada prestador debe contar con un Comité de auditoría de Historias Clínicas, encargado de proponer a la Dirección Técnica de la Institución las mejoras a nivel cuanti y cualitativo, para asegurar su uso correcto y oportuno. Además se

solicita que la historia clínica sea unificada, promoviéndose su informatización y su llenado de acuerdo a los estándares requeridos por el MSP(13).

Auditoría, calidad de registros y su relación con la calidad asistencial

Auditoría Médica *"Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente"*(14).

En los sistemas de salud se usan varios términos como auditoría médica, auditoría clínica y auditoría del cuidado del paciente. Auditoría médica es la revisión del cuidado clínico de los pacientes, la cual es llevada a cabo por el personal médico. Auditoría clínica se refiere a la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por todos los profesionales de la salud, y la auditoría del cuidado del paciente es la revisión de todas las actividades en el servicio, las cuales tienen un efecto directo en el cuidado del paciente. El tipo de auditoría va a tener implicancias diferentes en cuanto a la actividad que se audita, el compromiso gerencial, el flujo de autoridad y sus aplicaciones. La auditoría debe ser un continuo para garantizar y mejorar la calidad asistencial. En este sentido la auditoría consta de la identificación del tema a ser auditado, establecer estándares, y verificar resultados y medición de calidad en relación a los mismos, con el fin de implementar los cambios necesarios para alcanzar el objetivo fijado. Para esto los médicos deben estar convencidos del valor de la misma(14).

La auditoría clínica puede representar una valiosa ayuda para cualquier programa que pretenda mejorar la calidad en salud, pero debe ser realizada con una estrategia coherente destinada a ese fin. Las principales barreras en auditoría clínica son la falta de recursos y experiencia, o consejos de expertos para la realización de proyectos de auditorías, la falta de un plan general para su realización y los impedimentos organizacionales. Por otro lado, actualmente se cuenta con ciertas facilidades para llevarla a cabo, como ser sistemas modernos de registro (por ejemplo registros electrónicos), entrenamiento efectivo y personal asignado a dicha función, tiempo asignado a dicho propósito y programas estructurados(15).

En la década de los 80 debido al aumento de los costos de la atención se generó una situación de crisis de los sistemas sanitarios, llevando a la necesidad de establecer prioridades sin descuidar los limitados recursos y teniendo en cuenta el encarecimiento de los mismos, pero procurando siempre mantener la calidad de la atención. Así, los sistemas sanitarios se basaron

en la experiencia de las empresas industriales en el manejo de las situaciones de crisis, aplicando su experiencia para mantener los estándares de calidad(16).

En el año 1980, Avedis Donabedian(17) definió calidad asistencial: *“Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”*. Posteriormente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que *“Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”*. De esta definición se desprende que la calidad de la asistencia puede medirse como el grado de cumplimiento de un objetivo, por lo que depende de cómo éste se defina. En 1991 la Organización Mundial para la Salud afirmaba que: *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*(18).

En Uruguay cuando se implementa el Sistema de Calidad basado en las normas ISO 9000, y/o mediante la aplicación del Modelo de Mejora Continua (MMC), varias organizaciones introdujeron mejoras en su gestión, permitiéndoles brindar productos y servicios de calidad. En el área de la salud este proceso ha sido lento, siendo pocos los centros sanitarios que adoptaron dichas estrategias para mejorar la calidad de atención(19).

El creciente número de quejas en el sector salud por casos de negligencia y mala praxis, generan la necesidad de implementar la auditoría médica para evaluar la calidad de atención y diseñar programas para alcanzar el objetivo de calidad. Auditoría Médica es la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada a tres componentes, según Avedis Donabedian: *“Estructura, Proceso y Resultado”*, que hacen parte del sistema de garantía de calidad de las instituciones que prestan servicios de salud”(20)(21).

Al momento de auditar, las historias clínicas deben poseer ciertas características, como ser registros precisos, legibles, explicativos, identificativos, deben poseer la identificación de quien la ha escrito y contener todos los datos referentes a la ficha patronímica del usuario. Debe tener fechas consignadas, ser sistemática y la información debe estar ordenada y completa. Además debe documentar la evolución diaria por lo que requiere un hilo conductor desde el momento en que el paciente es ingresado o visto en consulta, y hasta su egreso. Por otra parte

no debe contener alteraciones en las escrituras, abreviaciones no usadas de forma convencional ni inconsistencias internas o juicios de valor(22).

La completa evaluación de la historia clínica debe contener una revisión cuantitativa, en la cual se evalúa la presencia de ciertos documentos que deben estar contenidos en ella, así como su orden, y una evaluación cualitativa, donde se analiza su contenido en torno a información del paciente(23).

La revisión de las historias clínicas se puede clasificar según el momento de revisión, en retrospectiva (una vez finalizada la asistencia) o concurrente (mientras el paciente está siendo atendido). También se clasifican según su periodicidad de revisión, y el objetivo que se persigue: evaluar la calidad de los registros o evaluar la calidad asistencial. Hay varios protocolos disponibles para evaluar los aspectos formales de la historia clínica (Anexos 1 y 2)(24).

Antecedentes de auditorías de historias clínicas

Muchos han sido los esfuerzos por medir la calidad de la asistencia en salud. En la búsqueda realizada sobre auditorías de historias clínicas son pocos los resultados obtenidos.

No se cuenta con publicaciones nacionales sobre el tema, aunque sí se realizó una auditoría de los certificados de defunción en un hospital público de referencia (Hospital Maciel) entre octubre y noviembre de 2009(25). También se encuentran disponibles publicaciones sobre informes del Comité de Auditoría de Fallecidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el fin de conocer las causas de muerte y características de los niños fallecidos en dicho centro, de modo de poder prevenir aquellas muertes que sean evitables(26).

En 2011 se publicó en la Revista Médica del Uruguay un trabajo donde se evalúa la eficacia del triage estructurado en el departamento de urgencia del Sanatorio Americano. En este estudio se recolectó de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes que consultaron en dicho departamento en octubre de 2010, y posteriormente se realizó la auditoría retrospectiva de sus historias clínicas buscando parámetros que permitieran evaluar la efectividad del triage(27).

En la región, se han encontrado publicaciones en Perú, donde el Ministerio de Salud ha establecido pautas acerca de auditorías de calidad de atención en salud(28). Se encuentran disponibles auditorías de un centro de salud de primer nivel del Callao, donde en base a ciertos ítems evaluados (Anexo 3) se encontró que el 85,7% fueron calificadas como “historias por mejorar” y el resto resultaron aceptables. Dentro de las fallas se encontró el escaso registro de

medidas preventivas e higiénico-dietéticas. En los registros pediátricos se evidenció un llenado de la historia clínica deficiente, donde el tratamiento no farmacológico sólo estaba completo en el 15,6% y el farmacológico completo en el 24,5%. Se encontró bajo registro de hora de atención (45%) y letra legible (32%), ítems importantes dado el carácter de documento médico legal. A su vez se vio que el síntoma que motivó la consulta, el diagnóstico y tratamiento, así como el plan de trabajo, estaban presentes en aproximadamente el 90% de los registros, coincidiendo con otro estudio realizado en cuatro hospitales del Ministerio de Salud del Perú(29).

En la Clínica Centenario Peruano Japonesa entre 2010 y 2011 se auditaron 323 historias clínicas, utilizando una ficha que contenía 10 ítems: fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo y firma y sello del médico. Cada ítem fue calificado con 10 puntos, las que tenían un puntaje mayor o igual a 80 eran calificadas “aceptables” y las de menor puntaje como “falta mejorar”. El 63,8% de las historias tenía una calidad de registro “aceptable”, mientras que en 36,2% de historias, la calidad de registro “falta mejorar”. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en las historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro “falta mejorar” (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente)(30).

En otra auditoría llevada a cabo en consultorios externos de Pediatría General del Perú desde diciembre de 2003 a febrero de 2004, donde se incluyeron 384 historias clínicas, se encontró que el motivo de consulta, el peso y talla del paciente estuvieron presentes en todos los registros, la fecha, edad, y examen físico estuvieron presentes en más del 90% y el nombre y número de historia clínica en menos del 50%, mientras que las funciones biológicas y funciones vitales en menos del 20%. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%, mientras que el tratamiento farmacológico se encontró completo solo en 7,4%, y la identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%(31).

También en Perú, en el servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo, se realizó en 2006 una auditoría de las historias allí realizadas por los internos de medicina. Se evaluaron 380 historias aleatorias utilizando como herramienta la ficha de auditoría de la calidad del Ministerio de Salud del Perú (MINSa). De los resultados se obtuvo que el 100% registró la fecha y la edad del paciente, el 96,6% registró el sexo, en el 41,8% se registró los antecedentes patológicos, y el relato de la enfermedad actual fue incompleto en el 55,8%, mientras que en el 37,6% no mostró

secuencia cronológica. El examen físico fue incompleto en el 41,1% de las historias, el plan de trabajo estuvo presente en el 75,5%, y el diagnóstico presuntivo resultó incompleto en un 48,9% de los casos. El tratamiento se registró correctamente en el 94,7% y la letra fue legible en el 79,2%. El 93,9% de las historias contaba con el nombre del interno de medicina, y el sello y firma del médico a cargo figuraba en el 84,5%. De acuerdo a las normas MINSA el 28,7% de las historias fueron consideradas como aceptables(32).

El Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) es un organismo internacional del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), de carácter intergubernamental, al servicio de la región centroamericana, especializado en la administración pública. Realiza actividades en todo el territorio de América Latina y su sede permanente se encuentra en la ciudad de San José, Costa Rica(33). En 2008 realizó la publicación “EVALUACION Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE REGISTROS DE SALUD EN LA CLINICA DR. CLORITO PICADO”(34), en donde destaca que los registros en salud deben contar con herramientas de control por parte del Departamento de Registros de la clínica, ya que la calidad de la información es un requerimiento indispensable para el buen desempeño de las funciones de la organización, y es responsabilidad directa del personal de salud que la genera. Se trabajó con los funcionarios del centro, en especial los del Departamento de Registros Médicos, en base a la aplicación de cuestionarios sobre la capacitación y la importancia del control de los registros. El 95% consideró que era necesario realizar controles para verificar la calidad de la información, mientras que el 5% restante asumió que existían controles pero que no se aplicaban. Asimismo el 85% respondió no conocer los procesos escritos disponibles para el control de los registros, y 65% no realizaban los controles de manera uniforme, viéndose afectada la atención del usuario. Además la mitad de los funcionarios dijo no sentirse capacitado para realizar el control de los registros. Al final del trabajo se propone una serie de actividades para implementar un buen control de registros, que incluye entre otros la realización de guías informáticas, protocolizar los procesos, documentar los informes mensualmente, capacitación para los funcionarios y creación de métodos de conservación de información de manera digital(35).

En referencia a los datos informatizados, en el año 2013 en Australia, se publica dentro del estudio TORPEDO (Treatment Of cardiovascular Risk in Primary care using Electronic Decision SuppOrt) del cual participaron seis centros de salud, un artículo que correlaciona la utilidad de la extracción de datos de los registros clínicos en base a un programa informático especialmente diseñado, su correlación con los registros manuales, y su utilidad para detectar pacientes con riesgo cardiovascular. Se tomaron datos de pacientes que habían concurrido a

consulta por lo menos 3 veces en los 2 últimos años, y con una última visita en los 6 meses previos, que cumplieran con ciertos criterios de screening para riesgo cardiovascular. Se incluyeron registros de la patología actual y exámenes de laboratorio. De los pacientes seleccionados, se realizó auditoría de dichos registros por 12 meses, resultando en una mejora de la calidad de los mismos. Se vio que de 11 laboratorios, todos utilizaron correctamente los códigos de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, creatinina y HbA1c. Sin embargo en 4 de ellos se utilizaron códigos incorrectos para el estimado de excreción de albumina en 24 horas. En la auditoría de los registros manuales se encontraron diferencias en las formas de cálculo de filtrado glomerular para la insuficiencia renal. Se encontró consistencia entre los registros manuales y electrónicos, excepto en la codificación de la insuficiencia renal, aspecto que se corrigió en el programa informático(36).

En el estudio “Clinical Audits in a Postgraduate General Practice Training Program: An Evaluation of 8 Years’ Experience”, llevado a cabo entre 2004 y 2011, se entrenó a residentes programa de residencia de medicina familiar en la realización de auditoría médica, se les dio un tema a elegir y los mismos realizaron 133 auditorías. Posteriormente realizaron 165 cuestionarios de los cuales se revela que la mayoría comprende la importancia del proceso de auditoría, de la elección del tema y más de la mitad reconoce haber logrado un entendimiento de los pasos requeridos para su realización. Se vio que la mayoría de las auditorías se llevaron a cabo en relación al cuidado de pacientes diabéticos e hipertensos, debido a la alta prevalencia de estas patologías en Kuwait. Un hallazgo importante fue que todos los proyectos de auditorías mostraron mejoras en la segunda instancia de recolección de datos, lo que brinda al paciente beneficios en la asistencia. El 24,1% de los residentes expresaron haberse enfrentado a ciertas barreras a la hora de la realización de la auditoría, como ser dificultades al acceso de exámenes de laboratorio, falta de recursos prácticos y actitud negativa por parte de otros médicos. Los residentes mostraron un buen entendimiento de la importancia de la auditoría acerca de los servicios brindados, y mostraron la capacidad de mejorar los servicios brindados en los centros donde las auditorías se llevaron a cabo(37).

El proyecto HOPE (help oportunities for people everywhere) fundado en 1958, dedicado a proveer soluciones a los problemas de salud, con la misión de “ayudar a las personas a ayudarse a sí mismas” provee entrenamiento médico y educación en salud, y lleva a cabo programas de asistencia humanitaria en más de 35 países(38). En 2011 realiza una publicación con el objetivo de encaminar una reforma de salud en Estados Unidos (EEUU). Plantea como método usar bases de datos ya existentes, con lo que se disminuyen los costos, tiempos y esfuerzos en recolección de datos. Plantea que en vez de esperar a que el gobierno o el sector

privado cree bases de datos, se puede usar la información existente en sectores administrativos, laboratorios, registros clínicos y registros electrónicos, para medir la calidad de atención en salud. Una razón por la que esto no es llevado a cabo es la falta de registros electrónicos y la falta de protocolización en la recolección de datos. No hay mediciones en áreas críticas como la sobreutilización de recursos, cuán adecuados son los servicios brindados al problema del paciente y los costos que genera. En los estados de Colorado y Florida se han llevado a cabo planes piloto recabando la información de bases de datos como quejas de los pacientes, para medir la performance de los médicos. Los resultados sugieren que esta metodología es confiable. Si bien son planes piloto, se pueden expandir a otros lugares. Muchas de las mediciones que se conocen son obtenidas a partir de bases de datos administrativas, más que basarse en la historia clínica detallada. Unir ambos tipos de datos puede ser un buen método para aproximarnos a una medición en la calidad de asistencia. Esta metodología ha sido aplicada, por ejemplo mezclando información clínica de la Sociedad de Cirujanos de tórax y el Colegio Americano de Cardiología, con datos administrativos de Humana y UnitedHealthcare (compañías de seguros de salud de EEUU) permitiendo obtener información acerca de riesgos, resultados y costos de ciertas intervenciones cardiacas, dando la oportunidad de mejorar aspectos en el cuidado asistencial(39).

El National Center of Health Statics es la principal agencia de estadísticas en salud de EEUU. Provee información estadística para guiar acciones y políticas destinadas a mejorar la salud de los estadounidenses y presenta informes sobre natalidad, mortalidad, registros de traumas, cirugías, vacunaciones y uso de registro electrónico, entre otros(40).

En el caso de España, ya en el año 1988 se encuentra disponible una publicación sobre 6 años de auditoría de historias clínicas en atención primaria. Entre los años 1983 y 1985 se analizó una muestra del 2% de las historias clínicas correspondientes a 3 centros asistenciales, abarcando unidades docentes de ciertos departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria de España. El objetivo del trabajo fue evaluar el cumplimiento de ciertos parámetros considerados como significativos para la historia clínica: legibilidad, antecedentes familiares, patológicos, gineco-obstétricos, una toma de presión arterial (en mayores de 14 años) y síntesis de la lista de problemas del paciente. También se tomó en cuenta la ausencia de datos en 3 grupos: anamnesis, exploración física y lista de problemas y monitorización. Entre 1983 y 1985 se evidenció un incremento en la cantidad de información contenida en las historias clínicas, lo que se atribuyó a la implementación de un formato de historia semi cerrado. En la última auditoría realizada menos de un 30% de las historias clínicas mostraban ausencias en los indicadores de anamnesis y exploración física. Sin embargo el indicador de lista de problemas bajó a menos de

10% de ausencias en 1983, aumentando a un 23% en 1985. Los 3 centros participantes mostraron ciertas diferencias significativas estadísticamente en el cumplimiento de ciertos parámetros. Además se vio que las historias clínicas que habían sido realizadas de forma incompleta desde un inicio, permanecían con esas carencias a lo largo del tiempo. En la última auditoría de 1987 los indicadores tuvieron una pobre mejoría, y en algunos casos incluso empeoraron, lo que se atribuyó a distintos factores como falta de apoyo administrativo, aspectos relacionados a los profesionales encargados del llenado de la historia y factores relacionados a la población atendida en los centros(41).

En 1991 también se encuentra una publicación española donde se evalúa una muestra de historias clínicas en un centro de salud de Granada. Se trata de historias familiares, y se evaluó la calidad de registros en base al número de consultas anotadas, registros esenciales como ficha patronímica completa, nivel de instrucción, datos laborales, hábitos de riesgo, antecedentes personales y familiares, e interconsultas solicitadas o recibidas. Se tomó una muestra aleatoria de 606 historias clínicas familiares, y a su vez se realizó entrevistas personales o telefónicas a los pacientes para corroborar la exactitud de los datos. Entre 1986 y 1988 se vio que el porcentaje de registro de la consulta fue menor para medicina general (37,7%) en comparación con pediatría (52,3%) y enfermería (45%). Los datos de filiación del paciente estuvieron presentes en el 44,7% de los registros, mientras que el nivel de instrucción solo estuvo presente en un 8,4%, y los datos laborales en un 12,4%. Los hábitos de riesgo figuraban en un 26,3%, antecedentes familiares en 23,8% y personales en 37,6%. También se encontraron historias clínicas más completas en la especialidad de pediatría, y cuando la paciente era de sexo femenino. En cuanto a la corroboración de datos, fueron correctos en más del 95% en cuanto a antecedentes familiares, datos administrativos y laborales, mientras que hubo una correspondencia de 93,7% en el nivel de instrucción, un 91,5% en los antecedentes personales y 88,4% para los hábitos de riesgo. Se responsabiliza la falta de registro en las historias de las consultas a factores como presión asistencial y problemas organizacionales de los centros sanitarios, entre otros. También se destaca el bajo registro de datos esenciales, así como su registro incompleta (antecedentes personales no figuran o estaban incompletos en el 62,4% de las historias, y los hábitos de riesgo en el 73,6%). Además se concluyó que las historias clínicas abiertas de forma incorrecta tendían a permanecer con los errores con el paso del tiempo, pese a las consultas reiteradas de los pacientes(42).

En el Servicio de Urgencias del Hospital Nra. Sra. De Sonsoles (Avila), se realizó un estudio retrospectivo mediante el análisis de 120 informes de alta comprendidos entre enero y junio de 1993, obtenidos mediante muestreo aleatorio. Se analizaron 9 variables: fecha de

atención, identificación del paciente, motivo de consulta, pruebas complementarias comentadas, diagnóstico, tratamiento, pautas de revisión, identificación del facultativo y legibilidad. Dichas variables se analizaron como “*presentes*” o “*ausentes*”, y en base a esto se calificaron los informes como “*informe de alta correctamente cumplimentado*”. Del análisis se desprende que el 72,1% de los informes cumplía con las características de “*informe de alta correctamente cumplimentado*”. La fecha de alta e identificación del paciente estaban presentes en el 100% de los registros, el motivo de consulta en el 98,1%, las pruebas complementarias en 92,3%, el tratamiento en 91,3%, y las pautas de revisión en 88,5%. El 93,3% de los informes cumplió con el criterio de legibilidad y la identificación del personal sanitario figuró en el 80,8% de los mismos. Se destaca que la informatización de los registros atendidos en el Servicio es un factor explicativo para el alto cumplimiento del llenado de los datos patronímicos del paciente, a lo que se suma la utilización de una “pegatina” en las carátulas de las historias clínicas, donde constan datos administrativos del Servicio y del paciente. También se discute que el parámetro de legibilidad debe tener un peso específico como parámetro imprescindible, por la función de la historia clínica para el paciente y como medio de comunicación entre el equipo de salud, por lo mismo que es imprescindible la correcta identificación del facultativo. Se concluye la necesidad de auditoría de historia clínica de forma periódica, insistir en la importancia de la legibilidad y establecer un estándar de cumplimiento(43).

En un centro de salud rural-urbano de Valencia, entre setiembre de 1994 y agosto de 1999, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional para valorar el uso de las hojas de evolución y la calidad del registro diario de las consultas a demanda en atención primaria. Para esto se evaluó la consulta, no la historia clínica. Se incluyó un muestreo aleatorio de consultas de 5 médicos, evaluando el uso del SOAP (S: datos subjetivos, O: exploración, A: diagnóstico y P: planes). Además se evaluó sexo, edad, presión asistencial, número de pacientes citados con historia clínica, día de la semana, turno (mañana/tarde), presencia de anotación, legibilidad, quién anota (médico u otros) y tipo de encuentro (directo/indirecto). De los resultados se obtuvo que sólo un registro resultara ilegible. La anamnesis (S) estuvo presente en el $80 \pm 2,8\%$ de los registros, los datos de exploración y pruebas complementarias (O) en $56,1 \pm 3,4\%$, diagnóstico (A) en $43,1 \pm 3,4\%$ y los planes de actuación (P) en el $94,7 \pm 1,6\%$. Además se dividió en uso de SOAP completo o mínimo, encontrándose diferencias significativas entre los distintos médicos. Se vio que el SOAP completo tuvo mayor cumplimiento cuando el facultativo que anotaba no era el habitual ($48,2\%$ versus $30,7\%$ para el facultativo habitual)(44).

En centros de atención primaria de salud de Granollers se realizó un estudio transversal en 1999, donde se evaluó mediante auditoría interna y de forma retrospectiva, una muestra de historias clínicas de pacientes adultos. Se realizó un cuestionario con dos apartados: uno conteniendo datos sociodemográficos de los distintos centros de salud, y el otro con datos sanitarios como registro de presión arterial, colesterol plasmático, consumo de tabaco y alcohol, e índice de masa corporal (IMC). Sólo un 18,3% de las historias clínicas cumplía con el registro de todos los datos sanitarios, de los cuales el registro de la presión arterial fue el más presente (57,3%) y el IMC el menos registrado (39,8%). Los pacientes mayores de 65 años tenían registros más completos, así como las historias de pacientes de sexo femenino. También se evidenció que los médicos con formación en medicina familiar y comunitaria tenían mejores registros. Se concluyó que ciertas características relacionadas al médico y paciente están asociadas con registros más o menos completos y que existe gran margen de mejora en cuanto a la información registrada(45). También resalta la escasez de estudios hasta aquel momento disponibles, en los que se evalúe la información contenida en las historias clínicas de atención primaria y los factores determinantes de la misma(46).

La Gerencia de Atención Primaria de Murcia en 1999 incluyó 42 equipos de atención primaria en un estudio de intervención no controlado con el objetivo de evaluar y mejorar la presencia de datos esenciales en los registros clínicos a partir de la Normas Técnicas de la Cartera de Servicios de INSALUD(47): antecedentes personales, antecedentes familiares, alergias medicamentosas y lista de problemas. Se aplicó el método de aceptación de muestras por lotes, y se seleccionó por muestreo aleatorio simple un total de 294 historias clínicas. En una primera evaluación se obtuvo un cumplimiento medio de los parámetros del 78,7%, variando desde 84,0% para antecedentes personales, y 72,4% para antecedentes familiares. En una segunda evaluación se mejoró el cumplimiento a 89,6%, obteniendo máximos valores en el registro de antecedentes personales (2,2%) y mínimos en antecedentes familiares (85,7%), mejorando en todos los parámetros evaluados(48).

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Juan en Alicante, en 2007, realiza un estudio descriptivo y de intervención “antes/después”, donde incluye 186 historias clínicas, evaluando 16 ítems de su contenido (Anexo 4), con un análisis primario, y un segundo análisis 3 meses después, con la implementación de intervenciones (discusión de los datos obtenidos con los miembros del Servicio y elaboración de documentos de consenso en cuanto al contenido de la historia clínica). En la evaluación inicial los mejores registros se obtuvieron en los ítems indicación terapéutica e indicación de pruebas solicitadas (muy bien en el 94,6%). La mayor falta de registro se evidenció en torno a la anotación de alergias (muy mal

en 20%), identificación del médico (muy mal en 24,3%) y la información del paciente y sus familiares (muy mal en 72,1% de los registros). En la segunda evaluación y luego de las intervenciones se evidenció mejoría no estadísticamente significativa en la mayoría de los parámetros evaluados, con excepción del juicio clínico, y un empeoramiento con diferencia significativamente estadística en el registro de indicación terapéutica. Las mejorías más evidentes fueron en motivo de ingreso, hábitos vitales, alergias, exploración física y evolución. Los datos administrativos estaban ausentes en 32,4% de las historias, lo que se pudo explicar por asumir que eran datos recogidos por personal de otras áreas como la administrativa. También se encontró escaso registro en torno a la información brindada al paciente y la familia sobre su patología (presente sólo en 27,9%). En este artículo se destaca la existencia de estudios que relacionan la historia clínica con los controles de ciertas patologías, pero la escasez de artículos en donde se evalúe la calidad intrínseca de los registros clínicos(49).

Discusión

Luego de una búsqueda exhaustiva y con información de expertos en la materia, se evidencio que existe escasa bibliografía disponible sobre auditorías de historias clínicas en base a calidad de los registros, aunque se destacan las publicaciones de auditorías en torno a temas o ciertas disciplinas puntuales dentro de la medicina, y sobre todo en centros donde se utiliza la historia clínica electrónica. La informatización de los registros facilita el acceso a fichas completas, selección de datos, organización de los mismos y manejo a la hora del procesamiento de datos y obtención de conclusiones.

Pese a que la mayoría de los artículos encontrados en torno a la auditoría de registros médicos no eran en base a la historia clínica en sí misma, se evidencia su utilidad en cuanto a la obtención de datos epidemiológicos, seguimiento de pacientes y concientización por parte de los integrantes del equipo de salud de la importancia que tiene la historia clínica para el paciente y para ellos mismos en su labor diaria.

La mayoría de los artículos bibliográficos citados en el presente trabajo fueron publicados hace más de 10 años, debido a la escasez de material sobre el tema tratado, traduciendo la escasa trascendencia que el tema ha generado en los investigadores.

Conclusiones

A nivel mundial las publicaciones encontradas son en su mayoría en base a registros clínicos electrónicos, y se encuentran auditorías enfocadas a ciertas disciplinas o temas, Por ejemplo: seguimiento de pacientes con cierta patología, auditoría de fichas operatorias, auditoría de fichas odontológicas, auditoría de resultados de laboratorio, etc. Sin embargo no se encuentra gran número de publicaciones en las que se evalué la calidad del registro de la historia clínica en sí misma.

Con respecto a las publicaciones internacionales, se encuentran disponibles un gran número de auditorías de ciertas especialidades en base a aspectos asistenciales o para valorar el grado de control de ciertas patologías, pero no como elemento para evaluar la calidad de los registros, con excepción de España, en donde se realizaron estudios para valorar la calidad de registros pero sin ser comparables entre sí, ya que se evaluó distintos tipos de historias clínicas y distintos parámetros. Además en algunos de estos artículos se destaca la escasez de estudios que evalúen la calidad de los registros de la historia clínica.

A nivel regional se destaca la cantidad y calidad de trabajos particularmente de Perú, donde se aplica la normativa específica para la realización de auditorías de historias clínicas, y se encuentran publicaciones de varios centros asistenciales.

Pese a la extensa normativa que rige la auditoría de historias clínicas en Uruguay, no se encuentran publicaciones a nivel nacional que evidencie el cumplimiento de la misma, aunque se encuentran publicaciones de auditorías en Hospital Maciel, Pereira Rossell y Sanatorio Americano.

No se encuentran publicaciones en relación al análisis sistemático de la historia clínica como instrumento en sí mismo, sino como herramienta de evaluación de ciertas patologías.

Se considera que sería importante el lograr una sensibilización del cuerpo médico en relación a la importancia de la auditoría como una herramienta para la mejora de la calidad asistencial dando cumplimiento además a las normas vigentes en nuestro país.

Agradecimientos

A nuestra tutora, la Dra. Nancy De Olivera, por su tiempo y dedicación, y el constante apoyo en el desarrollo de este trabajo.

A la directora de la carrera Licenciatura en Registros Médicos de la Escuela de Tecnología Médica (EUTM), profesora agregada Lic. Saadia Zawadzki, por su tiempo y su buena disposición para brindarnos información en lo referente a los registros médicos.

Al profesor agregado de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Dr. Claudio Raboti, quien nos orientó en lo concerniente a los aspectos legales del tema, brindándonos información al respecto.

Bibliografía

1. Clínica G, Galega S, Interna DM. Historia de la historia clínica. 2012;73(1):21–6.
2. Almada HR. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. 2001;17:17–23.
3. Almada DHR, Pena DM de. Historia clínica : enfoque medicolegal desde la normativa vigente en Uruguay 1. 2000;
4. CASTRO I, GÁMEZ M. Historia clínica. :295–305.
5. Real Academia Española. DLE: auditoría - Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=4NVvRTc>
6. Gustavo Malagón-Londoño, Ricardo Galán Morera GPL. Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente. [Internet]. Panamericana. 2003. Available from: <https://books.google.com.uy/books?id=vJQKu8PU-sgC&pg=PA570&lpg=PA570&dq=Malagón-Londoño+Galán+Morera+R,+Pontón+Laverde+G.+Auditoría+en+salud.+Bogotá:+Editorial+Médica+Panamericana;+2003.&source=bl&ots=H3v9Z4rXCf&sig=KT0v>
7. Piscocoya J. Calidad de Atención en Salud a través de la Auditoría Médica [Internet]. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2000. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/cal_aten_salu.htm
8. Ministerio de Salud Pública. Tu historia clínica | Ministerio de Salud Publica - Republica Oriental del Uruguay [Internet]. 2013. Available from: <http://www.msp.gub.uy/noticia/tu-historia-cl%C3%ADnica>
9. CI NH. HISTORIA CLÍNICA Recopilación de la normativa ética y jurídica. :1–36.
10. Ordenanza 33/84 [Internet]. Available from: http://www.registrosmedicos.fmed.edu.uy/material/Contenidos/Ordenanza_33_84.html
11. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza 481 [Internet]. Uruguay; 2008. Available from: <http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/ord481.pdf>
12. Ley N° 18.537 [Internet]. Uruguay; 2010. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4012153.htm>
13. Contrato de gestión SNIS [Internet]. Decreto N° 81/2012 Uruguay; 2011. Available from: <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/contrato-de-gestión>
14. Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet]. 2000;11(3):107–12. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2.pdf>
15. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard a. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care. 2000;9(1):23–36.
16. Joseph M. Juran, Jesús Nicolau Medina MGB. Juran y el liderazgo para la calidad: manual para ejecutivos [Internet]. Barcelona; 1990. Available from: <https://books.google.com.uy/books?id=rZgoVdPhJCAC&pg=PA368&lpg=PA368&dq=juran+manual+para+directivos&source=bl&ots=d08I3T7RU3&sig=zgfhuzF8yGsy-kQpWaeW71fH3tk&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwih78nY->

- MPPAhUDDpAKHdSNDmUQ6AEIjAC#v=onepage&q=juran manual para directivos
17. Otero J, Otero MJ. AVEDIS DONABEDIAN Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 1919; Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZGMnqA1XwboJ:www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/auditoria-medica-2012/ANEXO19-UCA-DrFioravanti-AVEDIS-DONABEDIAN-CALIDAD-ATENCIÓN.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=uy>
 18. Suñol R. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Ponències i Jornades Rosa Suñol i Àlvar Net [Internet]. 1991;(3). Available from: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
 19. inacal. Calidad en las organizaciones de salud en Uruguay. Mejor La Calid En La Salud En Uruguay Proy “Libro Blanco” [Internet]. 2015;(Mmc):3–4. Available from: http://www.femi.com.uy/archivos_v/CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN URUGUAY para CMN.pdf
 20. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conf Magistral [Internet]. 1993;35(3):238–47. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5653/6165>
 21. Sánchez MJ. Auditoría médica. Rev Investig e Inf en Salud [Internet]. :52–4. Available from: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/AUDITORIA-Feb09.pdf>
 22. Zawadzki LS. Historia Clínica. In: II Jornadas Académicas de Registros Médicos Historia. 2007. p. 1–7.
 23. Velito A, Soriano S. La historia clínica como instrumento de calidad. 2010;26. Available from: <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La historia clínica como instrumento de calidad Tejada Velito.pdf>
 24. Renau J. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. 2001;10(1):32–40.
 25. Almada HR, Hugo D, Almada R, Ciriacos C, Piñeyría M. Calidad del registro en el certificado de defunción en un hospital público de referencia . 2010;
 26. Alberti DM, Fernández A, Ferrari AM, Gutiérrez C, Montano A. Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos . Hospital Pediátrico . Centro Hospitalario Pereira Rossell . 2008;79(3):241–5.
 27. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E, Paolillo E, Russi U, et al. Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2011;88–93. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200005&lang=pt
 28. Ministerio de Salud de Perú. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. [Internet]. Perú, Lima; 2005 p. 47. Available from: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Norma HC V02.pdf>
 29. Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Rev Peru Med Exp Salud Publica. Instituto Nacional de Salud; 2013;30(4):714–28.

30. Matzumura Kasano JP, Gutiérrez Crespo H, Sotomayor Salas J, Pajuelo Carrasco G, Carrasco GP. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An la Fac Med [Internet]*. 2014 Oct 13 [cited 2016 Oct 5];75(3):251–7. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9781>
31. PERATA SALAZAR M, LLANOS ZAVALAGA LF, CABELLO MORALES EA, MAYCA PÉREZ J. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. *Rev Medica Hered. Universidad Peruana Cayetano Heredia*; 2006;17(1):35–41.
32. Salas Pérez MD. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo: año 2006. s.n; 2011;
33. ICAP Costa Rica [Internet]. Available from: <https://www.icap.ac.cr/>
34. Gutiérrez JM. Dr. Clodomiro Picado Twight (1887-1944). *Acta Med Costarric*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>; 2010;52(1):4–5.
35. Herrera U, Vinicio O. Evaluación y control de los procesos de registros de salud en la clinica Dr. Clorito Picado. 2008;
36. Peiris D, Agaliotis M, Patel B, Patel A. Validation of a general practice audit and data extraction tool. *Aust Fam Physician [Internet]*. 2013 Nov [cited 2016 Oct 5];42(11):816–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217106>
37. Al-Baho A, Serour M, Al-Weqayyn A, AlHilali M, Sadek AAA. Clinical audits in a postgraduate general practice training program: An evaluation of 8 years' experience. *PLoS One*. 2012;7(9):5–10.
38. Project HOPE - Project HOPE [Internet]. Available from: <http://www.projecthope.org/>
39. Roski J, McClellan M. Measuring health care performance now, not tomorrow: Essential steps to support effective health reform. *Health Aff*. 2011;30(4):682–9.
40. CDC - NCHS - National Center for Health Statistics [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/>
41. Borrell Carrió F, Núñez Martínez B, Guerrero Desirré J, Babi Rourera P, Esteban Navarro J, Alvarado Montesdeoca CE. Auditoría de las historias clínicas de atención primaria: 6 años de experiencia. *Gac Sanit. Elsevier Doyma*; 1988;2(6):144–9.
42. En R, Antonio J, Mingorance A, Luis IJ, Morata G, Cavanillas B, et al. Estudio de la calidad de los registros en , un centro de atención primaria. :214–8.
43. Historia LA, Urgencias CDE, Manzano BDM, Guervós MS, Candía B, Hernández AB, et al. La historia clínica de urgencias. un parámetro de la calidad de la asistencia. 1997;9:31–4.
44. Lacombe JR, Vicente TJ De. Valoración del uso de las historias clínicas en consulta a demanda en atención primaria. 2000;115–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359300735477>
45. Soriano JS, Moreso JLP, Usar O. Historia clínica de atención primaria : calidad y

- factores asociados. Atención primaria [Internet]. Elsevier; 2001;28(8):535–42. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70444-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70444-1)
46. JM. Pepió i Vilaubía, ML. Queralt i Tomàsa, JL. Clúa i Espunya JP i M. ¿Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? | Atención Primaria. Atención Primaria [Internet]. 1997;Vol. 20. N. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-resumen-influye-el-genero-del-paciente-14585>
 47. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. 2001. 176 p.
 48. Ferrer JLL, Roca FA, Pedemonte MV, Cerezo JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria : una experiencia de evaluación y mejora. Atención primaria [Internet]. Elsevier; 2002;30(2):92–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78977-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78977-4)
 49. Wikman P, Safont P, Merino J, Baltanás AM, Amo MM. Revista Clínica Española Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna. Rev Clin Española [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2009;209(8):391–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2565\(09\)72343-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2565(09)72343-4)

Anexos

Anexo 1: Protocolo propuesto para el estudio de los aspectos formales de la historia clínica, del artículo: “Evaluación de la calidad de las historias clínicas”

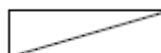
(24)

Tabla 1. Estudios aspectos formales historias clínicas

HISTORIA Nº	MÉDICO:.....	SERVICIO:.....			
HISTORIA Nº	MÉDICO:.....	SERVICIO:.....			
HISTORIA Nº	MÉDICO:.....	SERVICIO:.....			
1. Ordenación general de la HC					
2. Identificación del paciente en los documentos					
3. Identificación del médico en los documentos					
4. Hoja anamnesis con enfermedad actual y antecedentes					
5. Exploración física básica					
6. Comentarios y evaluación diaria médica					
7. Órdenes de tratamiento médicas					
8. Hojas de observación de enfermería					
9. Hojas de constantes de enfermería					
10. Informes de radiodiagnóstico					
11. Protocolo preoperatorio					
12. Hoja de anestesia					
13. Informe de cirujano sobre intervención practicada					
14. Informe de Anatomía Patológica sobre muestras					
15. Existencia de Informe de Alta (Si/No = 3/0)					
16. Grado de cumplimentación del Informe de Alta					

Valoración de cada ítem: Puntuación de 0 a 3
 Bien: 3
 Regular: 2
 Mal: 1
 No cumplimentado: 0
 No aplicable: Na

Suma de valores



Número de historias

Observaciones:

Anexo 2: Normas para valorar la historia clínica, del artículo: “Evaluación de la calidad de las historias clínicas”

(24)

Normas para la valoración de la historia clínica

1. Ordenación general de la HC:
Según el esquema designado por la Comisión de historias y vigente
 2. Identificación del paciente:
Si consta el nombre y apellidos y número de historia en todos los documentos.
 3. Identificación del médico:
Si consta el nombre y apellidos en todos los documentos.
 4. Hoja anamnesis:
Si existe dicha hoja cumplimentada y si al final se escribe con diagnóstico o diagnósticos diferenciales.
 5. Exploración física básica:
Si existe una exploración física.
 6. Comentarios y evolución diaria médica:
Si todos los días hay comentarios médicos, reflejo de un pase de visita.
 7. Órdenes de tratamiento médico:
Si existen diariamente.
 8. Hojas de observación de enfermería:
Si existen diariamente con anotaciones de la atención.
 9. Hojas de constantes de enfermería:
Si existen diariamente con la toma de datos clínicos.
 10. Informes de radiodiagnóstico:
Si existen o solo hay radiografías.
 11. Protocolo preoperatorio:
Si existe E.C.G., radiografía de tórax y analítica preoperatoria.
 12. Hoja de anestesia:
Si está cumplimentada o no.
 13. Informe del cirujano:
Si está cumplimentado o no sobre intervención practicada.
 14. Informes de Anatomía Patológica sobre muestras:
Si existen o no, siempre que se hayan remitido dichas muestras.
 15. Existencia de Informe de Alta:
Hay: 3 puntos
No hay: 0 puntos
 16. Grado de cumplimentación del Alta:
Debe constar:
 - Si está identificado el paciente y el médico responsable
 - Antecedentes
 - Anamnesis de enfermedad actual
 - Exploración clínica y complementarias
 - Tratamiento y evolución
 - Estado al alta
 - Diagnóstico principal
 - Procedimientos realizados
 - Consejos y medicación
-

Anexo 3: Ítems evaluados en la “Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención en Salud”, del artículo “Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013”

(29)

	N	(%)
Identificación de pacientes		
Número de historia/nombre completo*	91	(100)
Sexo	84	(92,3)
Fecha/lugar de nacimiento/domicilio*	88	(96,7)
Grado de instrucción/ocupación*	20	(22,0)
Religión	12	(13,2)
Etnia	6	(6,6)
Estado civil	28	(30,8)
Número de DNI	73	(80,2)
Enfermedad actual		
Fecha de la consulta	90	(98,9)
Motivo de consulta/síntomas principales*	85	(93,4)
Tiempo de la enfermedad	55	60,4)
Relato cronológico	40	(44,0)
Funciones biológicas	10	(11,0)
Antecedentes		
Fisiológicos	42	(46,2)
Inmunológicos	39	(42,9)
Patológicos	35	(38,5)
Familiares	19	(20,9)
Epidemiológicos	22	(24,2)
Exploración física		
Frecuencia cardíaca/respiratoria*	76	(83,5)
Presión arterial	81	(89,0)
Peso/Talla*	86	(94,5)
Estado general	31	(34,1)
Examen físico dirigido	72	79,1)
Diagnóstico		
Diagnóstico presuntivo/definitivo*	85	(93,4)
Uso del CIE 10	50	(54,9)
Tratamiento/Recomendaciones		
Nombre del medicamento	81	(89,0)
Dosis	66	(72,5)
Frecuencia de administración	61	(67,0)
Vías de administración	53	(58,2)
Medidas higiénico-dietéticas/preventivas*	15	(16,5)
Notas de evolución y otros		
Notas de controles/complicaciones*	78	(85,7)
Exámenes de laboratorio/radiológicos	77	(84,6)
Interconsultas	80	(87,9)
Identificación del médico tratante	88	(96,7)
Atributos de la historia		
Pulcritud	65	(71,4)
Registro de la hora de atención	41	(45,1)
Nombres y apellidos en todas las hojas	68	(74,7)
Letra legible	29	(31,9)
Sello y firma del médico	87	(95,6)

* Ítems agrupados por frecuencia similar

Anexo 4: Contenidos de la historia clínica valorados en el artículo: “Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna”

(49)

Contenido valorado	Muy mal	Mal	Aceptable	Bien	Muy bien
Legibilidad	Toda ilegible	Muchos contenidos ilegibles	Alguna palabra difícil	Lectura de corrido	Lectura de corrido muy rápida para cualquiera
Identificación del médico	No figura	Solo está la firma	Identificable con dificultad	Identificable	Muy fácil de identificar
Datos administrativos	No constan	Está solo la etiqueta	Solo etiqueta y teléfono	Etiqueta, teléfono y nombre de familiar de contacto	
Motivo de ingreso	Consta				No consta
Antecedentes personales	No constan	Médicos y quirúrgicos sin informar de hipertensión, diabetes ni dislipidemia	Médicos y quirúrgicos incluyendo los anteriores	Médicos y quirúrgicos con algunas fechas	Médicos y quirúrgicos con fechas del padecimiento e información sobre evaluaciones
Hábitos vitales (alcohol, tabaco, dieta y ejercicio)	No constan	Solo 1	2	3 o más de 3	
Alergias	Constan				No constan
Tratamiento previo	No consta	Manera genérica	Algunos	Todos con algunas dosis	Todos con todas las dosis
Enfermedad actual	No consta	Insuficiente para establecer juicio clínico	Aceptable pero faltan datos	Aceptablemente completa	Completa y minuciosa
Exploración física	No figura, es breve e incompleta	Breve e incompleta	Incluye aspectos claves pero de forma incompleta	Tiene aspectos claves y es completa	Completa y minuciosa
Juicio clínico	No figura	Está incompleto	Completo pero sólo referido a un proceso	Informa sobre todas las enfermedades del paciente	Incluye además datos de diagnóstico diferencial entre ellos
Indicación de pruebas solicitadas	Constan				No constan
Evolución (la evolución de los síntomas o los signos, el resultado de las pruebas, un juicio clínico actualizado y la actitud a tomar)	Consta		Consta 1-2		Constan 3-4
Indicación terapéutica completa y ordenada	Incompleta y/o desordenada	Incompleta y poco ordenada	Completa y ordenada pero faltan algunas indicaciones (vías, dosis)	Completa con todas las dosis pero desordenada	Bien completa, ordenada y con todas las dosis
Indicación terapéutica clara	Confusa		Aceptablemente clara		Muy clara
Información a paciente o familiares	Sí				No