

**AUDITORÍA A LA CALIDAD TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL  
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. PARA EL AÑO 2012**

**MARTA LUCÍA BASTIDAS MUTIZ**

**EMILCE BENAVIDES ORTEGA**

**JEINNER SANTIAGO MERA ESCOBAR**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA  
POPAYÁN  
2013**

**AUDITORÍA A LA CALIDAD TÉCNICA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL  
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. PARA EL AÑO 2012**

**MARTA LUCÍA BASTIDAS MUTIZ**

**EMILCE BENAVIDES ORTEGA**

**JEINNER SANTIAGO MERA ESCOBAR**

**TUTOR**

**CLARA IMELDA TORRES**

**UNIVERSIDAD EAN  
FACULTAD DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD  
POPAYÁN  
2013**


Popayán, 16 de septiembre de 2013

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Posgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación -IFI-, elaborado por **MARTA LUCIA BASTIDAS MUTIZ, EMILCE BENAVIDES**, estudiante de La especialización en "ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA" y **JEINER SANTIAGO MERA ESCOBAR** estudiante de la especialización "AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA" desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: "AUDITORIA A LA CALIDAD TECNICA DE LA HISTORIA CLINICA PARA EL AÑO 2012 EN EL HOPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E." cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la "Guía estandarizada de Investigación de la EAN" y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

  
**CLARA IMELDA TORRES ARTUNDUAGA**  
Docente Investigadora  
Asesor del Informe Final de Investigación

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>17</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>18</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>19</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
Objetivo general .....	23
Objetivos específicos.....	23
<b>1. MARCO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>24</b>
1.1. Reseña Histórica .....	24
1.2 Plataforma Estratégica .....	26
1.2.1 Misión .....	26
1.2.2 Visión.....	26
1.2.3. Valores Institucionales.....	27
1.2.4. Principios estratégicos .....	27
1.3. Portafolio de Servicios .....	28
1.4. Avances en el proceso de sistematización de la historia clínica.....	30
<b>2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO</b> .....	<b>32</b>
2.1. Ley 100 de 1993 .....	32
2.2. Resolución 2546 de 1998: .....	32
2.3. Resolución 0365 de 1999: .....	33
2.4. Resolución 1995 de 1999: .....	33
2.5. Resolución 4144 de 1999: .....	33
2.6. Resolución 1832 de 1999: .....	33
2.7. Resolución 3374 de 2000: .....	33

2.8. Decreto 1011 de 2006.....	33
2.9. Resolución 1043 de 2006 .....	33
2.10. Resolución 1445 de 2006: .....	34
2.11. Resolución 1446 DE 2006: .....	34
2.12. Ley 1122 de 2007 .....	34
2.13. Resolución 2680 de agosto 11 de 2007:.....	34
2.14. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. ....	34
2.15. Resolución 123 de 2012: Modificatoria del artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación.....	34
<b>3. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>35</b>
3.1. Auditoría para el mejoramiento de la calidad.....	35
3.1.1. Conceptualización del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.....	35
3.1.2. Las etapas generales de la auditoría, con enfoque conceptual sistémico .....	37
3.1.3. Autoevaluación para identificar los procesos objeto de la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud .....	42
3.1.4. Definición de prioridades .....	42
3.1.5. Definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios -----	43
3.2. La historia clínica .....	44
3.2.1. Estado de salud.....	44
3.2.2. Equipo de salud.....	44
3.2.3. Historia clínica para efectos archivísticos .....	
3.2.4. Archivo de gestión .....	45
3.2.5. Archivo central.....	45
3.2.6. Archivo histórico .....	45
3.2.7. Características de la historia clínica .....	46
3.2.8. Obligatoriedad del registro .....	47
3.2.9. Diligenciamiento .....	47
3.2.10. Apertura e identificación de la historia clínica.....	47
3.2.11. Numeración consecutiva de la historia clínica .....	48

3.2.12. Identificación del usuario .....	48
3.2.13. Registros específicos.....	48
3.2.14. Anexos.....	49
3.2.15. Obligatoriedad del archivo .....	50
3.2.16. Custodia de la historia clínica .....	50
3.2.17. Acceso a la historia clínica .....	51
3.2.18. Retención y tiempo de conservación .....	52
3.2.19. Seguridad del archivo de las historias clínicas .....	52
3.3. Importancia médico legal de la historia clínica .....	52
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>55</b>
4.1. Tipo de estudio .....	55
4.2. Población y muestra.....	55
4.2.1. Población.....	55
4.2.2. Muestra.....	56
4.3. Criterios de inclusión.....	57
4.4. Criterios de exclusión .....	57
4.5. Instrumento.....	57
4.6. Parámetros de evaluación .....	59
4.7. Indicadores de diligenciamiento de la historia clínica institucional .....	60
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>5.1. CÁLCULO DE LA MUESTRA PARA CADA PROCESO ASISTENCIAL.....</b>	<b>62</b>
5.1.1 Consulta externa .....	62
5.1.2. Urgencias .....	63
5.1.3. Cirugía .....	64
5.1.4. Hospitalización .....	65
5.1.5. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) .....	66
5.1.6. Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP).....	67
<b>5.2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>68</b>
5.2.1. Consulta externa .....	68
5.2.2. Cirugía.....	78
5.2.3. Urgencias .....	83

5.2.4. Hospitalización .....	97
5.2.5. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) .....	109
5.2.6. Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP) .....	122
5.3. Indicadores de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional – ICONTEC .....	135
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>136</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>138</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>1391</b>

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Servicios Ambulatorios -----	28
Tabla 2. Servicios Hospitalarios -----	28
Tabla 3. Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica -----	29
Tabla 4. Programas especiales -----	30
Tabla 5. Parámetros de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica HSLV E.S.E. -----	60
Tabla 6. Parámetros de cumplimiento -----	61
Tabla 7. Número total de egresos para el proceso Consulta externa, 2011. -----	62
Tabla 8. Calculo de muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de consulta externa, 2012. -----	62
Tabla 9. Número total de egresos para el proceso de urgencias, 2011. -----	63
Tabla 10. Número total de egresos por servicios de Urgencias, 2011. -----	63
Tabla 11. Cálculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático del Proceso de Urgencias, 2012. -----	63
Tabla 12. Número total de egresos para el proceso de cirugía, 2011. -----	64
Tabla 13. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Cirugía, 2012. -----	64
Tabla 14. Número total de egresos para el proceso de hospitalización, 2011. -----	65
Tabla 15. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de hospitalización, 2012. -----	65
Tabla 16. Número total de egresos para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), 2011. -----	66
Tabla 17. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), 2012. -----	66
Tabla 18. Número total de egresos para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), 2011 -----	67

Tabla 19. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo pediátrico (UCIP), 2012. -----	67
Tabla 20. Consolidado de indicadores de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional. -----	135

## LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Misión HSLV E.S.E. -----	26
Gráfica 2. Misión HSLV E.S.E. -----	26
Gráfica 3. Valores institucionales HSLV E.S.E. -----	27
Gráfica 4. Principios estratégicos HSLV E.S.E. -----	27
Gráfica 5. Ciclo PHVA -----	41
Gráfica 6. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	68
Gráfica 7. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012. -----	69
Gráfica 8. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012. -----	70
Gráfica 9. Distribución porcentual del cumplimiento del registro por grupo de antecedentes. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	71
Gráfica 10. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012. -----	71
Gráfica 11. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de riesgos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012. -----	72
Gráfica 12. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la anamnesis. Consulta Externa. HSLV E.S.E. -----	73
Gráfica 13. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	74
Gráfica 14. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	75
Gráfica 15. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	75

Gráfica 16. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012-----	76
Gráfica 17. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012-----	76
Gráfica 18. Distribución porcentual del cumplimiento de las características de la historia clínica. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012 -----	77
Gráfica 19. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012 -----	78
Gráfica 20. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012 -----	79
Gráfica 21. Distribución porcentual de la calificación del registro de descripción operatoria. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012-----	79
Gráfica 22. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012 -----	80
Gráfica 23. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012 -----	81
Gráfica 24. Distribución porcentual del cumplimiento de las características de la de la calidad del registro. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012 -----	82
Gráfica 25. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	83
Gráfica 26. Distribución porcentual general del cumplimiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. -----	84
Gráfica 27. Distribución porcentual de calificación general del diligenciamiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	85
Gráfica 28. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012-----	86
Gráfica 29. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de datos de identificación del usuario. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	87
Gráfica 30. Distribución porcentual del cumplimiento de registro de antecedentes. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	88

Gráfica 31. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la conciliación medicamentosa. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	89
Gráfica 32. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	90
Gráfica 33. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012-----	91
Gráfica 34. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	92
Gráfica 35. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012-----	93
Gráfica 36. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	94
Gráfica 37. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de análisis y plan. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	94
Gráfica 38. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de diagnóstico. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	95
Gráfica 39. Distribución porcentual de las características de la calidad del registro. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012 -----	96
Gráfica 40. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos en el servicio. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012.-----	97
Gráfica 41. Distribución porcentual general del cumplimiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	98
Gráfica 42. Distribución porcentual de calificación general del diligenciamiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E 2012 -----	99
Gráfica 43. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	100
Gráfica 44. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de motivo de consulta y enfermedad actual. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012 -----	101
Gráfica 45. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	102

Gráfica 46. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012 -----	103
Gráfica 47. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	105
Gráfica 48. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de indicaciones médicas. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	106
Gráfica 49. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la evolución clínica por subprocesos de hospitalización. HSLV E.S.E. 2012-----	107
Gráfica 50. Distribución porcentual de la calidad del registro. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012 -----	108
Gráfica 51. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	109
Gráfica 52. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. UCIN HSLV E.S.E. 2012 -----	110
Gráfica 53. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. UCIN. HSLV E.S.E. 2012.-----	111
Gráfica 54. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de antecedentes. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	112
Gráfica 55. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de antecedentes. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	112
Gráfica 56. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	113
Gráfica 57. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	114
Gráfica 58. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. UCIN. HSLV E.S.E. 2012 -----	115
Gráfica 59. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. UCIN. HSLV E.S.E. 2012.-----	116
Gráfica 60. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. UCIN. HSLV E.S.E. 2012. -----	117

Gráfica 61. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	118
Gráfica 62. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	118
Gráfica 63. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	119
Gráfica 64. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	120
Gráfica 65. Distribución porcentual de la calidad del registro. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	121
Gráfica 66. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	122
Gráfica 67. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	123
Gráfica 68. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.-----	124
Gráfica 69. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de antecedentes. UCIP HSLV E.S.E.-----	125
Gráfica 70. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	126
Gráfica 71. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	127
Gráfica 72. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. UCIP. HSLV E.S.E.-----	128
Gráfica 73. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.-----	129
Gráfica 74. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.-----	130
Gráfica 75. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	131

Gráfica 76. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. UCIN. HSLV E.S.E. 2012-----	131
Gráfica 77. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	132
Gráfica 78. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	133
Gráfica 79. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad del registro. UCIP. HSLV E.S.E. 2012-----	134

## **LISTADO DE ANEXOS**

Anexo 1. Lista de verificación del cumplimiento del registro de la historia clínica ----- 140

## RESUMEN

La Historia Clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del equipo de salud, tanto desde el punto de vista asistencial –pues actúa como guía en el manejo clínico del paciente- como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales de salud. La auditoría de la calidad técnica de la historia clínica para el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. es de especial importancia para la Gerencia y alta dirección de la institución en aras de dar respuesta al cumplimiento de los estándares de habilitación relacionados con la historia clínica y registros asistenciales, así como también el cumplimiento de los estándares de acreditación, en donde especifica la auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos. El estudio tiene como objetivo evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales de la institución. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Se determinaron tres pautas para la evaluación de la calidad del registro de la historia clínica en cada proceso asistencial de la institución: Datos de identificación del usuario, registros específicos de la atención y la calidad del registro. Son resultados del estudio, que el servicio que presenta mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica es cirugía con un 82%, seguido del proceso de urgencias 67%. Consulta externa, representa el servicio con menos adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, con un 54%.

## **ABSTRACT**

The clinical history is the key to practice health team, both from the standpoint of care-it acts as a guide to the clinical management of the patient-as from the researcher and teacher, allowing retrospective analysis of the performance of health professionals. The audit of the technical quality of medical records for Susana López de Valencia Hospital ESE is especially important for management and senior management of the institution in order to respond to compliance standards related enabling medical history and care records, as well as compliance with accreditation standards, where the audit specific systematic and regular quality form and content of clinical records. The study aims to assess the technical quality of the record within the medical record by the medical staff for all the care processes of the institution. This is a descriptive cross-sectional study retrospective. There were three guidelines for assessing the quality of clinical history log each institution care process: user identification data, specific records of care and the quality of the record. Results of the study are that the service has greater adherence to filling out medical history is surgery with 82%, followed by 67% emergency process. Outpatient service represents less adherence to filling out medical history, with 54%.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de la atención médica a través del registro en la historia clínica, es desde hace tiempo una preocupación para las gerencias de las IPS, en el ejercicio de la administración hospitalaria, la dirección y organización de las mismas.

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad del registro de las Historias Clínicas. Desde hace muchos años al personal asistencial y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la Historias Clínicas. Se le pide a todo el equipo asistencial la mejor calidad de ese documento que, es la única forma que hay para analizar la evolución de una enfermedad, además de las ventajas administrativa y médico legales que tiene.

Quién lee una historia clínica puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente. De ahí que el primer comité que se crea en la mayoría de las IPS sea el de historias clínicas.

La gestión de calidad debe ser encarada con criterio de equidad y de justicia. Existe una innumerable variedad de métodos que se emplean para la auditoria. Muchos de estos son correctos, pero deben ser utilizados con rigor científico y ético, dejando de lado otras consideraciones, para tender al mejoramiento de la calidad de atención médica. Hay muchos modelos de historia clínica pero lo fundamental es que esté correctamente elaborada, contenga los datos que realmente son utilizados en el

transcurso de la internación y después del egreso, que se consigne correctamente la atención de enfermería y otros departamentos técnicos, que no existan traslocaciones en la historia clínica digital. Así elaboradas son útiles y sirven al establecimiento y a los profesionales que en él trabajan, como servirán a la justicia toda vez que sea requerida su intervención.

La Historia Clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del equipo de salud, tanto desde el punto de vista asistencial –pues actúa como guía en el manejo clínico del paciente- como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios.

La Historias Clínicas se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa al individuo y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un conjunto de formularios normativos, gráficos y de ambas formas en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación.

## JUSTIFICACIÓN

La auditoría de la calidad técnica de la historia clínica para el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. es de especial importancia para la Gerencia y alta dirección de la institución en aras de dar respuesta al cumplimiento de los estándares de habilitación relacionados con la historia clínica y registros asistenciales, así como también el cumplimiento de los estándares de acreditación (al encontrarse actualmente en este proceso), específicamente el estándar 148 del grupo de estándares de gerencia de la información, en donde especifica que los registros clínicos, bien sea en medio físico o electrónico, se les debe garantizar la calidad, la seguridad, la accesibilidad y la confidencialidad de los mismos, incluyendo la auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.

Al medir la trazabilidad de la auditoría de las historias clínicas y determinar los principales hallazgos en el diligenciamiento de las mismas, no se encontró resultados para el año 2012, siendo necesario realizar un estudio retrospectivo y contar de esta manera con resultados tangibles frente a los cuales poder comparar la auditoría que va corrida del año.

Al realizar la auditoría de las historias clínicas, se pretende conocer la calidad de los servicios que se prestan, formular proyectos y sugerencias para mejorarlos, y conocer

las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional, partiendo de las dos acciones que posee la auditoría: acción correctiva y acción preventiva.

La acción correctiva, definida como toda acción que, en el marco de la mejora continua de la calidad del servicio de salud, apunta a corregir una no conformidad específica. Es posible que una no conformidad no pueda ser revertida en el corto plazo; sin embargo, la acción correctiva contempla la verificación periódica de los avances por revertir la no conformidad. Toda acción correctiva deberá ser planificada y programada en función a la envergadura de la no conformidad, estableciéndose los plazos e indicadores necesarios a los fines de revertir anomalías.

La acción preventiva, definida como toda acción que, en el marco de la mejora continua de la calidad de servicio de salud, tiene como objetivo plantear uno o varios mecanismos alternativos para evitar que una no conformidad hallada se vuelva a presentar en lo sucesivo.

La auditoría debe ser considerada desde este punto de vista como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población, fundamentada en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. durante el año 2012.

### **Objetivos específicos**

- Diseñar un instrumento que permita evaluar de forma objetiva el registro dentro de la historia clínica asistencial.
- Determinar el grado de cumplimiento del registro de la historia clínica para cada proceso asistencial.
- Medir la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional para cada proceso asistencial a través de los indicadores establecidos por el ICONTEC.
- Identificar las principales fallas en el diligenciamiento de la historia clínica.

## 1. MARCO INSTITUCIONAL

### 1.1 Reseña Histórica



El Hospital Susana López de Valencia, funciona en instalaciones construidas desde los años de 1950 y que en términos generales, se resume así: Con la Ley 27 de 1947 se determina la construcción de obras para atender pacientes de tuberculosis; para el departamento del

Cauca se incluyeron 3 hospitales sanatorios que estarían ubicados en Popayán, Santander de Quilichao y el Bordo. Con fecha 30 de septiembre de 1952, la alcaldía de Popayán mediante Decreto No. 97 destinó un lote de terreno para la construcción del Hospital de tuberculosos y se hizo la cesión a título gratuito para la Nación en cabeza del entonces Ministerio de Higiene.

El 15 de marzo de 1957 se inicia la construcción del citado Hospital, iniciando sus labores con ese fin a finales de 1964, cuando se trasladan los enfermos del pabellón de San Roque del Hospital Universitario San José al nuevo Hospital de Vías Respiratorias, el cual hacía parte de la Regional Centro, conformada al amparo de los Decretos 056 y 350 de 1975 expedidos por el gobierno nacional para dar inicio al proceso de regionalización del sector salud, estableciendo los niveles de dirección que dieron

origen a la Unidad Regional Centro en el departamento del Cauca. En 1977 empieza en el Hospital la atención de consulta externa aunque conservando su carácter de Institución dedicada a la atención de pacientes tuberculosos. Posteriormente con una evaluación de quinquenio (1979-1983) se revelan cifras bajas de pacientes hospitalizados y consulta ambulatoria con tendencia a la disminución y con el inconveniente de no renovación de dotación por esos años y para esas atenciones. En el año de 1983, la ciudad vive el terremoto y afecta las instalaciones del Hospital; las áreas más afectadas en esa ocasión fueron consulta externa, administración y urgencias, motivo por el cual se inicia estudio y posterior construcción del área de urgencias que actualmente tiene el Hospital. Además se incluye al Hospital en el programa de reconstrucción de la infraestructura sanitaria del Cauca a través del convenio ISS-Gobierno Nacional. En 1989 mediante Resolución 3371 del 29 de diciembre, se expiden los estatutos y su conversión en Hospital General. Por ordenanza 001 de 1995 y en cumplimiento de la ley 100 de 1993 se crea como un Establecimiento Público del orden descentralizado, dotado de Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente para prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención. La denominación original se cambia por la de Hospital Susana López de Valencia – ESE., en memoria de la esposa del presidente Guillermo León Valencia.



Entre los años 2008 y 2010 se diseña y construye el edificio de Unidad Materno-Infantil -UMI, con el fin de prestar servicios de salud a la población infantil. Al año 2013

el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. ha logrado avances importantes en la prestación de servicios, en cuanto a cobertura y calidad en la atención, sigue proyectándose estratégicamente en la prestación de servicios de servicios materno infantiles.

## 1.2 Plataforma Estratégica

### 1.2.1 Misión



#### Gráfica 1. Misión HSLV E.S.E.

*Fuente: Oficina Asesora de Planeación HSLV E.S.E.*

### 1.2.2 Visión



#### Gráfica 2. Misión HSLV E.S.E.

*Fuente: Oficina Asesora de Planeación HSLV E.S.E.*

### 1.2.3. Valores Institucionales



### Gráfica 3. Valores institucionales HSLV E.S.E.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación HSLV E.S.E.

### 1.2.4. Principios estratégicos

#### Gráfica 1. Principios estratégicos HSLV E.S.E.



### Gráfica 4. Principios estratégicos HSLV E.S.E.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación HSLV E.S.E

### 1.3 Portafolio de Servicios

**Tabla 1. Servicios Ambulatorios**

<b>SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
<b>CONSULTA MÉDICA PROFESIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo social</li> <li>▪ Nutrición y dietética</li> <li>▪ Consulta médico general</li> </ul>
<b>CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pediatría</li> <li>▪ Cirugía general</li> <li>▪ Ginecoobstetricia</li> <li>▪ Medicina interna</li> <li>▪ Gastroenterología</li> <li>▪ Cirugía plástica y estética</li> <li>▪ Medicina física y rehabilitación</li> <li>▪ Oftalmología y oftalmología pediátrica</li> <li>▪ Cirugía de mama y tumores de tejidos blandos</li> <li>▪ Anestesia</li> <li>▪ Neurología</li> <li>▪ Cirugía maxilofacial</li> <li>▪ Urología</li> <li>▪ Psicología</li> <li>▪ Neuropediatría</li> <li>▪ Cirugía de mano</li> <li>▪ Psiquiatría</li> <li>▪ Otorrinolaringología</li> <li>▪ Ortopedia y traumatología</li> <li>▪ Terapia respiratoria</li> <li>▪ Aplicación de Toxoide Botulínico, para tratamiento de sialorrea severa (Bajo guía ecográfica)</li> </ul>
<b>TERAPIA FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia osteomuscular</li> <li>▪ Terapia neurológica</li> <li>▪ Terapia visual</li> </ul>
<b>TERAPIA RESPIRATORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aerosolterapia</li> <li>▪ Terapia física aplicada en tórax</li> <li>▪ Terapia funcional respiratoria</li> </ul>

**Tabla 2. Servicios Hospitalarios**

<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>	
<b>SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)</li> <li>▪ Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)</li> </ul>

<b>SERVICIOS QUIRÚRGICOS Y SALA DE PARTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirugía General</li> <li>▪ Cirugía Laparoscópica</li> <li>▪ Ginecológica</li> <li>▪ Cirugía maxilofacial</li> <li>▪ Cirugía Ortopédica y traumatología</li> <li>▪ Cirugía oftalmológica</li> <li>▪ Cirugía otorrinolaringología</li> <li>▪ Cirugía pediátrica</li> <li>▪ Cirugía plástica y estética</li> <li>▪ Cirugía Urología</li> <li>▪ Cirugía de la mano</li> <li>▪ Cirugía de mama</li> </ul>
<b>URGENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urgencias adultos</li> <li>▪ Urgencias pediatría</li> <li>▪ Urgencias ginecolo-obstetricia</li> </ul>
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalización adultos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ginecología</li> <li>- Medicina interna</li> <li>- Pensión</li> </ul> </li> <li>▪ Hospitalización pediatría</li> </ul>
<b>AMBULANCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transporte asistencial médico</li> <li>▪ Transporte asistencial medicalizado</li> </ul>

Fuente. Elaboración de los autores

**Tabla 3. Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica**

<b>SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA</b>	
<b>IMAGENOLOGÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rayos X simple y estudios con medio de contraste</li> <li>▪ Ecografía</li> <li>▪ Electrocardiograma</li> </ul>
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Endoscopia digestiva</li> <li>▪ Rectosigmoidoscopia</li> <li>▪ Extracción de cuerpos extraños</li> </ul>
<b>FISIATRÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Electromiografía</li> <li>▪ Bloqueos</li> <li>▪ Potenciales evocados</li> </ul>
<b>CONTROL DE PATOLOGÍA CERVICOUTERINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patología y Citología Vaginal</li> <li>▪ Colposcopia</li> <li>▪ Biopsia cervical</li> </ul>
<b>MEDICINA MATERNOFETAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecografía de tercer nivel</li> <li>▪ Perfil biofísico fetal</li> <li>▪ Ecografía Genética de primer trimestre</li> <li>▪ Ecocardiograma Fetal</li> <li>▪ Amniocentesis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirugía fetal cerrada</li> <li>▪ Amnioinfusión</li> <li>▪ Amniodrenaje</li> <li>▪ Doppler obstétrico con evaluación de circulación placentaria</li> <li>▪ Cordocentesis</li> <li>▪ Exanguineo-transfusión del útero</li> <li>▪ Cerclaje de istmo (orificio interno de cuello)</li> </ul>
<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hematología</li> <li>▪ Química Sanguínea</li> <li>▪ Microbiología</li> <li>▪ Microscopía</li> <li>▪ Inmunología</li> <li>▪ Centro transfusional</li> </ul>
<b>BIOPSIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anatomía patológica</li> <li>▪ Biopsias</li> </ul>

*Fuente. Elaboración de los autores*

**Tabla 4. Programas especiales**

PROGRAMAS ESPECIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Madre canguro</b></li> <li>▪ <b>Control de Patología Cervicouterina</b></li> <li>▪ <b>Institución Amiga de la Mujer y la Infancia</b></li> </ul>

*Fuente. Elaboración de los autores*

#### **1.4. Avances en el proceso de sistematización de la historia clínica**

El proceso de sistematización de la historia clínica inicia con la suscripción del contrato con la empresa proveedora del software en el primer semestre del año 2009, la primera etapa de implantación inició en septiembre del mismo año realizando la capacitación de los colaboradores del área de informática, enfatizando en el diseño de la Historia y teniendo en cuenta el levantamiento de información con los usuarios de los procesos asistenciales. Después de 2 meses de capacitación y preparación, la implementación inicia en el proceso de urgencias. Durante el primer trimestre del año

2010 se realizó la implantación de la historia clínica en los servicios de hospitalización y consulta externa, durante el segundo semestre del 2010 y primer semestre del 2011 se logró la consolidación de la información asistencial y administrativa de la institución unificando el software administrativo diseñado en plataforma FoxPro y la Historia Clínica Digital en .NET; alcanzando así la unificación del sistema de información institucional.

En la actualidad el software se encuentra implementado en todas las áreas y se logró sistematizar el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas, la farmacia, el almacén.

Con los soportes que no son generados por el software, externos a la institución y que deben estar registrados en la historia clínica, se logró que sean escaneados y cargados en formato PDF a la Historia Clínica. El impacto ha sido incluso en los procesos administrativos, facilitando validación de afiliaciones y copias de documentos que trae el paciente que son ingresados al sistema. De igual forma el área de informática ha desarrollado aplicaciones que se encuentran integradas directamente con la historia clínica como herramientas para solucionar requerimientos propios de la institución.

Actualmente han sido creadas desde la implementación hasta el segundo semestre de 2013 un total de 139.894 historias digitales y se cuenta con 658 perfiles de usuarios creados activos y 434 perfiles de usuario inactivos.

## 2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

### 2.1. Ley 100 de 1993

- **Artículo 22.** Definición de calidad de los servicios en el Sistema General de seguridad Social de Salud.
- Artículo 153. Define la calidad como principio básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Artículo 173-2.** Sobre normas científicas que regulen la calidad de los servicios en EPS e IPS.
- **Artículo 173-12.** De las facultades del Ministerio de Salud para fijar normas en materia de calidad de los servicios de salud.
- **Artículo 199.** Legisla sobre la información de los usuarios para evaluación de calidad.
- **Artículo 227.** Control y evaluación de la calidad de los servicios de salud y la Facultad del Gobierno Nacional para expedir normas sobre un sistema obligatorio de garantía de Calidad.

**2.2. Resolución 2546 de 1998:** Determina los datos mínimos; las responsabilidades y los flujos de información de prestadores de salud en el sistema general de seguridad social en salud.

**2.3. Resolución 0365 de 1999:** Por la cual se adopta la clasificación única de procedimientos en salud.

**2.4. Resolución 1995 de 1999:** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

**2.5. Resolución 4144 de 1999:** Por la cual se fijan lineamientos en relación con el Registro Individual de Atención.

**2.6. Resolución 1832 de 1999:** Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 2546 de 1998 y 0365 de 1999.

**2.7. Resolución 3374 de 2000:** Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

**2.8. Decreto 1011 de 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**2.9. Resolución 1043 de 2006:** por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

**2.10. Resolución 1445 de 2006:** por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

**2.11. Resolución 1446 DE 2006:** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**2.12. Ley 1122 de 2007:** Reforma al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**2.13. Resolución 2680 de agosto 11 de 2007:** Por la cual se modifica la resolución 1043 de 2006 y otras disposiciones.

**2.14. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.**

**2.15. Resolución 123 de 2012:** Modificatoria del artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **3.1. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

##### **3.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

###### **3.1.1.1. Auditoría tradicional**

La auditoría tradicional está encaminada o tiene su énfasis en los aspectos relacionados con los aspectos financieros, como control de costos y a examinar procesos mecánicos. No es claro el valor que agrega al desempeño y funcionamiento de la organización aparte del hecho de cumplir con una serie de normas establecidas o negociadas.

La auditoría tradicional está encaminada a detectar deficiencias o errores, producto de una inspección de papeles silente, solitaria y suspicaz. Para ella, un informe detallado de fallas e inconsistencias se constituye en su único y primordial propósito.

El tipo de control que se practica es posterior, el auditado requiere la aprobación del auditor para la realización de las acciones correctivas, o éste en su defecto las formula, lo cual trae como resultado el riesgo de una auditoría que coadministra.

En este sentido, el control no constituye una herramienta gerencial interna, sino un mecanismo o elemento externo que opera como una columna adicional, con capacidad para detener o autorizar procesos y, por tanto, con facultades de coadministración.

Fue precisamente la búsqueda de una auditoría cuya función comprendiera, aportara y promoviera el desarrollo de la entidad y, a la vez, tuviera el carácter de previa, simultánea y posterior, lo que caracteriza el movimiento hacia una más avanzada concepción de la auditoría. Se comienza a hablar entonces de auditoría integral.

#### **3.1.1.2. Auditoría Integral**

La auditoría integral busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos.

En esta auditoría se subraya el hecho de que se basa en el conocimiento integral de la organización, el cual requiere una efectiva incorporación de los diferentes enfoques de auditoría más bien que su mera coetaneidad. Se pretende así lograr una interacción de los distintos tópicos de auditoría que incluya los aspectos humanísticos y organizacionales de la organización, dirigida a la obtención y entrega de resultados. Su propósito no se limita a identificar las fallas de la organización, sino a generar aportes que agreguen valor a la institución. Así entendida, la auditoría integral resulta multidimensional y multidireccional.

Se concibe entonces el ejercicio de una auditoría que aporta y promueve las actividades de la institución auditada, en contraste con la actitud lejana y ajena del

auditor tradicional quien, escudado en la imposibilidad de ser juez y parte, evita comprometerse con el auditado.

### **3.1.1.3. Auditoría integral sistemática**

La auditoría integral sistémica se concibe como un proceso conversacional, cuyo propósito es alinear distinciones para facilitar la acción efectiva. Por esta razón, parte de los contextos particulares de uso del lenguaje y está dirigida a identificar y reconstruir las condiciones para un posible entendimiento. El presupuesto básico para el éxito de este tipo de auditorías es llegar a compromisos específicos, esto es, a que el auditado indique en qué situaciones adoptará medidas con consecuencias para la acción.

## **3.1.2. LAS ETAPAS GENERALES DE LA AUDITORÍA, CON ENFOQUE CONCEPTUAL SISTÉMICO**

### **3.1.2.1. Planear con enfoque sistémico**

Para diseñar el programa de auditoría con enfoque sistémico, se debe pensar en forma holística, es decir, observar la institución en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, en sus interacciones y en sus procesos. La observación sistémica no concibe la posibilidad de explicar un elemento si no es precisamente en su relación con el todo. Por lo que tendrían cabida la aplicación de los principios de universalidad, unicidad (singularidad, particularidad), de identidad, de integralidad, de continuidad, del todo y del contexto, del evento y sus sinergias y de relacionabilidad.

Para así, bajo esta concepción, elaborar un diagnóstico (autodiagnóstico) de la institución, definir los procesos prioritarios objeto del programa de auditoría para definir el qué del frente de trabajo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Posteriormente hay que detallar los cómo, o sea los instrumentos con los cuales se va a evaluar el qué, se debe orientar a instrumentos con evidencia científica, validados y técnicamente contruidos. Igualmente se debe documentar las metodologías utilizadas, como insumo para la verificación externa.

### **3.1.2.2. Ejecutar con enfoque sistémico**

En lugar de analizar en los procesos prioritarios objeto de auditoría el cumplimiento o no de las actividades según las normas o estándares establecidos, debe analizarse el propósito e identidad de ella en el marco del proceso y sistema del que hacen parte, para establecer si en efecto cumple con los objetivos para los cuales fue creado.

Para esto, debe recoger además información utilizando los informes estadísticos, realizar entrevistas, propiciar el diálogo, la comunicación (tema central de la cibernética) y la auditoría mixta, para obtener un conocimiento más amplio de la entidad y conllevar consigo herramientas de medición de efectividad.

En el abordaje de una situación utilizando el pensamiento sistémico, se requiere ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto y ver procesos de cambio en vez de “instantáneas”, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad.

No hay que quedarse en el levantamiento de indicadores, hay que ir más a la interpretación, identificando los factores de riesgo (eventos adversos) o sea lo más relevante en el logro de los objetivos, determinando además el cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Los resultados es importante consignarlos, anotando también las conclusiones y recomendaciones.

### **3.1.2.3. Evaluar con enfoque sistémico**

La evaluación realizada utilizando la dinámica del pensamiento sistémico comienza con la comprensión de un concepto simple llamado feedback o “realimentación”, que muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse entre sí.

Los hallazgos de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud deben permitir realimentar o retroalimentar a la institución, para que se siga fortaleciendo la cultura del autocontrol, para estructurar el Plan de Mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de este.

Los resultados de la auditoría deben retroalimentar los procesos y a la vez la capacidad de aprendizaje distribuida en el conjunto de la organización. La auditoría debe considerarse más bien como una función de un sistema que hace posibles la autointerpretación, la autointervención y el autodiseño del sistema como sistema viable. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado, y llevan a generar compromisos de mejoramiento continuo.

#### **3.1.2.4. Hacer seguimiento con enfoque sistémico**

A la implementación de las mejoras hay que verificarle su cumplimiento y se puede estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso, para medir el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad.

Desde el enfoque sistémico, debe darse con las mejoras efectivas, un aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo. El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. Este aprendizaje se construye sobre la disciplina de desarrollar una visión compartida.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se concibe en forma operativa siguiendo el ciclo PHVA como se explica en la Gráfica No. 5.



**Gráfica 5. Ciclo PHVA**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### **3.1.3. AUTOEVALUACIÓN PARA IDENTIFICAR LOS PROCESOS OBJETO DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran importancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

Es relevante precisar que un diagnóstico básico general de fallas de calidad nos arroja principalmente un inventario de problemas de calidad, para que en una etapa posterior se identifiquen los procesos que están interviniendo en su generación.

### **3.1.4. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES**

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones

organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar atacar las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas.

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto, entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

### **3.1.5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS COMO PRIORITARIOS**

Cuando las instituciones han definido los procesos prioritarios objeto de mejora y que se convierten en su conjunto en el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la institución, el paso siguiente es determinar el nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos.

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo, los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

### **3.2. LA HISTORIA CLÍNICA**

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

#### **3.2.1. Estado de salud**

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

#### **3.2.2. Equipo de salud**

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

#### **3.2.3. Historia clínica para efectos archivísticos**

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

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

#### **3.2.4. Archivo de gestión**

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

#### **3.2.5. Archivo central**

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

#### **3.2.6. Archivo histórico**

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

### 3.2.7. Características de la historia clínica

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de servicios deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular relativos a la prestación de los servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

### **3.2.8. Obligatoriedad del registro**

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

### **3.2.9. Diligenciamiento**

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

### **3.2.10. Apertura e identificación de la historia clínica**

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. A partir del primero de Enero de 2000 la identificación de la historia clínica se hará con el número de cédula para los mayores de edad; el número de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número de registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En caso de que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de cédula de ciudadanía de la madre o del padre

en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

#### **3.2.11. Numeración consecutiva de la historia clínica**

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

#### **3.2.12. Identificación del usuario**

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

#### **3.2.13. Registros específicos**

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del usuario.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

#### **3.2.14. Anexos**

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente,

explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

### **3.2.15. Obligatoriedad del archivo**

Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo 07 de 1994, referente al Reglamento General de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

### **3.2.16. Custodia de la historia clínica**

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida

en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

### **3.2.17. Acceso a la historia clínica**

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la ley:

- El usuario
- El equipo de salud
- Las autoridades judiciales y de salud en los casos provistos en la ley
- Las demás personas determinadas en la ley

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

### **3.2.18. Retención y tiempo de conservación**

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

### **3.2.19. Seguridad del archivo de las historias clínicas**

El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.

## **3.3. IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La historia clínica se trata de un documento semipúblico, estando el derecho al acceso limitado, puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.

Es un elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional, tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de

todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden.

En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.

La historia clínica es un testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional

Es un instrumento de dictamen pericial, elemento clave en la elaboración de informes médico-legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.

- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por malpraxis médica.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio**

El presente estudio se dirige bajo los parámetros de investigación descriptivo de corte transversal retrospectivo, donde se revisa la información contenida en la historia clínica diligenciada del Hospital Susana López E.S.E del año 2012.

### **4.2. Población y muestra**

#### **4.2.1. Población**

La población objeto de estudio la constituyen todas las historias clínicas para el año 2012 de los siguientes procesos asistenciales:

- Consulta externa
- Cirugía
- Urgencias adultos
- Urgencias ginecología
- Urgencias pediatría
- Hospitalización ginecología
- Hospitalización medicina interna
- Hospitalización pediatría
- Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)

- Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)

#### 4.2.2. Muestra

La muestra se determinó a través del muestreo aleatorio simple sistematizado.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{e^2 + Z^2 \times \frac{(p \times q)}{N}}$$

En donde:

**n:** Tamaño de la muestra a calcular.

**Z:** Nivel de confianza

**p:** Variabilidad positiva

**q:** Variabilidad negativa

**e:** Error.

**N:** Tamaño de la población.

Para el caso específico del estudio, el nivel de confianza es del 90% y un error porcentual del 10%.

El tamaño de la población está representado por el total de egresos para el año 2011 en cada uno de los procesos asistenciales de la institución.

#### **4.3. Criterios de inclusión**

- Historias clínicas diligenciadas en el año 2012.
- Historias clínicas diligenciadas en los servicios de: Consulta externa, cirugía, urgencias adultos, urgencias ginecología, urgencias pediatría, hospitalización ginecología, hospitalización medicina interna, hospitalización pediatría, UCIN y UCIP.
- Registros en la historia clínica diligenciados por el personal médico.

#### **4.4. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas diligenciadas en años diferentes al 2012.
- Historias clínicas diligenciadas en servicios diferentes a Consulta externa, cirugía, urgencias adultos, urgencias ginecología, urgencias pediatría, hospitalización ginecología, hospitalización medicina interna, hospitalización pediatría, UCIN y UCIP.
- Registros en la historia clínicas diligenciados por profesionales diferentes al personal médico.

#### **4.5. Instrumento**

Se diseñó una lista de verificación en hoja de cálculo utilizando el programa Microsoft Excel. Consta de tres criterios fundamentales, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999: Identificación del usuario, Registros específicos y características del diligenciamiento. (Ver Anexo 1).

Cada una de estos criterios, consta de las siguientes variables:

- **Identificación del usuario:** Se evalúa el registro de datos personales de identificación del usuario:
  - Apellidos y nombres completos
  - Estado civil
  - Documento de identidad
  - Fecha de nacimiento
  - Edad
  - Sexo
  - Ocupación
  - Dirección y teléfono del domicilio
  - Lugar de residencia
  - Nombre y teléfono del acompañante
  - Nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario según el caso
  - Aseguradora y tipo de vinculación.
  
- **Registros específicos en la historia clínica:** Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario debe tener:
  - Antecedentes: médicos, quirúrgicos, alérgicos y gineco-obstétricos
  - Tipo de riesgos de acuerdo al listado interno de la institución;
  - Motivo de consulta
  - Enfermedad actual

- Signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura
  - Medidas antropométricas: peso y talla
  - Examen físico general
  - Análisis y plan
  - Diagnóstico
  - Indicaciones médicas
  - Evolución clínica.
- **Diligenciamiento de Historia clínica:** Evalúa que los registros no contengan intercalaciones, siglas y/o abreviaturas no autorizadas en la institución y registros en blanco. Es de aclarar que la historia clínica actualmente es digital y cuando se registra dentro de ésta se genera la fecha y la hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

#### **4.6. Parámetros de evaluación**

Actualmente la institución ha establecido la siguiente escala de medición para determinar el cumplimiento o no del diligenciamiento de la historia clínica.

**Tabla 5. Parámetros de evaluación del diligenciamiento de la historia clínica HSLV E.S.E.**

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN	
<b>Optimo</b>	<b>≥85%</b>
<b>Aceptable</b>	<b>≥75% - ≤84%</b>
<b>Deficiente</b>	<b>≥64% - ≤74%</b>
<b>Muy deficiente</b>	<b>≤64%</b>

*Fuente: Oficina Asesora de Planeación HSLV E.S.E.*

#### 4.7. Indicadores de diligenciamiento de la historia clínica institucional

- **Nombre del indicador:** Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional

- **Definición operacional:**

$$\frac{\text{Número de historias clínicas evaluadas de pacientes atendidos con } n \text{ de registros clínicos que cumplen con los criterios del diligenciamiento de historia clínica institucional en el período}}{\text{Número total de historias clínicas evaluadas de pacientes atendidos con } n \text{ registros clínicos en el mismo período}} \times 100$$

- **Nivel de desagregación:** Consulta externa, Hospitalización, Cirugía, Urgencias, Unidad de cuidado intensivo neonatal y Unidad de cuidado intensivo pediátrico.

Para determinar el cumplimiento o no del diligenciamiento de la historia clínica, se agruparon los parámetros de comparación de la siguiente manera:

**Tabla 6. Parámetros de cumplimiento**

<b>PARÁMETROS DE CUMPLIMIENTO</b>	
<b>ÓPTIMO</b>	<b>CUMPLE</b>
<b>ACEPTABLE</b>	
<b>DEFICIENTE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
<b>MUY DEFICIENTE</b>	

*Fuente: Elaboración de los autores*

Así, las historias clínicas calificadas como óptimo y aceptable cumplen con los criterios de cumplimiento, mientras que las historias clínicas con calificación de deficiente y muy deficiente no cumplen.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. CÁLCULO DE LA MUESTRA PARA CADA PROCESO ASISTENCIAL

#### 5.1.1 Consulta externa

Tabla 7. Número total de egresos para el proceso Consulta externa, 2011.

CONSULTA EXTERNA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	PARTICULAR	OTRO	TOTAL
CONSULTA MÉDICA GENERAL	185	3352	129	737	260	4663
CONSULTA MÉDICA ESPECIALISTA	1497	36365	3750	814	2473	44899
<b>TOTAL</b>						<b>49562</b>

Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E.

Tabla 8. Calculo de muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de consulta externa, 2012.

MUESTRA PROCESO CONSULTA EXTERNA		
<b>N</b>	49562	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>67</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

Fuente: Elaboración de los autores

De acuerdo con el número total de egresos para consulta externa en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 67 historias clínicas para realizar la auditoría.

### 5.1.2. Urgencias

**Tabla 9. Número total de egresos para el proceso de urgencias, 2011.**

PROCESO URGENCIAS	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	PARTICULAR	OTRO	TOTAL
<b>EGRESOS TOTALES</b>	3340	21524	3228	337	2048	<b>30477</b>
<b>TOTAL</b>	3340	21524	3228	337	2048	<b>30477</b>

Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E.

**Tabla 10. Número total de egresos por servicios de Urgencias, 2011.**

PROCESO URGENCIAS	EGRESOS	PORCENTAJE
<b>URGENCIAS ADUTOS</b>	<b>18286</b>	<b>60%</b>
<b>URGENCIAS PEDIATRÍA</b>	<b>7619</b>	<b>25%</b>
<b>URGENCIAS GINECOLOGÍA</b>	<b>4572</b>	<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30477</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E

**Tabla 11. Cálculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático del Proceso de Urgencias, 2012.**

MUESTRA PROCESO URGENCIAS		
<b>N</b>	30477	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>67</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

Fuente: Elaboración de los autores

De acuerdo con el número total de egresos para el proceso de urgencias en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 67 historias clínicas para realizar la auditoría.

### 5.1.3. Cirugía

**Tabla 12. Número total de egresos para el proceso de cirugía, 2011.**

CIRUGIA	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	PARTICULAR	OTRO	TOTAL
<b>EGRESOS TOTALES</b>	1153	7171	3033	433	641	12431
<b>TOTAL</b>	1153	7171	3033	433	641	12431

*Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E*

**Tabla 13. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Cirugía, 2012.**

MUESTRA PROCESO CIRUGÍA		
<b>N</b>	12431	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>67</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

*Fuente: Elaboración de los autores*

De acuerdo con el número total de egresos para el proceso de cirugía en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 67 historias clínicas para realizar la auditoría.

#### 5.1.4. Hospitalización

**Tabla 14. Número total de egresos para el proceso de hospitalización, 2011.**

PROCESO HOSPITALIZACIÓN	EGRESOS	PORCENTAJE
HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	4109	38%
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA	2239	21%
HOSPITALIZACIÓN INECOLOGÍA	4366	41%
<b>TOTAL</b>	<b>10714</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E*

**Tabla 15. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de hospitalización, 2012.**

MUESTRA PROCESO HOSPITALIZACIÓN		
<b>N</b>	10714	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>67</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

*Fuente: Elaboración de los autores*

De acuerdo con el número total de egresos para el proceso de hospitalización en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 67 historias clínicas para realizar la auditoría.

### 5.1.5. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)

**Tabla 16. Número total de egresos para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), 2011.**

PROCESO UNIDAD CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	EGRESOS	TOTAL
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	274	
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	648	922

Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E

**Tabla 17. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), 2012.**

MUESTRA PROCESO UCIN		
<b>N</b>	922	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>63</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

Fuente: Elaboración de los autores

De acuerdo con el número total de egresos para el proceso de UCIN en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 63 historias clínicas para realizar la auditoría.

### 5.1.6. Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)

**Tabla 18. Número total de egresos para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), 2011**

PROCESO UNIDAD CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	EGRESOS	TOTAL
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	139	423
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	284	

Fuente: Subproceso gestión tecnológica de la información y comunicaciones. HSLV E.S.E

**Tabla 19. Calculo de la muestra aplicando muestreo probabilístico aleatorio sistemático para el proceso de Unidad de Cuidado Intensivo pediátrico (UCIP), 2012.**

MUESTRA PROCESO UCIP		
<b>N</b>	423	Población
<b>E</b>	0,1	Porcentaje Error
<b>P</b>	0,5	Variabilidad positiva
<b>Q</b>	0,5	Variabilidad negativa
<b>Z</b>	1,64	Coficiente de confianza
<b>N</b>	<b>58</b>	<b>MUESTRA ANUAL</b>

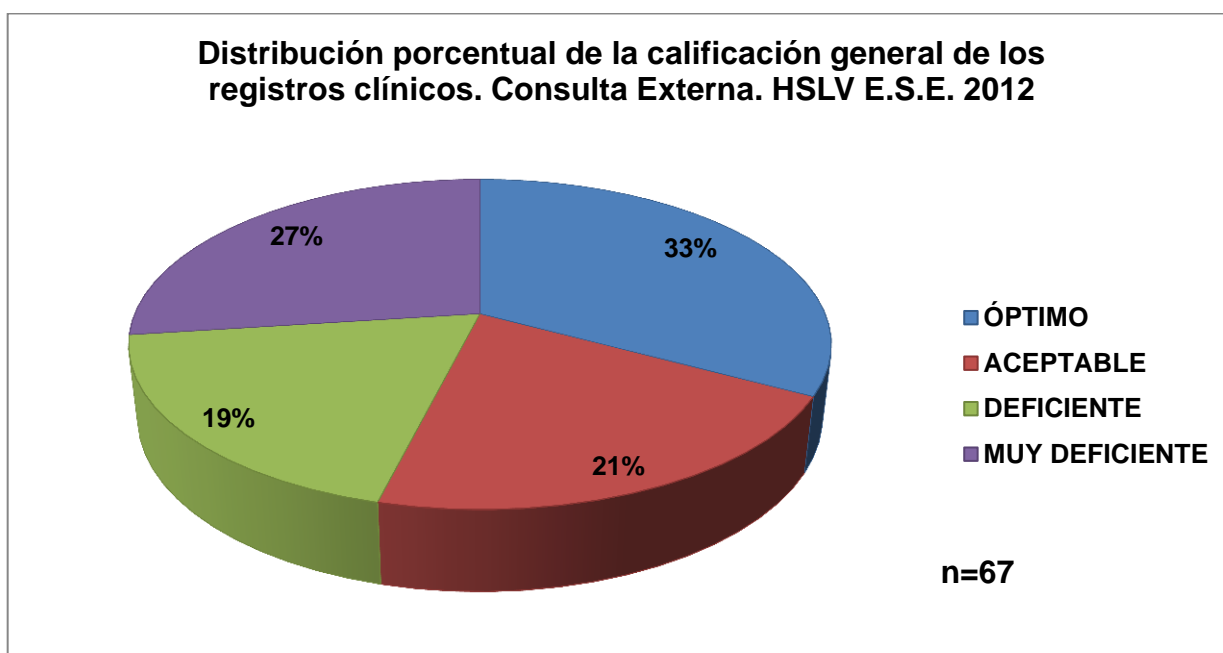
Fuente: Elaboración de los autores

De acuerdo con el número total de egresos para el proceso de UCIP en el año 2011, la muestra anual aplicando el muestreo probabilístico aleatorio sistemático es de 58 historias clínicas para realizar la auditoría.

## 5.2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

### 5.2.1. Consulta externa

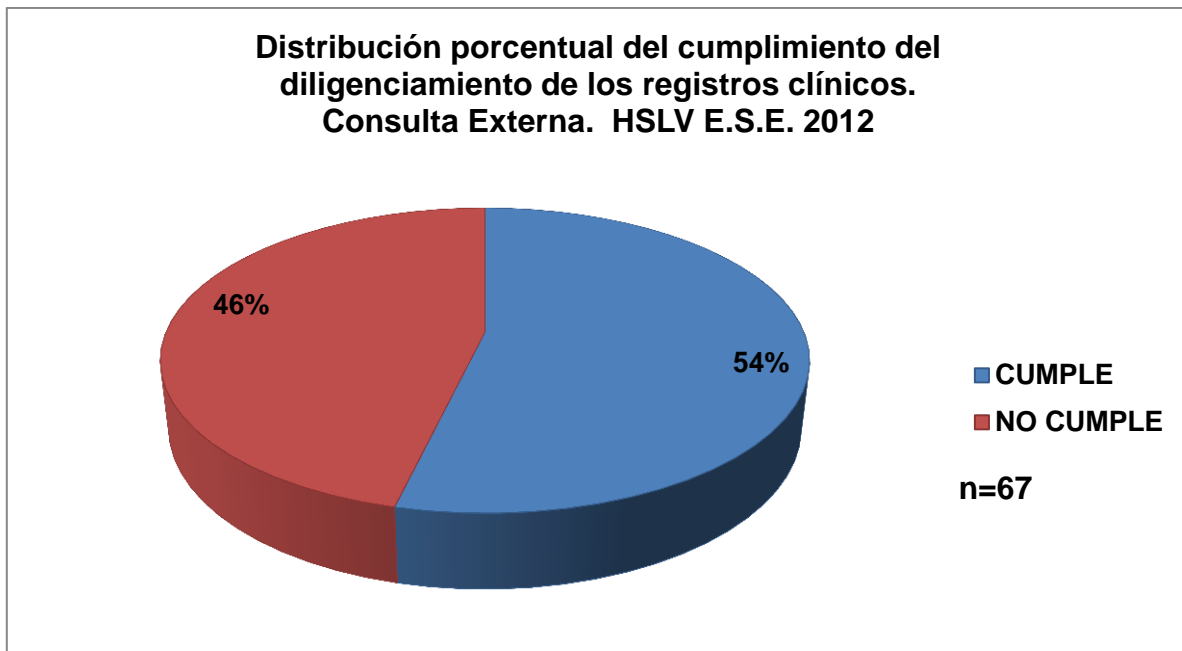
Al realizar la evaluación general de la calidad de los registros clínicos por parte del personal médico en la consulta externa, se encontró que el 33% (n=22) de los historias clínicas auditadas obtuvieron calificación óptima, el 21% (n=14) fueron aceptables, el 19% (n=13) deficiente y el 27% (n=18) muy deficiente. (Ver gráfica 6).



**Gráfica 6. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

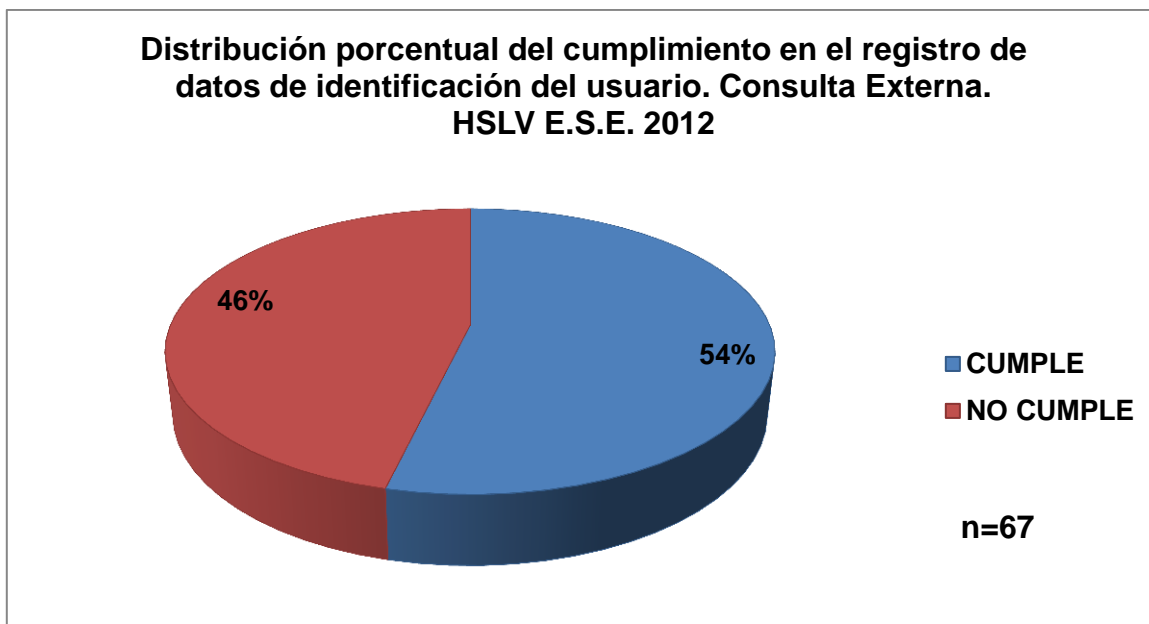
El 54% (n=36) de los registros clínicos revisados cumplen con los criterios evaluados, mientras que el 46% (n=31) no cumple con los criterios. (Ver gráfica 7).



**Gráfica 7. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

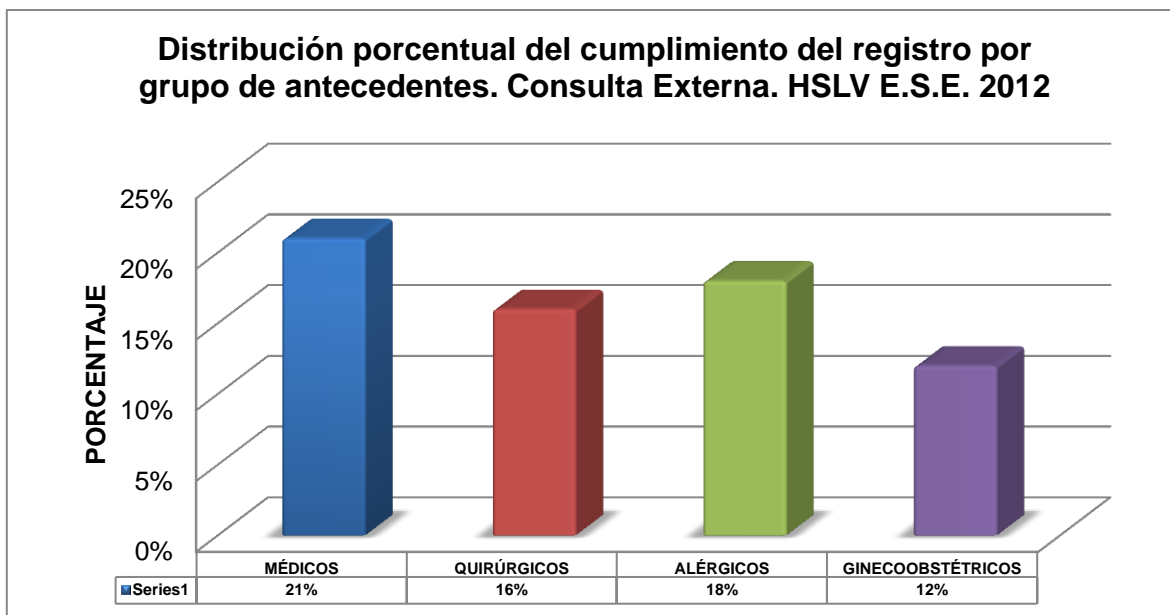
Con respecto al cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario, sólo el 54% (n=36) cumplen con el diligenciamiento completo de datos de identificación del usuario, incluyendo los datos correspondientes al tipo de vinculación y del acompañante o acudiente del usuario. El 46% (n=31) no cumplen con el criterio de evaluación, pues se observan datos de identificación del usuario, de su acompañante y vinculación sin diligenciar. (Ver gráfica 8).



**Gráfica 8. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Forma parte importante de la historia clínica y del ejercicio médico, indagar por los antecedentes del usuario. Al evaluar este criterio, se observa en general poco cumplimiento de su diligenciamiento, encontrando que en el 21% (n=) de las historias clínicas revisadas se registran antecedentes médicos, el 16% (n=) contiene el registro de antecedentes quirúrgicos, 18% (n=) corresponde al registro de antecedentes alérgicos y el 12% (n=) antecedentes ginecoobstétricos. (Ver gráfica 9).



**Gráfica 9. Distribución porcentual del cumplimiento del registro por grupo de antecedentes. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

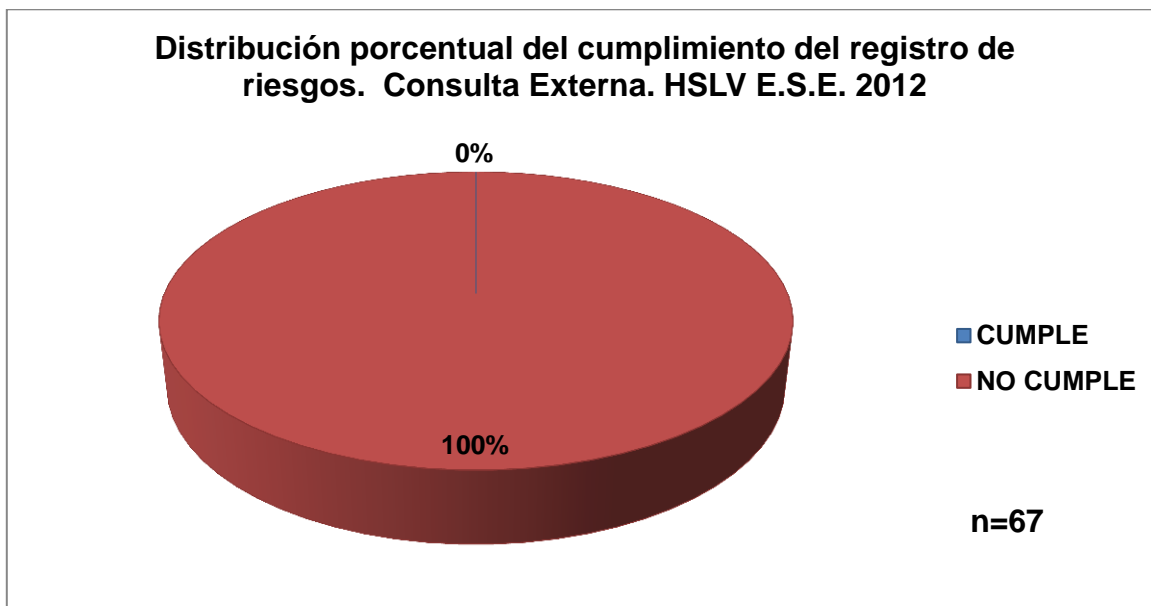
El registro de la conciliación medicamentosa se incumple en el 100% (n=67) de los registros evaluados. (Ver gráfica 10).



**Gráfica 10. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

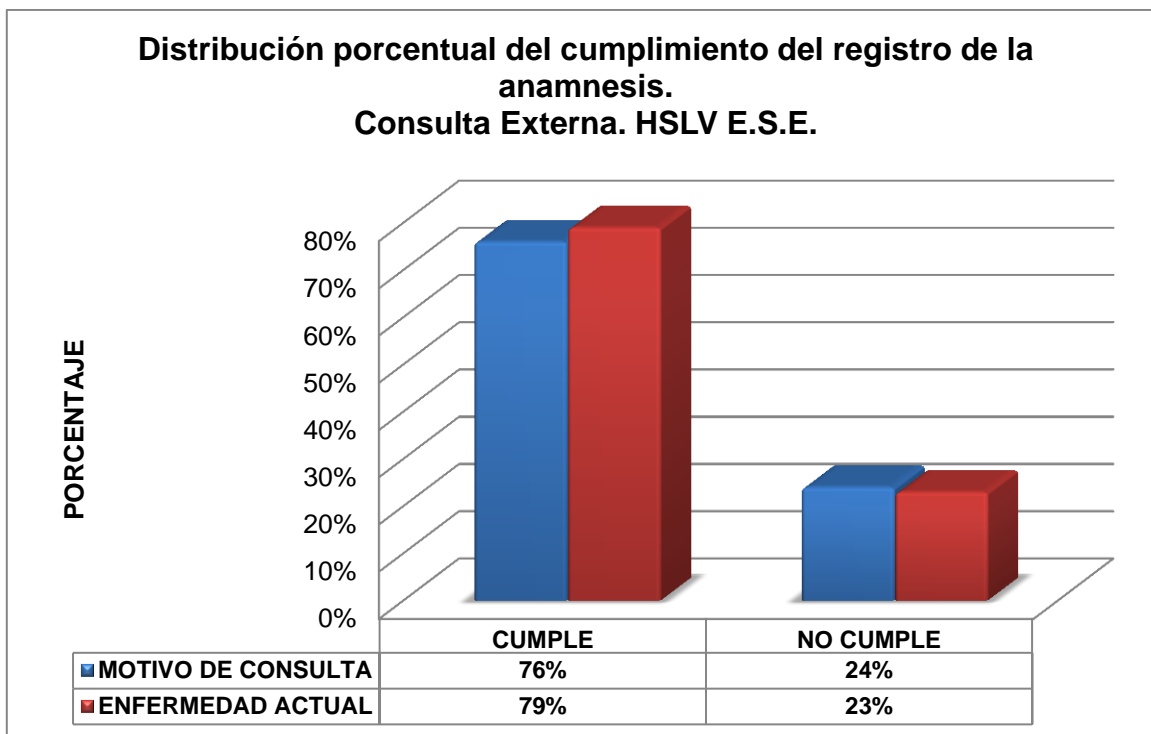
El registro de los riesgos a los que está expuesto el usuario dentro de la consulta se incumple en el 100% (n=67) de los registros, ya que no se encuentran identificados ni registrados o en su defecto no se especifica si el usuario no presenta riesgos. (Ver gráfica 11).



**Gráfica 11. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de riesgos. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

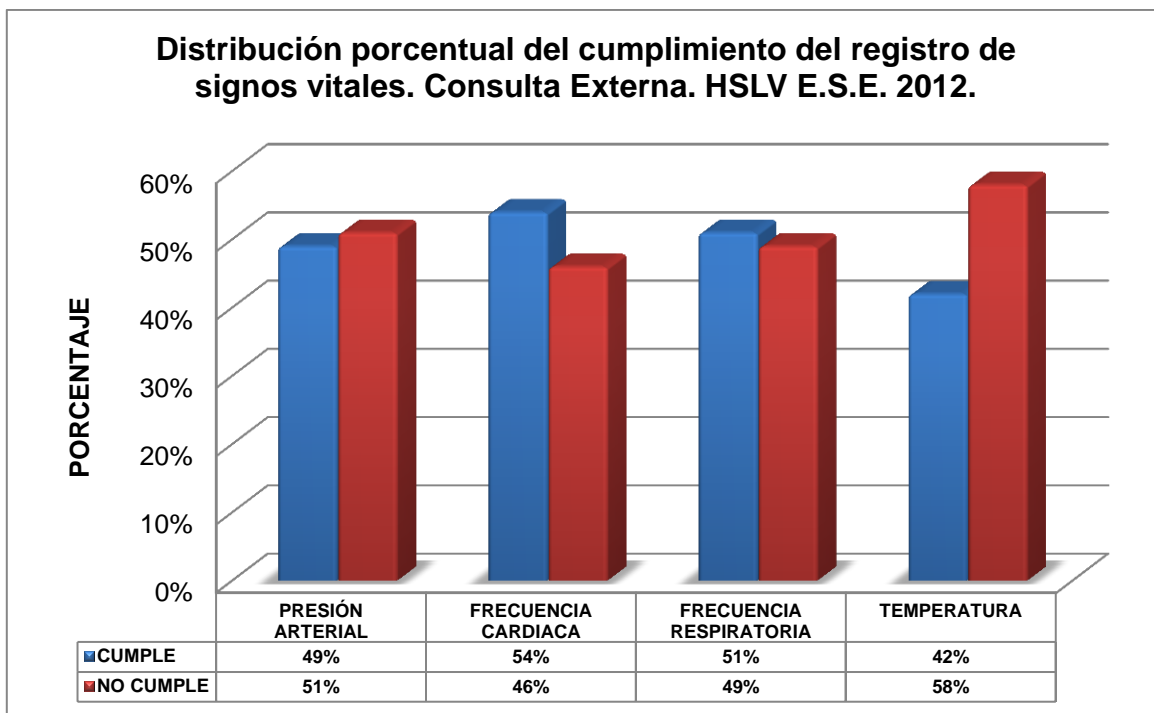
Evaluando la anamnesis, específicamente las variables motivo de consulta y enfermedad actual, se encuentra un cumplimiento del 76% (n=51) para el motivo de consulta, mientras que en el 24% (n=16) de las historias clínicas evaluadas no se encuentra documentado la razón de consulta por parte del usuario. Referente a la enfermedad actual, donde se amplía el motivo de consulta evolución y/o tratamientos realizados, se encuentra que el 79% (n=53) de los registros lo contienen diligenciado, mientras que el 23% (n=14) no lo registra. (Ver gráfica 12).



**Gráfica 12. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la anamnesis. Consulta Externa. HSLV E.S.E.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

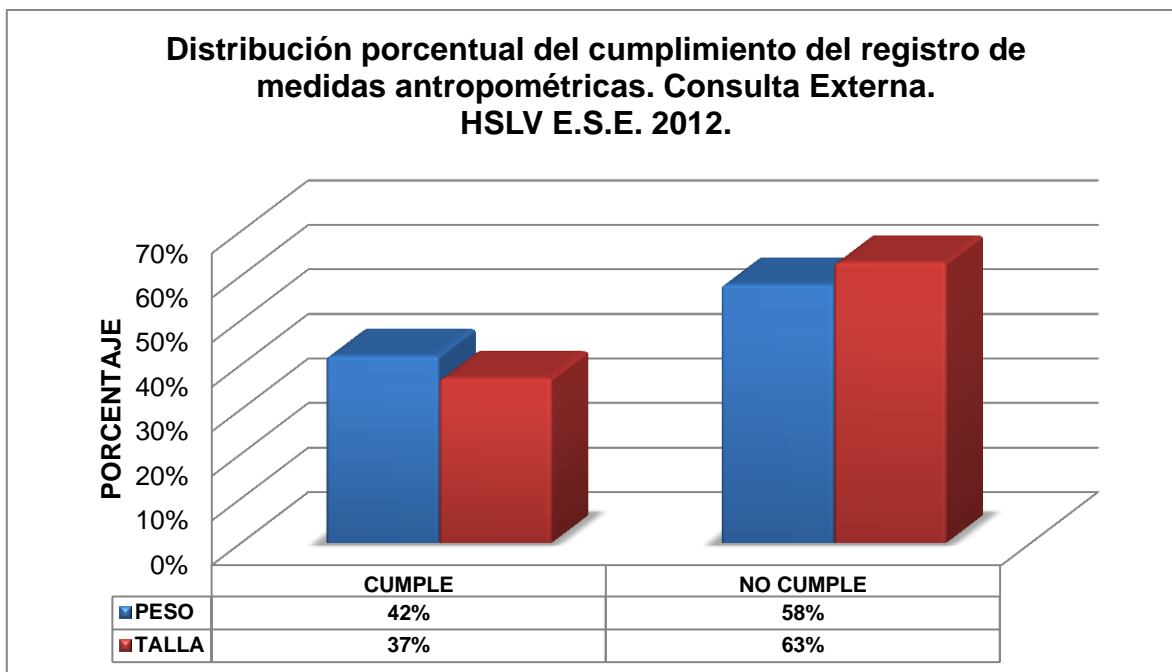
Respecto al diligenciamiento de los signos vitales, se evidencia de manera general bajo cumplimiento. Así pues, se tiene que en el 49% (n=33) de las historias clínicas revisadas se registra la presión arterial, frente a un 51% (n=34) que no se diligencia. En el 54% (n=36) de los registros se encuentra documentada la frecuencia cardiaca, mientras que el 46% (n=31) no lo reporta. El 51% (n=34) de los registros cuenta con la cifra correspondiente a la frecuencia respiratoria, 49% (n=33) no lo diligencia. Por último, frente al reporte de la temperatura el 42% (n=28) de los registros cumplen con su diligenciamiento, mientras que el 58% (n=39) se encuentra sin diligenciar. (Ver gráfica 13).



**Gráfica 13. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

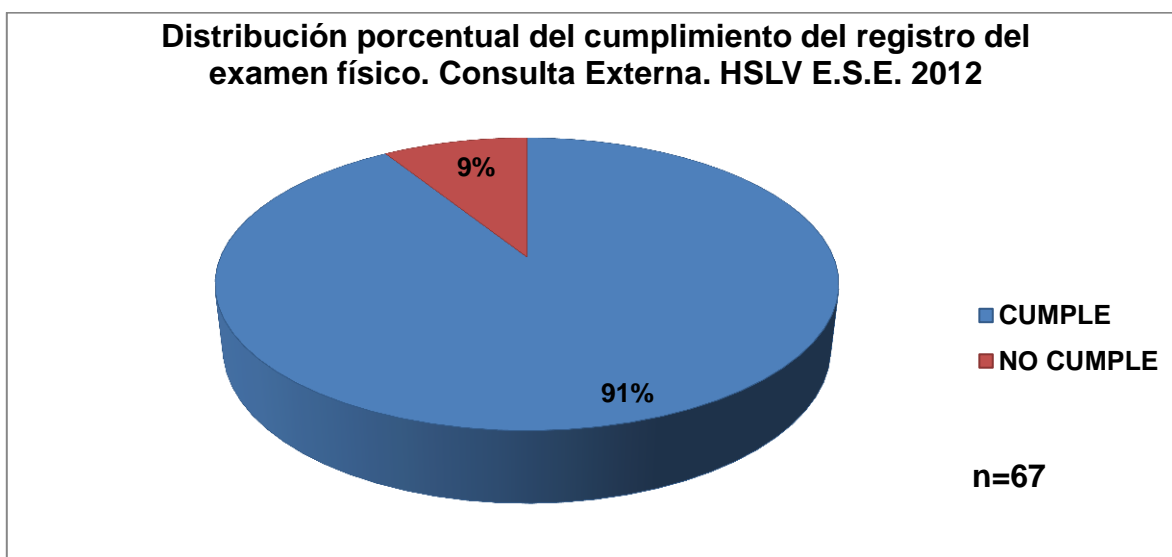
Frente al registro de las medidas antropométricas como peso y talla, se observa en promedio un cumplimiento inferior al 50% para este parámetro. El 42% (n=28) de las historias clínicas evaluadas tienen el registro del peso del usuario, frente al 58% (n=39) que no lo reporta. El cumplimiento del registro de la talla se encuentra en el 37% (n=25), mientras que el 63% (n=42) no lo cumple. (Ver gráfica14).



**Gráfica 14. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

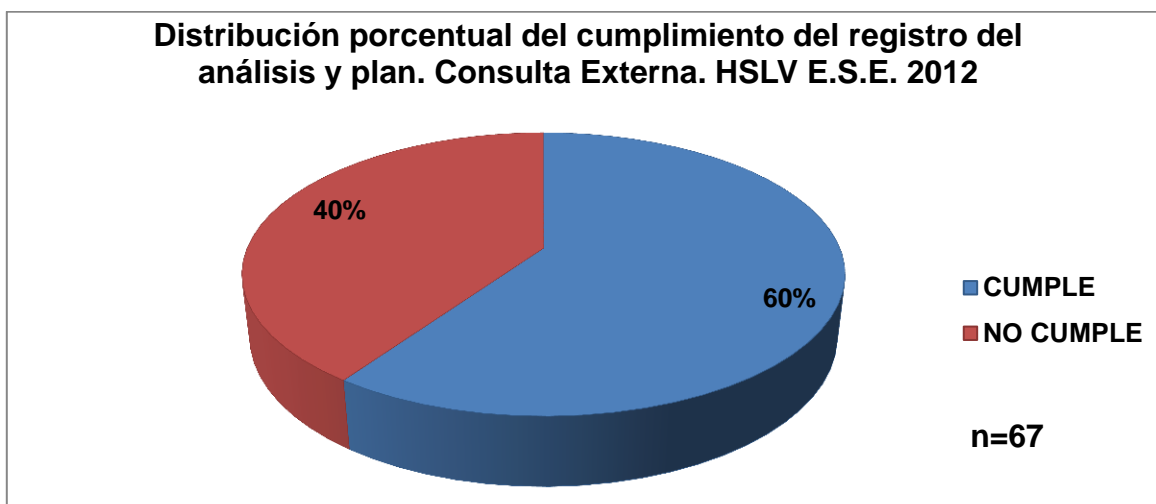
El 91% (n=61) de los registros evaluados contienen el diligenciamiento del examen físico, solo el 2% (n=6) no cumplió con el criterio. (Ver gráfica 15).



**Gráfica 15. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

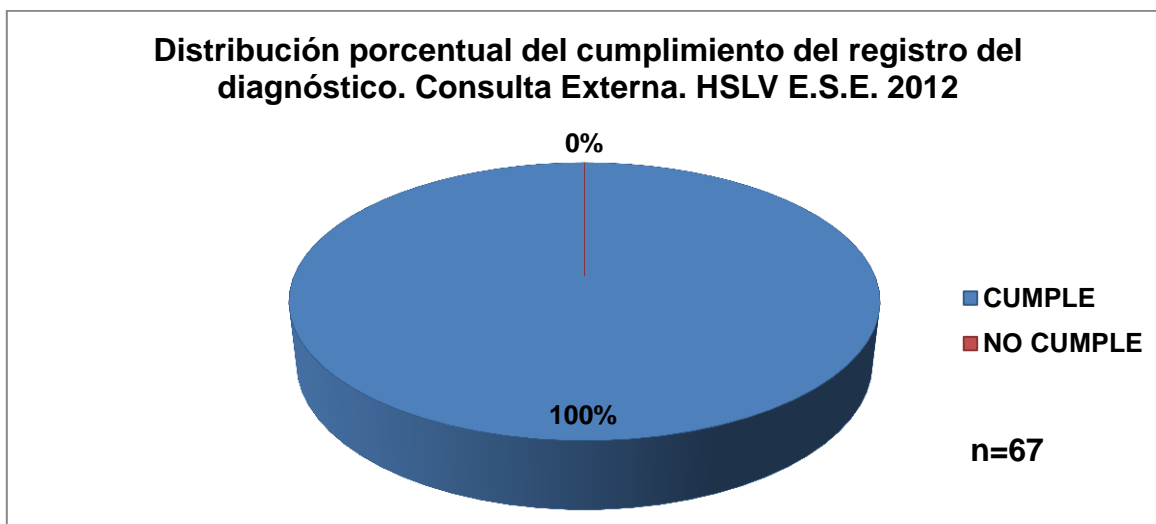
Respecto al registro del análisis y plan de cuidado y manejo del usuario, el 60% (n=) de los registros evaluados tiene diligenciado este campo dentro de la historia clínica, mientras que el 40% (n=) no lo registra. (Ver gráfica 16).



**Gráfica 16. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

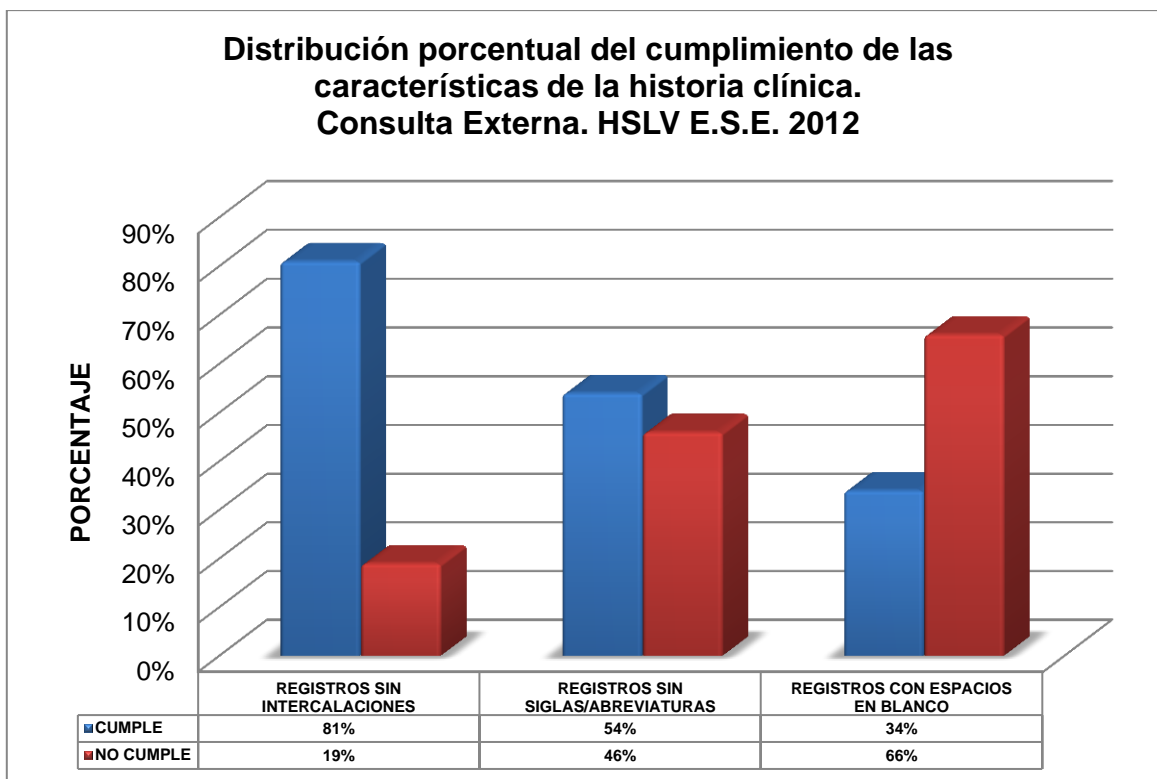
Respecto al registro del diagnóstico de la patología del usuario, el 100% (n=67) de las historias clínicas auditadas lo reportan. (Ver gráfica 17).



**Gráfica 17. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar características generales de la historia clínica frente a la calidad del registro, se observa que el 81% (n=54) de las historias clínicas evaluadas contienen registros sin intercalaciones o letras traslocadas, mientras que el 19% (n=13) no cumplen este criterio de evaluación, siendo este el criterio con mejor resultado. En el 54% (n=46) de los registros se evidencia el correcto uso de siglas y/o abreviaturas que están autorizadas por la institución, solo el 46% (n=21) no cumplen con este parámetro. Al evaluar los espacios en blanco dentro de la historia clínica, el 66% (n=44) de los registros presentan espacios en blanco, mientras que solo el 34% (n=23) muestra todos los campos de la historia diligenciados. (Ver gráfica 18).

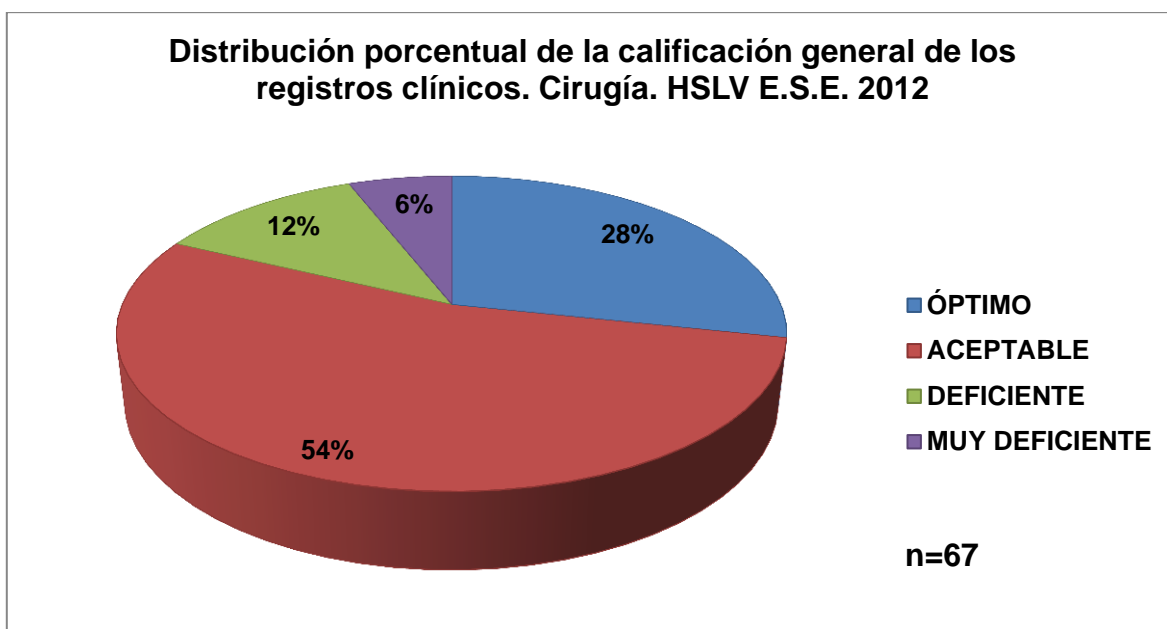


**Gráfica 18. Distribución porcentual del cumplimiento de las características de la historia clínica. Consulta Externa. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### 5.2.2. Cirugía

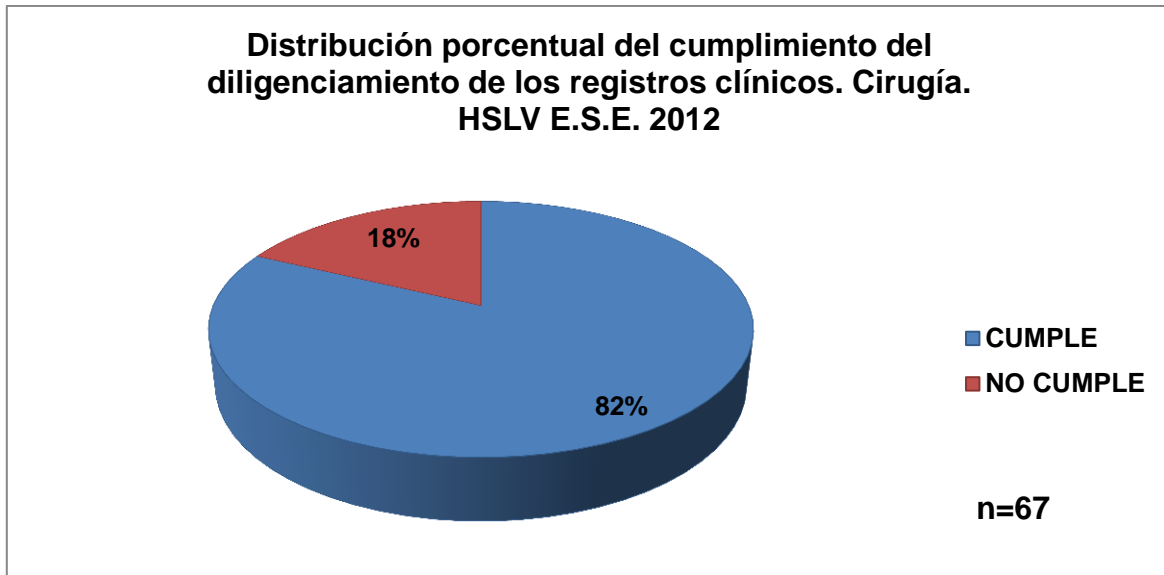
Al realizar el proceso evaluativo de la historia clínica en el proceso de cirugía, se encuentra en términos generales que el 28% (n=19) de las historias auditadas obtuvieron una calificación óptima en el diligenciamiento de los registros, el 54% (n=36) una calificación aceptable, 12% (n=) deficiente y el 6% (n=) muy deficiente, como se observa en la gráfica 19.



**Gráfica 19. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

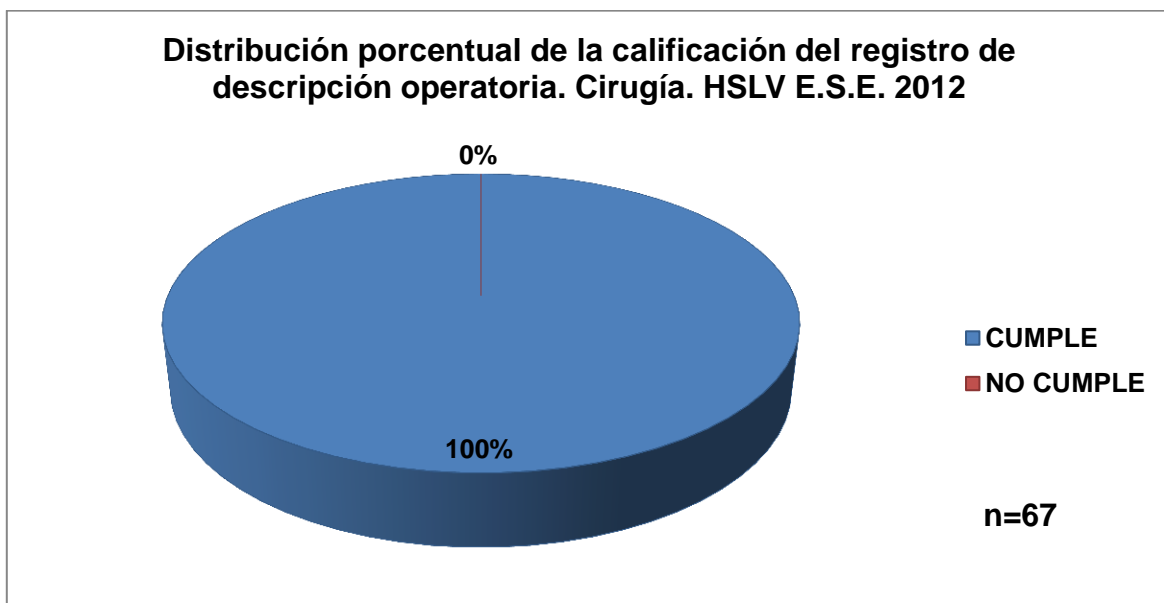
Evaluando el grado de cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos por el personal médico en el proceso de cirugía, el 82% (n=55) cumple con los criterios evaluados, mientras que el 18% (n=12) de las historias revisadas no lo cumplen. (Ver gráfica 20).



**Gráfica 20. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

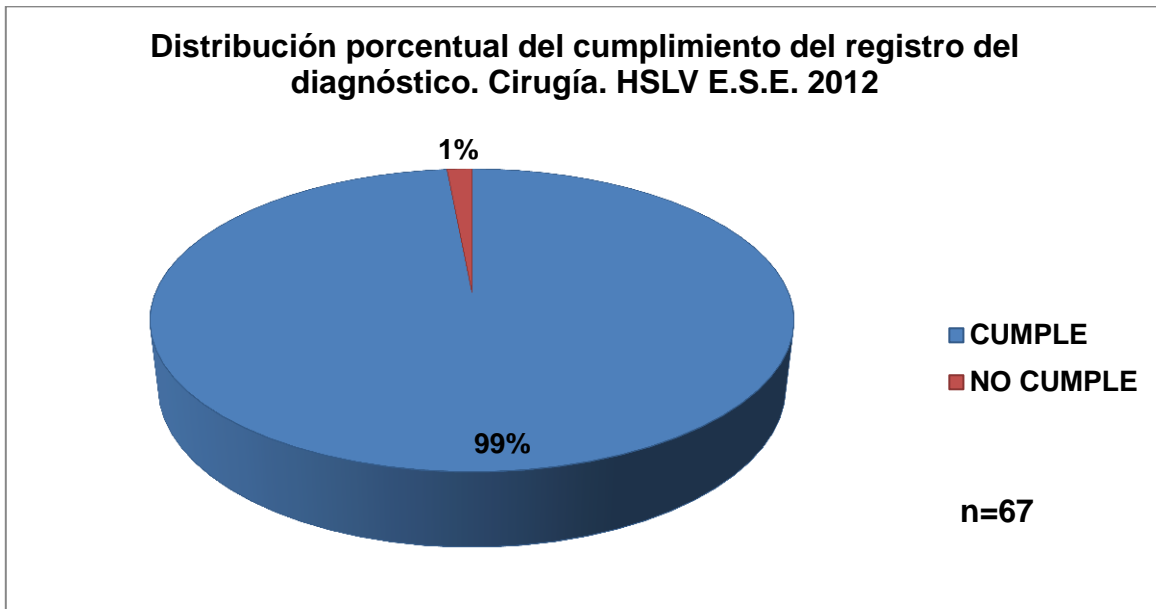
El 100% (n=67) de los registros médicos revisados cumplen con la descripción completa de la descripción operatoria. (Ver gráfica 21).



**Gráfica 21. Distribución porcentual de la calificación del registro de descripción operatoria. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

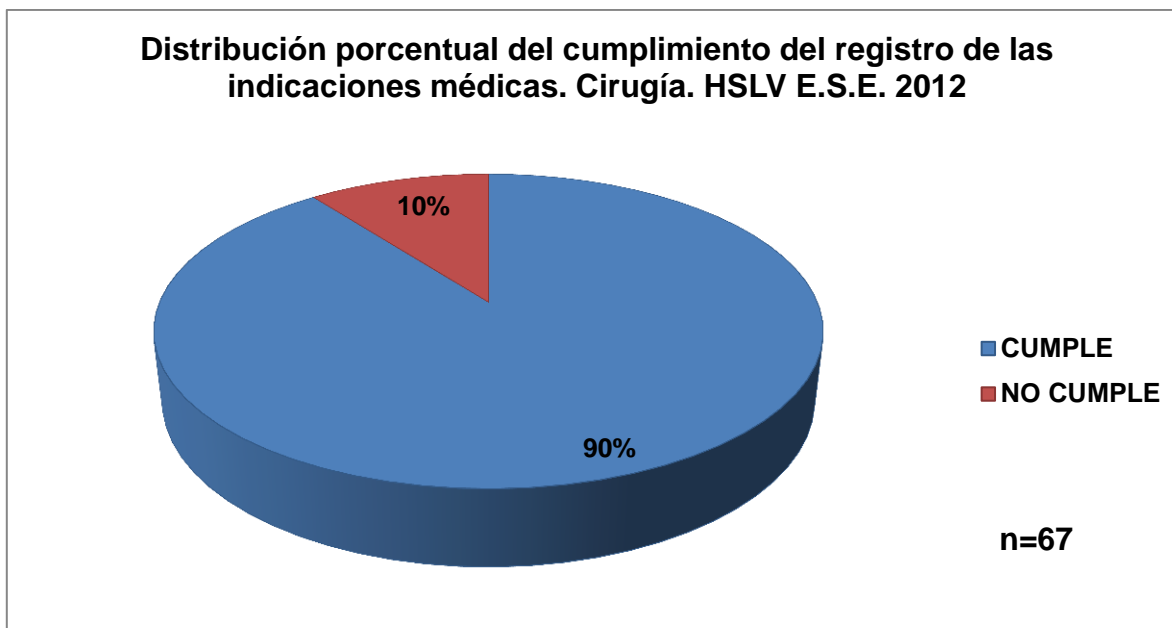
En el 99% (n=66) de los registros evaluados tienen diligenciado el diagnóstico correspondiente a la patología y/o procedimiento quirúrgico. Sólo en el 1% (n=1) del folio de cirugía no lo tiene registrado. (Ver gráfica 22).



**Gráfica 22. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

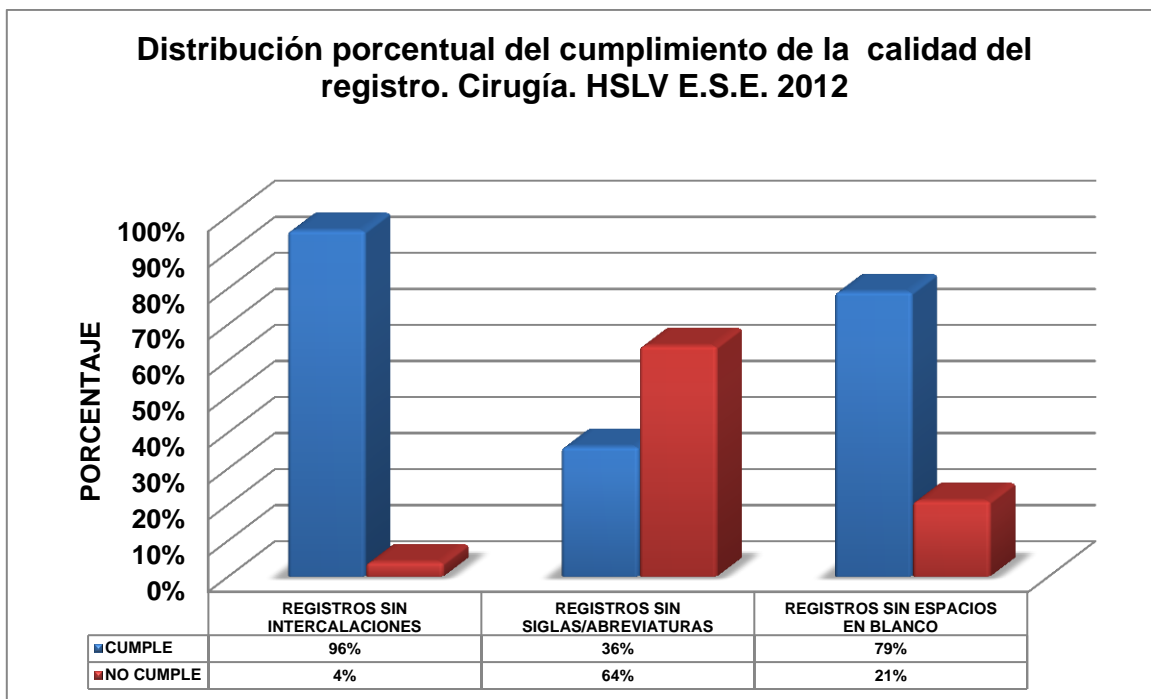
Respecto a las indicaciones médicas, se encuentra que el 90% (n=60) de los registros auditados reporta indicaciones médicas para los usuarios del proceso quirúrgico, frente al 10% (n=7) que no lo registra. (Ver gráfica 23).



**Gráfica 23. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

De acuerdo a las características de la historia clínica, el 96% (n=64) de los registros evaluados tienen registros sin intercalaciones o sin letras traslocadas. En el 64% (n=43) de ellas se documentan siglas y abreviaturas, no contempladas en el manual institucional de siglas. Respecto a los espacios en blanco, el 21% (n=14) de las historias revisadas presentan campos sin diligenciar. (Ver gráfica 24).

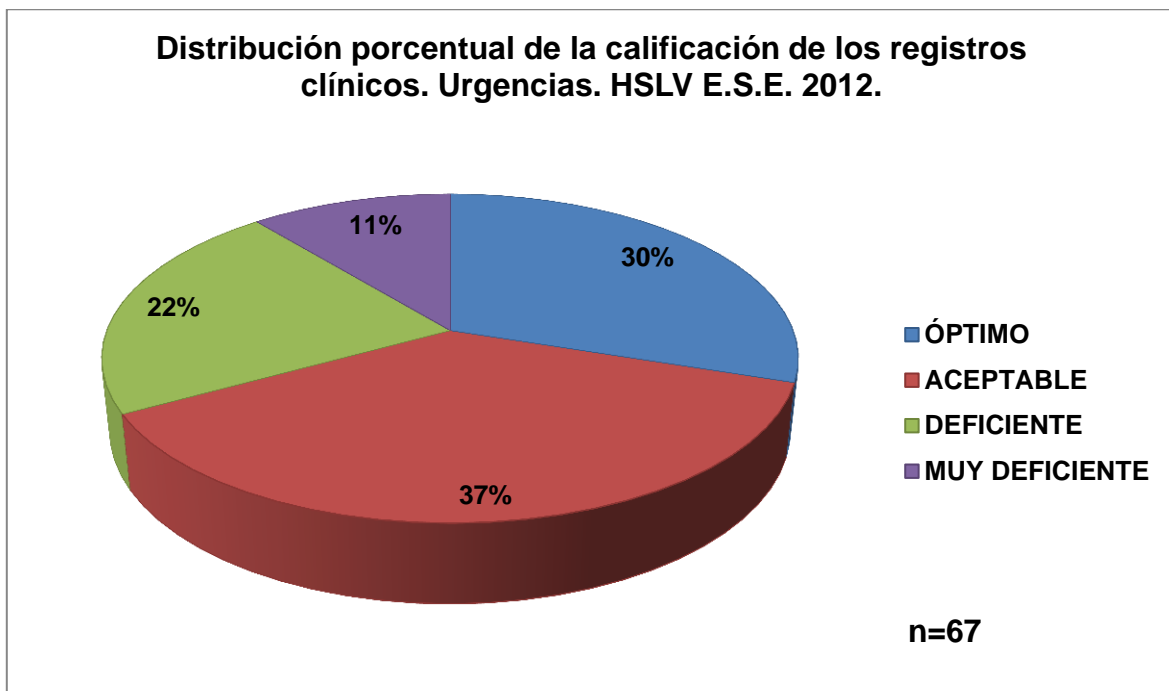


**Gráfica 24. Distribución porcentual del cumplimiento de las características de la de la calidad del registro. Cirugía. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### 5.2.3. Urgencias

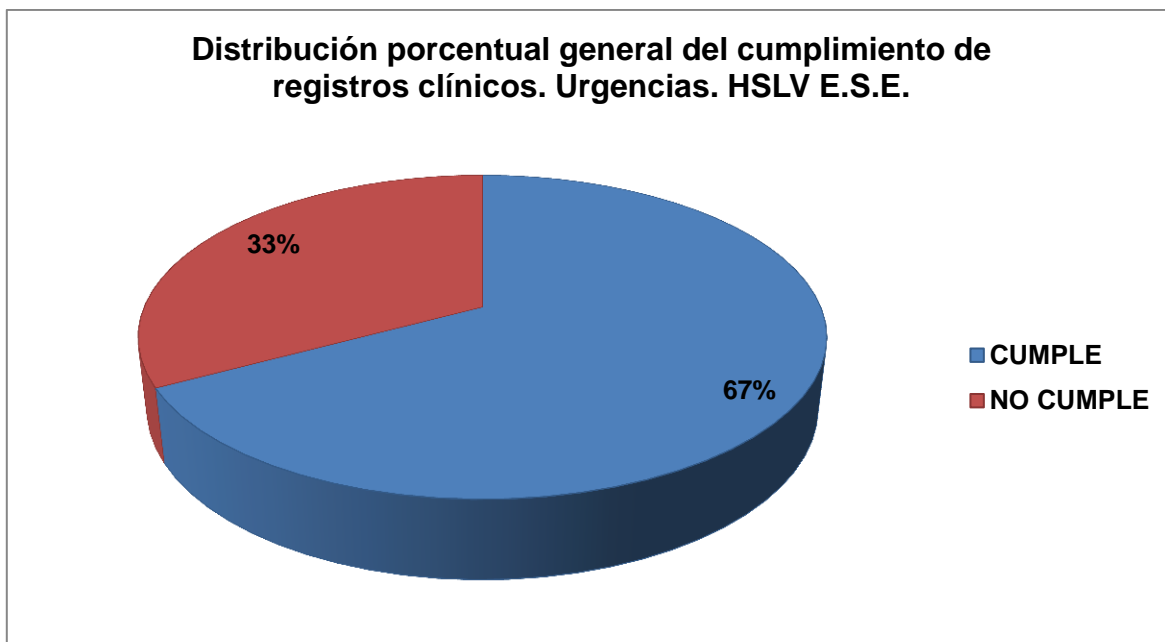
Del total de historias clínicas evaluadas en el proceso de urgencias (urgencias adultos, urgencias pediatría, urgencias ginecología), se encuentra de manera general que el 30% (n=20) obtuvo una calificación óptima, 37% (n=37) aceptable, 22% (n=22) deficiente y el 11% (n=7) de ella muy deficiente. (Ver gráfica 25).



**Gráfica 25. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Referente al cumplimiento de los registros clínicos, abordándolo desde un nivel general, se tiene que el 67% (n=45) cumplen con los criterios evaluados en la auditoria, mientras que el 33% (n=22) no los cumple. (Ver gráfica 26).



**Gráfica 26. Distribución porcentual general del cumplimiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E.**

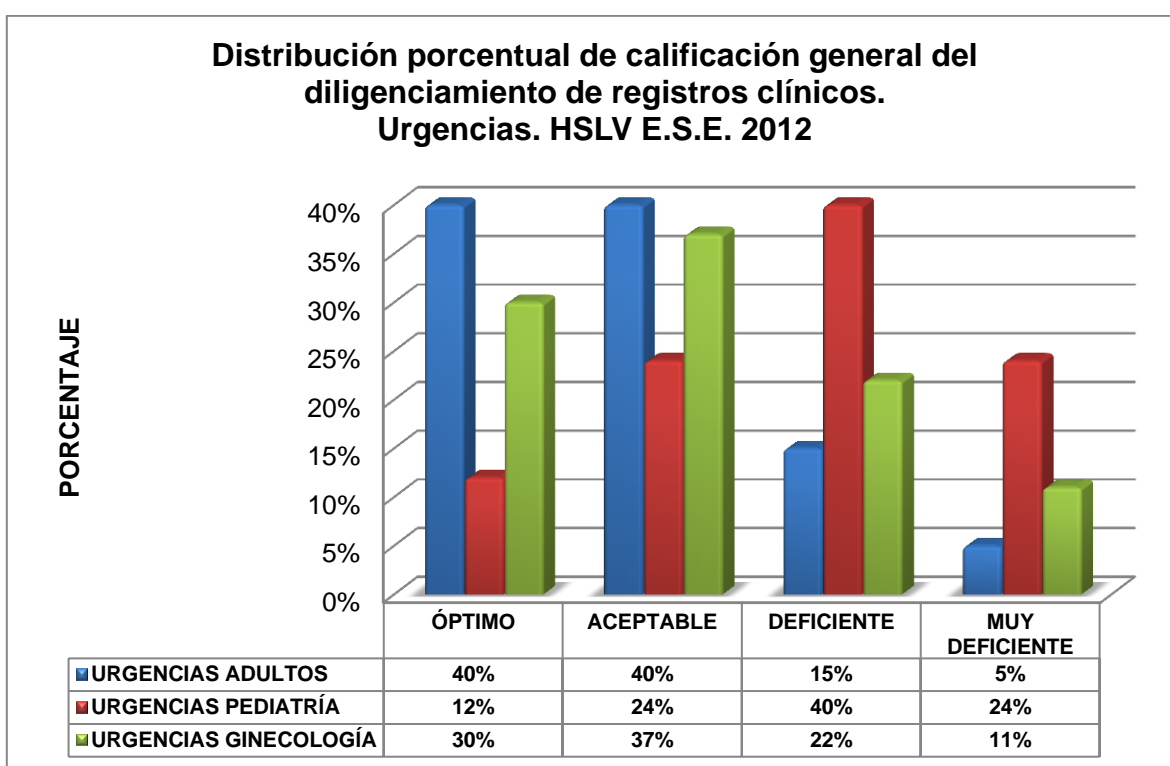
*Fuente: Elaboración de los autores*

Segregando el servicio de urgencias en los subprocesos urgencias adultos, urgencias pediatría y urgencias ginecología frente a la calificación general del diligenciamiento de las historias clínicas evaluadas, se tiene que la calificación óptima se encuentra en mayor proporción en el servicio de urgencias adultos, con 40% (n=16) de cumplimiento de los criterios evaluados, seguido por el servicio de urgencias ginecología 30% (n=2) y el 12% (n=) corresponde al servicio de urgencias pediatría.

El 40% (n=16) de las historias clínicas evaluadas en el servicio de urgencias adultos tienen una calificación aceptable, seguido de urgencias ginecología con un 37% (n=5) y el 24% (n=4) para el servicio de urgencias pediatría.

La calificación deficiente se encuentra en mayor proporción en el servicio de urgencias pediatría, con un 40% (n=7), seguido por el servicio de urgencias ginecología con el 22% (n=2) y urgencias adultos con el 15% (n=6).

La calificación muy deficiente se concentra en con un 24% (n=4) en urgencias pediatría, le sigue urgencias ginecología con 11% (n=1) y urgencias adultos con el 5% (n=2). (Ver gráfica 27).

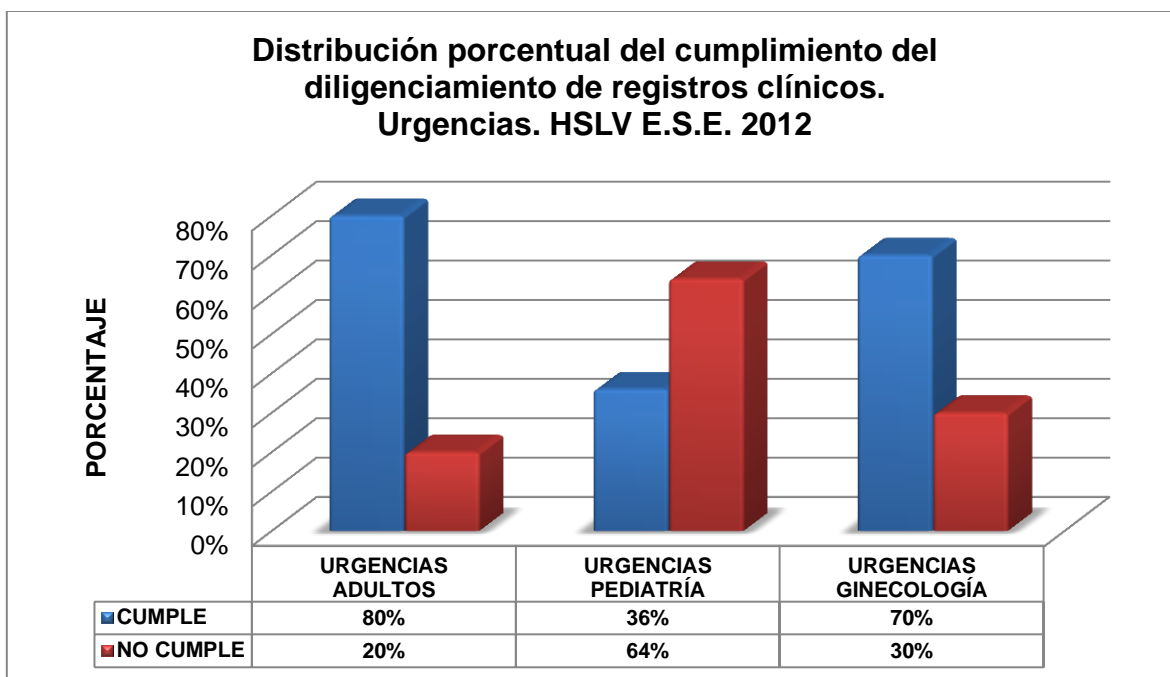


**Gráfica 27. Distribución porcentual de calificación general del diligenciamiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Agrupando las anteriores escalas de medición para referirse en términos de cumplimiento o no de los criterios evaluados en la auditoría, para cada servicio de urgencias se obtuvo que el mayor cumplimiento se encuentra en el servicio de

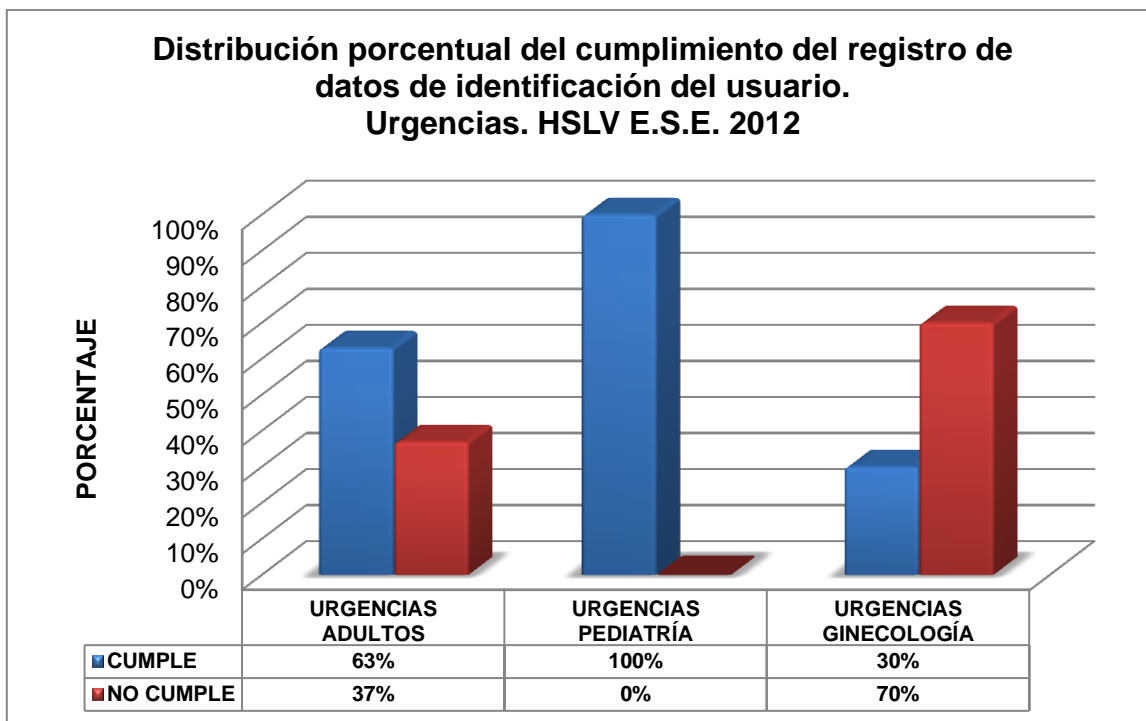
urgencias adultos con el 80% (n=32) y en urgencias ginecología con el 70% (n=7), mientras que el incumplimiento de los criterios evaluados de encuentra en mayor proporción en urgencias pediatría, con el 64% (n=11) de incumplimiento. (Ver gráfica 28).



**Gráfica 28. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de registros clínicos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Referente al cumplimiento del registro de los datos de identificación del usuario, en el servicio de urgencias pediatría se cumple con el 100% (n=17) del diligenciamiento de éstos, es decir, se diligencian completamente datos del usuario, su acompañante y afiliación, le sigue en cumplimiento el urgencias adultos con 63% (n=25); mientras que en el servicio de ginecología se concentra el mayor incumplimiento de este criterio, con el 70% (n=7). (Ver gráfica 29).

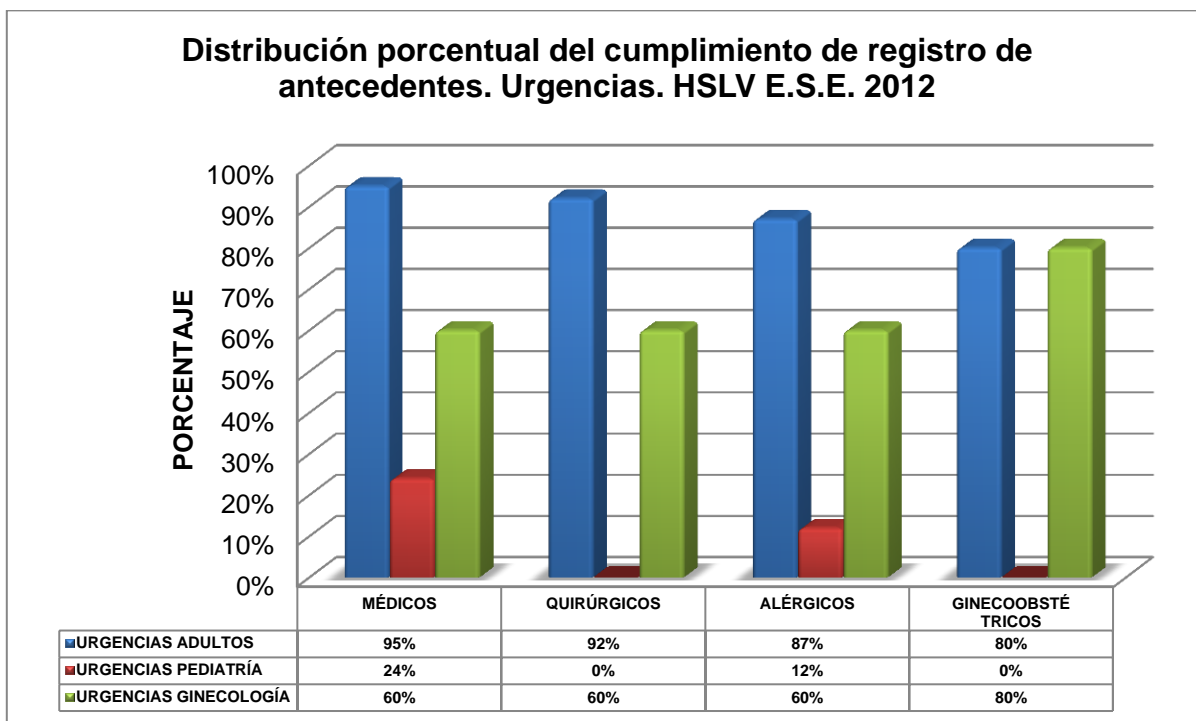


**Gráfica 29. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de datos de identificación del usuario. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Respecto al diligenciamiento de los antecedentes médicos, quirúrgicos, alérgicos y ginecoobstétricos para cada servicio de urgencias, se encuentra que urgencias adultos es el servicio en el que se registra en mayor proporción los antecedentes. El 95% (n=38) de los registros evaluados tienen diligenciado los antecedentes médicos, en el 92% (n=36) de las historias se encuentran registrados los antecedentes quirúrgicos, en el 87% (n=33) se documentan antecedentes alérgicos y en el 80% (n=8) de los casos se reportan antecedentes ginecoobstétricos. Le sigue el servicio de urgencias ginecología con un reporte del 60%(n=6) para los antecedentes médicos, quirúrgicos y alérgicos y 80% (n=8) de registro de antecedentes ginecoobstétricos. El servicio de urgencias pediatría es el que diligencia en menor medida antecedentes, siendo registrados el 24%

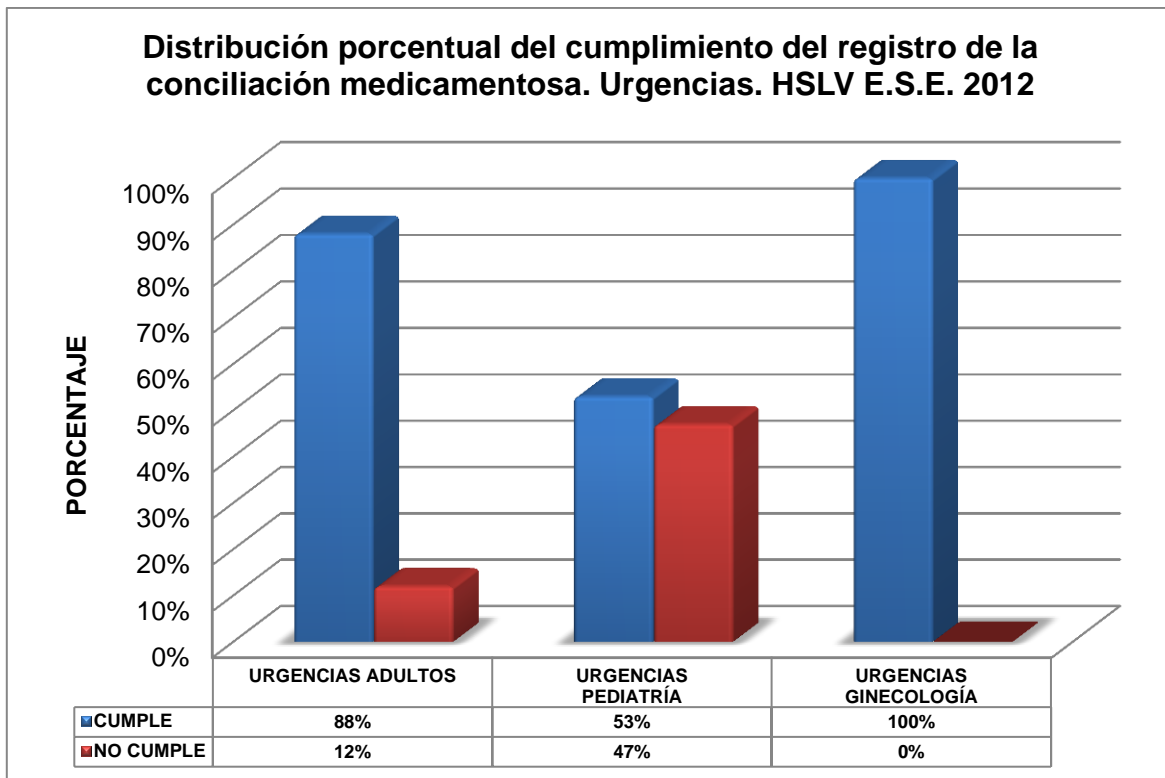
(n=4) de antecedentes médicos y 12% (n=2) de antecedentes alérgicos. Los antecedentes quirúrgicos y ginecoobstétricos no aplicaron para este proceso por la caracterización de la población. (Ver gráfica 30).



**Gráfica 30. Distribución porcentual del cumplimiento de registro de antecedentes. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

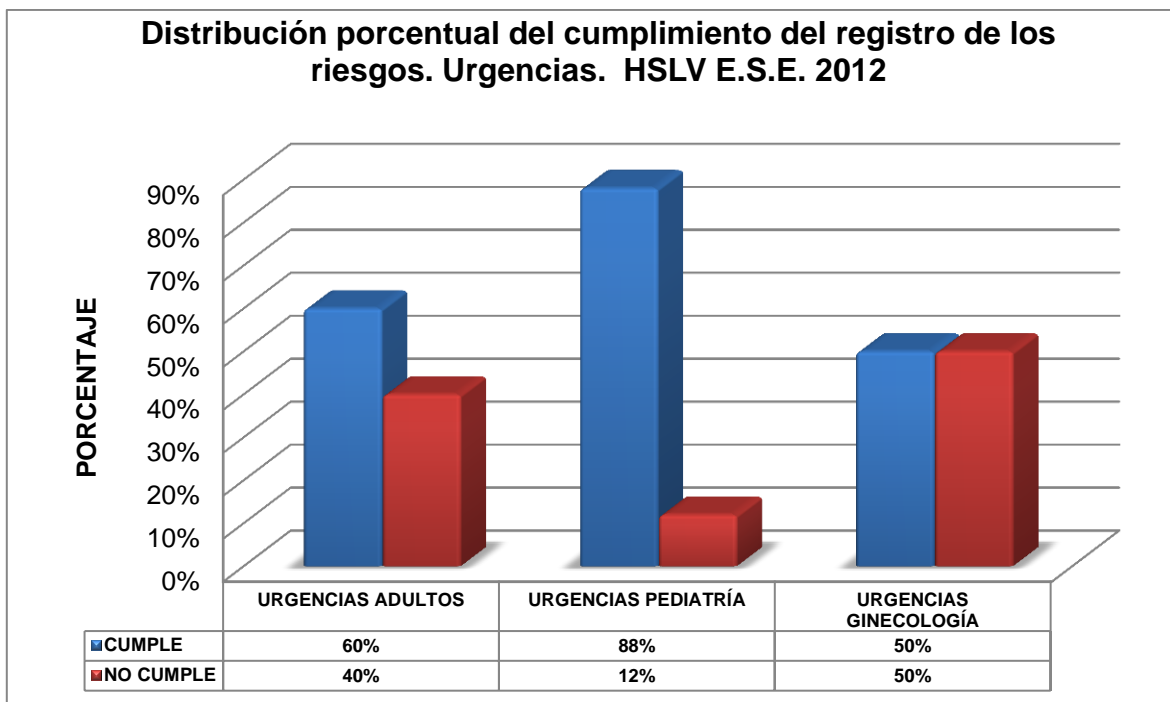
El servicio de urgencias ginecología muestra un cumplimiento del 100% (n=10) en el registro de la conciliación medicamentosa, seguida de urgencias adultos donde hay un cumplimiento del 88% (n=35) en el registro, mientras que en el servicio de urgencias pediatría el cumplimiento es del 53% (n=9). Ver gráfica 31.



**Gráfica 31. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la conciliación medicamentosa. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

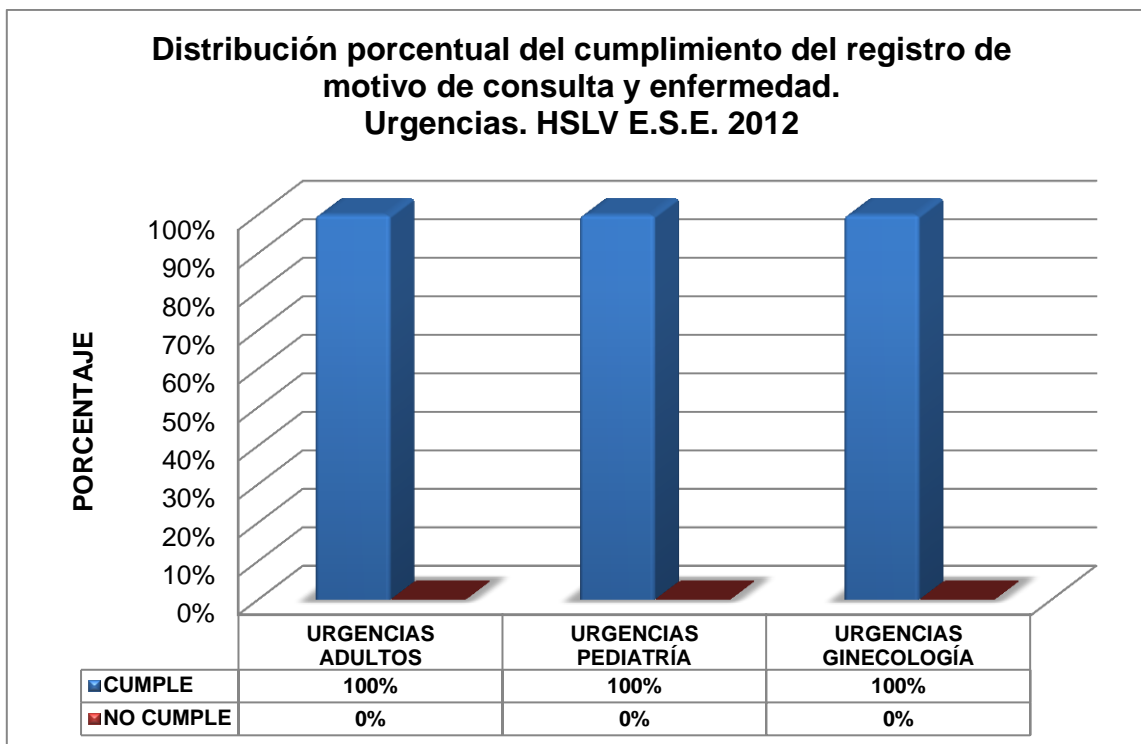
Frente al registro de los riesgos a los que se encuentran expuestos los usuarios y la identificación de los mismos en la historia clínica, el mayor cumplimiento se encuentra en el servicio de urgencias pediatría donde el 88% (n=15) de las historias clínicas auditadas tienen el registro de los riesgos, le sigue urgencias adultos con un cumplimiento del 60% (n=24) y para el servicio de ginecología 50% (n=5). (Ver gráfica 32).



**Gráfica 32. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

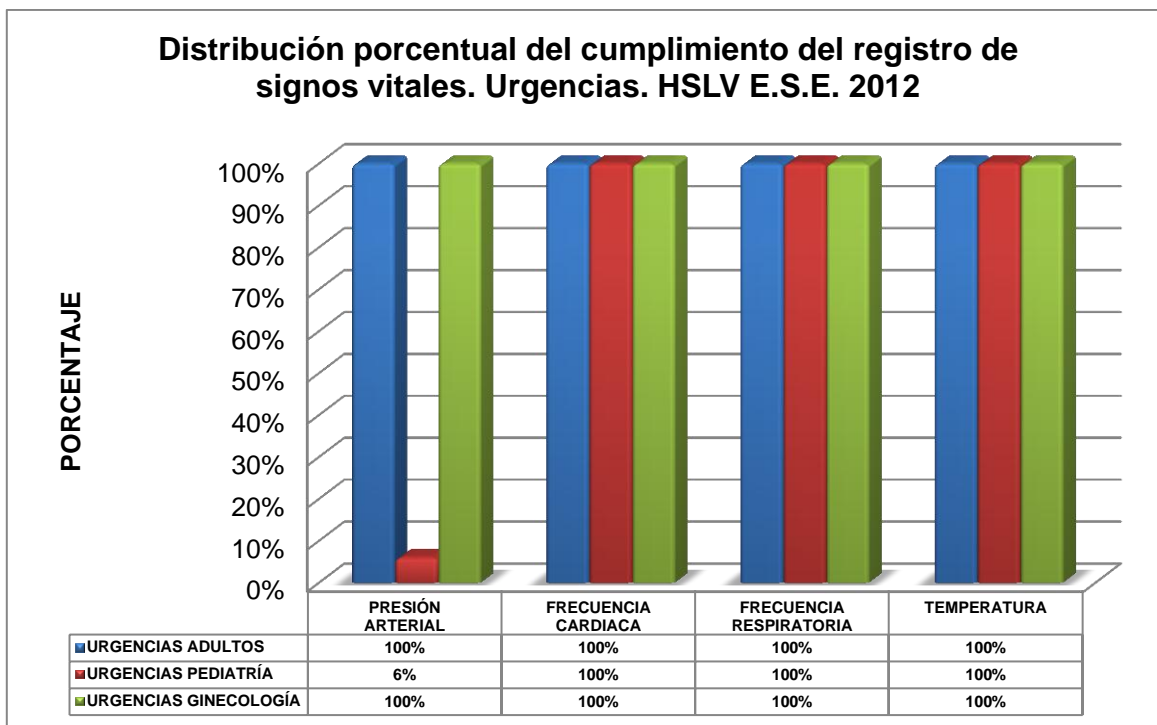
En el 100% de las historias evaluadas de los servicios de urgencias adultos, urgencias pediatría y urgencias ginecología cumplen con el parámetro de evaluación motivo de consulta y enfermedad actual. (Ver gráfica 33).



**Gráfica 33. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

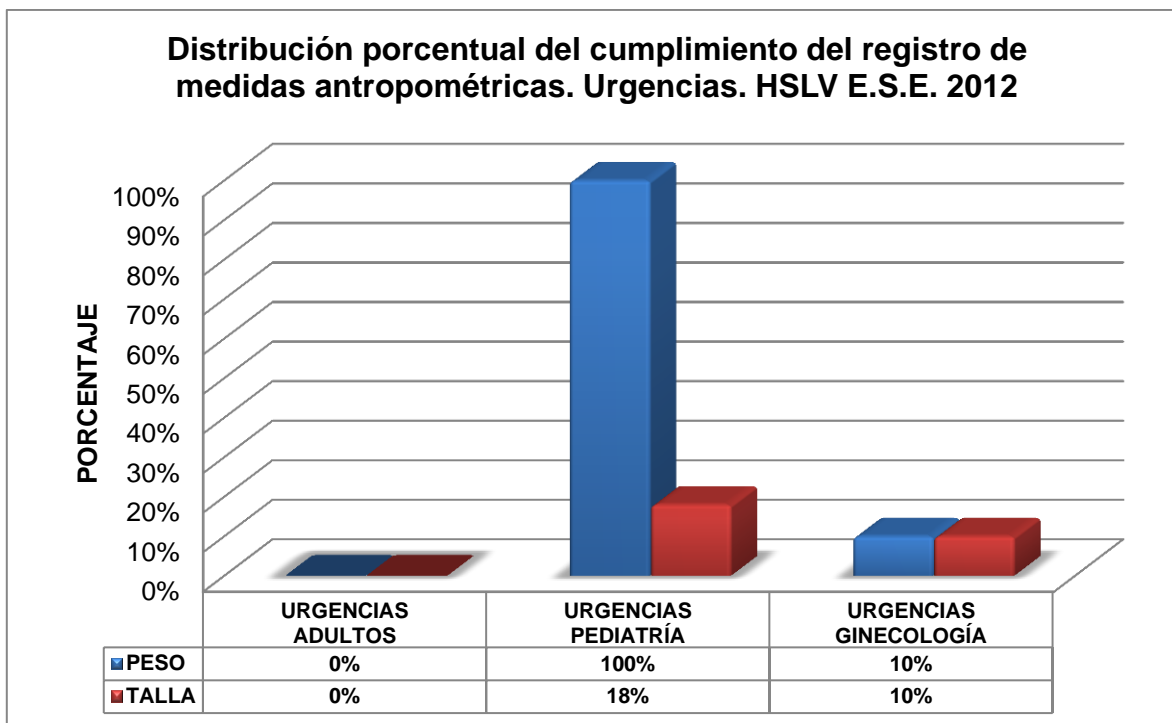
El registro de signos vitales en general muestra un alto cumplimiento. El diligenciamiento de los valores de la presión arterial se cumple en el 100% (n=40) de las historias clínicas auditadas en los servicios de urgencias adultos y urgencias ginecología. En urgencias pediatría se encuentra un diligenciamiento del 6% (n=1). Por otro lado, la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura se encuentran diligenciados en el 100% de las historias clínicas auditadas de urgencias adultos, urgencias pediatría y urgencias ginecología. (Ver gráfica 34).



**Gráfica 34. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

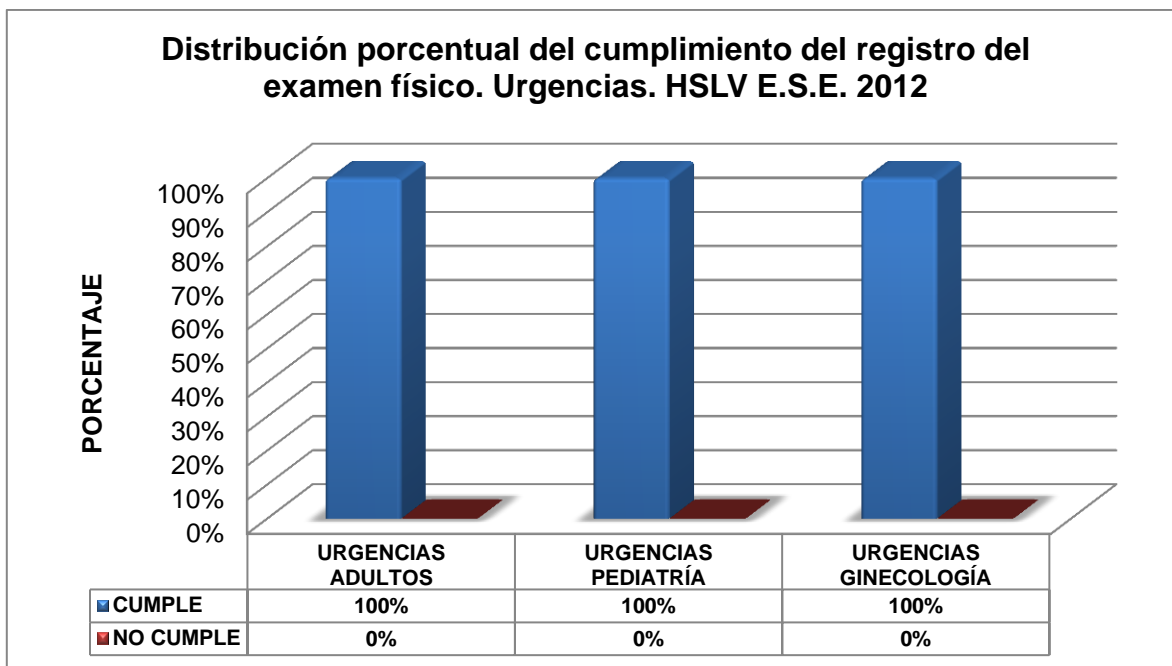
Para el servicio de urgencias, se obtuvo un cumplimiento del 0% para el diligenciamiento del peso y la talla en la historia clínica. Urgencias ginecología muestra un cumplimiento del 10% (n=1) en el registro y urgencias pediatría reporta en el 100% (n=17) de las historias clínicas evaluadas el registro del peso, mientras que el registro de la talla solo se cumple en el 18%(n=3) de los casos. (Ver gráfica 35).



**Gráfica 35. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

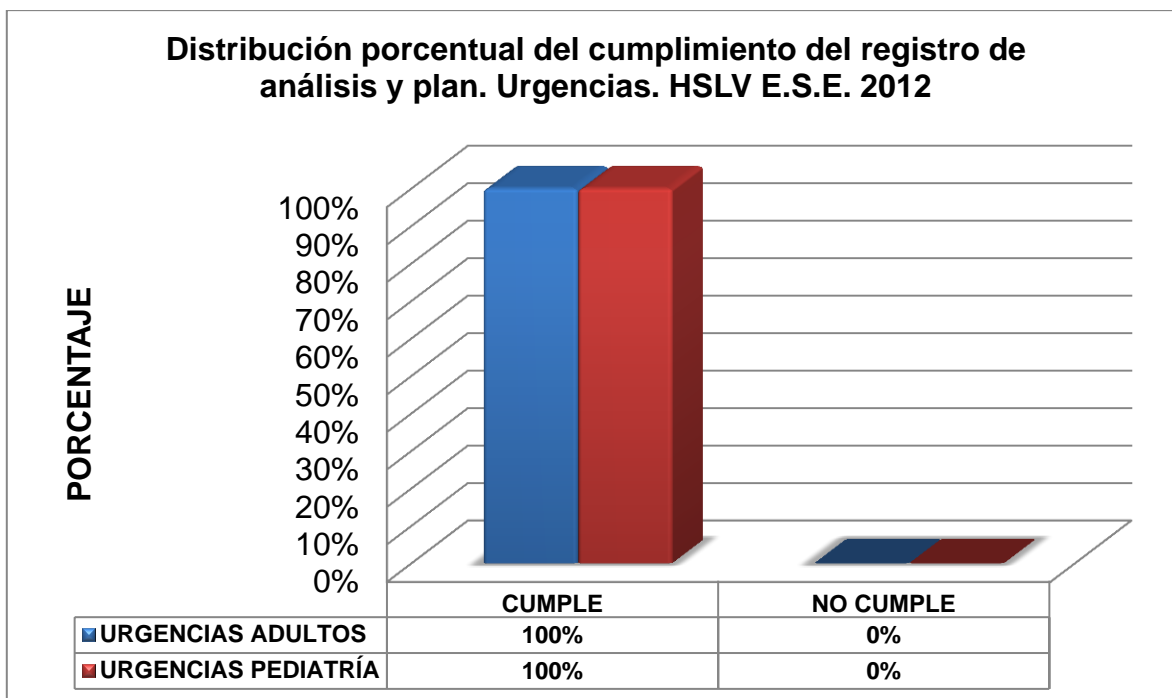
*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar el cumplimiento del registro del examen físico, análisis y plan y diagnóstico, muestra un cumplimiento del 100% para todos los servicios de urgencias. Cabe resaltar que para el criterio análisis y plan, en el servicio de urgencias ginecología no se encontraba este campo en la historia clínica para su diligenciamiento. (Ver gráficas 36, 37 y 38).



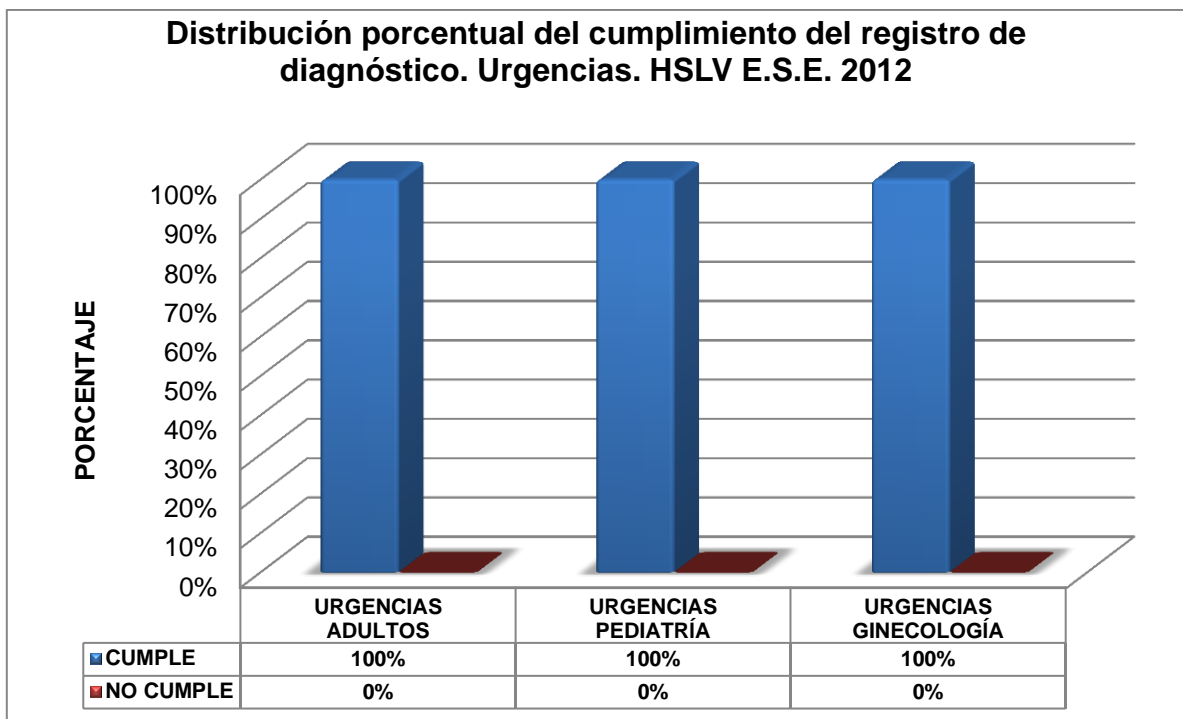
**Gráfica 36. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 37. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de análisis y plan. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 38. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de diagnóstico. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

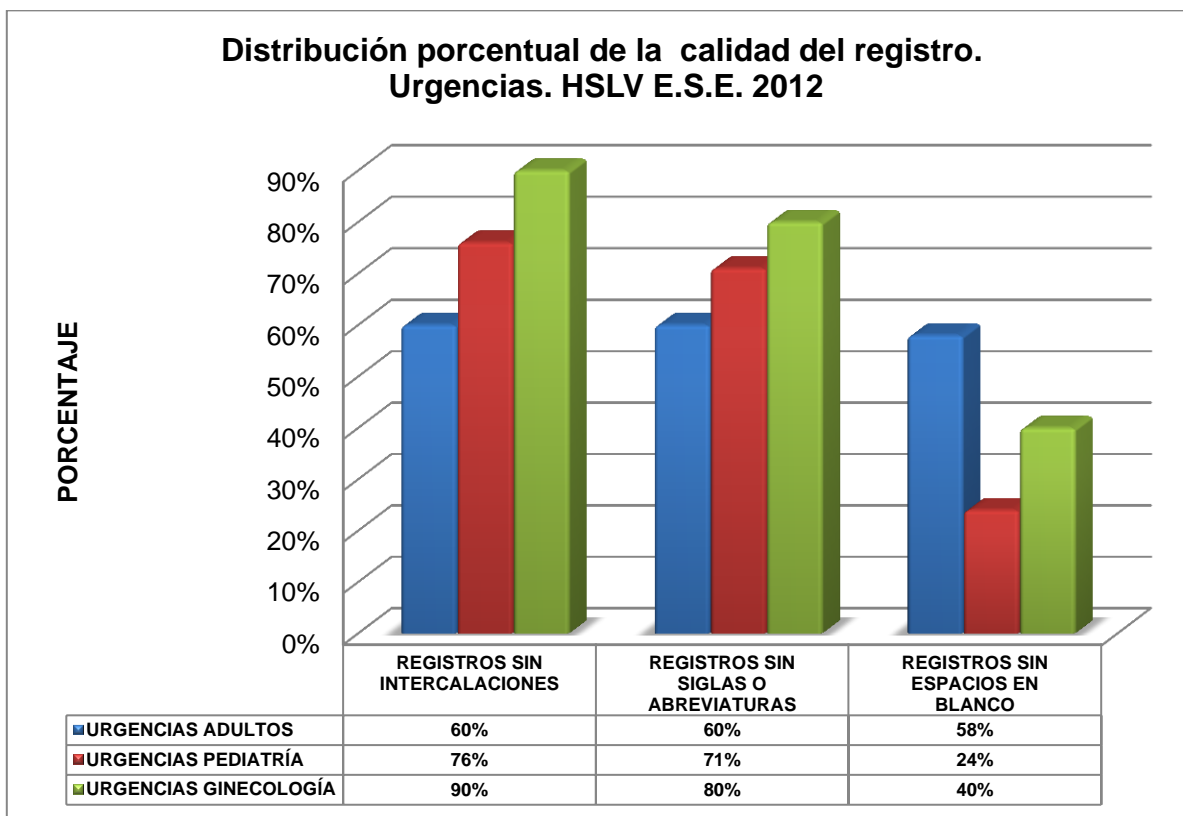
*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar las características del diligenciamiento de los registros en la historia clínica, se encuentra que frente a los registros sin intercalaciones, el servicio de urgencias ginecología presenta el mayor cumplimiento de este parámetro, pues el 90% (n=9) de las historias clínicas auditadas no contienen registros con intercalaciones o letras traslocadas; le sigue en cumplimiento urgencias pediatría con 76% (n=13) y urgencias adultos con un cumplimiento del 60% (n=20).

Urgencias ginecología muestra el mayor cumplimiento de registros sin siglas o abreviaturas con el 80% (n=8) de los casos, le sigue urgencias pediatría con el 71% (n=12) de cumplimiento y urgencias adultos con el 60% (n=20).

El registro sin dejar espacios en blanco, lo cumple en mayor proporción urgencias adultos, pues el 58% (n=23) de las historias evaluadas no presentan

espacios sin diligenciar, le sigue el servicio de urgencias ginecología con un cumplimiento del 40% (n=4) de los registros y urgencias pediatría con 24% (n=4). (Ver gráfica 39).

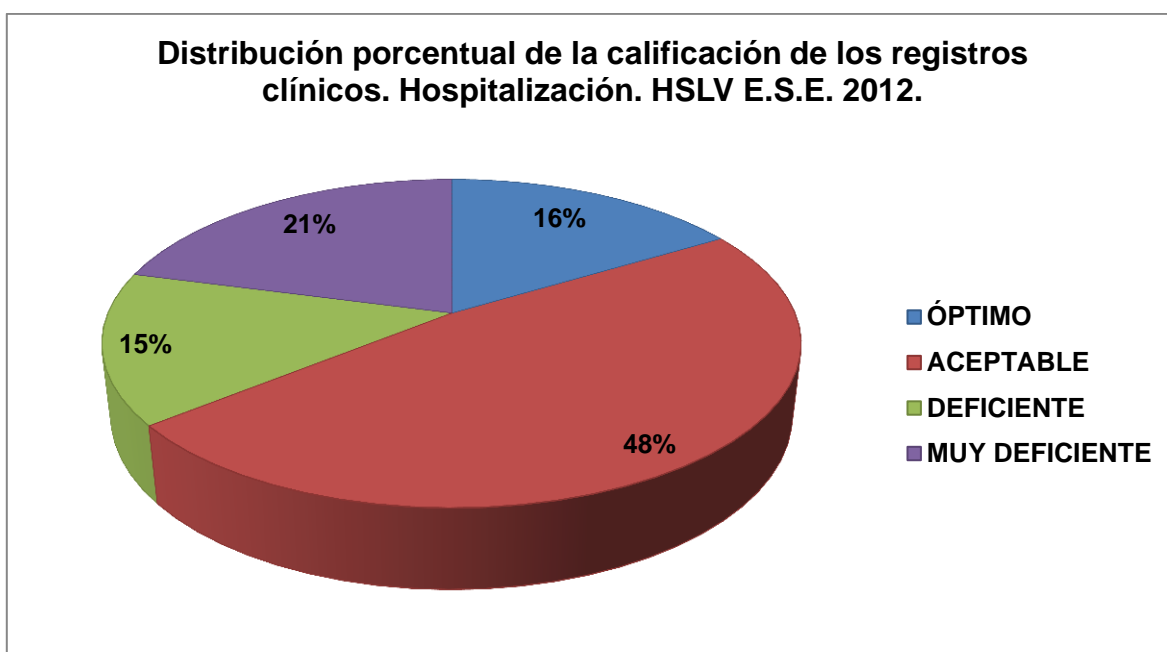


**Gráfica 39. Distribución porcentual de las características de la calidad del registro. Urgencias. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

#### 5.2.4. Hospitalización

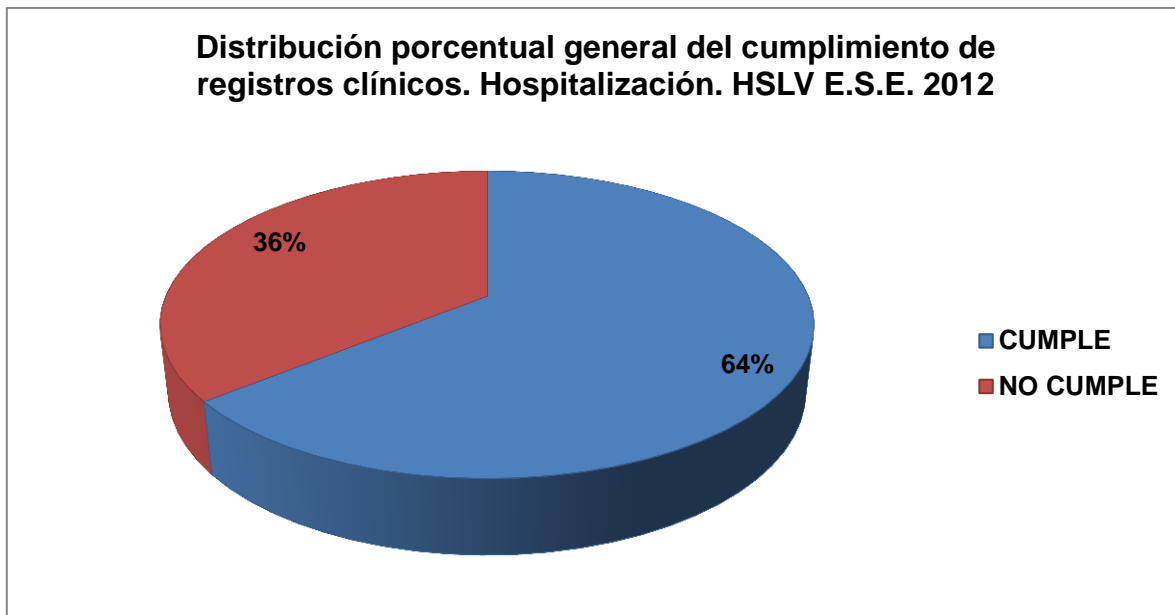
Del total de historias clínicas evaluadas en el proceso de hospitalización (hospitalización medicina interna, hospitalización pediatría, hospitalización ginecología), se encuentra de manera general que el 16% (n=11) obtuvo una calificación óptima, 48% (n=32) aceptable, 15% (n=10) deficiente y el 21% (n=14) de ella muy deficiente. (Ver gráfica 2).



**Gráfica 40. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos en el servicio. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Referente al cumplimiento de los registros clínicos, tomado en un nivel general, se tiene que el 61% (n=43) cumplen con los criterios evaluados en la auditoría, mientras que el 39% (n=24) no los cumple. (Ver gráfica 41).



**Gráfica 41. Distribución porcentual general del cumplimiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

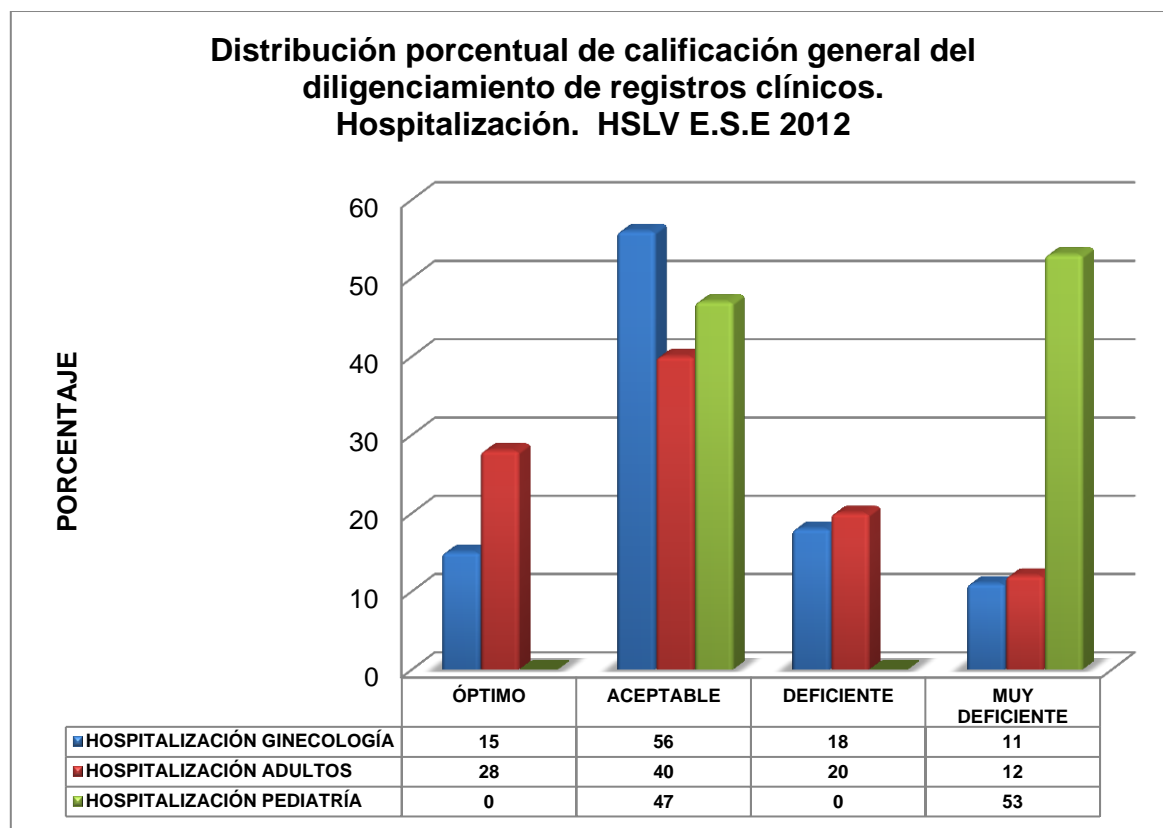
*Fuente: Elaboración de los autores*

Segregando el servicio de urgencias en los subprocesos hospitalización adultos, hospitalización pediatría y hospitalización ginecología frente a la calificación general del diligenciamiento de las historias clínicas evaluadas, se observa que la calificación óptima se encuentra en mayor proporción en el servicio de hospitalización adultos con un cumplimiento del 28% (n=7) de las historias clínicas auditadas, seguido del servicio de hospitalización ginecología con el 15% (n=4). El servicio de hospitalización pediatría no obtuvo calificación óptima.

Para la calificación aceptable en el cumplimiento de los registros evaluados, el mayor porcentaje se encuentra en el proceso de hospitalización ginecología, representado en el 56% (n=15) de registros auditados, seguido de hospitalización pediatría con 47% (n=7) y hospitalización adultos con el 40% (n=10).

Los registros con cumplimiento deficiente, están representados por el 20% (n=5) en el servicio de hospitalización ginecología y por el 19% (n=5) en el proceso de hospitalización adultos. Hospitalización pediatría no presentó hallazgos con calificación deficiente.

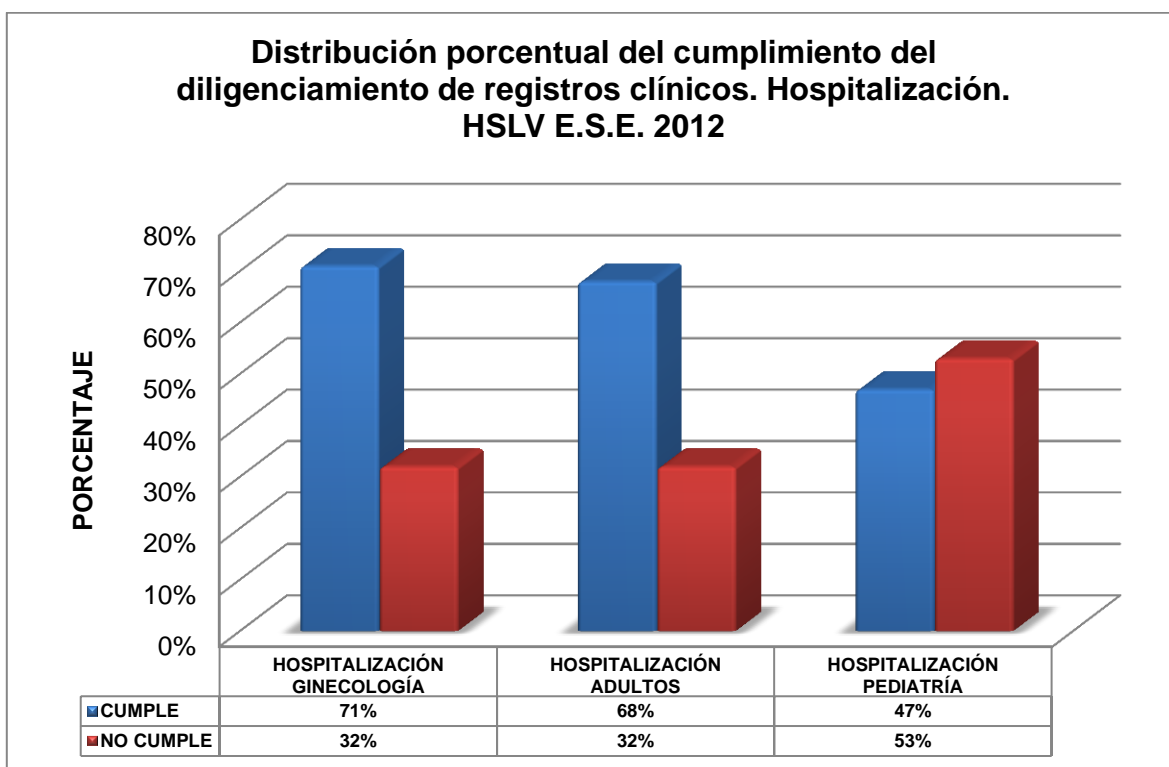
El 53% (n=8) de las historias clínicas evaluadas del proceso de hospitalización pediatría obtuvieron calificación muy deficiente. Los servicios de hospitalización adultos y ginecología tienen un cumplimiento del 12% (n=3) y 11% (n=3) de cumplimiento respectivamente. (Ver gráfica 42).



**Gráfica 42. Distribución porcentual de calificación general del diligenciamiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Agrupando las anteriores escalas de medición para referirse en términos de cumplimiento o no de los criterios evaluados en la auditoría, para cada servicio de urgencias se obtuvo que el mayor cumplimiento se encuentra en el servicio de hospitalización ginecología con el 71% (n=19) y en hospitalización adultos con el 68%% (n=17), mientras que el incumplimiento de los criterios evaluados de encuentra en mayor proporción en hospitalización pediatría, con el 53% (n=8) de incumplimiento. (Ver gráfica 43).

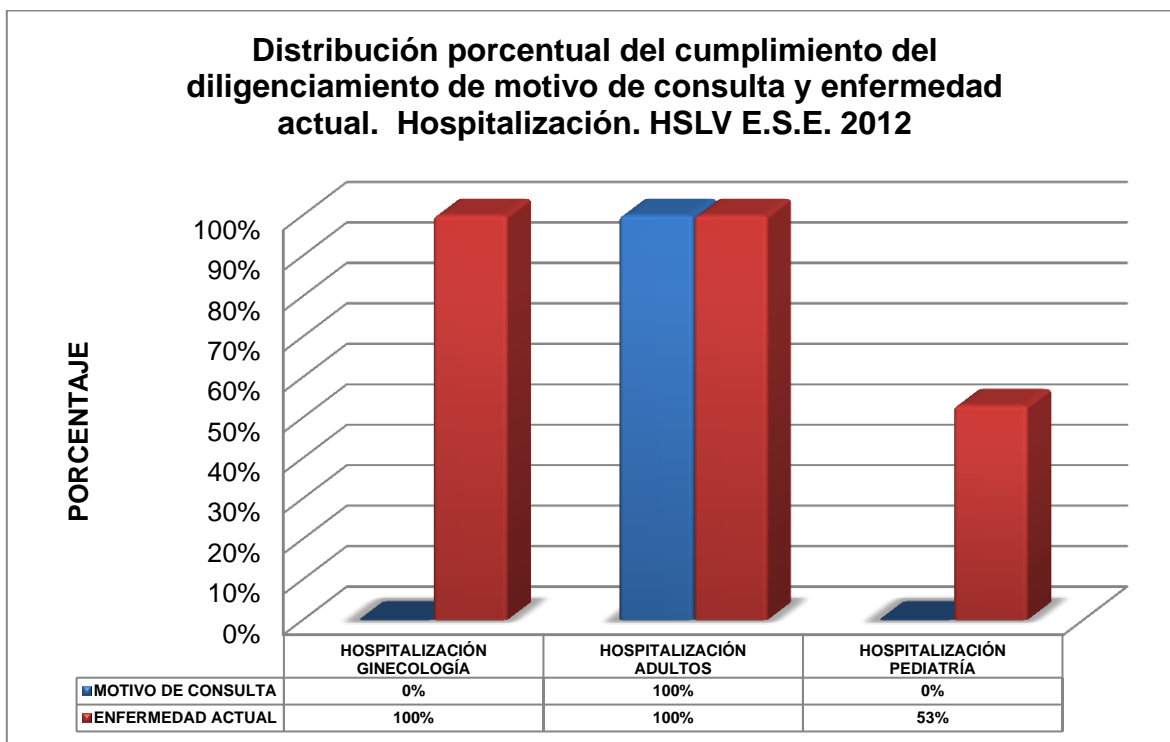


**Gráfica 43. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de registros clínicos. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

En el servicio de hospitalización adultos se obtuvo un cumplimiento del 100% (n=15) respecto al registro de motivo de consulta y enfermedad actual. Hospitalización ginecología sólo cumple con el criterio enfermedad actual,

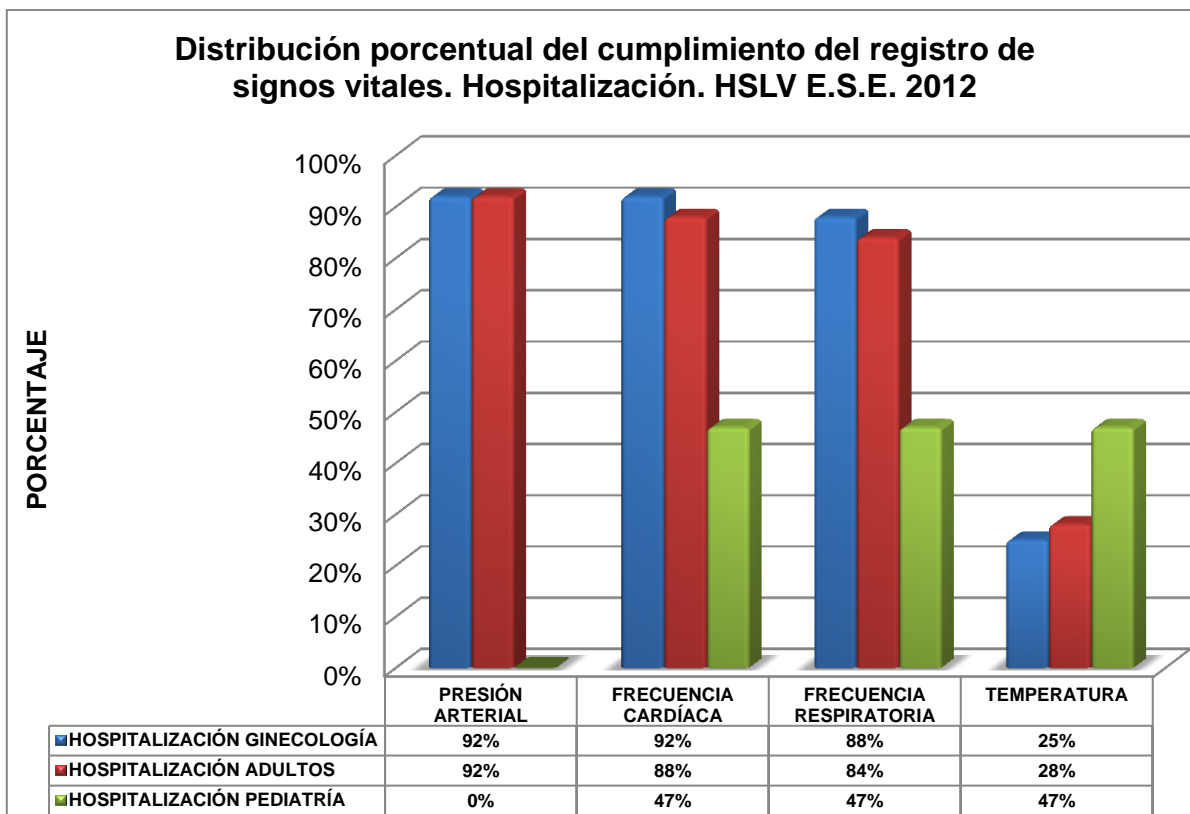
cumpléndose en el 100% (n=25) de las historias clínicas revisadas. Hospitalización pediatría cumple con el registro de enfermedad actual en el 53% (n=8) de los casos. (Ver gráfica 44).



**Gráfica 44. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de motivo de consulta y enfermedad actual. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

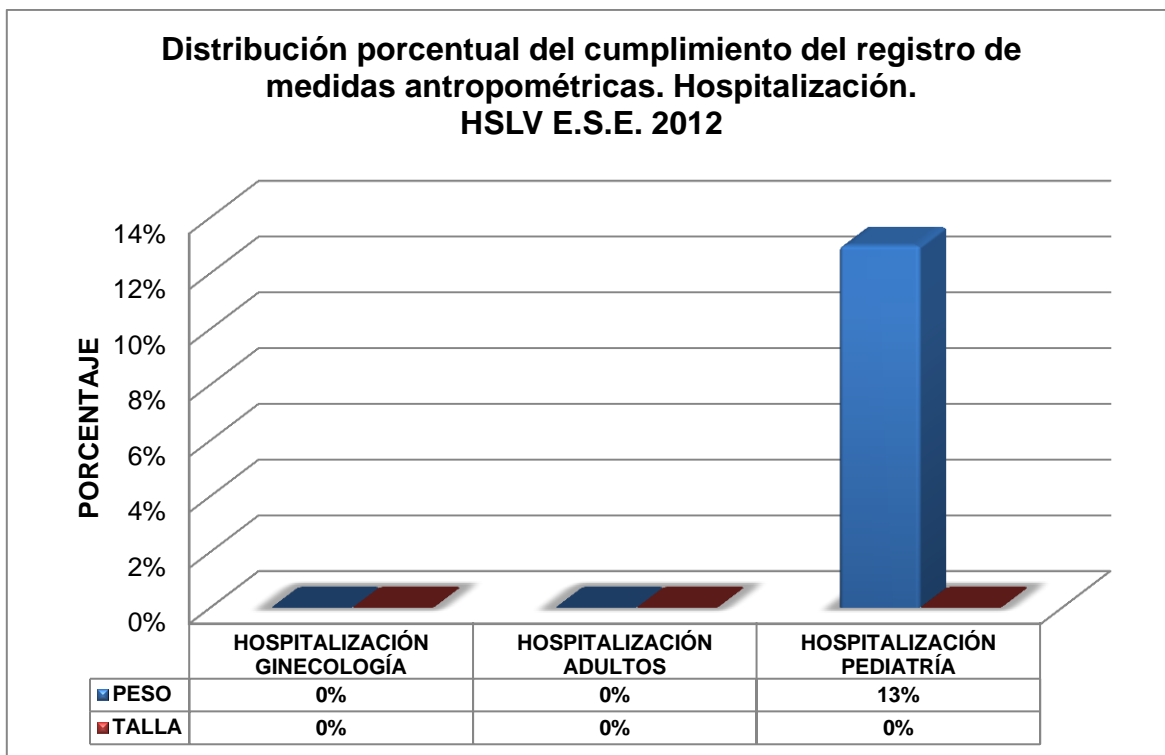
Respecto al registro de signos vitales, no se registran en su totalidad en ningún servicio. Hospitalización pediatría es el servicio con más bajo diligenciamiento de los signos vitales. Hospitalización ginecología y medicina interna, son los servicios que documentan en mayor proporción los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. El signo vital que menos se registra es la temperatura, excepto en hospitalización pediatría, donde alcanza un cumplimiento del 47%. (Ver gráfica 45).



**Gráfica 45. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

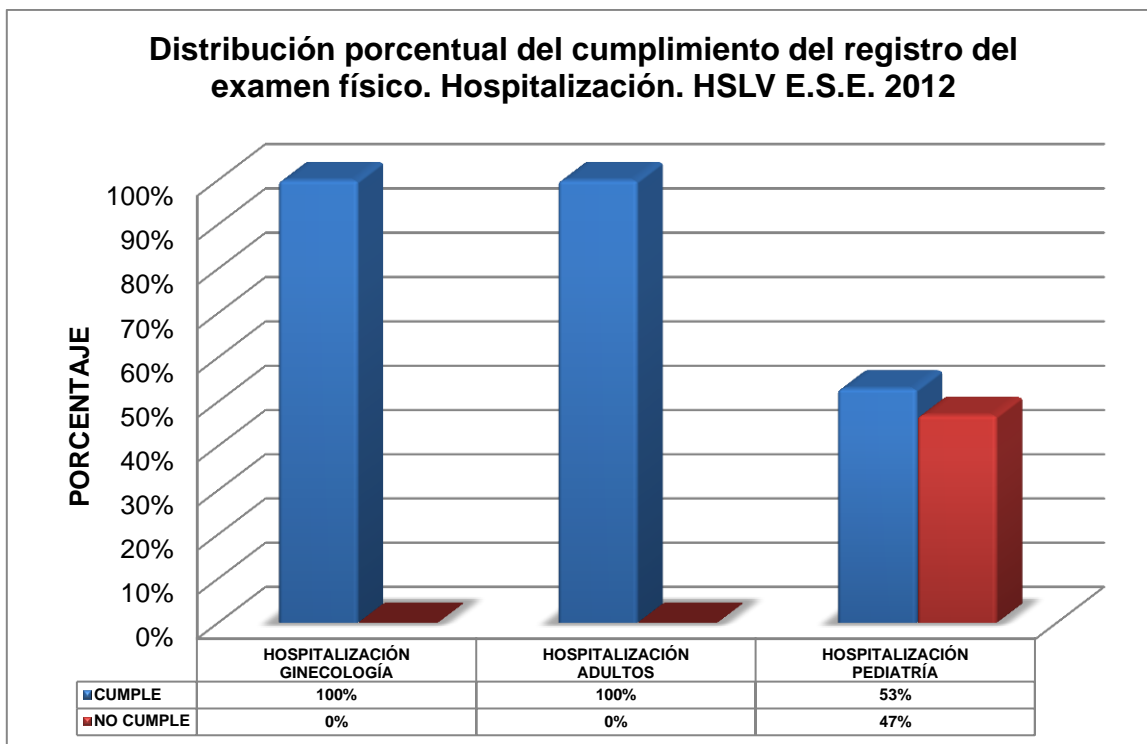
Las medidas antropométricas como peso y talla no son registradas en los servicios de hospitalización ginecología y medicina interna. En hospitalización pediatría se encontró que el 13% (n=2) de las historias clínicas revisadas cumplen con el registro del peso. (Ver gráfica 46).



**Gráfica 46. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

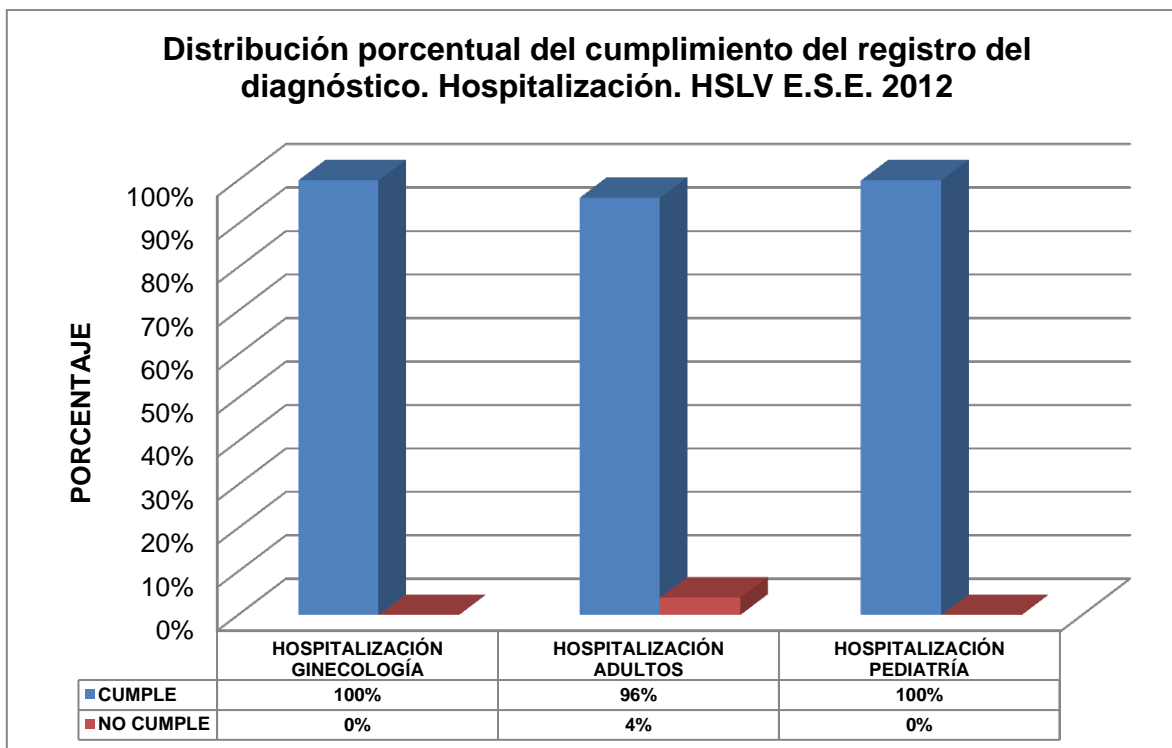
El cumplimiento del registro del examen físico es del 100% para los servicios de hospitalización ginecología y hospitalización adultos. Para el proceso de hospitalización pediatría el cumplimiento de este criterio es del 53% (n=8). (Ver gráfica 47).



**Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico por subprocesos de hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

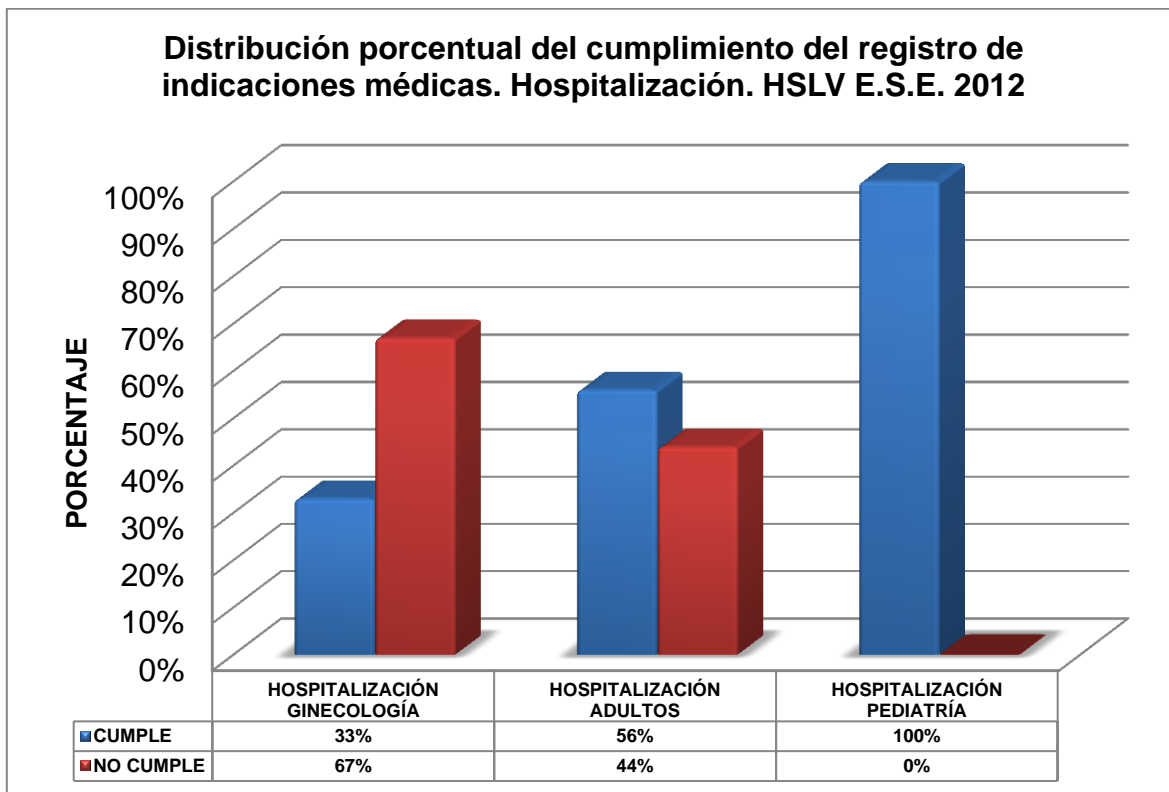
Los procesos de hospitalización ginecología y hospitalización pediatría, cumplen en un 100% el diligenciamiento del diagnóstico. En el servicio de hospitalización adultos se observa un cumplimiento del 96% (n=24). (Ver gráfica 48).



**Gráfica 47. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

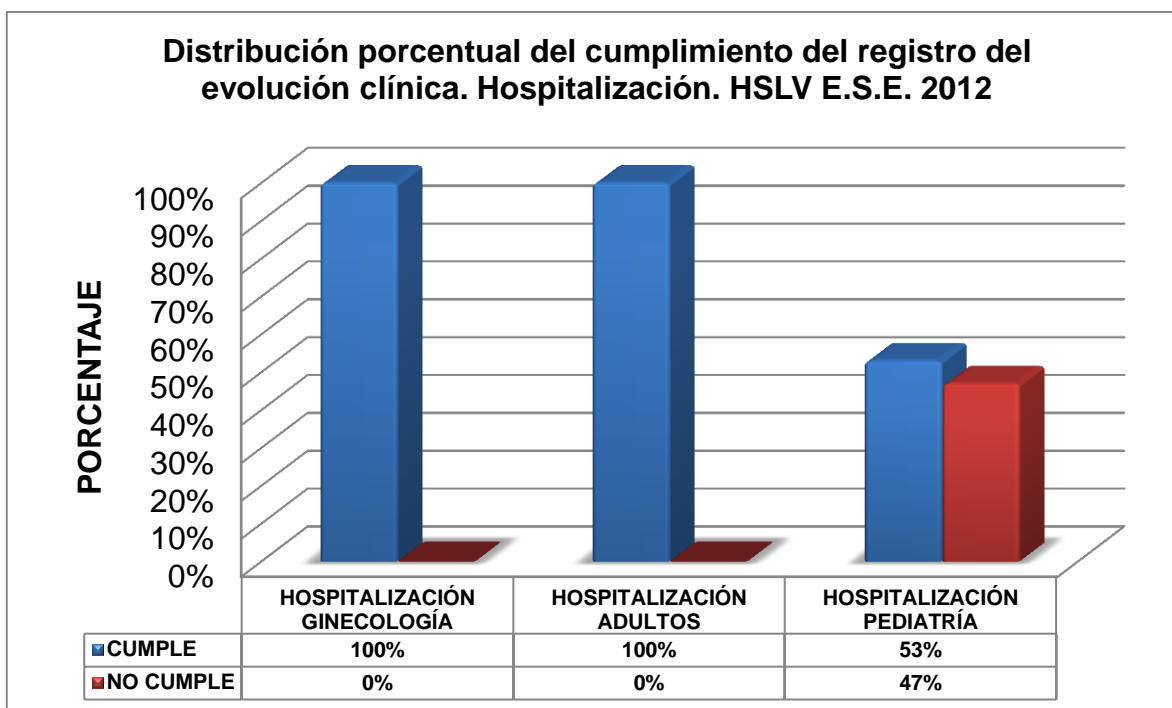
El registro de las indicaciones médicas, se cumple en el 100% (n=27) de las historias clínicas evaluadas en el servicio de hospitalización pediatría. El proceso de hospitalización adultos muestra un cumplimiento del 56% (n=14), mientras que hospitalización ginecología tiene un porcentaje de cumplimiento del 33% (n=9). (Ver gráfica 48).



**Gráfica 48. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de indicaciones médicas. Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

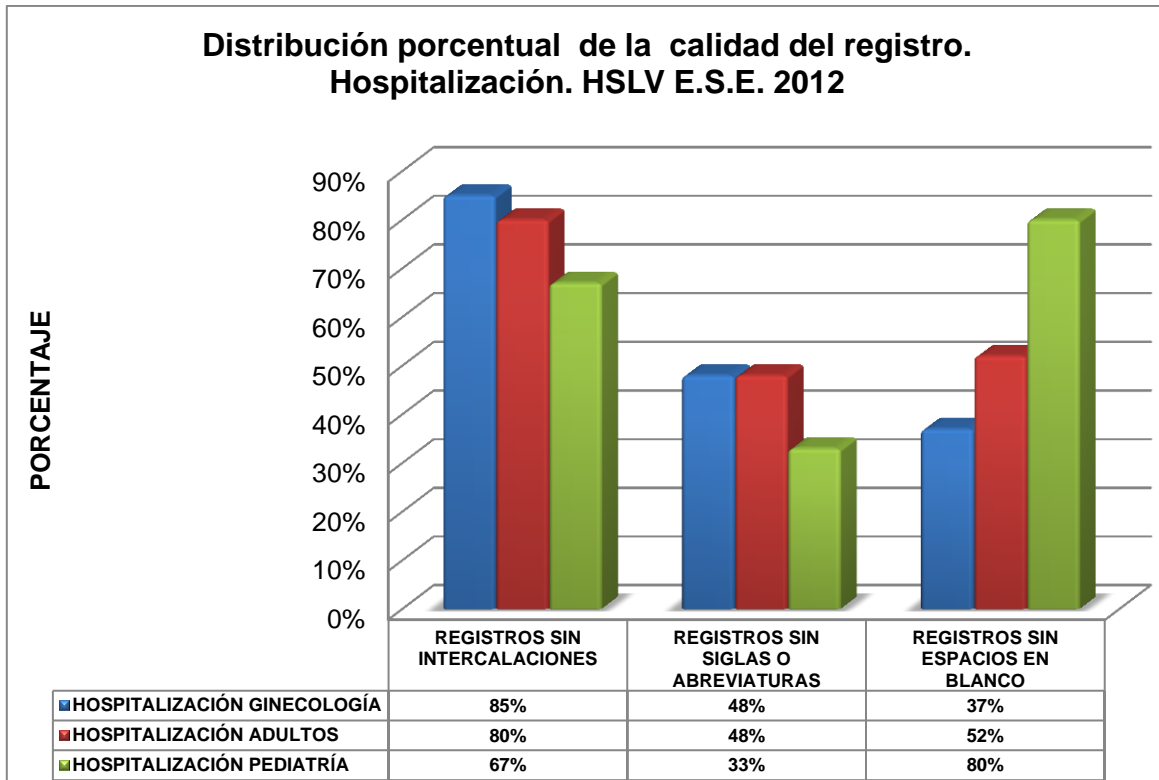
En los procesos de hospitalización ginecología y hospitalización adultos se cumple con el registro de la evolución clínica en el 100% de las historias clínicas auditadas para cada servicio, mientras que en hospitalización pediatría el cumplimiento de este criterio es del 53% (n=8). (Ver gráfica 49).



**Gráfica 49. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de la evolución clínica por subprocesos de hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar las características de los registros clínicos, respecto al registro sin intercalaciones o traslocaciones, el mayor cumplimiento se encuentra en el servicio de hospitalización ginecología, con 85% (n=23), seguido de hospitalización adultos con el 80% (n=20), mientras que pediatría tiene un cumplimiento del 67% (n=10). Hospitalización ginecología y medicina interna presentan el mismo porcentaje de cumplimiento frente al registro sin siglas o abreviaturas, 48%. Hospitalización pediatría cumple con el 80% (n=12) de registros sin espacios en blanco, en comparación con los demás servicios. (Ver gráfica 50).

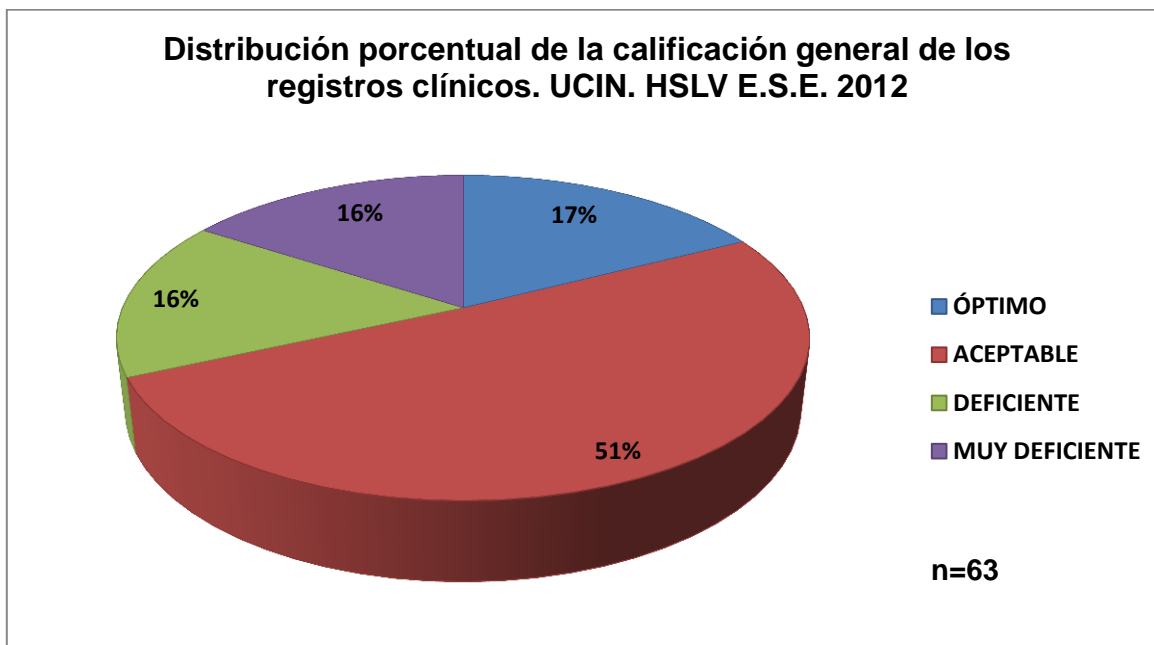


**Gráfica 50. Distribución porcentual de la calidad del registro.  
Hospitalización. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### 5.2.5. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)

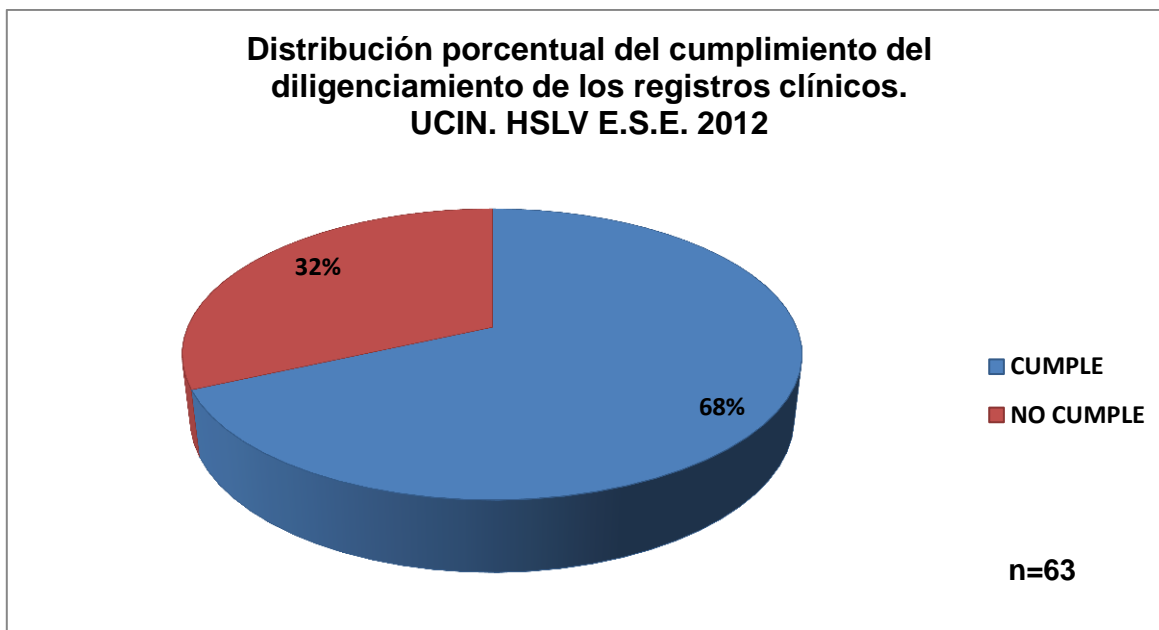
Al realizar la auditoría al proceso UCIN, se evaluaron en total 63 historias clínicas. De ellas, sólo el 17% (n=11) obtuvieron una calificación óptima, el 51% (n=32) aceptable, 16% (n=10) deficiente y 16% (n=10) muy deficiente. (Ver gráfica 51).



**Gráfica 51. Distribución porcentual de la calificación general de los registros clínicos. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

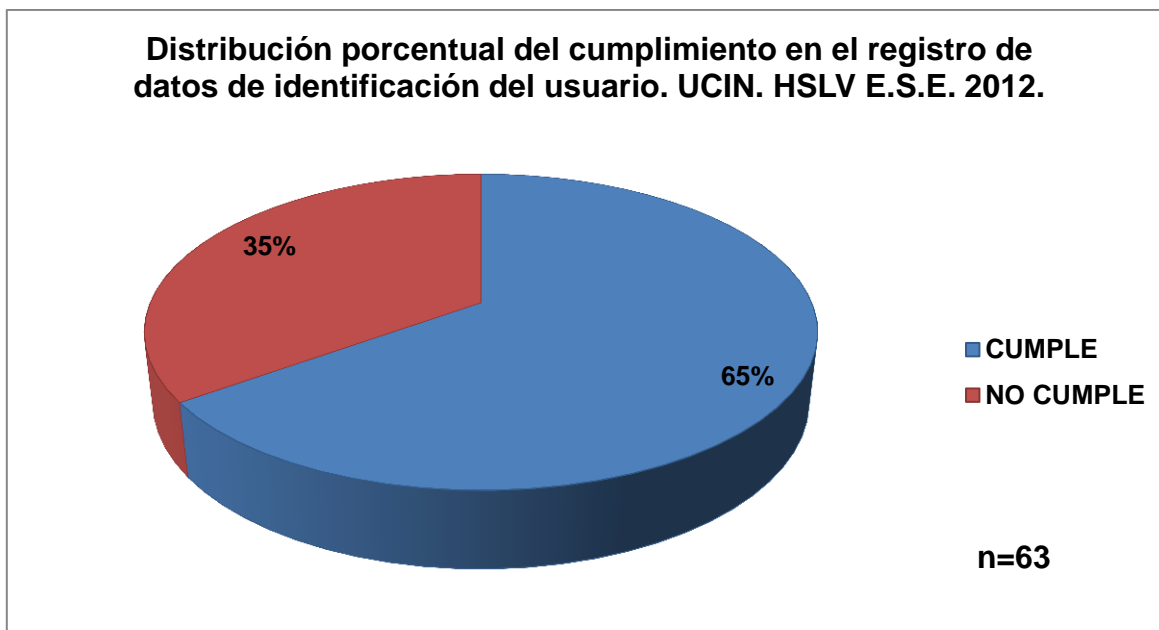
Referente al cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos, el 68% (n=43) de las historias clínicas cumplen con los criterios evaluados, frente al 32% (n=20) que no cumplieron. (Ver gráfica 52).



**Gráfica 52. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. UCIN HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

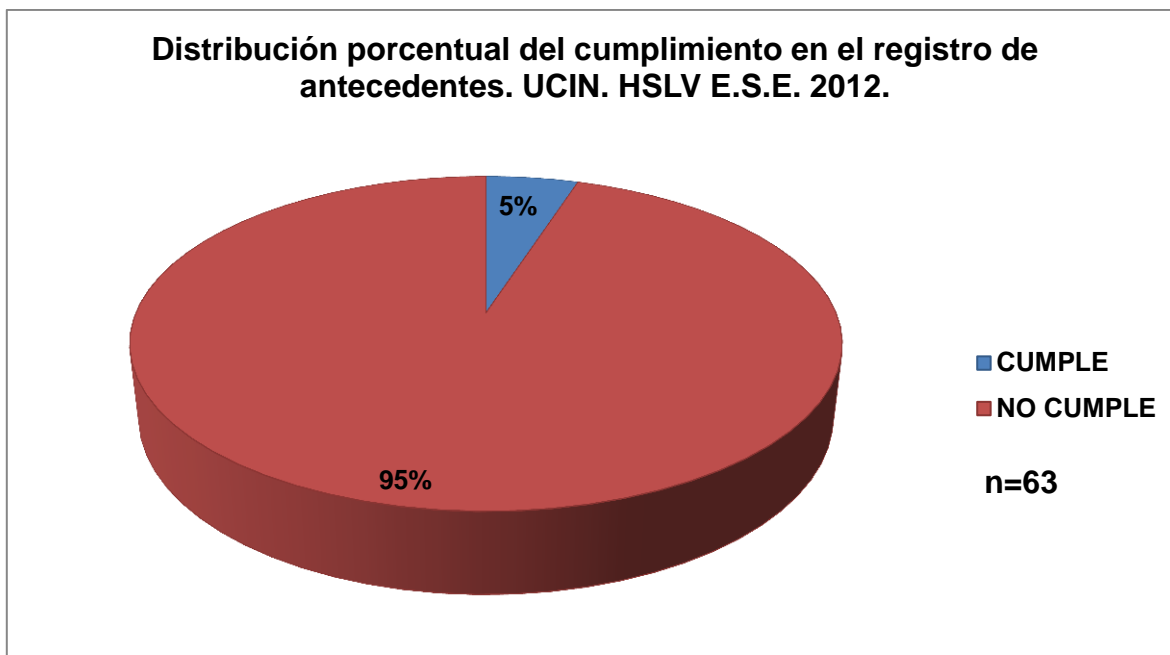
Al evaluar el cumplimiento en el diligenciamiento de los datos de identificación del usuario, el 65% (n=41) cumplen con el criterio, al diligenciar completamente los datos de identificación que se solicitan en la historia clínica, incluyendo los datos de identificación del acompañante o acudiente del usuario. Por otro lado, el 35% (n=22) no cumplen con el criterio, pues no se diligencia completamente los datos de identificación del acompañante, limitándose solo a los datos propios del usuario. (Ver gráfica 53).



**Gráfica 53. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. UCIN. HSLV E.S.E. 2012.**

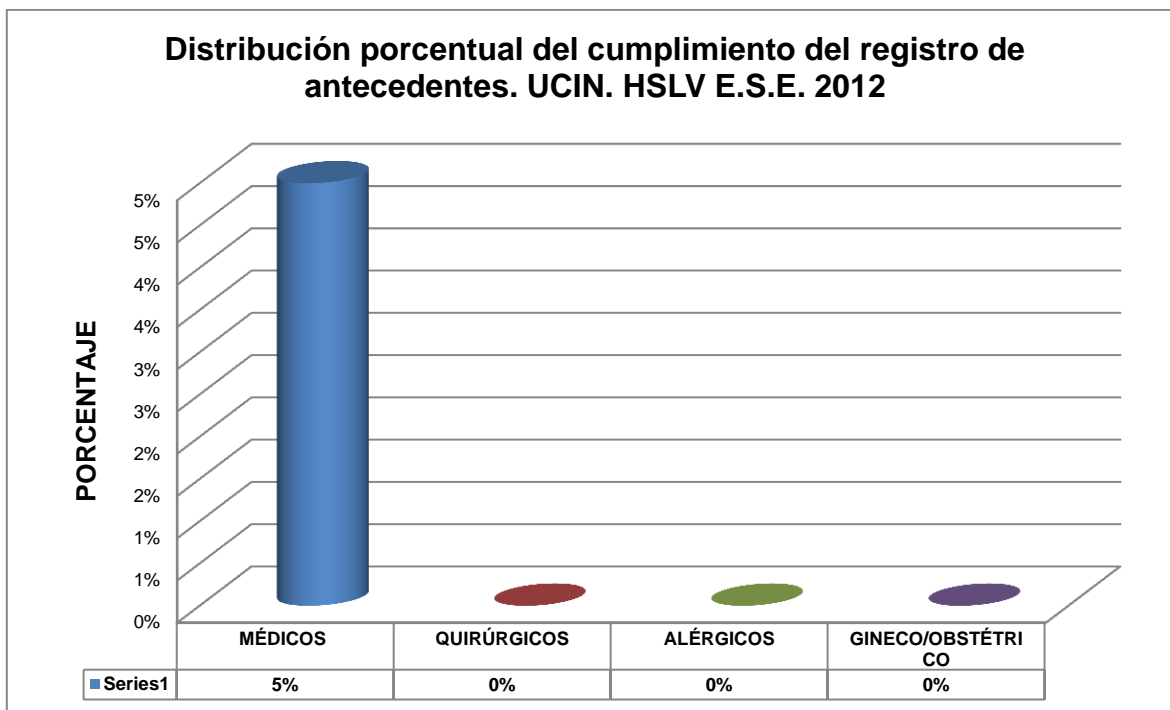
*Fuente: Elaboración de los autores*

Frente al diligenciamiento de los antecedentes, el 95% de los registros no cumplen, tan solo el 5% (n=3) diligencian los antecedentes médicos, haciendo énfasis en los antecedentes prenatales. No se diligencian antecedentes quirúrgicos o alérgicos, dejando espacios en blanco. Los antecedentes gineco-obstétricos no aplican para la edad. (Ver gráficas 54 y 55).



**Gráfica 54. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de antecedentes. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

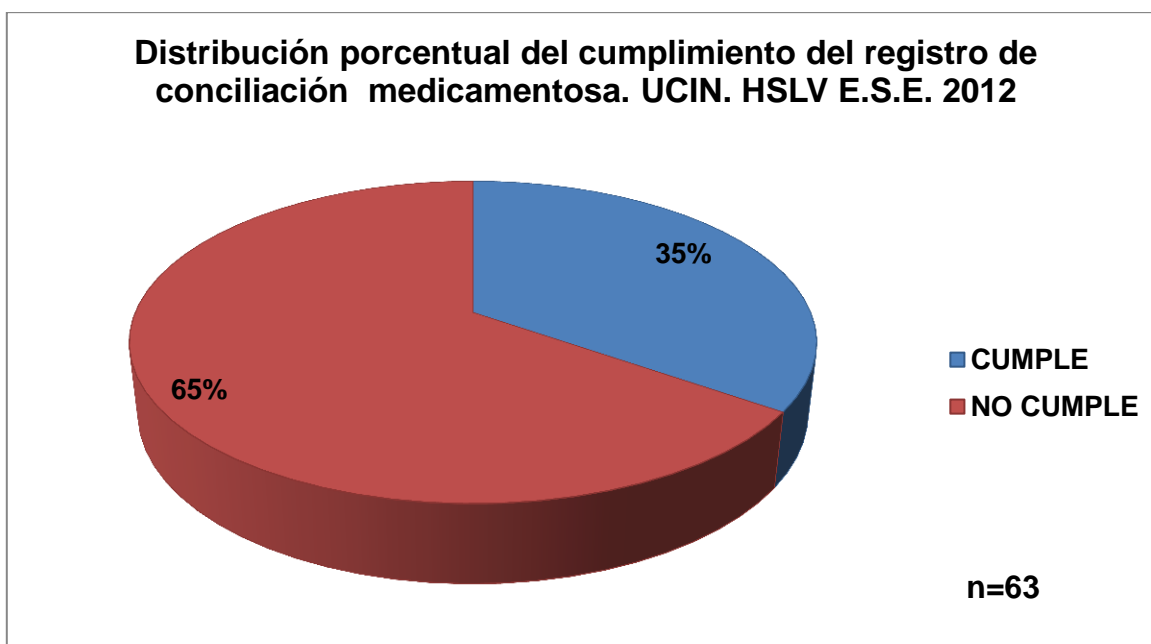
*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 55. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de antecedentes. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

El registro de la conciliación médica en la historia clínica, tiene un cumplimiento del 35% (n=22), mientras que el 65% (n=41) no se encuentra diligenciado. Debido al uso de la historia clínica sistematizada existen ítems como éste que si no se diligencian, no permiten avanzar y pasar al siguiente ítem. Para evitar esto, el personal médico ha optado por diligenciar el campo con un punto “.” Y pasar libremente. (Ver gráfica 56).



**Gráfica 56. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

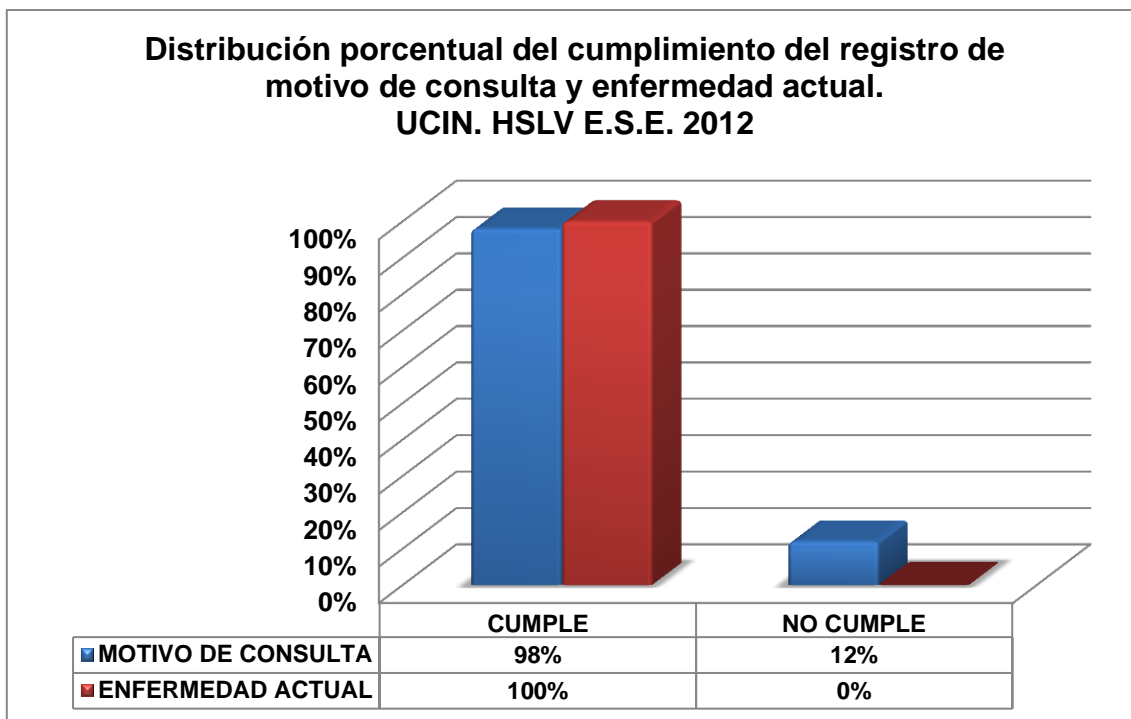
Al evaluar el cumplimiento del registro de los riesgos a los que están expuestos los neonatos, el 92% (n=58) de las historias clínicas auditadas cumplen con este parámetro. En el 8% (n=5) no se cumple con este criterio. Los riesgos identificados y registrados en la UCIN son: caídas, robo de niños y flebitis. (Ver gráfica 57).



**Gráfica 57. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

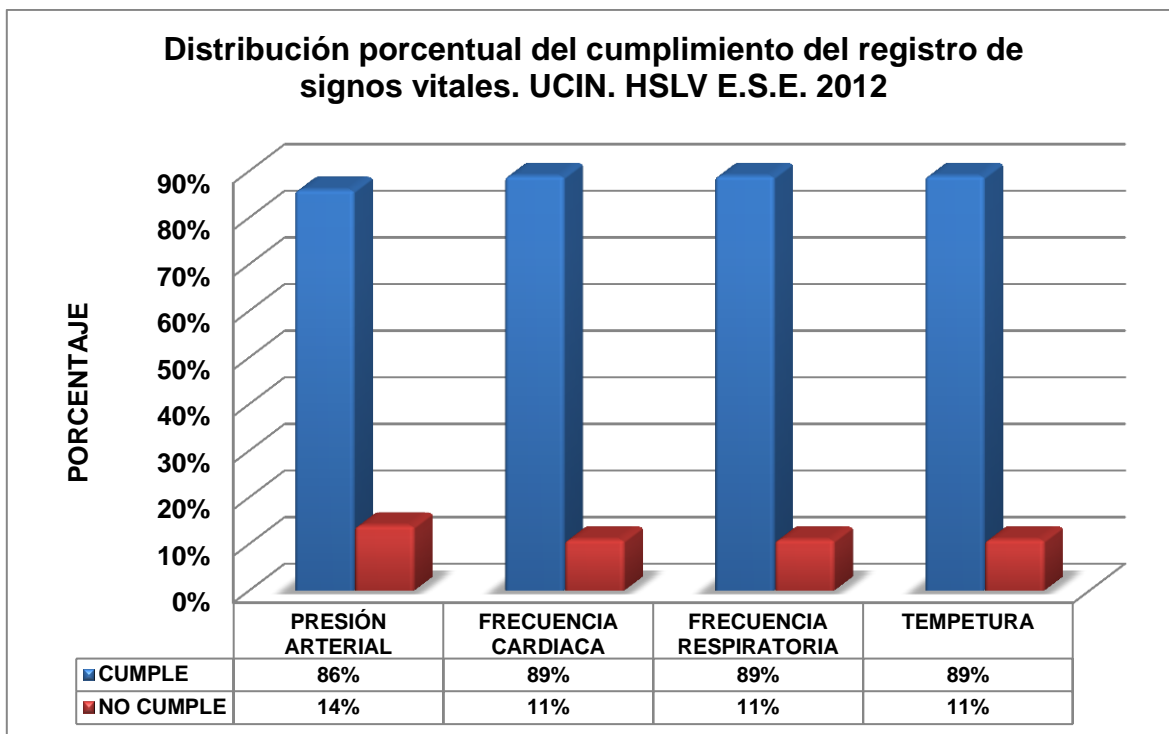
El registro del motivo de consulta y enfermedad actual, en la UCIN se puede observar que el 98% (n=62) de las historias clínicas contienen el motivo de consulta, mientras que el 100% (n=63) de las historias auditadas cumplen la descripción de la enfermedad actual. (Ver gráfica 58).



**Gráfica 58. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

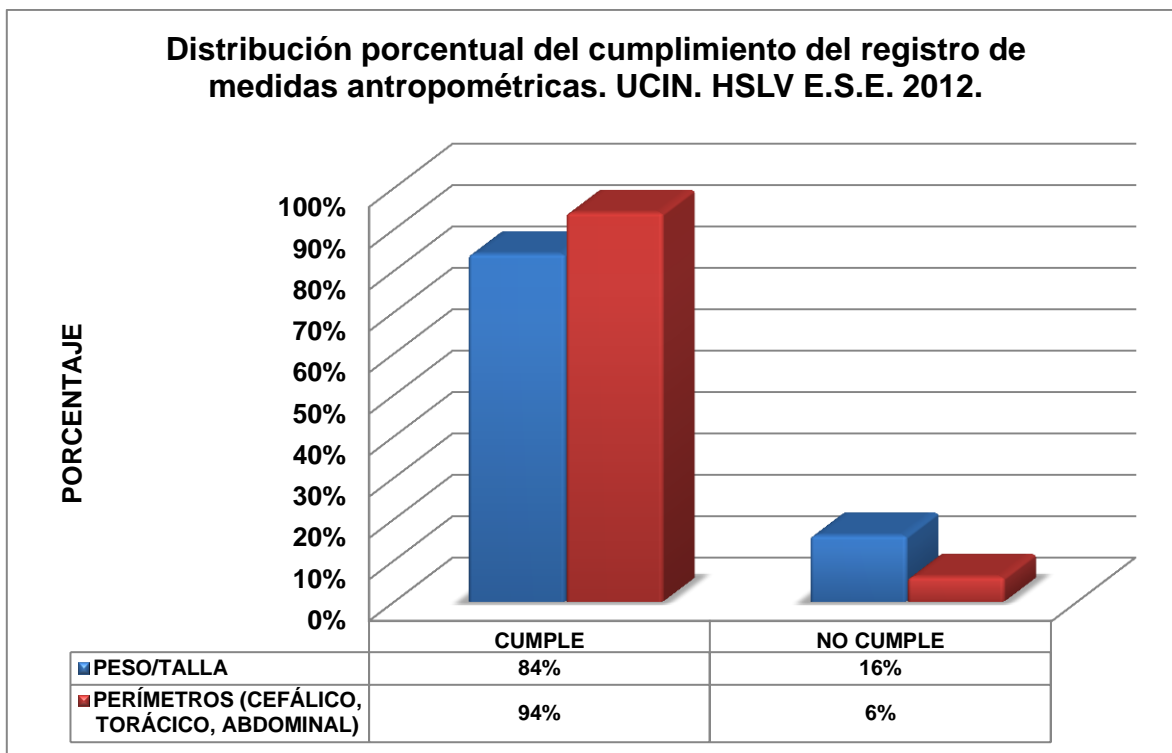
El registro de signos vitales es una de las variables con más alto cumplimiento, aunque se presentan casos en los que no se registran. El 88% (n=54) de las historias clínicas auditadas tienen registrada la presión arterial del neonato, el 14% (n=9) no cumplen con este parámetro. El 89% (n=56%) de los registros tienen diligenciados la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura en la misma proporción. (Ver gráfica 59).



**Gráfica 59. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. UCIN. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

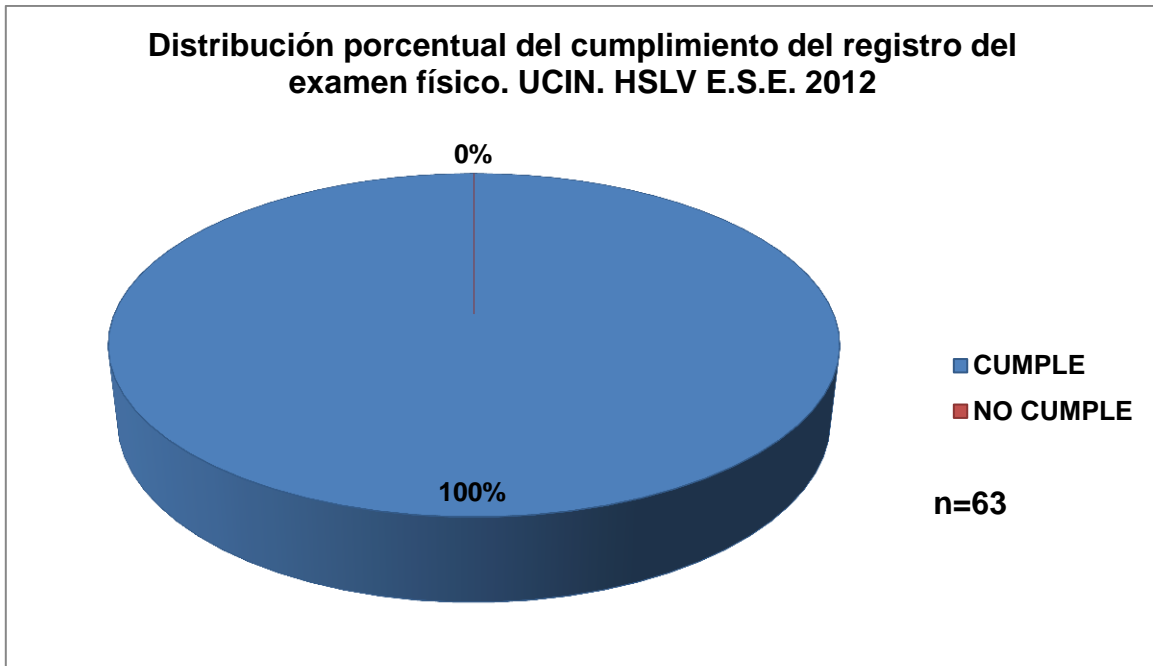
El 84% (n=53) de los registros clínicos evaluados, tienen diligenciados el peso y la talla, mientras que el 16% (n=10) no cumplen con el criterio. El 94% (n=59) de los registros tienen diligenciados los perímetros cefálico, torácico y abdominal del neonato, sólo el 6% (n=7) de las historias auditadas no lo cumple. (Ver gráfica 60).



**Gráfica 60. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. UCIN. HSLV E.S.E. 2012.**

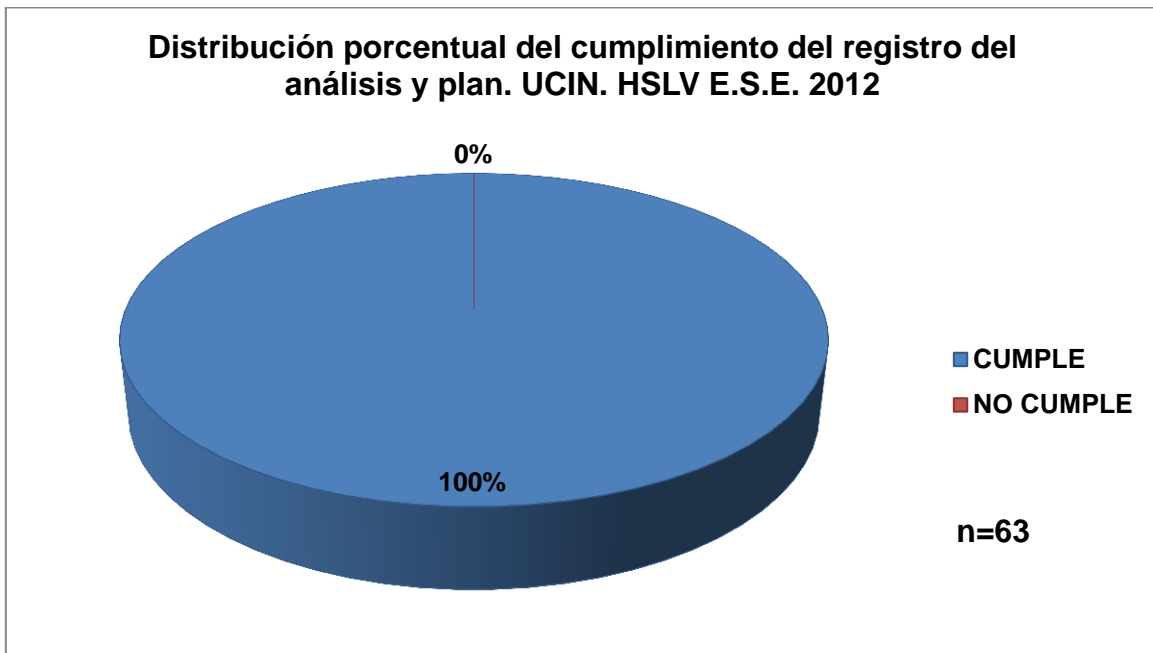
*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar el cumplimiento del registro del examen físico, análisis y plan y el diagnóstico, la totalidad de la muestra de historias clínicas auditadas cumple con estos criterios. Se registra el examen físico de manera completa, en orden céfalo-caudal haciendo énfasis en los hallazgos positivos encontrados. Se describe el plan a seguir con el usuario internado en a UCIN y se registra el diagnóstico correspondiente al usuario. (Ver gráficas 61, 62 y 63).



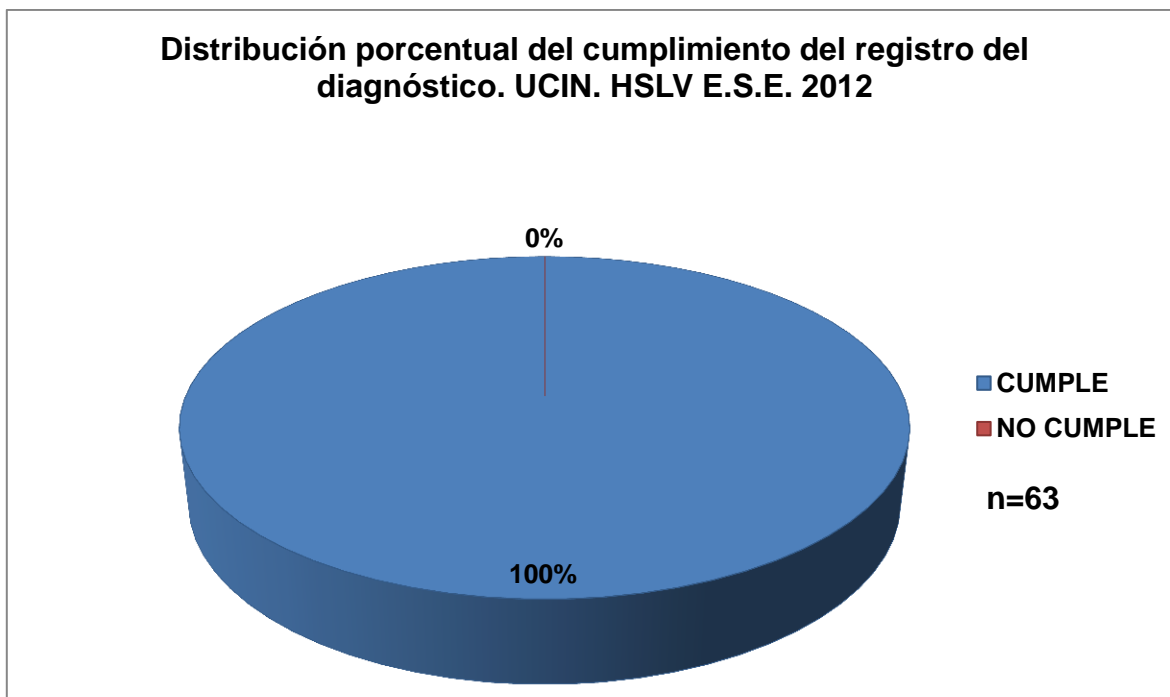
**Gráfica 61. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 62. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

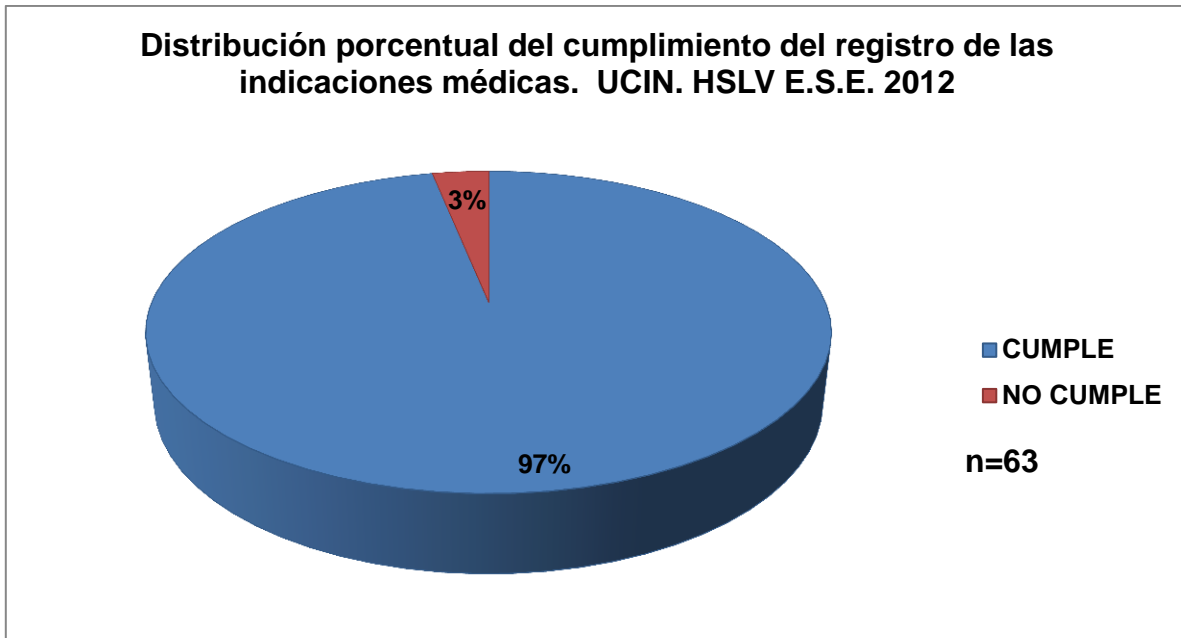
*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 63. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

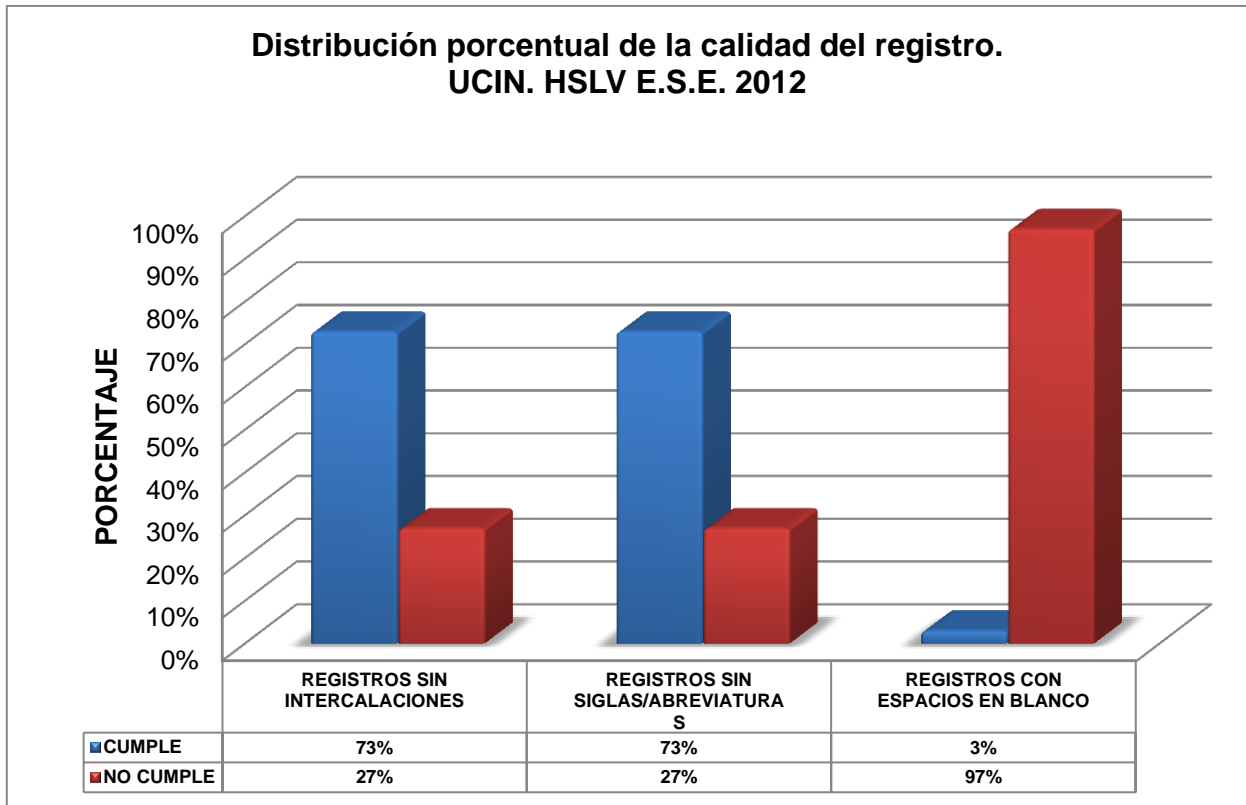
Al evaluar el cumplimiento del registro de las indicaciones médicas, el 97% (n=61) cumplen con el criterio. El 3% (n=2) no cumplen con un registro adecuado de indicaciones médicas. (Ver gráfica 64).



**Gráfica 64. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

La evaluación de las características de la historia clínica muestra que el 72% (n=46) de las historias clínicas auditadas contienen intercalaciones o letras traslocadas que dificultan el entendimiento de lo que se escribe, en la misma proporción se encuentra el uso de siglas o abreviaturas no autorizadas por la institución. En el 87% (n=61) de las historias clínicas se encuentran espacios en blanco o sin diligenciar. (Ver gráfica 65).

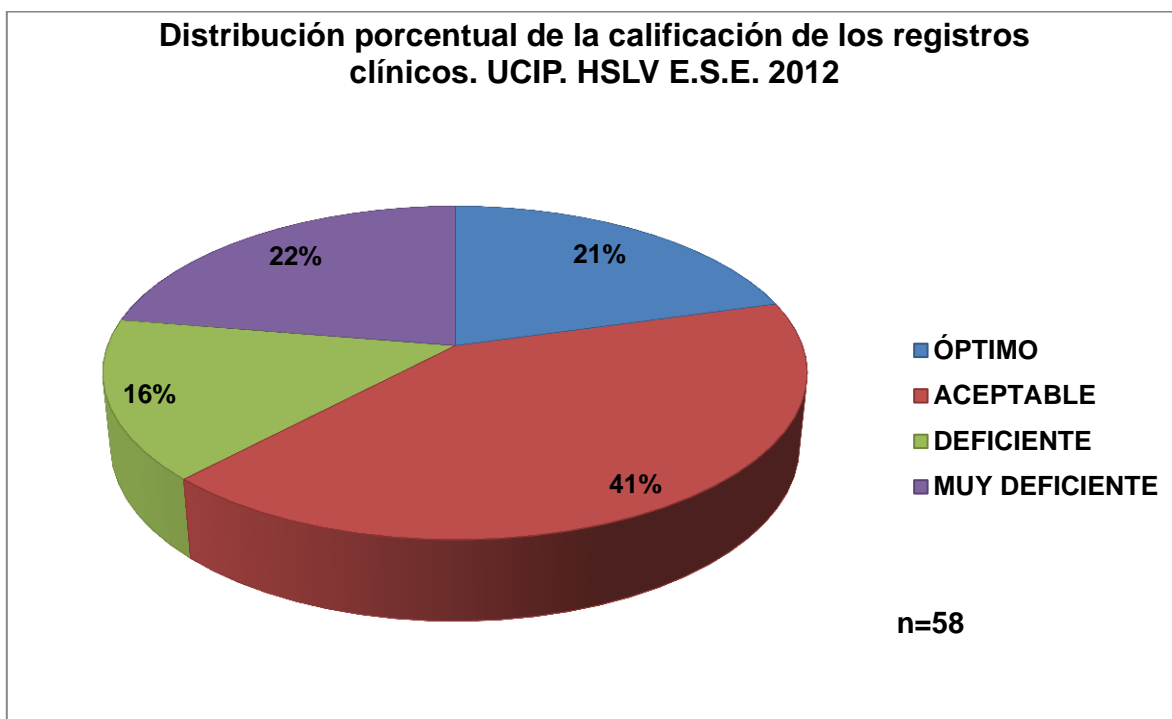


**Gráfica 65. Distribución porcentual de la calidad del registro. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### 5.2.6. Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP)

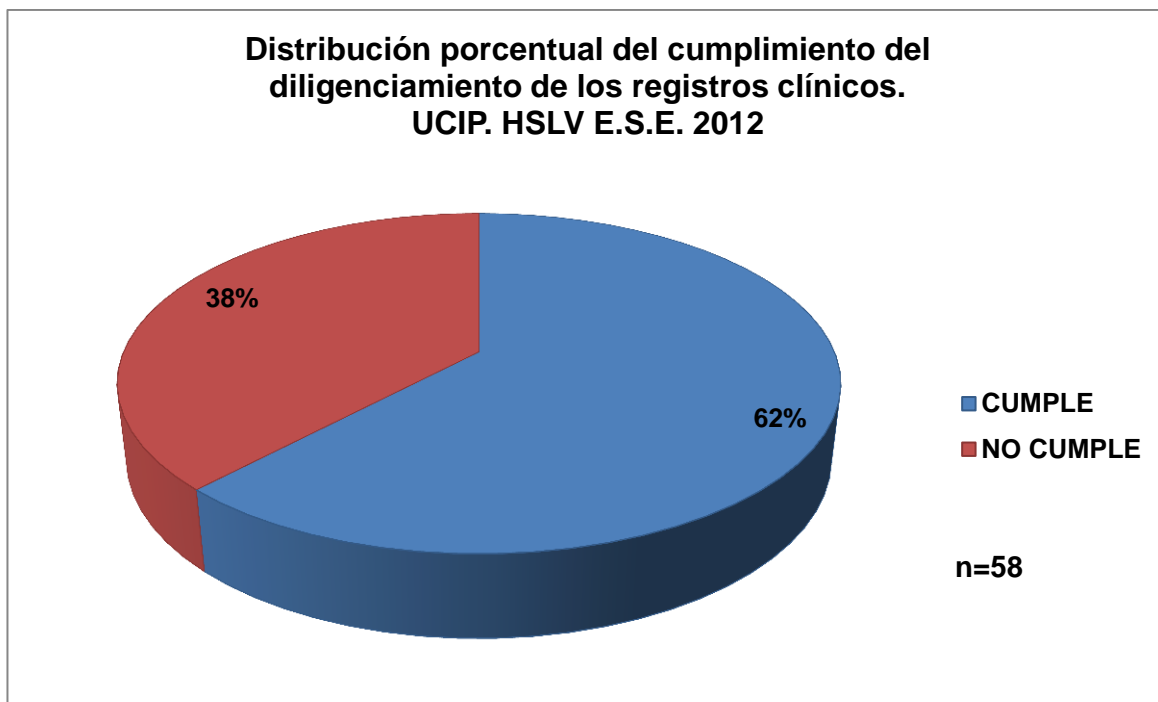
Al realizar la auditoría al proceso UCIP, se evaluaron en total 58 historias clínicas. De ellas, sólo el 21% (n=12) obtuvieron una calificación óptima, el 41% (n=24) aceptable, 16% (n=9) deficiente y 22% (n=13) muy deficiente. (Ver gráfica 66).



**Gráfica 66. Distribución porcentual de la calificación de los registros clínicos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

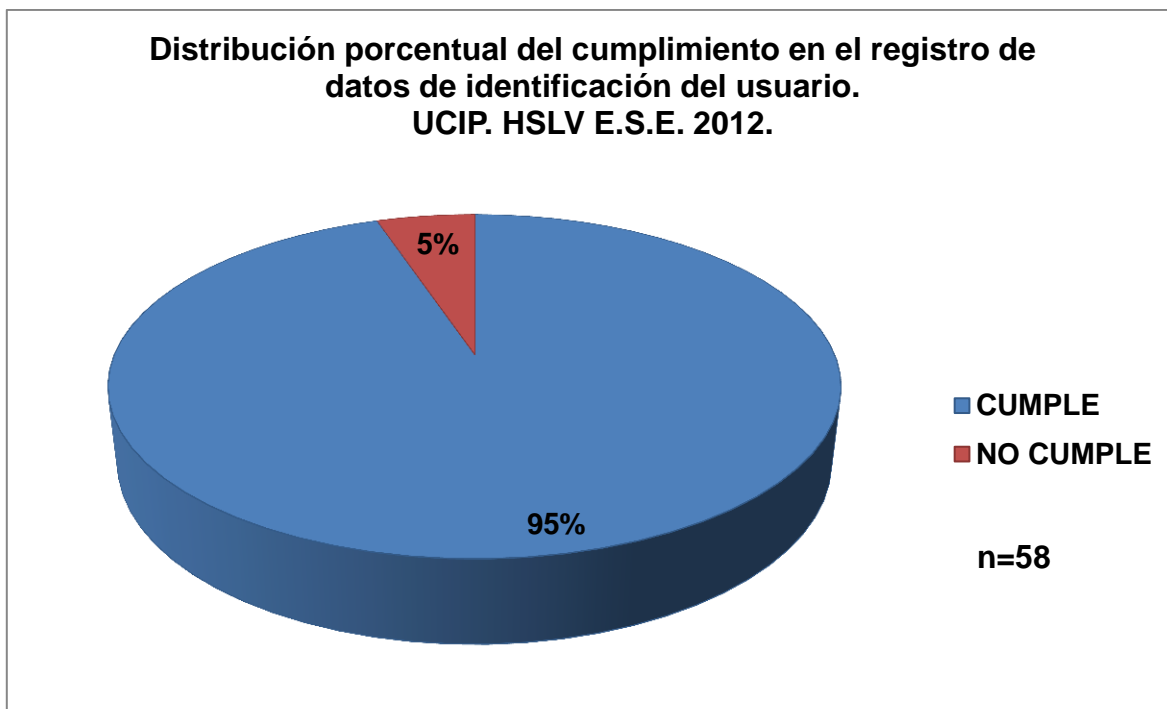
Referente al cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos, el 68% (n=36) de las historias clínicas cumplen con los criterios evaluados, frente al 32% (n=22) que no cumplieron. (Ver gráfica 67).



**Gráfica 67. Distribución porcentual del cumplimiento del diligenciamiento de los registros clínicos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

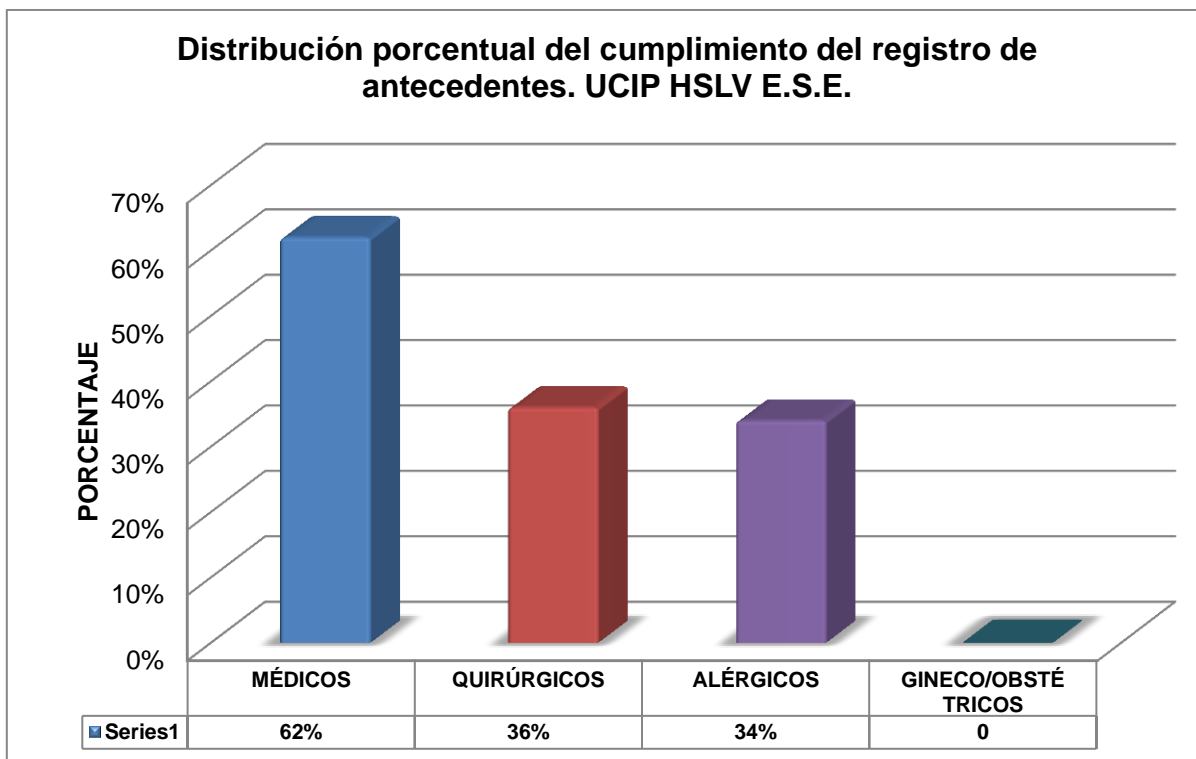
Al evaluar el cumplimiento en el diligenciamiento de los datos de identificación del usuario, el 95% (n=55) cumplen con el criterio, al diligenciar completamente los datos de identificación que se solicitan en la historia clínica, incluyendo los datos de identificación del acompañante o acudiente del usuario. Mientras que el 5% (n=3) no cumplen con el criterio, pues no se diligencia completamente los datos de identificación del acompañante, limitándose solo a los datos propios del usuario. (Ver gráfica 68).



**Gráfica 68. Distribución porcentual del cumplimiento en el registro de datos de identificación del usuario. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

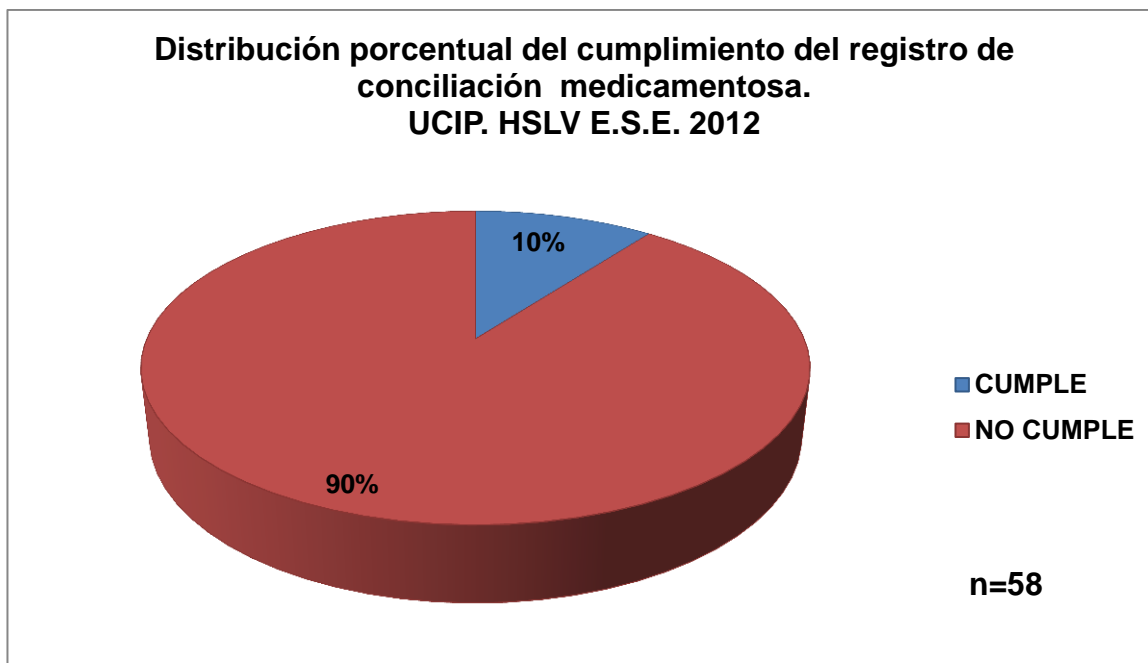
Referente al diligenciamiento de los antecedentes, el 62% (n=36) de las historias clínicas auditadas registran los antecedentes médicos, el 36% (n=21) registra antecedentes quirúrgicos y el 34% (n=20) registra antecedentes alérgicos. Los antecedentes gineco-obstétricos no aplican para la edad. (Ver gráfica 69).



**Gráfica 69. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de antecedentes. UCIP HSLV E.S.E.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

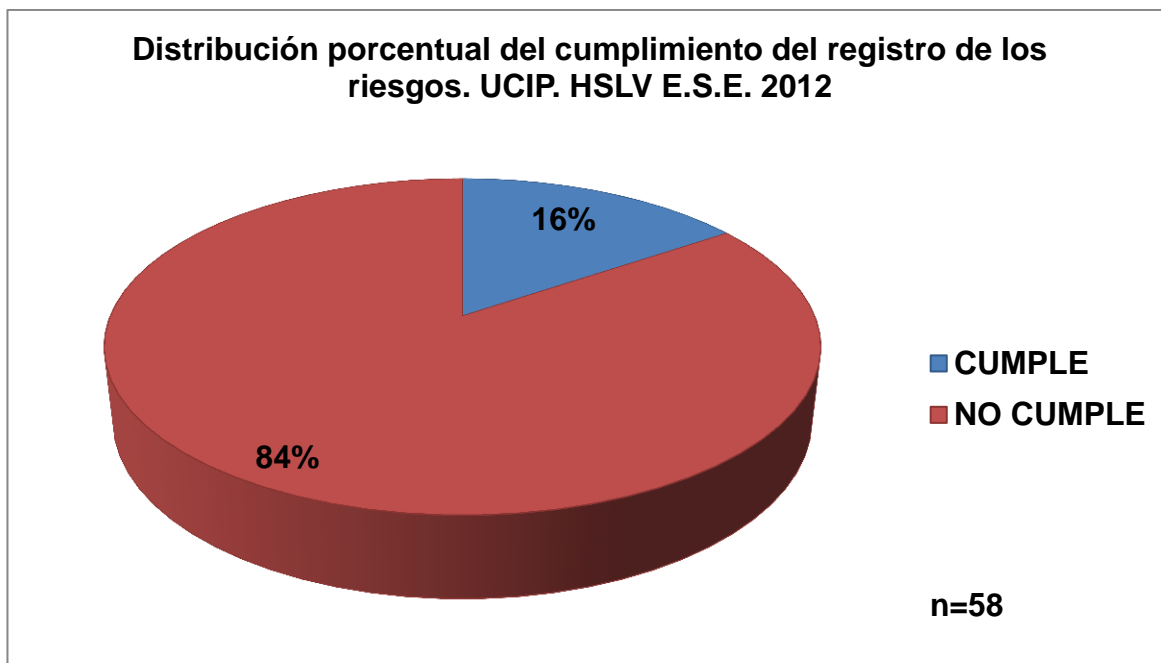
El registro de la conciliación médica en la historia clínica, tiene un cumplimiento del 10% (n=6), mientras que el 90% (n=52) no se encuentra diligenciado. El personal médico diligencia el campo con un punto ".". Por otro lado, no existe un campo específico dentro del folio para realizar la conciliación medicamentosa. (Ver gráfica 70).



**Gráfica 70. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de conciliación medicamentosa. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

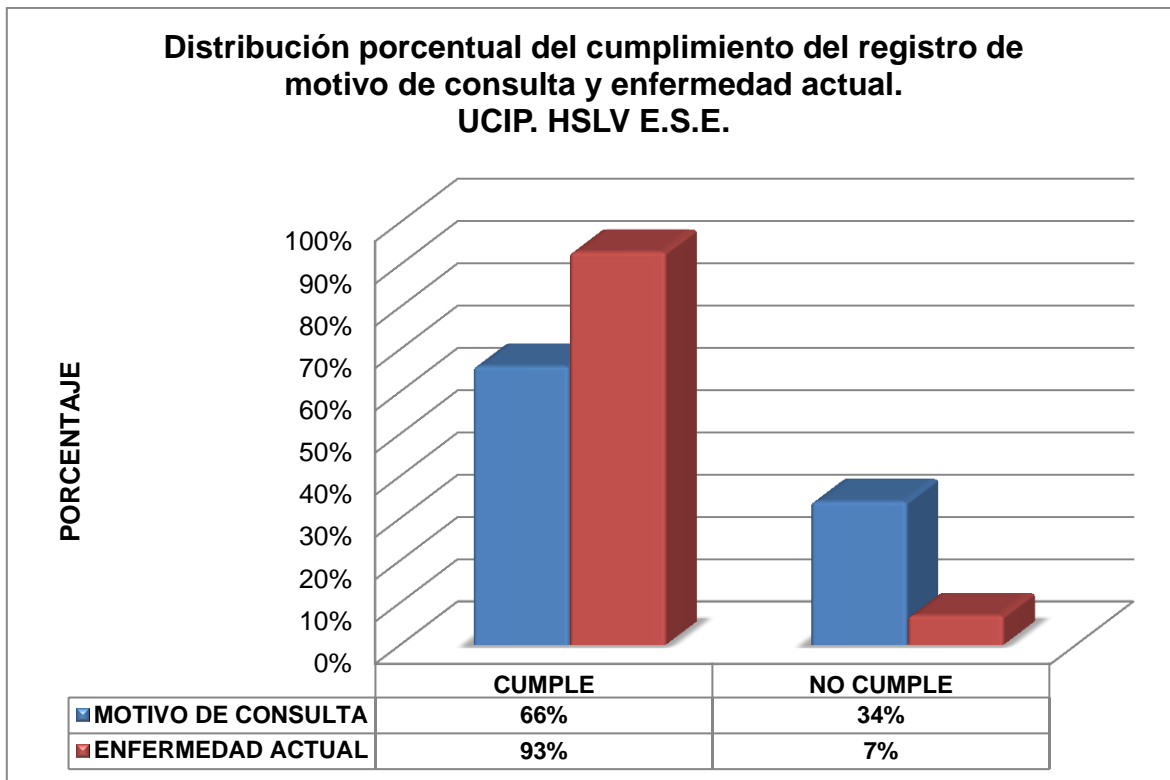
Al evaluar el cumplimiento del registro de los riesgos a los que están expuestos los neonatos, el 16% (n=9) de las historias clínicas auditadas cumplen con este parámetro. En el 84% (n=48) no se cumple con este criterio. Los riesgos identificados y registrados en la UCIN son: caídas, robo de niños y flebitis. Por otro lado, no existe dentro del folio un campo específico para determinar los riesgos. (Ver gráfica 71).



**Gráfica 71. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de los riesgos. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

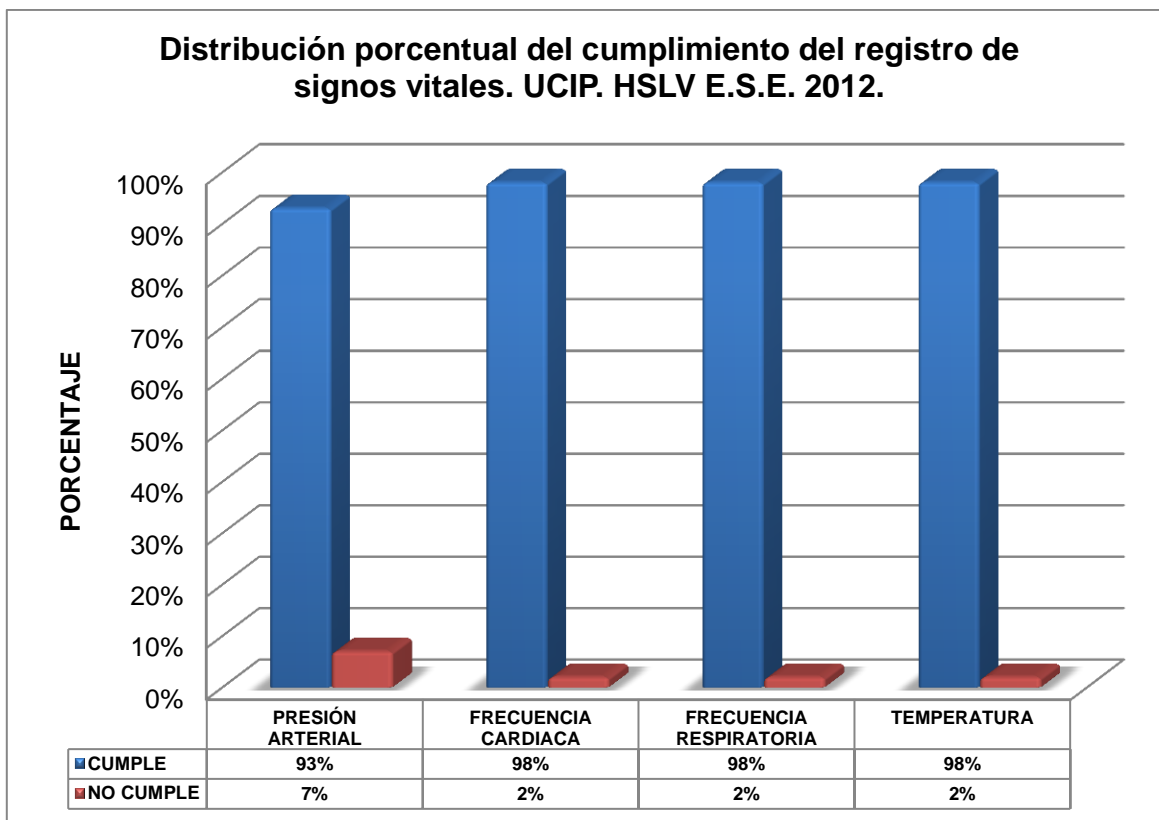
El registro de la anamnesis la constituye el motivo de consulta y enfermedad actual. En la UCIP se puede observar que el 66% (n=38) de las historias clínicas contienen el motivo de consulta, mientras que el 93% (n=54) de las historias auditadas cumplen la descripción de la enfermedad actual. (Ver gráfica 72).



**Gráfica 72. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de motivo de consulta y enfermedad actual. UCIP. HSLV E.S.E.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

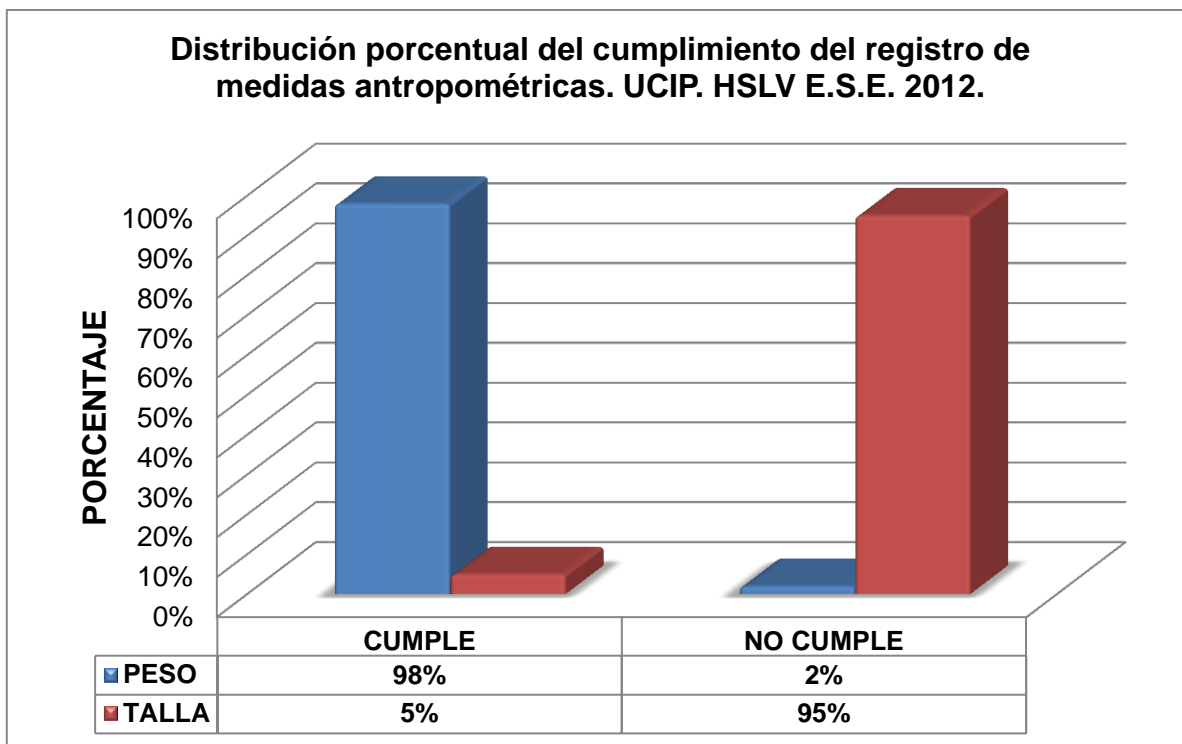
El registro de signos vitales es una de las variables con más alto cumplimiento, aunque existen pocos casos en los que no se registran. El 93% (n=54) de las historias clínicas auditadas tienen registrada la presión arterial, el 7% (n=4) no cumplen con este parámetro. El 98% (n=57%) de los registros tienen diligenciados la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura en la misma proporción. (Ver gráfica 73).



**Gráfica 73. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de signos vitales. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.**

*Fuente: Elaboración de los autores*

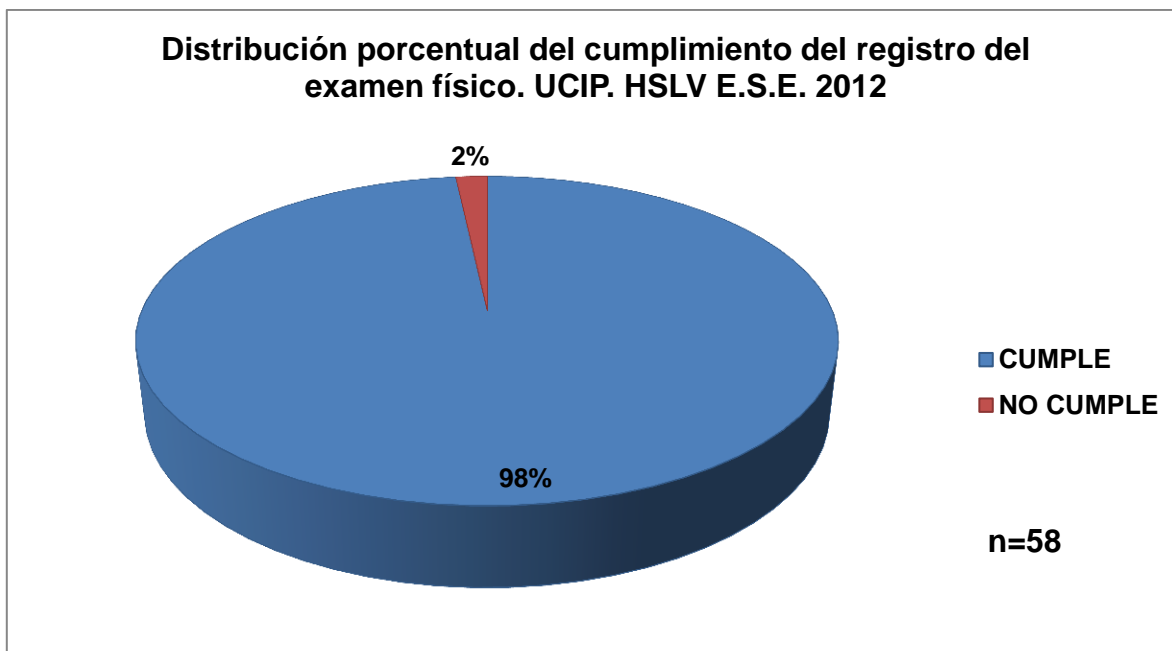
El 98% (n=57) de los registros clínicos evaluados, tienen diligenciados el peso (parámetro importante para la formulación de medicamentos), mientras que el 2% (n=1) no cumplen con el criterio. El 95% (n=55) no tiene diligenciada la talla, a pesar de encontrarse como un campo obligatorio. (Ver gráfica 74).



**Gráfica 74. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de medidas antropométricas. UCIP. HSLV E.S.E. 2012.**

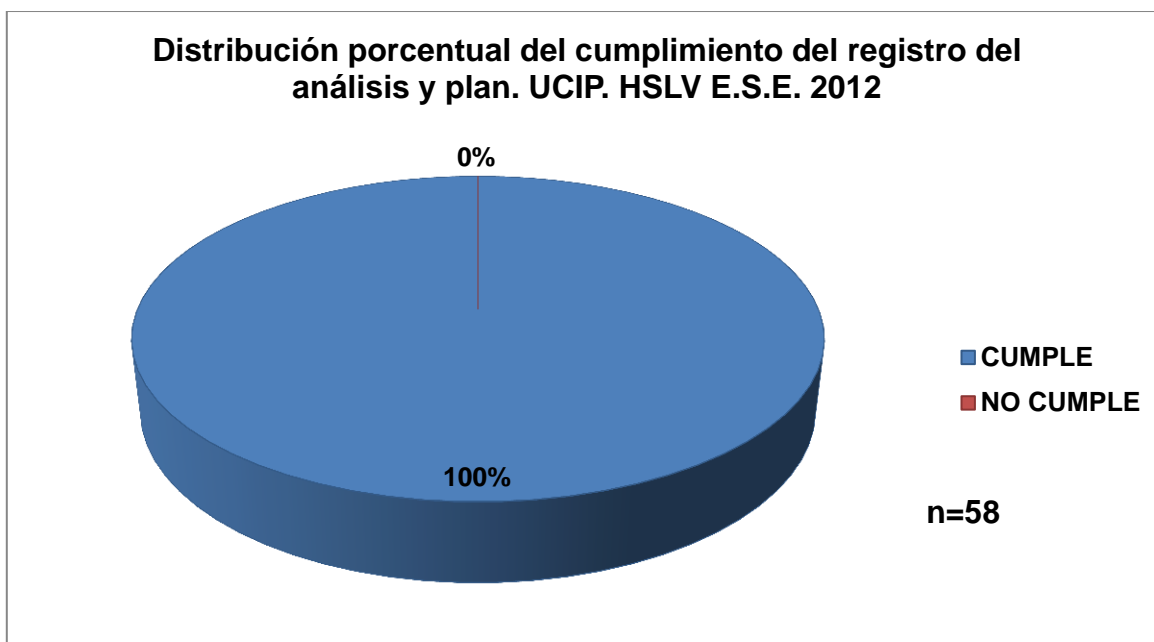
*Fuente: Elaboración de los autores*

Al evaluar el cumplimiento del registro del examen físico, análisis y plan y el diagnóstico, el 98% (n=57) de los registros evaluados cumplen con el diligenciamiento del examen físico de manera completa, en orden céfalo-caudal haciendo énfasis en los hallazgos positivos encontrados. En el 100% (n=58) de los registros Se describe el plan a seguir con el usuario internado en la UCIP y se registra el diagnóstico correspondiente a la patología. (Ver gráficas 75, 76 y 77).



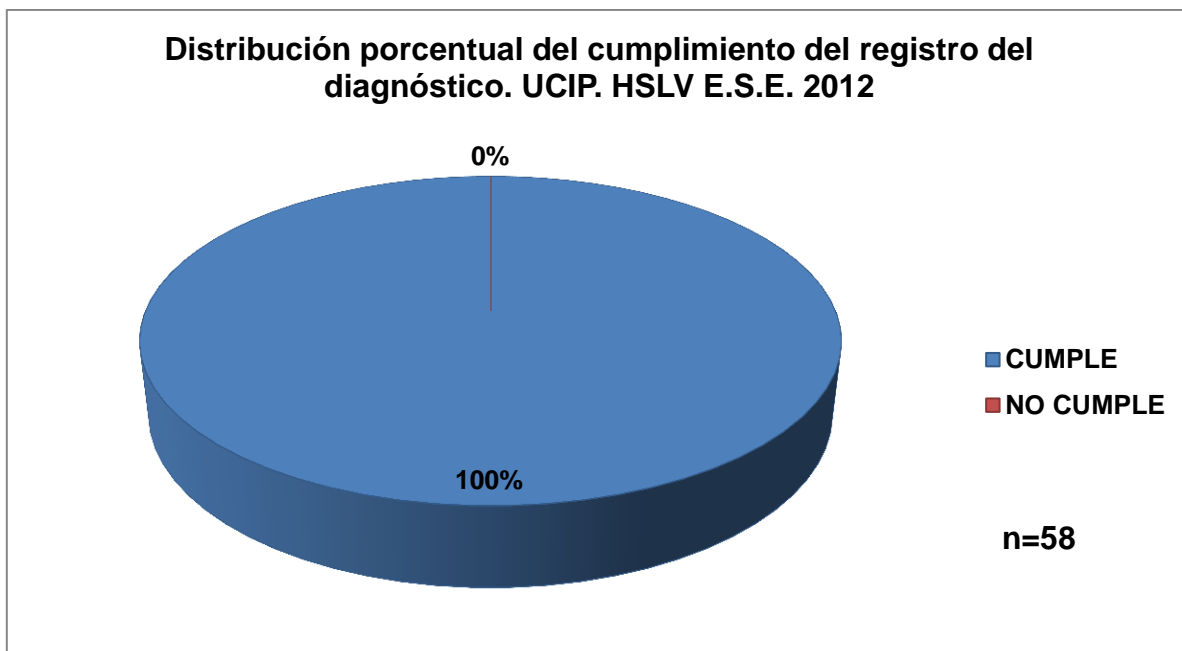
**Gráfica 75. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del examen físico. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 76. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del análisis y plan. UCIN. HSLV E.S.E. 2012**

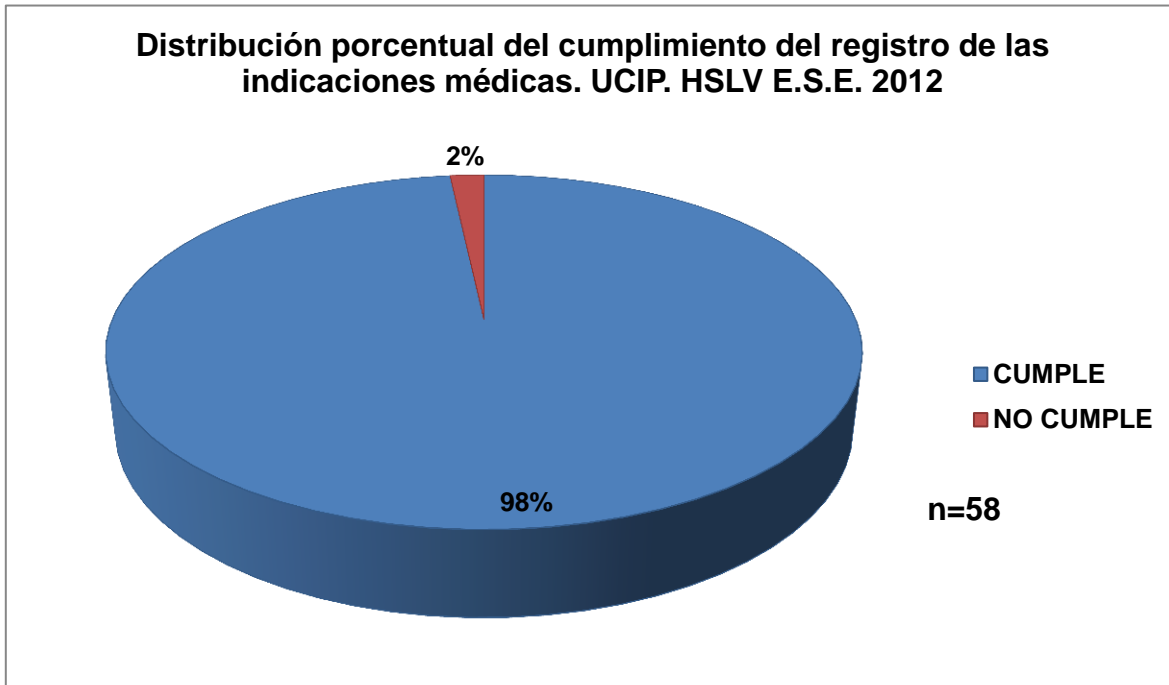
*Fuente: Elaboración de los autores*



**Gráfica 77. Distribución porcentual del cumplimiento del registro del diagnóstico. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

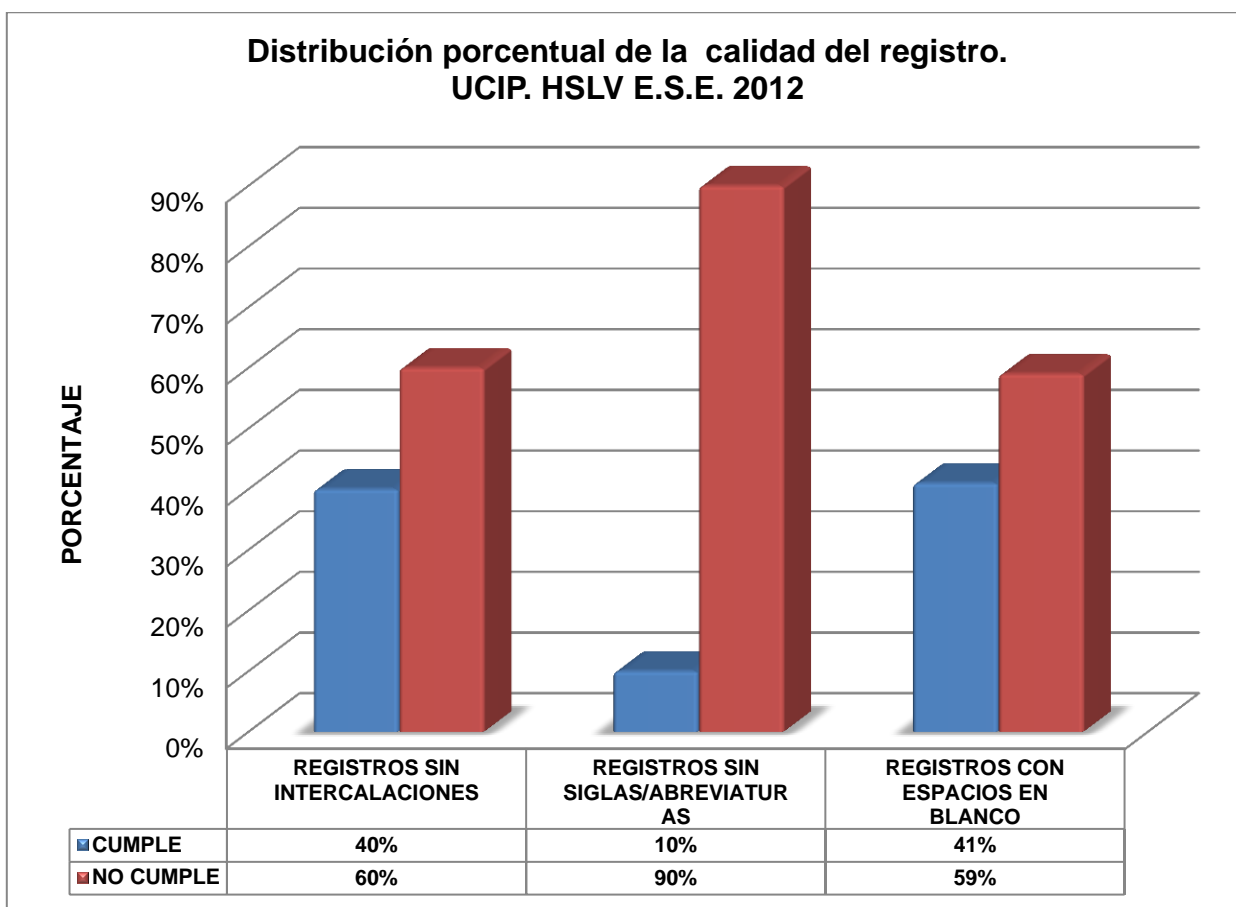
Al evaluar el cumplimiento del registro de las indicaciones médicas, el 98% (n=57) cumplen con el criterio. El 2% (n=1) no cumplen con un registro adecuado de indicaciones médicas. (Ver gráfica 78).



**Gráfica 78. Distribución porcentual del cumplimiento del registro de las indicaciones médicas. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

La evaluación de las características de la historia clínica muestra que el 72% (n=46) de las historias clínicas auditadas contienen intercalaciones o letras traslocadas que dificultan el entendimiento de lo que se escribe, en la misma proporción se encuentra el uso de siglas o abreviaturas no autorizadas por la institución. En el 87% (n=61) de las historias clínicas se encuentran espacios en blanco o sin diligenciar. (Ver gráfica 79).



**Gráfica 79. Distribución porcentual del cumplimiento de la calidad del registro. UCIP. HSLV E.S.E. 2012**

*Fuente: Elaboración de los autores*

### 5.3. Indicadores de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional –ICONTEC

**Tabla 20. Consolidado de indicadores de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional.**

SERVICIO	RESULTADO
Consulta externa	54%
Cirugía	82%
Urgencias	67%
Hospitalización	64%
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal	65%
Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	62%

*Fuente: Elaboración de los autores*

De acuerdo con los resultados anteriores, el servicio que presenta mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica es cirugía con un 82%, seguido del proceso de urgencias con el 67%. Consulta externa, representa el servicio con menos adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, con un 54%.

## CONCLUSIONES

El servicio de cirugía presenta la mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, representado en el 82% pues realiza un registro completo de la descripción operatoria, diagnóstico e indicaciones médicas.

Consulta externa es el proceso con más baja adherencia al diligenciamiento de historias clínicas (64%), evidenciados en el incumplimiento del registro de riesgos, conciliación medicamentosa, signos vitales y medidas antropométricas.

El servicio de urgencias en general, presenta una adherencia al diligenciamiento de historias clínicas institucional del 64%, siendo los servicios de urgencias adultos y urgencias ginecología quienes cumplen con la mayoría de los criterios. En el servicio de urgencias pediatría no se realiza un adecuado y completo registran antecedentes, riesgos, conciliación medicamentosa y no se registra la presión arterial en el campo de signos vitales.

El proceso de hospitalización tiene una adherencia del 64%, hospitalización adultos y hospitalización ginecología son los procesos que cumplen en un mayor porcentaje con los criterios de evaluación, siendo hospitalización pediatría quien tiene un bajo cumplimiento en los registros de signos vitales y examen físico.

La UCIN tiene un porcentaje de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica del 65%, evidenciado en el cumplimiento de los registros correspondientes a la identificación de los riesgos a los que se encuentran expuestos los neonatos, motivo de consulta y enfermedad actual, signos vitales, medidas antropométricas, examen físico, diagnóstico, análisis y plan e indicaciones médicas

La unidad de cuidado intensivo pediátrico no cuenta con un folio que tenga como campos obligatorios los riesgos, conciliación medicamentosa, antecedentes, motivo de consulta y enfermedad actual, por lo que al evaluarlas se daba incumplimiento.

Los registros deben ser claros, a pesar de tener la historia clínica sistematizada, se observan palabras con las letras traslocadas o a sin terminar, se siguen utilizando siglas y/o abreviaturas que no se encuentran en el manual entregado por la institución. Los espacios en blanco son frecuentes en los registros médicos, y no se deben permitir así se trate de una historia clínica electrónica.

## RECOMENDACIONES

El proceso de auditoría de historia clínica en el hospital Susana López de Valencia E.S.E. debe responder al ciclo gerencial PHVA y cerrarlo, pues los hallazgos encontrados deben trascender en búsqueda de oportunidades de mejora y el respectivo seguimiento a las mismas por parte de los responsables de los procesos asistenciales, como lo son los coordinadores médicos.

Realizar capacitaciones al personal médico general y especialista referente a la normatividad vigente y uso adecuado de la historia clínica para fortalecer el diligenciamiento en el registro clínico y así mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud.

Realizar auditorías periódicas dentro de cada servicio para fortalecer el proceso, priorizando hospitalización pediatría donde se registró el más bajo cumplimiento en la adherencia de registro clínico.

Actualizar los folios y determinar los parámetros de obligatorio cumplimiento estableciendo de forma objetiva la información que debe contener, vigilando el adecuado registro en la historia clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

Resolución 1995 de 1999. Ministerio de la protección social. Artículo en Internet [Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>].

Resolución 1043 de 2006. Ministerio de la protección social. Artículo en Internet [Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>]

Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Ministerio de la protección social. Artículo en Internet. [Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20b%C3%A1sicas%20para%20Auditoria%20en%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad.pdf>]

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Ministerio de la producción social. Pág. 79

**ANEXO 1. LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

		AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS				
		Código	Versión	Fecha de Emisión		
		Servicio:				
Muestra:						
		1	2	3	4	5
		<b>Nombre Medico</b>	<b>Nombre Medico</b>	<b>Nombre Medico</b>	<b>Nombre Medico</b>	<b>Nombre Medico</b>
			Esp:	Esp:	Esp:	Esp:
<b>La Historia Clínica cuenta con el diligenciamiento de los siguientes ítems:</b>		<b>No. de Historia</b>	<b>No. de Historia</b>	<b>No. de Historia</b>	<b>No. de Historia</b>	<b>No. de Historia</b>
		Folio:	Folio:	Folio:	Folio:	Folio:
		<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>
<b>Datos personales</b>						
<b>Datos de afiliación</b>						
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (PT)</b>		0	0	0	0	0
<b>PUNTAJE IDEAL (PI) (Cuando Apliquen Todos los Requisitos)</b>		2	2	2	2	2
<b>% OBTENIDO ((PT/PI)* 100)</b>		0%	0%	0%	0%	0%
<b>Antecedentes</b>	Medicos					
	Quirúrgicos					
	Alérgicos					
	Ginecobstetricos					
<b>Conciliación medicamentosa</b>						
<b>Tipo de riesgos</b>						
<b>Anamnesis.</b>	Motivo de Consulta					
	Enfermedad Actual					
<b>Signos vitales</b>	Presión arterial					
	Frecuencia cardiaca					
	Frecuencia respiratoria					

	Temperatura					
<b>Medidas antropométricas</b>	Peso					
	Talla					
<b>Examen Físico General.</b>						
<b>Análisis y plan</b>						
<b>Diagnóstico.</b>						
<b>Indicaciones Médicas.</b>						
<b>Exámenes. (De ser el caso)</b>						
<b>Evolución Clínica (Si es de Hospitalización).</b>						
<b>Hoja de Consentimiento Informado (De ser el caso).</b>						
<b>Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica. (De ser el caso).</b>						
<b>Historia Clínica Perinatal y Partograma (En caso de parto).</b>						
<b>La Historia Clínica Contempla las Sigüientes Características:</b>		<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>	<b>SI (1) / NO (0)</b>
Registro sin intercalaciones.						
Registros sin siglas y/o abreviaturas autorizadas.						
Registros sin espacios en blanco.						
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (PT)</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PUNTAJE IDEAL (PI) (Cuando Apliquen Todos los Requisitos)</b>						
<b>% OBTENIDO ((PT/PI)* 100)</b>						
<b>CLASIFICACIÓN</b>						

## LICENCIA DE USO – AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado(s) de la siguiente forma:

Nombre: **Marta Lucia Bastidas Mutiz**

Tipo de documento de identidad: **C.C. No.1061685593**

Nombre: **Emilce Benavides Ortega**

Tipo de documento de identidad: **C.C. No. 34319792**

Nombre: **Jeinner Santiago Mera Escobar**

Tipo de documento de identidad: **C.C. No. 10302722**

El (los) suscritor (s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

**“AUDITORIA A LA CALIDAD TECNICA DE LA HISTORIA CLINICA PARA EL AÑO 2012 EN EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.”**

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI \_\_\_ NO X

(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios web con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscrito (s) es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Popayán (Cauca).

NOMBRE COMPLETO: Marta Lucía Bautista Mutz  
FIRMA: Marta Lucía Bautista Mutz  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No 7.1001685193  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADÉMICO: Administración Hospitalario

NOMBRE COMPLETO: ENILCE BENAVIDES ORTEGA  
FIRMA: Enilce Benavides  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No 34379792  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADÉMICO: Administración Hospitalaria

NOMBRE COMPLETO: JEINNER SANTIAGO MERA ESCOBAR  
FIRMA: Jeinner  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No 10302722  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoría y Garantía de la calidad

Fecha de firma: 16 Septiembre 2013

