

Experiencia en el proceso de asesoría y acompañamiento en la evaluación y mejoramiento del registro en la historia clínica en una institución prestadora de servicios de la ciudad de Medellín

Experience in the process of advice and support in the evaluation and improvement in the history log in an institution service provider of the city of Medellin

Experiência no processo de aconselhamento e auxílio na avaliação e melhoria da log história em um prestador de serviços instituição da cidade de Medellin

■
Carlos Mario Tamayo Rendón¹

Resumen

Se presenta la experiencia en el proceso de evaluación de la calidad en el registro de las historias clínicas en una de las instituciones asesoradas y acompañadas por la Universidad CES para éste propósito. Este es un documento cuyo manejo está claramente reglamentado en la legislación colombiana, que incluso indica e implica el comportamiento ético del profesional de la salud durante la atención a sus pacientes. Sin embargo se encuentran bajos cumplimientos en ese registro, y es necesario establecer estrategias que incluyan la evaluación, retroalimentación y mejoramiento. En el caso puntual de la institución en la que se recogió la experiencia, el comportamiento general ha tenido una tendencia ascendente prácticamente desde el comienzo de las actividades de acompañamiento, lo cual habla bien de este proceso y de su capacidad de lograr los cambios esperados. La gran conclusión es que el trabajo constante en la evaluación de la calidad del registro y la implementación de estrategias de mejoramiento derivadas de los resultados obtenidos, puede generar una tendencia hacia el mejoramiento progresivo de dicha calidad y aportar así al logro de unas mejores y más seguras condiciones en la atención a los pacientes.

Palabras Clave: Registros Médicos, Evaluación de Proceso (Atención de Salud), Servicios de Salud, Administración Hospitalaria .

Recibido: Julio 13 de 2011 Revisado: Julio 30 de 2011
Aceptado: Agosto 26 de 2011

Abstract

The experience in the process of evaluation of the quality in the registry in clinical histories in one of the institutions advised and accompanied by University CES for this one intention appears. This it is a document whose handling clearly is regulated in the Colombian legislation that indicates and even implies the ethical behavior of the professional of the health during the attention to its patients. Nevertheless are low fulfillments in that registry, and is necessary to establish strategies that include the evaluation, feedback and improvement. In the precise case of the institution in which the experience took shelter, the general behavior has had an ascending tendency practically from the beginning of the support activities which speaks well of this process and its capacity to obtain the awaited changes. The great conclusion is that the constant work in the evaluation of the quality of the registry and the implementation of strategies of improvement derived from the obtained results can generate a tendency towards the progressive improvement of this quality and thus contribute to the profit of better and safer conditions in the care to the patients.

Key Words: *Medical Records, Process Assessment (Health Care), Health Services, Hospital Administration*

Resumo

Relatamos nossa experiência no processo de avaliação da qualidade no registo de registros médicos em uma instituição aconselhados e acompanhados pela Universidade CES para esta finalidade. Este é um documento cuja gestão é claramente regulado pela lei colombiana e implica que mesmo sugere o comportamento ético do profissional de saúde para seus pacientes. Mas são baixa adesão nesse registro, e devem desenvolver estratégias que incluem feedback, avaliação e melhoria. No caso específico da instituição em que a experiência foi coletado, o comportamento geral tem sido uma tendência ascendente desde praticamente o início do acompanhamento, que fala bem desse processo e sua capacidade para alcançar as mudanças esperadas. A principal conclusão é que o trabalho constante na avaliação da qualidade da gravação e implementação de estratégias de melhoria derivadas a partir dos resultados obtidos, pode gerar uma tendência de melhoria progressiva da qualidade e contribuir para a realização dos melhores e mais condições de segurança nos cuidados dos pacientes.

Palavras Chave: *Registros Médicos, Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde), Serviços de Saúde, Administração Hospitalar*

Introducción

El Registro de las actividades relacionadas con la atención prestada a los pacientes se registra en un documento especial llamado historia clínica. A lo largo de la historia este documento ha ido cobrando especial importancia y hoy es considerado como uno de los elementos más importantes en la relación médico – paciente, y es allí donde queda plasmado el acto médico y las condiciones en que se ejecuta (). Entre sus muchas utilidades se podría destacar el que orienta la terapéutica, en la medida en que es la constancia de los pasos que se siguieron para llegar a una opinión técnico–científica (1) que

condicionará las decisiones actuales y futuras que se tomen durante la atención médica de cada paciente. Al mismo tiempo su importancia médico–legal es incuestionable, la historia clínica es la base para demostrar la diligencia en la atención de los pacientes, toda vez que la falta de diligencia se convierte en un acto ilícito susceptible de ser juzgado de acuerdo con la magnitud del perjuicio que produzca (1).

Las características más importantes de la historia clínica se encuentran reglamentadas en la normatividad vigente. Es así como se define este documento como “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” (2,3), adicionalmente se definen las características de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, y define como componentes mínimos la identificación del usuario, registros específicos (en los que se consignan los datos e informes de cada tipo de atención, como el ingreso, la evolución clínica, las notas quirúrgicas, los registros de anestesia, etc.) y anexos entre los cuales se destacan el consentimiento informado, declaraciones de retiro voluntario y otros (2). El no diligenciamiento se considera una falta del profesional e implica la imposibilidad de la correcta defensa en casos de procesos de responsabilidad por servicios de salud, de otro lado también es importante la calidad del diligenciamiento, ya que esta se relaciona con el acto médico juicioso con una adecuada aplicación de los momentos de atención (anamnesis, examen físico, análisis y conducta) (4).

Adicionalmente, se establecen criterios relacionados con la custodia a la que debe ser sometida la historia clínica, haciendo la claridad de que pertenece al paciente, y definiendo claramente quienes tienen derecho a acceder a ella: a) el paciente, b) el equipo de salud que interviene en su atención y c) en los casos previstos por la ley (incluye requerimientos judiciales y de los entes del estado encargados del control del sistema de salud) (2). De otro lado se establecen las condiciones en las cuales debe conservarse: a) las características y ubicación del espacio físico, las condiciones de iluminación, temperatura y humedad, y b) los procesos que permitan la trazabilidad y ubicación de la historia clínica en todo momento y especialmente mientras está por fuera del archivo clínico (2).

La norma también define cómo deben garantizarse las características de calidad en el diligenciamiento en términos de “tener diseñados procesos que garanticen que cada

paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado” (). Se busca entonces cumplir con que la historia clínica sea: a) completa, b) coherente, c) sustentada, d) sin glosas ni espacios en blanco, e) con autorizaciones incluidas, f) fechada y firmada, y g) legible (4). Como puede verse, en términos de calidad, no se busca evidenciar la pertinencia de las conductas asumidas por el equipo de salud; sin embargo, es mediante el juicioso análisis de este documento, que puede establecerse este principio de calidad y seguridad para los pacientes. Asimismo, en ella pueden evidenciarse otras situaciones y compromisos que rodean a los servicios de salud como son el diligenciamiento de los consentimientos informados por parte de los profesionales responsables de los pacientes y la utilización y adherencia a las guías de manejo clínico basadas en la evidencia científica (5).

Conscientes de todo lo anterior, y de la gran importancia que tiene la historia clínica en la determinación de la calidad en la atención a los pacientes, algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), han buscado la asesoría y acompañamiento de la universidad CES para realizar la auditoría de la calidad en el registro de las historias clínicas por parte de sus equipos de salud. Dicha auditoría está orientada a cuatro aspectos puntuales: a) el registro general de las historias clínicas en la institución, b) el registro específico de las notas de evolución por parte de los médicos especialistas, c) el diligenciamiento del consentimiento informado en las atenciones y procedimientos que lo requieren, y d) la adherencia a guías clínicas en las distintas especialidades asistenciales. Todas estas evaluaciones se aplican a un número definido de historias clínicas, el cual ha sido calculado (teniendo en cuenta los presupuestos asignados por las IPS a esta actividad) con un margen de precisión del 6,9% y una confianza del 90,0%. Con base en los resultados e informes generados en esta auditoría, las Direcciones Científica y de Calidad, realizan actividades de retroalimentación a los diferentes involucrados en el proceso asistencial de la institución, lo

cual en teoría debe generar el mejoramiento continuo que permita obtener adecuados niveles de calidad en el manejo de las historias clínicas.

Aunque cada uno de estos aspectos se inició en fechas e incluso en años diferentes, se tiene ya la posibilidad de registrar las tendencias de comportamiento, desde el inicio de la auditoría hasta la actualidad. El propósito entonces ha sido describir el comportamiento de ellos a lo largo del tiempo en el que se han ejecutado las diferentes actividades de auditoría y describirlas en una de las instituciones acompañadas.

El objetivo de este artículo es describir el desarrollo de las actividades de asesoría y acompañamiento que realiza la Universidad CES a las clínicas con las que tiene contratada la auditoría de calidad de la Historia Clínica, y el comportamiento de la calidad en el registro en

la historia clínica en una de estas clínicas.

Materiales y Métodos

Se describió el desarrollo de las actividades específicas desarrolladas en el cumplimiento de los contratos de asesoría y acompañamiento a las clínicas. Luego se describieron los comportamientos de los distintos aspectos de la historia clínica que han sido evaluados a lo largo del acompañamiento. De esta manera se determinó la tendencia en la calidad del registro en la historia clínica.

Inicialmente se realizó un ordenamiento de los datos generados en las actividades de evaluación de la calidad del registro en la historia clínica y se definieron las variables a analizar, las cuales se resumen en la Tabla 1. Luego se hizo el análisis de los comportamientos apoyado en gráficas de tendencia.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre	Definición Operacional	Naturaleza	Nivel de medición
Cumplimiento Global	Cumplimiento ponderado del registro de los siete aspectos de la historia clínica evaluados	Cuantitativa	Razón
Adherencia a Guías Clínicas	Cumplimiento ponderado de la adherencia a las guías de manejo evaluadas con base en seis criterios establecidos	Cuantitativa	Razón
Consentimiento Informado	Cumplimiento ponderado en el registro de los cuatro componentes del consentimiento informado	Cuantitativa	Razón

Resultados

Descripción del proceso de evaluación de los registros clínicos

En la ejecución de los contratos de asesoría

y acompañamiento que se han realizado con las clínicas, la Universidad CES asigna a un profesional de la salud, especialista y con experiencia en auditoría y calidad en salud. Dicho profesional realiza las actividades operativas relacionadas con la revisión de las

historias clínicas que han sido seleccionadas aleatoriamente de entre las que corresponden a atenciones realizadas durante el mes que se quiere evaluar. Una vez seleccionadas aleatoriamente las historias clínicas, se hace la revisión de las mismas buscando verificar el cumplimiento en los registros relacionados con los contenidos mínimos y los anexos definidos por la norma y por la institución misma.

Es así como se establece el cumplimiento global con base en siete criterios específicos definidos en común acuerdo con la clínica y a la luz de la norma vigente (Resolución 1995 de 1999): a) las formas mínimas, b) la anamnesis, c) el examen físico, d) el manejo y/o conducta médica, e) los criterios de calidad, f) las notas de enfermería, y g) el diligenciamiento de los anexos. Esta verificación se efectúa con el apoyo de un programa de manejo de base de datos desarrollado por la Universidad en el aplicativo Microsoft Access® mediante el cual se calculan los ponderados que generan el resultado final. Adicionalmente se establece la adherencia a guías clínicas de manejo definidas previamente al comenzar cada año por las Direcciones Científica y de Calidad de la institución, con base en seis criterios que se evalúan contra lo especificado en las guías de atención clínica respectivas: a) El diagnóstico de trabajo, b) el uso de ayudas diagnósticas, c) el tratamiento específico, d) el tratamiento sintomático, e) los criterios de hospitalización, y f) el plan médico e instrucciones de manejo al alta del paciente. Igualmente se realiza la verificación con el apoyo de un programa de manejo de datos desarrollado en el aplicativo Microsoft Excel® el cual calcula los ponderados que generan el resultado final. Por último se evalúa el diligenciamiento del consentimiento informado, para procedimientos específicos que requieren de este documento como elemento que busca garantizar la adecuada información al paciente acerca de la enfermedad que padece, el manejo que debe hacerse y los riesgos y beneficios que ese tratamiento implica para él. Esta evaluación se efectúa en cuatro componentes: a) encabezado del documento, b)

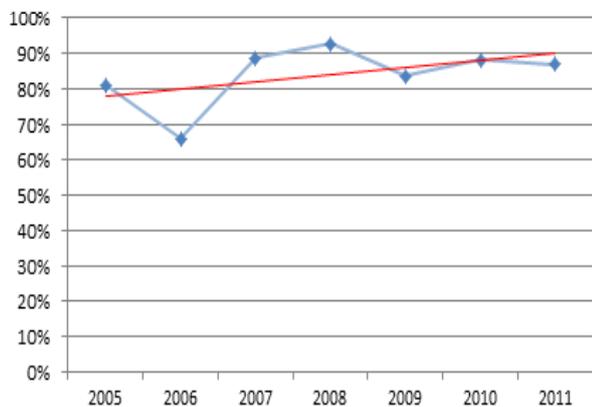
datos de quien autoriza el procedimiento, c) la información entregada a quien autoriza, y d) las firmas de quien autoriza y el responsable de la atención. Todo esto con el apoyo de la misma base de datos desarrollada en Microsoft Excel® la cual calcula los ponderados finales.

Los resultados obtenidos en estos tres aspectos de la historia clínica se reúnen y analizan en informes mensuales que se entregan a la dirección científica de la institución para que proceda a implementar las acciones de mejoramiento pertinentes en los procesos y en la retroalimentación a los distintos involucrados en la atención. En esta forma se crea un círculo virtuoso en el cual a la evaluación, retroalimentación y estrategias de mejoramiento se les hacen actividades de control permanentes en las evaluaciones mensuales subsiguientes.

Evolución de los resultados

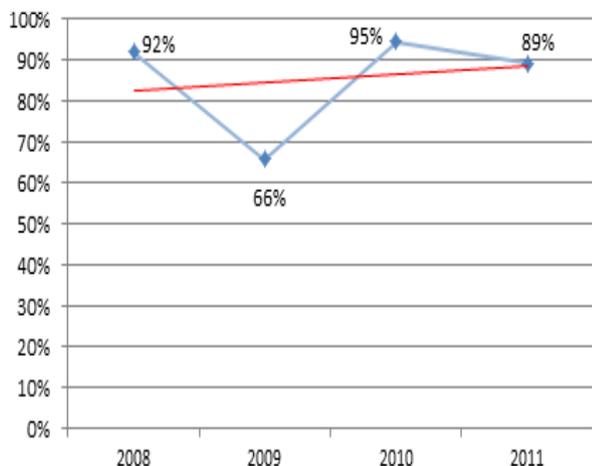
Como efecto de las actividades descritas, se ha generado un comportamiento con tendencia favorable en el cumplimiento y calidad del registro en la historia clínica, lo cual aunque en principio puede tener una relación con el programa de evaluación, es también resultado innegable de la gestión realizada por las Direcciones Científica y de Calidad con los profesionales integrantes del equipo de salud de la clínica. Lo que sí es claro es que esta gestión tiene como apoyo permanente el informe mensual entregado en el que se reporta el comportamiento del cumplimiento global, la adherencia a guías y el diligenciamiento del consentimiento informado. El cumplimiento global viene evaluándose desde el año 2005 en la clínica sujeto de esta revisión, se observa un comportamiento oscilante probablemente debido a los cambios que ocurren entre el personal asistencial, y a ajustes en la evaluación relacionados con el inicio del proceso. En general, con excepción del segundo año, todos los demás estuvieron siempre por encima del comportamiento del año inicial. Adicionalmente la línea de tendencia es claramente ascendente, mostrando un impacto positivo de las actividades realizadas en la calidad del registro en la historia clínica. Figura 1.

Figura 1. Comportamiento del cumplimiento global



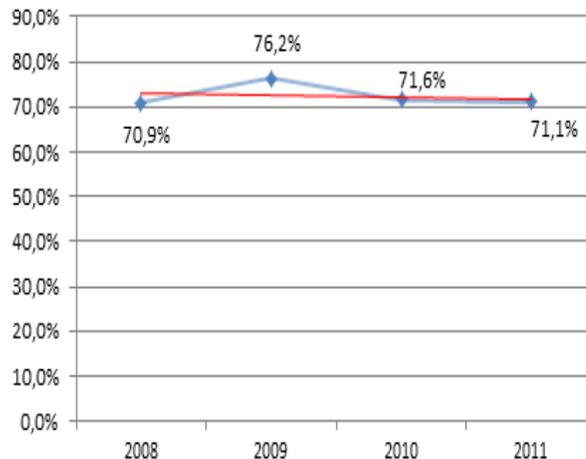
La adherencia a guías de manejo clínico es un aspecto evaluado desde mediados del año 2008, solamente se han trabajado dos años completos, se observa un comportamiento también oscilante probablemente por las mismas causas: cambios que ocurren entre el personal asistencial, y ajustes en la evaluación relacionados con el inicio del proceso. En general, la línea de tendencia evidencia un mejoramiento en los registros en el lapso de tiempo evaluado. Figura 2.

Figura 2. Comportamiento de la adherencia a guías de manejo clínico



El diligenciamiento del consentimiento informado, también es un aspecto evaluado desde mediados del año 2008 y solamente con dos años completos de trabajo, se evidencia un comportamiento relativamente plano y una línea de tendencia horizontal. En apariencia no se observa un mejoramiento puntual en el tiempo. Dicho comportamiento no tiene una explicación directa, sin embargo la percepción es que no se encuentran claramente establecidas las responsabilidades de los distintos componentes del equipo de salud con respecto al diligenciamiento de este documento, adicionalmente la forma en que se encuentra redactado el documento actual puede inducir al incumplimiento de algunos elementos especialmente en lo relacionado con la información entregada a quien autoriza. Figura 3.

Figura 3. Comportamiento en el diligenciamiento del consentimiento informado



Discusión

El adecuado manejo de la historia clínica como registro estricto de los hechos ocurridos durante los procesos de atención en salud realizados a los pacientes, no está en discusión.

Entre otros, la gran utilidad de este documento estriba en la posibilidad de que la atención se dé en los distintos niveles de atención y por diferentes profesionales de la salud sin que se pierda su continuidad y la pertinencia, en otras palabras sin ella la atención sería fraccionada, descoordinada e incluso incoherente. Es claro que los hallazgos y decisiones de hoy son de alguna manera, resultado de lo ocurrido en el pasado y los procesos de atención deben tener una continuidad en el tiempo. No menos importante es su validez probatoria en las calificaciones de incapacidad e invalidez, y en los procesos de responsabilidad civil que afrontan los equipos de salud en la actualidad.

Aunque esto es suficientemente claro para los administradores de los servicios de salud, no parece serlo tanto para los profesionales que se desenvuelven en el ámbito asistencial. De antaño se ha establecido una cultura informal en el manejo de la información derivada del acto médico y en no pocos casos, mucho de lo dicho, lo encontrado y lo hecho durante el mismo no se registra, y cuando se hace no se tiene la rigurosidad necesaria. Podrían ser varias las causas de este bajo cumplimiento en el registro entre las cuales vale destacar: a) la escasa disponibilidad de tiempo en la que ha desembocado el sistema actual de atención, b) la gran cantidad de documentos distintos a la historia clínica que deben diligenciarse como solicitudes, certificados y otros, y c) la complejidad misma de la enfermedad de muchos pacientes que exige una más profunda exploración durante la atención. Sin embargo es también un hecho que, si no existe la cultura arraigada del registro, ni aun resolviendo las causas descritas se lograría mejorar de manera importante esta situación.

Y si se acepta que el problema tiene un componente cultural, pues la solución debe estar precisamente allí, en cambiar esa cultura tan arraigada entre los profesionales integrantes de los equipos de salud. Este cambio implica el derribar una cantidad de paradigmas lo cual, ni

es fácil, ni se logra rápidamente. Es necesario implementar programas de largo aliento, en los cuales el componente de evaluación es importante solo si se articula con actividades puntuales de retroalimentación, socialización e implementación de estrategias de mejoramiento que involucren a todo el equipo asistencial.

Conclusión

El evaluar constantemente la calidad del registro en las historias clínicas y trabajar permanentemente los resultados de esta evaluación con el personal asistencial, es una estrategia que debe mejorar el registro, en algunos aspectos este mejoramiento será más evidente y ocurrirá más tempranamente, lo cual es evidente en este caso puntual, en los cumplimientos globales y en la adherencia a guías de manejo clínico. En otros aspectos, como el diligenciamiento del consentimiento informado en este caso, el cambio requerirá de más tiempo y trabajo, pero eso no deberá ser motivo para considerar fracasado el proceso y abandonarlo. Es importante tener en cuenta que todo esto implica un cambio cultural, el cual por definición, no se logra rápidamente, es necesario pues el trabajo constante tanto en evaluación como en la educación de los profesionales de la salud acerca de la importancia técnica, científica y jurídica del adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Referencias

1. Guzmán M. Fernando. La Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Disponible en: http://www.medspain.com/ant/n12_may00/historiacl.htm Último acceso 20 de junio de 2011.
2. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen las normas de manejo de la Historia Clínica. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/>

- Normatividad/RESOLUCIÓN%201995%20DE%201999.pdf Último acceso 17 de junio de 2011.
3. República de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf Último acceso 17 de junio de 2011.
4. Manrique Iván y López Mario. La Historia Clínica en las demandas. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum141-02tema-hist.htm> Último acceso 22 de junio de 2011
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006, anexo técnico No. 1. Manual único de Estándares y Verificación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%201043%20MANUAL%20ÚNICO%20DE%20ESTANDARES%20Y%20VERIFICACIÓN%20ANEXO%20TÉCNICO%20No%201.pdf> Último acceso 22 de junio de 2011

Forma de citar: Tamayo CM. Experiencia en el proceso de asesoría y acompañamiento en la evaluación y mejoramiento del registro en la historia clínica en una institución prestadora de servicios de la ciudad de Medellín. *Rev CES Salud Pública* 2011; 2(2): 227-234

