

UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
LA PLATA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TESIS DE MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA  
ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE  
ATENCIÓN MÉDICA

TITULO DEL TRABAJO:

EVALUACIÓN ESTADÍSTICA DE LA CALIDAD DE LA  
HISTORIA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE CLÍNICA  
MÉDICA DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL  
DE AGUDOS GRAL. SAN MARTÍN DE LA PLATA

Autor: Beatriz Riondet

Director: Prof. Dr. Horacio Barragán  
Codirector: Prof. Dr. Horacio Carbajal

La Plata, Diciembre 2007

## 1. Introducción: Estado actual del problema

La evaluación de la calidad de la atención médica es desde hace tiempo una preocupación de muchos autores e instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes.

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las Historias Clínicas (HC). Desde hace muchos años los médicos y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la HC. Se le pide al médico tratante 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 HC puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente. De ahí que el primer comité que se ha creado en la mayoría de los establecimientos ha sido el que examina las historias clínicas (1).

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 auditoría. 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, consigne correctamente la atención de enfermería y otros departamentos técnicos, que esté escrita con letra legible y si fuera posible con computadora. A sí 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 (2).

La historia clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional del personal sanitario, tanto desde el punto de vista administrativo como profesional, como el manejo clínico del paciente- como desde el investigador y docente, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios.

La HC se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un enfermo 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 (3).

A pesar del alto valor que tiene en todos los aspectos (vg. asistencial, sanitario, docente, investigador, jurídico), no existen disposiciones legales sobre la forma en que deben confeccionarse las HC.

En nuestras leyes no existen principios básicos sobre la ordenación de la HC por lo que queda a criterio del profesional la forma de llevar la misma. Lo que si está establecido legalmente es que debe existir una HC aunque no se hace mención de reglas para su confección.

La ley 17132 sobre normas para el ejercicio de la medicina, en el artículo 40, establece las responsabilidades del director de un establecimiento y la de los profesionales en su confección.

La reglamentación de dicho artículo por el decreto 6216/67 dice al respecto, en el inciso i: "Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen las HC de los pacientes y que se utilicen en las mismas los nomencladores de morbilidad y mortalidad establecidos por las autoridades sanitarias". En el inciso m dice:

"adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las HC y que no se vulnere el secreto profesional."

Su no confección equivale a admisión de mal praxis ya que existe jurisprudencia en la que los jueces fallaron en contra de facultativos por ausencia de registro de la información. Para los jueces, no haber realizado la HC es un indicio de que el

profesional no hace bien su trabajo, pues está incumpliendo con la obligación de elaborarla.

Las normas de calidad del Programa Nacional de Garantía de Calidad establecen como una necesidad la confección adecuada de la HC (4).

La Asociación Médica de la República Argentina en su Código de Ética (5) tiene varios artículos referidos a la HC, de los cuales son pocos los que se cumplen en la mayoría de los establecimientos del país. Estos son:

Art.-168 La Historia Clínica ha de ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros, y no sólo por quienes escriben en ella.

Art.-169 La Historia Clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación Equipo de Salud-Paciente. Adicionalmente es de suma importancia por tener carácter probatorio ante la ley y por razones económico-administrativas.

Art.-170 Deberá ser redactada y firmada por el mismo médico que realizó la prestación. Deberá consignarse puntualmente cuando un colega reemplace a otro en algunas funciones.

Art.-171 La Historia Clínica debe ser legible, no debe tener tachaduras, no se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.

Art.-172 Las hojas de las Historias Clínicas deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del Equipo de Salud y la fecha. Deberán destacarse los horarios de las prestaciones que se realicen y fundamentalmente un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente.

Art.-173 En la Historia Clínica se deberá hacer una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando, y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarla. Debe ser contemporánea a las distintas prestaciones que se vayan realizando.

Art.-174 Cuando se realicen ínter consultas con otros profesionales se debe registrar la opinión de las mismas y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.

Art.-175 Se deberá detallar en la Historia Clínica la información suministrada al paciente y/o familiares; como así también la respuesta que va teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Art.-176 No deberán omitirse datos imprescindibles para mejor tratamiento aunque los mismos puedan ser objeto de falsos pudores o socialmente criticables.

Art.-177 Debe constar en la Historia Clínica el libre Consentimiento Informado firmado por el paciente, la familia o el responsable legal.

Art.-178 La Historia Clínica completa y escrita en forma comprensible, es una de las mayores responsabilidades del Equipo de Salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

Art.-179 La Historia Clínica contiene datos personales, y sobre éstos existe un derecho personalísimo, cuyo único titular es el paciente. La negativa a entregársela a su propio titular puede dar lugar al resarcimiento del daño causado.

Art.-180 Lo que cabe para la Historia Clínica propiamente dicha es, asimismo aplicable a su materia complementario, tales como análisis clínicos, placas tomográficas, radiografías, etc.; todos estos documentos son inherentes a la salud, al cuerpo y a la intimidad del paciente y en consecuencia le son inalienables y sólo él puede dirigirlos y revelar su contenido.

Art.-181 El médico y/o sanatorio son los custodios de la Historia Clínica, la desaparición de ésta o su falta de conservación, entorpecerá la acción de la justicia, al tiempo que le quita la posibilidad al médico tratante y al mismo sanatorio, de una oportunidad invaluable de defensa en juicio. El custodio de la misma deberá responder por esta situación.

Art.-182 Debe garantizarse por lo antedicho, la preservación del secreto médico y la Historia Clínica no debe ser expuesta a quienes tengan otros intereses que no sean los puramente profesionales.

Art.-183 Es ético respetar el mandato judicial que ordene su presentación para fines de investigación, en ataque o defensa jurídicos de la responsabilidad legal.

Art.-184 No podrá utilizarse para fines espurios, de discriminación de cualquier índole o para exclusión de beneficios obligados por ley.

Art.-185 En caso de computarización de la Historia Clínica deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada. El Código de Ética mediante este último artículo supera el arraigado y erróneo concepto de que la H.C debe ser manuscrita.

## 2. Marco Referencial

Hay diferentes maneras de ordenar los documentos de una historia, de forma homogénea para todo el establecimiento. El cronológico por episodios es el más utilizado. En él se agrupan los documentos separando la información de los

episodios de ingreso (desde la fecha de ingreso en el hospital hasta la fecha de alta), de la documentación de los episodios de consulta.

Está ampliamente aceptado que dentro del establecimiento debe existir una historia clínica única para cada paciente y su gestión debe estar centralizada

desde un archivo único. Lo que garantiza que los sucesivos episodios del paciente queden conservados juntos (6).

Sí esas condiciones se cumplen, la recuperación posterior de datos se facilita y es mucho más segura y sencilla que si el mismo paciente tuviera varias historias de distintos episodios almacenadas en distintos archivos en varios servicios del hospital, pues estarían incontroladas y descoordinadas.

Cada paciente debe tener un número de referencia único, lo cual permite colgar de él todos los registros asistenciales que se le presten (vg. cirugías programadas, citas en consultas, listas de espera, hospitalizaciones, urgencias). Todos los datos quedan simultáneamente registrados con su número de historia, teniendo la posibilidad de consultarla en todas las asistencias que deban practicarse al titular de ese número de historia.

En nuestro hospital no existe una historia clínica única, sin embargo, en el Servicio de Clínica Médica en el cual se realiza el estudio, las sucesivas internaciones de un paciente se archivan bajo un mismo número y se puede recuperar en cada internación por mecanismo manual a través de los encargados del archivo. Pero en ella no constan las consultas y estudios que el paciente realice por consultorio externo y tampoco la historia clínica de internación en otros servicios como: terapia intensiva, cardiología, cirugía, traumatología, ginecología y obstetricia que tienen sus propios archivos.

En los hospitales tanto estatales como privados de los países del mundo desarrollado desde hace varios años la Historia Clínica está informatizada y se publican numerosos trabajos de evaluación (7,8). No es el caso de nuestro país donde sólo algunos centros, en general privados, tienen la Historia Clínica informatizada. Tampoco es el caso de nuestro hospital

¿Qué entendemos por Historia Clínica informatizada? Es aquella en la que la información se captura de forma mecanizada, es decir, que no se utiliza papel y bolígrafo para escribir, sino que se registra mediante un teclado de ordenador.

Una definición más técnica es la de un conjunto global y estructurado de información, en relación con la asistencia médico-sanitaria de un paciente individual, cuyo soporte permite que sea almacenada, procesada y transmitida mediante sistemas informáticos.

Esto permite la validación automática, la formulación de consultas, el procesamiento estadístico, la utilización por programas de ayuda a la toma de decisiones clínicas y el control de calidad. En toda institución médica el archivo de HC es el más importante, contiene información vital para la gestión médica, administrativa y legal. Todos los demás archivos se referencian a los registros que este administra. Puede o no estar presente en el sistema, pero sus bases tienen que estar instaladas para que los demás puedan funcionar.

A la Historia Clínica básica se pueden integrar módulos de diferentes especialidades como el de laboratorio y estudios complementarios, modelos de historias de diferentes especialidades y estudios específicos según las necesidades de cada usuario. El ordenador permite, además de la confección de

la Historia Clínica, la codificación de las patologías de acuerdo a la clasificación de la OMS y la elaboración de estadísticas. En el hospital donde se realizará la evaluación no hay una Historia Clínica informatizada. Actualmente en el área de internación clínica se ha comenzado con la carga de algunos datos mínimos,

entre ellos el diagnóstico con la codificación de la OMS (CIE 10).

La mayoría de las publicaciones actuales que analizan la calidad de la Atención Médica a través de la Historia Clínica, consideran inimaginable una institución médica carente de un archivo informatizado y centralizado (9).

En nuestro hospital la información sobre cada paciente se encuentra dispersa en diversos informes separados que genera cada servicio interviniente, y en las mentes de cada uno de los médicos y paramédicos encargados de la asistencia del paciente en cuestión. El acceso al total de la información acumulada por parte de un médico recién incorporado al grupo involucra una verdadera hazaña. La superación de este problema constituirá el justificado y definitivo triunfo del concepto de la Historia Clínica como herramienta fundamental de la Atención Médica, sin considerar otros aspectos como instrumento de auditoría de la práctica

médica y su valor como documento médico-legal.

La acumulación progresiva de conocimiento determina el ingreso de un número creciente de especialistas y técnicos que con frecuencia sin verse la cara en momento alguno, colaboran en la asistencia de un mismo paciente. En estos casos, la HC se transforma en el único medio de comunicación entre cada uno de los integrantes de este equipo virtual. Si bien la computarización de las historias no resuelve, por sí sola, la totalidad de la problemática del manejo de la información hospitalaria, ofrece alternativas que permiten reducirla en sus consecuencias, lo cual torna necesaria su implementación a corto plazo.

Hasta aquí se aprecia qué es la HC, cuál es su importancia así como también que su análisis es una forma de evaluar la calidad de la Atención Médica.

La calidad de la Atención Médica es uno de esos conceptos fáciles de entender pero difíciles de definir. Donabedian, conocido como uno de los pioneros del estudio de la calidad de la atención y una de las figuras más reconocidas en este campo, la define como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes". Este autor define buena calidad como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos" (10,11).

Entre las reflexiones de los programas hospitalarios de garantía de calidad las HC ocupan un lugar clave. Si este documento no es de alta calidad respecto a los datos e información que se reúne y a la forma en que se registran, no transmitirá la orientación apropiada a los profesionales que necesitan analizarlo para asistir al paciente. En beneficio de los pacientes y los profesionales este documento debe ser de la mayor calidad posible (12).

Donabedian planteó que los métodos para evaluar la calidad de la atención pueden aplicarse a tres elementos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. La calidad de los procesos ocupa un lugar importante en las evaluaciones de calidad. Según el autor el proceso es el conjunto de actividades que se realizan, entre las que ocupa un papel primordial la misma elaboración de la HC (13).

La medición de un concepto aparentemente abstracto como es la calidad necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones para identificar logros o fallas.

En la actualidad existen cientos de indicadores para evaluar la calidad de la

atención que permiten también su monitoreo continuo (14, 15, 16).

Un indicador es una variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla (17). Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejora.

### 3. La Historia clínica como documento principal del proceso

Entre los indicadores de proceso más operativos se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos, otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la Historia Clínica,

documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital. Esta es el origen de los datos e información que recoge el sistema de salud. La hipótesis subyacente es que si la Historia Clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que es adecuada la atención recibida por el paciente. Además, la calidad de los datos condicionará la calidad del sistema de información.

Dada la gran cantidad de elementos que suele tener la Historia Clínica, en algunos centros se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a cada elemento de la historia de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan a una "pérdida" de puntos. Además, deben emplearse técnicas de muestreo, ya que por el gran volumen de HC que suele haber en un establecimiento este sistema de puntos puede aplicarse

sólo a un subconjunto de historias, cuya evaluación debe permitir inferir la calidad

de la HC en el establecimiento, así como la evaluación de pacientes que se atiende. Existen características que permiten determinar la calidad de la HC y, por ende, su fuerza probatoria. Son criterios básicos que la HC debe ser:

1. Completa
2. Coherente
3. Sustentada
4. Sin espacios en blanco
5. Con autorizaciones incluidas
6. Fechada y firmada
7. Legible
8. Con informe de alta

De acuerdo a la revisión bibliográfica, las evaluaciones, antes de implementar un programa de calidad, muestran porcentajes inferiores al 50% de cumplimiento de los criterios básicos. El estándar ideal es de 100% para todos los criterios, incluido el correcto llenado del consentimiento informado.

En un estudio realizado en nuestro país en el Hospital Zonal de Zárate se consideró 90 % o más como buenos resultados, 70% o más como resultados a

mejorar y menos de 70% como malos resultados. En la evaluación previa al desarrollo del programa de calidad, encontró el 52,3% de las HC tenían 70% o más de suficientes y el resto, 47,7%, tenían menos de 70% de suficientes (18). Otros hospitales como el Hospital Sta. María degli Incurabili (Italia), que realizan trabajos para la mejora de la calidad de sus HC, han encontrado porcentajes de indicadores de completitud óptimos para algunos ítems, como razón de hospitalización (99.6%) y muy bajos para anamnesis sobre historia familiar (27.8%). El indicador de completitud, luego de la intervención, tuvo una mejora importante en casi todos los ítems, menos en el examen físico que pasó de 49,4% a 52,5%, diferencia no significativa (19).

Es de gran significación el informe de alta, con él se cierra la HC y debe reflejar toda la actividad asistencial (diagnóstico principal y secundarios, complicaciones, procedimientos quirúrgicos y terapéuticos). Este informe es utilizado en muchos centros para la codificación del proceso, el análisis de casos para establecer grupos relacionados de diagnóstico y la realización de estudios clínicos y epidemiológicos. Es un documento esencial para el médico de atención primaria y un elemento fundamental para la continuidad de la atención en el marco de un sistema de referencia - contra referencia. Son muchos los trabajos que evalúan distintos aspectos de la calidad de este informe, pues es la fuente del conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) que, desde hace años, recogen la mayoría de los hospitales de nuestro país y del mundo (20, 21). Este CMDB da origen a indicadores básicos, que publican los Ministerios de Salud sobre los rendimientos hospitalarios. En el Hospital Ntra. Sra. De Sonsoles (España), en su estudio sobre Calidad de la Asistencia refieren que la legibilidad debe considerarse como un parámetro imprescindible en la valoración de la cumplimentación correcta de los informes de alta y tener un peso específico importante, ya que este constituye un documento que avala el nivel profesional y sirve de transmisor de información para el paciente y otros profesionales sanitarios. En este estudio el resultado de la legibilidad de los informes de alta fue de 93,3%, concluyen que a pesar de ser aceptable y concordar con otros trabajos no es suficiente y se debe insistir en hacer un gran esfuerzo para alcanzar el 100% (22).

#### 4. Fundamentos de la elección del tema

El presente estudio surge de la posibilidad y necesidad de evaluar la calidad de las HC del Servicio de Clínica Médica del Pabellón Rossi del Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín de La Plata, para la mejora de la calidad de la Atención Médica.

Se identificó el problema a través de uno de los Jefes de Sala del Servicio que

basó en falencias encontradas en un primer análisis del resumen de alta, hospitalización incompleta e incoherente, consignación de contradicciones, falta de identificación de los responsables de su elaboración, decisiones tomadas sin explicación; tales falencias dificultan la interpretación del mensaje y la continuidad de la asistencia. Desde hace unos años se ha reemplazado la epicrisis por lo que se llama informe

o Resumen de alta hospitalaria. Se realiza por duplicado, entregándose una copia al paciente. Se han observado en el mismo, falencias como ausencia de diagnósticos, falta de registro de procedimientos realizados y también escritura ilegible. Actualmente en el servicio se cuenta con una HC estándar, que es de uso

obligatorio. La estructura de esta, se presenta en el Anexo 1. Es histórico el problema de la falta de legibilidad de los registros médicos, el cual conlleva un claro deterioro en la calidad de la atención así como problemas de índole administrativa y legal. Es un problema frecuente en nuestro país, tanto en hospitales estatales como privados. La falta de claridad en la escritura no sólo es perjudicial para quién trata de interpretar los manuscritos en caso de urgencia o Interconsultas, sino también para quién evalúa la actividad médica (vg. auditores, superiores jerárquicos, jueces).

Existe un creciente interés por la calidad de la documentación médica en los establecimientos asistenciales. Una condición necesaria para mejorar la calidad es conocer qué se está haciendo y cómo se está haciendo, por eso la evaluación debe formar parte del trabajo habitual. La calidad se puede y debe medir. Hay que

utilizar indicadores numéricos para saber de dónde se parte y cuánto se mejora en la intervención (25).

En auditoría médica se utiliza la aplicación de estándares. El estándar es el referente que los auditores tienen para comparar. Son en general promedios de los valores observados en la evaluación y muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable. En general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas.

En muchos países desarrollados, donde desde hace muchos años existen programas de garantía de la calidad de la Atención Médica, se publican con regularidad estudios de evaluación de la calidad de la HC, antes y después de los programas implementados y se proponen mejoras (18, 24, 25).

En nuestro país, en 1992 fue creado el Programa Nacional de Garantía de la Calidad que fue refrendado en 1997 por el decreto 1424/97 y es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud y en algunos establecimientos de nuestra provincia que han adherido al mismo (26). En ellos se han implantado nuevos procesos con un software que permite el registro de la actividad asistencial en una epicrisis estandarizada conteniendo CMDDB, codificación de los diagnósticos y procedimientos según la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE 10).

Nuestro hospital pertenece al Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Se categoriza como Interzonal, o sea que tiene la mayor complejidad provincial. Es el segundo en la provincia en cuanto a cantidad de camas, (más de 400 camas).

Tuvo un promedio de 1041 egresos mensuales en el año 2003. El Servicio de Clínica Médica del Pabellón Rossi, cuenta con 38 camas con aproximadamente 85 egresos mensuales en ese mismo año (27,28).

Las HC en este Servicio son realizadas en su totalidad por los médicos residentes y controladas por los médicos de planta y jefes de sala.

En la actualidad no se está desarrollando en nuestro hospital ningún programa de mejora de la calidad médica en general, ni de la calidad de la HC en particular.

Como se expresó, una HC completa y legible facilita la medición de calidad de la

atención brindada. Es importante contar con un método de control estadístico de la calidad de la HC aplicado a la información que en ella se registra.

## 5. Objetivos

- Evaluar la calidad de la HC a través de un análisis estadístico de su completitud y legibilidad.
- Elaborar un informe análisis-valoración de los resultados obtenidos.
- Proponer estrategias de acuerdo con los resultados obtenidos y reevaluar, completando así el ciclo evaluativo o de mejora continua de la calidad.
- Fomentar la creación de estándares y criterios de evaluación de la HC.

## 6. Metodología, plan de trabajo y técnicas a usar

El estudio se realizará en el Servicio de Clínica Médica Pabellón Rossi del Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín. Este servicio cuenta con cuatro salas de internación en las que se internan pacientes de ambos sexos de 15 o más años. Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una muestra representativa de las HC de pacientes egresados.

### Plan de trabajo

El estudio consta de tres etapas:

- 1) Análisis de una muestra de las 890 HC de pacientes egresados en el año 2004.
- 2) Informe de los resultados y desarrollo de estrategias para poner en marcha las medidas correctoras oportunas.
- 3) Evaluación comparativa de una muestra representativa de las HC de pacientes egresados en los meses posteriores al desarrollo de las estrategias de calidad.

### Cálculo del tamaño de la muestra

La auditoría de HC es una situación especial, en la que se comprueba la presencia o ausencia de un determinado elemento (variable dicotómica). Para el cálculo de la muestra se utilizará el método aleatorio simple para tamaño de población finita con la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 \alpha \cdot N \cdot p \cdot q / i^2 (N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q$$

n	Tamaño muestral
N	Tamaño de la población, número total de historias.
Z	Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha = 0,05$ .
p	Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable ( $p=0,5$ ), que hace mayor el tamaño muestral.

q	1-p
i	Error que se prevé cometer. Para un error del 10%, introduciremos en la fórmula el valor 0,1. Con un error del 10%, si el parámetro estimado resulta del 80%, tendríamos una seguridad del 95% (para $\alpha = 0,05$ ) de que el parámetro real se sitúa entre el 70% y el 90%. Por lo tanto, la amplitud total del intervalo es el doble del error que introducimos en la fórmula.

Se utilizará para calcular los tamaños de las muestras para  $\alpha=0,05$  un error 0,1, de acuerdo a las recomendaciones para este tipo de estudio un error de 10% es suficiente (29,30).

La cantidad total de HC de pacientes egresados en el año 2004 fue de 890. Para este tamaño poblacional la muestra calculada deberá ser de 89 HC, esta cantidad se seleccionará para la evaluación de la primera etapa. Para la tercera etapa se realizará un nuevo cálculo de la muestra siguiendo el mismo método probabilístico.

### Procedimiento de selección

Las HC se encuentran numeradas en forma correlativa y se conocen los números desde el primero al último del año 2004. Los mismos se colocarán en una bolsa y se extraerán 89 números al azar. Si algunos de los números de HC extraídos no se encontraran se seguirá con este sistema hasta completar la cantidad necesaria.

### Técnicas de recolección de datos

Para la auditoria de las HC y su Resumen de alta hospitalaria se utilizará una ficha técnica elaborada para tal fin, con todos los ítems a evaluar (Anexo 2).

Esta ficha se aplicará a cada una de las HC del archivo. Se evaluará la existencia o no de cada uno de los criterios que son las variables a medir. Estas variables

son dicotómicas anotándose la presencia o ausencia de las mismas. A cada una se le otorgará un valor de punto para la respuesta positiva y 0 punto para la negativa. De esta forma la puntuación máxima será de 59 puntos para la HC y de 11 puntos para el Resumen de alta, si los documentos contienen todos los criterios evaluados. Para cada variable puede haber tres posibilidades:

- Si (presente) = 1
- No (ausente) = 0
- No aplicable = 1

### Indicadores

Para cada HC y Resumen de alta se obtendrá un indicador básico de calidad:

Cantidad de criterios presentes / Cantidad total de criterios x 100.

El puntaje mayor, si cumple con los 70 criterios, es de 100%. Se considerará, a los fines de este estudio, aceptable 70 % o más por tratarse de criterios básicas de cumplimiento.

En el análisis estadístico, además de una proporción de cada documento, también se hallará el índice promedio de todas las HC con su correspondiente desvío estándar. Parámetro: límite nivel de confiabilidad del 90%.

Se analizará también la completitud, legibilidad y veracidad de este documento con tres indicadores.

- Indicador de completitud = número de criterios completos / total de criterios en que se evalúa la completitud, x 100
- Indicador de legibilidad = número de criterios legibles / total de criterios en que se evalúa la legibilidad, x100
- Indicador de veracidad = número de criterios firmados / total de criterios que deben estar firmados, x 100

Los términos completitud, legibilidad y veracidad, a los fines de este estudio, se definen de la siguiente forma:

- Completitud como el correcto llenado de todos los criterios de la HC, de acuerdo a las características del paciente y motivo por el cual se interna, con datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente.
- Ilegibilidad es la condición de una palabra o frase que no se pueden leer.
- Veracidad se refiere a la presencia de firma y aclaración de quién interviene en la HC, sus evoluciones día a día, las ínter consultas con especialistas, el consentimiento informado y otros ítems.

### Análisis Estadístico

Para comparar antes-después se usará la prueba de significación estadística de Chi-Cuadrado.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizará SSPS.

## 7. Cronograma de Actividades

Actividades y Tareas	Meses								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Revisión Bibliográfica	X								
Programación instrumento	X								
Prueba piloto		X							
Relevamiento HC			X						
Procesamiento de los datos				X					
Análisis				X					
Programa de calidad					X	X			
Reevaluación							X		
Análisis de los datos								X	
Informe final									X

## 8. Infraestructura Básica y Financiación

Para el desarrollo del estudio se cuenta con permiso para trabajar en el archivo de HC del Hospital.

Se cuenta con sistema de computación con los programas Excel y SSPS para la carga de datos y su posterior análisis. También conexión a Internet para la revisión bibliográfica.

La financiación se realizará con recursos propios.

## 9. RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN

En la tabla siguiente se observan los porcentajes de cumplimiento de los criterios evaluados a través de la aplicación de la ficha a todos los documentos de las HC.

También se indica el tipo de criterio. La letra C señala todos los criterios utilizados para obtener el indicador de completitud y las letras L y V a todos los criterios usados para hallar los indicadores de legibilidad y veracidad, respectivamente.

**TABLA 1.**  
**CRITERIOS EVALUADOS PRIMERA ETAPA, PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO Y TIPOS.**

N°	Criterios	%	Tipo de criterio
1	Identificación del paciente	100	C
2	Edad y sexo	99	C
3	Domicilio de residencia	75	C
4	Fecha de ingreso	100	C
5	Motivo de consulta completo	73	C
5.1	Es legible	97	L
6	Enfermedad actual completa	58	C
6.1	Es legible	92	L
7	Antecedentes de la EA completo	35	C
7.1	Es legible	96	L
8	Antecedentes personales completos	73	C
8.1	Es legible	97	L
9	Hábitos completos	79	C
9.1	Es legible	96	L
10	Antecedentes heredo- familiares completos	49	C
10.1	Es legible	99	L
11	Antecedentes socioeconómicos completos	46	C
11.1	Es legible	97	L
12	Examen Físico completo en todos sus ítems	63	C
12.1	Es legible	96	L
13	Presión arterial	99	C
14	Frecuencia cardíaca	100	C
15	Frecuencia respiratoria	99	C
16	Temperatura	97	C
17	Peso	37	C
18	Talla	38	C
19	Resumen de datos positivos completo	20	C
19.1	Es legible	97	L
20	Agrupación de síndromes coherente con datos positivos	79	C
21	Impresión diagnóstica	91	C
22	Detalla plan de estudio inicial	98	C
23	Hay un planteo terapéutico	93	C

24	Firma e identificación del profesional	93	V
25	Evolución completa	82	C
25.1	Es legible	90	L
25.2	Completa con razonamientos diagnósticos	42	C
25.3	Razonamientos evolutivos	94	C
25.4	Solicitud de estudios	88	C
25.5	Comentario de estudios recibidos	53	C
25.6	Comentarios sobre la terapéutica	44	C
25.7	Firmada	99	V
26	Se encuentra la hoja de indicaciones médicas	57	C
26.1	Es legible	93	L
26.2	Firmadas	92	V
27	Los estudios complementarios solicitados se encuentran en la carpeta	90	C
27.1	Si no se encuentran, hay un registro del resultado de los mismos firmado	93	C
28	Se encuentra la hoja de enfermería	9	C
28.1	Tiene identificación del paciente	9	C
28.2	Anotaciones con fecha y hora	9	C
28.3	Es legible	100	L
28.4	Firmada	100	V
29	Interconsultas con especialistas	62	C
29.1	Firmadas	75	V
30	Consentimiento informado para HIV, si correspondiera	0	C
30.1	Firmado	76	V
31	Se registra en HC la información brindada al paciente o responsable legal sobre su condición de salud	13	C
32	Está registrado en la HC la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones de diagnóstico	3	C
33	Registro en HC de la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones terapéuticas.	2	C
34	Registro en HC de la información brindada acerca de la planificación del alta	4	C
35	Resumen de alta	91	C
35.1	Datos para identificación del paciente	91	C
35.2	Identificación del lugar de internación	69	C
35.3	Fecha de ingreso y egreso	82	C
35.4	Resumen Clínico completo	60	C
35.5	Es legible	99	L
35.6	Indicaciones terapéuticas	84	C
35.7	Información para la continuidad de la atención	75	C
35.8	Diagnóstico principal	56	C
35.9	Diagnósticos secundarios	28	C
35.10	Firma y aclaración	99	V

## Resultado de los Indicadores

**Indicador Básico de Calidad** 71 ± 4,58

**Indicador de Completitud** 62 %

**Indicador de Legibilidad** 96 %

**Indicador de Veracidad** 92 %

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN**

Se auditaron 89 Historias Clínicas seleccionadas al azar por sorteo. La cantidad surge del cálculo de la muestra realizado, como ya vimos, con la fórmula para el método aleatorio simple.

De los 89 números seleccionados al azar se hallaron 56 HC (62,9%) en un primer sorteo. Los motivos por los que las restantes no se encontraron fueron la falta de entrega o el retiro del archivo por una nueva internación del paciente en otros servicios. De las 56 HC halladas no se pudo aplicar la ficha técnica para su análisis a cinco porque dentro de la carpeta faltaba la HC de la internación del año en estudio. Se realizó un nuevo sorteo para completar la cantidad necesaria de HC de acuerdo al cálculo de la muestra.

Se analizaron las 89 HC con la aplicación de los 70 criterios de la ficha de evaluación. A nivel global se desprenden algunos datos útiles para la reflexión. En primer lugar de las HC auditadas ninguna cumplió con el 100 % de los criterios, el puntaje promedio fue de 49,8 con un rango entre 34-58 puntos. Se observa que la media está levemente por encima del límite mínimo propuesto como indicador básico de calidad, 71% y la dispersión no fue muy amplia (osciló entre 49 y 83%).

De los 70 criterios evaluados el porcentaje más bajo de cumplimiento fue el obtenido por el Consentimiento Informado para HIV con 0%, le siguieron la falta de Hoja de Enfermería con 9%, la Información Brindada al Paciente o Responsable Legal sobre su Condición de Salud con 13%, el Registro de la Información brindada sobre la Planificación del Alta con 4% y el Resumen de Datos Positivos Completo con 20 %.

Es de destacar que se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 46%, Evolución con Razonamientos Diagnósticos 42%, Comentarios de Estudios Recibidos 53%, Comentarios sobre la Terapéutica 44% e Indicaciones Médicas

Se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Identificación del Paciente, Edad y Sexo, Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Impresión Diagnóstica, Detalle de Plan de Estudios Inicial y Planteo Terapéutico Inicial.

También superaron el 90 % de cumplimiento la mayoría de los criterios que evalúan legibilidad y veracidad.

Como ya mostramos el índice de legibilidad fue de 96 %; esto es levemente inferior a lo observado en un trabajo donde el grado de cumplimiento con este

criterio en las HC del servicio de emergencias fue de 99% (31).

El análisis de los criterios administrativos en nuestras HC tuvo un cumplimiento promedio de 88%; este valor es inferior al publicado por otros autores que han analizado el cumplimiento de estas variables con resultados de 99% (31).

El porcentaje de ausencia del Resumen de Alta en las historias clínicas (8,9 %) es similar al publicado por otros autores que informan 8,7 % (20).

En la tabla 2 se muestra el resultado del análisis del Resumen o Informe de Alta por separado.

**Tabla 2.**  
**PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEL RESUMEN DE ALTA**

N°	Criterios del Resumen de alta	%	Tipo
1	Datos para identificación del paciente	100	C
2	Identificación del lugar de internación	75	C
3	Fecha de ingreso y egreso	90	C
4	Resumen Clínico completo	65	C
5	Es legible	99	L
6	Indicaciones de tratamiento	93	C
7	Información para la continuidad de la atención	83	C
8	Diagnóstico principal	62	C
9	Diagnósticos secundarios	31	C
10	Firma y aclaración	99	V

Al realizar el análisis de los resultados de los criterios del Resumen de Alta evaluados se observaron deficiencias en aspectos importantes del mismo, como la falta de un Resumen Clínico Completo en el 65% de los documentos.

La presencia de Diagnóstico Principal tuvo un bajo cumplimiento, 62 %, si lo comparamos con otros estudios donde se alcanza 98% (20). Esto último, y el bajo porcentaje, (31%), de Diagnósticos Secundarios son elementos importantes con respecto a la calidad de la HC.

Es de destacar que criterios que son considerados importantes para la continuidad de la atención y que también son usados para evaluar los derechos del paciente como son las Indicaciones de Tratamiento al Alta e Información para la

Continuidad de la Atención, tuvieron un cumplimiento mayor, 93 y 83 %, respectivamente. Esto contrasta con el resto de la HC donde los criterios que evalúan los derechos de los pacientes tienen un cumplimiento muy bajo: 13 % para la Información Brindada al Paciente sobre su Condición de Salud y 4% para la Información sobre Planificación del Alta.

Con respecto a los derechos del paciente y su participación en el tratamiento y diagnóstico, el Consentimiento Informado (CI) es uno de los elementos de mayor valor. Este puede ser un CI universal, algunos autores lo llaman genérico (32) que se realiza al ingreso del paciente quién manifiesta aceptar ser asistido por la

institución o puede ser específico para procedimientos invasivos de diagnóstico o terapéuticos.

El servicio que estamos evaluando no tiene implementado un CI universal, sí existen CI específicos en los servicios que realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos pero no son colocados en la HC pues quedan en el servicio que realiza la práctica. Por este motivo no se evalúan en este estudio CI salvo, como ya vimos, el de HIV que es solicitado por los médicos tratantes residentes del servicio. Sí se evaluó como Indicador de Calidad la información brindada al paciente en forma explícita en las hojas de evolución en casos de procedimientos invasivos de diagnóstico o de tratamiento y se encontró Información sobre los Beneficios y Riesgos de Intervenciones Diagnósticas y Terapéuticas en el 3 y 4% de los documentos, respectivamente. Aunque no son comparables, en un trabajo

que evaluó la presencia de consentimiento informado específicos en la HC el porcentaje hallado fue de 58% (32). Es de destacar que la realización por escrito del CI explicando los riesgos de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento así como sus beneficios, para que el paciente pueda tomar una decisión sobre lo que desea hacer, es considerada un Indicador de Calidad de los servicios de atención especializados (33). Aunque desde el punto de vista legal las dos únicas leyes que establecen la obligatoriedad del consentimiento informado en forma explícita son la ley de transplante de órganos N°2 4193, solo para los transplantados y el decreto reglamentario de la ley de lucha contra el SIDA 23798 – Decreto 1244/91 para realizar exámenes de laboratorio de detección en forma diagnóstica.

## 10. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Luego del análisis de una muestra representativa de las Historias Clínicas se inició una campaña de difusión durante tres meses.

Un informe escrito con los resultados de la evaluación se entregó a todos los integrantes del servicio que intervienen en la construcción de la Historia Clínica o sea a todos los Residentes y también a los Médicos de la Planta que controlan la HC antes de entregarla a sus jefes respectivos. Se entregó también una copia del mismo al Jefe del Servicio y a los Jefes de Sala.

Se realizaron charlas con los Jefes de Residentes para analizar todos los criterios y en particular aquellos cuyo puntaje fue muy bajo y tienen un fuerte impacto en la calidad de la HC.

Entrevistas personales con cada uno de los responsables del llenado de la HC fueron llevadas a cabo en ellas se discutieron los bajos resultados obtenidos en la primer parte de la anamnesis que en forma global fueron menores a 60% de completitud. Se mostraron ejemplos de falta de coherencia entre anamnesis y

examen físico.

También se discutieron algunos puntos flojos de la evolución como razonamientos de diagnóstico y comentarios sobre la terapéutica que se realizan en los pases de sala pero no se vuelcan en la HC. Lo mismo ocurre con la información que se debe dar al paciente y su familia que los jefes de sala indican colocar en la HC y esto no se cumple.

Se realizaron recomendaciones para las mejoras de todos estos aspectos y con especial énfasis en el llenado de los puntos referentes a los derechos del paciente y su familia cuyos porcentajes de cumplimiento fueron muy bajos del 2 al 13%.

Como ya vimos el Consentimiento Informado para la realización de HIV no figura en la HC (0%) se realizaron recomendaciones a los residentes (que son los que

elaboran y firman junto con el paciente este documento y luego lo envían al laboratorio) para que se coloque una copia del mismo en HC.

Se informó a los Jefes de enfermería y supervisores del pabellón de los malos resultados (9%) en la cumplimentación de la hoja de enfermería. Aquí existe un problema de diligenciamiento del documento, se realiza pero no se coloca en la Historia Clínica. En las hojas de enfermería que se pudieron analizar no se observó problemas de legibilidad. Las recomendaciones con respecto a este documento estuvieron centradas en buscar la forma de que este se coloque en la HC.

El indicador de legibilidad obtenido fue aceptable (96%) como ya dijimos este es un requisito que según algunos autores debería cumplirse en un 100% de los documentos de la HC, debido a los inconvenientes de todo tipo que esto produce. Recomendaciones con respecto a legibilidad:

-Uso de letra clara con especial énfasis en el informe de alta cuya copia se entrega al paciente en el momento del alta.

-Las abreviaturas la primera vez que aparecen deben ir acompañadas de su significado entre paréntesis.

Hoja de Interconsultas (ver anexo I) lleva el motivo de la solicitud de la misma así como el registro del informe respuesta del servicio consultado. Debido a la complejidad de los casos clínicos que se atienden en nuestro servicio en la mayoría de los pacientes se realizan solicitudes de consultas a otros servicios especializados pero solo están cumplimentadas en la HC el 62%. Para esta evaluación se tuvo en cuenta que existiera un pedido explícito de consulta y se tomó como positiva la existencia de informe escrito del servicio tanto en la hoja mencionada como en la evolución.

Se hicieron recomendaciones a los residentes que son los encargados de hacer llegar esa solicitud a los especialistas.

El jefe de servicio y los jefes de sala: Informaron lo observado en forma escrita a las distintas especialidades y se les solicitó informe escrito y firmado.

Hoja de Indicaciones Terapéuticas (ver anexo I) esta lleva todas las indicaciones prescriptas por los médicos que asisten al paciente, medicación, dietas, plan de hidratación y los cuidados de enfermería. Lleva la firma del médico y también la del enfermero en el cuadrante correspondiente a la medicación administrada. La legibilidad de este documento fue alta el problema es que solo se encontró en el 57% de las HC. Las recomendaciones estuvieron dirigidas a los residentes y al personal de enfermería para lograr que este hoja llegue al expediente clínico. También se hicieron recomendaciones al personal administrativo para que coloquen las hojas en la HC.

## 11. RESULTADOS DE LA SEGUNDA EVALUACIÓN

La cantidad total de HC de pacientes egresados en el año 2006 fue de 994.

Para este tamaño poblacional la muestra calculada fue de 97 HC, esta cantidad se seleccionó siguiendo el mismo método de cálculo probabilístico de la primera evaluación. Se aplicó la ficha de evaluación a las 97 Historias Clínicas seleccionadas al azar por sorteo. En la Tabla 3 se muestra el porcentaje de cumplimiento para cada uno de los criterios y se los compara con los observados en la primera evaluación.

La media de cumplimiento de criterios para las 97 HC fue de 53 puntos sobre el total de 70 criterios evaluados, con un rango entre 37-61. El porcentaje promedio de calificación fue de 76%, superior al de la primera evaluación (71%).

Igual que en la primera evaluación ninguna de las HC llegó a cumplir con el 100% de los criterios.

En el análisis global de los resultados se observa un aumento en el cumplimiento

en 15 del total de 70 criterios con diferencias estadísticamente significativas en Hoja de Indicaciones Médicas que paso del 57% al 92% con una  $p < 0.0005$ , Hoja de Interconsultas con Especialistas (62% a 82%  $p < 0.005$ ), presencia de los estudios complementarios (90% a 99%  $p < 0.005$ ), Registro de Información brindada acerca de Planificación del Alta (4% a 46%  $p < 0.0005$ ) y también en criterios importantes del Resumen de Alta como Identificación del lugar de internación (69% a 97%  $p < 0.0005$ ), Indicaciones Terapéuticas (84% a 97%  $p < 0.005$ ), Diagnóstico Principal (62% a 82%  $p < 0.0005$ ) y Diagnóstico Secundario (31% a 55%  $p < 0.0005$ ) ver Gráfico 1. Criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 63 %, Antecedentes de Enfermedad Actual 41 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 47%, Evolución con Razonamientos Diagnósticos 43%, Comentarios de Estudios Recibidos 60%, Comentarios sobre la Terapéutica

46% y Referencia Clínica Completa tuvieron un aumento en su cumplimiento pero Hubo 12 criterios que no sufrieron modificación; casi todos tenían antes de la intervención un puntaje alto de cumplimiento (82 a 100%), salvo el Consentimiento Informado para HIV (0%).

Como se observa en la tabla 3, hay 13 criterios que disminuyeron el cumplimiento aunque la mayoría de estos tienen porcentajes superiores al 90% en ambas evaluaciones sin significación estadística. Los criterios de Peso y Talla también disminuyeron, su cumplimiento fue muy bajo en ambas evaluaciones (37-38% a 31-33% respectivamente) y este cambio no mostró significación estadística. Sólo la Hoja de Enfermería tuvo una disminución significativa en su cumplimiento (0% contra 9%  $p < 0.05$ ).

#### Resultado de los indicadores

**El Indicador Básico de Calidad** aumentó de  $71 \pm 4,5$  a  $76 \pm 4,8$  de desvío estándar con una significación estadística de  $p < 0.0005$ .

**El Indicador de Completitud** pasó de 62% a 68 % con una  $p < 0.0005$ .

**El Indicador de Legibilidad** no presentó cambios (96%) y el **Indicador de Veracidad** mostró un cambio positivo (95%) aunque el mismo no tuvo significación estadística.

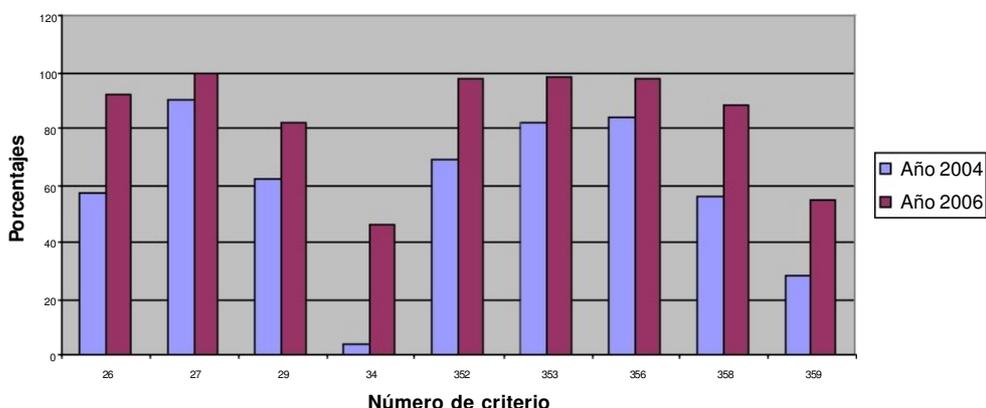
**TABLA 3. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS**

Criterios Evaluados	%Antes	%Después
Identificación del paciente	100	100
Edad y sexo	99	99
Domicilio de residencia	75	82 NS
Fecha de ingreso	100	100
Motivo de consulta completo	73	82 NS
Es legible	97	96 NS
Enfermedad actual completa	58	63 NS
Es legible	92	92
Antecedentes de la EA completo	35	41 NS
Es legible	96	99 NS
Antecedentes personales completos	73	79 NS
Es legible	97	99 NS
Hábitos completos	79	80 NS
Es legible	96	95 NS
Antecedentes heredo- familiares completos	49	54 NS
Es legible	99	98 NS
Antecedentes socioeconómicos completos	46	47 NS
Es legible	97	98 NS
Examen Físico completo en todos sus ítems	63	68 NS
Es legible	96	95 NS
Presión arterial	99	99
Frecuencia cardíaca	100	100
Frecuencia respiratoria	99	100 NS
Temperatura	97	96 NS
Peso	37	31 NS
Talla	38	30 NS

Resumen de datos positivos completo	20	22 NS
Es legible	97	97
Agrupación de síndromes coherente con datos positivos	79	80 NS
Impresión diagnóstica	91	92 NS
Detalla plan de estudio inicial	98	98
Hay un planteo terapéutico	93	99 NS
Firma e identificación del profesional	93	100 NS
Evolución completa	82	82
Es legible	90	89 NS
Completa con razonamientos diagnósticos	42	43 NS
Razonamientos evolutivos	94	99 NS
Solicitud de estudios	88	95 NS
Comentario de estudios recibidos	53	60 NS
Comentarios sobre la terapéutica	44	46 NS
Firmada	99	100 NS
Se encuentra la hoja de indicaciones médicas	57	92 ***
Es legible	93	96 NS
Firmadas	92	92
Los estudios complementarios solicitados se encuentran en la carpeta	90	99 *
Si no se encuentran, hay un registro del resultado de los mismos firmado	93	99 NS
Se encuentra la hoja de enfermería	9	0 **
Tiene identificación del paciente	9	0
Anotaciones con fecha y hora	9	0
Es legible	100	100
Firmada	100	100
Interconsultas con especialistas	62	82 **
Firmadas	75	88 *
Consentimiento informado para HIV, si correspondiera	0	0
Firmado	76	89
Se registra en HC la información brindada al paciente o responsable legal sobre su condición de salud	13	15 NS
Está registrado en la HC la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones de diagnóstico	3	5 NS
Registro en HC de la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones terapéuticas.	2	6 NS
Registro en HC de la información brindada acerca de la planificación del alta	4	46 ***
<b>Resumen de alta</b>	91	98
Datos para identificación del paciente	91	98 NS
Identificación del lugar de internación	69	97 ***
Fecha de ingreso y egreso	82	98 ***
Resumen Clínico completo	60	65 NS
Es legible	99	98 NS
<b>Indicaciones terapéuticas</b>	84	97 *
Información para la continuidad de la atención	75	81 NS
Diagnóstico principal	56	88 ***
Diagnósticos secundarios	28	55 ***
Firma y aclaración	99	98 NS

NS: no significativo; \* p< 0.005; \*\* p< 0.002; \*\*\*p< 0.0005

Gráfico 1. Criterios con cambios significativos



## 12. Discusión y Conclusiones

Se observó durante el desarrollo de este trabajo que los médicos encargados de la construcción de la HC no valoran ni son conscientes de la calidad de la documentación clínica que generan y no están habituados a la metodología de control. Los resultados globales de la primera evaluación fueron recibidos con escepticismo por algunos de los profesionales.

El Indicador Básico de Calidad tuvo un aumento significativo (76%) pero este es muy pobre para un servicio de Clínica Médica, creo que el mínimo aceptable debe

ser de 80% siendo el máximo el 100%. Como se observa en la tabla 3, hay criterios que superan el 70%. Ellos son: Enfermedad Actual (63%), Razonamientos Diagnósticos, Comentarios sobre la Terapéutica y los Estudios complementarios en la evolución (43%, 60% y 46% respectivamente) y en el informe de alta el Resumen Clínico (65%).

Aunque se realicen análisis del control de calidad y se determinen los promedios centrales y los límites de control para los indicadores, el Comité de Calidad del Hospital debe definir cuál deberá ser el promedio y los límites de control a cumplir, lo que permite llevar a cabo una evaluación cuantitativa y progresiva que ayudará a mantener las HC ordenadas y completas y, a su vez, redundará en una atención de calidad para el paciente

Es de destacar que los cambios positivos obtenidos en los indicadores se lograron con el empleo de estrategias mínimas.

La idea de este tipo de evaluación es que no sea estática y aislada, sino que se realice en forma permanente con análisis de los defectos y propuesta de medidas correctoras.

El descenso en el grado de cumplimiento de la Hoja de Enfermería se debió a la falta de acuerdo en quién debe colocar este documento en la HC, este es un tema

que deberá corregirse en el futuro y llegar a un consenso entre el personal administrativo y enfermería.

El hecho de que falten datos de tipos administrativo, clínico y epidemiológicos y que algunos de estos sean ilegibles o estén anotados en otros registros, no

importa que tan grande o pequeño sea ese porcentaje, debe llamar a la meditación e interpelar a la conciencia general sobre las implicaciones de los registros incompletos y mal estructurados en la calidad de la atención, en la información estadística, en la investigación y la buena utilización de los recursos económicos y humanos con que cuentan los prestadores de servicios de salud, de enseñanza y de investigación.

Las HC deben estar sometidas a un proceso de mejora continua y de control de calidad en el que deben participar todos los que intervienen en este documento. Actualmente no quedan dudas que la calidad de la HC está relacionada con la calidad de la Atención en Salud, aunque no es el único factor.

## REFERENCIAS

- 1-Corach L, Malamud M. La Gestión del Sector de Salud. Manejo del Hospital Público y Privado. Buenos Aires: Panamericana, 1985, 25-25.
- 2-Corach L, Malamud M. Los Servicios Técnicos. Manejo del Hospital Público y Privado. Buenos Aires: Panamericana, 1985, 80-125.
- 3-Organización Panamericana de la Salud. Registros Médicos y de Salud. Serie Paltex. OPS, 1991, 1: 20.
- 4-Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/pngcam.html](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/pngcam.html)
- 5-Asociación Médica Argentina. Código de Ética para el Equipo de Salud. 2001, capítulo 11.
- 7-Escolar Castellan F, Escolar Castellan JD, Samperiz Legote AL et al. The Computerization of Clinical History in an Internal Medicine Service. *Med Clin (Barc)*. 1992, 99: 17-20.
- 8-Pyper C, Amery J, Watson M et al. Patients Access to Their Online Electronic Health Records. *Telemed Telecare*. 2002; 8(2): 103-5
- 9-Powsher SM, Wyatt JC, Wright P. Opportunities for and Challenge of Computerization. *The Lancet*. 1998; 352: 1617-22
- 10-Donabedian A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Ann Arbor Mich*. 1980
- 11-Donabedian A. Una Aproximación a la Monitorización de la Calidad de la Asistencial. *Contr calidad asist*. 1991; 6: 31-9
- 12-Burmester H. Reflexiones sobre los Programas Hospitalarios de Garantía de Calidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- 13-Donabedian A. Approaches to Assessment: What to Assess in Evaluating the Quality of Medical Care? *Milbank Mem Fund Quart* 1986; 44: 167-70
- 14-Mainz J. Developing Clinical Indicators. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15 (1): 5-
- 15-Jiménez Paneque RE. Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004, 30(1): 1-32
- 16-De Moraes H, Paganini JM. Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina Y el Caribe. OPS/HSS. 1994
- 17-World Health Organization. Glossary. Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary>
- 18-Lewkowicz Stegman LA, Fox EC, Villamayor Alemán J. Programa de Calidad de las Historias Clínicas del Hospital Zonal Virgen del Carmen de Zárate. *Rev Asoc Méd Argentina*. 2002; 115 ( 4): 18-25
- 19-Attena F, Agozzino E, Troisi MR et al. Improvement of Medical Records Quality and of Appropriateness of Hospital Stay. ISQUA 20<sup>th</sup> International Conference. Dallas 2003.
- 20-Sardá N, Vilá R, Mira M et al. Análisis de Calidad y Contenido del Informe de Alta Hospitalario. *Med Clin ( Barc)*. 1993; 101:241-4
- 21-Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD et al. Calidad de los Informes de Alta Hospitalaria de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales Públicos de Andalucía. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(8): 609-12

- 22-De Miguel Manzano B, Guervós MS, Candía B et al. La Historia Clínica de Urgencias un Parámetro de la Calidad de la Asistencia. *Emergencias*. 1997; 9(1): 31-34.
- 23-Shekelle PG, MacLeon CH, Morton SC et al. ACOVE. Quality Indicators. *Ann Intern Med*. 2001; 135(8): 653-67.
- 24-Malagón Londoño G. Garantía de Calidad en Salud. Panamericana. Colombia, 1999
- 25-Desarrollo de Programas de Mejora de la Calidad Asistencial en el Ámbito INSALUD. Unidad de Calidad Asistencial. Subdirección General de Atención Primaria de Salud. INSALUD. Madrid. 1999.
- 26-PNGCAM. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Atención Médica. Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales. Resolución 282. 1997.
- 27-Guía de Establecimientos Asistenciales Subsector Oficial y Privado. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. 2003.
- 28-Rendimientos Hospitalarios por Sector. Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. 2004.
- 29-Mira JJ, Gómez J, Arana J et al. Auditoría de Historias Clínicas ¿Cuál es el Tamaño Adecuado de la Muestra? *Todo Hospital*. 1997, Octubre: 58-64.
- 30-Kelsey IL, Thompson WD, Evans A. *Methods in Observational Epidemiology*. New York Oxford University Press 1986.
- 31-Carpintero Escudero JM, Ochoa Gómez FJ, Acitores Augusto JM et al. Grado de cumplimentación de las Historias Clínicas de Urgencias como Indicador de Calidad. *Emergencias*. 1997; 9 (1): 26-30.
- 32- Pardo Hernández A, Pelayo Pardos S, Álvarez Pinto G et al. Aproximación a la Evaluación del Consentimiento Informado. Comunicación al III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid 1996
- 33-Faigel DO, Pike IM, Baron TH et al. Quality Indicators For Gastrointestinal Endoscopic Procedures: An Introduction. *Am J Gastroenterol*. 2006, 101: 866-872.

# ANEXO 1

HIGA San Martín-Servicio de Clínica Médica- Pabellón Rossi

## HISTORIA CLINICA

Nombre y Apellido  
Edad      Sexo      Nacionalidad  
Fecha de nacimiento  
Estado civil  
Lugar de nacimiento/residencia  
Ocupación  
Obra Social  
DNI

Fecha de ingreso  
Fecha de egreso  
Sala  
Cama

MOTIVO DE CONSULTA  
MOTIVO DE INTERNACIÓN  
ENFERMEDAD ACTUAL


ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

--

ANTECEDENTES PERSONALES

Infecocontagiosas		EPOC		Traumáticos	
HTA		ACV		Cirugías	
Diabetes		IR			
Dislipemia		TEC			
Cardiopatía isquémica		Chagas			
Insuficiencia cardíaca		Alergias			
TBC		HIV			
Asma		Hepatitis			

Observaciones

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarca      FUM  
Embarazos      Partos      Cesáreas      Aborto  
Menopausia  
Métodos Anticonceptivos

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre  
Padre  
Hermanos  
Hijos  
Cónyuge

HABITOS

Alimentación

Dipsia  
Diuresis

Catarsis  
Alcohol      Gramos/día      Años de consumo  
Tabaco      Paquetes/año  
Drogas  
Medicamentos





PLAN TERAPÉUTICO INICIAL

--	--

FIRMA Y MATRICULA DEL RESIDENTE A CARGO

EVOLUCIONES

RESUMEN O INFORME DE ALTA

Nombre y Apellido  
DNI

Sala      Cama  
Fecha de ingreso  
Fecha de egreso

Resumen Clínico


Diagnóstico Principal

Indicaciones de alta y continuidad de la atención

Firma y Sello del Profesional

**HOJA DE INDICACIONES MEDICAS, DE ENFERMERIA Y  
DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A FARMACIA**

**H. I. G. A. "Gral. San Martín" - La Plata**

PACIENTE (N y A): \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO CLINICO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO INFECTOLOGICO: \_\_\_\_\_ H.C. N° : \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

PLAN ALIMENTARIO: \_\_\_\_\_

INDICACIONES MEDICAS	HORA	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
----------------------	------	--------	--------	--------	--------

Rp/1					
VIA:					
irma del Médico Prescriptor					

Rp/2					
VIA:					
irma del Médico Prescriptor					

Rp/3					
VIA:					
irma del Médico Prescriptor					

Rp/4					
VIA:					
irma del Médico Prescriptor					

Rp/5					
VIA:					
irma del Médico Prescriptor					

Rp/6					
VIA:					

INDICACIONES MEDICAS	HORA	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
Rp/7					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					
Rp/8					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					
Rp/9					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					
Rp/10					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					
Rp/11					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					
Rp/12					
VIA:					
Firma del Médico Prescriptor					

FIRMA Y SELLO MEDICO PRESCRIPTOR

FIRMA Y SELLO MEDICO PRESCRIPTOR

FECHA:	RECETA VALIDADA POR:	MEDICACION RETIRADA POR
FECHA:	RECETA VALIDADA POR:	
FECHA:	RECETA VALIDADA POR:	

## INTERCONSULTA

APELLIDO Y NOMBRES:		H. C. N. :
SERVICIO:	SALA:	CAMA:

**Pedido de Consulta a:** .....

Médico o Servicio

Procedimiento o examen solicitado:

Resumen clínico:

.....  
Fecha

.....  
Hora

.....  
Firma del médico consultado

---

### **Informe de Consulta:**

Procedimiento o examen efectuado:

Diagnóstico y recomendaciones:

## Anexo 2

Ficha de evaluación de la Historia Clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

N°	Criterios	SI	NO	NOA
1	Identificación del paciente			
2	Edad y sexo			
3	Domicilio de residencia			
4	Fecha de ingreso			
5	Motivo de consulta			
5.1	Es legible			
6	Enfermedad actual completa			
6.1	Es legible			
7	Antecedentes de la EA completo			
7.1	Es legible			
8	Antecedentes personales completos			
8.1	Es legible			
9	Hábitos completos			
9.1	Es legible			
10	Antecedentes heredo- familiares completos			
10.1	Es legible			
11	Antecedentes socioeconómicos completos			
11.1	Es legible			
12	Examen Físico completo en todos sus ítems			
12.1	Es legible			
13	Presión arterial			
14	Frecuencia cardíaca			
15	Frecuencia respiratoria			
16	Temperatura			
17	Peso			
18	Talla			
19	Resumen de datos positivos completo			
19.1	Es legible			
20	Agrupación de síndromes coherente con datos positivos			
21	Impresión diagnóstica			
22	Detalla plan de estudio inicial			
23	Hay un planteo terapéutico			
24	Firma e identificación del profesional			
25	Evolución completa			
25.1	Es legible			
25.2	Completa con razonamientos diagnósticos			
25.3	Razonamientos evolutivos			
25.4	Solicitud de estudios			
25.5	Comentario de estudios recibidos			
25.6	Comentarios sobre la terapéutica			
25.7	Firmada			
26	Se encuentra la hoja de indicaciones médicas			
26.1	Es legible			
26.2	Firmadas			
27	Los estudios complementarios solicitados se encuentran en la carpeta			
27.1	Si no se encuentran, hay un registro del resultado de los mismos			

	firmado			
28	Se encuentra la hoja de enfermería			
28.1	Tiene identificación del paciente			
28.2	Anotaciones con fecha y hora			
28.3	Es legible			
28.4	Firmada			
29	Interconsultas con especialistas			
29.1	Firmadas			
30	Consentimiento informado para HIV, si correspondiera			
30.1	Firmado			
31	Se registra en HC la información brindada al paciente o responsable legal sobre su condición de salud			
32	Está registrado en la HC la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones de diagnóstico			
33	Registro en HC de la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones terapéuticas.			
34	Registro en HC de la información brindada acerca de la planificación del alta			
	<b>Puntaje total</b>			

Criterios totales 59 = 100%

	Criterios	SI	NO	NOA
35	Resumen de alta			
35.1	Datos para identificación del paciente			
35.2	Identificación del lugar de internación			
35.3	Fecha de ingreso y egreso			
35.4	Resumen Clínico completo			
35.5	Es legible			
35.6	Indicaciones terapéuticas			
35.7	Información para la continuidad de la atención			
35.8	Diagnóstico principal			
35.9	Diagnósticos secundarios			
35.10	Firma y aclaración			
	<b>Puntaje total</b>			

Criterios totales 11 = 100%