

**CUMPLIMIENTO AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA SEGÚN RESOLUCIÓN
3100 DE 2019 POR LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN EL SEGUNDO SEMESTRE
DE 2021 EN LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE MANIZALES**

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

DULFAY JOHANNA GONZALEZ SERNA

BIBIANA MARCELA MUÑOZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
AÑO 2022

**CUMPLIMIENTO AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA SEGÚN RESOLUCIÓN
3100 DE 2019 POR LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN EL SEGUNDO SEMESTRE
DE 2021 EN LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE MANIZALES**

DULFAY JHOANNA GONZALEZ SERNA
BIBIANA MARCELA MUÑOZ

AREA ANDINA
Trabajo para optar por el título de Especialista en auditoria en salud
Fundación Universitaria del Area Andina

Asesor temático
Dora Cristina Buitrago
Asesores de metodología
Diego Carmona Carmona
María Del Pilar Marín Giraldo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL DEPORTE
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD

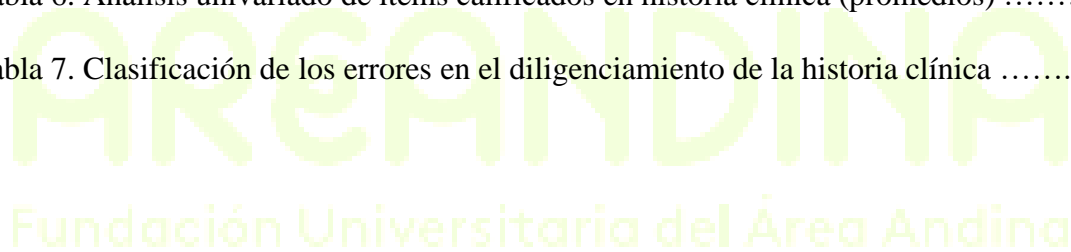
PEREIRA
2022
Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. ANTECEDENTES.....	16
4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL SURGIMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	16
4.2 ESTADO DEL ARTE EN LA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS	18
4.3 ESTADO DEL ARTE EN LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS DE LA AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS ..	19
5. OBJETIVOS	23
5.1 OBJETIVO GENERAL	23
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
6. MARCO TEÓRICO.....	24
6.1 MARCO CONCEPTUAL	27
6.2 MARCO NORMATIVO.....	29
7. METODOLOGÍA	33
7.1 TIPO DE ESTUDIO	33
7.2 POBLACIÓN.....	34
7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	35
7.4 MUESTRA.....	35
7.4.1 Marco muestral.....	35
7.4.2 Muestreo	36
7.4.3 Tamaño de muestra.....	37
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	38
7.7 VARIABLES	39
7.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	43
7.9 PLAN DE ANÁLISIS	50
7.10 RESULTADOS ESPERADOS	51
7.11 COMPONENTE BIOÉTICO	53
7.12 IMPACTO SOCIAL O /E INNOVACIÓN, O RESPONSABILIDAD SOCIAL	54
8 RESULTADOS.....	56
9 DISCUSIÓN	64
10 CONCLUSIONES	67
11 RECOMENDACIONES	69
12 BIBLIOGRAFÍA	71
13 ANEXOS	76
13.1 INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	76
13.2 INSTRUMENTO DE CALIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	82

13.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	96
--------------------------------------	----

Lista de tabla

Tabla 1. Operacionalización de variables relacionadas con la especialidad médica	40
Tabla 2. Operacionalización de variables relacionadas con los estándares de habilitación en historias clínicas según resolución 3100 de 2019.	40
Tabla 3. Operacionalización de la variable coherencia	43
Tabla 4. Caracterización de especialistas de la clínica oftalmológica	56
Tabla 5. Calificación del cumplimiento de estándares de la historia clínica	57
Tabla 6. Análisis univariado de ítems calificados en historia clínica (promedios)	58
Tabla 7. Clasificación de los errores en el diligenciamiento de la historia clínica	58



Lista de gráficas

Gráfica 1. Valores promedios de la calificación de variables de la historia clínica.....	59
Gráfica 2. Correlación entre edad de los especialistas y calificación de los ítems de la historia clínica	60
Gráfica 3. Correlación entre el sexo de los especialistas y calificación de los ítems de la historia clínica	61
Gráfica 4. Correlación entre la especialidad en oftalmología y calificación de los ítems de la historia clínica	62
Gráfica 5. Correlación entre la experiencia profesional y calificación de los ítems de la historia clínica	63

1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud establece la interoperabilidad de datos de la historia clínica en Colombia y considera que “La historia clínica con todos los datos de salud constituye un documento privado que contiene detalles íntimos acerca de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente, 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, y en ella se relaciona información personal y familiar. Por regla general, dicha información no puede ser conocida por fuera del marco asistencial sin la autorización de su titular, teniendo en cuenta la información sensible que en ella se contiene”. [1]

La historia clínica como herramienta de registro de información del acto médico, debe contener los datos de identificación del paciente, describir el motivo de consulta, especificar cronológica y secuencialmente las condiciones de salud del paciente en la enfermedad actual, informar los antecedentes en salud personales y familiares relevantes, resaltar los aspectos positivos y negativos de la revisión por sistemas, detallar los signos vitales en cada momento de consulta, describir un examen clínico completo y específico según el motivo de consulta, determinar los diagnósticos presuntivos y/o confirmados, reportar cronológicamente los resultados de las ayudas diagnósticas (laboratorios clínicos, estudios de imagen, etc.), demostrar un análisis médico que justifique según medicina en la evidencia las decisiones clínicas en cada momento, reportar las ordenes médicas y el plan de tratamiento sugerido por el médico tratante.

En los servicios de consulta externa, hospitalización, cirugía y procedimientos ambulatorios, la historia clínica contiene documentos anexos y formatos que deben diligenciarse de forma integral por parte del personal de salud que interviene en el acto médico; cada integrante del equipo de salud registra cronológicamente en los diferentes formatos físicos y/o electrónicos, la intervención realizada en cada momento durante los diferentes procesos de la prestación del servicio.

En los servicios médicos quirúrgicos cada integrante del equipo de salud de acuerdo a su responsabilidad registra en la historia clínica diferentes formatos: el cirujano diligencia el consentimiento informado de cirugía o procedimiento, el consentimiento informado de riesgo COVID-19, el informe quirúrgico, las órdenes médicas y las evoluciones médicas; el anestesiólogo diligencia el formato de valoración pre anestésica, el consentimiento informado de anestesia, el formato de registro de anestesia y las evoluciones posteriores cuando aplica; la instrumentadora diligencia el formato de instrumentación quirúrgica y la hoja de gastos en cirugía; la auxiliar de enfermería diligencia el formato de signos vitales y evolución por enfermería las intervenciones al momento del ingreso del paciente a sala de cirugía, durante el acto quirúrgico, al egreso del paciente de sala de cirugía, al ingreso del paciente a sala de recuperación, la vigilancia en sala de recuperación y el egreso de sala de recuperación; la auxiliar de anestesia registra las intervenciones y aplicaciones de medicamentos durante el acto anestésico y la recuperación anestésica; La enfermera jefe de quirófanos puede registrar en formatos administrativos o asistenciales las acciones en las que intervino durante la prestación del servicio de quirófanos.

En los servicios de hospitalización cada integrante del equipo de salud (médicos generales, médicos especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas,

terapeutas respiratorias, fonoaudiólogas, etc.) es responsable de diligenciar en la historia clínica los formatos físicos y/o electrónicos donde se registra su actividad realizada durante la atención del paciente. Es así, como de acuerdo a los servicios prestados al paciente en urgencias y hospitalización, aparecen diferentes actores del equipo asistencial de salud que es responsable de escribir en soportes físicos y/o electrónicos, su intervención durante el proceso de atención. El médico o enfermera de triage registran el motivo de consulta, los signos vitales y la clasificación del triage en el servicio de urgencias médicas. El médico de urgencias y hospitalización diligencian la historia clínica de la atención de urgencias y/o hospitalización, las ordenes médicas (ayudas diagnósticas, fórmulas médicas, solicitud de interconsultas, ordenes de tratamiento, etc.); las enfermeras diligencian las evoluciones de enfermería, los formatos de aplicación de tratamiento, los formatos de signos vitales, los formatos de notas administrativas; los médicos especialistas diligencian las respuestas a las interconsultas, las evoluciones médicas, los formatos de órdenes médicas (ayudas diagnósticas, medicamentos, procedimientos, solicitud de cirugía, etc.); los terapeutas (fisioterapia, terapia respiratoria, fonoaudiología, etc.) registran su intervención en la historia clínica.

Entre más complejo el servicio en salud recibido por el paciente, es más complejo el diligenciamiento de formatos que garantizan la calidad en la prestación del servicio por personal entrenado y especializado. Por ejemplo: en el servicio de cuidado crítico personal entrenado registra formatos más complejos como las hojas de hemodinámica y las notas de procedimientos intervencionistas; en el servicio de imágenes diagnósticas los radiólogos registran los reportes de ayudas diagnósticas y los procedimientos intervencionistas realizados al paciente; en los servicios de hospitalización cuando se realiza transfusión de

hemoderivados se deben diligenciar los formatos de administración de hemocomponentes; en el servicio de hospitalización pediátrica se debe diligenciar los formatos de curvas de seguimiento de talla y peso; en el servicio de obstetricia se debe diligenciar el parto grama. En el servicio de quimioterapia se debe diligenciar el formato de aplicación y seguimiento de quimioterapia y radioterapia; entre los más relevantes.

La historia clínica como único instrumento de registro de actividades realizadas por el personal de salud al paciente, se convierte en un documento legal y obligatorio, que se encuentra regulado por diferentes leyes y resoluciones en Colombia. El desconocimiento de la normatividad que regula la historia clínica por parte del personal de salud, cobra mayor importancia hoy en día que la práctica médica es observada por abogados litigantes que aprovechan los resultados negativos de la atención en salud, para iniciar procesos de demanda por responsabilidad ética o civil ante los tribunales y jueces penales respectivamente.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

La historia clínica implica el registro de los datos de la salud del paciente en cada atención, es un documento obligatorio en las instituciones de salud, la información contenida es de carácter privada sometido a reserva y únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley [2]. Además, la historia clínica debe contener el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente y la intervención sobre el paciente que realiza el equipo de salud durante su atención, los análisis clínicos y los tratamientos aplicados al paciente [3]. Los médicos especialistas en oftalmología tienen una estructura especial de historia clínica que implica bilateralidad en cuanto al examen clínico, diagnóstico y tratamiento que se definen para el ojo derecho e izquierdo, esto con frecuencia implica errores en el registro por fallas en la identificación de la lateralidad que en los casos más extremos puede conllevar a eventos adversos como equivocación en el ojo a intervenir en un procedimiento o cirugía.

Actualmente la mayoría de las instituciones prestadores de servicios de salud utilizan la historia clínica electrónica, para facilitar el manejo y archivo de la información, el software de historia clínica debe tener la capacidad de comunicarse con otros softwares para compartir datos de información digital que permitan interactuar entre ellos, también los softwares deben garantizar la seguridad de la información del paciente y contener la firma digital del profesional tratante. El almacenamiento de la información digital de la historia clínica debe ser seguro, autentico, integro, confiable, exacto y estar disponible de

conformidad con la normatividad vigente [4]. El modelo de historia clínica en la clínica oftalmológica garantiza la seguridad de la información; sin embargo, tiene fallas en que no identifica errores en el diligenciamiento de la información y no presenta mensajes de advertencia a los usuarios sobre estos errores. Por ejemplo, si se presentan casillas en blanco el software debería identificar esta situación, presentar un mensaje de error al médico y evitar que se pueda cerrar la historia clínica hasta que no se corrija dicho error.

El personal de salud debe ser consciente que el correcto diligenciamiento de la historia clínica es obligatorio para las personas naturales o jurídicas durante la atención en salud, las características de la historia clínica deben estar reflejadas en cada momento que se presente la relación médico – paciente en cuanto a la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica y disponibilidad; además, los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención a un paciente, también tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y tratamientos aplicados al paciente [3]. El software de historias clínicas en la clínica oftalmológica garantiza la secuencialidad y seguridad de la información; sin embargo, la integralidad, coherencia y racionalidad científica es responsabilidad del médico especialista que digita la información.

La historia clínica debe contener unos datos mínimos de acuerdo al servicio prestado al paciente en las diferentes instituciones de salud, el personal que atiende tiene diferentes responsabilidades de acuerdo a la complejidad de la intervención practicada al paciente y las entidades de salud deben garantizar los flujos de información en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [5]. Además, los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios deben reportar una parte de la

información de las historias clínicas al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de facturación, estadísticas epidemiológicas, análisis de costos de atención y proyectos de planeación de la atención en salud con alcance nacional [6]. La historia clínica oftalmológica no contiene información sobre signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno, tampoco contiene casillas para digitar información de peso, talla, glucometría, entre otros. Para los oftalmólogos los signos vitales del ojo son la agudeza visual y la presión intraocular; auditoría médica considera que los signos vitales deberían estar registrados en todo momento de atención por seguridad del paciente.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cómo es el cumplimiento al estándar de historia clínica de los médicos especialistas según la resolución 3100 de 2019 de la clínica oftalmológica en el segundo semestre del 2021?

3. JUSTIFICACIÓN

La historia clínica es una herramienta de trabajo obligatoria que exige al personal de salud un adecuado diligenciamiento por sus consideraciones éticas, clínicas y legales; por lo tanto el personal asistencial debe ser consciente de que el registro de la historia clínica implica responsabilidades médico – jurídicas, por los derechos y compromisos que se asumen en la relación médico – paciente, y durante la atención en los diferentes servicios (urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugía, procedimientos, ayudas diagnósticas, laboratorio, farmacia, etc.).

4. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar la auditoría de las historias clínicas como proceso que respalde la calidad de la atención en salud, prevenga riesgos éticos – jurídicos, y detecte oportunamente fallas en la práctica clínica por el personal de salud. La falta de concientización del personal de la salud en la importancia que tiene conocer las normas en que se encuentra regulado el diligenciamiento de la historia clínica, puede generar para las personas y las instituciones riesgos laborales, económicos y judiciales; además de riesgos para el paciente por un inadecuado diligenciamiento de la historia clínica que afecte una correcta decisión en la toma de decisiones médicas.
5. La auditoría de historias clínicas debe reportar al comité de historias clínicas todas las irregularidades y fallas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica, para que se tomen decisiones y estrategias que garanticen permanentemente una mejora continua en el registro. La institución debe ser consciente de que la calidad en el registro de la historia clínica está relacionada con todos los procesos

asistenciales y administrativos, y por ello la importancia de contar con un equipo de auditoría que realice la calificación de historias clínicas de forma sistemática e integra y de un comité de historias clínicas que tome defina acciones de mejora correctivas sobre el personal de salud, ya que es la principal herramienta de trabajo que nos suministra la información necesaria para brindar un adecuado diagnóstico y tratamiento digno a las enfermedades de los usuarios.

La resolución 1995 de 1999 establece la obligatoriedad en el diligenciamiento de la historia clínica para todo el personal de salud que interviene en la atención de un paciente [3], cualquier procedimiento que se realice durante el proceso de prestación de servicios de salud debe quedar registrado adecuadamente en la historia clínica, esta norma aplica para las diferentes profesiones y especialidades médicas, paramédicos y terapeutas en el territorio colombiano.

La obligatoriedad obedece a la importancia que tiene para el paciente el historial cronológico de su condición médica, la relevancia que tiene para los médicos como instrumento de consulta de antecedentes en salud que predisponen un riesgo de desarrollar enfermedades específicas, la necesidad de las aseguradoras de clasificar los pacientes según su patología y planear estrategias para gestionar los recursos en salud, la posibilidad de conocer el estado de salud del paciente al adquirir pólizas o seguros de medicina propagada, la necesidad de determinar el diagnóstico para elaborar estadísticas epidemiológicas de la población, entre otras.

Precisamente la diversidad de procesos en la atención en salud ha favorecido la creación de formatos de historia clínica específicos para cada proceso durante la prestación del servicio, dichos formatos pueden variar de acuerdo a la especialidad médica o terapéutica que requiere el paciente. Por ejemplo, la historia clínica oftalmológica aparte de contener los datos de identificación, el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes personales, los antecedentes familiares, el examen clínico, el diagnóstico, el análisis clínico y la conducta; difiere de los demás formatos en hacer énfasis en la bilateralidad del examen visual, teniendo siempre casillas para describir con detalle los hallazgos positivos o negativos al examen clínico del ojo derecho e izquierdo. Algunas características especiales de la historia clínica oftalmológica son la necesidad de contar con formatos donde sea obligatorio registrar la agudeza visual, la tonometría ocular y la oftalmoscopia de forma bilateral.

Los procesos de atención específicos en oftalmología también requieren de formatos especiales para registrar en la historia clínica las intervenciones en los procedimientos laser (iridotomías, iridoplastias, trabeculectomías, laser de retina, etc.), las cirugías oculares uní o bilaterales (glaucoma, pterigio, chalazión, estrabismo, vitrectomías, trasplantes corneales, etc.), el reporte de ayudas diagnósticas (ecografías oculares, tomografías ópticas, resonancias oculares, biometrías, paquimetrías, fotografías retinianas, etc.), el registro de las mediciones de agudeza visual para establecer trastornos de refracción por optometría, las terapias ortópticas, las terapias antiangiogénicas, entre otras.

El personal de salud que participa en la prestación del servicio es responsable de diligenciar los formatos de la historia clínica que le corresponden, por lo tanto, no solo son los médicos oftalmólogos y anesthesiólogos los responsables del registro de la historia clínica, sino

también los optómetras, enfermeras, instrumentadoras quirúrgicas y auxiliares de enfermería. Esta responsabilidad tiene implicaciones clínicas, éticas y jurídicas, por lo tanto, todo el personal de salud debe tener consciencia de que la historia clínica es un documento legal, compuesto de todos los formatos definidos por normatividad, los cuales deben diligenciarse de forma completa y correcta.

Actualmente las historias clínicas contienen formatos físicos y virtuales a causa de que el software de historias clínicas electrónicas está en proceso de desarrollo y algunas hojas de registro son complejas para ser diseñadas por los ingenieros de sistemas. Además, con frecuencia los desarrollos tecnológicos de formatos virtuales son más complejos de operativizar y pueden demorar el proceso de atención, lo cual obliga al personal de salud a continuar escribiendo la información en formatos físicos que pueden luego ser escaneados y almacenados en archivos virtuales.

El presente trabajo de grado calificará y medirá cuantitativamente la adherencia de los médicos especialistas al estándar de historia clínica que interviene en la atención de + los pacientes en Clínica Oftalmológica, evaluando la completitud, coherencia y adherencia a los procesos de atención en salud, elementos que deben estar descritos en la historia clínica física o electrónica. Las no conformidades detectadas en los procesos de registro de documentos médicos serán evaluadas por el comité de calidad institucional para elaborar estrategias que permitan disminuir la recurrencia de estas irregularidades.

4. ANTECEDENTES

4.1 Reseña histórica del surgimiento de la historia clínica

El documento más antiguo conocido que trata sobre el contenido de la historia clínica es el Papiro de Edwin Smith 1600 a.C. Describe el fundamento de la medicina antigua en la observación, recolección, clasificación de los hechos y aplicación de un proceso mental inductivo. En este documento cada lesión se describe en orden con el título (zona afectada por la lesión), el examen clínico, el diagnóstico (define si la lesión puede o no tratarse), el tratamiento y los comentarios. [7]. Sin embargo, las primeras historias clínicas bien caracterizadas se encuentran contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hippocraticum siglo IV a.C. [8]. El nacimiento de la historia clínica según Entralgo PL obedece a que "los médicos hipocráticos sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la individual enfermedad de algunos de sus pacientes". [9].

En la edad media (siglos V a XV) los médicos de la época consignaron sus experiencias con los pacientes en los textos llamados los "concilia" (consejos), allí describían los síntomas, los diagnósticos, las recomendaciones en el estilo de vida y el tratamiento. La idea de los "concilia" era que la historia de un caso clínico sirviera para la toma de decisiones en casos similares, creando una red para que los documentos pasaran de mano en mano entre los médicos aprendices. [10,11,12]. En los siglos XVI a XVII los textos como "curationes" que describían los tratamientos y "observaciones" que describían casos clínicos de la época desde la narrativa del enfermo utilizando los tecnicismos médicos; las

observaciones traen una descripción clínica detallada de lo referido por el paciente y una interpretación técnica del médico, para ser transmitida entre los médicos. [13,14].

En el siglo XVIII surge la medicina moderna intentando conectar los síntomas referidos por los enfermos a los hallazgos encontrados en los órganos post mortem. La historia clínica de pacientes enfermos se complementaba con los hallazgos de los cadáveres cuando estos pacientes fallecían, favoreciendo a la ciencia médica de describir con lo encontrado en otros pacientes una conexión entre la anatomía y la clínica de futuros pacientes. [15,16]. En el siglo XVII Herman Boerhaave, describe los componentes del examen clínico en tres áreas: inspección, anamnesis y exploración objetiva; convirtiéndose en la primera estructura moderna de historia clínica aun presentes. [17,18]. En el siglo XIX se incluye en la historia clínica los hallazgos a la auscultación ante el invento del estetoscopio por René Laennec. [19]. En el siglo XX se incluye en la historia clínica el examen mental y los reportes de ayudas diagnósticas como laboratorios y estudios de imagen.

Actualmente los contenidos de la historia clínica son enseñados sistemáticamente en las escuelas de medicina, enfermería y otras especialidades médicas, ya que la historia clínica se ha constituido en una herramienta administrativa que tiene atributos de calidad, de facturación y jurídicos [20]. Es por ello que las fallas en el diligenciamiento de la historia clínica son un factor de riesgo para la presentación de eventos adversos, constituyéndose en una falla de la calidad en la atención en salud que afecta la atención segura del paciente [22]

4.2 Estado del arte en la auditoría de historias clínicas

En la auditoría de historias clínicas es frecuente encontrar diferentes tipos de errores en el registro tales como 1) Errores de digitación (cortar palabras, anteponer letras, palabras no comprensibles), 2) Errores en los datos de identificación (información incompleta o no existe información para determinadas casillas), 3) Espacios en blanco, 5) Errores ortográficos (frases incorrectas y uso de abreviaturas). [23]

Algunas especialidades médicas como la medicina interna, se han caracterizado por realizar historias clínicas muy completas, coherentes y ordenadas cronológicamente; lo anterior facilita la comprensión de la enfermedad del paciente y el aprendizaje de los profesionales en cuanto al análisis y las conductas definidas. Los médicos son conscientes también de que los sistemas electrónicos permiten la selección de contenidos de la historia clínica para copiarlos de las evoluciones previas y pegarlos en las nuevas evoluciones, facilitando la repetición de errores que son un riesgo para la seguridad del paciente. [24]

Para mejorar la calidad de los registros clínicos es necesario conocer los estándares de las historias clínicas en cuanto al diligenciamiento completo de datos de identificación, el registro cronológico de los hechos, cada evolución debe estar fechada, cada intervención debe contar con el análisis y firma del médico que digita la información, las notas de enfermería deben describir el ingreso a cada servicio con fecha y hora del traslado, entre otras observaciones. [25]

La calidad del diligenciamiento de la historia clínica está directamente relacionada con la seguridad del paciente, la toma de decisiones médicas, la comunicación entre prestadores y la continuidad de la atención [26]. La confiabilidad de la información consignada en la

historia clínica está relacionada con la coherencia entre el contenido de los diferentes componentes de la historia (motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, examen clínico, diagnóstico, pruebas diagnósticas, etc.) [26]. La auditoría de las historias clínicas garantiza el cumplimiento de las políticas de calidad en las instituciones de salud, pues el grupo de auditoría de registros médicos validan el cumplimiento de estándares por la responsabilidad medico jurídica que implica. [27]

4.3 Estado del arte en las investigaciones científicas de la auditoría de historias clínicas

En la auditoría de 200 historias clínicas en un hospital del Reino Unido se encontró que solo el 59.2% tenían los datos de identificación en todos los registros, solo el 89% de las notas estaban ordenadas cronológicamente, solo el 89% utilizaron los formatos estandarizados al ingreso del paciente y el 60% al alta del paciente, solo el 86.2% de los registros estaban fechados correctamente, solo se identificaron el médico responsable del registro en el 69% de las notas de evolución. [25]

En un estudio de 884 artículos de 239 registros en el Hospital General de Sao Pablo Brasil, se encontró un aumento significativo del acuerdo entre evaluadores de las historias clínicas cuando se tenían claros los estándares de evaluación, este resultado disminuía cuando al menos uno de los evaluadores estaba ausente en la reunión de revisión. [26]

En un estudio de 106 registros de historia clínica electrónica en un centro de atención de trauma en Nueva Delhi - India, encontraron que falta la firma del paciente, del médico y del

testigo en más del 50% de los consentimientos informados en las historias clínicas y faltaron formatos de consentimiento de anestesia. [27]

La auditoría de las historias clínicas es una herramienta que mejora la calidad en los registros médicos. En un estudio realizado en un hospital de III Nivel de atención se realizaron dos evaluaciones retrospectivas de la calidad de los registros médicos utilizando la estrategia de muestreo aleatorio, se evaluaron 48 ítems divididos en 9 dominios (Identificación, Antecedentes, Examen físico, Notas de evolución médica, Notas de enfermería, Formato de administración de medicamentos, Formato de medición del dolor, epicrisis, informes quirúrgicos y consentimientos informados). En la primera evaluación se auditaron 1460 historias clínicas y en la segunda evaluación 1402 historias clínicas. En comparación con el primer análisis, se mostró una mejora significativa de la calidad en más del 50% de todos los puntajes obtenidos en la primera medición y las diferencias encontradas en cada sección evaluada fueron significativas. [28]

En el área de quirófanos la auditoría de historias clínicas debe ser sistemática y continua para garantizar la mejoría de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica. En un estudio realizado en el Jordan Hospital University en Jordania, se auditaron 488 historias clínicas de cirugía evaluando el progreso desde 2016 a 2021, se utilizó un instrumento de auditoría de registros quirúrgicos (STAR) que consta de 50 ítems agrupados en 6 dominios (registro inicial, entradas posteriores, consentimiento, registro anestésico, informe quirúrgico y epicrisis). Se encontró una mejora significativa en los registros a partir de la línea base en 2016, con una mayor mejoría en los del año 2021. Se encontraron que los registros de anestesia no presentaron mejoría desde la línea base en 2016. [29]

En el área de cirugía ortopédica la auditoría de historias clínicas periódicamente, la educación y capacitación al personal asistencial y la implementación de herramientas de auditoría son medidas efectivas para mejorar la calidad de los registros quirúrgicos. En un estudio realizado en el Hospital University en Jordania, se auditaron 454 historias clínicas de cirugía ortopédica desde 2016 a 2021, se utilizó la herramienta STAR descrita previamente, se encontraron mejoras en los dominios de ingreso, evoluciones e informes quirúrgicos con respecto a la línea base 2016, se siguieron presentando dificultades en los consentimientos informados y en los registros de anestesia sin mejoría con respecto a la línea base 2016. [30]

Las instituciones de salud tienen claridad que la deficiencia en la calidad de la historia clínica se traduce también en frecuentes causas de objeciones a la facturación de servicios de salud por parte de las aseguradoras. Específicamente en la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, se han establecido como causales de glosas a las cuentas médicas en relación con la historia clínica las siguientes: 1) Código 2 - Soporte: "Aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles" y 2) Código 6 - Pertinencia: "No existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica". [31, 32]

En una revisión sistemática para identificar las causales de glosas en una Clínica de Palmira - Valle del Cauca, se encontró que las objeciones relacionadas con la falta de soportes en la historia clínica (ayudas diagnósticas e imágenes) es la causa más frecuente de glosa, sumado a facturación de materiales e insumos no registrados o no relacionados en los formatos de historia clínica que soportan la factura. [33]

Los auditores de cuentas médicas (médicos o enfermeras) deben tener claridad de los soportes necesarios para la facturación de servicios de salud según Resolución 416 de 2009, puesto que se debe validar que el soporte de historia clínica corresponda al paciente a quien se le está realizando la factura y al servicio facturado. En los servicios de hospitalización es necesario que el auditor cuente con la historia clínica completa desde el ingreso al egreso del paciente, para validar inoportunidades en la atención, estancias inactivas, procedimientos no pertinentes, errores en la interpretación de ayudas diagnósticas, etc. [34]

El proceso de auditoría de historias clínicas al interior del proceso de auditoría de cuentas médicas tiene una incidencia en la reducción de las objeciones de las aseguradoras. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben realizar procesos de control rigurosos en cada uno de los documentos de la historia clínica que son soporte de las facturas de cobro a las aseguradoras, pues los registros médicos deben garantizar la calidad de los procesos de atención, la adherencia a guías de práctica clínica y la confiabilidad en la completitud de la información. [35]

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Evaluar el cumplimiento al estándar de historia clínica según resolución 3100 de 2019 por parte de los médicos especialistas de la clínica oftalmológica en el segundo semestre del 2021

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los médicos especialistas que diligencian la historia clínica.
- Evaluar los criterios relacionados con el estándar de historia clínica según resolución 3100 de 2019.
- Proponer un plan de mejora de acuerdo a los hallazgos de la investigación

AREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

6. MARCO TEÓRICO

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, define la calidad de la atención de salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios". Además, el sistema cuenta con los siguientes componentes de la calidad: Sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, Sistema único de acreditación y Sistema de información para la calidad. Así mismo, los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales, para las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios. [21]

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una herramienta de gestión para garantizar el mejoramiento continuo de calidad en la prestación de los servicios, de tal forma que los mecanismos sistemáticos y continuos de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad impacten en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población. Para garantizar los procesos de auditoría los prestadores deben facilitar la revisión de la historia clínica, teniendo en cuenta que la revisión del acto médico no podrá ser hecha por un profesional distinto a un profesional médico; el personal no médico solo podrá auditar la historia clínica en cuestión de forma y/o tamizaje, más nunca en situaciones de fondo o pertinencia médica. Al interior de la IPS la auditoría de historias clínicas debe reportar los hallazgos al comité de historias clínicas para que se definan estrategias que mejoren la calidad de los procesos internos. [36]

En Colombia el sistema único de habilitación es de carácter obligatorio. La actual Resolución 3100 de 2019 que Deroga la Resolución 2003 de 2014; establece el sistema de inscripción y habilitación de prestadores de servicios de salud. Implica los procesos de autoevaluación en el cumplimiento de estándares básicos de calidad en la atención en salud, las visitas de auditoría para supervisión del cumplimiento de estándares de calidad previos a la habilitación, las listas de chequeo de estándares de habilitación en salud. Se incluye el comité de historias clínicas y la necesidad de contar con un proceso de auditoría de historias clínicas. [37]

La auditoría integral del sistema debe evaluar los procesos en tiempo real, interviniendo oportunamente en el control de los procesos mediante herramientas de medición efectivas. Para ello utiliza el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) en cada una de las etapas de la autoevaluación que incluyen la autoevaluación, la selección de procesos con oportunidades de mejora, priorización de procesos objeto de mejora, definición de la calidad esperada en los procesos priorizados, medición inicial del desempeño, plan de acción para el mejoramiento de los procesos priorizados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento de los procesos, aprendizaje organizacional y regresa nuevamente a la autoevaluación. [38]

En Colombia los auditores al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud ejercen un rol fundamental en monitorizar y controlar los procesos para lograr el mejoramiento continuo y alcanzar la calidad esperada de los estándares de habilitación, certificación y acreditación en los casos que aplica. Además, con resultados satisfactorios en la auditoría de los procesos de seguridad del paciente y con la implementación de modelos de atención en salud que tienen como objetivo el mejoramiento continuo. [39]

Las enfermeras auditoras al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud son un recurso valioso para evaluar la calidad de la prestación de los servicios de enfermería que reciben los pacientes. El actuar de forma ética, imparcial y honesta, permitirá la detección de irregularidades en los procesos asistenciales y administrativos, la identificación de debilidades en las competencias del personal a su cargo, facilitará la implementación de protocolos en todas las áreas y la revisión de la calidad en el diligenciamiento de las historias clínicas. [40]

La evaluación de las historias clínicas es un procedimiento obligado en el marco de la auditoría para el mejoramiento continuo de la atención en salud. Los aspectos que se deben tener presentes para la auditoría de las historias clínicas son: 1) Completitud de la información referente a que esté presente en los registros todos los contenidos de la historia clínica (identificación del paciente, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas, examen físico, diagnóstico, reporte de ayudas diagnósticas, tratamiento, ordenes médicas, evoluciones, informes quirúrgicos, documentos anexos de enfermería y terapias, etc.); 2) Legibilidad de su contenido; 3) Contenido de abreviaturas no permitido. 4) Espacios en blanco tanto para la historia clínica física como electrónica. 5) Coherencia del contenido en lo descrito en motivo de consulta, enfermedad actual, examen físico, diagnóstico y conducta. 6) Descripción y justificación de las conductas en los análisis clínicos y evoluciones. [41]

6.1 Marco conceptual

Las características de la historia clínica son: 1) Integralidad con respecto al contenido de la información de todos los datos relacionados con la atención en salud desde las esferas psicológica, social y biológica del paciente. 2) Secuencialidad en el registro cronológico de la información. 3) Racionalidad Científica en la toma de decisiones médicas para llegar a un diagnóstico y establecer un plan de manejo. 4) Disponibilidad del documento en archivos físicos o electrónicos para ser usado por los médicos tratantes y los pacientes. 5) Oportunidad en el registro de la información de forma simultanea o inmediatamente posterior a la prestación del servicio. Además, el diligenciamiento de la historia clínica (Resolución 1995 de 1999) debe ser “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]

El estándar de historia clínica implica (Resolución 3100 de 2019): 1) El proceso de apertura de la historia clínica para atención de primera vez. 2) Registros de entrada y salida de historia clínica del archivo. 3) Confidencialidad y seguridad de la información en las historias clínicas electrónicas para evitar la modificación de los datos. 4) Componentes y contenidos mínimos (anamnesis, examen físico, exploración complementaria, diagnósticos presuntivos, juicios de valor, tratamiento). 5) Correcto diligenciamiento de la historia clínica. 6) Fecha, hora, nombre y firma de quien diligencia cada registro de la historia clínica. 7) Oportunidad del diligenciamiento. 8) Garantiza la custodia de la historia clínica en el archivo por el tiempo establecido por norma. 9) Consentimientos informados para las intervenciones que el paciente requiere. 10) Garantía de la confiabilidad, integralidad y disponibilidad de historias clínicas electrónicas; entre otros. [42]

La calidad en la atención en salud (Decreto 1011 de 2006 y Decreto 780 de 2016) corresponde a “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. Los atributos de la calidad son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. [43, 44]. La auditoría para el mejoramiento de la calidad (Decreto 780 de 2016) es “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”. [44]

La Auditoría de historias clínicas es un proceso sistemático y continuo que hace parte del sistema de calidad de la atención en salud y se realiza por auditores internos (médicos o enfermeras de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud) o externos (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, Entidades de Control Territorial, Medicina Pre pagada, Tribunales de ética médica, etc.). Este proceso implica la validación de estándares de la historia clínica según normatividad, para garantizar la calidad en el registro con respecto a la completitud de los datos, la cronología en la secuencialidad de los registros, la coherencia en las diferentes partes de la historia para llegar a un diagnóstico y definir una conducta, y la adherencia a guías de práctica clínica y/o protocolos según medicina basada en la evidencia.

6.2 Marco normativo

NORMA	AÑO	DEFINICIÓN
LEY 100	1993	<p>Establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud como un servicio público con principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Al respecto de la calidad define los mecanismos de control para garantizar a los usuarios una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica médica [45].</p>
LEY 23	1981	<p>Por la cual se decreta normas en materia de ética médica, en el capítulo III referente a la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y otras conductas define: Artículo 33: Las prescripciones médicas se harán por escrito. Artículo 34: La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Artículo 35: En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el ministerio de salud. Artículo 36: En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Artículos 37 a 29 hacen referencia al secreto profesional del médico y los auxiliares del médico. [2]</p>

Resolución 1995	1999	Establece las normas para el manejo de la historia clínica. Las características son la integralidad de su contenido respecto a las condiciones de salud del paciente, la secuencialidad en forma cronológica de los hechos durante la prestación del servicio, la racionalidad científica, la disponibilidad y la oportunidad en el diligenciamiento. Define la obligatoriedad del registro para todo el personal de salud que interviene en la atención del paciente. Describe las generalidades del diligenciamiento. Establece la obligatoriedad del archivo y la custodia de la historia clínica. Determina las funciones del comité de historias clínicas. [3].
Resolución 3374	2000	Reglamenta los datos básicos que deben reportar las instituciones que prestan el servicio y las aseguradoras. el Registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) son los soportes de la historia clínica mínimos para los procesos de regulación y control durante la venta de servicios en salud. En esta resolución aparecen datos sensibles del paciente incluyendo la epicrisis luego del alta hospitalaria, como soporte para el pago de servicios de salud. [6]
Decreto 2200	2005	En el capítulo IV establece que la prescripción de medicamentos debe hacerse por escrito, previa autorización del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, en nombre genérico, con letra clara y legible, no podrá contener enmendaduras o tachones, además del contenido de la fórmula médica. [46]
Decreto 1011	2006	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [43]

Decreto 780	2016	Decreto único y reglamentario del sector salud y protección social. Establece las normas de afiliación al sistema de salud y define el sistema de habilitación, acreditación, información para la calidad y la auditoría para el mejoramiento de la calidad. [44]
Resolución 839	2017	Modifica la resolución 1995 de 1999. Determina el proceso de gestión documental de la historia clínica, garantizando la custodia durante 15 años (los 5 primeros años en el archivo de gestión y los siguientes 10 años en el archivo central. Definiendo llevar a 30 años las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves del derecho internacional humanitario. Además, con carácter permanente en caso de delitos de lesa humanidad. Entre otras disposiciones. [47]
Resolución 3100	2019	Estándar de historia clínica y registros en las modalidades intramural y extramural que incluye unidad móvil, domiciliaria, jornada de salud y telemedicina. Establece el registro de entrada y salida de historias clínicas, las condiciones del archivo de historias clínicas, la oportunidad del registro, la firma del responsable del registro, las condiciones para la utilización de registros electrónicos, las características para la modalidad de telemedicina entre el prestador remitente y el prestador de referencia, los planes de contingencia en caso de fallas del sistema o pérdida de datos. [42]

ley 2015	2020	<p>Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable. Define la historia clínica electrónica como el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y almacenar datos con estrictas condiciones de seguridad. Además, la importancia de intercambiar información entre los diferentes sistemas de información. [4]</p>
Resolución 866	2021	<p>Reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en Colombia. Adoptando una estructura y formato del conjunto de elementos de los datos, definiendo un estándar para el lenguaje y el mecanismo electrónico de intercambio de datos, teniendo presentes los principios de confidencialidad, disponibilidad, integralidad, oportunidad, seguridad, uniformidad y veracidad de la información. [48]</p>

Fundación Universitaria del Área Andina

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño **descriptivo, observacional, cuantitativo y de corte transversal**. En primer lugar tiene el propósito de *describir* la situación actual en cuanto a la adherencia a estándares de habilitación de los médicos especialistas durante el diligenciamiento de la historia clínica; en segundo lugar se clasifica como un estudio **observacional** en el que evaluaremos el comportamiento de las variables sin realizar ninguna intervención que afecte el resultado de las mismas durante el periodo seleccionado; en tercer lugar es un estudio *cuantitativo* con una muestra probabilística, ya que la calificación de la adherencia a los estándares de historia clínica implica asignación de datos numérico y se utilizan ecuaciones aceptadas internacionalmente para establecer el tamaño del muestra; en cuarto lugar es un estudio *retrospectivo*, ya que se obtendrá de los archivos de historia clínica y se realizará una evaluación de las historias clínicas en un periodo de tiempo pasado; y en quinto lugar es un estudio *transversal*, ya que se ha seleccionado la población como las consultas especializadas en oftalmología y el tiempo determinado como el segundo semestre de 2021. No se realizarán análisis o evaluaciones posteriores a una intervención o plan de mejora que implique una nueva calificación de historias clínicas y la comparación de resultados entre la medición inicial y la final luego de dicha intervención.

Según el diseño del estudio, se tendrán variables que caracterizan los médicos especialistas de la clínica oftalmológica (*Edad, Sexo, Especialidad y Experiencia*), variables que miden el cumplimiento de estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019 (*Datos de*

identificación, Motivo de consulta, Enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Examen físico, Reporte de ayudas diagnósticas, Diagnóstico y Plan de manejo), y una variable que permite identificar un parámetro adicional del contenido de la historia clínica (*Coherencia*). Se realizará un análisis univariado (media y desviación estándar) y un análisis multivariado (Correlación entre variables).

El principal riesgo de desarrollar este tipo de estudio corresponde al tamaño de la población que implicaría una muestra probabilística presumiblemente alta. Sin embargo, para superar este riesgo se definió la estrategia de concretar la población de estudio al número total de pacientes y no al número total de consultas, ya que muchos pacientes tienen una consulta de primera vez y varias consultas de control durante el mismo período de tiempo.

7.2 Población

La población objeto del estudio corresponde al número total de pacientes que fueron atendidos en consulta médica oftalmológica en Clínica Oftalmológica, desde el 01 de Julio al 31 de diciembre del 2021. Según estadísticas de Clínica Oftalmológica para el segundo semestre de 2021 se tienen los siguientes datos:

- Número de consultas asignadas mediante call center: 1076
- Número de consultas atendidas en software de historias clínicas: 907
- Número de pacientes atendidos: 510

La población del estudio corresponde al número total de pacientes que asistieron durante el segundo semestre de 2021 a Clínica Oftalmológica. Se validaron en los reportes de Excel del software de historias clínicas que no se presentaran documentos de identidad y nombres de pacientes duplicados, luego de esta validación se define el tamaño de la población de 510 pacientes.

7.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde a la historia clínica de los pacientes que asistieron a consulta por medicina especializada en oftalmología en Clínica Oftalmológica durante el segundo semestre de 2021. La Clínica Oftalmológica es una institución especializada en la prestación de servicios en salud visual para el departamento de Caldas. Cuenta con médicos especialistas en oftalmología y médicos oftalmólogos con subespecialidad en retina, glaucoma, oculoplastia y neuro-oftalmología.

Para concretar la unidad de análisis se define el número total de pacientes atendidos y no el número total de consultas realizadas en el mismo período, ya que la gran mayoría de los pacientes requieren un control médico luego de la consulta de primera vez.

7.4 Muestra

7.4.1 Marco muestral

El marco muestral corresponde a las historias clínicas de los pacientes que asistieron a consulta de oftalmología general y subespecialidad (retina, glaucoma, oculoplastia y neuro-

oftalmología), desde el 01 de Julio de 2021 al 31 de diciembre de 2021, en la Clínica Oftalmológica, según reporte del software de historias clínicas virtuales.

7.4.2 Muestreo

Se definió realizar un muestreo probabilístico sistemático, para que todas las historias clínicas del marco muestral (510 pacientes) tuvieran la misma oportunidad de ser seleccionadas en la muestra a evaluar (historias clínicas a calificar). Como se tienen 11 médicos especialistas, se estableció un muestreo sistemático a conveniencia para que el número de historias clínicas a calificar fuera igual para cada uno de los médicos especialistas, esto se logra dividiendo el tamaño de la muestra entre 11.

Se definió entonces numerar desde (01) a (n) veces las historias clínicas atendidas por cada especialista, se define el número de historias a calificar por especialista. Se lanza una moneda y si cae “sellos” se inicia por la primera historia, siguiendo de forma impar hasta obtener el tamaño de la muestra deseado; si cae “cara” se inicia por la última historia clínica del listado de cada especialista, siguiendo de forma par y descendente hasta obtener el tamaño de la muestra deseado.

Ejemplo: Un especialista atendió 42 pacientes, se requiere una sub muestra de 20 historias clínicas por especialista, se lanza la moneda y cae “sello” así que se inicia por la historia clínica 1, siguiendo con la 3,5,7 y de forma impar hasta obtener las 20 historias clínicas que se requieren.

7.4.3 Tamaño de muestra

Como la población es finita, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: es el tamaño de la muestra buscado.

N: es el tamaño de la población.

Z: parámetro estadístico que depende del nivel de confianza.

e: error de estimación máximo aceptado.

p: probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q: probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (1-p)

- Para una población **N = 510**
- Con un parámetro de confianza de 95% **Z = 1.96**
- Margen de error del 5% **e = 5**
- Probabilidad de éxito del 50% **p = 50**
- Probabilidad de no tener éxito **q = 50**
-

Reemplazando en la ecuación:

$$n = \frac{(510) \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(5)^2 \times (510 - 1) + (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)} .$$

Según la calculadora netquest* el tamaño de la muestra es: 220 historias clínicas.

* Calculadora netquest: <https://www.netquest.com>

7.5 Criterios de inclusión

- Se seleccionarán todas las historias clínicas de todos los pacientes que asistieron a consulta a la Clínica Oftalmológica, durante el segundo semestre de 2021.
- No se realizará distinción de edad, género o raza.
- Se incluyen pacientes atendidos de forma particular o a través de convenios por las aseguradoras.
- Se incluyen pacientes que a la fecha del estudio se encuentren vivos o muertos.

7.6 Criterios de exclusión

- Se excluyen los pacientes que no tengan historia clínica en el software de historias clínicas electrónico de Clínica Oftalmológica. Lo anterior hace referencia a que solo se realizará evaluación del reporte de historias clínicas virtuales en el segundo semestre de 2021, por tal motivo, los pacientes que por alguna razón (fallas del sistema, fallas de internet, fallas de electricidad, etc.) se les realizó historia clínica

en físico y no fue transcrita al sistema de historias clínicas virtual, no ingresarán en el estudio.

7.7 Variables

El presente estudio descriptivo presenta las siguientes variables que pueden ser evaluadas por enfermeras auditoras:

Relacionadas con el especialista que diligencia la historia clínica: *edad, sexo, subespecialidad médica y tiempo de ejercer la profesión*. Estas variables pueden o no estar asociadas con el resultado de las calificaciones de las historias clínicas de la muestra seleccionada para el estudio.

La calificación del cumplimiento de estándares de habilitación en historias clínicas de Clínica Oftalmológica, contiene las siguientes variables que pueden ser evaluadas por enfermeras auditoras: *motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, examen físico del ojo, reporte de ayudas diagnósticas, diagnóstico, plan de manejo y coherencia*.

El contenido integral de la historia clínica puede ser evaluado mediante uno de los ítems de calidad llamado *coherencia*, que permite evaluar la interrelación del contenido integral de la historia clínica para que lo consignado en ella tome un sentido de secuencialidad y concordancia entre cada variable calificada.

Estas variables también tienen estándares comunes y no comunes los cuales se describen a continuación:

Tabla 1. Operacionalización de variables relacionadas con la especialidad médica

VARIABLE	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa Discreta	0 a 100 años	Hoja de vida
Sexo	Genero según sexo genital externo	Cualitativa Dicotómica	Hombre o Mujer	Hoja de vida
Especialidad	Tipo de especialidad o subespecialidad médica en el área de la oftalmología	Cualitativa Politémica	Oftalmólogo General Retinólogo Glaucomatólogo Neuro – Oftalmólogo Oculoplastia	Hoja de vida
Experiencia	Tiempo del especialista ejerciendo la especialización como oftalmólogo	Cuantitativa Discreta	0 a 40 años	Hoja de vida

Tabla 2. Operacionalización de variables relacionadas con los estándares de habilitación en historias clínicas según resolución 3100 de 2019.

VARIABLE	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Datos de Identificación	Datos de identificación del paciente completos y adecuados según	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia

	formato de historia clínica.			Clínica
Motivo de Consulta	Descripción de los principales síntomas o causa que obliga al paciente a consultar	Cuantitativa Discreta	0 o 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Enfermedad Actual	Descripción de las características de los signos y síntomas cronológicamente	Cuantitativa Discreta	0 o 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Antecedentes Personales	Descripción de las patologías que padece o ha padecido el paciente hasta el momento (enfermedad general, alergias, cirugías oculares, cirugías no oculares, infecciones, intoxicaciones, medicamentos, etc.)	Cuantitativa Discreta	0 o 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Antecedentes Familiares	Descripción de las patologías más relevantes de los familiares en primer y segundo orden de consanguinidad	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Examen Físico del Ojo	Descripción del examen detallado de ambos ojos (derecho e izquierdo), incluye los signos vitales del ojo (Agudeza visual y Tonometría Ocular),	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica

	Biomicroscopia y Fondo de Ojo			
Reporte de Ayudas Diagnósticas	Descripción de estudios complementarios para confirmar un diagnóstico y definir una conducta (ayudas diagnósticas que trae el paciente a la consulta)	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Diagnóstico	Clasificación de la(s) enfermedad(es) presuntiva(s) o confirmada(s) en orden de importancia para el momento de atención según CIE10	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica
Plan de Manejo	Descripción detallada del análisis clínico que justifica una conducta (médica o quirúrgica), una solicitud de interconsulta, una solicitud de ayudas diagnósticas o el cierre de la atención	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica

Tabla 3. Operacionalización de la variable coherencia

Coherencia	Estructuración de la información registrada en la historia clínica que permite al lector y evaluador comprender la secuencia lógica e interconectada entre las diferentes partes de la historia clínica.	Cuantitativa Discreta	0 ó 10	Formato de Calificación Historia Clínica
-------------------	--	--------------------------	--------	--

7.8 Recolección de la información

El contacto en clínica Oftalmológica del es el Auditor Médico quien tiene a cargo el proceso de evaluación de historias clínicas y comité de historias clínicas.

- Equipo de auditoría médica: Juan David Moreno (Médico Auditor) y Dulfay Jhoanna González (Enfermera)
- Dirección de la Institución: Calle 48 # 25 – 71, Bloque D, 2 piso.
- Teléfono del contacto: 317 – 5102506

Los instrumentos a utilizar son la historia clínica electrónica de consulta médica especializada en oftalmología, hoja de vida del especialista y el formato de calificación de historias clínicas.

- La **Historia clínica electrónica** de la Clínica Oftalmológica cumple con las condiciones de seguridad de la información y tiene la siguiente estructura **Fecha de atención:** en formato día/mes/año y la hora: minutos: segundos. Además el número de folio.

- **Datos de identificación:** nombre y apellidos completos del paciente, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad en años, dirección de vivienda, barrio, municipio, teléfonos, sexo, estado civil, ocupación, aseguradora y tipo de régimen (contributivo o subsidiado). Además nombre del médico tratante.

Nota: Estos datos son digitados por las auxiliares administrativas durante la apertura de historia clínica, pero es responsabilidad del médico que atiende validar dicha información y reportar al área de calidad oportunamente las irregularidades para modificarlas el mismo día de la atención.

- **Motivo de Consulta y Enfermedad Actual:** Aunque el software tiene una columna que integra ambos elementos, el comité de historias clínicas a notificado a los médicos especialistas que debe estar descrito de forma independiente el motivo de consulta y la enfermedad actual. Además, en una casilla paralela el software solicita describir el motivo de remisión y antigüedad de la molestia cuando aplica.

Nota: En la segunda casilla de motivo de remisión y antigüedad de la molestia, los médicos usualmente escriben las condiciones de seguridad de la atención y las medidas tomadas ante la emergencia sanitaria del COVID-19. También pueden describir en esta columna el reporte de ayudas diagnósticas que trae el paciente a la consulta.

- **Antecedentes:** Este ítem tiene varias filas donde pregunta al médico tratante por los antecedentes Personales, Medicamentos, Familiares, Alérgicos, Patologías Oculares y Cirugías Oculares.

NOTA: Los médicos deben escribir NO APLICA en cada casilla cuando el paciente no cuente con antecedentes personales o familiares, pero no debe dejar espacios en blanco.

- **Examen visual para Ojo Derecho y Ojo Izquierdo:** Cuenta con casillas bilaterales paralelas para los siguientes ítems: Agudeza Visual, Presión Intraocular PIO, Biomicroscopia y Fondo de Ojo. En agudeza visual describen los resultados de la medición con y sin corrección, o los resultados de la medición por el equipo biomédico; en PIO describen el valor de la tonometría medida por el equipo biomédico; en Biomicroscopia describen los hallazgos al examen clínico externo del ojo (párpado, cornea, conjuntiva, iris, reflejos oculares, movimientos oculares, pupilas y esclera; en Fondo de Ojo describen los hallazgos a la oftalmoscopia.

NOTA: En una casilla adicional pueden describir cuando el paciente requirió dilatación de pupila con agente midriático y la dosis aplicada en cada ojo.

- **Diagnóstico:** El software tiene la opción de digitar según código CIE10 los diagnósticos en orden de importancia de acuerdo al motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes y hallazgos al examen clínico.

NOTA: Los médicos pueden utilizar la casilla de análisis para describir mejor su diagnóstico y ampliar las consideraciones del mismo, en caso de que el CIE10 no de opciones específicas.

- **Plan de tratamiento:** En esta casilla los médicos describen el análisis clínico según lo registrado previamente en la historia clínica, clasifican la severidad del diagnóstico y definen una conducta que puede ser urgente, prioritaria o electiva.

Describen con detalle el manejo médico, la solicitud de ayudas diagnósticas visuales y generales, la solicitud de interconsultas a subespecialidades en oftalmología o a otras especialidades médicas, y también pueden definir el cierre de la atención por oftalmología y el regreso del paciente al médico general. En esta casilla frecuentemente describen la solicitud de órdenes de cirugía o procedimientos ambulatorios.

- **Ordenamientos:** En esta casilla registran las solicitudes de servicios médicos en forma específica mediante Códigos y Nombres de ayudas diagnósticas, procedimientos, cirugías y valoraciones especializadas.
 - **Nombre, firma y número de registro del médico tratante:** Al finalizar la atención aparece el nombre completo, la firma y el registro médico del profesional que digita la información. Esta información aparece con defecto al médico ingresar con su usuario y contraseña al sistema, de esta forma toda información que digita el profesional lleva sus datos.
- ✓ El **Formato de calificación de historias clínicas** implementado por el equipo de auditoría médica de Clínica Oftalmológica tiene la siguiente estructura:
- **Datos Personales:** El médico debe validar que todos los datos deben corresponder al paciente que están atendiendo, no deben existir espacios en blanco ni símbolos que no respondan las preguntas en las casillas.
 - **Motivo de consulta:** Información concreta de la causa que obligó a consultar al paciente, debe ser diferente a la enfermedad actual.

- Enfermedad Actual: Síntesis de los signos y síntomas en forma cronológica, describiendo sus características como intensidad del dolor, severidad de la pérdida visual, etc.
- Antecedentes Personales: Antecedentes de patologías oculares y no oculares, pueden utilizarse las casillas para describir si el paciente recibió o no vacuna contra COVID-19 y su esquema de vacunación, además describir tipo de alergias y medicamentos que recibe de forma crónica o aguda en caso de que aplique. No se deben dejar casillas en blanco ni con signos, en caso de no presentar antecedentes personales se debe escribir No Aplica.
- Antecedentes Familiares: Antecedentes familiares relevantes de acuerdo a la patología ocular del paciente o enfermedades sistémicas relacionadas con patologías oculares. No se deben dejar casillas en blanco ni con signos, en caso de no presentar antecedentes personales se debe escribir No Aplica.
- Examen Físico: Examen visual individual para ojo derecho y ojo izquierdo, todas las casillas deben estar diligenciadas de forma completa y adecuada, en todas las valoraciones se debe describir la agudeza visual, la presión intraocular, el hallazgo del examen ocular externo y el hallazgo del fondo de ojo a la oftalmoscopia. No se deben dejar casillas en blanco ni con signos, en caso de realizar un control posquirúrgico de un solo ojo en el otro lado debe describirse No aplica y en el campo de enfermedad actual describir que se trata de un control posquirúrgico del ojo derecho o izquierdo.

- Reporte de ayudas diagnósticas: Corresponde al reporte de las ayudas diagnósticas que trae el paciente a la consulta de control y reporte de ayudas diagnósticas solicitadas previamente
- Diagnóstico: Corresponde al código CIE10 y el nombre de dicho código, seleccionado de una lista pre codificada. Se debe seleccionar todos los diagnósticos que aplican para el paciente, en orden de importancia clínica.
- Plan de manejo: Descripción del análisis clínico según lo registrado en los diferentes campos de la historia clínica que justifica la toma de decisiones, descripción detallada de la conducta médica o quirúrgica, solicitud de ayudas diagnósticas adicionales, solicitud de remisiones, regreso del paciente al médico general, indicaciones de controles por la especialidad, etc.
- Coherencia: Es la relación entre el contenido de las diferentes partes de la historia clínica, de tal forma que el motivo de consulta y la enfermedad actual concuerden con los hallazgos al examen clínico y el diagnóstico, al igual que con el análisis clínico y el plan de manejo definido.
- Observaciones de auditoría: Se describen los hallazgos encontrados que implican irregularidades en el registro de la información en la historia clínica.

NOTA: Todos los ítems del formato de calificación de historias clínicas está definido para calificar en cero (0) si no cumple el estándar de habilitación y diez

(10) si cumple el estándar de habilitación. En caso de que el ítem no pueda ser calificado se debe asignar NA (No aplica). Ejemplos: pacientes que no tienen reportadas ayudas diagnósticas por que no contaban con las mismas para dicha atención, pacientes sin antecedentes personales ni familiares, etc.

NOTA: Las calificaciones de los médicos especialistas se deben relacionar de forma independiente teniendo presente el estándar igual o mayor al 95% de calificación. Además, se tiene la siguiente semaforización para indicar a los médicos el impacto de su calificación: Color Rojo del indicador - calificación de historias clínicas menor al 85%, Color Amarillo del indicador – calificación de historias clínicas entre 86 a 94% y Color Verde del indicador – Calificación de historias clínicas igual o mayor al 95%.

ARGENTINA
Fundación Universitaria del Área Andina

El equipo de investigación corresponde a las enfermeras estudiantes de posgrado en Auditoría en Salud Dulfay Jhoanna González Serna y Bibiana Marcela Muñoz. El proceso de recolección de la información y calificación de los ítems de las historias clínicas tuvo la supervisión del Auditor de la Clínica Oftalmológica.

Se crearán bases de datos en archivo Excel de los datos obtenidos en la caracterización de los médicos especialistas que diligencian la historia clínica y la calificación de las historias clínicas en el formato estandarizado por la entidad. Los puntajes asignados a los ítems de calificación de cada historia clínica será el acordado por el grupo de investigación y el supervisor, en caso de que las enfermeras no estén de acuerdo con determinada calificación será el auditor médico quien defina dicha calificación.

7.9 Plan de análisis

Teniendo presente que el estudio es descriptivo se plantea el siguiente análisis:

- Análisis univariado de las variables que caracterizan cada especialidad en oftalmología (edad, género, especialidad y tiempo de ejercer la profesión). Con este análisis se pretende caracterizar el personal de salud que ha digitado la información en las historias clínicas.
- Análisis estadístico descriptivo (promedios y frecuencias) de las variables relacionadas con la calificación de la historia clínica. Con este análisis se identificará los promedios de la calificación de cada historia clínica, el promedio total de la calificación por cada especialidad en oftalmología y el promedio total de calificación para la Clínica Oftalmológica.
- Análisis bidimensional correlacionando las variables que caracterizan las especialidades médicas con las variables relacionadas con la calificación de la historia clínica. Con este análisis se pretende correlacionar como afecta el cambio de las variables relacionadas con el personal de salud que registra la información en la historia clínica (edad, género, tipo de especialidad en oftalmología y tiempo de ejercer la profesión) con respecto a la calificación obtenida en el diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes estándares evaluados (datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, examen clínico, diagnóstico, reporte de ayudas diagnósticas, plan de manejo y coherencia).

- Se realizarán tablas de frecuencias que determinen la distribución de los datos, analizando el comportamiento de las diferentes variables para la discusión y conclusiones del estudio.
- Finalmente se realizarán gráficos de barras y líneas para identificar promedios, frecuencias y correlaciones.

7.10 Resultados esperados

En el presente estudio se espera conocer la realidad actual de la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica por los especialistas médicos oftalmólogos de Clínica Oftalmológica, luego de evaluar los diferentes estándares de calidad de la historia clínica en oftalmología aplicables según resolución 3100 de 2019 esperamos conocer la frecuencia con que se presentan las siguientes irregularidades:

- Tipo de errores y frecuencia de los mismos en la digitación de los datos de identificación por el personal del frente (datos incompletos, casillas vacías, errores en la información consignada, etc.), y si los médicos reportaron o no estos hallazgos.
- Errores en el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual, ya que existe una única casilla para ambos conceptos y el médico debe ser juicioso en la descripción diferencial de cada uno de ellos y describir la enfermedad actual de forma cronológica.

- Errores en el registro de antecedentes personales y familiares: Determinar la frecuencia de casillas vacías sin ninguna información, uso de signos o abreviaturas, errores de ortografía en los registros.
- Errores en la descripción del examen físico, casillas de agudeza visual y presión intraocular vacías, examen clínico de un lado y casillas vacías en el otro lado, descripción del examen de las estructuras externas e internas del ojo según biomicroscopía y fundoscopia.
- Errores en la descripción de ayudas diagnósticas cuando los pacientes traen los reportes al control médico y no son descritos para la toma de decisiones por los especialistas.
- Errores en el diagnóstico cuando no registran la totalidad de diagnósticos de la patología ocular según antecedentes del paciente, examen físico y reporte de ayudas diagnósticas.
- Errores en el plan de manejo cuando no se realiza un análisis que justifique una conducta, cuando se solicitan estudios diagnósticos, procedimientos o cirugías y no se realizan los ordenamientos de los mismos, cuando se indica un medicamento y no se genera la fórmula médica o se genera con errores de prescripción, cuando no se describe las recomendaciones de manejo, cuando se cita a control y no se genera el ordenamiento para que el pacientes solicite la autorización de dicho control, cuando se detectan errores de ortografía o se utilizan siglas que no permiten la comprensión de lo escrito, cuando se utilizó un dilatador midriático y no se registró en la historia clínica su uso, etc.

- Errores en la coherencia de la información registrada tales como: El diagnóstico principal no es el que está relacionado con lo descrito en la anamnesis y el examen clínico, el diagnóstico no justifica la conducta descrita, error en la descripción de la lateralidad del diagnóstico, error en la interpretación de ayudas diagnósticas, errores en la prescripción de medicamentos y generación de ordenes no relacionadas con las descritas en el plan de manejo, etc.

7.11 Componente Bioético

La Clínica Oftalmológica ha establecido el proceso de calificación de historias clínicas de forma sistemática, para garantizar el mejoramiento continuo de la calidad del registro de la información, favoreciendo el autocontrol y seguimiento a errores en el cumplimiento de estándares de habilitación en la historia clínica. Los errores encontrados por el grupo de auditoría médica son reportados de forma unificada al área de calidad de la institución y de forma individual a cada médico especialista.

La institución garantiza la confidencialidad de la información tanto del paciente como del especialista tratante. Además, el software de historias clínicas garantiza la seguridad informática para evitar la copia, robo o pérdida de información.

El estudio garantizará la confidencialidad de la información del médico especialista que digita la información de la historia clínica y de los datos de los pacientes en las historias clínicas calificadas. Las bases de datos se realizarán con la especialidad del médico

oftalmólogo y la muestra de pacientes será numerada desde el paciente 1 hasta el paciente 220.

Las enfermeras estudiantes de auditoría tendrán acceso a información confidencial del paciente y del especialista tratante, esta es una condición frecuente del grupo de auditoría en salud, donde médicos y enfermeras acceden a las historias clínicas para temas de auditoría en general. El médico auditor de la institución supervisará el proceso de recolección de información, calificación de historias clínicas y realización de bases de datos, para garantizar que no se presente en el estudio información de los médicos tratantes y de los pacientes.

7.12 Impacto social o /e innovación, o responsabilidad social

El estudio pretende identificar los errores en el registro de la información en la historia clínica virtual de la Clínica Oftalmológica, generando un impacto positivo al concientizar a los médicos especialistas en la importancia de la adherencia a los estándares de habilitación de la historia clínica según resolución 3100 de 2019, para que mejoren la calidad de los registros clínicos.

El proceso de calificación de historias clínicas hace parte del programa de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud de Clínica Oftalmológica, el reporte de las irregularidades presentadas al comité de historias clínicas, facilita la identificación de

oportunidades de mejora y la elaboración de estrategias para corrección de errores frecuentes y evitables.

Con los resultados del estudio se beneficiarán los médicos especialistas, los pacientes y la institución, ya que el correcto diligenciamiento de la historia clínica se evitan riesgos en la seguridad del paciente, riesgos en la presentación de potenciales eventos adversos y riesgos jurídicos.

La responsabilidad social del equipo de auditoría médica es velar por la calidad de los procesos de atención en salud, incluido el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Además, de garantizar el cumplimiento de estándares de habilitación no solo para el registro de la información en la historia clínica, sino también para garantizar el correcto almacenamiento y la oportuna disponibilidad de la información contenida en los registros clínicos.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

8. RESULTADOS

La caracterización de los especialistas que diligencian la historia clínica en la Clínica Oftalmológica implica diligenciar las variables edad, sexo, especialidad y tiempo de experiencia.

Tabla 4. Caracterización de especialistas de la clínica oftalmológica

MEDICO EVALUADO	EDAD	SEXO	ESPECIALIDAD	EXPERIENCIA
OFTALMÓLOGO 1	61	HOMBRE	OFTALMÓLOGO	25 AÑOS
OFTALMÓLOGO 2	51	MUJER	OFTALMÓLOGO	18 AÑOS
OFTALMÓLOGO 3	37	HOMBRE	OFTALMÓLOGO	8 AÑOS
OFTALMÓLOGO 4	33	HOMBRE	OFTALMÓLOGO	4 AÑOS
OFTALMÓLOGO 5	62	MUJER	OFTALMÓLOGO	28 AÑOS
OFTALMÓLOGO 6	38	MUJER	OFTALMÓLOGO	5 AÑOS
GLAUCOMATOLOGO	41	MUJER	GLAUCOMATOLOGA	10 AÑOS
NEURO OFTALMOLOGO	45	HOMBRE	NEURO OFTALMOLOGO	13 AÑOS
OCULOPLASTIA	37	MUJER	OCULOPLASTIA	7 AÑOS
RETINÓLOGO 1	50	HOMBRE	RETINÓLOGO	17 AÑOS
RETINÓLOGO 2	43	HOMBRE	RETINÓLOGO	12 AÑOS

Según la tabla 4, en general la Clínica cuenta con 11 especialistas, 54.54% hombres y 45.46% mujeres, de los cuales el 54.54% son oftalmólogos generales y el 45.46% especialistas (9% Glaucomatología, 9% Neuro oftalmología, 9% Oculoplastia y 18% Retinología). El promedio de edad está en 45 años, 4 especialistas entre 31 a 40 años, 4 especialistas entre 41 y 50 años, 1 especialistas entre 51 y 60 años, y 2 especialistas mayores de 60 años. La experiencia profesional en oftalmología en promedio es 13.36 años, 7 especialistas con experiencia menor a 15 años, 4 especialistas con experiencia mayor a 15 años.

Para la calificación del cumplimiento de estándares en el diligenciamiento de la historia clínica según norma de habilitación 3100 de 2019, se tiene un estándar de la calificación total en el 95%, semaforizado de la siguiente forma: Rojo: Menor a 90% se aleja del estándar, Amarillo: entre 90 y 94% se acerca al estándar, y Verde: igual o mayor al 95% cumple con el estándar.

Tabla 5. Calificación del cumplimiento de estándares de la historia clínica

MEDICO EVALUADO	ÍTEMS CON ERRORES	ÍTEMS CORRECTOS	ÍTEMS NO APLICA	PUNTAJE OBTENIDO	TOTAL CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR
OFTALMÓLOGO 1	37	145	18	1450	80%	95%
OFTALMÓLOGO 2	13	167	20	1670	93%	95%
OFTALMÓLOGO 3	18	164	18	1640	90%	95%
OFTALMÓLOGO 4	9	179	12	1790	95%	95%
OFTALMÓLOGO 5	16	165	19	1650	91%	95%
OFTALMÓLOGO 6	33	147	20	1470	82%	95%
GLAUCOMA	10	187	3	1870	95%	95%
NEURO - OFTALMOLOGÍA	6	178	16	1780	97%	95%
OCULOPLASTIA	10	173	17	1730	95%	95%
RETINÓLOGO 1	21	167	12	1670	89%	95%
RETINÓLOGO 2	17	172	11	1720	91%	95%

En la tabla 5 según la semaforización y el nivel de exigencia (estándar igual o mayor al 95%), se encontró que el 27.27% de los especialistas se aleja del estándar (*calificaciones entre el 82% y el 84%*), mientras que 36.36% de los especialistas se acercan al estándar (*calificaciones entre 90 a 94%*), y el 36.36% de los especialistas cumplen con el estándar (*calificaciones iguales o superiores al 95%*).

Tabla 6. Análisis univariado de ítems calificados en historia clínica (promedios)

VARIABLE	VARIABLE	MEDIA	ESTÁNDAR
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	DI	8.77	10.00
MOTIVO DE CONSULTA	MC	8.82	10.00
ENFERMEDAD ACTUAL	EA	8.73	10.00
ANTECEDENTES PERSONALES	AP	8.82	10.00
ANTECEDENTES FAMILIARES	AF	7.73	10.00
EXAMEN FÍSICO	EF	8.73	10.00
REPORTE AYUDAS DIAGNOSTICAS	AY DX	10.00	10.00
DIAGNOSTICO	DX	9.91	10.00
PLAN DE MANEJO	PLAN	9.95	10.00
CONCORDANCIA ENTRE EA, EF, DX Y CONDUCTA	COHE	9.86	10.00

La tabla 6 representa el análisis univariado de los ítems que conforman la calificación de historias clínicas, representa debilidades en el correcto diligenciamiento de los datos personales, el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes personales, los antecedentes familiares y el examen físico; también demuestra fortalezas en el correcto diligenciamiento del diagnóstico, el plan de manejo y la coherencia del contenido integral del documento.

Tabla 7. Clasificación de los errores en el diligenciamiento de la historia clínica

ERRORES IDENTIFICADOS EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	ÍTEMS CON ERROR
EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO	20
CASILLAS VACÍAS EN LA HISTORIA CLÍNICA	49
NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O ENFERMEDAD ACTUAL	58
DIAGNOSTICO NO ES CORRECTO	2
DESCRIPCIÓN DE PLAN DE MANEJO INCOMPLETO	2
NO HAY COHERENCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO Y EL PLAN DE MANEJO	1

La tabla 7 representa clasifica los errores más frecuentes que requieren ser corregidos para mejorar la calificación del cumplimiento de estándares de la historia clínica. El error más frecuente fue en no describir correctamente el motivo de consulta y la enfermedad actual, dicho error se relaciona con la estructura de la historia clínica virtual que integra ambos items “motivo de consulta y enfermedad actual” en una sola casilla; otros error frecuente es dejar casillas vacías en la historia clínica o marcar una casilla con símbolos o asteriscos en lugar de escribir No Aplica o completar la información que corresponde. Los errores en elegir el diagnostico incorrecto, escribir mínima información en el plan de manejo y la coherencia en el contenido de la historia clínica, son menos frecuentes.

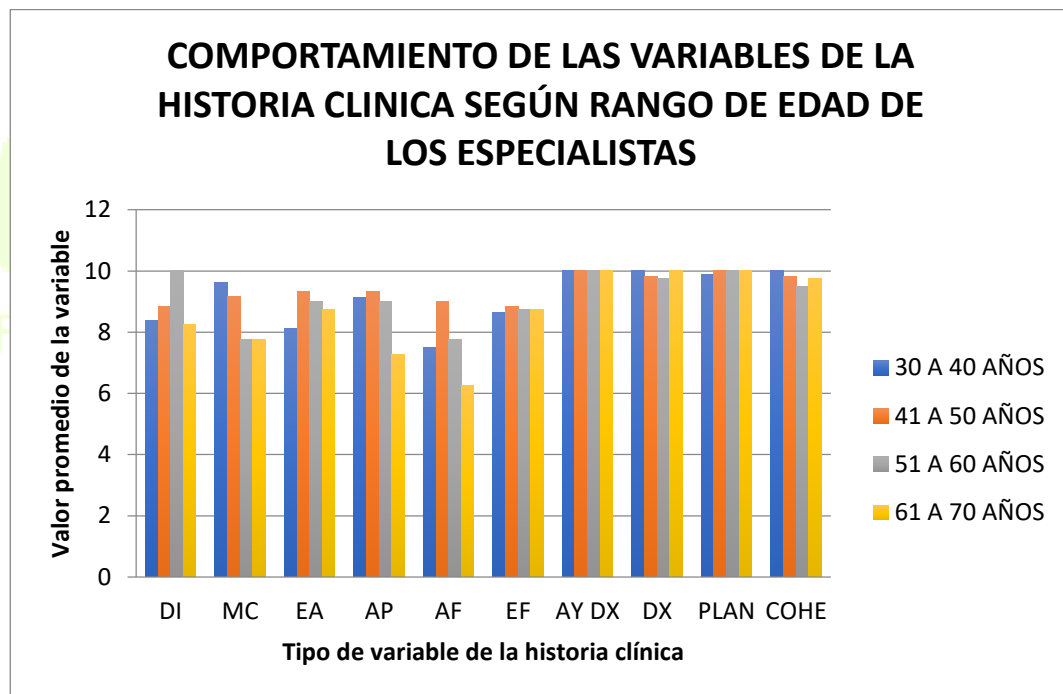
Gráfica 1. Valores promedios de la calificación de variables de la historia clínica.



Según la gráfica 1, existe un resultado negativo especialmente en el ítem de antecedentes familiares con respecto a la meta de 10 puntos por cada ítem. Además, existe un valor

promedio de 10/10 puntos posibles en el ítem de calificación de ayudas diagnósticas, este valor está relacionado con que en dicha variable se colocó la totalidad de puntos NO APLICA en la calificación, por lo tanto este ítem requiere ser reevaluado ya que puede existir un verdadero subregistro de ayudas diagnósticas en la historia clínica que los especialistas no están describiendo y que no podemos precisar si el paciente efectivamente llevó o no a la consulta ayudas diagnósticas.

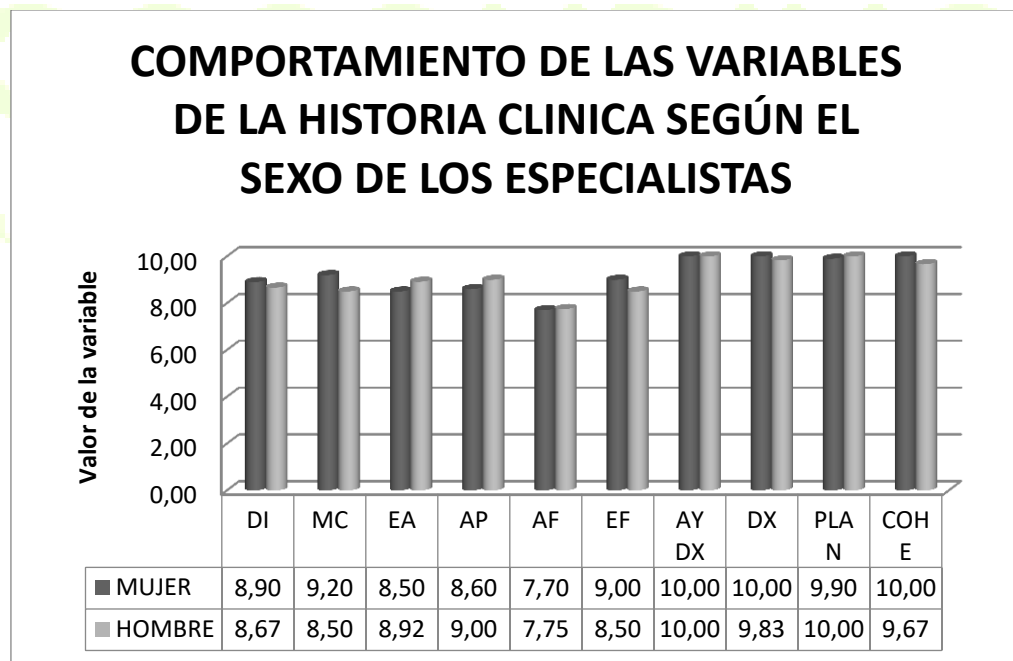
Gráfica 2. Correlación entre edad de los especialistas y calificación de los ítems de la historia clínica



En la gráfica 2 se representa la relación entre la edad de los especialistas de la Clínica Oftalmológica y la calificación de las variables de la historia clínica. En General se observa una mínima variación de las variables calificadas en la historia clínica con respecto a los rangos de edad, sobre todo en los ítems de reporte de ayudas diagnósticas, diagnóstico, plan

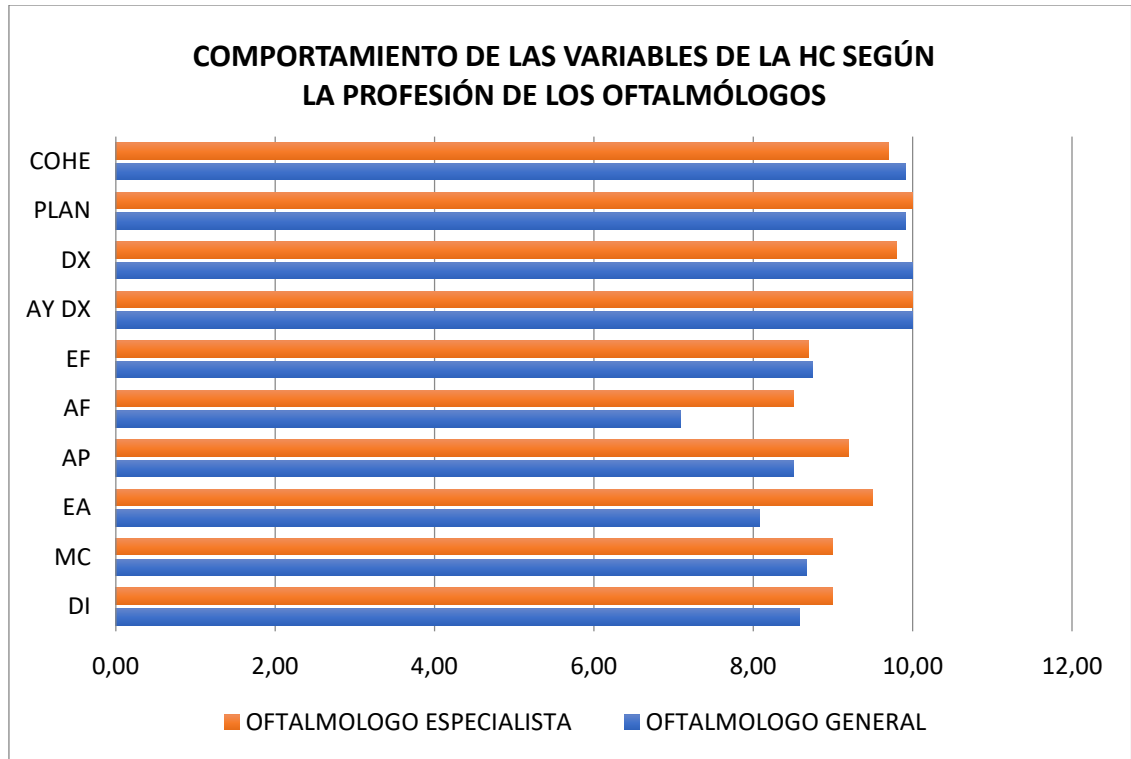
de manejo y coherencia. Un comportamiento negativo de la variable examen físico fue equiparable a todos los rangos de edad. Los especialistas con rangos de edad entre 51 a 60 años tienen un mejor comportamiento en el diligenciamiento de los ítems relacionados con los datos de identificación, enfermedad actual y antecedentes personales, mientras que los rangos de edad entre 41 a 50 años tienen un mejor comportamiento en todos los ítems, inclusive en las variables donde no se cumple con el estándar. El rango de edad de 61 a 70 años representa las calificaciones que más se alejan del estándar

Gráfica 3. Correlación entre el sexo de los especialistas y calificación de los ítems de la historia clínica



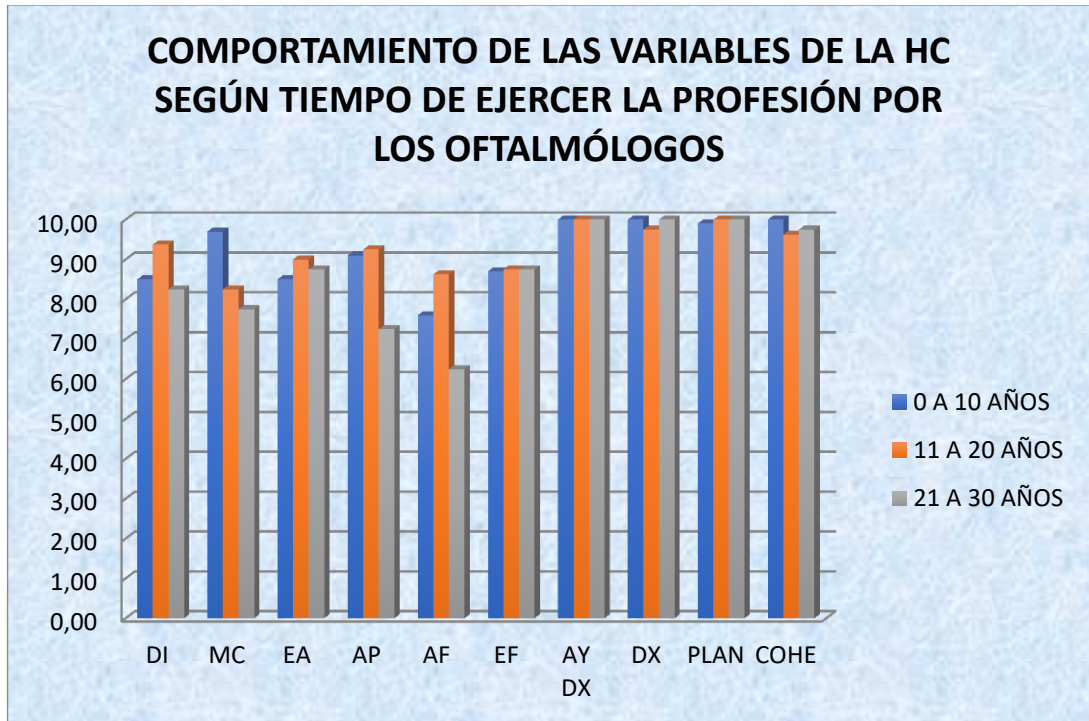
En la gráfica 3 se observa que no existen diferencias significativas en el comportamiento de los ítems calificados de la historia clínica con respecto al sexo de los especialistas.

Gráfica 4. Correlación entre la especialidad en oftalmología y calificación de los ítems de la historia clínica



En la gráfica 4 se observa que no existen diferencias significativas en el comportamiento de los ítems calificados de la historia clínica con respecto a oftalmólogos generales vs oftalmólogos especializados.

Gráfica 5. Correlación entre la experiencia profesional y calificación de los items de la historia clínica



Fundación Universitaria del Área Andina

En la gráfica 5 se observa que la experiencia profesional entre 21 a 30 años, afectó negativamente los items calificados de la historia clínica como datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, antecedentes familiares y examen físico; mientras que los rangos de experiencia menores a 20 años obtuvieron mejor calificación en estos items.

9. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene la ventaja de ser realizado en una institución especializada en servicios oftalmológicos, evaluando un semestre de atención en consulta externa y con una muestra representativa del total de historias clínicas realizada; esto permite obtener resultados confiables que permitan hacer el diagnóstico de la situación actual con respecto al cumplimiento de los estándares de habilitación en el diligenciamiento de la historia clínica, por el grupo de especialistas y subespecialistas de la Clínica Oftalmológica.

El modelo de historia clínica electrónica en la Clínica Oftalmológica, no cuenta con alertas de seguridad para evitar diversos errores como dejar casillas en blanco, mostrar errores gramaticales, mostrar errores de digitación con palabras inexistentes o reportar marcación de signos o símbolos en los datos de identificación en lugar de información válida; tal como lo advierte Carrillo C. Cristian F, et al (2018). Otra debilidad del formato de historia clínica es que le permite al especialista copiar y pegar información de otras historias, facilitando errores reportados en otros estudios por López Cano Lina María (2020).

Durante la evaluación de las historias clínicas se observa que los médicos especialistas son adherentes a la utilización de formatos adecuados, la sistematización favorece la firma electrónica en cada folio de la historia clínica de acuerdo al personal de salud que ingresa al sistema, evitando errores encontrados por autores como Mr. AO Alalade, et al (2020) y Mafra, A.C.C.N, et al (2020).

El instrumento de calificación de historias clínicas utilizado puede ser aplicado por las Enfermeras Auditoras, con los conocimientos generales en oftalmología y auditoría médica

es factible calificar los ítems evaluados, en caso de desear la evaluación de la adherencia a procesos o guías médicas institucionales se requiere la participación en el grupo evaluador de un Médico Auditor.

Según los procesos de asignación de citas de la Clínica Oftalmológica, la responsabilidad de digitar la información de los datos de identificación corresponde a las auxiliares del Call Center, sin embargo el médico especialista es responsable de identificar los errores en este ítem y notificarlo oportunamente para que se corrija por las auxiliares administrativas, previamente a la auditoría de las historias clínicas.

El modelo de historia clínica electrónica en la Clínica Oftalmológica contiene el motivo de consulta y la enfermedad actual en una sola casilla, esto ha hecho que los médicos frecuentemente cometan el error de no digitar el motivo de consulta y describir solamente la enfermedad actual. Se ha dado claridad a los médicos especialistas que el motivo de consulta y la enfermedad actual deben estar separados según lo indican los estándares de historia clínica en la resolución 3100 de 2019.

El modelo de historia clínica electrónica en Clínica Oftalmológica no contiene el ítem de signos vitales, tal como debe estar consignado en la consulta médica general y especializada por norma, donde se describe la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la saturación de oxígeno y en algunas ocasiones la glucometría. Los médicos oftalmólogos argumentan que los signos vitales del ojo son la agudeza visual y la presión intraocular.

En el ítem de reporte de ayudas diagnósticas todos los especialistas obtuvieron una puntuación de 10/10, pero se encontraron muchas historias clínicas donde no se describe que el paciente haya llevado reporte de ayudas diagnósticas, por lo tanto se marcó con un

No Aplica para que no sumara o restara un valor en una variable no evaluable. Sin embargo, esta situación puede estar enmascarando un problema real en el que los pacientes si llevan sus ayudas diagnósticas pero el médico especialista no las está reportando. Aunque el equipo auditor evidenció que en la consulta anterior los especialistas solicitaron ayudas diagnósticas, no evidenció que en la siguiente consulta se reportaran ayudas diagnósticas, algunos especialistas indican que a veces los pacientes no traen las ayudas diagnósticas por que las aseguradoras no han generado la autorización, porque se les olvida, porque las hicieron pero no se las entregaron, etc.



10 CONCLUSIONES

1) La Clínica Oftalmológica cuenta con un grupo de profesionales homogéneo en cuanto a las variables sexo (54.5% hombres y 45.5% mujeres) y especialidad (54.5% oftalmólogos generales y 45.5% sub-especialistas); se encuentra heterogeneidad en cuanto a la edad de los especialistas (36.4% adultos jóvenes, 45.5% adultos maduros y 18.1% adultos mayores) lo cual se relaciona directamente con la heterogeneidad del tiempo de experiencia profesional (45.5% con al menos 10 años de experiencia, 36.4% con 11 a 20 años de experiencia y 18.1% con más de 20 años de experiencia).

2) En la evaluación de cumplimiento de estándares de habilitación en el diligenciamiento de la historia clínica, sólo el 36,4% de los oftalmólogos cumplieron el la meta del 95% esperado, mientras que el 36,4% se acercaron a la meta entre el 90 a 94% y el 27.2% se alejaron del estándar esperado con calificación inferior al 89%.

3) Según el promedio de los resultados individuales de la calificación de los ítems relacionados con el estándar de historia clínica, sólo el ítem de Reporte de Ayudas Diagnósticas cumplen la meta esperada con puntajes de 10 en el total de historias calificadas. Los ítems diagnóstico, plan de tratamiento y coherencia son superiores a 9.5 promedio. Mientras que seis ítems se encuentran por debajo de la meta del entre 7.73 a 8.82 puntos promedio, evidenciando una gran debilidad en el diligenciamiento de antecedentes familiares y un incumplimiento en el diligenciamiento de datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales y examen físico.

4) Al correlacionar las variables que caracterizan los médicos especialistas que diligencian la historia clínica con las variables de la historia clínica, encontramos que la calificación de los ítems de la historia clínica no está afectada por el sexo ni la especialidad de los médicos; Además, existen diferencias sutiles en cuanto a la afectación de las variables de la historia clínica por la edad o el tiempo de experiencia en años de los especialistas, principalmente en las variables relacionadas con la anamnesis y el examen físico, donde la mayor edad y por ende un mayor tiempo de experiencia afectaron negativamente dichas variables.

5) Durante la evaluación del cumplimiento de estándares de historia clínica según normas de habilitación, se encontraron errores muy frecuentes que afectaron negativamente el resultado de la calificación, tales como: No se encuentra una clara diferenciación entre el motivo de consulta y la enfermedad actual (58 veces), existen casillas vacías en cualquier ítem de la historia clínica (49 veces), se marcan casillas con un signo o un símbolo (20 veces); otros errores menos frecuentes fueron: selección de un diagnóstico incorrecto (2 veces) y la falta de coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica (1 vez).

11 RECOMENDACIONES

La recomendación principal es que se propone a la Clínica Oftalmológica realizar un plan de mejora que incluya las siguientes actividades: 1) Socializar a todos los médicos especialistas de Clínica Oftalmológica, los errores más frecuentes hallados en la evaluación de la historia clínica. Con el propósito de que puedan corregir los incumplimientos presentados en el diligenciamiento y evitar los errores cometidos por otros especialistas. 2) Evaluar la posibilidad de que el diseño de la historia clínica separe las casillas de motivo de consulta y enfermedad actual, para que se consigne la información correspondiente en cada una de ellas de forma independiente. 3) Elaborar estrategias para que los médicos especialistas describan si el paciente ha presentado o no ayudas diagnósticas, para evitar el sesgo de la información con la clasificación de muchos ítems como No Aplica.

Se recomienda al equipo de auditoría médica de Clínica Oftalmológica, consultar formalmente al Ministerio de Salud, respecto a la ausencia del ítem de signos vitales generales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y glucometría) en la historia clínica de oftalmología, ya que esta situación puede convertirse en una no conformidad en auditorías externas por entidades de control o aseguradoras.

Se recomienda a los diseñadores de la historia clínica electrónica en oftalmología, incluir las alertas en el software para que muestren a los médicos especialistas los errores de ortografía, gramática, celdas en blanco e información no válida, antes de que guarden el contenido de la historia clínica.

Se recomienda realizar una evaluación del cumplimiento de estándares en el diligenciamiento de la historia clínica oftalmológica, para el segundo semestre de 2022, con el propósito de obtener evidencia que los planes de mejora elaborados han tenido buenos resultados en la mejoría de la calificación individual y grupal de los médicos especialistas en oftalmología.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

12 BIBLIOGRAFÍA

[1] Ministerio de Salud - Oficina de Tecnología de la información y la comunicación. Interoperatividad de datos de la Historia Clínica en Colombia, Términos y Siglas (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/ihc/Documentos%20compartidos/ABC-IHC.pdf>. Acceso 20 de Febrero. 2022

[2] Ministerio de Educación de Colombia. Ley 23 de 1981. Normas en materia de ética médica (sitio en internet). <https://www.mineducacion.gov.co>. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles_103905_archivo_pdf.pdf. Acceso 20 de Febrero. 2022

[3] Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la historia clínica. (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf. Acceso 21 de Febrero. 2022

[4] Congreso de Colombia. Ley 2015 del 31 de Enero 2020. Historia Clínica Electrónica Interoperable y se dictan otras disposiciones (sitio en internet). <https://dapre.presidencia.gov.co>. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202015%20DEL%2031%20DE%20ENERO%20DE%202020.pdf>. Acceso 21 de Febrero. 2022

[5] Ministerio de Salud. Resolución 2546 de 1998. Datos mínimos, responsabilidades y flujo de información de prestadores de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202546%20DE%201998.pdf. Acceso 21 de Febrero. 2022

[6] Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000. Reglamenta 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 (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf. Acceso 21 de Febrero. 2022

[7] Alex Vargas, Marcelo López, Claudio Lillo, Maria Josefina Vargas. El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. Rev. Médica Chile. Oct 2012; 140(10):1357-62

[8] Katz BL. La medicina en tiempos de Hipócrates. Revista Médica Universidad Veracruzana. 2007; 7(1): 59-62

- [9] Entralgo PL. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. 1 Edición. Madrid: Consejo Superior acciones científicas de Investigación. 1950
- [10] Miranda Bastidas CA. Historia clínica: la escritura médica del relato del paciente a la narrativa médica. Colombia Médica. Marzo 2020; 51(1):1-14
- [11] Agrimi J, Crisciani C. Les "consilia" médicaux. En: Médiévaux Langue textes histoire. Les Dépendances Au Travail. No 30, Année 1996. pp: 141-142
- [12] Crisciani C. Medicine as Queen: The Consilia of Bartolomeo da Montagnana. En Manning G, Klestinec C (eds), Professors, Physicians and Practices in the History of Medicine: Essays in Honor of Nancy Siraisi. Springer International Publishing; 2017
- [13] Pomata G. Sharing cases: the observations in early modern medicine. Early Sci Med. 2010;15(3):193-236.
- [14] Pomata G. Observation rising: birth of an epistemic genre, 1500-1650. En: Daston L, Lunbeck E (eds). Histories of Scientific Observation. University of Chicago Press; 2010, pp. 45 – 80
- [15] Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 13 edición. Argentina: Siglo XXI editores; 1989
- [16] Laín EP. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1950
- [17] Lama T, Alexis, & van Wijngaarden, Dagmar. Boerhaave: una mente brillante, un carácter virtuoso. Revista médica de Chile. Sep 2002; 130(9), 1067-1072
- [18] Expósito JMG, Milanés MB. Historia Clínica y Documentación Sanitaria Básica. Primera Edición. Madrid: ArtGerust; 2013
- [19] Laënnec R. De l'auscultation médiante. En: JA Brosson, JS Chaudé, Libraires, Pierre-Sarrazin. Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. n°9. Paris:1819. Tome second
- [20] Creagh-Bandera, Rogelio, Cazull-Imbert, Irayma, & Creagh-Cazull, Abel. (2020). Aprender a preguntar: un recurso didáctico para el aprendizaje de la anamnesis médica. Revista Información Científica, 99(2), 150-159
- [21] Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Sistema Oligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo /DECRETO%201011%20DE%202006.pdf. Acceso 23 de Febrero. 2022

- [22] Araujo Rosero, Omaira Lucely, Guerrero Lasso, Paula Andrea, Matabanchoy Tulcán, Sonia Maritza, et al. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Revista Universidad y Salud* (online). Dic 2021; 23(3, Suppl. 1), 351-365
- [23] Cristian Fernando Carrillo Castro, Gutierrez Martínez Joan Jelitza. Revisión de historias clínicas médicas de una IPS privada sede Zipaquirá, para el segundo semestre del 2018. Trabajo de Grado - Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá D.C. 2018
- [24] López Cano Lina María. Significado de la Calidad de la Información en la Historia Clínica: Una mirada desde los médicos internistas. Trabajo de Investigación para optar al título de Maestría en Educación Superior en Salud. Universidad de Antioquia. 2020
- [25] Mr. AO Alalade, Dr. Neha Jinsiwale and Anuradhai Arungunasekaran. Improving the Quality of Clinical-records: Audit and Literature Review. *Journal of Gynaecology and Paediatric Care*. 2020; Volume 2 (2).
- [26] Nunes AC, Miraglia JL, Basile FA, Lourenso GS, Santos RR, Almeida E, et al. A prospective evaluation of inter-rater agreement of routine medical records audits at a large general hospital in São Paulo, Brazil. *BMC Health Serv Res*. Julio 2020; 20(1): 638
- [27] Gupta A, Jain K, Bhoi S. Evaluation of Patients Record and its Implications in the Management of Trauma Patients. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. Dec 2020; 13(4): 257–263.
- [28] Azzolini E, Furia G, Cambieri A, Ricciardi W, Volpe M, Poscia A. Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. *J Prev Med Hyg*. 2019 Sep;60(3):E250-E255
- [29] Alqudah M, Aloqaily M, Rabadi A, Nimer A, Hafez SA, Almomani A, et al. The Value of Auditing Surgical Records in a Tertiary Hospital Setting. *Cureus*. January 2022; 14(1): e21066.
- [30] Mafrachi B, Al-Ani A, Al Debei A, Elfawair M, Al-Somadi H, Shanin M, et al. Improving the Quality of Medical Documentation in Orthopedic Surgical Notes Using the Surgical Tool for Auditing Records (STAR) Score. *Cureus*. November 2021; 13(11): e19193.
- [31] Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008. Formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos en la relación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago de servicios de salud (sitio en internet). <http://www.saludcapital.gov.co>. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf. Acceso 25 de Febrero. 2022

[32] Ministerio de la Protección Social. Resolución 416 de 2009. Modificaciones a la Resolución 3047 de 2008. (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200416%20DE%202009.pdf. Acceso 25 de Febrero 2022

[33] Ramirez Pérez Carolina, Valencia Castro Ángela María. Causales de Glosa en los Servicios de Salud Colombianos. Trabajo para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud. Universidad Santiago de Cali. 2020

[34] Camargo Hernandez Jorge Andrés, Vargas García Carlos Mario. Gestión de los Auditores de Cuentas Médicas al interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Trabajo para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud. Universidad de Antioquia. 2021

[35] María Fernanda Mendoza Saltos, Angie Steffany Granja Martínez, Andrea Lizeth Mendoza Bravo, Gregorio Rigoberto Palma Macías. Auditoría médica e incidencia en la reducción de objeciones en la RPC de Ecuador. Dominio de las Ciencias. Julio-Septiembre 2021; 7(3): 1006-1023

[36] Ministerio de Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007

[37] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud (sitio en internet). <https://achc.org.co>. Disponible en: <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2019/11/Resolucipon-3100-de-2019-Minsalud-Manual-de-habilitaci%C3%B3n-prestadores.pdf>. Acceso 05 de Marzo 2022

[38] Ministerio de la Protección Social. 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 Calidad (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>. Acceso 05 de Marzo 2022

[39] Márquez Petro María Alejandra, Martínez Hernández Nathaly Cristina, Revueltas Contreras Lina Marcela. Papel ejercido por la auditoría en el sistema de garantía de la calidad en salud en Colombia 2015 – 2020. Facultad de Ciencias de la Salud. Trabajo de Grado Auditoría de la Calidad en Salud. Universidad de Córdoba 2021.

[40] Knight-Romero Odet, Ramos-Castro Guillermo, González-Sánchez Anabel, Rodríguez-Curbelo Miguel, Hernández-Martínez Adriana. La auditoría en enfermería y la ética, su contribución en el desempeño de la profesión. Revista de Información científica para la Dirección en Salud. 2021; No.34, ISSN:1996-3521

[41] Carrillo Diaz Mónica, Mendoza Bautista Yeny Paola, Vega Velasco María Gabriela. Estandarización de los criterios para la auditoría retrospectiva de la historia clínica. Trabajo de grado de Auditoría en Salud. Universidad Autónoma de Bucaramanga - Universidad CES. 2017

[42] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Estándares de habilitación en historia clínica y registros (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf. Acceso 05 de Marzo 2022

[43] Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf. Acceso 15 de Marzo 2022

[44] Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Decreto único y reglamentario del sector salud y protección social (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf. Acceso 15 de Marzo 2022

[45] Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Capítulo II Sistema de Seguridad Social en Salud (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf. Acceso 15 de Marzo 2022

[42] Ministerio de la Protección Social. Decreto N° 2200 de 2005. Reglamenta el servicio farmacéutico. Capítulo IV. Prescripción de medicamentos (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en <file:///D:/Descargas/Decreto%202200%20de%202005.htm>. Acceso 15 de Marzo 2022

[47] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 839 de 2017. Modifica la Resolución 1995 de 1999 (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: <http://achc.org.co/documentos/prensa/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf>. Acceso 15 de Marzo 2022

[48] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 866 de 2021. Conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en Colombia (sitio en internet). <https://www.minsalud.gov.co>. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20866%20de%202021.pdf. Acceso 15 de Marzo 2022

13 ANEXOS

9.1 Instructivo de calificación de historias clínicas de la clínica oftalmológica, para el formato en excel con código: GC-DO-R54, Versión: V 01, fecha de creación: 01/07/2021

Se debe diligenciar en la parte superior la fecha de auditoría de las historias clínicas:

- Fecha de Auditoría: día/mes/año en que se realiza la auditoría

En las primeras tres columnas del archivo se debe diligenciar la información de la siguiente forma:

- No: Numerar desde el 1 hasta n, la muestra a calificar para cada médico especialista.
- Médico: Nombres y apellidos completos del médico especialista.
- Número de HC: Número asignado a la historia clínica, corresponde al número del documento de identidad del paciente.

Los items o variables de la historia clínica a evaluar son 10, se debe asignar cero (0) si no cumple con el estandar y diez (10) si cumple con el estandar, de acuerdo a la resolución 3100 de 2019.

- DI - Datos de identificación: Los datos de identificación del paciente deben estar completos (nombres y apellidos, tipo de documento de identidad, dirección, teléfono, ocupación, aseguradora, edad, etc).

Nota: Calificar cero (0) en caso de encontrar casillas en blanco, signos o símbolos que no corresponden a la información solicitada, datos que no corresponden a la información solicitada, errores en la edad, etc.

- MC - Motivo de consulta: Debe estar descritos en forma resumida los signos o síntomas principales que obligan al paciente a consultar.

Nota: Calificar cero (0) en caso de que no se encuentre esta información aparte de la enfermedad actual.

- EA - Enfermedad actual: Descripción detallada y cronológica de la sintomatología referida por el paciente.

Nota: Calificar cero (0) en caso de que no entienda esta descripción por errores de ortografía, errores de escritura o uso excesivo de abreviaturas.

- AP - Antecedentes personales: Descripción de los antecedentes patológicos del paciente en las casillas correspondientes.

Nota: Calificar cero (0) en caso de encontrar casillas en blanco, palabras no comprensibles o uso excesivo de abreviaturas.

- AF - Antecedentes familiares: Descripción de los antecedentes patológicos de familiares en primer y segundo grado de consanguinidad.

Nota: Calificar cero (0) en caso de encontrar casillas en blanco, palabras no comprensibles o uso excesivo de abreviaturas.

- EF - Examen físico: Descripción bilateral (Ojo derecho y Ojo izquierdo) de la Agudeza Visual (AV), Presión intraocular (PIO), Biomicroscopia (exámen bajo lámpara de hendidura de la parte externa del ojo) y Oftalmoscopia (exámen de la parte interna del ojo mediante oftalmoscopia).

Nota: Calificar cero (0) en caso de encontrar casillas en blanco, palabras no comprensibles o uso excesivo de abreviaturas. Para los casos en que la consulta se deba a un control de un manejo para un ojo específico, en el lado contralateral debe estar escrito No Aplica (NA) y en la enfermedad actual debe estar descrito que se realizará el control médico exclusivamente para el ojo indicado.

- Ay Dx - Ayudas Diagnósticas: Reporte e interpretación de ayudas diagnósticas solicitadas al paciente en la consulta anterior.

Nota: Escribir No Aplica (NA) en caso de que en la anamnesis no se describa que el paciente trae ayudas diagnósticas a la consulta de control y por lo tanto no se describen en la anamnesis o en el análisis y plan de manejo.

- Dx – Diagnóstico: Impresión diagnóstica o Diagnóstico confirmado mediante clínica o ayudas diagnósticas. El Diagnóstico principal es relacionado con la patología que obliga al paciente a consultar o la de mayor importancia. Los diagnósticos secundarios son relacionados con otras patologías asociadas.

Nota: Calificar cero (0) en caso de que el diagnóstico elegido por el médico no se relacione con el motivo de consulta, la enfermedad actual y el examen físico; calificar cero (0) en caso de encontrar diagnósticos no asociados con la información que se encuentra en la historia clínica.

- PT - Plan de tratamiento: Descripción del análisis del caso clínico, la severidad de la patología ocular y las opciones de manejo, validar que se generen los ordenamientos en el sistema de las conductas definidas (incapacidades, formula médica, cirugías, procedimientos y ayudas diagnósticas).

Nota: Calificar cero (0) en los siguientes casos: La conducta definida no esté relacionada con el diagnóstico elegido, la conducta se define para el ojo no

afectado, la conducta no está soportada en el análisis clínico, no se generaron los ordenamientos descritos en la conducta, se generaron ordenamientos no referidos en la conducta, se encuentran palabras incomprensibles o uso excesivo de siglas.

- COH – Coherencia: Relación entre las partes de la historia clínica, es decir que el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes personales y familiares, implica un examen clínico del ojo detallado y enfocado en dicha sintomatología, así mismo el diagnóstico debe estar relacionado con la anamnesis y hallazgos al examen clínico. Además el plan de manejo debe ser congruente con el diagnóstico definido.

Nota: Calificar cero (0) en caso de tener errores en el diagnóstico, planes de manejo no relacionados con los diagnósticos seleccionados, errores de escritura que no permitan la comprensión de la integralidad de la historia clínica o uso excesivo de siglas.

- Puntaje: Escribir el puntaje obtenido sumando en cada historia clínica los puntos por cada ítem, sin tener en cuenta los puntos No Aplica (NA).
- Observaciones: Describir la causa de una calificación cero (0).

- Calificación de cada especialista: Nombre del especialista, puntos totales obtenidos, número de items no aplica. La calificación será automática por fórmula y se le asignará el color de acuerdo a la semaforización de la meta o estandar.

Fórmula del porcentaje: Numerador: Número total de puntos obtenidos de la suma de las historias clínicas evaluadas para cada especialista. Denominador: Número de historias clínicas evaluadas multiplicado por 10, menos el número de veces NA multiplicado por 10. El valor de la división se multiplica por 100 para obtener el porcentaje a calificar.

La semaforización del indicador establece que se requiere un cumplimiento igual o mayor del 95% de los estándares en el diligenciamiento de la historia clínica (color verde), en caso de obtener un porcentaje de 90 a 94% se acerca al estandar (color amarillo), y en caso de obtener un porcentaje inferior a 90% indica que se aleja del estandar (color rojo).

9.2 Instrumento de Calificación de historias clínicas aplicado al total de la muestra indicada

FORMATO CALIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA	Código: GC-DO-R54 V 01 - 01/07/2021
FECHA DE AUDITORIA	01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021

ÍTEM EVALUADO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	OBSERVACIONES
CALIFICAR CERO (0) O DIEZ (10) E INDICAR CON NA (NO APLICA) SEGÚN INSTRUCTIVO			DATOS PERSONALES	MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES	EXAMEN FÍSICO	REPORTE AYUDAS DIAGNOSTICAS	DIAGNOSTICO	PLAN DE TRATAMIENTO	CONCORDANCIA ENTRE EA, EF, DX Y CONDUCTA	PUNTAJE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS HALLAZGOS EN LA HISTORIA CLÍNICA EVALUADA. DEBIDO A QUE ESTA EN PROCESO LA ADOPCIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS, EL ÍTEM ADHERENCIA A GUÍAS NO SE ESTÁ EVALUANDO
N	MEDICO	HC	DI	MC	EA	AP	AF	EF	AY DX	DX	PT	COH	PUNT	OBSERVACIÓN
1	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
2	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
4	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
5	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
6	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 6	10	10	10	10	0	0	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC

7	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 7	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
9	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 9	10	10	10	0	0	0	10	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
10	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
11	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 12	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
13	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 13	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
14	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 14	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 15	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
16	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 16	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
17	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 17	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
18	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 18	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
19	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 19	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
20	GLAUCOMATOLOGIA	PACIENTE 20	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
1	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 21	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
2	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 22	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 23	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
4	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 24	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
5	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 25	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
6	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 26	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
7	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 27	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
8	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 28	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
9	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 29	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
10	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 30	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

11	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 31	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 32	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
13	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 33	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
14	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 34	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 35	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
16	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 36	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
17	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 37	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
18	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 38	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
19	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 39	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	0	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
20	NEURO OFTALMOLOGÍA	PACIENTE 40	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
1	OCULOPLASTIA	PACIENTE 41	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
2	OCULOPLASTIA	PACIENTE 42	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	OCULOPLASTIA	PACIENTE 43	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
4	OCULOPLASTIA	PACIENTE 44	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
5	OCULOPLASTIA	PACIENTE 45	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
6	OCULOPLASTIA	PACIENTE 46	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
7	OCULOPLASTIA	PACIENTE 47	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	OCULOPLASTIA	PACIENTE 48	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
9	OCULOPLASTIA	PACIENTE 49	10	10	10	0	0	0	NA	10	10	10	60	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
10	OCULOPLASTIA	PACIENTE 50	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
11	OCULOPLASTIA	PACIENTE 51	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

12	OCULOPLASTIA	PACIENTE 52	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
13	OCULOPLASTIA	PACIENTE 53	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
14	OCULOPLASTIA	PACIENTE 54	0	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	60	CASILLAS VACÍAS EN HC, EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
15	OCULOPLASTIA	PACIENTE 55	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
16	OCULOPLASTIA	PACIENTE 56	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
17	OCULOPLASTIA	PACIENTE 57	0	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
18	OCULOPLASTIA	PACIENTE 58	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
19	OCULOPLASTIA	PACIENTE 59	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
20	OCULOPLASTIA	PACIENTE 60	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
1	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 61	10	0	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 62	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 63	0	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
4	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 64	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 65	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 66	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 67	10	0	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
8	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 68	10	0	10	10	10	10	10	10	10	NA	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA

9	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 69	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 70	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 71	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 72	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
13	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 73	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 74	0	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	60	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 75	10	0	10	0	0	10	NA	10	10	10	60	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
16	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 76	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 77	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 78	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 79	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
20	OFTALMÓLOGO GENERAL 1	PACIENTE 80	10	10	10	0	0	0	NA	10	10	10	60	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
1	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 81	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 82	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 83	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA

4	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 84	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 85	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 86	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 87	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 88	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
9	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 89	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 90	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 91	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 92	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
13	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 93	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 94	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 95	10	0	0	10	10	10	NA	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
16	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 96	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 97	10	10	0	0	0	10	NA	10	10	10	60	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 98	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 99	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
20	OFTALMÓLOGO GENERAL 2	PACIENTE 100	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

1	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 101	10	0	0	10	10	0	10	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 102	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 103	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
4	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 104	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 105	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 106	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 107	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 108	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
9	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 109	10	0	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 110	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 111	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 112	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
13	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 113	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 114	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 115	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
16	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 116	10	10	10	10	0	0	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 117	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 118	10	10	0	10	0	10	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 119	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA

20	OFTALMÓLOGO GENERAL 3	PACIENTE 120	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
1	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 121	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 122	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 123	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
4	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 124	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 125	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 126	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 127	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 128	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
9	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 129	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 130	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC 2) NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 131	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 132	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
13	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 133	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 134	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 135	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

16	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 136	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 137	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 138	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 139	0	10	10	0	0	10	10	10	10	10	70	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO, CASILLAS VACÍAS EN HC
20	OFTALMÓLOGO GENERAL 4	PACIENTE 140	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO, CASILLAS VACÍAS EN HC
1	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 141	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 142	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 143	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
4	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 144	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 145	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 146	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 147	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
8	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 148	0	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
9	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 149	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 150	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 151	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 152	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

13	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 153	0	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 154	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 155	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
16	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 156	10	10	10	0	10	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 157	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	80	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 158	10	10	10	0	10	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 159	10	10	0	0	0	10	NA	10	10	10	60	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
20	OFTALMÓLOGO GENERAL 5	PACIENTE 160	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
1	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 161	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC
2	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 162	10	10	0	10	10	0	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
3	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 163	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
4	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 164	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
5	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 165	10	10	0	10	0	10	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
6	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 166	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
7	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 167	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC

8	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 168	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	NO SE PUEDEN PONER * EN CASILLAS QUE SON OBLIGATORIAS MARCAR, EL PONER UN * GENERA INCUMPLIMIENTO(OCUPACIÓN) LA CASILLA DE ANTECEDENTES FAMILIARES ESTA EN BLANCO
9	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 169	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
10	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 170	10	10	10	10	10	10	NA	10	0	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
11	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 171	10	10	0	10	10	0	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
12	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 172	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
13	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 173	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
14	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 174	10	10	0	10	0	10	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
15	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 175	0	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO, CASILLAS VACÍAS EN HC
16	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 176	10	10	10	0	0	0	NA	10	10	10	60	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
17	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 177	0	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
18	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 178	10	10	10	10	0	0	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
19	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 179	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
20	OFTALMÓLOGO GENERAL 6	PACIENTE 180	10	10	10	0	0	10	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC

1	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 181	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	90	NO SE EVIDENCIA CON CLARIDAD CUAL ES EL MOTIVO DE CONSULTA
2	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 182	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 183	10	10	10	10	10	0	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
4	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 184	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
5	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 185	10	10	0	10	10	0	NA	10	10	10	70	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
6	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 186	10	0	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	1) EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO 2) CASILLAS VACÍAS EN HC
7	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 187	10	0	10	10	0	10	NA	10	10	10	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
8	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 188	10	10	10	10	0	10	NA	0	10	0	60	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO, DIAGNOSTICO NO ES CORRECTO, DESCRIPCIÓN DE PLAN DE MANEJO INCOMPLETO
9	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 189	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
10	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 190	10	10	10	0	10	10	NA	10	10	0	70	CASILLAS VACÍAS EN HC, ERROR COHERENCIA ENTRE PLAN DE MANEJO Y DIAGNOSTICO
11	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 191	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 192	10	0	10	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
13	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 193	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
14	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 194	10	0	10	10	10	0	NA	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
15	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 195	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
16	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 196	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

17	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 197	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	90	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
18	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 198	10	10	10	10	0	10	NA	10	10	10	80	2) CASILLAS VACÍAS EN HC
19	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 199	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
20	RETINÓLOGO 1	PACIENTE 200	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
1	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 201	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
2	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 202	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
3	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 203	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
4	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 204	10	0	10	10	0	NA	10	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
5	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 205	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
6	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 206	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	90	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
7	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 207	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
8	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 208	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
9	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 209	10	10	0	10	10	10	NA	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA
10	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 210	10	10	0	10	10	0	NA	10	10	10	70	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
11	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 211	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
12	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 212	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
13	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 213	10	0	10	10	10	0	10	10	10	10	80	NO ES CLARO EL MOTIVO DE CONSULTA O EA, CASILLAS VACÍAS EN HC
14	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 214	10	10	10	10	10	10	NA	10	10	10	90	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
15	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 215	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK
16	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 216	10	10	10	10	10	10	NA	0	10	10	80	CASILLAS VACÍAS EN HC
17	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 217	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	TODOS LOS ÍTEMS ESTÁN OK

18	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 218	10	10	0	0	10	10	10	10	10	10	80	CASILLAS VACÍAS EN HC
19	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 219	10	10	0	0	10	0	NA	10	10	10	60	CASILLAS VACÍAS EN HC
20	RETINÓLOGO 2	PACIENTE 220	0	10	10	10	10	0	10	10	10	10	80	EL MARCAR UNA CASILLA CON SÍMBOLOS (ASTERISCO O PUNTOS) GENERA INCUMPLIMIENTO

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

9.3 Cronograma de actividades

Cronograma de actividades					
Fechas	2022				
Actividades		Febrero	Marzo	Abril	Mayo
1. Selección del tipo del tema del trabajo de grado, consulta de bibliografía para el desarrollo de la introducción, justificación, descripción del problema, antecedentes, marco teórico y marco legal.		X			
2. Solicitud de permiso de utilizar la información de la Clínica Oftalmológica (bases de datos)		X			
3. Elaboración de Objetivos del proyecto, definición del tipo de estudio de investigación, identificación de variables y diseño metodológico.		X	X		
4. Revisión de las hojas de vida de los especialistas para caracterización de variables (edad, sexo, especialidad y experiencia profesional)			X	X	
5. Revisión de bases de datos de consultas médicas y selección de la muestra			X		
6. Calificación de historias clínicas según la muestra seleccionada			X		
7. Análisis de resultados, descripción de la caracterización de los especialistas, análisis univariado (promedio y desviación estándar), análisis del cruce de variables, determinación del tipo de errores, discusión, conclusiones y recomendaciones				X	
8. Redacción del trabajo de grado y entrega.				X	X
9. Redacción del Artículo científico.				X	X
10. Sustentación del trabajo de grado.					X