

**ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL
PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI**

**ERIKA JOHANA ARIAS MUÑOZ
JONATHAN BEJARANO BURITICA
DENNISSE IDALMIS LUCUMI GONZALES**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA
2018**

**ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL
PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI**

**ERIKA JOHANA ARIAS MUÑOZ
JONATHAN BEJARANO BURITICA
DENNISSE IDALMIS LUCUMI GONZALES**

**ASESORES
ALEJANDRO PEREZ Y SOTO DOMINGUEZ
ADRIANA MAYA GOMEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD
PEREIRA
2018**

CONTENIDO

	pág.
1. PROBLEMA	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	8
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4. MARCO TEORICO	11
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	11
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	13
4.2.1 Direccionamiento estratégico.....	13
4.3 MARCO REFERENCIAL.....	16
4.3.1 Adherencia.....	16
4.3.2 Historia clinica.....	16
4.3.3 Características de la historia clínica.....	17
4.3.4 Auditoria.....	19
4.3.5 Atención en salud.	20

4.3.6 Tipo de acciones de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.....	21
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	21
4.4.7 Palabras claves.....	22
4.5MARCO JURÍDICO.....	22
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	24
5.2 POBLACIÓN.....	24
5.3 MARCO MUESTRAL.....	24
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	24
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
5.7 VARIABLES.....	25
5.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	25
5.8.1 Recolección de información.....	25
5.8.2 Tabulación de datos.....	25
5.8.3 Análisis de la información.....	26
5.8.4 Resultados esperados.....	26
5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA.....	27
5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	27
5.12 RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	28
5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	28

5.13.1 Cronograma.....	28
5.13.2 Presupuesto.....	29
6. RESULTADOS.....	30
6.1 PLAN DE MEJORAMIENTO.....	30
6.1.1 Control de resultados.....	30
6.1.2 Control de gestión.....	33
6.1.3 Plan de mejoramiento.....	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS	39
ANEXOS.....	43

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La implementación, aplicación y ejecución de las guías de manejo clínicas, protocolos y manuales, en la prestación de servicios de salud han demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. El protocolo sobre registros clínicos define las normas que se deben tener en cuenta para el manejo de cada uno de los formatos existentes en la historia clínica, se constituye, en una herramienta metodológica, basada en la evidencia científica, cuyo objetivo consiste en facilitar y orientar las decisiones del personal de salud sobre la oportunidad, secuencialidad y claridad en sus registros (1-3).

La Historia Clínica "es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley"(2, 4). Por consiguiente, los registros clínicos, son la base de las historias clínicas debido a su carga de información de manera confidencial y verídica, es importante recalcar que así mismo el personal de la salud responde a obligaciones laborales y judiciales por incumplir con el correcto diligenciamiento de las notas de enfermería (2, 4).

En el campo de la enfermería se tiene un riesgo legal al escribir algo que no realizó, como al omitir algo que sí hizo , ya que muchas veces el profesional de enfermería realiza un excelente rol del cuidado, pero se olvida de reportarlo por escrito y esto seria como que si nunca hubiese realizado, en los dos casos existe un elevado riesgo al presentarse un problema legal, he aquí la importancia de realizar un buen reporte y registro de enfermería (5).

Cedeño y col., en Ecuador muestran que el 89% no cumplen con las normas para registro correcto de los formularios, alcanzando altos porcentajes de incumplimiento a hoja de administración de medicamentos, hoja de signos vitales y ninguna historia clínica cumplió con reportes medicos de calidad (6).

Gutiérrez y col ., en Lima muestran que las enfermeras registran las notas de enfermería, malo en un 4,9%; hoja gráfica, regular en un 4,9% y la hoja de balance hídrico, malo en un 65.9% (7).

En cuanto a la adherencia a guías de práctica clínica es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individual es y en la improvisación ,

reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes . La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente , durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud . Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos (8).

Para el presente proyecto, específicamente en la Ciudad de Cali, se realiza en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en atención domiciliaria, que presenta falencias en el diligenciamiento de las historias clínicas en pacientes pertenecientes al programa agudos, como lo es en la oportunidad en el registro y la calidad de esta, se busca encontrar los principales hallazgos para así generar oportunidades de mejora y efectuar un diagnóstico de la empresa, al igual, identificar los criterios que deben ser priorizados en el protocolo de manejo en historia clínica.- definir plan de mejoramiento para que la institución de atención domiciliaria lo aplique de acuerdo a los términos de ley.

Como es de obligatorio cumplimiento el diligenciamiento de la historia clínica bajo parámetros ya establecidos en la Resolución 1995 de 1999 por el cual establece normas para el manejo de la historia clínica, de esta forma evitamos glosas por el mal diligenciamiento de estas, bien sea por desconocimiento o por fallas técnicas del profesional.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de adherencia al protocolo de manejo de historia clínica en el programa de pacientes agudos en un servicio de atención domiciliaria de la ciudad de Cali?

2. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de Guías de Práctica Clínica tiene como objetivo la evaluación, el análisis y la contextualización de la evidencia científica sobre un marco social y de práctica clínica específica para generar recomendaciones que permitan el mejor cuidado disponible, evitando la variabilidad no justificada en la práctica, con recomendaciones sensibles al contexto y en ocasiones, con consideraciones de costo efectividad y análisis de equidad (9, 10).

A pesar del inmenso esfuerzo que implica el desarrollo de guías de práctica clínica, numerosos estudios demuestran una baja tasa de adherencia a las mismas, tanto para las condiciones crónicas, como para las agudas (11). Los estudios que han evaluado diferentes estrategias de diseminación e implementación entre los profesionales de la salud han demostrado que la diseminación pasiva de materiales educativos es altamente inefectiva, mientras otras estrategias como la auditoría y retroalimentación de los resultados, los recordatorios a partir de historias clínicas electrónicas y los programas con intervenciones múltiples sobre los profesionales de la salud son más efectivas (12).

Algunos autores han realizado estudios sobre la calidad de los registros clínicos encontrando como falencias la inadecuada ortografía, el uso de abreviaturas, letra no legible, ausencia de firma, existencia de enmendaduras, nombres ilegibles, espacios en blanco, datos incompletos de filiación, estado actual, motivo de consulta (13, 14). El buen registro es útil para el paciente porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación (15).

Por lo tanto, se efectuará auditoría a las historias clínicas de pacientes agudos ingresados en el mes de mayo del año 2018 al servicio de atención domiciliaria perteneciente a la regional de Cali, evaluando el registro oportuno y de calidad en el sistema de información de la institución, el diligenciamiento de cada uno de los registros que allí se encuentran soportados, con el fin de revisar los registros encontrados con los principales hallazgos y de esta manera generar acciones de mejora, buscando fortalecer la atención segura y aportaría al programa de seguridad del paciente ya que debe contar con características básicas en el diligenciamiento de la historia clínica como lo es Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad Científica, Disponibilidad y Oportunidad; y así conocer en tiempo real el estado de los pacientes atendidos en esta IPS

Esta investigación se traduce en la importancia de la contribución sustancial y significativa que aporta al mejoramiento continuo y de calidad a la institución

prestadora de servicios en atención domiciliaria de la ciudad del Cali, ya que no se encuentra sesgado o influenciado por la evaluación de pares profesionales siendo de esta manera un resultado confiable y real.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el nivel de adherencia al protocolo de manejo de historia clínica en el programa de pacientes agudos en un servicio de atención domiciliaria de la ciudad de Cali en el mes de Mayo de 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los criterios que deben ser priorizados en el protocolo de manejo en historia clínica.
- Definir plan de mejoramiento para que la institución de atención domiciliaria de baja complejidad lo aplique de acuerdo a los términos de ley.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La Historia Clínica tiene sus orígenes desde que Thomas Syderhan , el Hipócrates inglés, sentó las bases de la medicina clínica , es decir, el estudio de los síntomas y de los signos mediante un método empírico y de observación (16, 17) Es considerada como el documento más importante después del enfermo , que juega un importante papel en la formación del alumnado , como la disciplina más doctrinal y con mayor proyección formativa (16).

Se han realizado algunos estudios en el país vecino del Perú, en diferentes establecimientos de salud y contextos socioculturales, en los que se encontró resultados heterogéneos en el registro de historia clínica, donde la mayoría de ellos tenía una deficiente calidad de registro de datos (18, 19, 20, 21). De esta manera se generan acciones correctivas al momento de realizar un auditoria.

En el 2015, Goncalves et presentaron un estudio sobre la Adherencia a guias de practica clínica GPCpara la evaluación de pacientes con enfermedad cerebrovascular en la comunidad y casas de retiro. Fue un estudio de tipo transversal en el que se evaluaron a 300 profesionales de la salud con un mínimo de 15 años de experiencia . Se obtuvo como resultado que aproximadamente el 50% deprofesionales manejaba información acerca de los protocolos establecidos para el seguimiento y cuidado de pacientes con ACV, por lo que la estandarización y el acceso a las GPC son puntos clave para su mayor uso (22).

Shazhan et realizaron un estudio en el año 2013 titulado acerca de la Adherencia a las GPC de Diabetes tipo 1 y su manejo en niños , jóvenes y adultos jóvenes . Fue un estudio de cohortes , prospectivo, que tuvo como población a pacientes de 1 a 24 años con DM 1 diagnosticada antes de los 20 años en la ciudad de Columbia-Canadá. Dentro de los resultados obtenidos, el 54% presentaron pobre adherencia a las GPC y 7.4%, buena adherencia (23)

En el 2009, Raucci et llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto de la GPC pediátrica italiana sobre el manejo del síncope en el servicio de emergencia . Fue un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Bambino Gesu Children , durante 2 años, antes de la implementación del a GPC . Se estudió una población de 1073 pacientes y se obtuvo como conclusión que las GPC ayudaron a un diagnóstico temprano , reduciendo los ingresos hospitalarios y disminuyendo las pruebas diagnósticas innecesarias para el tratamiento de los pacientes (24).

Valverde, en Lima realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de los registros de enfermería elaborados por la s enfermeras del servicio de Centro

Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño . El estudio fue aplicativo , tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal retrospectivo . La muestra fue de 54 registros de enfermería consignados en la historia clínica de pacientes intervenidos quirúrgicamente obtenida mediante el muestreo probabilístico. La técnica fue el análisis documental , y el instrumento una lista de cotejo. Los resultados obtenidos sobre la calidad de los registros muestran que el 58% (31) es de calidad media , 20% (11) de calidad alta y 22% (12) de calidad baja. Según dimensiones, en la dimensión estructura 58% (31) es medio, 22% (12) alto y 20% (11) bajo y en la dimensión contenido 59% (32) es medio, 22% (12) alto y 19% (10) bajo (25).

Farfán, en Colombia se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar y describir las características de los registros de enfermería que hacen parte de Expedientes de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería , para ello se hizo uso de un estudio de análisis documental a través del cual se revisaron 46 expedientes y se analizaron las características encontradas en 674 registros de Enfermería en relación a los 7 tipos de registros correspondiente a: hoja de signos vitales, líquidos administrados y eliminados , informe de administración de medicamentos , hoja de notas de Enfermería , de recibo y entrega de turno , valoración neurológica y valoración cutánea , utilizando el mismo instrumento para todos los registros a través de una lista de chequeo con 19 ítems de calidad. Los resultados muestran que el 76% de los registros evaluados incumplió al menos 1 de los ítems propuestos en la lista de chequeo, en cuanto al registro de la hoja de signos vitales solo 25 registros cumplen con todos los ítems de los 39 registros evaluados, el registro de informe de administración de medicamentos solo 11 registros cumplen con todos los ítems de los 93 registros evaluados, en cuanto a la hoja de notas de enfermería solo 23 registros cumplen con todos los ítems de los 311 registros evaluados y en cuanto al registro de hoja de líquidos administrados y eliminados solo 48 registros cumplen con todos los ítems de los 89 registros evaluados (26).

En este sentido, se evidencia que, dentro de la literatura encontrada, la falta de compromiso al momento del diligenciamiento de los registros clínicos o de las historias clínicas, denota una alta negligencia por parte del funcionario el cual, aunque reconoce este como un documento legal, no lo trata como tal.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

Cali, oficialmente Distrito Especial, es el departamento del Valle del Cauca y la tercera ciudad más poblada de Colombia. Está situada en la región Sur del Valle del Cauca, entre la cordillera occidental y la cordillera central de la región andina. La ciudad forma parte del área metropolitana de Cali, junto con los municipios contiguos a esta. Fue fundada el 25 de julio de 1536 por Sebastián de Belalcázar, lo que la convierte en una de las ciudades más antiguas de América.

La prestación de servicios está dada por 896 IPS: de las cuales privadas son el 86.8%, ambulatorias 95% y de baja complejidad 75%. La distribución geográfica de la oferta de servicios muestra concentración de clínicas, tanto ambulatorias como de servicios de hospitalización, en las comunas 2, 17, y 19. Existen 14 hospitales, 5 de primer nivel, 75 puestos de salud, 23 centros de salud, y ocho centros de atención básica.

4.2.1 Direccionamiento estratégico.

Visión.

Institución de baja complejidad de servicio de atención domiciliaria en el 2020 será reconocida como una IPS solida especializada en servicios integrales de salud, con una amplia cobertura sobre las diferentes patologías de alto impacto, y posicionada en las diferentes ciudades del país. Con resultados medibles sobre las intervenciones que permitan la toma de decisiones costo-efectivas para la E.P.S.

Misión.

Somos una organización conformada por un equipo humano altamente calificado y multidisciplinario que presta un servicio de atención medica integral para el manejo de patologías de alto impacto, regida por los principios de calidad, seguridad, innovación y responsabilidad en pro de la salud de nuestros pacientes.

Valores corporativos.

- Justicia
- Respeto
- Solidaridad
- Responsabilidad
- Verdad y honestidad

- Compromiso
- Respeto a la igualdad y a la integridad de las personas
- Cumplimiento de la legalidad
- Objetividad profesional

Atributos corporativos.

- Confiables
- Incluyente
- Transformadores

Política de calidad

La seguridad del paciente es una prioridad en nuestra institución razón por la cual se establece la siguiente declaración de la política

“Institución de baja complejidad de servicios de atención domiciliaria propende por un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control de los procesos de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y del fortalecimiento de una cultura institucional proactiva de prevención y reporte de sucesos de seguridad, generando así una dinámica de mejoramiento continuo”

Portafolio de servicios

- ❖ Consulta Médica General
- ❖ Rehabilitación terapéutica
- ❖ Enfermería Procedimientos Menores
- ❖ Administración de medicamentos
- ❖ Consulta por Nutrición
- ❖ Grupo psicosocial
- ❖ Terapia Enterostomal
- ❖ Farmacia

- ❖ Programa especial (VIH)
- ❖ Consulta por expertos VIH
- ❖ Consulta especializada en infectología
- ❖ Junta de Evaluación integral

Tabla 1. Matriz DOFA

<p>MATRIZ DOFA</p>	<p>Fortalezas 1.intitucion cuenta con profesional de calidad y referente de seguridad del paciente los cuales velan por prestación de servicio con calidad y seguridad 2.Único prestador de servicios en atención domiciliaria para Eps. 3. Pago oportuno en nómina a los funcionarios.</p>	<p>Debilidades 1. Falta de compromiso en la asistencia por parte del personal a las capacitaciones programadas por el área de calidad. 2. Solo le prestan servicio de atención domiciliaria a una entidad. 3. Por falta de registro oportuno en procedimientos, lo que genera retrasos en el pago de los servicios prestados. 4. Portafolio de servicios reducidos para las necesidades de la Eps.</p>
<p>Oportunidades 1. ampliar servicios en el portafolio para general más recursos a la institución. 2. Darse a conocer a nivel nacional como una ips líder en atención domiciliaria ya que cuenta con sedes en todo el territorio nacional.</p>	<p>Estrategias (FO) 1.Establecer contratos estratégicos para incrementar los ingresos 2.Mejorar la atención y calidad de los servicios para fidelizar al usuario.</p>	<p>Estrategias (DO) 1. Conformar equipos de trabajo para ajustar los procesos en los cuales se encuentran falencias. 2. Garantizar el equilibrio económico y presupuestal, para así poder sostener la Ips.</p>
<p>Amenazas 1. Contratación de otros servicios con otras entidades. 2. Entidades que prestan el mismo servicio centralizadas</p>	<p>Estrategias (FA) 1. Brindar a nuestros clientes buena atención donde se oferten otros servicios, evitando así que realicen contratos con otras entidades.</p>	<p>Estrategias (DA) 1. Contar con un registro oportuno, para así evitar glosas en los servicios ya prestados.</p>

Fuente: elaboración propia

4.3 MARCO REFERENCIAL

4.3.1 Adherencia. La adherencia se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de las costumbres o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente (27). La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (27).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la adherencia terapéutica como una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante periodos prolongados de mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas (27,28).

Por otro lado, la falta de adherencia al tratamiento se entiende por la ausencia de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de los medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional). Las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente (29).

4.3.2 Historia clínica. Es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.

Documento médico legal para comprobar la calidad de atención que los pacientes han recibido. Fuente de información con fines de investigación y docencia. (30)

la historia clínica posee ciertas propiedades según la resolución 1995 de 1999 son (2):

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en

las fases de fomento , promoción de la salud , prevención específica , diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad , abordándolo como un todo en sus aspectos biológico , psicológico y social , e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención . Desde el punto de vista archivístico l a historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad:** Aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad :** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

4.3.3 Características de la historia clínica. Constituye un documento personal, confidencial, en el que se registra información de historia , antecedentes personales y familiares de salud y enfermedad del usuario , medidas de diagnóstico y tratamientos realizados ; evolución de la enfermedad . En la historia clínica, también conocida como expediente clínico , constan datos e informes registrados por varios miembros del equipo de salud, a continuación, se presentan sus características:

- Dispone de un espacio para registrar nombre, numero de historia clínica.
- Es un documento legal con validez jurídica y la Institución es propietaria de la misma, sin embargo, el paciente tiene derechos sobre la información contenida en ella y puede solicitar se le haga conocer (casos de tipo legal).
- Es un documento reservado por las características de su contenido y solo puede manejar el personal de salud.
- Es un medio de comunicación escrita que sirve para comprobar los diagnósticos, tratamientos, calidad de cuidados recibidos y las razones que fundamentan los cuidados.

- Es un instrumento progresivo y acumulativo con una información sistemática que permite adjuntar varios documentos en diferentes momentos que acude el paciente al servicio . (Ejemplo: resultados de exámenes de laboratorio , transferencias, informes, estadísticas, epidemiología)
- Es un instrumento informativo y de investigación , proporciona información útil para estudios como incidencia o prevalencia de patologías, análisis respectivos de cuidados, diagnósticos y tratamientos recibidos.
- Es un documento que sirve para educación del personal de salud (médicos, enfermeras, laboratoristas) y como instrumento de consulta , permite conocer terminología médica, naturaleza de la enfermedad, factores que influyen en la salud – enfermedad de cada persona.
- Avaliza el tratamiento administrativo y el proceso de atención cumplido por los profesionales de la salud y las responsabilidades éticas.
- Anotar todos los datos de filiación del usuario y /o paciente, nombres y apellidos completos: N° de historia clínica, N° de cama o cuarto, Fecha actualizada.
- La historia clínica debe de ser manejada prolijamente; nunca borrar, poner un tachón o tinta blanca ya que esto anula la información , debe colocarse un paréntesis en el error y con el mismo esferográfico poner la firma responsable.
- Utilizar letra clara y poner firma de responsabilidad después de cada tratamiento, prescripción, actividad o informe ejecutados.
- Revisar la numeración entregada por el departamento de estadística y registrar en todas las hojas.
- Pegar todos los resultados de laboratorio , exámenes, interconsultas, en las hojas correspondientes.
- Los estudiantes , familiares o personas ajenas al servicio deben solicitar autorización para la revisión de la historia clínica.
- Los reportes verbales deben ser consignados en las hojas de informes de enfermería.
- La enfermera utiliza las siguientes hojas de la historia clínica : hoja de signos vitales, hoja de evolución y prescripciones médicas , de registro de medicamentos (kardex), de exámenes de laboratorio , de ingesta y eliminación , hoja de curva de temperatura.

- La historia clínica dispone de hojas permanentes y no permanentes , las que se añaden según el servicio donde se atiende al paciente o donde se ha establecido el diagnóstico provisional o definitivo (31,32).

4.3.4 Auditoria.La auditoría hoy en día se hace presente en diferentes escenarios, no solo la parte financiera es la línea base para realizar estos tipos de exámenes críticos, sistemáticos y representativos en una organización , es por esto que existen varias definiciones acerca de la misma, tal es el caso de William Thomas Porter y John C. Burton definen la Auditoría como el examen de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario , con la intención de establecer su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen , con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario. (33).

La auditoria en salud consta de ciertas generalidades emanadas en el artículo 32 del decreto 1011 de 2006 señala que los programas de auditoria deberá n ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, con el fin de lograr mejoramiento de la calidad de la atención de salud (19,20), así mismo señala que los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (34).

Según este mismo artículo la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación , seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada , la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas , científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
- De esta manera entonces , la auditoria en salud se la debe entender como una herramienta de gestión de la calidad , que permite evaluar a una entidad de forma holística, tanto en sus componentes administrativo, financiero, operativo, asistencial y de talento humano. Por tanto, la auditoria como base para el mejoramiento continuo debe contribuir a identificar las oportunidades que garanticen la prestación de los servicios con calidad (35).

4.3.5 Atención en salud. El Ministerio de la Protección Social define la atención en salud como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (36).

La atención en salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurre el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país. Este proceso comprende un conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura (37).

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles (34):

- **Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- **Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradoras de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

4.3.6 Tipo de acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud .Son el conjunto de procedimientos , actividades y /o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, a fin de alcanzar las metas programadas y por ende satisfacer las necesidades demandadas de todos sus clientes . Según el decreto 1011 de 2006 el modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones (36):

- **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad , que deben realizar las personas y la organización , en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta.
- **Acciones de Seguimiento** . Conjunto de procedimientos , actividades y /o mecanismos de auditoría , que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus s ervicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones Coyunturales** . Conjunto de procedimientos , actividades y /o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Calidad: Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades y expectativas implícitas o expresadas por los clientes.

Guía de práctica clínica: conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios que conllevan la aplicación de estas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes (38).

Historia Clínica: Es el documento médico legal, confidencial, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente los datos de identificación, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención.

Pacientes agudos: Cuando el paciente sufre una crisis y se hace difícil permanecer en el domicilio o cuando necesita un tratamiento más intensivo se puede indicar la hospitalización

Atención domiciliaria: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales (39).

4.4.7 Palabras claves. Adherencia, Auditoria, Historias clínicas

4.5 MARCO JURÍDICO

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la ley 100. A nivel nacional está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades de administradoras de planes de beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios que ofrecen a sus afiliados servicios de salud acorde al marco normativo y leyes vigentes que proponen brindar servicios de salud con calidad teniendo en cuenta características como continuidad, oportunidad, pertenencia, accesibilidad y seguridad a toda la población.

Resolución 1995 de 1999– Normas para el Manejo de la Historia Clínica

Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989.

Ley 23 de 1981 Código de ética

La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica.

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997 - Archivo General de la Nación.

Establece las funciones de la Junta Directiva, y en su numeral a) dispone: "Adoptar y evaluar periódicamente la política archivística a nivel nacional, y que en su literal c) taxativamente manifiesta: «Expedir normas y reglamentos generales sobre organización de los archivos, administración y gestión de documentos, descripción, investigación, consulta, reprografía, certificación, transferencias, retención, selección y conservación de documentos y en general sobre aquellos aspectos que exija la racionalización y normalización del trabajo archivístico a nivel nacional

Circular 2 de 1997- Archivo General de la Nación.

En concordancia con las normas vigentes y los parámetros establecidos por el ARCHIVO GENERAL DE LA NACION, las Entidades Estatales podrán incorporar tecnologías de punta en la administración de sus archivos, pudiendo utilizar cualquier soporte documental, por medio técnico, electrónico, óptico, informático, o telemático para el cumplimiento de sus funciones

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio será cuantitativo de tipo descriptivo observacional con corte longitudinal, dado que se buscan describir el objeto de estudio sin ser alterado, teniendo en cuenta su curso normal, además se realizará en un periodo de tiempo específico.

5.2 POBLACIÓN

La población que hace parte de la presente investigación esta representada por los 105 pacientes que fueron en total por el servicio de atención domiciliaria del programa agudos de la IPS de baja complejidad, en este caso específico serán representados por sus historias clínicas. Por otro lado, se evaluarán los cinco médicos pertenecientes a la atención de los 105 pacientes anteriores.

5.3 MARCO MUESTRAL

- Base de datos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de atención domiciliaria del programa agudos de la IPS de baja complejidad de la ciudad de Cali en el mes de mayo del año 2018.
- Médicos pertenecientes al programa de atención domiciliaria.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

- Historias clínicas de los pacientes
- Calidad en la atención y registro de los médicos

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De las historias clínicas: Historias clínicas de pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria de pacientes agudos del mes de mayo de 2018.

De los médicos: profesionales de la salud de la IPS de baja complejidad, que pertenezcan al programa agudos de atención domiciliaria

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

De las historias clínicas: Historias clínicas de pacientes pertenecientes a otros programas de atención

Historias clínicas de otros meses o años diferentes al mes de mayo ya al año 2018.

De los médicos: profesionales de la salud de la IPS de baja complejidad que pertenezcan a otros programas de atención.

5.7 VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías o subvariables	Método de recolección	Preguntas	Indicador
Protocolo de manejo historias clínicas	Criterio de calificación por puntos y calificación	Catagórica nominal	0 No cumple, 1 Muy deficiente, 2 Deficiente, 3Aceptable, 4Conforme	Evaluación historias clínicas	Oportunidad en el registro	Frecuencia

Fuente: elaboración propia

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 Recolección de información. Los datos se recolectarán mediante un instrumento suministrado por la IPS de baja complejidad con el código: FR-GMED-108, versión 1 y fecha de actualización de marzo del 2018, cual esta disponible en el anexo A.

5.8.2 Tabulación de datos. Los datos se tabularán en una base de datos en Excel, cual está disponible en el anexo A.

5.8.3 Análisis de la información.

Se realizó un estudio correspondiente “ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI”, durante el mes de mayo de 2018” en la IPS de baja complejidad, iniciando con la auditoria de los criterios de evaluación, aprobados por el comité de Historias Clínicas, acorde con la normatividad, lo cual reflejó falencias en el diligenciamiento en las historias clínicas por parte de los médicos: Valoración médica y Calidad en el registro. Al igual, se detectó grandes debilidades en la oportunidad en el registro, control de signos vitales y coherencia y pertinencia en la valoración. **Ver Plan de Mejoramiento- Control de Resultado 6.1.1.**

5.8.4 Resultados esperados.

Se realizó un trabajo de investigación con un equipo interdisciplinario de profesionales y la colaboración de los funcionarios de la institución, los usuarios y la información suministrada por ellos, utilizando como instrumentos: La normatividad, los protocolos, procesos y procedimientos de la entidad; al igual el conocimiento y la experiencia del grupo investigador en el tema objeto del presente trabajo, permite concatenar la información de manera integral del trabajo de investigación.

En el presente trabajo se determina como se encuentra la IPS de baja complejidad en el trabajo de investigación “ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI, durante el mes de mayo de 2018, presentando los resultados y finalizando con la tipificación de los hallazgos.

La IPS de baja complejidad debe registrar el plan de mejoramiento que permita corregir y solucionar las deficiencias encontradas en el proceso de investigación.

Este plan debe contener las acciones que se implementaran por parte de la institución las cuales respondes a las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo de investigación, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

5.9 POBLACIÓN BENEFICIADA

La población beneficiada con la investigación serán los pacientes que son atendidos en el servicio de atención domiciliaria de la IPS de baja complejidad de la ciudad de Cali

5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación, no se realizarán procedimientos invasivos a pacientes, no se tendrá contacto directo con los mismos, se hace manejo de las Historias Clínicas sin tomar datos de nombre ni identificación, se evaluará el contenido pertinente para este estudio en la historia. Las conclusiones se darán de forma anónima evitando violar normas morales y éticas. Los nombres de funcionarios, pacientes o personal de salud no serán mencionados.

El presente estudio es descriptivo y acorde con la normatividad emanada por el Ministerio de Salud mediante resolución 008430 de 1993 de la República de Colombia en el título II capítulo 1 artículo 11,(40) es una investigación sin riesgo, en la cual no se realiza ningún tipo de manipulación en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes, y por lo tanto no requiere consentimiento informado ni tiene las implicaciones éticas propias de las investigaciones en humanos.

Este es un estudio con riesgo mínimo ya que se emplea el registro a través una revisión sistematizada de historias clínicas de donde se obtendrán datos por medio de un formato de evaluación de historias clínicas, que será confidencial y no se dará el nombre de la persona que participe en la investigación.

5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Los investigadores como seres humanos pertenecientes a un ecosistema sostenible se comprometen a proteger y acatar las normas medio ambientales nacionales, acatando todos los deberes emanados en dichas normas para cuidar el entorno, además se comprometen a hacer uso de papel siempre y cuando sea estrictamente necesario y abstenerse de utilizar otros elementos contaminantes, de igual se reciclará en la medida de posible.

5.12 RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Suministrar mediante los resultados de esta investigación una oportunidad de mejora al protocolo de manejo de historias clínicas en la IPS de baja complejidad de Cali.
- Brindar al cliente interno capacitaciones con respecto al trabajo de investigación.
- Generar una mejor calidad en la atención domiciliaria de los pacientes.
- Ofrecer a la comunidad una prestación de servicios acorde con sus necesidades.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1 Cronograma.

Tabla 3. Cronograma

ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica	X	X														
Realización del proyecto borrador			X	X	X											
Selección de las historias clínicas						X	X	X								
Recolección de datos									X	X	X					
Filtrado de la información												X	X	X		
Operacionalización de datos														X	X	
Análisis de Datos															X	X
Informe Final																X

Fuente: elaboración propia

5.13.2 Presupuesto.

Tabla 4. Presupuesto

ÍTEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	APORTES		TOTAL
				FUAA	ESTUDIANTE	
TALENTO HUMANO						
ASESOR (2)	Hora/docente	20	\$ 50.000	\$ 100.000		\$ 2.000.000
ESTUDIANTE (3)	Hora/docente	120	\$ 10.000		\$ 1.200.000	\$ 3.600.000
RECURSOS LOGÍSTICOS						
INTERNET	Hora/internet	30	\$ 1.000		\$ 30.000	\$ 90.000
LLAMADAS	Minutos	3	\$12.000		\$ 36.000	\$ 108.000
VIÁTICOS	Pasaje	30	\$ 9.000		\$ 270.000	\$ 810.000
CD	Unidad	4	\$ 1.500		\$ 6.000	\$ 6.000
REFRIGERIOS	Unidad	10	\$ 3.500		\$ 35.000	\$ 105.000
MATERIALES		1	\$ 50.000		\$ 50.000	\$ 150.000
IMPREVISTOS		1	\$ 300.000		\$ 300.000	\$ 300.000
TOTALES				\$ 100.000	\$ 1.927.000	\$ 7.169.000

Fuente: Elaboración propia

6. RESULTADOS

6.1 PLAN DE MEJORAMIENTO

Se realizó un trabajo de investigación con un equipo interdisciplinario de profesionales y la colaboración de los funcionarios de la institución, los usuarios y la información suministrada por ellos, utilizando como instrumentos: La normatividad, los protocolos, procesos y procedimientos de la entidad; al igual el conocimiento y la experiencia del grupo investigador en el tema objeto del presente trabajo, permite concatenar la información de manera integral del trabajo de investigación.

En el presente trabajo se determina como se encuentra la IPS de baja complejidad en el trabajo de investigación “ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI, presentando los resultados y finalizando con la tipificación de los hallazgos.

IPS de baja complejidad debe registrar el plan de mejoramiento que permita corregir y solucionar las deficiencias encontradas en el proceso de investigación.

Este plan debe contener las acciones que se implementaran por parte de la institución las cuales responde a las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo de investigación, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

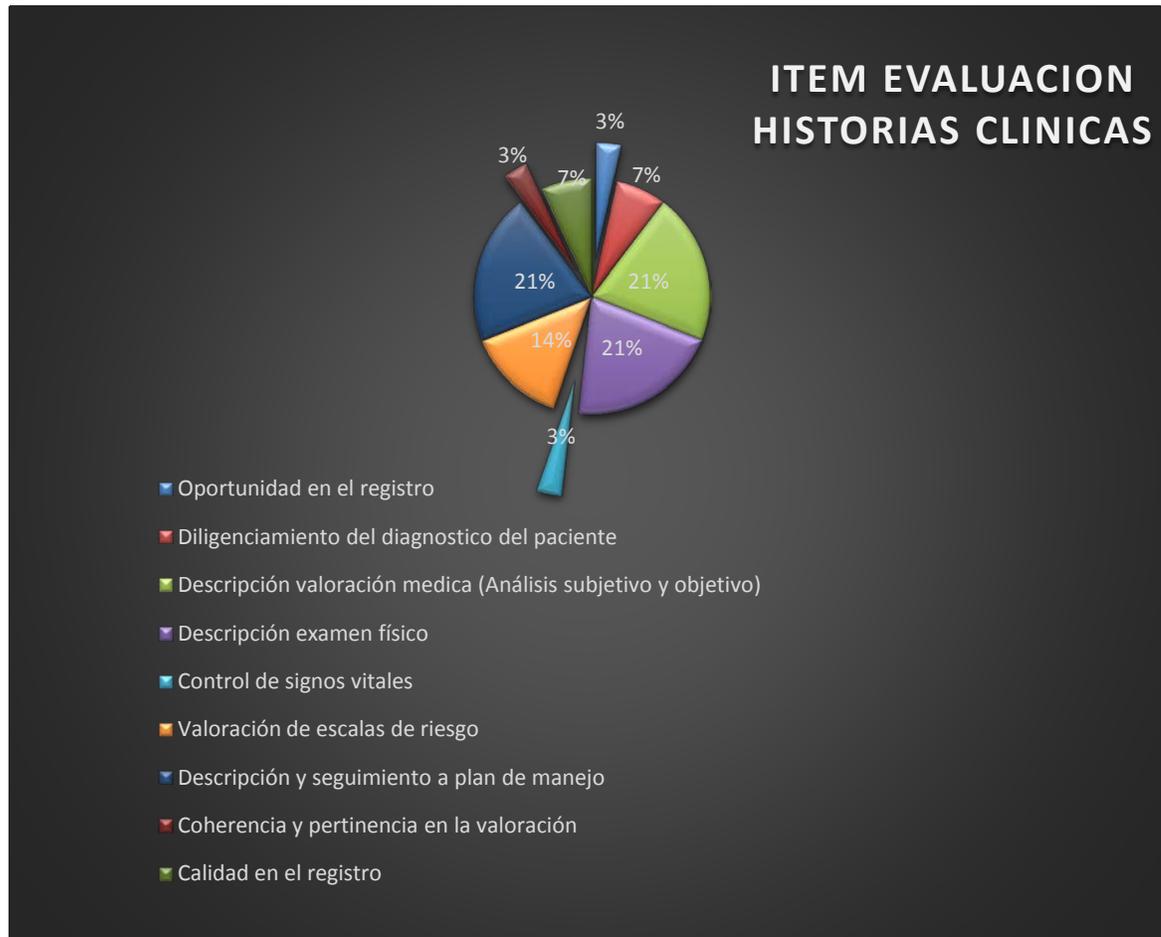
6.1.1 Control de resultados

Evaluación de historias clínicas

En la IPS de baja complejidad se realizó el trabajo de Investigación “ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2018, en la adherencia al protocolo de manejo de historias clínicas, por parte del personal médico, se evidencia en la evaluación de historias clínicas por ítems, que hay regular adherencia al protocolo con un 73% por parte del personal médico; encontrado 3 ítems con menor cumplimiento como: La oportunidad en el registro, control de signos vitales y coherencia y pertinencia en la valoración, evidenciando

solo el 3% del cumplimiento en los mismos, por parte del personal médico. Ver gráfico No 1 y No. 2.

Gráfica 1. IPS baja complejidad evaluación historias clínicas por ítems mayo de 2018



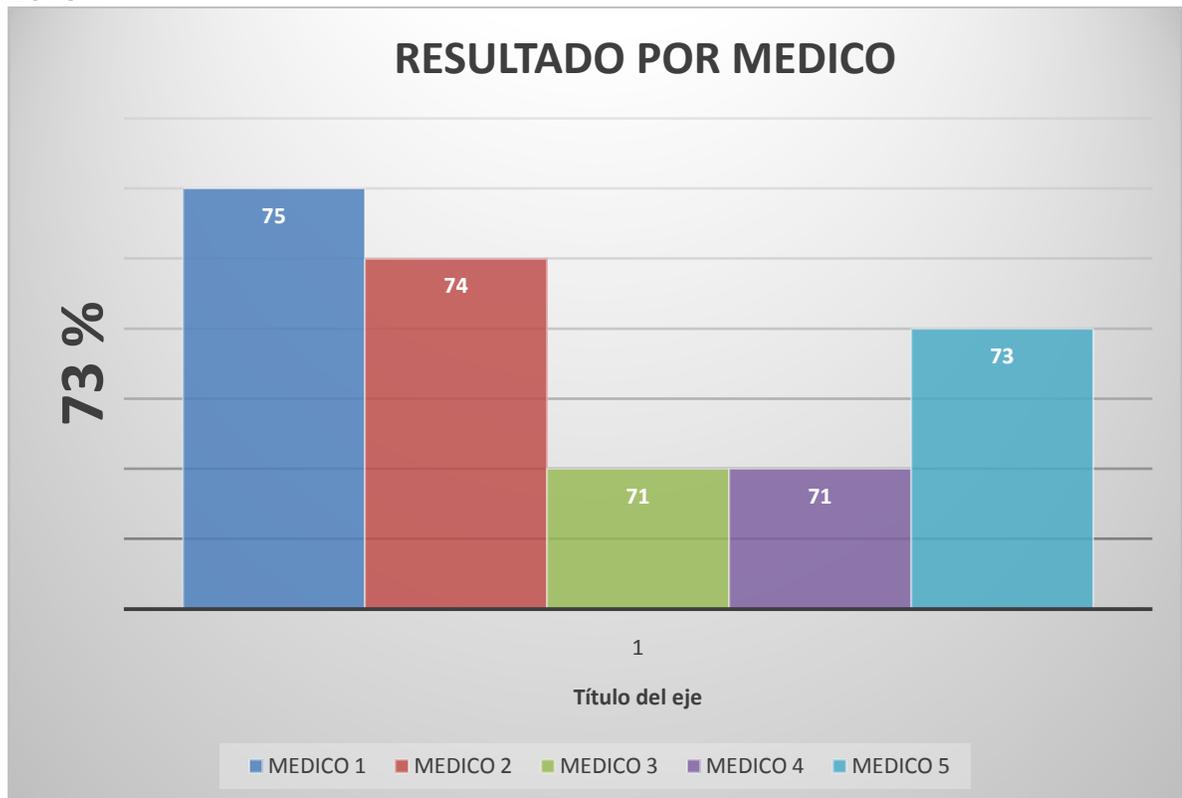
Fuente: elaboración propia

En la evaluación de historia clínicas el 91 % de los ítems de la evaluación de historias clínicas, participan de la siguiente manera: el 63% se encuentra representado: En la valoración y descripción médica (21 %), descripción examen físico (21 %) y descripción seguimiento a plan de manejo (21%), el 14 % corresponde a la valoración y estilo de riesgos y por último el 7% equivalerespectivamente, al diligenciamiento del diagnóstico del paciente y calidad en el registro.

Con respecto al 9 % de cumplimiento por parte de los médicos en la evaluación de las historias clínicas, se encontró que en 3 ítems se representan con menor

cumplimiento como: La oportunidad en el registro (3 %), control de signos vitales (3 %) y coherencia y pertinencia en la valoración, (3 %).

Gráfica 2. IPS baja complejidad evaluación historias clínicas por medico. Mayo 2018



Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico No. 2, en el mes de mayo de 2018, existe regular adherencia al protocolo de manejo de historias clínicas por parte del personal médico representado en el 73 % en promedio, donde se evidencia falencias en los ítems de oportunidad en el registro, control de signos vitales, coherencia y pertinencia en la valoración, siendo estos de vital importancia en el registro médico, para conocer el estado clínico real del paciente. Existen dos médicos en el cumplimiento de estos requisitos por debajo del promedio (71 %) y dos médicos por encima del promedio (74 % y 75 %) respectivamente.

Descripción de irregularidades administrativas en el control de resultados.

- Al realizar la evaluación de historias clínicas a los profesionales de la salud (médicos) durante el mes de mayo de 2018, se evidencia que no cuentan con oportunidad en el registro, ya que no se realiza de forma presencial ni en tiempo real con el paciente.

- Se evidencia que el ingreso inicial al programa agudos de hospitalización en casa, el médico realiza nota aclaratoria donde especifica que los datos pueden no corresponder al estado real del paciente, por ende, realizan el registro de los signos vitales tomados por la Enfermera de referencia en el ámbito intrahospitalario.
- Se observa que, al realizar la evaluación de manejo de historias clínicas, el personal médico utiliza abreviaturas de manera constante durante el registro, lo cual puede ocasionar errores o mal interpretación por parte del personal de salud a cargo de la atención del paciente.
- Se evidencia en la evaluación de manejo de historias clínicas, que el egreso de hospitalización para ingreso a Home Care lo realiza la enfermera; y se presentan reingreso de pacientes al ámbito hospitalario en menos de 24 horas.

6.1.2 Control de gestión.

6.1.2.1 Normas que lo regulan. Se observa que la empresa no está dando cumplimiento a la normativa referente con el diligenciamiento de las historias clínicas, protocolos y procedimientos. Ver normatividad 4.5.

6.1.2.2 Incidencia Asistencial y Administrativa. En el desarrollo del trabajo de investigación “ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA, EN EL PROGRAMA DE PACIENTES AGUDOS EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA CIUDAD DE CALI, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2018, en La IPS de baja complejidad, se determinó la calidad y efectividad en el manejo de los criterios de evaluación del protocolo de historias clínicas por parte de los médicos de la institución, determinando las incidencias financieras y del paciente. A continuación, se describe lo mencionado:

Tabla 5. Incidencias financieras y del paciente

Riesgo Financiero	La entidad se encuentra en riesgo al momento de una auditoria por la EPS, ya que puede generar glosa de las cuentas por falta de cumplimiento en la valoración médico-paciente, donde se debe hacer anamnesis del paciente en tiempo real y con valores actuales del mismo al momento de la valoración ya que el estado clínico del paciente puede ser variable e
-------------------	---

	inesperado.
Seguridad del paciente	La no valoración del paciente en tiempo real puede llevar a una falla terapéutica, ya que existe la posibilidad de reingreso al servicio de urgencias en menos de 24 horas, por desconocimiento o falta de un examen físico por parte del personal medico del hospital en casa, lo que implica retraso en la evolución clínica del paciente y probabilidades de presentar eventos adversos.

Fuente:

elaboración

propia

6.1.3 Plan de mejoramiento.

A continuación, se adjunta cuadro correspondiente al Plan de Mejoramiento propuesto para realizar por parte de la IPS de baja complejidad. Ver cuadro.

Tabla 6. Plan de mejoramiento

N° Hallazgo	Descripción	PLAN DE MEJORAMIENTO PROPUESTO				
		Acción Correctiva	Importancia Hallazgo	Objetivo	Metas	Medida Metas
1	Se evidencia que la evaluación de historias clínicas a los profesionales de la salud (médicos) se evidencia que no cuentan con oportunidad en el registro, ya que no se realiza de forma presencial ni en tiempo real con el paciente.	Retroalimentar al personal médico el protocolo de manejo de historias clínicas y la resolución 1995 1999.	ALTO			
2	Se evidencia que el ingreso inicial al programa agudos de hospitalización en casa, el medico realiza nota aclaratoria donde especifica que los datos pueden no corresponder al estado real del paciente, por ende, realizan el registro de los signos vitales tomados por la Enfermera de referencia en el	Retroalimentar al personal médico el protocolo de toma de signos vitales de la institución y protocolo de manejo de historias clínicas de la institución	ALTO			

	ámbito intrahospitalario.					
3	Se observa que, al realizar la evaluación de manejo de historias clínicas, el personal médico utiliza abreviaturas de manera constante durante el registro, lo cual puede ocasionar errores o mal interpretación por parte del personal de salud a cargo de la atención del paciente.	Retroalimentar al personal médico el protocolo de manejo de historias clínicas y la resolución 1995 1999 capítulo II artículo 5.	MEDIANO			
4	Se evidencia en la evaluación de manejo de historias clínicas, que el egreso de hospitalización para ingreso a home care lo realiza la enfermera; y se presentan reingreso de pacientes al ámbito hospitalario en menos de 24 horas	Se definirá el proceso de ingreso atención domiciliaria, donde, la enfermera de referencia realiza clasificación de pacientes que son aptos para ingreso a hospitalización en casa, y comentara al médico quien valora al paciente para egreso definitivo e ingreso atención domiciliaria	MEDIANO			

CONCLUSIONES

1. En la evaluación de los criterios de la historia clínica por parte de los médicos se detectó que el 91 % de los ítems se cumplen con respecto al manejo asistencial integral del paciente, seguimiento de los protocolos y diligenciamiento del diagnóstico del paciente y calidad de registro y con respecto al 9 % de cumplimiento, se encontró que en 3 ítems se representan con menor cumplimiento: La oportunidad en el registro, control de signos vitales y coherencia y pertinencia en la valoración.
2. Se determinó en el trabajo de investigación, que la información registrada en la historia clínica no es real, confiable y fidedigna, con respecto a la condición del paciente, la cual puede variar en dos días o más, se identificó registros de datos erróneos del paciente, registros retrospectivos de las notas de evolución de la prestación del servicio en la historia clínica registrado en el sistema, ausencia de documentos soportes en la misma y el copie y pegue de los registros del paciente.
3. No se está dando cumplimiento en la IPS de baja complejidad. Con relación al capítulo II de la resolución 1995 de 1999 Art 5.

RECOMENDACIONES

Retroalimentar al personal médico el protocolo de manejo de historias clínicas de la institución.

Aplicar el instrumento de evaluación de historias clínicas, socializar el comité de historias clínicas y vigilar que los resultados sean confiables y específicos por parte del área de calidad.

Retroalimentar al personal médico sobre la resolución 1995 de 1999 donde establece las normas para el manejo de historias clínicas las cuales son de obligatorio cumplimiento.

Implementar y cumplir el plan de mejoramiento, correspondiente a los resultados de la investigación a la adherencia del protocolo de manejo de historias clínicas, establecer su seguimiento y periodicidad.

Programar revisiones periódicas al cumplimiento del protocolo por parte del profesional de calidad, auditores y/o referente de seguridad del paciente.

Retroalimentar al personal médico de acuerdo a los hallazgos individuales en la evaluación de historias clínicas y velar por su cumplimiento.

Minimizar el impacto de riesgo financiero con respecto a las glosas y el riesgo al paciente con respecto a la prestación del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rincón CA. Manual de elaboración y adherencia a guías y protocolos. Cúcuta: E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz; 2012.
2. Resolución N°. 1995 de 1999. República de Colombia. Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
3. León-Molina J, Manzanera-Saura JT, López-Martínez P, González-Nieto L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos. *Enfermería Global*. 2010;19.
4. Prieto G, Chavarro MT. Notas de enfermería. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2003.
5. Ortega, C. Suarez, M. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. Estrategias para su aplicación . 2da Edición. México: Editorial Medica Panamericana S.A. 2009.
6. Cedeño, S. Guananga, D. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón. Tesis pregrado. Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería; 2013.
7. Gutiérrez, J. Esquen, O. Gómez E. Nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. Lima. Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé; 2012.
8. IETS. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Paginas/inicio.aspx>
9. Muñoz, O., De la Hoz, A. Desarrollo de guías de práctica clínica, Epidemiología clínica Investigación clínica aplicada. Editorial Médica Panamericana, Bogotá. 2015;2.p. 331-345.
10. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Alianza CINETS. Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. 2014. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentoscompartidos/Manual_de_implemencion.pdf.

11. Gagliardi, A. Brouwers, M. Palda, A. Lemieux-Charles, J.M. Grimshaw. How can we improve guideline use?. A conceptual framework of implementability. *Implement Sci.* BioMed Central Ltd., 2011;6, p. 26.
12. Grimshaw, J. Eccles, M. Thomas, R. MacLennan, G. Ramsay, C. Fraser C. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med.* 2006;5 p. 14-20.
13. Ramos E, Nava G, San Juan D. El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Arch Neurocienc.* 2011; 16(1):44-51.
14. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2008; 21 (2): 51-4.
15. Domic S. Importancia de los registros de enfermería. *Medwave.* 2004; 4(4):e2793. <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2004.04.2793>.
16. Padrón Chacón R. Historia Clínica. Su importancia. Capítulo 2. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/proped_clin_fisi_odont/cap02.pdf
17. Cuan Corrales M, Milpt Cala J, Urra Torres K, Gavira Agramonte JA. Historia clínica de Ortodoncia en la clase de inglés con fines específicos. *Rev Hum Med.* 2012;12(1): 75-91. Disponible en: 240ISSN 1028-9933 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000100007&lng=es
18. Puentes-Sánchez PR, Diaz-Nolazco MA, Diaz-Velez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo 2008-2010. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Alman Agui Asen.* 2012;5(2):5-10.
19. Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo H, Sotomayor-Salas J, Pajuelo-Carrasco G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An Fac Med.* 2014;75(3):251-257. [Links]
20. Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Carta al Editor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013;30(4):719-720. [Links]

21. Bocanegra-Garcia SM, Bocanegra-Garcia GE, Alvarado-Caceres VM. Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el Hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. *Rev Med Vallej.* 2007;5(2):115–124.
22. Gonçalves-Bradley DC1, Boylan AM2, Koshiaris C2, Vazquez Montes M2, Ford GA3, Lasserson DS. GPs' adherence to guidelines for structured assessments of stroke survivors in the community and care homes. *Fam Pract.* 2015 Sep 30.
23. Shazhan Amed, Kimberly Nuernberger, Patrick McCrea, Kim Reimer, Hans Krueger, Sema K. Aydede, Dieter Ayers, Jean-Paul Collet. Adherence to Clinical Practice Guidelines in the Management of Children, Youth, and Young Adults with Type 1 Diabetes—A Prospective Population Cohort Study. *The journal of pediatrics.* 2013. 163(2):543–548.
24. Raucci U1, Scateni S2, Tozzi AE3, Drago F4, Giordano U5, Marcias M2, Faa F2, Reale A2. The availability and the adherence to pediatric guidelines for the management of syncope in the Emergency Department. *J Pediatr.* 2014 Nov;165(5):967-72.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.06.064.
25. Valverde, A. Calidad de los registros de enfermería elaborados por las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima. Tesis Postgrado. Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2009.
26. Farfán, G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería . Tesis pregrado . Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería; 2013.
27. Holguín, Lyda, Arrivillaga Quintero , Cáceres Delcy , Varela, María Teresa Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial : efectividad de un programa de intervención biopsicosocial . 2006;5(3):535-548. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
28. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción . 2010 Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
29. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
30. Ministerio de la Salud . Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. N.T. No 022-MINSA/DGSP-V.02. Lima, 2005.

31. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica . 7ma. Edición. Vol. I. Editorial: McGraw – Hill – Interamericano. Madrid, España, 2005
32. Potter, P. Fundamentos de Enfermería: teoría y práctica. 5ta. Edición. Madrid - Barcelona: Editorial Harcourt Brace; 2002; p-66-87,512-535.
33. Construcción de un concepto universal de auditoría. Disponible en: <http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse1.html>
34. Ministerio de la protección social. Decreto número 1011 de 2006. 2006.
35. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud . Imprenta Nacional de Colombia. 2007. Disponible en http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ca/pautas_de_auditoria_mejoramiento_calidad_de_la_atenci%c3%93n_en_salud.pdf
36. Ministerio de la Protección Social . Sistema obligatorio de garantía de calidad , pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud . Minsalud; 2007.
37. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud . Imprenta Nacional de Colombia. 2007. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ca/pautas_de_auditoria_mejoramiento_calidad_de_la_atenci%c3%93n_en_salud.pdf
38. Kastner M., Bhattacharyya O., et al. Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines: a realist review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015;68(5):498–509.
39. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. *Médico de Familia* 2009; 17(2):21-26.
40. Ministerio de Salud . República de Colombia . Resolución No. 8430 de 1993. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/49217912/RESOLUCION-No-008430-DE-1993>.

ANEXOS

ANEXO A.

IPS DE BAJA COMPLEJIDAD	EVALUACIÓN HISTORIA CLÍNICA - MEDICOS	Código: FR-GMED-108
	Gestión Médica	Versión: 1 Fecha: Marzo 2018

NOMBRE DEL EVALUADO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
		NOMBRE DEL USUARIO	FECHA EVALUACIÓN								
		FECHA DEL SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL EVALUADOR	FECHA DEL SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL EVALUADOR	FECHA DEL SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL EVALUADOR	FECHA DEL SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL EVALUADOR	FECHA DEL SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL EVALUADOR
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO								
1	Oportunidad en el registro	10	-		0		0		0		0
2	Diligenciamiento del diagnostico del paciente	5	-		0		0		0		0
3	Descripción valoración medica (Análisis subjetivo y objetivo)	15	-		0		0		0		0
4	Descripción examen físico	15	-		0		0		0		0
5	Control de signos vitales	10	-		0		0		0		0

6	Valoración de escalas de riesgo	10	-		0	0	0	0
7	Descripción y seguimiento a plan de manejo	15	-		0	0	0	0
8	Coherencia y pertinencia en la valoración	10	-		0	0	0	0
9	Calidad en el registro	10	-		0	0	0	0
TOTAL		100						

