



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICA

Dora Elba Acosta de Duarte¹, Lilian Rossana Vera de Valdez²

Resumen

La información para el sistema de salud depende de los datos que generan los servicios de salud. De ahí la importancia que tiene, tanto para los establecimientos de salud como para el sistema de atención médica, la validez de la información obtenida en los registros. Los datos en el sector salud son importantes porque reflejan la realidad de la población asistida, es decir se puede realizar un diagnóstico de la situación de salud, además de detectar los sectores más vulnerables o en situación de riesgo, e implementar medidas y acciones correctivas. La realización de este trabajo surgió del interés de conocer los factores que hacen a la calidad de los registros de las historias clínicas. Es importante destacar ciertas características que hacen a la calidad de los registros de las historias clínicas: ésta debe ser completa, ordenada, legible y comprensible. Entre sus peculiaridades ineludibles, se pueden citar que su práctica es obligatoria, es irremplazable, es privada y pertenece al paciente, y es objetiva y veraz. En cuanto a la importancia, el expediente clínico, por su naturaleza y contenido, permite apreciar de manera clara y concisa el actuar del personal de salud, sirve como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuye para que ésta sea continua, es un medio de comunicación entre el médico y el personal de salud, que contribuye a la atención del paciente, proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del paciente e información para usos de investigación y docencia, contribuye al Sistema de Información, provee datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, regional y nacional, sirve de base para el estudio y la evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente y ayuda a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico. En lo que respecta a las deficiencias más frecuentes, se citan las administrativas, por incumplimiento de las normas para el registro de los datos y médicas que se relacionan con el procesamiento de los datos, diagnóstico médico, juicio clínico y la toma de decisión médica (diagnóstica, terapéutica y pronóstica).

Palabras clave: evaluación, calidad, registro, historias clínicas

¹ Lic. En Pedagogía. Magister en Educación Superior Universitaria, Especialista en Análisis de Gestión de Datos Estadísticos, Profesor Asistente FENOB-UNA Catedrática de Metodología del Trabajo Intelectual. Filial Coronel Oviedo. Ministerio de Salud Pública - Estadística Regional Quinta Región Sanitaria. Correspondencia: dacostadeduarte@hotmail.com

² Lic. en Enfermería, Profesora Asistente, Coordinadora de Investigación FENOB UNA Filial Coronel Oviedo. Encargada del Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias, Hospital Regional de Coronel Oviedo. Correspondencia: rossi.vera80@gmail.com

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF THE REGISTRY OF THE CLINICAL RECORDS

Dora Elba Acosta de Duarte¹, Lilian Rossana Vera de Valdez²

Abstract

The information for the health system depends on the data generated by the health services. Hence the importance of the validity of the information obtained in the records, both for health establishments and for the health care system. The data in the health sector are important because they reflect the reality of the assisted population, that is, a diagnosis of the health situation can be made, in addition to detecting the most vulnerable or at-risk sectors, and implementing corrective measures and actions. The realization of this work arose from the interest of knowing the factors that make the quality of the records of the clinical histories. It is important to highlight certain characteristics that make the quality of the records of the clinical histories: it must be complete, orderly, legible and understandable. Among its unavoidable peculiarities, it can be mentioned that its practice is mandatory, it is irreplaceable, it is private and belongs to the patient, and it is objective and truthful. Regarding the importance, the clinical record, due to its nature and content, allows a clear and concise appreciation of the actions of health personnel, serves as an instrument to plan patient care and contributes to its continuity, it is a means communication between the doctor and health personnel, which contributes to patient care, provides documented evidence on the course of the disease and patient treatment and information for research and teaching uses, contributes to the Information System, provides data for the programming, control and evaluation of health activities at the local, regional and national level, serves as a basis for the study and evaluation of the quality of care provided to the patient and helps to protect the legal interests of the patient, the hospital and of the medical body. With regard to the most frequent deficiencies, the administrative ones are cited, due to non-compliance with the rules for data recording and medical ones that are related to data processing, medical diagnosis, clinical judgment and medical decision making (diagnostic, therapeutic and prognostic).

Keywords: evaluation, quality, registry, medical records

INTRODUCCIÓN

La información para el sistema de salud depende de los datos que generan los servicios de salud. De ahí la importancia que tiene, tanto para los establecimientos de salud como para el sistema de atención médica, la validez de la información obtenida en los registros. Los datos en el sector salud son importantes porque reflejan la realidad de la población asistida, es decir se puede realizar un diagnóstico de la situación de salud, además de detectar los sectores más vulnerables o en situación de riesgo, e implementar medidas y acciones correctivas (1).

La información contenida en el expediente clínico se refiere a una persona, al sujeto materia de la intervención sanitaria, aunque los datos que en el mismo se plasman, no corresponden solamente al conjunto de signos y síntomas de la patología que lo aqueja, sino que también se deja huella del proceso de discernimiento que tiene el equipo sanitario respecto del padecimiento (2).

La historia clínica es el documento considerado como esencial para la asistencia médica y sanitaria, clave para el diagnóstico, el seguimiento de los enfermos, así como para orientar su tratamiento inicial el cual tiene implicancias legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos (3).

El expediente Clínico es una evidencia y registro organizado del proceso salud enfermedad, por lo tanto se considera como una base para el análisis de la calidad de atención. Es el medio de comunicación para el seguimiento de la atención. Es por lo tanto, una fuente de información primaria para la investigación clínica y la vigilancia epidemiológica (2).

La realización de este trabajo surgió del interés de conocer los factores que hacen a la calidad de los registros de las historias clínicas. La evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y es de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico.

La información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; favorece la investigación y docencia (4).

Los registros del expediente clínico son un medio de comunicación entre profesionales de la salud, el hecho de contar con fuentes de información completas, válidas, oportunas y con apego a la normatividad oficial vigente, es una necesidad incuestionable (5). Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia,

docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica (6).

La Historia Clínica o Expediente Clínico

La historia clínica es definida como el conjunto de documentos derivados de la relación médico/ paciente, que a partir de la segunda mitad del siglo XX se convirtió en el vínculo directo entre los usuarios y el hospital, en la atención primaria se le denomina historia de salud (7). Se define como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimientos para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (5). Es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal (8).

Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, la cumplimentación de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable (6).

Aspectos que hacen a la calidad de las historias clínicas

La calidad en su confección está condicionada por muchos factores. Por un lado, está el nivel de exigencia en las instituciones; por otro, el nivel de aprendizaje de los que la confeccionan. Los problemas que puedan suscitar en su confección, pueden ser atribuidos al desconocimiento, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto (9).

La historia clínica es imprescindible para prestar una asistencia médica de calidad en la medicina individual, y más aún en la medicina colectiva e institucional. El motivo que da lugar a su elaboración es siempre la asistencia y que ésta sea de calidad. La historia clínica tiene tanta importancia en la labor asistencial que está reconocida como un derecho del paciente y como un deber y un derecho del médico, que debe llevar a cabo con el tiempo y los medios necesarios para redactarla (10).

La historia clínica debe reunir unos elementos o requisitos para prestar una asistencia médica de calidad, y ejercer con efectividad el derecho y deber médico de realizarla. La historia clínica debe ser:

Completa: Debe reunir los datos obtenidos de la anamnesis, exploración personal, pruebas diagnósticas complementarias, juicio diagnóstico y tratamiento, así como los detalles de la evolución clínica del paciente, los especialistas a los que ha sido remitido, los documentos de consentimiento informado y los rechazos al tratamiento de los pacientes.

Ordenada: Todas las anotaciones deben aparecer en orden sucesivo y debidamente fechado. Los datos deben ser exactos y puestos al día (10).

Legible y comprensible: Uno de los defectos tradicionales de los galenos es la falta de claridad en su manuscrito. Esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsultas, sino para quien evalúa la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces u otros). Se evitarán las abreviaciones o siglas y las firmas irán acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello. Además, debe tener coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas del expediente clínico y lo que está ocurriendo con el enfermo. En la historia clínica es donde la destreza, los conocimientos y la experiencia del personal médico suelen ser puestas a prueba y con más rigor (7).

Importancia y repercusiones de la historia clínica

Actualmente, es de vital importancia tomar conciencia acerca del valor que adquiere el Expediente Clínico, por su naturaleza y contenido permite apreciar de manera clara y concisa el actuar del personal de salud, es una forma de comunicación con el resto del equipo médico, que ha estado, está y estará a cargo de la atención del paciente, constituye casi siempre la única vía de comunicación con el resto del personal que en diferentes turnos y diferentes especialidades suele atender a un mismo paciente, de tal manera que el Expediente clínico se convierte en un documento legal y en un documento probatorio en el caso de una denuncia, demanda o queja por responsabilidad médica (5).

La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente ante el juez. Hay dos tipos de documentos: solemne, cuando la ley impone que un acto se celebre por medio de un documento específico, como la venta de un inmueble o un consentimiento informado, y probatorio, cuando se constituye como objeto permanente de representación como medida de seguridad (historia clínica) (11).

La historia clínica debe ser un reflejo fidedigno de la evolución de la enfermedad; por ende, los datos incluidos no pueden ser alterados, falseados o simulados (7).

Respecto a su confección, una historia clínica ilegible y desordenada, perjudica tanto a médicos como a todo personal sanitario que intervenga en ella, además de contribuir desfavorablemente al proceso evolutivo del paciente. El proceso asistencial y docente puede dificultarse por los errores que se deriven de una inadecuada interpretación de los datos clínicos. Como prueba documental la historia clínica puede significar la absolución o la condena de quienes la confeccionen a conciencia o sin ella. Tiene un importante carácter docente por lo que se impone al profesorado la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (alumnos, internos y residentes) (9).

Debilidades o deficiencias más frecuentes

- Obviar especificar las razones por las cuales los pacientes solicitaron orientaciones médicas, por considerarlas comunes.
- Escribir de manera complicada, confusa, dando muchas vueltas, esto no solo dificulta leer su contenido, sino poder utilizarlo como fuente de datos para investigaciones futuras.
- No reflejar con nitidez el pensamiento o juicio clínico sobre la evolución y pronóstico de la persona atendida o examinada.
- Omitir resultados de exámenes complementarios u otras pruebas, realizados en la atención secundaria de salud, que dificultarían en el nivel primario continuar el seguimiento clínico, si así fuera preciso.
- Prescindir de los aspectos relacionados con el medio laboral o familiar del paciente, que pudieran influir positiva o negativamente sobre su recuperación. El médico debe considerar y estudiar al enfermo en su entorno, a fin de diagnosticar el proceso morboso y sus características individuales y ambientales, así como de adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes (7).

Se puede dividir las deficiencias en dos grandes grupos: **Administrativas**, por incumplimiento de las normas para el registro de los datos. **Médicas**, que se relacionan con el procesamiento de los datos, diagnóstico médico, juicio clínico y la toma de decisión médica (diagnóstica, terapéutica y pronóstica).

Causas que afectan la calidad

- La concepción puramente biomédica de la medicina con su tecnología sofisticada y su farmacología compleja.
- El crecimiento exponencial de los conocimientos y la información a emplear por el equipo de salud y la no utilización de métodos administrativos apropiados para la organización de éstos en el expediente clínico.
- La subestimación de gran parte de los médicos y profesores de la tecnología cognoscitiva y del método clínico.
- Sobrevaloración de los datos de las investigaciones médicas en detrimento de la relación médico-paciente, anamnesis y examen físico.
- Falta de supervisión y control de las historias clínicas en forma diaria y permanente.
- Aumento de las especialidades y la fragmentación incoordinada de la atención médica individual.

- Deficiencias organizativas y de dirección en muchos de los servicios médicos actuales (12).

La Historia Clínica en el Sistema de Salud de nuestro país

La Historia Clínica es parte del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS). Constituye un documento principal en un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que deriva su trascendencia como documento legal. Es el conjunto de documentos médicos constituidos por formularios estandarizados, se elabora cuando el paciente accede a un Servicio de Internación en el Establecimiento de Salud.

La Historia Clínica tiene los siguientes propósitos: sirve como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuye para que ésta sea continua, es un medio de comunicación entre el médico y el personal de salud, que contribuye a la atención del paciente, proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del paciente e información para usos de investigación y docencia, contribuye al Sistema de Información, provee datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, regional y nacional, sirve de base para el estudio y la evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente, ayuda a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico (13).

La Historia Clínica, deberá contener los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un usuario a lo largo del proceso asistencial.

Incorpora además los datos de antecedentes sanitarios personales y familiares, hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación (13).

Condiciones básicas del expediente clínico según normativas ministeriales

Integridad: Toda atención brindada al usuario, en cualquier área del establecimiento de salud, debe registrarse en los formularios estandarizados para el efecto, refrendados todos con nombre y apellido, firma, número de registro profesional, sello o identificación escrita de las personas responsables.

Exclusividad: Se refiere a la existencia de un Expediente Clínico único y específico para cada usuario en el establecimiento donde es atendido. Tiene carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el mismo acuda a la consulta o sea internado

Confidencialidad: El contenido del Expediente Clínico es confidencial y queda obligado a respetar esa condición todo aquél que por cualquier circunstancia tenga acceso al mismo. La violación de esta disposición se considerará falta grave para todos los efectos legales.

Formato Único: Se refiere a la existencia de un instrumento estandarizado del Expediente Clínico para el Subsistema de Información de Servicios de Salud (SSISS) del Sistema Nacional de Información en Salud.

Su uso a través de formularios estandarizados, contribuye a que se sigan las normas de atención establecidas y además de orientar la atención, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favoreciendo la recolección de datos homogéneos (14).

Necesidad de controlar la calidad de las historias clínicas

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. A modo de síntesis, se puede afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia (6).

Enfoques en la evaluación de las historias clínicas

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos:

Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de calidad. En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas se corrigen en un plazo de tiempo determinado.

Un segundo planteamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, si procede, en la futura elaboración de las historias. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias (6).

Evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas

La calidad de la historia clínica, piedra angular de todo el sistema de información hospitalario (6). La evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico. Como tal, la información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses

legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; favorece la investigación y docencia (4).

La auditoría médica se puede entender como el análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes. Es la evaluación de la calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas. En sí, la auditoría médica está íntimamente ligada a la calidad del cuidado médico (15).

La auditoría de historia clínica es la auditoría en el cual el objeto de estudio es la historia clínica y cuyos resultados dependen de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella (8).

Los objetivos fundamentales de la auditoría de historias clínicas son dos: Conocer la calidad del registro, verificando si se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que estén legibles y de acuerdo a los estándares de calidad. Conocer la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos denominados criterios de auditoría, los cuales son llamados referentes (leyes, normas técnicas, documentos institucionales etc.) a los cuales se compara la evidencia (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente) de la auditoría.

La evaluación de la calidad de atención de los pacientes en los servicios hospitalarios implica evaluar los registros y basado en éstos la atención médica propiamente dicha (15).

Clasificación de los estudios acerca de la calidad de la historia clínica

Según momento de la revisión:

Evaluación retrospectiva: En los hospitales la revisión se ha realizado tradicionalmente de forma retrospectiva tras finalizar la asistencia. Se realiza en el archivo de historias clínicas o en el seno de la comisión de historias clínicas y tiene la ventaja de que se revisa la historia completa, aunque se produce una demora en corregir o completar la documentación.

Evaluación concurrente: La revisión se realiza mientras el paciente está siendo atendido. Se realiza en la unidad de enfermería. Se ha comprobado que mejora el porcentaje de historias completas lo que facilita el uso de la información de las historias, si bien el coste es mayor, pues su implantación puede requerir personal adicional así como un espacio extra en el control de enfermería (6).

Según el ámbito o cobertura del análisis:

Revisión únicamente de determinados documentos: A determinados documentos de la historia clínica se le otorga una mayor importancia bien por constituir en sí mismos un resumen del resto, informe de alta, o por la trascendencia de los datos que en los mismos se registran, informe de la intervención, informe histopatológico.

Revisión de todos los documentos de la historia clínica: Se realiza la revisión de todos los componentes de la historia clínica.

Según la periodicidad:

Estudios puntuales: En determinadas situaciones o cuando no es posible la realización de una evaluación sistemática, se realizan estudios de calidad, siendo procesos de evaluación con objetivos muy definidos y limitados en el tiempo.

Monitorización: La monitorización es un caso especial en donde la revisión de historias se transforma en vigilancia sistemática y continuada de determinados parámetros establecidos a priori. Por tanto, consiste en una revisión permanente de determinados indicadores para los que se establecen niveles óptimos y donde se vigila permanentemente su cumplimiento.

Objetivos de la revisión

El objetivo de la revisión puede ser el establecimiento de un procedimiento que, de forma rutinaria, permita que se detecten y se corrijan los déficits en las historias revisadas. Otro objetivo puede consistir en la evaluación de la calidad de la documentación de las historias para detectar los déficits y proponer medidas correctoras para futuras situaciones (6).

Oportunidad para la mejora

De los resultados y análisis del estudio de Vargas Sánchez et al, se identificaron áreas de oportunidad a partir de las cuales se emiten las siguientes acciones para la mejora del cumplimiento de la normatividad y de la calidad del expediente clínico:

- Capacitar en materia de normatividad del expediente clínico al personal de salud del establecimiento médico.
- Revisión y actualización de los formatos con los que se elabora el expediente clínico verificando el apego a la normatividad y su aplicación práctica.
- Realizar semanalmente evaluación de estudios de casos a través de expediente clínico con la participación del equipo multidisciplinario.
- Incrementar la supervisión clínica a los médicos y personal de salud con mayor énfasis en los registros contenidos en el expediente clínico (5).

Conclusiones

La historia clínica es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis. Es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente, es una de las formas de registro del acto médico. Es parte del Sub-Sistema de Información de los Servicios de Salud (SSISS). Constituye un documento principal en un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que deriva su trascendencia como documento legal.

Es importante destacar ciertas características que hacen a la calidad de los registros de las historias clínicas: ésta debe ser completa, ordenada, legible y comprensible. Entre sus peculiaridades ineludibles, se pueden citar que su práctica es obligatoria, es irremplazable, es privada y pertenece al paciente, y es objetiva y veraz.

En cuanto a la importancia, el expediente clínico, por su naturaleza y contenido, permite apreciar de manera clara y concisa el actuar del personal de salud, sirve como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuye para que ésta sea continua, es un medio de comunicación entre el médico y el personal de salud, que contribuye a la atención del paciente, proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del paciente e información para usos de investigación y docencia, contribuye al Sistema de Información, provee datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, regional y nacional, sirve de base para el estudio y la evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente y ayuda a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

Además de ser el documento base de la asistencia sanitaria, se ha visto que el registro de las historias clínicas tiene múltiples implicaciones y que la falta de calidad puede afectar a todo el sistema de salud.

En lo que respecta a las deficiencias más frecuentes, se citan las administrativas, por incumplimiento de las normas para el registro de los datos y médicas que se relacionan con el procesamiento de los datos, diagnóstico médico, juicio clínico y la toma de decisión médica (diagnóstica, terapéutica y pronóstica).

Como consideración final es importante mencionar la importancia de que cada institución de salud, con cierta frecuencia, realice la evaluación y análisis de las historia clínicas para así disminuir las inconsistencias, así como también llevar a cabo capacitaciones en materia de normatividad.

Referencias Bibliográficas

- 1) Morelli ML. Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Maestría en Salud Materno Infantil; 2007.
- 2) Carmona Mejía B, Ponce Gómez G. Evaluación del expediente clínico integrado y de calidad en pacientes de cirugía programada. Rev CONAMED; 2014, 19 (3): 117-127.
- 3) Puestas Sánchez PR, Díaz Nolazco MA, Díaz Vélez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. 2008-2010. Rev. cuerpo méd; 2012, 5 (2): 5-10.
- 4) 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): 251-7.
- 5) Vargas Sánchez K, Pérez Castro Y, Vázquez JA, Soto Arreola MO. Cumplimiento de los indicadores del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC) Revista CONAMED; 2015, 20 (4): 149-159.
- 6) Renau J, Pérez Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos; 2001, 10 (1): 32-40.
- 7) Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Y, Chaveco Guerra I, Martínez Rondón M, Coello Agüero JM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico MEDISAN; 2010, 14 (7): 1017-1023. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445244018>
- 8) López Loor HV. Modelo para evaluación y análisis de historia clínica en auditoria medica de Solca Guayaquil". Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo de titulación examen complejo para la obtención del grado de magister en gerencia y administración de salud. Guayaquil – Ecuador; 2016.
- 9) González Rodríguez R, Cardentey García J. La historia clínica médica como documento médico legal. Rev Méd Electrón; 2015,37(6): 648-653. Disponible en:<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2881/1399>

- 10) Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Med Clin (Barc); 1999, 112: 24-28.
- 11) Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista Colombiana de Cirugía; 2012, 27 (1): 15-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355535148002>
- 12) Barreto Penié, J. (2000) La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo; 1 (1): 50-5.
- 13) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010) Instructivo para el llenado de la historia clínica. Dirección General de Información Estratégica en Salud – DIGIES.
- 14) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010) Manual de Normas y Procedimientos del Expediente Clínico. Del Subsistema de Información de Servicios de Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud – DIGIES.
- 15) Rocano, E. P. (2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Medico Intensivista. Servicio de Emergencia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Soc Peru Med Interna; 21 (2): 51-54.