

Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell

Auditing medical records: a tool to evaluate the quality of medical care.
Pediatric Hospital - Pereira Rossell Hospital

Auditoria do prontuário médico do paciente: uma ferramenta de avaliação da qualidade assistencial. Hospital Pediátrico Pereira Rossell

Ana Casuriaga¹, Gustavo Giachetto², Stella Gutiérrez³, Victoria Martínez⁴,
Ana García⁴, Fernanda Martínez¹, Nancy De Olivera⁵, Marie Boulay⁶

Resumen

Introducción: la auditoría médica es el análisis crítico y sistemático del proceso de atención que incluye los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de los recursos y los resultados de los mismos. Disponer de un sistema de auditoría constituye un instrumento de mejora continua de la calidad asistencial.

Objetivo: evaluar la calidad de las historias clínicas (HC) de los niños hospitalizados.

Material y método: estudio de corte transversal mediante revisión de HC de niños egresados de áreas de cuidados moderados de un centro de referencia entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2015. Variables analizadas: datos patronímicos, cuadrícula, curvas de crecimiento, antecedentes socioeconómicos, ingresos, evolución, prescripción, transcripción, diagnóstico al egreso, resumen de egreso. Se establecieron tres categorías: suficiente puntaje $\geq 80\%$, aceptable 60%-79%, insuficiente $< 60\%$. Se analizó la calidad de las HC en función de la edad,

estadía hospitalaria, diagnóstico al egreso y estación del año. Se realizó un muestreo aleatorio (prevalencia esperada de error 50%, precisión 5%, poder 80%) (N=385 HC). Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: de las 385 HC analizadas, 52% (202) correspondieron a varones, mediana de edad: 3 meses. Fueron suficientes 17%, aceptables 49,6% e insuficientes 33,4%. Las HC suficientes predominaron en menores de 1 año (21,5% vs 14%) y con estadía ≤ 3 días (21% vs 11%) $p < 0,05$. Las HC insuficientes predominaron en invierno (43% vs 29%, $p < 0,05$).

Conclusión: es necesario profundizar en el estudio de estos resultados mediante un análisis cualitativo. Resulta necesario implementar un sistema de auditoría de HC continuo y avanzar en el desarrollo de los registros electrónicos para mejorar la gestión clínica.

Palabras clave: Auditoría médica
Auditoría clínica
Calidad de la atención de salud
Registros médicos

1. Asistente Clínica Pediátrica. Facultad Medicina. UDELAR.
2. Prof. Clínica Pediátrica. Facultad Medicina. UDELAR.
3. Prof. Agda. Clínica Pediátrica. Facultad Medicina. UDELAR.
4. Posgrado Pediatría. CHPR.
5. Prof. Adj. Clínica Pediátrica. Facultad Medicina. UDELAR.
6. Pediatra. CHPR.

CHPR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Fecha recibido: 26 diciembre 2017.

Fecha aprobado: 6 agosto 2018.

<http://dx.doi.org/10.31134/AP.89.4.3>

Summary

Introduction: medical audits involve critical and systematic analysis of the medical care process, diagnostic and therapeutic procedures, the use of resources and the results obtained. Auditing systems provide tools for quality continuous improvement.

Objective: to assess the quality of medical records (HMR) of hospitalized children.

Material and methods: HMR cross-sectional study of children discharged from moderate care units at a reference hospital center between January 1 and December 31, 2015. Analyzed Variables: patients' personal data, grids, growth curves, socio-economic background, admissions, evolution, prescription, transcription, diagnosis at discharge, discharge Report 3 categories were devised: Sufficient score $\geq 80\%$, Acceptable 60-79%, Insufficient $< 60\%$. HMR's quality was analyzed by age, hospitalization time, diagnosis at discharge and season of the year. Random sampling was carried out (expected error prevalence 50%, accuracy 5%, power 80%) (N=385). $P < 0,05$ was considered significant.

Results: Out of 385 HMRs analyzed, 52% (202) were boys, median age 3 months-old. 17% were sufficient, 49.6% were acceptable and 33.4% were insufficient. Sufficient HMRs were predominant in children of less than 1 year-old (21,5% vs 14%) which had a hospitalization time of ≤ 3 days (21% vs 11%) $p < 0.05$. Insufficient HMRs were predominant in Winter (43% vs 29%. $p < 0.05$).

Conclusion: A qualitative analysis is needed in order to reinforce the analysis of these results. It is important to implement a continuous HMR auditing system in order to make progress regarding the development of electronic records as a tool to improve the clinical management systems.

Key words: Medical audit
Clinical audit
Quality of health care
Medical records

Resumo

Introdução: a auditoria médica é a análise crítica e sistemática do processo de cuidado da saúde, e inclui procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o uso de recursos e seus resultados. Ter um sistema de auditoria é um instrumento para melhoria contínua da qualidade do cuidado da saúde.

Objetivo: avaliar a qualidade dos prontuários eletrônicos das crianças hospitalizadas.

Métodos: estudo transversal do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) de pacientes descarregados das áreas de cuidado moderado dum centro de referência entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2015. As variáveis analisadas foram: dados pessoais dos pacientes, curvas de crescimento, antecedentes socioeconômicos, renda, evolução, prescrição, transcrição, diagnóstico e resumo no momento da alta hospitalar. Três categorias foram estabelecidas: Escore Suficiente $\geq 80\%$, Aceitável 60-79%, Insuficiente $< 60\%$. A qualidade do PEP foi analisada em quanto à idade, permanência hospitalar, diagnóstico na alta e estação do ano. Foi realizada uma amostragem aleatória (prevalência esperada de erro de 50%, precisão de 5%, poder de 80%) (N = 385 PEP). Considerou-se significativo $p < 0,05$.

Resultados: dos 385 PEP analisados, 52% (202) foram do sexo masculino, e a mediana da idade 3 meses. Suficientes 17%, Aceitáveis 49,6% e Insuficientes 33,4%. Os PEP foram suficientes majormente nas crianças menores de 1 ano (21,5% vs. 14%) e que tinham permanecido ≤ 3 dias no hospital (21% vs. 11%) $p < 0,05$. Os PEP foram Insuficientes majormente no inverno (43% vs. 29%, $p < 0,05$).

Conclusão: é necessário aprofundar o estudo desses resultados através de uma análise qualitativa. Se deve implementar um sistema contínuo de auditoria de PEP e avançar no desenvolvimento dos Prontuários Eletrônicos para melhorar o gerenciamento clínico dos hospitais.

Palavras chave: Auditoria Médica
Auditoria clínica
Qualidade da assistência à saúde
Registros médicos

Introducción

La historia clínica (HC) es el documento que refleja no solo la práctica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente^(1,2).

Es un instrumento básico para lograr el buen ejercicio sanitario, dado que proporciona una visión completa y global del paciente⁽¹⁻³⁾.

El objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no obstante implica también otros aspectos extraasistenciales, tales como:

- Evaluación de la calidad asistencial: al tratarse de un reflejo de la relación médico-paciente, así como de la actuación médico-sanitaria prestada, su estudio y valoración permiten establecer el nivel de calidad asistencial.
- Administrativa: la HC es un elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- Médico-legal: constituye un elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional.
- Docencia e investigación: a partir de las mismas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

Su práctica es obligatoria: ningún acto médico debe efectuarse sin su correspondiente registro. En las instituciones de salud se exige la HC como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad⁽¹⁻⁴⁾.

La HC es única, irremplazable, privada, y pertenece al paciente, lo que involucra los conceptos de confidencialidad y secreto profesional. A pesar de ello, debe facilitarse, en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad^(5,6).

Se define auditoría médica como el análisis crítico, sistemático y dinámico de la calidad del acto médico, incluyendo los procedimientos diagnósticos y las decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad en los servicios de salud. Aquella auditoría cuyo objeto de estudio es la HC y sus resultados se denomina auditoría de HC⁽⁵⁻⁷⁾.

La misma tiene carácter confidencial y está comprendida dentro del secreto médico.

La calidad de la HC es la conformidad de esta a unos parámetros ya establecidos que incluyen: su aspecto formal, su contenido y el resumen del egreso. Una HC de calidad siempre responderá a una buena calidad asistencial, pero una buena calidad asistencial no siempre quedará reflejada en la HC de la práctica hospitalaria⁽⁴⁻⁷⁾.

Se requiere un sistema de auditoría para garantizar que la HC sea un documento que reúna la totalidad de la información acerca de la atención prestada al paciente para fines legales, asistenciales, docentes y de gestión hospitalaria⁽⁴⁻⁷⁾.

En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) la HC que se utiliza en el sector de internación de cuidados moderados (CM) fue incorporada en la década de 1990.

En los últimos años se han evidenciado dificultades en el registro vinculadas, entre otras cosas, a falta de actualización y adecuación de la misma. Debido a estos déficits se justifica realizar una etapa de auditoría de HC, lo cual permitirá conocer la situación actual de los registros médicos en el sector de internación y contribuir a enriquecer la reestructura de la misma.

Objetivo

Evaluar la calidad asistencial a partir de la auditoría de HC de los pacientes ingresados en el sector de CM del HP-CHPR.

Objetivos específicos

Identificar los déficits y errores en los registros médicos que conllevan a una mala calidad de las HC.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con aplicación de una auditoría cuantitativa de las HC de los pacientes egresados del sector de CM del HP-CHPR en el período comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2015.

Considerando una prevalencia esperada de error en las HC de 50%, una precisión de 5% y un poder de 80%, se estimó que la muestra debía contar con al menos 385 HC. La selección de la muestra se realizó en forma aleatoria utilizando el programa Epi Info 6.04.

La fuente primaria de datos fueron las HC. Para la recolección de datos se utilizó una ficha precodificada, que se adjunta en el anexo 1.

Se registraron las siguientes variables: datos patronómicos, cuadrícula, crecimiento, antecedentes socioeconómicos, ingreso a la guardia y a sala, evolución, prescripción y transcripción, resumen de egreso, diagnóstico al egreso. Se consignó, además, la legibilidad, uso de correctores o borradores, o ambos, identificación del paciente (nombre o número de registro en cada hoja), identificación del médico (nombre o caja profesional legibles).

Cada variable fue evaluada como completa, incompleta y no consta o no corresponde. Se consideró completa cuando se obtuvo un puntaje de 100%, incompleta

entre 51%-99%, no consta $\leq 50\%$ y no corresponde cuando por motivos como edad, patología u otra causa no correspondía llenar ese ítem.

En función del puntaje global se establecieron tres categorías para evaluar la calidad de la HC: suficiente puntaje $\geq 80\%$, aceptable 60%-79%, insuficiente $< 60\%$.

Se analizó la calidad de las HC en función de la edad (< 1 año, 1 a 14 años), estadía hospitalaria (≤ 3 días, > 3 días), diagnóstico al egreso y estación del año (invierno, resto de las estaciones).

Las variables continuas se describieron mediante media y rangos y las discretas con frecuencias absolutas y porcentajes (relativas). Para la comparación de proporciones se utilizó el test de χ^2 .

El análisis de datos se realizó con el programa Epi Info 6.04. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la institución. Se resguardó el anonimato y la confidencialidad de la información.

Resultados

Se realizó la auditoría de 385 HC, de las cuales el 17% (66/385) obtuvieron un puntaje suficiente ($\geq 80\%$); 49,6% (191/385) aceptable (60%-79%), y 33,4% (128/385) insuficiente.

De las historias analizadas, el 52% (202/385) eran de sexo masculino y la media de edad fue de 3 meses (rango 7 días a 14 años). El 44% (168/385) eran menores de 1 año; 43% (166/385) tenían entre 1 y 9 años, y 13% (51/385) entre 10 y 14 años.

La media de estadía hospitalaria fue de 3 días (rango 1-120). En el 57% (218/385) la estadía hospitalaria fue ≤ 3 días.

La proporción de HC suficientes fue significativamente superior en niños menores de 1 año y con estadía hospitalaria ≤ 3 días ($p < 0,05$).

El 30% (117/385) de los pacientes ingresó en los meses de invierno; de ellos, el 10% (12/117) tuvo un puntaje suficiente versus el 20% (54/268) de ingresados en otras estaciones del año ($p < 0,05$).

Los diagnósticos al egreso más frecuentes estuvieron relacionados con patología respiratoria 58% (194/385); psicosocial 9% (35/385), y digestiva 3% (13/385). El 89% (172/194) de las HC con patología respiratoria fueron insuficientes ($p < 0,05$). No se observaron diferencias significativas al considerar otros diagnósticos frecuentes.

Al analizar los diferentes componentes de la HC se registraron los siguientes resultados: los datos patronímicos estaban completos en 32% (122/385), las curvas de crecimiento eran acordes a edad y sexo, y se encontraban en la HC en 5% (19/385).

La cuadrícula estaba incompleta en 98% (378/385), siendo los ítems más frecuentemente ausentes: controles vitales en 80% (302/378); talla en 59% (222/378); medicación en 77% (290/378), y evolución del peso en los menores de 2 años en 49% (186/378).

El ingreso a la guardia fue completo en 20,5% (79/385) y la sección de antecedentes socioeconómicos en 34,5% (133/385).

Las indicaciones fueron incompletas en 96% (368/385), vinculadas fundamentalmente a ausencia de hora y fecha de la indicación en 81% (300/368) y a uso de correcciones inadecuadas en 60% (220/368).

Con respecto a las características generales de la HC, la letra era ilegible en 78% (301/385); se utilizaron correctores en 58% (224/385), y la identificación del médico con nombre y número de caja profesional legibles estaba presente en 33% (127/385).

Las frecuencias y las principales características de las HC auditadas se muestran en las tablas 1 y 2.

Discusión

La implementación de un sistema institucional de auditoría de HC con revisiones sistemáticas y periódicas repercute positivamente en la calidad asistencial de un prestador de salud con impacto directo en el cuidado de los pacientes así como en las prácticas de los profesionales involucrados^(8,9).

En la auditoría realizada se observó un porcentaje de HC insuficientes inferior al porcentaje de error estimado de 50% e inferior al referido en comunicaciones internacionales de procesos de auditoría⁽¹⁰⁾. A pesar de estos hallazgos el porcentaje de HC suficientes o con puntaje óptimo fue bajo. Los motivos a los que pueden ser atribuidos estos hallazgos son múltiples. Es necesario realizar un análisis crítico de los mismos teniendo en cuenta, entre otras cosas, el tipo de auditoría seleccionada. El análisis de las HC puede realizarse en forma cualitativa o cuantitativa. El análisis cualitativo es una evaluación en la que se analiza el contenido informativo de la historia, por lo tanto tiene una importante carga de subjetividad. En el presente trabajo fue realizado un análisis cuantitativo. El mismo tiene como objetivo detectar omisiones o déficits evidentes habitualmente corregibles fácilmente en el desarrollo de la actividad hospitalaria para lograr HC más completas. Es un análisis objetivo que comprende la revisión de los siguientes aspectos de la HC: correcta identificación del paciente en todos los documentos, presencia de todos los componentes de la historia, orden y grado de cumplimentación, autenticación de los registros con anotaciones fechadas y firmadas y prácticas o uso correcto de anotaciones, lo

Tabla 1. Características de las hospitalizaciones registradas en las historias clínicas auditadas (N = 385).

Características	Suficiente (≥80%) n (%)	Aceptable (60%-79%) n (%)	Insuficiente (<60%) n (%)	p
Calidad de la historia clínica	66 (17)	191 (49,6)	128 (33,4)	-
Edad (años)				
< 1	36 (21,5)	68 (40,5)	64 (38)	<0,05*
1-14	30 (14)	124 (57)	63 (29)	
Estadía (días)				
≤3 días	47 (21)	95 (44)	76 (35)	<0,05 *
>3 días	19 (11,5)	96 (57,5)	52 (31)	
Invierno				
Sí	12 (10)	55 (47)	50 (43)	<0,05*
No	54 (20)	136 (51)	78 (29)	
Diagnósticos				
Asma - BQ	12 (6)	10 (5)	172 (89)	<0, 05
Psicosocial	5 (14)	2 (6)	28 (80)	NS
Gastroenteritis	4 (31)	1 (7)	8 (62)	NS

que comprende la legibilidad y la adecuada corrección de errores^(4-6,9).

Al analizar los resultados y los posibles factores que pueden influir en los mismos se destaca que en los lactantes se constataron porcentajes significativamente mayores de suficiencia que en niños mayores de 1 año. A pesar de ello, una proporción muy importante de las HC de este grupo etario es insuficiente, por lo que estos hallazgos constituyen un insumo valioso para generar un plan de mejoras con especial énfasis en los grupos más vulnerables.

Se observó una diferencia significativa en la suficiencia de las HC de los pacientes con estadías ≤3 días. Considerando estos hallazgos se podría interpretar que la prolongación de la estadía hospitalaria repercute negativamente en la calidad de los registros de estos niños, que probablemente, además, tengan condiciones o patologías más complejas. Esto refuerza la importancia de contar con un sistema continuo de auditoría que permita identificar los déficits y corregirlos.

Se observaron diferencias en los registros vinculadas a la estación del año (invierno) y patología respiratoria. En ambos casos el porcentaje de HC insuficientes fue superior, probablemente vinculado este hecho a la sobrecarga de trabajo y a la mayor demanda asistencial que ocurre en los meses de invierno, cuan-

do las infecciones respiratorias presentan un claro predominio⁽¹¹⁾.

Un alto porcentaje de las HC no tenían incorporadas las curvas de crecimiento y presentaban déficits en el registro de datos antropométricos, por ejemplo talla y evolución diaria del peso. Estas omisiones impiden la realización de una correcta evaluación nutricional del paciente hospitalizado, que presenta habitualmente un mayor riesgo nutricional. En estudios realizados en otros centros se comunican déficits similares en cuanto al registro de estos datos⁽¹²⁾.

En la cuadrícula estuvieron ausentes en forma frecuente los controles vitales, lo que coincide con otras publicaciones al respecto^(6,9). Por otro lado, se destaca la ausencia de control de peso en los niños menores de 2 años y la medicación utilizada, teniendo en cuenta que se trata de un centro de referencia nacional donde se realiza la capacitación y formación de profesionales en múltiples áreas, incluyendo enfermería.

Los ingresos a sala fueron en su mayoría completos. Esto podría explicarse porque son realizados en forma electrónica, lo que mejora la legibilidad, la organización de la información y en muchos casos al estar precodificado evita omisiones⁽⁶⁾.

En las indicaciones médicas, el déficit más frecuente fue la hora y fecha de la indicación. Esto es coincidente

Tabla 2. Ítems evaluados en la auditoría de historias clínicas (N = 385).

	Completo n (%)	Incompleto n (%)	No consta n (%)
Datos patronímicos	122 (32)	185 (48)	78 (20)
Curvas de crecimiento	19 (5)	–	366 (95)
Cuadrícula	7 (2)	116 (30)	262 (68)
Ingreso a la guardia	79 (20,5)	243 (63)	63 (16,5)
Antecedentes socioeconómicos	133 (34,5)	59 (15)	193 (50,5)
Ingreso a sala	305 (79)	56 (15)	24 (6)
Evolución	27 (7)	287 (74,5)	71 (18,5)
Indicaciones	17 (4)	368 (96)	0
Transcripción	79 (20,5)	281 (73%)	25 (6)
Resumen del egreso	23 (6)	337 (87,5)	25 (6,5)

con otras comunicaciones al respecto, como la realizada por Gutiérrez y colaboradores en el año 2011, donde se informan porcentajes de error similares⁽¹³⁾. El uso de correcciones inadecuadas en la prescripción fue un error frecuente. En base al elevado porcentaje de error, vinculado fundamentalmente a la omisión de datos, será necesario reforzar las estrategias de prescripción de los profesionales de la institución, concientizando, entre otras cosas, acerca de la forma adecuada de realizar enmiendas dado que se trata de un documento médico legal.

Finalmente se destaca el alto porcentaje de ilegibilidad, lo que perjudica tanto al médico en su labor asistencial como al paciente por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la HC. La ilegibilidad ha sido previamente destacada en comunicaciones internacionales como una característica frecuente^(5,6).

A pesar de los múltiples factores externos que puedan influir en el correcto llenado de la HC, resulta evidente que el porcentaje de error encontrado fue elevado. El análisis de estos datos genera un insumo que servirá como base para planificar e implementar planes de mejora de la HC.

La implementación de un sistema de auditoría de HC contribuye a mejorar la calidad de la asistencia a nivel institucional y por ende también individual. Permite identificar fortalezas, eliminar o corregir defectos, acercarse al nivel de excelencia, provocar los cambios necesarios en los hábitos de trabajo para conseguir las mejoras e involucrar a los profesionales en los objetivos e in-

tereses de la mejora de la calidad sin interferir en su trabajo y teniendo en cuenta sus necesidades⁽⁵⁻⁹⁾.

La revisión de la literatura internacional muestra que las intervenciones de auditoría son sostenibles y permiten obtener resultados satisfactorios cuando existe una retroalimentación continua. El impacto de la retroalimentación en la práctica clínica depende de la modalidad de retroalimentación (pasiva o activa) del receptor de la información así como del momento en el cual se realiza. En comunicaciones previas se ha concluido que es más probable que la retroalimentación genere un verdadero impacto en las prácticas asistenciales si la información se presenta cerca del momento de la toma de decisiones y los médicos acordaron previamente revisar su práctica. Por otro lado, se postula que con respecto a la modalidad de retroalimentación las reuniones instructivas interactivas tienen efectos moderados sobre la práctica profesional frente a las reuniones instructivas didácticas que tienen poco o ningún efecto sobre la misma^(9,13-17).

Será necesario promover a propósito de esta experiencia la implementación progresiva de un sistema de auditoría continua de HC institucional y evaluar de esa forma el impacto de las estrategias de mejora en la calidad de los registros.

Agradecimientos

El equipo investigador agradece a la Dirección del Hospital Pediátrico y al Departamento de Registros Médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por su colaboración.

Referencias bibliográficas

- Gómez R, González M.** Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA: Cabecera. [Monografía de postgrado]. Bucaramanga: Universidad CES, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, 2008. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/308/2/evaluacion_calidad_historias_clinicas_.pdf. [Consulta: 2 febrero 2016].
- Guzmán F, Arias C.** La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir* 2012; 27(1):15-24. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf. [Consulta: 2 febrero 2016].
- Castro I, Gámez M.** Historia Clínica. En: Gamundi MC, coord. Farmacia hospitalaria: tomo 1. Madrid: SEFH, 2002:295-305. Disponible en: <https://www.sefh.es/biblioteca/virtual/ftomo1/cap22.pdf>. [Consulta: 4 febrero 2016].
- Renau J, Pérez I.** Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pap Méd* 2001; 10(1):32-40. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca-0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>. [Consulta: 1 marzo 2016].
- Velito A, Tejada S.** La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Buenos Aires: Hospital Alemán, 2010.
- Antolínez J, Espinosa S, Marín A, Olarte S, Salazar P.** Herramienta para la auditoría de calidad del registro en las historias clínicas. [Monografía de postgrado]. Medellín: Universidad CES, Facultad de Medicina - Posgrado en auditoría en salud, 2009.
- Rezzónico R.** La historia clínica. En: Rezzónico R, Menzica C, Rezzónico M. Auditoría médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2016:91-112.
- Foy R, Eccles M, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw J, Baker R.** What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2005, 5:50. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/50> [Consulta: 12 julio 2017].
- Llanos L, Navarro G.** Auditoría Médica de Historias Clínicas en consulta externa de cuatro Hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered* 2006; 17(4):220-6.
- Bastidas M, Benavides E, Mera J.** Auditoría a la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia para el año 2012. [Monografía de postgrado]. Popayán: Universidad EAN, Facultad de postgrados especialización en administración hospitalaria, 2013.
- Noli P, Geymonat M, Bustelo E, Muñoz J, Saibene S, Dall'Orso P, et al.** Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell: características clínicas y terapéuticas. *Arch Pediatr Urug* 2012; 83(4):244-9.
- Bentancourt Y, Espino R, Reyes Y, del Pozo D.** Calidad de la atención nutricional en el paciente pediátrico hospitalizado. *Rev Cubana Pediatr* 2012, 84(2):265-74. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v84n3/ped07312.pdf>. [Consulta: 14 julio 2017].
- Gutiérrez S, Mogni A, Berón A, Iramain R.** Errores de medicación en niños hospitalizados. *Arch Pediatr Urug* 2011; 82(3):133-40.
- Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M.** Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991; 303(6799):398-402.
- Ortega JM.** La auditoría médico-clínica (III): Facetas. *Med Clin (Barc)* 1995; 104(1):25-8.
- Davis D, Thompson M, Oxman A, Haynes R.** Changing physician performance: a systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274(9):700-5.
- Kelman S.** The problem of doctor performance. En: Kelman S. Improving doctor performance: a study in the use of information and organizational changes. New York: Human Science Press, 1980:13-43.

Correspondencia: Dra. Ana Casuriaga.
Correo electrónico: anitacasuriaga7@gmail.com

Anexo 1. Lista de chequeo para auditoría de historia clínica

		Completo	Parcialmente completo	No consta	No corresponde	Puntaje
Datos patronímicos	Nombre y apellido Número de HC Fecha de nacimiento Domicilio Teléfono Peso al nacer:					
Cuadrícula	Peso Evolución del peso: Talla Perímetro craneano Tax Medicación FR Fc					
Curvas de crecimiento	Adecuadas a edad y sexo Esta señalado el percentil de crecimiento PA					
Ingreso a la guardia	Hora y fecha: Motivo ingreso: Enfermedad actual: A. personales, AF, AA: Examen físico: En suma (IC y Dg): Paraclínica: Plan terapéutico:					
Hoja de antecedentes socioeconómicos completa						
Ingreso a la sala	Hora y fecha: Motivo del ingreso: Enfermedad actual: A. Personales, AF, AA Examen físico En suma (IC y Dg) Paraclínica Plan terapéutico					

Evolución diaria: Fecha y hora: Acotada a la patología: Interpretación de la paraclínica: Conducta explicativa: Interconsultas:					
Indicaciones prescripción: Fecha y hora: Higiénico dietético: Farmacológicas: Nombre genérico Unidades Intervalo Dosis Vía de administración En caso de corrección adecuado					
Transcripción Fecha y hora Cumplimiento adecuado de la indicación En caso de corrección, adecuada					
Resumen del egreso Datos patronímicos completos Acorde a la patología Diagnóstico definitivo Indicaciones al alta Pendientes Control ambulatorio coordinado Derivaciones(interconsultas, planes sociales) Riesgo si corresponde Firma, aclaración y CJP médico					

	Sí	No	Puntaje
La HC contempla las siguientes características: Información con letra clara y legible Incluye uso de correctores o borradores Identificación del paciente: nombre y/o número de registro en todas las hojas Identificación del médico: nombre y/o caja profesional legibles			