



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Administración de la Salud

**CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLINICAS EN EL AREA DE HOSPITALIZACION DEL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2019**

**Trabajo de Investigación para optar el Grado Académico de
Bachiller en Administración de la Salud**

AYITA CARHUAMACA SALVADOR

MERLY CONCEPCION QUISPE CHUMPITAZ

MARILUZ RODRIGUEZ DE LA CRUZ

Asesor:

Mg. Zoel A. Huatuco Collante.

Lima - Perú

2019

INDICE

Contenido

| | |
|--|-------------------------------|
| 1. Introducción | 3 |
| 1.1. Problema de investigación. | 3 |
| 1.1.1. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.1.2. Formulación de problema | 4 |
| 1.1.3. Justificación de la investigación. | 4 |
| 1.2. Marco Referencial | 6 |
| 1.2.1. Antecedentes | 6 |
| 1.2.2. Bases Teóricas | 9 |
| 1.3. Objetivos e hipótesis | 19 |
| 1.3.1. objetivos | 19 |
| 1.3.2. Hipótesis | 19 |
| 2. Método | 20 |
| 2.1. Tipo y diseño de investigación | 20 |
| 2.1.1. Tipo de investigación | 20 |
| 2.1.2. Diseño de investigación | 20 |
| 2.2. Variables | 20 |
| 3. RESULTADOS | 29 |
| 3.1 Presentación de resultados | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3.2 Discusión..... | 38 |
| 3.3 Conclusiones..... | 43 |
| 3.4 Recomendaciones | 44 |
| 3.3 Conclusiones | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3.4 Recomendaciones | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4. Bibliografía | ¡Error! Marcador no definido. |

1. Introducción

1.1. Problema de investigación.

1.1.1. Planteamiento del problema

La historia clínica fue introducida en el Sistema de Salud cuando se suscita el primer caso de enfermedad en el ser humano y por consiguiente todo los síntomas y signos son plasmados en este documento, por ello es una herramienta médico - legal muy importante de atención, además esta herramienta es un medio formal para transmitir información entre los médicos tratantes, por otro lado la historia clínica además de ser una herramienta médico – legal, es considerado también un indicador para evaluar la calidad asistencial, se utiliza para la docencia e investigación y como objetivo administrativo ya que permite vigilar toda aquellas prestaciones tanto asistenciales como administrativas en los establecimientos de salud, por tal motivo es de suma importancia su registro correcto.

En la actualidad, ya existen estudios relacionados con “la calidad de registro de las historias clínicas” tanto Nacional, Latinoamericano e internacional. A nivel Latinoamericano un estudio realizado en Bolivia muestra que el 46,9% de las historias clínicas auditadas eran consideradas inaceptables ya que fueron elaboradas de manera inapropiada, por otro lado, el investigador manifestó que tres de cada diez historias clínicas estaban registradas correctamente. (Flores, 2017)¹. En el Perú un estudio realizado tuvo similares resultados, donde se determinó que el 45% a más de estas historias clínicas trabajadas por auditoria, no tenían un correcto registro, indicando así que la inferioridad al momento de trabajar con este documento médico – legal. (Manrique, Manrique, Chavez, & Manrique, 2014)².

Como podemos apreciar en los resultados de estos dos estudios existen un alto porcentaje de registro inadecuado de las historias clínicas, ya que al momento de la elaboración se registran con una letra no legible, el médico utiliza de manera concurrente abreviaturas para el registro de los diagnósticos, notas de evolución entre otros, además de un registro con escasa información sobre el paciente y de una manera no ordenada. Todas estas deficiencias pueden deberse a la demasiada carga laboral, desconocimiento del lenguaje adecuado, dificultades con la metodología, tiempo de servicio del personal y entre otras causas que afectan al registro adecuado. Los registros inadecuados de las historias clínicas pueden llevar a otros problemas irreparables, por ejemplo: que el médico de turno brinde

un mal diagnóstico al paciente, proporcionar indicaciones médicas inadecuadas y afectar el contacto “médico – paciente” (insatisfacción del paciente).

De acuerdo a los acontecimientos el “Ministerio de la Salud del Perú” no ajeno a esta realidad aprueba en el 2005 la “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de atención de Salud” y en el 2018 una nueva “Norma Técnica de Salud para la Gestión de las Historias Clínicas”, derogando la anterior norma, los cuales apoyan al registro adecuado de las historias clínicas.

Pese a tener una “Norma técnica de Auditoría de Salud”, los auditores del hospital Cayetano Heredia no aplican el instrumento para medir “la calidad de registro de la historia clínica” en los diferentes servicios donde se realizan las prestaciones de salud que presta el hospital, esto se debe a que el personal de auditoría no se abastece con todas las historias clínicas y tiene sobre carga de trabajo por tal motivo no lo realizan. Por ello el presente trabajo de investigación busca conocer el nivel de “calidad de registro de las historias clínicas” del área de hospitalización del servicio de Gineco obstetricia.

Por lo tanto, se realizará un estudio en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia respecto al nivel de registro de las historias durante el período 2019.

1.1.2. Formulación de problema

¿Cuál es la calidad de registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2019?

1.1.3. Justificación de la investigación.

El actual estudio es conveniente debido a que en la actualidad las organizaciones de salud a nivel mundial como es la OMS, OPS y nacionales se enfocan en la calidad de atención de los pacientes, y dentro de ello se encuentra la calidad en el registro de las historias clínicas, documento sanitario que es considerado un indicador de evaluación asistencial y un determinante para la relación médico – paciente. Bajo este contexto, un inadecuado registro de los procedimientos en dicho documento perjudica la comunicación entre médicos, médicos – pacientes y a la satisfacción del paciente. Sin embargo, además de ser un evaluador, es un documento de gran ayuda para que los futuros profesionales de salud

se formen como investigadores. A pesar de que existe en el MINSA desde el año 2005 y que se actualizó en el 2016 una Norma Técnica de auditoría de salud que obliga a los personales asistenciales de salud tener un registro adecuado de los procedimientos realizados en la historia clínica, se ha podido identificar las diferentes debilidades que existe en las historias clínicas debido al mal registro, los cuales son respaldados por estudios realizados relacionados con la calidad de registro en las historias clínicas, tomando al formato de auditoría médica como instrumento para la recolección, por ello se considera esencial evaluar cual es el nivel de calidad de los registros en las historias clínicas del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia, ya que es un hospital público y que brinda servicios de salud a la zona norte de la ciudad de Lima, siendo estas en su mayoría, otorgadas a pacientes con Seguro Integral de Salud (SIS) gratuito, lo que involucra un control permanente del correcto y eficiente gasto público.

Esta investigación tiene implicancia práctica debido a que ayudará a conocer cuál es el nivel de calidad y cuáles son las falencias a la hora de registrar los procedimientos en las historias clínicas del servicio antes mencionado, y con esto poder proponer posibles soluciones y recomendaciones a los médicos para poder evitar la mala calidad de atención de los pacientes.

Este estudio tiene implicancia teórica y metodológica, teórica porque nos ayudará a ampliar nuestro conocimiento acerca de cómo realizar un correcto registro de los procedimientos médicos en las historias clínicas, y metodológica porque se usará un instrumento, debidamente aprobado por la autoridad de salud, para la ejecución y evaluación de una auditoría médica, la cual nos ayudará a medir la calidad de su registro.

1.2. Marco Referencial

1.2.1. Antecedentes

1. En el año 2014, se desarrolló una investigación en el Departamento de Trujillo, Perú; donde el objetivo principal fue determinar “la calidad del registro de historias clínicas” de 4 áreas de hospitalización, siendo uno de ellos Gineco –Obstetricia en el “Hospital General de Jaén”. En la investigación la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo descriptivo, transversal y retrospectivo; y cuya muestra incluyó a 384 HC de los 4 servicios. La investigación obtuvo como resultados que el 67,45% de todas las historias estudiadas mostraron un registro aceptable y por área de hospitalización, el 69,5% de las historias de medicina tuvo un registro aceptable esta área fue la que mejor puntaje obtuvo y en el área de Gineco – Obstetricia se encontró que el 58,4% de sus historias son deficientes en el registro. Concluyendo de esta manera que la calidad del registro de las historias clínicas de las 4 áreas fue en su mayoría aceptables, por parte del área de medicina fue la de mejor calidad y la de menor el área de Gineco-obstetricia. (Narvaez, 2014)³
2. En el año 2017, se desarrolló una investigación en el Departamento de Trujillo, Perú, el objetivo fue determinar “la calidad de registro de las historias clínicas” en el servicio de odontología de 3 universidades trujillanas. La metodología utilizada en el estudio fue de diseño retrospectivo, transversal, que incluyó como muestra a 384 historias clínicas que fueron registradas en el año 2016. Obteniendo como resultado del estudio, que el 55% de las historias clínicas Se obtuvo como resultado que el 55% de las historias clínicas de la Universidad Privada Antenor Orrego tiene un nivel satisfactorio, la universidad Alas Peruanas obtuvo un puntaje del 70% para el nivel de mejora y la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote con un nivel de deficiencia del 26%. La investigación concluyó que la clínica docente que tiene mejor calidad de registro es la Universidad Privada Antenor Orrego. (Ramirez, 2017)⁴
3. En el año 2016, se desarrolló una investigación en el Departamento de Arequipa, Perú. El objetivo consistió en determinar “las características de registro de las historias clínicas” en el servicio de hospitalización de una institución prestadora de servicios de salud de dicha región. La metodología utilizada en el estudio fue

retrospectivo, transversal y observacional, teniéndola cantidad de 225 historias clínicas en noviembre del 2015, la herramienta para evaluar constaba de 15 ítems y se examinó en una escala de “muy mal”, “mal”, “aceptable”, “bien” y “muy bien”. El resultado de la investigación fue que los ítems con mayor cantidad de datos registrados aceptables fueron: “las indicaciones terapéuticas clara”, “evolución”, “juicio clínico”, “indicaciones terapéuticas completas y ordenadas”, “enfermedad actual u exploración física”. Los ítems con “muy bien” registró fueron: “indicaciones de pruebas y procedimientos”, “identificación del médico” y alergia y los ítems con “muy mal” registro fueron: “motivo de ingreso”, “habilidos vitales” y “tratamiento previo”. Se llegó a la conclusión que la mayor parte de las “historias clínicas” de aquel servicio se caracterizó por registros aceptables. (Cender Udai, Navarro, Velasquez, Pinto, & Olivares, 2016)⁵

4. En el año 2014, se desarrolló una investigación en el Departamento de Trujillo, Perú. Que tuvo como objetivo determinar “el nivel de calidad del registro en las historias clínicas del área de hospitalización de cirugía general” del Hospital Regional Docente - Trujillo. La metodología utilizada para aquel estudio fue descriptivo retrospectivo, cuya muestra fue de 385 documentos médico-legal de los pacientes hospitalizados, se utilizó como herramienta de medición la “Norma Técnica de salud para gestión de la historia clínica”. En los resultados de esta investigación se halló que los 5 atributos generales que se encuentran dentro de los 22 formatos que se evaluaron tuvo un nivel de deficiencia en el registro, las historias clínicas que obtuvieron un nivel de calidad regular fueron el 93,25%, las de mala calidad fue el 4,42% y solo el 2,34% fueron de un buen nivel de calidad y ninguna historia como excelente. Esta investigación concluyó que la mayoría de dichos documentos obtuvieron un nivel de calidad regular en el servicio de hospitalización. (Suarez, 2014)⁶
5. En el año 2016, se desarrolló una investigación en el Departamento de Chiclayo, Perú. El cual tuvo como “objetivo principal determinar el nivel de calidad en los registros en las historias clínicas del servicio de Estomatología” de la clínica de la Universidad del Señor de Sipán. La metodología utilizada en la investigación fue de “tipo descriptivo y retrospectivo”, que incluyo como muestra a 3500 historias clínicas

del servicio de estomatología. El estudio obtuvo como resultado que la dimensión de filiación fue la que aparece más completa con mayor frecuencia con un 82,4% en las historias clínicas, examen físico con 78,4% y anamnesis con 71,4% y las dimensiones que aparecen como registro incompleto son plan de tratamiento (68%), exámenes auxiliares (58,5%) y pronóstico (58,3%). El estudio concluyó que las historias clínicas están incompletas en un 100% y la dimensión con mayor registro completo es la dimensión de filiación y la de mayor registro incompleto es la dimensión de plan de trabajo. (Guevara, 2016)⁷

6. En el año 2018, se desarrolló una investigación en el Departamento de Pucallpa-Perú, que tuvo como “objetivo determinar el estado actual del registro en aquellas Historias Clínicas del área de Pediatría” en el Hospital Regional de Pucallpa. La metodología utilizada para la investigación fue analítica de corte transversal, que incluyó a 307 historias clínicas de aquellos pacientes ubicados en el área de hospitalización de pediatría, la herramienta usada para recolectar los datos que se va a necesitar fue el formulario para hospitalización de la “Norma Técnica de Auditoria de Calidad de Atención” del “Ministerio de Salud del Perú” (2005). El resultado de la investigación muestra una existencia en cuanto a la relación entre la “letra legible” y la “calificación de las historias clínicas”, además existen otros componentes que tienen relación con la aceptabilidad de las historias clínicas: “presencia de apreciación, presencia de evolución y presencia de relato cronológico”. El estudio concluyó que existen componentes de la historia clínica que debe de mejorarse para una atención de calidad al paciente pediátrico. (Guimarey, 2019)⁸

7. En el año 2013, se desarrolló una investigación en el Departamento de Arequipa-Perú, cuya finalidad fue “determinar el nivel de registro de las historias clínicas vinculado al diseño y a su dimensión cuantitativa” del Hospital Regional de Arequipa Honorio Delgado. La metodología utilizada para dicha investigación fue descriptiva, esta tuvo como muestra a 554 historias clínicas de aquellos pacientes que son del “servicio de hospitalización” de cirugía de varones. Como derivación de esta investigación se obtuvo que el diseño para estos formatos se cumple al 100% y en cuanto a los cuantitativo se encontró que el mayor porcentaje de información inconclusa concierne a aquellas dimensiones de “consentimiento informado” (74%),

“interconsultas” (53%) y “ordenes médicas” 843%), “reporte operatorio” (36%), “evoluciones” (32%), etc. El estudio concluyó que, el 67% de las historias tenía un llenado de calidad bueno. (Del Carpio, 2013)⁹

1.2.2. Bases Teóricas

1.2.2.1. Historia clínica

La historia clínica es un grupo de documentos relacionados al proceso de atención asistencial de cada paciente, con la identificación del médico tratante y demás profesionales de salud que intervienen en la atención. Por otro lado, la historia clínica contiene un conjunto de documentos donde existen datos, valoraciones e información, el cual también contiene datos y conocimientos anteriores, personales, familiares y actuales las cuales se encuentran ordenadas y detalladas, debido a que éstas sirven como base para el juicio de la enfermedad actual. (Tejero, 2004)¹⁰

En la historia clínica se plasma de manera escrita el acto médico, la cual tiene cuatro características fundamentales para una adecuada elaboración:

- Profesionalidad: se refiere a que solo el “profesional de la medicina” puede realizar el “acto médico”, pues solo ellos son los capacitados para realizar un registro correcto de la historia clínica.
- Ejecución tradicional: Se relaciona con la calificación “lex artis and hoc”, porque la medicina se practica basado en normas de excelencia a pesar de las limitaciones que existen de tiempo y lugar.
- Objetivo: lo que está escrito en la historia refleja el apoyo brindado al enfermo.
- Licitud: se refiere a que hay una norma técnica que protege a la historia clínica como un documento de suma importancia. (Guzman & Arias, 2012)¹¹

Por otra parte, a la historia clínica se le considera una “compilación” de información acerca de los sucesos en la historia de salud de los pacientes, el cual abarca enfermedades y el tratamiento que han seguido o siguen para contrarrestarlas. Además, es escrita por “profesionales de la salud” cuya misión es contribuir al cuidado del paciente; a través de la historia clínica se comunica la evolución de los pacientes a otros médicos que brindan atención, es decir, para aquel personal médico que en consultas posteriores atiende a los pacientes y la H.C es el medio para que se informen sobre la evolución de la enfermedad y

el tratamiento asignado (Health Information Systems Knowledge Hub School of Population Health, 2013).¹²

La historia clínica se convierte para la auditoria médica en una herramienta que permite verificar las prestaciones brindadas, evaluar la atención medica prestada, poder comparar los datos proporcionados con los estándares de calidad, y por último la contribuye al desarrollo de la docencia y la investigación.

Las características de una historia adecuada es que el contenido debe ser desarrollado con letra legible y comprensible para que otros médicos puedan interpretarla correctamente cuando ocurra algún problema asistencial, por peritajes o auditorias, si esto no se cumple podría tener dos consecuencias:

“Si el paciente se complica y requiere atención urgente, el médico que se hace cargo de la atención respectiva, se encontrará con la imposibilidad de realizar una correcta terapia por carecer de información”.

“Al ser la historia clínica un documento legal ya implica responsabilidad sobre las carencias razonables o dudas sobre la actuación realizada del paciente” (Escudero, 2013)¹³.

Estructura fundamental de la Historia Clínica

1. Filiación del paciente: se refiere a la parte que contiene los datos que identifican al usuario en salud, a través del número de DNI, carnet de extranjería y los datos de la institución prestadora de servicios de salud (IPRESS); toda esta información está protegidos por la Ley N° 29733.
2. Registro de la atención: en este apartado se registra la “atención de salud” que se les ofrece a los pacientes.
3. Información adicional: corresponde a los exámenes auxiliares realizados a los pacientes, además de contener los formatos de “consentimiento informado”, “referencia y contra referencia” entre otros documentos de consideración para incluirlos en las H.C. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁴

Obligatoriedad de la historia clínica

Es de carácter obligatorio para un establecimiento de salud la constitución de la historia clínica de un individuo que ha sido atendido, ya que la historia clínica almacena información que se considera imprescindible para el entendimiento auténtico y actualizado del estado de salud del paciente. Por tal motivo, el individuo tiene derecho a que quede una constancia por escrito del proceso de atención que se le ha hecho, por ello al término de la estancia en el establecimiento el médico tiene el deber de proporcionarle un informe de alta al paciente, familiar o allegados. (Guerrero & Barreu, 2013)¹⁵

La historia clínica se origina primero en el servicio de admisión, cuando el paciente ingresa al establecimiento de salud por primera vez, donde el enfermo tiene el deber de facilitar datos personales. Estos datos que serán proporcionados por el paciente o usuario serán datos de filiación, los cuales serán recogidos en un fichero maestro de paciente.

Acto seguido el personal de admisión otorgará al paciente un número de historia clínica cuando este está siendo atendido por primera vez en el establecimiento, caso contrario se otorgará el mismo número de historia clínica con el cual fue atendido anteriormente.

Por tal motivo, todos los pacientes tienen derecho a un número de historias clínicas ya sean pacientes ambulatorios, hospitalizados o ingresados a través de Emergencia, sólo los recién nacidos, pacientes que acuden al establecimiento para realizarse exámenes ajenos al hospital y pacientes de urgencia que requieren una continuidad en su tratamiento están excluidos en la obligatoriedad de una historia clínica. (Tejero, 2004)¹⁰

1.2.2.2. Calidad

Actualmente la calidad es considerada como uno de los parámetros fundamentales al momento de evaluar algún producto o servicio. Calidad implica el cubrir y satisfacer las necesidades del consumidor, que este cumpla sus funciones para la cual se ha desarrollado, para ello las expectativas y percepciones van de la mano para el cumplimiento de la calidad y en este proceso es la persona que consume la que va a dictaminar el nivel respecto a la calidad de dicho producto. La calidad como tal se aplica a todos los campos de actividad es por ellos que existen otros conceptos derivados de la calidad a continuación veremos algunos.

Calidad realizada. - es el tipo de calidad que se elabora o se produce, de acuerdo con las especificaciones establecidas, por ejemplo, una persona que vende comida tiene que

elaborar sus platos dándole un valor agregado que los diferencie de los demás ya sea en presentación o en sabor.

Calidad programada. - es aquella que se quiere obtener, es decir al momento de diseñar la idea del producto o servicio se plasma en un documento con diferentes determinantes para elaboración o ejecución.

Calidad necesaria. - esta es la calidad que el cliente exige para el producto o servicio, esta sería el punto principal para aquel que quiere incursionar en algún negocio, pues al momento de ofrecer un producto o servicio este debe cumplir, satisfacer y en algunos casos superar las expectativas del cliente. (Duran, 1992)¹⁶

1.2.2.3. Calidad de registro de las historias clínicas

Cuando hablamos de “calidad de registro de las historias clínicas” primero tenemos que saber porque es importante la calidad, por ello podemos decir calidad de información o de dato cuando establecemos una relación entre el hecho, dato e información, ya que si no se sabe de donde proviene la información o dato no podremos determinar el nivel de su calidad.

Ya una vez obtenido el dato podemos procesarlo y obtenemos un producto de inteligencia que luego se convertirá en conocimiento, por ello los datos que nosotros recolectemos son pilares fundamentales para construir conocimiento y por tal motivo los datos tienen que ser buenos. (Espona, 2014)¹⁷

Por la gran importancia que tiene la historia clínica dentro de las funciones en salud, es indispensable disponer de una historia clínica con calidad, por ello se piensa que el tener una historia clínica de calidad hace referencia a que es fruto de una atención de calidad, pero muchas veces esto no es cierto ya que puede haber una atención de calidad mas no una historia de calidad. Esto a consecuencia de que en ocasiones los datos recogidos y el cumplimiento de la documentación en general no se hace de forma correcta o completa.

En la actualidad, por la gran cantidad de documentos que almacena las historias clínicas y por los distintos personales asistenciales que interactúan con ella y el ordenamiento complejo que tiene la historia clínica, hace que este en ocasiones no sea perfecta y no alcance la calidad deseada.

La historia clínica tiene muchas funciones y una de ellas es valorar el nivel de calidad en atención brindada al paciente. De modo que ya se ha visto que la atención con calidad no siempre refleja un registro en la historia de calidad, es por ello que se debe de implementar en los hospitales estrategias las cuales permitan apreciar y diferir la calidad de registro de todas las historias clínicas y de esta manera ofrecer herramientas o soluciones para los personales asistenciales y administrativo.

Para determinar la calidad en las historias clínicas de los diferentes establecimientos de salud deben pasar por auditoría externa de forma periódica con el objetivo de apreciar la calidad, la respuesta a estas auditoria debe ser mejorar los problemas o deficiencias en concreto. Por tal motivo, se debe presentar una norma de calidad es cual tiene que ser aprobado por una organización reconocida ya se nacional o internacional, el cual definirá una serie de reglas, directrices o características para las actividades o registro de calidad. (Guerrero & Barreu, 2013)¹⁵

Por otra parte, los establecimientos de salud se autoevalúan de manera interna, para lo cual se crean comisiones, quienes evalúan de manera periódica las historias clínicas y sus vertientes, de esta manera se detectar los errores, falencias, defectos, mala praxis, etc., la cual llevará a que la comisión encargada de la auditoria de las historias clínicas realice un reporte e incluso establece protocolos o recomendaciones para subsanarlos.

Evaluación de la calidad de la historia clínica

El propósito de evaluar las historias clínicas es garantizar su calidad y a la vez indagar de forma indirecta sobre la calidad respecto al proceso de atención

Las finalidades específicas entre otros son:

- a) Corroborar el grado de ejecución de aquellas normas administrativas y clínicas debidamente aprobados según la normativa de salud vigente.
- b) Reconocer aquellas características que incurren en el acertado diligenciamiento de las historias clínicas y así precisar las acciones para respaldar la calidad.
- c) Garantizar la calidad en el proceso de atención mediante una excelente calidad de la historia clínica.

1.2.2.4. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la calidad de la Atención de Salud

En el 2016 bajo la Resolución Ministerial N° 502 se aprueba la actual “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud”, derogando la Norma anterior vigente desde el año 2005. La actual norma técnica de salud tiene nuevos aportes como es la clarificación de los tipos de Auditoría, otros de los puntos que mejoraron en esta nueva Norma son los Ítems utilizados en los nuevos formatos para la aplicación esto permite facilitar a los personales de la salud involucrados a tener “mecanismos objetivos y claros para revisar y evaluar el proceso de atención” y de esta manera alcanzar el objetivo principal de todos los establecimientos de salud que es brindar una atención de calidad a los usuarios, por ello la norma busca aportar con la mejora de la calidad de atención. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁸

La “Auditoría de Calidad de la Atención en Salud” se clasifica de diferentes maneras:

Según quien lo realiza:

1) Auditoría Interna:

La auditoría interna es un examen exhaustivo de las actividades contables, financieras y administrativas, clínicas y de otro tipo, hecho por miembros de la misma organización. Por otro lado, según el Ministerio de Salud (MINSa) la auditoría de calidad interna es realizado por el propio establecimiento de salud. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁸

2) Auditoría Externa

La auditoría externa es un examen exhaustivo de los estados financieros, administrativos, clínicos, etc. que es realizado por otra organización, entidad o autoridad superior a la organización, esta auditoría lo realizan un grupo de profesionales calificados e independiente con el fin de expresar su opinión profesional sobre ellos.

Por otro lado, la auditoría externa también se puede definir como una serie de métodos empleados para analizar y evaluar la exactitud de los contenidos de los documentos realizados por una organización. Según el MINSa, la auditoría externa es realizado por otra entidad u organización ajena a la organización auditada y esto es dispuesto por autoridades de salud nacional o regional. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁴

Según el Objeto:

1) Auditoría Médica

La auditoría es un “proceso” de evaluación continuo y sistemático, teniendo como fundamento el “análisis crítico de la historia clínica”, su objetivo principal es supervisar “la calidad de la atención en salud”, además de favorecer a la educación de los profesionales de la salud, entre los objetivos secundarios de este proceso es obtener que los medicamentos sean usados racionalmente y que la gestión de las camas hospitalarias sea la adecuada. (Mejía & Alvarez, 2009)¹⁹

2) Auditoría en Salud

La auditoría en salud es un proceso que evalúa de manera retrospectiva la cobertura total en la prestación de los servicios de salud brindados, y está compuesta por “estructura”, “proceso” y “resultado”.

Ambas auditorías (médica y en salud) son empleadas de igual forma, pero la primera guarda relación directa con la práctica usada específicamente por los médicos, y la “auditoría en salud” va por el plano de la cobertura de la atención clínica. (Mejía & Alvarez, 2009)¹⁹

Según su inclusión en la planificación anual:

1) Auditoría Programada

La auditoría programada es cuando se notifica a la organización previamente y es parte de una tarea planificada, entre otras características de la auditoría programada es que está dentro de un cronograma preestablecido, es periódica- preventiva, área y objetivos elegidos por razones institucionales, puede ser auditoría externa o interna y por lo general cierra con recomendaciones.

2) Auditoría de Caso

La auditoría de caso o no planeada es originada por una irregularidad administrativa o por otra índole como quejas o denuncias, estos en su mayoría se hace por auditoría externa.

Principios de la auditoría

Los principios básicos de la auditoria según la norma ISO 19011: 2002, fuera de su complejidad, frecuencia y sistemas auditados, deben de regirse en “principios comunes”, encaminados a “garantizar la confiabilidad” y la pertinencia en las conclusiones de estas. Estos principios se pueden clasificar en principios asociados a los auditores y principios asociados a las auditorias.

Principios de los auditores.

Los auditores que participan en la auditoria sean interna o externa deben ser personas de calidad los cuales deben de retirarse al término del proceso en el que influyo, para no entorpecer los cambios o mejoramiento continuo de la organización. Además, al ser personas que tienen un vínculo directo a la auditoria, no debe de sorprender al auditado ni emitir opiniones personales y toda opinión profesional relacionado a la auditoria debe de basarse en evidencias, debe de tener bases éticas y ser claro en las explicaciones para que la organización auditada tenga una mejora continua. (Atehortúa, 2005)²⁰

Por otro lado, según el MINSA, deben de regirse bajo los siguientes principios: (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁴

- **Conducta ética:** el auditor debe de abstenerse a dar opiniones personales, además de no realizar actos que perjudiquen el ejercicio de la profesión, deben de tener en cuenta la lealtad, dignidad y de buena fe, evitando de esta manera a acciones fraudulentas de cualquier índole
- **Confidencialidad:** el auditor debe de tener el compromiso de reserva las fuentes de información, por lo que es indispensable guardar el secreto profesional, además debe de reservar información a la cual accedió durante la auditoria.
- **Veracidad:** los hallazgos que se hagan en la auditoria deben ser auténticos y exactos.
- **Diligencia:** los auditores deben de proceder al proceso de auditoría de manera cuidadosa de acuerdo con la importancia de la tarea designada y la confianza depositada en ello por la organización o servicio auditado, de esta manera poder salvaguardar los intereses y derechos de los usuarios.
- **Independencia:** El accionar del auditor no puede estar circunscrito a mandatos o presiones que distorsionen su criterio, análisis o conclusiones durante una auditoría, y no pueden permitirse presencia de sesgos o conflictos de interés.

- Imparcialidad: Las acciones y formulaciones del auditor requieren de equilibrio y ponderación respecto a la verdad, y no orientando su criterio ante algunas de las partes de forma indebida.
- Objetividad: El auditor se basa en evidencias objetivas que sustenten sus hallazgos y conclusiones.
- Respeto por los derechos y el honor de las personas: Sus acciones no afectan de forma negativa la honra del profesional ni los derechos del usuario, bajo ningún motivo. Se debe mantener el respeto a todo profesional auditado.

Principios de las auditorías.

La auditoría de la calidad como ya antes definido es una revisión independiente realizada para comparar estándares de calidad a nivel nacional e internacional. El termino independiente se utiliza en el sentido de que en auditor no se hace responsable del desempeño del área que audita. Una auditoría independiente proporciona un panorama no sesgado del desempeño, según el ISO 19011: 2002 “La auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentario para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria.” Por ello el ISO recomienda asociar a la auditoria con la independencia y la evidencia. (Atehortúa, 2005)²⁰

Fases de la Auditoria Médica

Según la norma técnica Auditoria de la Calidad de Atención, establece 5 fases que debe cumplir la auditoria médica y estas son:

- a) Planeamiento. - esta primera fase está enfocado al comité de auditoría, pues son quienes tienen que revisar las normas, programas, planes y funciones para poder ejercer el proceso de auditoría, además tiene que ver y tener en cuenta los antecedentes según sea el caso, por otro lado, se establecen criterios de trabajo los cuales serán plasmados en un plan, guías clínicas, etc.
- b) Ejecución. –es aquí donde el comité auditor tiene la responsabilidad de seguir el plan de auditoria de acuerdo con:

- Revisar la información para poder realizar la auditoria, de acuerdo con evidencias, datos que se han establecido.
 - Analizar la información recibida en la Historia Clínica, evolución, indicaciones, información de análisis de resultados, entre otros.
 - Comunicación de las irregularidades que existen dentro de la historia clínica para luego recolectar la información que falta.
- c) Elaboración de informe final. - de acuerdo con las observaciones encontradas se elabora un informe donde se detalla lo faltante, además se escribe algunas recomendaciones, este informe pasa por el área de control de calidad y luego tiene que ir a dirección de servicio para verificar el cumplimiento de lo observado.
- d) Implementación de recomendaciones. - en este parte de acuerdo con el comité de auditoría plantea medidas de prevención para poder reducir los errores de registro en las historias clínicas, se trabaja juntamente con los jefes de servicio para su desarrollo.
- e) Seguimiento de las recomendaciones. - esta es la última fase y es más un propósito de control ya que al momento de dar a conocer las recomendaciones cada servicio debe implementarlas, el comité auditor se encarga de dar el seguimiento y que se cumpla las observaciones dadas, de esa manera mejorar el indicador de registro de información en la historia clínicas. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁴

Análisis e interpretación de resultados

Cuando se realiza “la evaluación de la calidad” del registro de las historias clinicas se tiene en cuenta la puntuación que tiene cada ítem de la ficha de evaluación debidamente establecida en la normativa vigente, para ello la calificación máxima esperada es igual a 100 teniendo en cuenta lo siguiente:

| | |
|---------------|---------|
| SATISFACTORIO | 90-100% |
| POR MEJORAR | 75-89% |
| DEFICIENTE | <75% |

Estos porcentajes señalan la calidad del registro de las HC, es decir, si se evidencia un cumplimiento total o parcial de los criterios de auditoría para que se tenga como conclusión la “opinión técnica del auditor” y para que a modo de sugerencias se formule el informe final por parte de los auditores para que sea presentado al director (a) de la IPRESS y disponga medidas necesarias para corregir las “no conformidades” (Ministerio de Salud del Perú, 2016)¹⁴

1.3. Objetivos e hipótesis

1.3.1. objetivos

Objetivo general

Inferir en cuanto a la calidad de registro de las historias clínicas del área de hospitalización del servicio de Gineco – Obstetricia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2019.

Objetivos específicos

1. Identificar la calificación promedio de la historia clínica de acuerdo a sus distintos componentes del área de hospitalización del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2019.
2. Identificar los principales errores en cuanto al llenado de las historias clínicas del área de Hospitalización del servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2019.
3. Conocer como es la calidad respecto al registro del rubro anamnesis de las historias clínicas del área de hospitalización del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital nacional Cayetano Heredia en el 2019

1.3.2. Hipótesis

Por su tipo y diseño metodológico, la presente investigación careció de hipótesis.

2. Método

2.1. Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Investigación de tipo descriptiva, observacional, prospectiva y de corte transversal.

2.1.2. Diseño de investigación

Estudio de diseño no experimental

2.2. Variables

Variable única: Calidad de registro

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operativa | Dimensión | Tipo de Variable | Escala de Medición | Indicador | Categoría | Valores de Categoría | Medio de verificación |
|----------------------------|--|---|-----------|------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Calidad de registro | Es un proceso de análisis pues es donde se plasma todo lo que el paciente presenta respecto a su enfermedad, el que la historia clínica este llenada correctamente permitirá un mejor tratamiento para el paciente y lograr la recuperación intrega. | Se enfoca en cumplir con todas las especificaciones e indicaciones para el registro adecuado de las Clínicas, pues estas, son un documento legal. | Filiación | Cuantitativa | Razón | Nºde Historia clínica | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Nombres y apellidos del paciente | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Tipo y N° de seguro | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Lugar y fecha de nacimiento | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Edad | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Sexo | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Domicilio Actual | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Lugar de procedencia | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Documento de identificación | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Estado civil | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Grado de instrucción | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| Ocupación | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--------------|-------|--|---|-------------|--------------------------------------|
| | | | | | | Religión | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Teléfono | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Acompañante | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Domicilio y/o teléfono de la persona responsable | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Fecha de ingreso | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Fecha de elaboración de historia clínica | Completo = 0.25 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | Enfermedad actual y antecedentes | Cuantitativa | Razón | Signos y síntomas principales | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Tiempo de enfermedad | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Forma de inicio | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Curso de la enfermedad | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Relato cronológico de la enfermedad | Completo = 3 Incompleto = 1 No existe = 0 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Funciones biológicas | Completo = 1 Incompleto = 1 No existe = 0 | 1 2 3 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------|--------------|--|---|--|------------------|---|
| | | | | | Antecedentes | Completo= 2 Incompleto = 1 No existe = 0 | 1 2 3 | | |
| | | | Examen clínico | Cuantitativa | Razón | Funciones vitales: temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), presión arterial (PA) | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | Peso, talla, IMC | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | | |
| | | | | | Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos | Completa = 1 No existe = 0 | 1 2 | | |
| | | | | | Examen clínico regional | Completa = 4 Incompleta = 2 No existe = 0 | 1 2 3 | | |
| | | | Diagnósticos | Cuantitativa | Razón | a) Presuntivo coherente y concordante | Completo = 8 Incompleto = 4 No existe = 0 N.A = 8 | 1 2 3 4 | Encuestas (instrumento de auditoria) |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--------------|-------|--|--|------------------|--|
| | | | | | | b) Definitivo, coherente y concordante | Completo = 8 Incompleto = 4 No existe = 0 N.A = 8 | 1 2 3 4 | |
| | | | | | | c) Uso del CIE | Completo = 4 Incompleto = 2 No existe = 0 | 1 2 3 | |
| | | | Plan de trabajo | Cuantitativa | Razón | Exámenes de patología clínica pertinentes | Completo = 3 No existe = 0 N.A= 3 | 1 2 3 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Exámenes de diagnóstico por imágenes pertinentes | Completo = 4 No existe = 0 N.A = 4 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Interconsultas pertinentes | Completo = 4 No existe = 0 N.A = 4 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Referencias oportunas | Completo= 4 No existe = 0 N.A = 4 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes | Completo = 4 No existe = 0 N.A = 4 | 1 2 3 | |
| | | | Tratamiento | Cuantitativa | Razón | Régimen higiénico- dietético y medidas generales concordantes y coherentes | Completo = 4 Incompleto = 2 No existe = 0 | 1 2 3 | Encuestas (instrumento de auditoria) |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--------------|-------|---|---|-------------|--------------------------------------|
| | | | | | | Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI) | Completo = 4 Incompleto = 2 No existe = 0 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Consigna presentación | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Dosis del medicamento | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Frecuencia del medicamento | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Vía de administración | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Cuidados de enfermería y otros profesionales | Completo = 2 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | Notas de evolución | Cuantitativa | Razón | Fecha y hora de evolución | Completo = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoría) |
| | | | | | | Apreciación subjetiva | Completo = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Apreciación objetiva | Completo = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Verificación del tratamiento y dieta | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--------------|---|---|-------------------------------|--------|--------------------------------------|
| | | | | | Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario | Completo = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | | |
| | | | | | Plan diagnóstico | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | | |
| | | | | | Plan terapéutico | Completa = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | | |
| | | | | | Firma y sello del médico que evoluciona | Completa = 0.5 No existe = 0 | 1 2 | | |
| | | | Registros de enfermería / obstetricia | Cuantitativa | Razón | Notas de ingreso de enfermería/ obstetricia | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Notas de evolución de enfermería/ obstetricia | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Hojas gráficas de signos vitales | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Hojas de balance hídrico | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Kardex | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Firma y sello del profesional | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | Cuantitativa | Razón | Informe de alta | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--------------|-------|--|--|-------------|--------------------------------------|
| | | | Especifica indicaciones de alta | | | Medicamentos prescritos | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | Atributos de la historia clínica | Cuantitativa | Razón | Firma y ello del médico tratante | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Orden cronológico de las hojas de la historia clínica | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Pulcritud | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | Legibilidad | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | | | | No uso de abreviaturas | Completo = 1 No existe = 0 | 1 2 | |
| | | | Formatos especiales | Cuantitativa | Razón | Formatos de interconsulta | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | Encuestas (instrumento de auditoria) |
| | | | | | | Formato de orden de intervención quirúrgica | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Reporte operatorio | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|-------------|--|
| | | | | | | Hoja de evolución pre anestésica | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Lista de verificación de seguridad de la cirugía | Completo = 1 No existe = 0 N.A = 1 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Hoja de anestesia | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Hoja post anestésica | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Formatos de patología clínica de diagnóstico por imágenes | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Formato de anatomía patológica | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Formato de consentimiento informado | Completo = 1 No existe = 0 N.A = 1 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Formato de retiro voluntario | Completo = 0.5 No existe = 0 N.A = 0.5 | 1 2 3 | |
| | | | | | | Epicrisis | Completo = 1 No existe = 0 N.A = 1 | 1 2 3 | |

2.3 Participantes

- **Población accesible:** Historias clínicas del hospital Nacional Cayetano Heredia.
- **Población elegible:**

Criterios de selección.

- *Criterios de inclusión*
 - ✓ Historias clínicas del área de hospitalización del servicio Gineco – Obstetricia de los meses de septiembre y octubre del año 2019.
- *Criterios de exclusión*
 - ✓ Historias clínicas de otras áreas de hospitalización o consulta externa. Se excluirá a los usuarios en estado étílico.

2.4 Muestra.

Se tomó un muestreo aleatorio de 51 historias clínicas del área de hospitalización del servicio de Gineco – Obstetricia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

2.5 Instrumento de investigación

El instrumento que se usó fue el cuestionario de la “*Norma Técnica de Auditoría*”, esta contiene de 11 ítems “(Filiación, Enfermedad actual y antecedentes, Examen clínico, Diagnósticos, Plan de trabajo, Tratamiento, Notas de evolución, Registros de enfermería / obstetricia, Especifica indicaciones de alta, Atributos de historia clínica y Formatos especiales)” y dentro de ellos existen sus respectivos componentes y la calificación para cada uno de ellos, como también una calificación general de Satisfactorio (>90), por mejorar (>75 <90) y deficiente (<75) . Esta norma está establecida por el Ministerio de salud y se encuentra vigente desde el año 2016. (ANEXO 1)

2.6 Procedimiento de recolección de datos

1. Se recolecto los datos utilizando el instrumento establecido.

2. Se procedió a solicitar permiso para llevar a cabo la investigación al Directorio del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
3. Luego de aceptada y aprobada la solicitud, se procedió a recolectar los datos.
4. Para reunir los datos se evaluaron las historias clínicas del área de Hospitalización del servicio de Gineco - obstetricia, en base a 11 ítems "(Filiación, Enfermedad actual y antecedentes, Examen clínico, Diagnósticos, Plan de trabajo, Tratamiento, Notas de evolución, Registros de enfermería / obstetricia, Especifica indicaciones de alta, Atributos de historia clínica y Formatos especiales)", obteniéndose para cada uno de ellos una calificación estándar.
5. Los datos obtenidos de las encuestas fueron incorporados a una base de datos, para esto se usó el programa Microsoft Excel 2016.

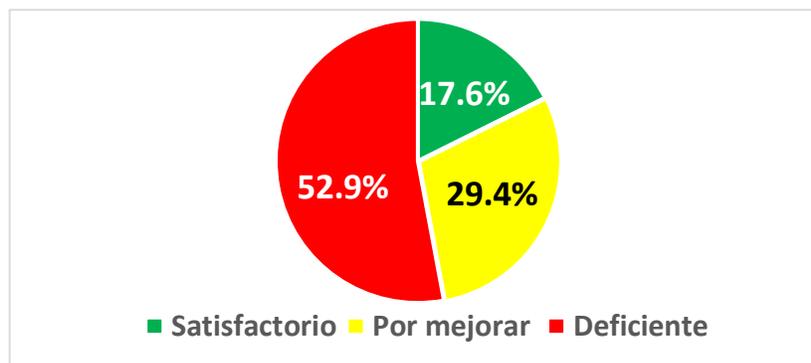
2.6. Plan de análisis

Para el análisis de datos del estudio se utilizó el programa estadístico SSPS versión 22.

3. RESULTADOS

Para este estudio, se auditó 51 historias clínicas en total del área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia durante tres meses: agosto, setiembre y octubre del año 2019. Se obtuvieron los siguientes resultados:

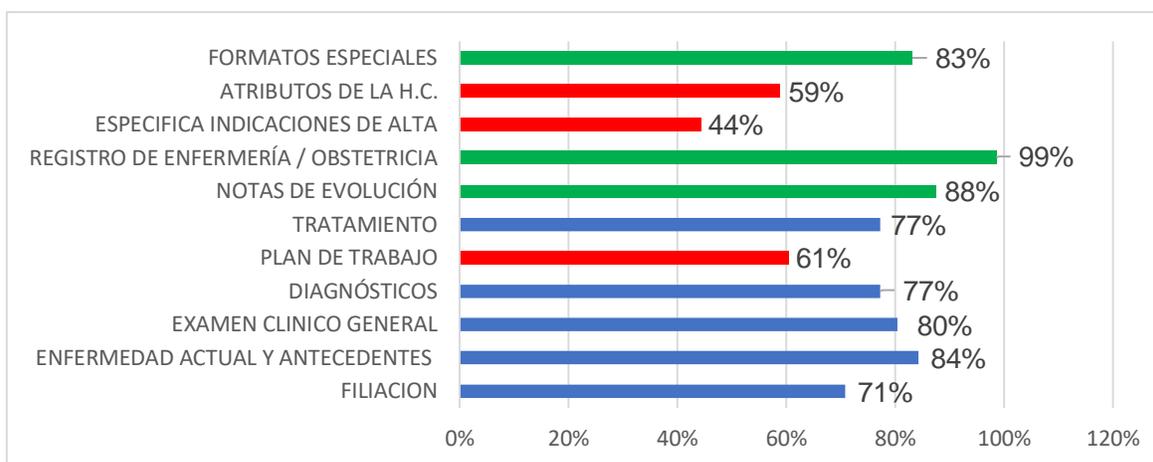
Gráfico 01- Calificación de calidad de las Historias Clínicas



Fuente: Elaboración propia

De las 51 historias clínicas auditadas, sólo el 17.6% tuvo un registro satisfactorio, mientras que más del 50% del total tuvo un registro deficiente y un 29.4% de las historias clínicas debe mejorar en cuanto a las secciones del formato de evaluación.

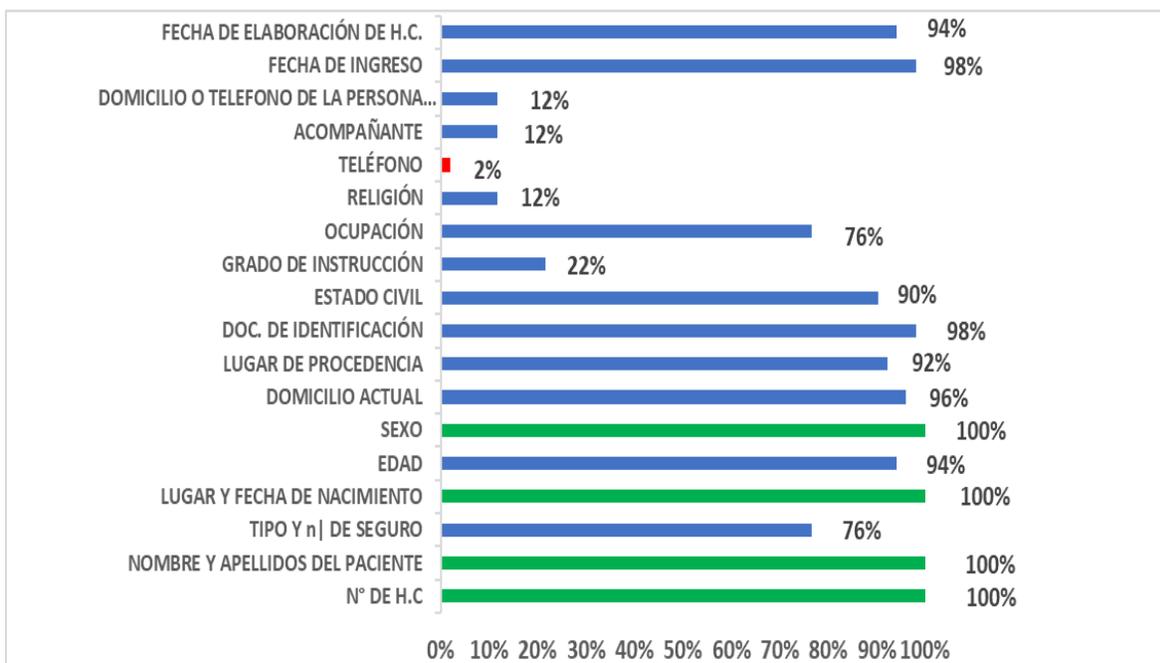
Gráfico 2– Porcentaje de cumplimiento por componentes de la Historia Clínica



Fuente: Elaboración propia

Los ítems con mayor porcentaje de cumplimiento de registro son: registro de enfermería / obstetricia (99%), notas de evolución (88%) y formatos especiales (83%) y las de menor porcentaje de cumplimiento y consideradas deficientes son: especificaciones de indicaciones de alta (44%), atributos de las Historia clínica (59%) y plan de trabajo (61%). El único ítem considerada como satisfactorio es el registro de enfermería / obstetricia.

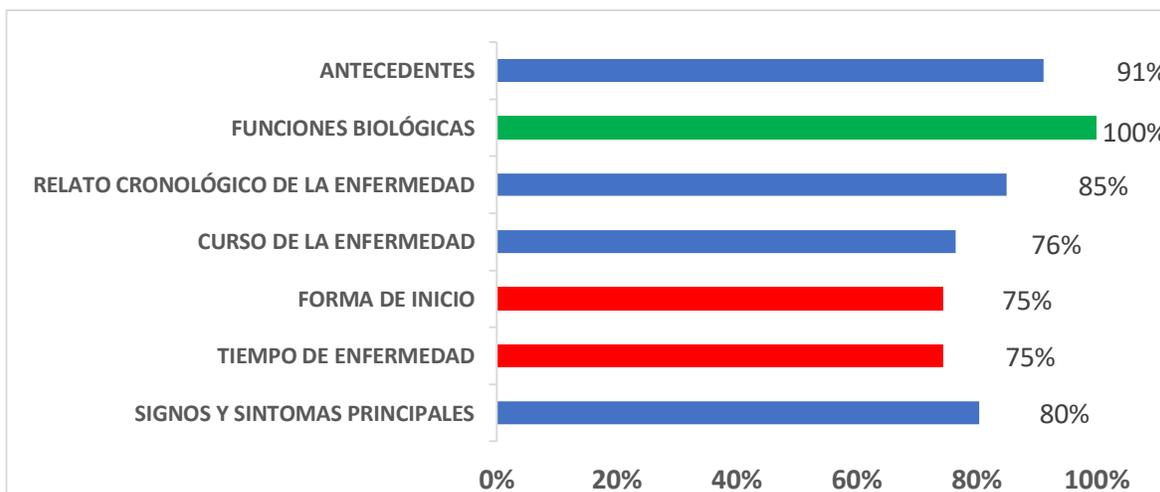
Gráfico 03- Porcentaje de Llenado del componente Filiación



Fuente: Elaboración propia

La auditoría en esta primera parte de las HC registró que algunos de los componentes de la filiación se encuentran incompletas, obteniéndose un bajo porcentaje, sólo un 2% de las HC registran teléfono de los pacientes, siendo esta característica la que obtuvo el menor porcentaje a comparación del resto que supera el 70% de cumplimiento en cuanto su registro.

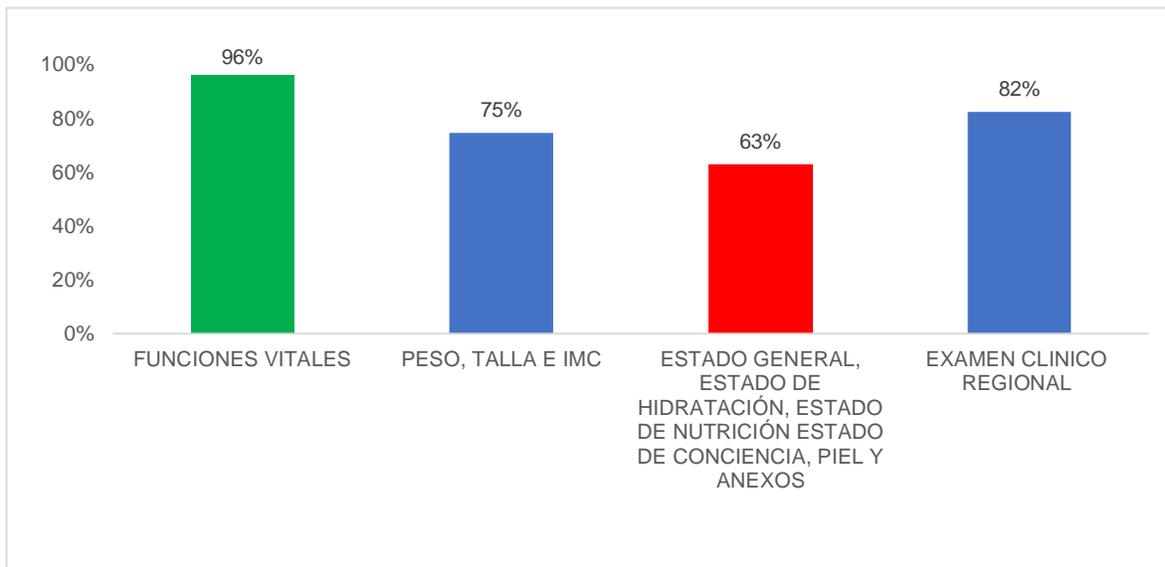
Gráfico 04- Porcentaje de cumplimiento de los componentes Enfermedad Actual y Antecedentes



Fuente: Elaboración propia

En esta sección se obtuvo un alto porcentaje respecto de la enfermedad actual y antecedentes de las historias clínicas. El total de estas historias clínicas auditadas registraron las funciones bilógicas de los pacientes de forma debida y un 25% del total no registraron forma de inicio y tiempo de enfermedad.

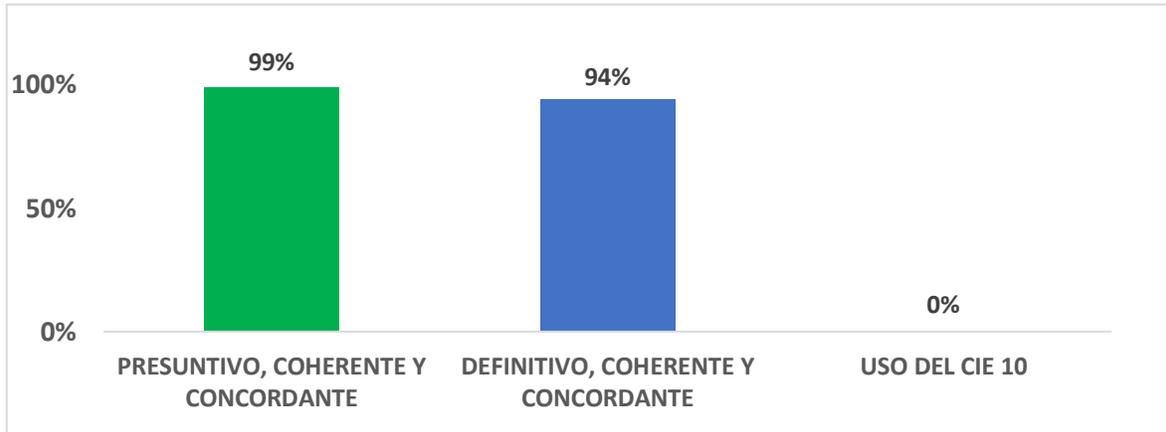
Gráfico 05- Porcentaje de cumplimiento del componente Examen Clínico



Fuente: Elaboración propia

Las funciones vitales se encontraron en las historias clínicas con 96% de registro, peso y talla obtuvieron un porcentaje adecuado de registro al igual que el examen clínico regional, siendo el estado general el que presentó un 37% de registro incompleto en comparación con los otros componentes

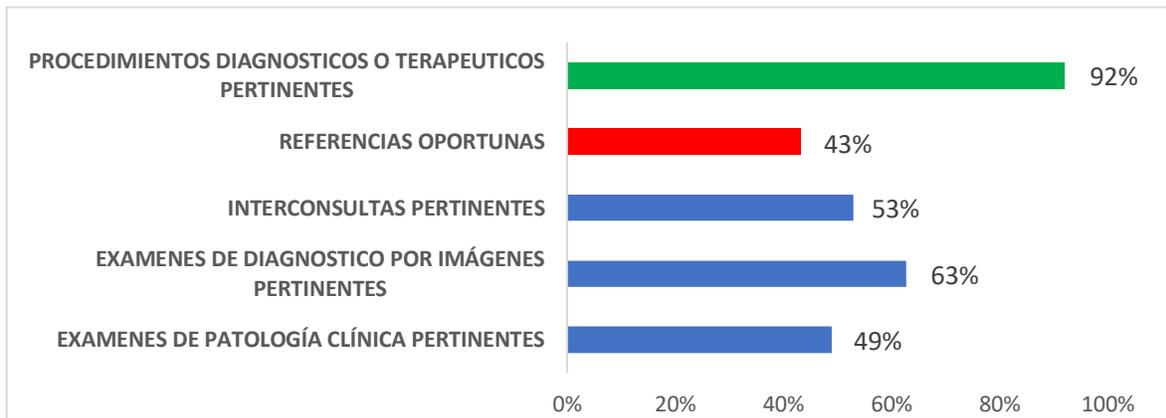
Gráfico 06- Porcentaje de cumplimiento del componente Diagnósticos



Fuente: Elaboración propia

Los diagnósticos no se encontraron registrados de manera adecuada con el CIE 10 en las Historias clínicas auditadas, sin embargo, si contaron con una descripción presuntiva y definitiva, obteniendo un porcentaje mayor a 90%.

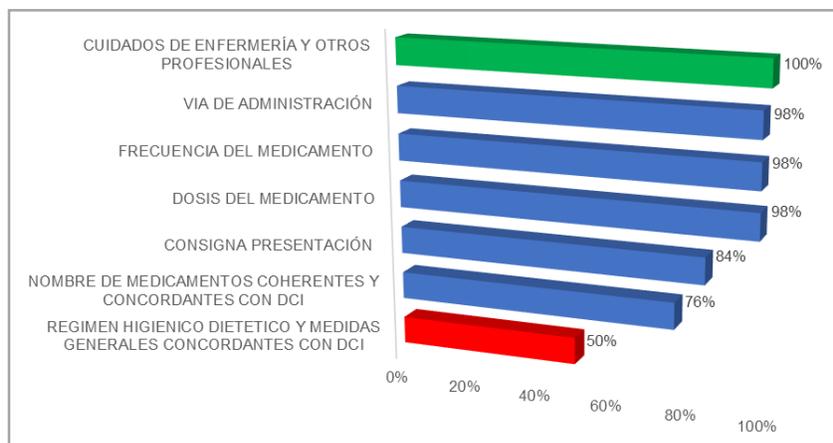
Gráfico 07- Porcentaje de cumplimiento del componente Plan de Trabajo



Fuente: Elaboración propia

El 57% de las historias clínicas evaluadas no registraron referencias oportunas para la atención de los pacientes; además, un porcentaje moderado los médicos dentro de su plan de trabajo recurrieron a interconsultas, exámenes de diagnóstico por imágenes y patología.

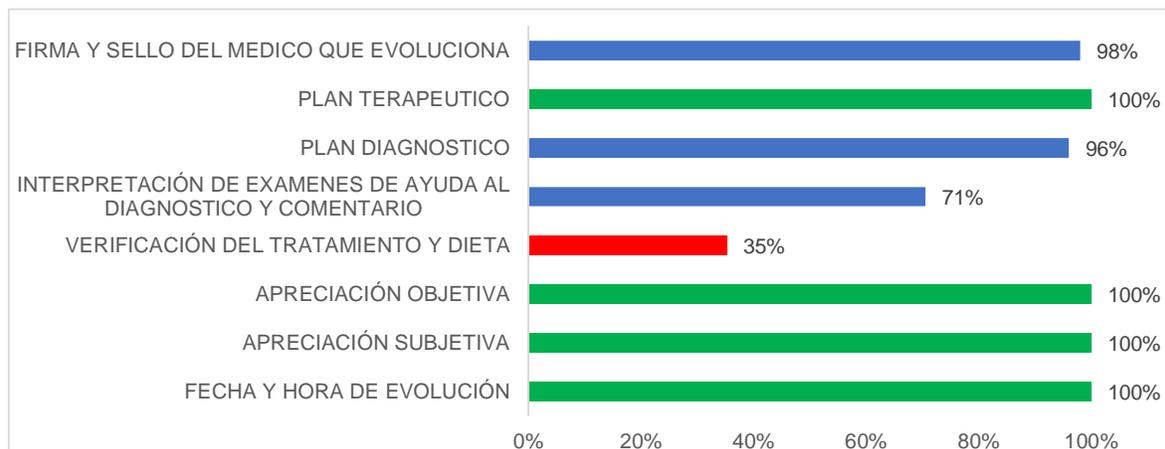
Gráfico 08- Porcentaje del cumplimiento del componente Tratamiento



Fuente: *Elaboración propia*

En esta sección, solo el 50% de las HC auditadas registraron un régimen higiénico y dietético como parte del tratamiento de los pacientes, sin embargo, los otros componentes obtuvieron un % mayor a 70 sobresaliendo que las 51 HC evaluadas registraron cuidados de enfermería brindados a los pacientes.

Gráfico 09- Porcentaje de cumplimiento del componente Notas de Evolución



Fuente: *Elaboración propia*

En esta sección del formato de evaluación se encontró un 65% de ausencia de registro apropiado de la verificación del tratamiento y dieta que recibe el paciente durante el periodo de hospitalización. Por otra parte, el 100% de las historias clínicas auditadas contaron con apreciación objetiva y subjetiva, fecha y hora de evolución y un plan terapéutico.

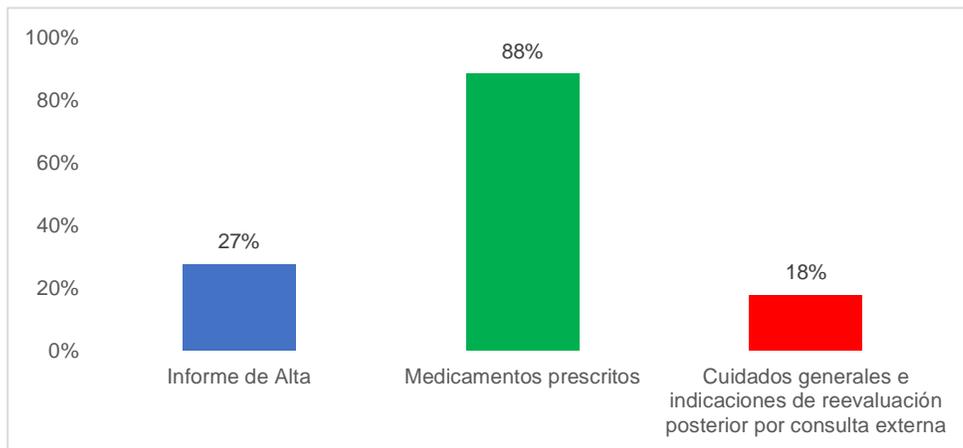
Gráfico 10- Porcentaje de cumplimiento del componente Registros de Enfermería/Obstetricia



Fuente: *Elaboración propia*

Esta parte de la auditoría fue la que obtuvo el mayor porcentaje de registro, contó con todos los formatos de registros por parte de las enfermeras y obstetras, solo el 8% del total de HC auditadas no contó con hoja de balance hídrico.

Gráfico 11- Porcentaje de cumplimiento del componente Indicaciones de Alta

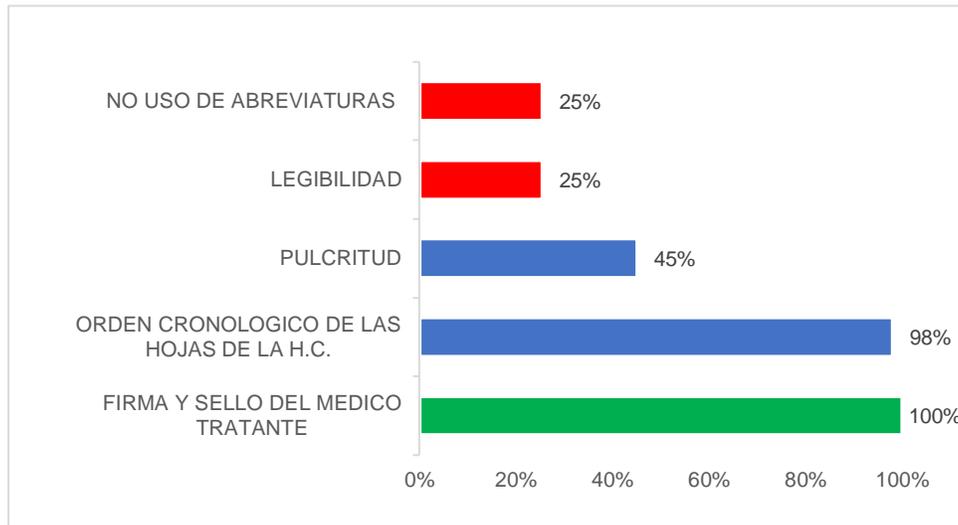


Fuente: *Elaboración propia*

El 73% de las HC revisadas y auditadas no contaron con un formato de informe de alta del paciente, debido a que ese informe se lo dan a los familiares o al propio paciente. Asimismo, el 82% de las HC no contaron con un registro de cuidados generales e indicaciones de reevaluación cuando el paciente se atiende por consulta externa, contrario a estos

resultados en 88% de las HC se registraron medicamentos prescritos por los médicos para el tratamiento de los pacientes.

Gráfico 12- Porcentaje de cumplimiento de los Atributos de las Historia Clínica



Fuente: Elaboración propia

Las HC auditadas mostraron que el 75% de ellas no se encuentran llenadas con letra legible por lo que no se entendía el diagnóstico, evoluciones e indicaciones escritas por parte de los médicos, además solo el 45% de ellas se encontraban limpias, sin borrones o tachaduras. No se registró un alto porcentaje de uso de abreviaturas, todas las HC contaron con firma y sello de los médicos tratantes en cada uno de los formatos.

Gráfico 13- Porcentaje de cumplimiento del componente Formatos Especiales



Fuente: Elaboración propia

Todas las historias clínicas auditadas contaron con epicrisis debidamente llenadas y selladas. Esta última parte del formato de evaluación de las historias clínicas obtuvieron resultados positivos, con excepción de un 49% del total de historias que no contaron con formatos de patología clínica, y un 47% que no contaron con formato de anatomía patológica, a pesar de que en las evoluciones médicas se registraron exámenes patológicos y, entre ellos, biopsias.

Discusión

En el presente estudio de investigación realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia cuyo es “determinar el nivel de calidad de registro de las historias clínicas” del área de hospitalización del servicio de Gineco – obstetricia se obtuvo como resultado general que el 52,9% de las historias clínicas auditadas se encontraban con un registro deficiente, éste resultado se puede contrastar con el resultado de(Narvaez, 2014)³, el cual realizó un estudio en el “área de hospitalización” de los servicios de medicina, cirugía, pediatría y Gineco – obstetricia, obteniendo como resultado principal que las historias del servicio de Gineco . obstetricia se encontraban deficientes en un 58,4%, percibiendo sólo una diferencia del

5.5%, lo cual puede deberse a que (Narvaez, 2014)³, omitió algunas de las partes de este documento médico legal como filiación, especificaciones de alta y formatos especiales.

Examinando las partes de dicho documento legal obtenemos como resultado que los ítems dentro de la historia con mayor porcentaje de registro adecuado, son el registro de enfermería/ obstetricia con 99%, notas de evolución con un 88% y formatos especiales con un 83%, es decir, que la primera está en un estado satisfactorio y los otros dos formatos en estado por mejorar, mientras que en los resultados de la investigación de (Suarez, 2014)⁶, los ítems que muestran mayor cumplimiento del registro son tratamiento 84,7%, filiación 83,5% y epicrisis 82, 2% estos ítems están considerados según su calificación de estudio como buenas ya que para ser excelentes tienen que superar el 90% del puntaje total, nuestros resultados difieren con el resultado de (Suarez, 2014)⁶ ya que existe diferencia entre los ítems con mayor porcentaje de cumplimiento. El ítem de registro de enfermería/ obstetricia tiene mayor cumplimiento porque en el servicio estudiado existe un adecuado número de enfermeras y obstetras de acuerdo con la demanda, además diariamente están supervisadas por su jefatura y tienen capacitaciones trimestrales para el buen desarrollo de sus labores.

Por otro lado, según los resultados obtenidos en la presente investigación, los ítems con menor porcentaje de cumplimiento de registro adecuado son: las especificaciones de indicaciones de alta con un 44%, los atributos de la historia clínica con un 59% y el plan de trabajo con 61%, mientras que en el resultado de (Suarez, 2014)⁶ son: diagnóstico con un 16%, anatomía patológica con un 18,9% y examen clínico con 21,6%. Como podemos apreciar los ítems del estudio de (Suarez, 2014)⁶ tienen una deficiencia significativa y una diferencia porcentual con los resultados presentados bastante significativa, sin embargo, estos formatos tienen similitud en el registro, ya que la responsabilidad en el registro recae en la parte médica, lo cual, a diferencia del lugar donde se realizó el estudio de Suarez, el Hospital Nacional Cayetano Heredia es un hospital docente y de investigación, es por ello que los formatos deficientes en su mayoría lo realizan los estudiantes de medicina de los últimos ciclos o que se encuentran cursando el internado médico, quienes aún no cuentan con las capacidades y experiencia debida para un correcto llenado.

En la parte de filiación de la historia clínica, nuestro resultado muestra que el 71% de las historias clínicas cumplen con el registro adecuado, mientras que en el estudio realizado por (Guevara, 2016)⁷ muestra un cumplimiento de 62,9%, es decir, mantiene una diferencia con nuestros resultados mínima, resaltando de esta manera que, el registro realizado por

el personal de admisión no es deficiente, sin embargo, hay componentes por mejorar como: registrar número telefónico y dirección del acompañante.

Con relación al ítem de enfermedad actual y antecedentes, obtuvimos como resultado que tiene un cumplimiento de registro del 84% debido a que sus componentes con mayor deficiencia son el tiempo de enfermedad y forma de inicio, no se encontraron datos referentes a esta parte de la historia para poder diferir o confirmar los resultados obtenidos.

En la dimensión de examen clínico, se encontró como resultado que el 80% cumple con el registro adecuado, de esta manera podemos afirmar que tiene similitud a los resultados obtenidos en el estudio de (Guevara, 2016)⁷ que tiene un nivel de cumplimiento del 76,4%, siendo el componente que tiene menor porcentaje dentro del examen clínico es el estado general, hidratación, nutrición, conciencia, piel y anexos. Esto podría deberse a que el médico tiene una sobre demanda de pacientes por atender y sólo se realiza el examen básico que son las funciones vitales, la cual tiene un nivel de cumplimiento en el registro del 96% dentro del examen clínico.

En el caso del cumplimiento de registro de diagnóstico, se obtuvo que, un 77% de las historias clínicas cumplen con el registro adecuado de este, mientras que en el estudio de (Guevara, 2016)⁷ sólo un 59% tiene un nivel de cumplimiento. Con estos resultados podemos inferir que el registro realizado por los médicos de nuestro servicio es de mayor nivel frente a (Guevara, 2016)⁷; sin embargo, la debilidad que tiene el registro de los diagnósticos es que los médicos omiten el registro del CIE 10, el cual tiene como nivel de cumplimiento 0%, esto se debe a que los médicos no tienen una cultura de uso y citación adecuada del diagnóstico médico. El CIE 10 es un código internacional de enfermedad, el cual es muy importante ya que permite planificar la prestación de servicio en salud, adoptar decisiones acerca del financiamiento de salud, además de procesar estadísticamente las enfermedades, las cuales no permitirán tener un seguimiento adecuado de morbilidad y mortalidad, información sanitaria esencial para todo establecimiento de salud.

En relación al plan de trabajo, según los resultados obtenidos en esta investigación, el 61% de las historias clínicas cumple con el registro, Este resultado no puede ser contrastado con otros resultados ya que no se encuentran antecedentes de este ítem. Sin embargo, podemos decir que, a pesar de que el porcentaje de historias que cumplen con el registro es de 61%, este está en un estado deficiente, el componente dentro de este ítem con mayor porcentaje de cumplimiento es el de procedimientos diagnósticos o terapéuticos

pertinentes, ya que el hospital tiene la capacidad resolutive y servicios médicos especializados para dar frente a esto. Por otro lado, el componente con menor porcentaje de cumplimiento de registro es el de referencias oportunas con un 43%, lo cual se puede presumir que se presenta debido a que, si bien es un hospital de alto nivel asistencial, tiene algunas deficiencias como es la movilidad (disponibilidad de ambulancias) debido al deficiente presupuesto que se cuenta y a la sobre demanda de pacientes.

Por otra parte, el cumplimiento de registro del tratamiento fue de 77%, mientras que el obtenido en el estudio de Guevara es de 26.5%. De esta forma se puede apreciar que los resultados obtenidos en ambos estudios son distintos, esto puede deberse a que se contemplaron diferentes servicios para las investigaciones. En nuestro resultado podemos resaltar que dentro de los componentes de tratamiento el que mayor porcentaje de cumplimiento tiene son los cuidados de enfermería y otros profesionales 100% y el componente con menor cumplimiento es el de régimen higiénico dietético y medidas generales concordantes con DCI ya que esto es realizado por personal no médico (enfermeras técnicas, nutricionistas), además se sabe que por cada 100 pacientes hay solo una nutricionista por ello la deficiencia de registro.

Respecto a las notas de evolución, el 88% de las historias clínicas cumplen con el registro, mientras que en el estudio de (Del Carpio, 2013)⁹ obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 68%, es decir, existe una diferencia de mayor predominancia en los resultados de esta investigación. Haciendo otras comparaciones de resultados podemos destacar que, el 98% de las historias cumplían con el sello y firma del médico que evoluciona, lo cual es contrastante con el resultado obtenido por (Del Carpio, 2013)⁹ donde su estudio evidenció que sólo el 52% de las historias tenían sello y el 56% firma del médico que evoluciona. Por otro lado, los componentes con mayor cumplimiento son: fecha y hora con un 100%, apreciación subjetiva y objetiva con 100% también y el de menor cumplimiento fue la de verificación y dieta, esto se debe a que, como ya lo hemos mencionado en los primeros párrafos, los médicos mantienen una sobre carga permanente de trabajo y además, al ser un hospital público, tiene una fuerte demanda de pacientes.

En cuanto al grado de cumplimiento para el registro de enfermería / obstetricia debemos mencionar que, el nivel de cumplimiento fue de 99%, es decir, está en un estado satisfactorio según la tabla de calificación para el instrumento utilizado en la recolección de datos y es la de mayor porcentaje de cumplimiento de registro. Comparando estos resultados con los obtenidos en la investigación que realizó (Del Carpio, 2013)⁹ en donde se

obtuvo un nivel de cumplimiento de 76% en las notas de enfermería, se puede asumir que este último resultado se obtuvo debido a que el estudio fue realizado en un servicio de medicina interna y que sólo evaluó datos básicos del personal de enfermería, lo cual contrasta con nuestros resultados ya que en el servicio de Gineco- obstetricia evaluado se tiene un porcentaje de cumplimiento mayor debido a que se cuenta con suficiente personal ya sea de enfermería u obstetras. Sin embargo, existen componentes a mejorar, como es el cumplimiento del registro del balance hídrico, debido a que sus otros componentes están al 100%.

En relación con el registro de las especificaciones, alcanzó un nivel de cumplimiento bastante bajo, del 44%, lo cual lo posicionó como el registro más deficiente entre todos los ítems; sin embargo, tuvo el componente con mayor porcentaje de cumplimiento es prescripción de medicamentos 88% y el de menor cumplimiento cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa 18%, datos no comparables con otros estudios.

En la parte de atributos de la historia clínica, el presente estudio refleja que el componente de firma y sello del médico tratante tiene un cumplimiento del 100% y en el estudio de (Suarez, 2014)⁶ refleja que la identificación en todas la hojas obtiene el puntaje de 32.20%, la diferencia que se refleja es bastante alta y significativa, en nuestro estudio hemos identificado que las historias clínicas llevan un proceso antes de ser auditadas, y en el penúltimo paso de este proceso es cuando la unidad de cuentas corrientes hace una pre – auditoria exigiendo así que la historia clínica este completa, tanto informes de procedimientos, sellos y firmas. Por otra parte, uno de los componentes de los atributos de la historia clínica que es la legibilidad, tiene un nivel de cumplimiento del 25 %, es decir que calidad de registro es deficiente, lo cual se evidencia de forma menos notoria en el estudio de (Cender Udai, Navarro, Velasquez, Pinto, & Olivares, 2016)⁵ donde se evidenció un nivel de registro del 46, 7% de letra no legible; en ambas investigaciones se obtuvo una deficiencia considerable, esto puede deberse a la sobre carga que tienen los médicos en sus labores diarias y la poca exigencia por parte de sus superiores en el registro adecuado así como acciones de control periódicas. Esto es muy importante a tener en cuenta, ya que el un registro con letra no legible, o poco clara, así como el uso de abreviaturas a la hora de registrar evoluciones médicas e indicaciones, puede conllevar una ejecución inadecuada de indicaciones médicas, tratamiento erróneo, pruebas auxiliares erróneas y hasta diagnósticos erróneos.

Para el uso de formatos especiales se obtuvo un nivel de cumplimiento del 83%, siendo el componente de mayor cumplimiento la epicrisis con un rotundo 100%. Este resultado es muy importante si consideramos que este formato es de uso obligatorio en la historia clínica y el que resume de forma precisa el contenido de la historia clínica.

Conclusiones

- a) La presente investigación evidenció un registro deficiente en las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es decir, no se cumple con las especificaciones y normas técnicas para un registro de calidad.
- b) Existe deficiencia del 39% en el registro de la parte de filiación de las historias clínicas de las hospitalizadas de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- c) Existe un registro adecuado en la sección enfermedad actual y antecedentes, siendo predominante en el registro de las funciones biológicas y antecedentes.
- d) La parte de examen clínico de la historia clínica mantiene un registro por mejorar, teniendo como componente de registro crítico al estado general del paciente.
- e) El rubro diagnóstico tuvo una calificación final de “por mejorar”, llamando la atención que, en ninguna de las historias clínicas auditadas se encontró algún indicio de registro de diagnóstico bajo CIE 10, lo cual es alarmante.
- f) El registro del plan de trabajo obtuvo una calificación de deficiente, teniendo consecuencias como el uso inadecuado de los recursos pertinentes y una estancia prolongada de las pacientes.
- g) El registro de tratamiento obtuvo una calificación de “por mejorar”, teniendo énfasis en el tema nutricional.
- h) Existe una calificación de “por mejorar” en el rubro notas de evolución, trayendo la necesidad de hacer un mayor seguimiento, verificación y registro del avance del paciente hasta su total recuperación.
- i) Se evidencia un registro bastante adecuado en las notas de enfermería, teniendo este rubro la máxima calificación obtenida en la presente investigación.
- j) La calificación de deficiente más baja evidenciada en el presente estudio se obtuvo en el rubro de indicaciones.

- k) Los atributos de la historia clínica obtuvieron un 59% indicando deficiencia en el registro, esto principalmente por el tipo de letra que usan los médicos, las abreviaturas usadas y la pulcritud al momento de registrar.
- l) El uso de formatos especiales obtuvo una calificación de “por mejorar”, pues hay casos en los que se omite el uso de formatos cuando son necesarios.

Recomendaciones

- a) A nivel institucional, el Hospital Nacional Cayetano Heredia debe impulsar una política de calidad de atención adecuada y eficiente, debiendo poner especial atención en el cumplimiento del registro adecuado en las historias clínicas.
- b) Se deben iniciar acciones programadas de auditoria de calidad en el registro de atenciones de salud en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, iniciando con contar con personal idóneo para estas actividades.
- c) El personal de admisión debe ser capacitado y supervisado para el adecuado llenado de la filiación del paciente al momento de su ingreso al hospital ya sea por emergencia o consultorio externo el cual permitirá conocer los datos correctos de los pacientes, además del acompañante responsable.
- d) Por otro lado, se recomienda que los médicos capaciten a los internos que en su mayoría realizan el llenado de datos de los pacientes, para que registren completos los datos de los pacientes según la Norma Técnica de Auditoria Medica.
- e) Las historias clínicas auditadas han tenido un resultado deficiente, es por ello por lo que se recomienda al personal tanto asistencial y administrativo tenga capacitaciones trimestrales en cuanto al correcto registro de las historias clínicas, realizar un estudio periódico para evaluar el avance del registro de historias clínicas.
- f) Se recomienda a los médicos que utilicen el CIE 10 para los diagnósticos como también se debe enseñar a los internos y residentes a utilizarlos ya que estos son los que mayormente llenan las epicrisis y las evoluciones de los pacientes hospitalizados y de esta manera se pueda contribuir a tener un mejor registro de las enfermedades ya existentes y las nuevas (incidencia y prevalencia).
- g) Se recomienda al personal asistencial (médicos y/o enfermeras) que establezcan una relación médico-paciente asertiva, con la finalidad no solo de obtener a profundidad un diagnóstico de la enfermedad también de generar confianza en los pacientes

hospitalizados y contribuir a una mejor calidad de atención. De esta manera, se podrá completar todos los componentes de las historias clínicas, y se podrá conocer a detalle los antecedentes de enfermedades que previamente los pacientes han tenido o por factores genéticos son propensos a padecerlos.

- h) Otra de las recomendaciones para el personal médico es que debe impulsar la buena alimentación durante la hospitalización y después del alta, lo cual debe estar escrito en las indicaciones médicas de la Historia Clínica de la paciente al igual que las prescripciones de la medicación.
- i) En cuanto al llenado de las historias clínicas por parte del personal asistencial, se ha visto que la mayoría tiene letra poco legible, de alguna manera esto dificulta en cuanto a la ejecución de las indicaciones médicas pues muchas veces pueden confundir. Por eso se recomienda a la institución la implementación de las historias clínicas electrónicas previa capacitación.

3 Bibliografía

1. Flores, A. (2017). Calidad de Historias Clínicas Elaborados por Internos de de Medicina UMSA La Paz 2017. *Revista "Cuadernos"*, Vol. 59 (1) - 2018 .
2. Manrique, J., Manrique, J. E., Chavez, B., & Manrique, C. (2014). Evaluacion de la Calidad de los Registros Empleando la Auditoria Odontologica en una Clinica Dental Docente. *Revista Estomatologica Herediana*, 24(1) : 17 - 23.
3. Narvaez, E. (2014). *Calidad del Registro de Historias Clínicas de los Servicios de Hospitalización de Medicina, Gineco- obstetricia, Cirugia y Pediatria, Hospital General de Jaen - 2014*. Tesis, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú.

4. Ramirez, S. (2017). *Calidad de Registro de las Historias Clinicas en las linicas Odontologicas Docentes Asistenciales de las Universidades de la Ciudades de Trujillo - 2016*. Tesis, Universidade Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú.
5. Cender Udai, J., Navarro, R., Velasquez, L., Pinto, F., & Olivares, E. (2016). Características del Registro de Historias Clinicas en un Hospital al Sur de Perú. *Horizonte Medico*, 16 (4): 48-54.
6. Suarez, K. (2014). *Evaluacion de la Calidad de las Historias Clinicas de Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugia General - Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero- Junio 2013* . Tesis, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo - Perú.
7. Guevara, C. (2016). *Calidad del Registro de las Historias Clinicas en la Clinica Estomatologica de la Universidad del Señor de Sipán 2016*. Tesis, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo - Perú.
8. Guimarey, A. (2019). *Calidad de las Historias Clinicas en el Servicio de Pediatria del Hospital Regional de Pucallpa en el Perido de 2018*. Tesis, Universidad Nacional de Ucayali, Pucallpa.
9. Del Carpio, M. (2013). *Calidad de las Historias Clinicas del Servicio de Hospitalizacion de cirugia varones en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2011*. Universidad Catolica de Santa Maria , Arequipa.
10. Tejero, M. (2004). *Documentacion Clinica y Archivo*. Madrid: Diaz de Santos.
11. Guzman, F., & Arias, C. (2012). La Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico.
12. Health Information Systems Knowledge Hub School of Population Health. (2013). (T. U. (Aus), Ed.) Obtenido de Documenting medical records. A handbook for doctor : http://www.uq.edu.au/hishub/docs/Handbook/MR%20Handbook_17April.pdf
13. Escudero, C. (2013). *Manual de Auditoria Medica* .Buenos Aires : Dunken.
14. Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Norma Tecnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atencion en Salud*. Lima - Perú.
15. Guerrero, J., & Barreu, M. (2013). *Historia clinica y documentacion Sanitaria Basica 1ra Edicion*. Madrid: Gerust Creaciones.
16. Duran, M. U. (1992). *Gestión de Calidad*. Madrid , España: Ediciones Diaz de Santos.
17. Espona, M. (2014). *Calidad de Informacion: Una Nueva Herramienta para la Investigacion. ArgIQ*.
18. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. (2018). *NTS N° 4 39- MINSa/2018/DGAIN NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA*. LIMA: MINSa .
19. Mejia, B., & Alvarez, F. (2009). *Auditoria Medica: para la garantia de calidad en salud Quinta Edicion*. Bogota - Colombia: ECOE Ediciones.

20. Atehortúa, F. (2005). *Gestión y Auditoría de la calidad para organizaciones Públicas*. Colombia: Universidad de Antioquia .

Anexos

| EXAMEN CLÍNICO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|---|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| Examen Clínico General | | | | | |
| Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA). | 1 | | | 0 | |
| Peso ,Talla , IMC | 1 | | | 0 | |
| Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos. | 1 | | | 0 | |
| Examen Clínico Regional | 4 | 2 | | 0 | |
| SUBTOTAL | 7 | | | | |
| DIAGNÓSTICOS | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| a) Presuntivo coherente y concordante. | 8 | 4 | | 0 | NA |
| b) Definitivo coherente y concordante. | 8 | 4 | | 0 | NA |
| c) Uso del CIE 10 | 4 | 2 | | 0 | |
| SUBTOTAL | 20 | | | | |
| PLAN DE TRABAJO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Exámenes de Patología Clínica pertinentes | | | | | |
| Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes | | | | | |
| Interconsultas pertinentes | | | | | |
| Referencias Oportunas | | | | | |
| Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |
| TRATAMIENTO | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes. | 4 | 2 | | 0 | |
| Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI). | 4 | 2 | | 0 | |
| Consigna presentación | 1 | | | 0 | |
| Dosis del medicamento | 1 | | | 0 | |
| Frecuencia del medicamento | 1 | | | 0 | |
| Vía de administración | 1 | | | 0 | |
| Cuidados de Enfermería y otros profesionales | 2 | | | 0 | |
| SUBTOTAL | 14 | | | | |
| NOTAS DE EVOLUCIÓN | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Fecha y hora de evolución | 0.5 | | | 0 | |
| Apreciación subjetiva | 0.5 | | | 0 | |
| Apreciación objetiva | 0.5 | | | 0 | |
| Verificación del tratamiento y dieta | 0.5 | | | 0 | NA |
| Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario | 0.5 | | | 0 | |
| Plan diagnóstico | 0.5 | | | 0 | NA |
| Plan terapéutico | 0.5 | | | 0 | |
| Firma y sello del médico que evoluciona | 0.5 | | | 0 | |
| SUBTOTAL | 4 | | | | |

ANEXO N° 7

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

| I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA | | | | | |
| NÚMERO DE AUDITORÍA | | | | | |
| FECHA DE AUDITORÍA | | | | | |
| SERVICIO AUDITADO | | | | | |
| ASUNTO | | | | | |
| FECHA DE HOSPITALIZACIÓN | | | | | |
| NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA | | | | | |
| COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEL ALTA | | | | | |
| CIE 10 | | | | | |
| II) OBSERVACIONES | | | | | |
| ANAMNESIS | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| FILIACIÓN | | | | | |
| Número de historia clínica | 0.25 | | | 0 | |
| Nombres y apellidos del paciente | 0.25 | | | 0 | |
| Tipo y N° Seguro | 0.25 | | | 0 | |
| Lugar y fecha de nacimiento | 0.25 | | | 0 | |
| Edad | 0.25 | | | 0 | |
| Sexo | 0.25 | | | 0 | |
| Domicilio actual | 0.25 | | | 0 | |
| Lugar de Procedencia | 0.25 | | | 0 | |
| Documento de identificación | 0.25 | | | 0 | |
| Estado Civil | 0.25 | | | 0 | |
| Grado de instrucción | 0.25 | | | 0 | |
| Ocupación | 0.25 | | | 0 | |
| Religión | 0.25 | | | 0 | |
| Teléfono | 0.25 | | | 0 | |
| Acompañante | 0.25 | | | 0 | |
| Domicilio y/o teléfono de la persona responsable | 0.25 | | | | |
| Fecha de Ingreso | 0.25 | | | | |
| Fecha de elaboración de historia clínica | 0.25 | | | | |
| SUBTOTAL | 4.5 | | | | |
| ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES | | | | | |
| | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Signos y Síntomas principales | 1 | | | 0 | |
| Tiempo de enfermedad | 1 | | | 0 | |
| Forma de inicio | 1 | | | 0 | |
| Curso de la enfermedad | 1 | | | 0 | |
| Relato Cronológico de la enfermedad | 3 | 1 | | 0 | |
| Funciones Biológicas | 1 | 1 | | 0 | |
| Antecedentes | 2 | 1 | | 0 | |
| SUBTOTAL | 10 | | | | |

| REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA | COMPLETO | INCOMPLETO | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
|--|-------------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Notas de ingreso de enfermería/obstetricia | 1 | | | 0 | |
| Notas de Evolución de enfermería/obstetricia | 1 | | | 0 | |
| Hoja de Gráfica de Signos vitales | 1 | | | 0 | |
| Hoja de balance hídrico | 1 | | | 0 | |
| Kardex | 1 | | | 0 | |
| Firma y sello del Profesional | 1 | | | 0 | |
| SUBTOTAL | 6 | | | | |
| ESPECIFICAS INDICACIONES DE ALTA | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Informe de Alta | 1 | | | 0 | |
| Medicamentos prescritos | 1 | | | 0 | |
| Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa | 1 | | | 0 | |
| SUBTOTAL | 3 | | | | |
| ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Firma y sello del médico tratante | 1 | | | 0 | |
| Orden cronológico de las hojas de la historia clínica | 1 | | | 0 | |
| Pulcritud | 1 | | | 0 | |
| Legibilidad | 1 | | | 0 | |
| No uso de abreviaturas | 1 | | | 0 | |
| SUBTOTAL | 5 | | | | |
| FORMATOS ESPECIALES | COMPLETA | INCOMPLETA | EN EXCESO | NO EXISTE | NO APLICA |
| Formato de interconsulta | 0.5 | | | 0 | NA |
| Formato de orden de intervención quirúrgica | 0.5 | | | 0 | NA |
| Reporte operatorio | 0.5 | | | 0 | NA |
| Hoja de evolución pre anestésica | 0.5 | | | 0 | NA |
| Lista de verificación de seguridad de la cirugía | 1 | | | 0 | NA |
| Hoja de anestesia | 0.5 | | | 0 | NA |
| Hoja post anestésica | 0.5 | | | 0 | NA |
| Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes | 0.5 | | | 0 | NA |
| Formato de anatomía patológica | 0.5 | | | 0 | NA |
| Formato de consentimiento informado | 1 | | | 0 | NA |
| Formato de retiro voluntario | 0.5 | | | 0 | NA |
| Epicrisis | 1 | | | 0 | NA |
| SUBTOTAL | 7.5 | | | | |
| TOTAL | 100 | | | | |
| CALIFICACIÓN | | | | | |
| SATISFACTORIO | 90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO | | | | |
| POR MEJORAR | 75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO | | | | |
| DEFICIENTE | <75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO | | | | |
| III.- NO CONFORMIDAD | | | | | |
| | | | | | |
| IV.- CONCLUSION | | | | | |
| | | | | | |
| V.- RECOMENDACIONES | | | | | |