

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO**

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRIA EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD



**AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS EN PACIENTES
FALLECIDOS EN EL HOSPITAL LORENA, CUSCO-2017**

TESIS presentada por:

Bachiller Miguel Angel Nieto Muriel

Para optar al Grado Académico de:

Maestro en Políticas y Gestión en Salud

ASESOR

Mgt Pablo Grajeda Ancca

CUSCO – PERU

2019

DEDICATORIA

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por haberme dado la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados y por ser el inspirador, quien con su bendición llena siempre mi vida

A mis padres Ceferina y José, quienes han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies, sé que desde el cielo aún continúan alimentando mi espíritu para lograr mis metas.

A mi esposa Yahaira e hija Luciana por ser los principales promotores de mis sueños, a mi esposa por el ejemplo de perseverancia y constancia que la caracterizan y a mi hija que me ha permitido tener nuevos sueños.

RESUMEN

La Historia Clínica constituye un documento esencial y, aunque en sí misma no supone una garantía de calidad en la atención prestada, puede inferirse una relación estrecha entre ésta y la calidad de la historia clínica. La importancia de este documento para el análisis, como transmisor de información e indicador de calidad de la asistencia prestada nos llevó a realizar el presente estudio; el cual tiene como referencia la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.

Objetivo: *Determinar la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.*

Método: *Se realizó un estudio de descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal; se incluyeron todas las historias clínicas elaboradas en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, año 2017. El total de historias clínicas evaluadas fue de 122. No se tomaron en cuenta las historias clínicas en pésimo estado de conservación, historias clínicas de pacientes fallecidos antes de las 24 horas de permanencia a las cuales se les aplico el instrumento de auditoria de la calidad de historias clínicas contenido en la normatividad vigente.*

Resultado: *Del total de historias evaluadas, se tiene que la calidad de llenado de anamnesis fue deficiente en el 20.5% (25), en relación a la enfermedad actual y los antecedentes estos tuvieron un llenado deficiente en 59.0%(72); la calidad de llenado de diagnóstico fue “por mejorar” en el 54.1%(66), así como, las notas de evolución que fue catalogado como “por mejorar” en el 77.0% (94). La calidad de registro de las notas de enfermería fue “satisfactorio” en el 78.7% (96). Por último, la calidad de llenado de registro de historias clínicas fue hallado deficiente en el 80.3% (98) de las historias evaluadas.*

Conclusión: *El nivel de calidad de una amplia mayoría de historias clínicas está por debajo del 75%, y por lo tanto de acuerdo a los criterios de auditoría se cataloga como “Deficiente”.*

Palabras clave: *Historias clínicas, calidad de registro, auditoria médica*

SUMMARY

The Clinical History constitutes an essential document and, although in itself it does not imply a guarantee of quality in the care provided, a close relationship between it and the quality of the clinical history can be inferred. The importance of this document for the analysis, as a transmitter of information and quality indicator of the assistance provided, led us to carry out the present study; which has as reference the Technical Health Standard for the Management of the Clinical History.

Objective: *To determine the quality of the record of the medical records of deceased patients in the Surgery, Medicine and Gyneco-Obstetrics services of the Antonio Lorena Hospital, DIRESA - CUSCO, 2017.*

Method: *A descriptive, analytical, retrospective and cross-sectional study was conducted; All the medical records prepared in the Surgery, Medicine and Gyneco-Obstetrics services of the Antonio Lorena Hospital of Cusco, 2017 were included. The total of the medical records evaluated was 122. The medical records in dismal state of conservation, medical records of deceased patients before the 24 hours of permanence to which the instrument of audit of the quality of medical records contained in the current regulations was applied.*

Result: *Of the total number of stories evaluated, it is noted that the quality of the anamnesis filling was poor in 20.5% (25), in relation to the current disease and the antecedents were poorly filled in 59.0% (72); The quality of diagnostic filling was "to improve" in 54.1% (66), as well as the evolution notes that were classified as "to improve" in 77.0% (94). The quality of registration of the nursing notes was "satisfactory" in 78.7% (96). Lastly, the quality of filling records of medical records was found to be deficient in 80.3% (98) of the histories evaluated.*

Conclusion: *The level of quality of a wide majority of clinical histories is below 75%, and therefore it is classified as "Deficient".*

Key words: *Medical record, quality registration, medical audit*

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	6
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	12
1.6. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPITULO II	13
MARCO TEORICO	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL.....	13
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	14
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL	16
2.2. BASES TEÓRICAS - FILOSÓFICAS	16
2.2.1. CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	16
2.2.2. SISTEMA NACIONAL DE CONTROL	17
2.2.3. CONTROL INTERNO	18
2.2.4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	19
2.3. GLOSARIO DE TERMINOS	43
CAPÍTULO III	46
HIPOTESIS Y VARIABLES.....	46
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	46
3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL	46
3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	46

3.2. VARIABLES DEL ESTUDIO	47
3.1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	49
CAPÍTULO IV.....	60
METODOLOGÍA	60
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	60
4.1.1. TIPO DE ESTUDIO	60
4.1.2. TÉCNICA DE SELECCIÓN	60
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	61
4.2.1. POBLACIÓN.-	61
4.2.2. MUESTRA.....	61
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	62
4.3.1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	62
4.3.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	66
4.3.3. BAREMACIÓN DEL INSTRUMENTO	66
4.4. PLAN Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
4.5. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ..	68
4.5.1. MANEJO DE LA INFORMACIÓN:.....	68
4.5.2. ANÁLISIS DE DATOS	69
CAPITULO V.....	70
5.1. RESULTADOS.....	70
5.2. DISCUSIÓN	83
5.3. CONCLUSIONES	88
5.4. RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXOS	96

INTRODUCCIÓN

El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, define la historia clínica como el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico. Debe ser veraz y completa. El médico debe ser cuidadoso en su elaboración y uso, y no incluir apreciaciones, juicios de valor o información ajenos a su propósito¹.

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona.

La principal función de la historia clínica es la asistencial pues permite la atención continua de los pacientes por equipos asistenciales distintos. Otras funciones son: docencia e investigación, seguimiento epidemiológico, evaluar la calidad atención, planificación y gestión sanitaria, además de ser el principal instrumento en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera. Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento^{2,3}.

La historia clínica debe tener entonces un nivel de calidad adecuado y además debe ser uniforme en todos los centros de salud peruanos, siguiendo un orden secuencial en el armado y de ser posible lograr unificar el tipo de historia a realizar. Además, debe existir una supervisión continua del nivel de calidad de las historias clínicas, que ayudaría en mejorar la atención de salud que brindan los servicios de salud ya sean públicos o privados a los pacientes.

Por lo expuesto anteriormente, la historia clínica constituye un documento esencial y aunque en sí misma no supone una garantía de calidad en la atención prestada, puede inferirse una relación estrecha entre ésta y la calidad de la historia clínica.

La importancia de este documento para el análisis, como transmisor de información e indicador de calidad de la atención prestada, nos llevó a realizar el presente estudio, en el cual tiene como objetivo evaluar la calidad de las historias clínicas tomando como referencia la Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Al evaluar la calidad de las historias clínicas, también nos permitirá de forma indirecta evaluar el cumplimiento de la citada norma.

En el presente estudio detallaremos los diferentes capítulos y analizaremos de manera sistemática los siguientes apartados:

El Capítulo I: **Planteamiento del problema** en el cual damos a conocer que la historia clínica constituye un documento de alto valor médico, gerencial, legal, de investigación y académico donde se registra todo el proceso de atención de los pacientes siendo por tanto su mala estructura y llenado el reflejo de una atención deficiente a los usuarios de los diferentes servicios de salud.

El capítulo II: **Marco teórico** nos permite conocer la bases legales y administrativas sobre las cuales se debe basar el registro de los procesos de atención considerando los antecedentes y experiencia de trabajos previos realizados en diferentes partes del mundo y de nuestro país, a fin valorar la calidad de la información vertida en este documento y de esta manera plantear nuestra hipótesis.

El Capítulo III: **Metodología** empleada debemos señalar que se trata de un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, que tiene como población a todos los pacientes concurrentes a los servicios de cirugía, medicina y gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, año 2017.

El capítulo IV: **Resultados** fueron expresados en tablas donde analizamos de manera detalla cada uno de los ítems que comprende la historia clínica a fin de poder calificar si la calidad de los mismos es “satisfactorio”, “por mejorar” o “deficiente” basados en la norma técnica vigente en nuestro país; finalmente discutiremos los hallazgos obtenidos y los comparamos con resultados encontrados en diferentes estudios realizados descritos en el marco teórico, para poder detallar conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS EN PACIENTES
FALLECIDOS
(Caso Hospital Antonio Lorena – DIRESA Cusco – Ministerio de Salud.
2017)

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La auditoría médica está íntimamente ligada a la calidad del cuidado médico y esto no es novedad pues los códigos de la práctica de la medicina datan de miles de años y son muy bien conocidos.

La OMS en 1995, propuso reformar la enseñanza y el ejercicio de la medicina, la reforma responde a la necesidad de mejorar la idoneidad, calidad, eficiencia de la prestación de la atención sanitaria, puesto que cada vez la calidad de atención se convierte en un problema de Salud Pública⁴.

En Estados Unidos, se formó el Foro Nacional de la Calidad (título simplificado de la denominación original), que es una propuesta de la Comisión Americana de protección al consumidor y calidad en la industria del cuidado de la salud. La misión del Foro es mejorar el cuidado de la salud, aportando mecanismos que provean indicadores de desarrollo de calidad que sean suficientemente claros para impactar masivamente^{5,35}.

En la década de los noventa el Ministerio de Salud (MINSa) desarrolló diversas actividades tendientes a la promoción de la calidad de los servicios y auditoría. Ello incluyó el desarrollo de protocolos de manejo materno-infantil, de sistemas de supervisión, de manuales de visitas domiciliarias, de sistemas y manuales de auditoría, los cuales fueron utilizados temporalmente, sin llegar a institucionalizarse en las direcciones de salud y los establecimientos, sino sólo iniciativas estimuladas por el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) del MINSa, Proyecto PASA (de la Unión Europea), con énfasis en el sub-sector público³⁶.

Junto con ello, las universidades se interesaron en formar recursos humanos con competencias en el campo de la calidad y la auditoría, y continúan realizándolo. Estas últimas actividades con implicancias para los sub-sectores público y privado. Últimamente, como consecuencia de un esfuerzo de varios años ha sido publicada una norma técnica de auditoría, la cual fundamentalmente está enfocada a ser un manual, más que al diseño de un sistema, con énfasis en el espacio público.

En el Perú se documenta auditoría del 5% de historias clínicas entre 1968 y 1971, en este mismo año auditoría médica sobre casos denunciados en el Hospital General Base de Abancay del área hospitalaria N° 6 de la zona de salud nor oriental y en el año de 1979 en el Hospital Nacional Manuel Núñez Butrón de Puno; todo ello está compendiado en el libro de resúmenes del Seminario Taller sobre Auditoría Médica desarrollado por el Colegio Médico del Perú y la Escuela Nacional de Salud Pública en Agosto de 1979. Entre las conclusiones destaca la falta de material estándar para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los Comités de historias clínicas y Auditoría Médica, la aprobación de un formato de una historia clínica presentado por el Colegio Médico, propone organizar Comités de historias clínicas y Auditoría Médica, encarga al Consejo Nacional del Colegio Médico evaluar los progresos del funcionamiento de estos comités^{6,35}.

La auditoría en la última década ha pasado a ser parte de la vida de los profesionales de la salud, la rapidez de su desarrollo ha creado confusión acerca de como puede ser instaurada y por sobretodo como puede otorgársele sostenibilidad. En ese marco la Auditoría Médica o la Auditoría Clínica (esta última involucrando a todos los profesionales de la salud) cobran especial relevancia, cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica a pesar de las precisiones explícitas que hace la Ley General de Salud 26842³.

A nivel local, nuestros hospitales y demás establecimientos de salud, del sector público y privado no están ajenos a la responsabilidad medica por el inadecuado registro de las historias clínicas, es así que el presente estudio está dirigido a evaluar la calidad del llenado o registro de datos en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los diferentes servicios del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el periodo 2017, permitiendo identificar los errores e inconformidades de los pacientes fallecidos.

Así mismo obtener estadísticas iniciales de la calidad de los registros e impulsar a realizar auditorías más amplias que incluyan la calidad de la atención en pacientes fallecidos o no.

En este entender, el presente estudio pretendió determinar la calidad de registro de las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo fue la calidad de registro de las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cómo fue la calidad del llenado de la anamnesis en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
2. ¿Cómo fue la calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?

3. ¿Cómo fue la calidad del llenado del examen clínico en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
4. ¿Cómo fue la calidad del llenado del diagnóstico en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
5. ¿Cómo fue la calidad del llenado del plan de trabajo en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
6. ¿Cómo fue la calidad del llenado del tratamiento en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
7. ¿Cómo fue la calidad del llenado de notas de evolución en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
8. ¿Cómo fue la calidad del llenado de registros de enfermería en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
9. ¿Cómo fue la calidad del llenado específica indicaciones de alta en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
10. ¿Cómo fue la calidad del llenado de atributos de la historia clínica en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?
11. ¿Cómo fue la calidad del llenado de formatos especiales en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y

Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la calidad del llenado de la anamnesis en las historias clínicas de pacientes
2. Determinar la calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017
3. Determinar la calidad del llenado del examen clínico en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
4. Determinar la calidad del llenado del diagnóstico en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
5. Determinar la calidad del llenado del plan de trabajo en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
6. Determinar la calidad del llenado del tratamiento en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
7. Determinar la calidad del llenado de notas de evolución en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.

8. Determinar la calidad del llenado de registros de enfermería en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
9. Determinar la calidad del llenado especifica indicaciones de alta en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
10. Determinar la calidad del llenado de atributos de la historia clínica en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.
11. Determinar la calidad del llenado de formatos especiales en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

Se conoce que la calidad de llenado de la historia clínica repercutirá de manera directa en la calidad de atención de los pacientes, más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842, Ley General de Salud³, que revaloriza a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud. Así como también servirá de un documento legal en procesos judiciales, no solo de los médicos sino también de todo aquel personal de salud que interviene en el proceso de atención y registre su atención en la historia clínica.

En el Perú en el afán de mejorar y unificar criterios referidos al registro y confección de las historias clínicas se plantearon una serie de normas, muchas de ellas vigentes hasta la fecha, que detallo demostrar la evolución e interés mostrado: a) el Ministerio de Salud en Julio del 2004, emitió la Resolución Ministerial N° 776-2004, que aprobó la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.01, la misma que regula la Historia Clínica en los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado⁵, con el fin de su unificar los formatos existentes en todas las instituciones

que brindan servicios de salud, no teniendo los resultados esperados hasta la fecha; b) En Julio del 2016, se emite la Resolución Ministerial 502-2016, aprueba la NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud⁶, que busca consolidar los criterios referidos a calidad de registro y atención que son evaluados en los diferentes procesos de auditoría médica, c) En Junio del 2006, se emitió la Resolución Ministerial N° 597-2006, que actualiza la Norma Técnica citada en la RM N° 776-2004 y que aprueba la NTS N° 022 MINSA- DGSP-V.2 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica⁷ con parámetros similares a la primera, pero la aplicación de la misma no logro el impacto esperado; d) En Octubre del 2008, se emitió la RM N° 686-2008/MINSA que modifica la RM N° 597-2006 en parámetros como epicrisis, informe de alta y consentimiento informado, además se dispone publicar el proyecto de la NTS N° 022 MINSA- DGSP-V.3 Norma Técnica de salud para la gestión de la historia clínica⁸.

Trascendencia: De acuerdo a las investigaciones realizadas la auditoría médica tiene especial relevancia, siendo su eje una historia clínica adecuadamente confeccionada. La historia clínica es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, para lo cual se necesita mantener un orden estándar. La historia clínica como documento y, por constituir un medio de prueba judicial, debe reunir requisitos básicos tales como uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para permitir un análisis eficiente. Resulta importante resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado.

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

La presente investigación es una de las muchas investigaciones que debe realizarse, dado que permite realizar un análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.

Ciencia: el presente trabajo sigue los rigores de la investigación científica, desde la revisión bibliográfica, la identificación del problema hasta la inferencia estadística y las conclusiones. Es una tesis que por su nivel es descriptivo evaluativo que se clasifica como descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal.

Conocimiento: existiendo pocas investigaciones al respecto, el presente estudio servirá como un referente a los responsables de los Hospitales y Centros de Salud del MINSA y de sus equipos de trabajo respecto a la calidad de registro de las historias clínicas por parte de los profesionales de Salud y así poder mejorar en la calidad de atención con la consecuente satisfacción del usuario.

Comunidad: dado que el registro inadecuado de las historias clínicas constituye un problema para los profesionales de salud, pacientes y para los mismos establecimientos de salud, el presente estudio ayudara a mejorar la calidad de vida y la educación. Este estudio representa un ahorro efectivo para el estado. Al mejorar el llenado de la historia clínica, mejorará la calidad de atención y esta reducirá los casos de responsabilidad médica, la cual permitirá orientar el tiempo de los profesionales a las labores médicas.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

En cuanto a las limitaciones que se encontró para realizar la presente investigación tenemos: que no existen estudios previos; los estudios encontrados no son pertinentes; así mismo los pocos estudios encontrados han sido realizados por personas no capacitadas en el área

Otras limitaciones que se pudo encontrar fue: la auditoria del registro de las historias clínicas de los pacientes fallecidos, estuvo en función a que el hospital tenga un registro de los pacientes fallecidos, y que las historias clínicas se encuentren archivadas en la unidad de estadística, que se encuentren completas lo cual significó una limitación para la disponibilidad de las historias clínicas y finalmente no existir un registro completo de pacientes fallecidos; así como no contar con antecedentes específicos de este tipo de investigaciones en nuestra región.

1.6. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se respetarán las normas de ética establecidas, así:

1. Se tomarán las precauciones necesarias para proteger la privacidad de la información registrada en las historias clínicas, en la institución, personal que labora en la institución y familiares de los pacientes contra daño o molestias.
2. Los resultados obtenidos de la auditoria del registro de las historias clínicas, serán comunicados a los Jefes del Servicio y al Director del Hospital para que tengan conocimiento y tomen las medidas correctivas necesarias.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

GRESPLAN S. Vanessa y col. BRAZIL “Evaluación de la Calidad de los registros en la historia de enfermería clínica por medio de la Auditoría” el objetivo de este estudio fue evaluar a través de la auditoría, la calidad de los registros de enfermería en las historias clínicas de los pacientes tratados en unidades de un hospital universitario en São Paulo. Los resultados fueron: Se evaluaron un total de 424 historias clínicas, la comprobación de la prescripción de enfermería, en el 70,7% de los registros estaban presentes y de éstos sólo el 1% fue completa, el control de la prescripción apareció en el 98,1% de los registros de estos, el 1,7% tenían un control completo y el 1,9% estaban ausentes de sus cartas, los registros de enfermería estaban presentes en el 99,5% de los cuales el 2,4% estaban completos, las notas altas se presentaron en el 84,4% y de estos el 31,7% estaban completos⁹.

DE MIGUEL MANZANO B. y col. ESPAÑA “La historia clínica de urgencias. Un parámetro de la calidad de asistencia” trabajo con el objetivo de analizar y evaluar el grado de cumplimiento de parámetros básicos en los informes de alta del servicio de urgencias del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, obteniendo el resultado de: el 72,1% tenían un informe de alta, el 98% de los informes constaba el motivo de la consulta y en un 100% la identificación del paciente y la fecha del alta. El diagnóstico aparecía consignado en el 98,1% y el tratamiento en un 91,3%, el criterio de legibilidad se observó en un 93,3% y la identificación del facultativo solo en un 80,8%¹⁰.

MIRA S. José y col ESPAÑA, “Resultados de una auditoria de historias clínicas en salud mental”. En total se analizaron 783 historias clínicas. Los resultados sugieren un adecuado cumplimiento de los datos en la historia

clínica, escritura legible y alta especificación de las pautas de tratamiento farmacológicos. Al mismo tiempo sugiere puntos de mejora, demostrando la utilidad de estas aproximaciones para la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria¹¹.

DRA. CARRASCO U. Mirtha y col. BOLIVIA. “Auditoria medica en consultorio externo de Pediatría” Se revisaron 3983 de las cuales 722 corresponden al servicio de Emergencia y 3261 a consultorio externo, teniendo los siguientes resultados: en más del 70% de las historias clínicas llenaron adecuadamente la fecha, nombre. Edad, peso, motivo de la consulta, antecedentes, vacunas, examen físico, diagnóstico plan y firma, el resto de los parámetros fueron llenadas en menos del 70%, además se determinó que el 12% (480) de todas las historias clínicas fueron llenadas con todos los datos y en forma completa¹².

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

ROCANO, Edwin Pablo. Perú (2008) en su estudio titulado “Evaluación de la Calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General”, cuyo objetivo fue de evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del servicio de Emergencia; y, de esta manera, identificar inconformidades en la atención de los pacientes que fallecieron. Se revisó 86 historias clínicas correspondientes a los pacientes fallecidos en el periodo enero y febrero 2008, El 100% de historias clínicas (HC) auditadas tuvo una calificación entre 48 y 64% (de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro), lo que las califica como regulares, los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las HC auditadas, el 100% de HC registró en forma incompleta los ítems de Enfermedad Actual y 70% no enfatizó el motivo de consulta, en el 90% de HC se consignó de forma completa las funciones vitales, en el 50% de HC no se enfatizó el estado general o de conciencia y en el

13% de HC no había un examen físico dirigido, no hubo una sola HC en la que se registró la codificación CIE10. Los hallazgos de la auditoria mostraron la deficiencia que existe en el correcto llenado de las historias clínicas¹³.

PERATA S. Marianella y col. Perú “Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú” en su estudio obtuvieron los siguientes resultados: Se encontró que el motivo de consulta, el peso y talla del paciente estuvieron presentes en todas las historias clínicas La fecha, edad, y examen físico estuvieron presentes en más del 90%, el nombre y número de historia clínica en menos del 50%, mientras que las funciones biológicas y funciones vitales en menos del 20%. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4%. La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%. Llegando a la conclusión que la calidad de registro de las historias clínicas fueron deficientes¹⁴.

LLANOS-ZAVALAGA Luis Fernando y col. Perú “Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos”. El objetivo fue evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información, teniendo los siguientes resultados: se encontró registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Tal como se ha evidenciado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas¹⁵.

TARCO V. Duniska Perú “Auditoria médica y calidad de atención en el programa de atención domiciliaria Essalud. Año 2003” Siendo el objetivo determinar la calidad intrínseca del acto médico, mediante la auditoria medica de las historias clínicas de los pacientes del programa de atención

domiciliaria de Es salud (PADOMI), se evaluó 160 historias clínicas (80 H.C. de pacientes fallecidos y 80 H.C. de pacientes activos) teniendo los resultados siguientes: La calidad del registro de la historia clínica, es conforme en el 59% de los casos, la codificación CIE-10 es correcta en 67% de casos y la firma y sello conforme en el 74%, plan de trabajo conforme en el 5%, el 52% de prescripciones están conforme al diagnóstico, las notas de evolución médica se encontraron completas solo en 47%¹⁶.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

No se encontraron estudios

2.2. BASES TEÓRICAS - FILOSÓFICAS

2.2.1. CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

La **Contraloría General de la República del Perú** es un organismo constitucional autónomo del Estado Peruano encargado de controlar los bienes y recursos públicos del país. Es el órgano superior del Sistema Nacional de Control, que cautela el uso eficiente, eficaz y económico de los recursos del Estado del Perú, la correcta gestión de la deuda pública, así como la legalidad de la ejecución del presupuesto del sector público y de los actos de las instituciones sujetas a control; coadyuvando al logro de los objetivos del Estado en el desarrollo nacional y bienestar de la sociedad peruana”¹⁷.

La Contraloría General tiene por misión dirigir y supervisar con eficiencia y eficacia el control gubernamental, orientando su accionar al fortalecimiento y transparencia de la gestión de las entidades, la promoción de valores y la responsabilidad de los funcionarios y servidores públicos, así como, contribuir con los Poderes del Estado en la toma de decisiones y con la ciudadanía para su adecuada participación en el control social”.

La autoridad superior de la Contraloría General de la República es el *Contralor General de la República*, quien es designado por el Presidente de la República. La Contraloría General de la República se organiza a través de divisiones y estas, a saber, son entre otras: *División de Auditoría Administrativa*: Es la encargada de inspeccionar a posteriori, resguardando el principio de legalidad y la integridad del patrimonio público. Se divide en: Asesoría Jurídica y Asesoría Técnica¹⁷.

2.2.2. SISTEMA NACIONAL DE CONTROL

El Sistema Nacional de Control es el conjunto de órganos, instituciones, normas, métodos y procedimientos que permiten conducir y desarrollar las actividades de control del Estado en el Perú de manera descentralizada. Su actuación comprende las actividades y acciones en los campos administrativo, presupuestal, operativo y financiero de las entidades y alcanza al personal que presta servicios en ellas, independientemente del régimen que las regule.

El ejercicio del control gubernamental por el Sistema Nacional de Control en las entidades, se efectúa bajo la autoridad normativa y funcional de la Contraloría General de la República, la misma que establece los lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos correspondientes a su proceso, en función a la naturaleza y/o especialización de dichas entidades, las modalidades de control aplicables y los objetivos trazados para su ejecución. Dicha regulación permitirá la evaluación, por los órganos de control, de la gestión de las entidades y sus resultados.

El Sistema Nacional de Control está conformado por:

- La Contraloría General de República (CGR), que es la cabeza del sistema como ente técnico rector del mismo.
- Las Oficinas de Control Institucional (OCI), como unidades orgánicas responsables de la función de control gubernamental en cada entidad pública.

- Las Sociedades de Auditoría (SOA); que son empresas privadas que, por encargo de la CGR, realizan auditorías financieras, económicas y de sistemas¹⁸.

2.2.3. CONTROL INTERNO

Se entiende por Control Interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

El ejercicio del Control Interno debe consultar los principios de igualdad, eficiencia, economía, celeridad, moralidad, publicidad y valoración de costos ambientales

En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.

El Control Interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal.

Objetivos:

El Control interno que no es más que un plan de organización de todos los métodos coordinados con la finalidad de:

- Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten
- Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional
- Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad
- Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional
- Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros
- Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos
- Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional¹⁹.

2.2.4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

2.2.4.1. LA HISTORIA CLÍNICA

DEFINICIÓN

La historia clínica tuvo muchas definiciones a través de la historia de la Medicina²⁰: Los primeros escritos sobre operaciones realizadas en los huesos, ojos y otras, se encuentran referidas en las leyes del rey Hammurabi, en Babilonia (1790 al 1750 A.C.).

En Egipto se escribió el papiro de Ebers, lectura médica egipcia (aproximadamente, en el año 1553 al 1550, A.C.).

Las primeras historias clínicas que contenían examen, discusión de diagnóstico, tratamiento y resultado claramente establecidos, se deben a Hipócrates, (siglo V A.C., nace en la Isla de Cos en el año 460 A.C. y fallece en Larissa, Tesalia en el año 377 A.C.).

Galeno en el siglo II de nuestra era, usó historias clínicas para discutir y enseñar problemas médicos.

En época históricamente bastante más cercana, Enrique VIII (1491-1547), dictó en Inglaterra reglas escritas sobre la confección y cuidado de las anotaciones y registros sobre pacientes, haciendo respetar el carácter confidencial de las mismas.

Aunque las historias clínicas se redactaron desde la antigüedad, no siempre han perseguido los mismos fines.

Así, por ejemplo, antiguamente se ponía énfasis en los datos científicos, de enseñanza y tratamiento, y no en el concepto asistencial.

A través de los siglos vemos que la necesidad de documentar los datos clínicos de los pacientes transcurre desde las pinturas en las cavernas, pasando por el papel hasta llegar, con el avance de la tecnología y al documento electrónico.

En la actualidad la historia clínica es el documento médico-legal por excelencia, en donde se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona. Entendiéndose por documento la información plasmada materialmente sobre diferentes soportes, que puede ser utilizada para su consulta, estudio o como prueba.

En la historia clínica se deben registrar los procesos asistenciales sanitarios de cada individuo en su calidad de paciente, así como datos que lo ubican en el medio social, cultural y económico que integra y con arreglo a las disposiciones ético-deontológicas y legales, que rigen.

Actualmente en nuestro país se define la historia clínica como el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico.

Debe ser veraz y completa. El médico debe ser cuidadoso en su elaboración y uso, y no incluir apreciaciones o juicios de valor o información ajenos a su propósito¹.

La NTS N° 022-MINSAIDGSP-V.02 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA", define a la historia clínica como el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente²¹.

COMPOSICIÓN

Según la "Enciclopedia española universal"²², la historia clínica consta de nueve episodios o partes fundamentales:

- Anamnesis próxima: Información que surge de la entrevista con el paciente; en principio, es un medio para su identificación.
- Anamnesis remota: Información, tanto sobre los antecedentes personales del paciente como la relacionada con los familiares en el acontecer de salud.
- Examen físico: Información resultante del examen y observación física del paciente.
- Impresiones diagnósticas: Registra uno o varios diagnósticos, realizados a partir de los hallazgos recogidos en el examen físico, sustentados por la anamnesis. Comprende los nombres de las enfermedades sistémicas y orales.
- Exámenes complementarios: Información sobre los resultados de las pruebas -biopsias, imagenología, análisis de laboratorio, entre otras, que el facultativo solicita para confirmar un diagnóstico.
- Diagnósticos definitivos: Información sobre las enfermedades o afecciones que presenta el paciente.
- Pronóstico: Indica la probabilidad de éxito o fracaso del tratamiento que se realizará.

- **Plan (tratamiento):** Se consignan todas las etapas del tratamiento. Se realiza en forma ordenada y lógica. Se debe contemplar el tratamiento ideal y el tratamiento real para que el paciente escoja según sus condiciones el plan que más se adecue a sus necesidades y capacidades.
- **Evolución:** Registra paso a paso cada uno de los procedimientos aplicados y sus posibles complicaciones, la medicación ordenada, los materiales utilizados, la técnica anestésica utilizada, la hora de la atención, la duración del procedimiento, el estado en que se recibe el paciente y cómo evoluciona.
- **Epicrisis:** Es el resumen de los aspectos más relevantes de la atención que se ha brindado al paciente. Se debe anotar: identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual y aspectos más sobresalientes de la evolución de la enfermedad. Se utiliza para realizar interconsultas o remitir al paciente.

La anamnesis próxima se encuentra estructurada sobre la base de dos aspectos, que pueden considerarse esenciales: identificar al paciente y el problema principal o motivo de la consulta (enfermedad actual)²³.

La NTS N° 022-MINSAIDGSP-V.02 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA”, en el capítulo VI de disposiciones específica indica que la estructura básica de la historia clínica debe contener²¹:

1. Identificación del paciente. - Es la sección de la historia clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su historia clínica y datos sobre el establecimiento de salud.

2. Registro de la atención de salud.- En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente.

3. Información complementaria.- Corresponde a la sección de resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos

que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención. Entre la información complementaria se tiene la contenida en: el formato de consentimiento informado, formato de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros y otros que se considere pertinente.

Así mismo, el formato de historia clínica de hospitalización para los hospitales de II y III nivel, deberá estar constituido por:

ANAMNESIS.- Se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales. Forma de Inicio, curso, relato de la enfermedad y funciones biológicas
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos
- Antecedentes familiares

EXAMEN CLÍNICO.- Se consignan los siguientes datos:

- Controles vitales
- Examen clínico general
- Examen clínico regional

DIAGNÓSTICO.- Se consignan los siguientes datos:

- Diagnóstico presuntivo o definitivo de acuerdo al CIE-10.
- Firma, sello y colegiatura del profesional que brinda la atención.

TRATAMIENTO.- Se consignan los siguientes datos:

- Indicaciones terapéuticas: dieta, cuidados de enfermería y de otros profesionales que sean considerados necesarios, medicamentos (consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración).
- Nombres y apellidos, sello, firma y colegiatura del médico que prescribe.

PLAN DE TRABAJO.- Se consignan los siguientes datos:

- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos médico- quirúrgicos
- Interconsultas

EVOLUCIÓN.- La frecuencia de las evoluciones se realizarán mínimo una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de atención
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación de exámenes y comentario
- Terapéutica y plan de trabajo
- Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención

EPICRISIS.- Debe ser elaborada por el médico tratante al egreso del paciente. Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio, número de cama
- Diagnóstico de ingreso
- Resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución y tratamiento
- Procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones.

- Fecha y hora del egreso, estadía total (días)
- Tipo de alta, condición de egreso
- Diagnóstico principal y secundarios (CIE10)
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizará necropsia y causas de muerte
- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante en la hospitalización

Así mismo, la mencionada NTS N° 022-MINSAIDGSP-V.03 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA”, en el capítulo VI nos habla sobre los formatos especiales, los que consideramos de importancia para el desarrollo de un adecuado proceso de atención en la relación al tema que venimos desarrollando en el presente trabajo; siendo estos²¹:

FORMATO DE FILIACIÓN.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Identificación estándar del establecimiento de salud
- Categoría del establecimiento
- Número de historia clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar y fecha de nacimiento
- Edad y sexo
- Domicilio actual
- Domicilio de procedencia
- Teléfono
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería)
- Número de seguro social, SIS, SOAT, otros
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Religión

- Nombre y DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable

NOTAS DE ENFERMERIA.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nota de ingreso: fecha, hora, forma en que el paciente ingresa. Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, funciones biológicas, estado general.
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora.
- Tratamiento administrado
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS U HOJA DE CONTROL VISIBLE.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Denominación Estándar abreviada del producto farmacéutico
- Horario de administración
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó el medicamento
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Servicio, N° de cama

- Registro de: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente

HOJA DE BALANCE HIDRO – ELECTROLÍTICO.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nombres y apellidos del paciente
- Servicio, N° de cama
- Fecha y hora de registro
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, por turnos y el total del día
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

FORMATO DE INTERCONSULTA.- Consta de dos secciones:

Solicitud

- Servicio interconsultado
- Datos de filiación del paciente
- Breve resumen de enfermedad actual
- Motivo de la interconsulta
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de la solicitud
- Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional solicitante

Informe de Interconsulta

- Fecha y hora de la respuesta
- Descripción de los hallazgos

- Exámenes y/o procedimientos realizados
- Diagnóstico, tratamiento y recomendaciones
- Nombres y apellidos, cargo, firma, sello y colegiatura del profesional que realiza la atención

ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. - Debe contener como mínimo:

- Fecha y hora de solicitud
- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de historia clínica, edad, sexo, servicio, N° cama)
- Diagnóstico
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del primer ayudante
- Grupo sanguíneo, hemoglobina, otros según el caso
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

REPORTE OPERATORIO.- Es el formato donde se registra la información referente al procedimiento quirúrgico u obstétrico. Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de historia clínica, edad, sexo
- Servicio, N° cama

- Tipo de anestesia empleada
- Fecha, hora de inicio y término de la intervención, tiempo operatorio
- Intervención quirúrgica programada y efectuada
- Diagnóstico pre y post-operatorio
- Descripción de la técnica o procedimiento realizado
- Hallazgos operatorios
- Complicaciones durante la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos del cirujano, del primer y segundo ayudante, anestesiólogos y enfermera instrumentista
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano
- Indicación de sí se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

FORMATOS DE ANESTESIA.- Debe incluir el resumen del reconocimiento pre- operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post-operatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anestesiólogo. Está constituido por los siguientes formatos:

Hoja de evaluación pre anestésica.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nombres y apellidos del paciente, número de historia clínica, edad, sexo, peso, servicio, N° Cama.
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia
- Resumen de la enfermedad actual, tratamiento y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia

- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista
- Riesgo anestesiológico
- Conclusiones
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anestesiólogo

Hoja de anestesia.- Es el formato donde se registra la actividad realizada por el anestesiólogo en el que deberá incluir el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como, las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el post-operatorio inmediato mientras esté sometido a la actuación del anestesiólogo. Debe contener:

- Nombres y apellidos del paciente, número de historia clínica, edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Diagnóstico pre y post operatorio e Intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de inicio y fin de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia, vía y momento de administración
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del paciente

- Balance hidrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha y hora
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo

Hoja post anestésica.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Nombres y apellidos del paciente, número de historia clínica, edad, sexo, servicio, N° de cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del monitoreo de funciones vitales
- Condición de ingreso a recuperación
- Anotaciones de la evolución (estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas)
- Balance hidrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico anesthesiologo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera

FORMATOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA.- Se consideran los formatos de solicitud y de informe del examen.

Solicitud del examen.- Debe contener como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, número de historia clínica, consultorio o N° de cama y servicio
- Breve Historia Clínica en el caso de estudios especiales y cultivos
- Diagnóstico presuntivo

- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante
- Fecha y hora de toma de muestra

El Formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

Informe del examen:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de historia clínica, consultorio o N° de cama y servicio
- Resultado
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe

FORMATOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.- Se consideran los formatos de solicitud y de informe del examen.

Solicitud del examen:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de historia clínica, consultorio o N° de cama y servicio
- Breve resumen de la Historia Clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del médico solicitante
- Fecha y hora de solicitud del examen.

Informe del examen:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de historia clínica, consultorio o N° de cama y servicio
- Número de informe del examen

- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE ANATOMIA PATOLÓGICA.- Se consideran los formatos de solicitud y de informe del examen.

Solicitud del examen:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de historia clínica, N° de cama y servicio
- Breve resumen de la historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de solicitud
- Fecha y hora de toma de muestra
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional solicitante

El Formato de solicitud debe contener todos los procedimientos que se realizan en el servicio, para marcar el examen requerido.

Informe del examen:

- Nombres y apellidos del paciente, edad, sexo, N° de historia clínica, N° de cama y servicio
- Número de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres, apellidos, firma, sello y colegiatura del profesional que elabora el informe

- Fecha y hora de ejecución del informe

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.- En el caso de tratamientos especiales, practicar procedimientos o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.

El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud y debe contener lo siguiente:

- Identificación estándar del establecimiento de salud
- N° de historia clínica
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y DNI. En caso de analfabetos se coloca la huella digital

- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal, de ser el caso.

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO.- Siendo el contenido mínimo es el siguiente:

- Identificación estándar del establecimiento de salud
- Fecha y hora
- El texto debe expresar que se informó al paciente o su representante legal de los riesgos que implica la decisión de retirarse de la institución contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: se registrarán nombres, apellidos y N° DNI
- Condición de salud del paciente al momento de firmar el formato de retiro voluntario.
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI

INFORME DE ALTA.- El informe de alta se entregara a todo paciente al momento de su egreso del establecimiento de salud, sin ningún costo; el cual debe estar redactado en un lenguaje claro y sin uso de abreviaturas, el mismo que debe contener como mínimo:

- Nombres y apellidos del paciente. Número de Historia Clínica, edad, sexo, servicio

- Diagnóstico de ingreso
- Procedimientos efectuados
- Tratamiento
- Diagnóstico de alta
- Pronóstico
- Recomendaciones para el manejo de la enfermedad, problema o condición del paciente que ameritó el internamiento
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante.

2.2.4.2. AUDITORIA

Definición Genérica de Auditoria.

Existe más de una definición de Auditoria, pero en esta ocasión veremos las definiciones que nos puedan ayudar a entender y conocer en forma completa el proceso en sí.

Entonces entenderemos como Auditoria:

- Una recopilación, acumulación y evaluación de evidencia sobre información de una entidad, para determinar e informar el grado de cumplimiento entre la información y los criterios establecidos.
- Un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otras situaciones que tienen una relación directa con las actividades que se desarrollan en una entidad pública o privada. El fin del proceso consiste en determinar el grado de precisión del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como determinar si dichos informes se han elaborado observando principios establecidos para el caso.

Es un proceso sistemático, esto quiere decir que en toda Auditoria debe existir un conjunto de procedimientos lógicos y organizados que el auditor debe cumplir para la recopilación de la información que necesita para emitir su opinión final. Sin embargo, cabe destacar que estos procedimientos varían de acuerdo a las características que reúna cada empresa, pero esto no significa, que el auditor no deba dar cumplimiento a los estándares generales establecidos por la profesión.

También en esta definición se indica que la evidencia se obtiene y evalúa de manera objetiva, esto quiere decir que el auditor debe realizar su trabajo con una actitud de independencia neutral frente a su trabajo.

La Auditoria puede definirse como «un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso»¹⁰.

Concepto de auditoria

Es la investigación, consulta, revisión, verificación, comprobación y evidencia aplicada a la Empresa. Es el examen realizado por el personal cualificado e independiente de acuerdo con Normas de Contabilidad; con el fin de esperar una opinión que muestre lo acontecido en el negocio; requisito fundamental es la independencia.

Se define también la Auditoría como un proceso sistemático, que consiste en obtener y evaluar objetivamente evidencias sobre las afirmaciones relativas a los actos o eventos de carácter económico – administrativo, con el fin de determinar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones y los criterios establecidos, para luego comunicar los resultados a las personas interesadas. Se practica por profesionales calificados e independientes, de conformidad con normas y procedimientos técnicos²⁴.

2.2.4.3. AUDITORIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En el campo de la salud, el término Auditoría Médica ha sido usado durante mucho tiempo con diferentes acepciones, dependiendo del contexto donde se aplicaba. No fue sino hasta la publicación de los documentos de trabajo para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) en que se da la siguiente definición, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa: "Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente

La auditoría, en un sentido amplio del término, se ha llevado a cabo desde varios siglos atrás, empezando con el desarrollo de estadísticas nacionales de nacimientos y muertes en el Libro Domesday de 1066, los Registros de París de 1597, el Acta de Población de 1840 y el primer Censo Nacional de Inglaterra en 1801. Ernest Hey Groves, propuso en 1908, una organización nacional para el recojo de datos de manera uniforme, solicitando a 15 grandes hospitales descubrir la mortalidad operativa de varias cirugías aceptables²⁵.

La auditoría médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, esta definición no incluye dos componentes importantes en el proceso de auditoría: primero, la necesidad de que los participantes en la auditoría estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional; y segundo, el requisito de conseguir demostrar mejoras en la calidad y/o costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de una auditoría²⁵.

En los servicios de salud se vienen utilizando diversos términos, tales como auditoría médica, auditoría clínica y auditoría del cuidado del paciente. La auditoría médica es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico; auditoría clínica es la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de salud, tanto médico como no médico; y la auditoría del cuidado del paciente, es definida como la revisión de todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente.

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad. Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio, implementación de los cambios necesarios, monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar. La percepción de la auditoría como una acción fiscalizadora es una visión reduccionista del proceso, es visto como una intervención en donde se identifican problemas, sin implementar medidas que conlleven a mejoras en la calidad de atención y el empleo de recursos²⁵.

2.2.4.4. AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS

La historia clínica reúne los documentos relativos a los procesos asistenciales de los pacientes. Los documentos deben contener la información que se considere trascendental para el conocimiento y seguimiento del estado de salud del paciente. El objetivo fundamental de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria. En este sentido la calidad asistencial también se puede medir basándose en una correcta cumplimentación de la historia clínica²⁶.

Dentro del vasto tema de la Auditoría Médica los autores se van a circunscribir a la importancia de los Registros Médicos, especialmente a la

historia clínica como documento y la Auditoría de historias clínicas como procedimiento de control, educación y prevención de errores²⁶.

Se entiende por documento la información plasmada materialmente sobre diferentes soportes (papel, microfilm, electrónico), que puede ser utilizada para consulta, estudio o como prueba.

Historia clínica como documento médico legal:

En la actualidad la historia clínica (HC) es el documento médico-legal por excelencia, junto con el dictamen pericial son los de mayor importancia, más aún si la persona fallece en el acto médico, porque allí se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona y de máxima importancia también asistencial y administrativa²¹.

En la historia clínica se deben registrar los procesos asistenciales sanitarios de cada persona en su calidad de paciente o usuario del sistema de servicios de salud, así como datos que lo ubican en el medio social, cultural y económico que integra y con arreglo a las disposiciones ético-deontológicas y legales, de Derecho Médico que rigen.

Actualmente en nuestro país contamos con varios modelos de historias clínicas, como por ejemplo la HC odontológica, HC psicológica, HC pediátrica, HC familiar, HC informatizada, HC en Internet y más recientemente la propuesta de una historia clínica penitenciaria, todas ellas con sus características peculiares cumplen con un objetivo en común: consignar la asistencia sanitaria brindada al paciente. No perdiendo de vista que debe ser completa pero concisa, clara, puntual, continuada y objetiva. Se plasma en consecuencia en ella la diligencia, prudencia y pericia del equipo asistencial, reflejadas en los actos realizados y registrados o no^{21,27}.

La historia clínica actual deja de ser obra del médico para serlo del equipo de salud o asistencial. Es un documento confidencial y único para cada paciente y deberá quedar siempre garantizado el derecho a la intimidad del paciente mediante el respeto del secreto profesional. Es un

documento comprendido en la regla bioética de la confidencialidad. Sus fines no son solo asistenciales, sino también científicos, para la docencia y la investigación.

También es considerada un instrumento valiosísimo en la Administración Hospitalaria. Documento sanitario en el que cada día con más intensidad, convergen intereses de los pacientes, de la Administración Sanitaria y de los profesionales de la salud, que deberá ser manejado adecuadamente, no vulnerando los principios y reglas éticas, ni las normas legales que le conciernen.

Debe transmitir los hechos ocurridos para llegar en lo posible a un diagnóstico, justificar el tratamiento, elaborar un pronóstico y justificar un resultado final.

En nuestro país la normativa de Salud Pública, señala la obligatoriedad de registrar el diagnóstico primario, definitivo, procedimiento quirúrgico y tratamientos, ningún paciente internado puede carecer de historia clínica. El incumplimiento puede generar responsabilidad y ser demostrativo de una mala praxis³.

La HC es, o debería ser, medio de comunicación entre los integrantes del equipo de salud actuante, además de ser una garantía para el propio paciente, para el equipo de salud y para la Institución, ya que es un importante medio de prueba, y esta característica se realiza por haber sido confeccionada con anterioridad a un eventual cuestionamiento. Para Salud Pública será fuente de información epidemiológica, y de ella surgirán estadísticas de la realidad de salud del país.

En ella se ve reflejada claramente la relación médico – paciente o relación del equipo de salud con el paciente, incluso su familia. De esta relación médico – paciente derivan derechos y deberes recíprocos. No olvidándonos de algunos de los principales deberes del personal de salud respecto al paciente, el deber de asistencia de acuerdo con la Ley, el deber de informar, de obtener el consentimiento, convirtiéndose en la

prueba documental del buen o mal ejercicio de la profesión en los casos de reclamaciones por responsabilidad de los profesionales de salud e instituciones²⁸

Es un documento que puede ser examinado pericialmente, siendo el instrumento más idóneo para una peritación sobre el actuar médico, o puede ser auditado, transformándose en medio de control, corrección y prevención de errores^{2,29}.

Fines de la auditoria de las historias clínicas

Respecto de las **Auditorias** es del caso destacar que tienen fines educativos. Evaluar y corregir la calidad de atención médica brindada. Esto se lleva a cabo mediante el análisis cualitativo de las historias clínicas. Por lo tanto, las historias clínicas serán la principal fuente de información para evaluar la calidad de atención y controlar rendimiento de los servicios^{30,31,32}.

Los datos que no podrían dejar de auditarse en una historia clínica deberían ser: datos sociales e identificatorios del paciente, forma de ingreso, historia clínica de emergencia escrita, que la misma contenga fecha y hora de llegada del paciente a la Institución que figure firma identificable del médico^{32,33}.

Una anamnesis completa con motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, antecedentes gineco-obstétricos, ambientales, enfermedad actual, examen físico, factores de riesgo.

Para clínica solicitada y recibida, identificada, analizar que esté acorde a su evolución y a la anamnesis realizada, si la misma se justifica.

Si hubo procedimientos quirúrgicos o de riesgo importante, constatar que se haya solicitado correctamente el consentimiento informado que es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países. Analizar la descripción operatoria, fecha, hora de comienzo y finalización del acto quirúrgico, técnica empleada, si existió video filmación si está consignada

dentro de la historia clínica, anestesia, si hubo complicaciones quirúrgicas si las mismas quedaron registradas³⁴.

Evolución clínica e indicaciones médicas, tipo de evolución si es diaria o día por medio, si contienen fecha, hora y firma identificable del médico tratante, lo mismo en las anotaciones del equipo de salud actuante.

Si se detectan enfermedades infecciosas si son reportadas al comité de infecciones, o enfermedades de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

Resumen de egreso que contenga el diagnóstico definitivo, destino del paciente, indicaciones al alta, fecha, hora y firma del profesional actuante identificable.

En caso de egreso por fallecimiento que conste la hipótesis de causa de muerte y si se le solicito y realizó autopsia o no. Corroborar si la causa de muerte es coincidente con la consignada en el certificado de defunción. Si correspondía y hubo comunicación al Instituto de Donación y Trasplantes.

Finalmente, si la estadía del paciente fue la adecuada en días, si la historia clínica está prolija, ordenada y si es legible. Si se empleó la papelería oficial.

Evaluar si el contenido es útil para la enseñanza e investigación.

En definitiva, se evalúan todos los registros, si fueron completos, parcialmente completos o existió ausencia de éstos.

2.3. GLOSARIO DE TERMINOS

Auditoria de caso: Es aquella que, por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en merito a los reclamos, quejas y denuncias presentadas, su complejidad requiere un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales.

Auditoria de salud: Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud.

Auditoria Médica: Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.

Atención en salud.- Son una serie de acciones en salud, sean diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que pueden realizarse en diferentes niveles en beneficio de la comunidad.

Condición: Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

Criterio: Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.

Causa: Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.

Efecto: Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento hallado.

Observación: Referida a hechos o circunstancias significativas identificadas durante la auditoria y que pueden motivar oportunidades de mejora.

Auditoria Interna: Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.

Auditoria Externa: La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.

Informe de auditoría de casos: Es el documento que contiene los resultados de la auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la auditoría realizada al Director del establecimiento.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL

La calidad de registro de la historia clínica de paciente fallecidos en los Servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es “Por Mejorar” en su mayoría.

3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HE1: La calidad del llenado de la anamnesis en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE2: La calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE3: La calidad del llenado del examen clínico en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE4: La calidad del llenado del diagnóstico en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE5: La calidad del llenado del plan de trabajo en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia

del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE6: La calidad del llenado del tratamiento en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE7: La calidad del llenado de las notas de evolución en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE8: La calidad del llenado de registros de enfermería/obstetricia en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE9: La calidad del llenado de específica indicaciones de alta en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE10: La calidad del llenado de atributos en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

HE11: La calidad del llenado de formatos especiales en la historia clínica de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017, es insuficiente en su mayoría.

3.2. VARIABLES DEL ESTUDIO

- a) Calidad de la historia clínica.
- b) Calidad del llenado de la anamnesis.
- c) Calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes.

- d) Calidad del llenado del examen clínico.
- e) Calidad del llenado del diagnóstico.
- f) Calidad del llenado del plan de trabajo.
- g) Calidad del llenado del tratamiento.
- h) Calidad del llenado de las notas de evolución.
- i) Calidad del llenado de registros de enfermería/obstetricia.
- j) Calidad del llenado de especifica indicaciones de alta.
- k) Calidad del llenado de atributos de la historia clínica.
- l) Calidad del llenado de formatos especiales.

3.1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional
Calidad del llenado de la anamnesis	Excelencia en la recopilación de datos proporcionados por el paciente sobre su ambiente y el comienzo de la enfermedad.	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado de la anamnesis	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica	<p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica. 	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p>

<p>Calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes.</p>	<p>Excelencia en la recopilación de datos, circunstancias personales o familiares, anteriores al estado actual, que a su vez son los principales síntomas, trastornos o preocupaciones expresadas por el paciente en el momento de su consulta.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Indirecta</p>	<p>Calidad del llenado de la enfermedad actual y antecedentes.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p>	<p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p>
							<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están</p>	

Calidad del llenado del examen clínico	Excelencia en la realización y registro de un conjunto de maniobras que realiza un médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona.	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado del examen clínico.	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	<p>Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p> <p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p>
Calidad del llenado del diagnóstico	Excelencia en la identificación de las enfermedades fundándose en	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado del diagnóstico	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la	<p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe</p>

	los síntomas de está y su correcto registro en la historia clínica.				presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	correlación con lo evaluado Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.
Calidad de llenado del Plan de Trabajo	Excelencia en ordenar y sistematizar información relevante para realizar un adecuado proceso de atención de salud y su correcto registro en la historia	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado del Plan de Trabajo	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
						Se expresará como: Completa; si están llenados todos los ítems. Incompleta; si no están llenados todos los ítems. En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem. No existe; si no se registran los datos. No aplica; no existe correlación con lo evaluado Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos
						Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica

								se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Ginecología obstétrica del Hospital Antonio Lorena.
Calidad del llenado del tratamiento	Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para lograr el alivio de las enfermedades y su correcto registro en la historia clínica.	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado del tratamiento	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica).	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Ginecología obstétrica del Hospital Antonio Lorena.</p>

<p>Calidad del llenado de notas de evolución</p>	<p>Excelencia en el registro en la historia clínica por parte del médico tratante de la sucesión de fases por las que pasa una enfermedad desde su origen hasta su terminación</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Indirecta</p>	<p>Calidad del llenado de notas de evolución</p>	<p>Nominal</p>	<p>Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p>	<p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena..</p>
<p>Excelencia en el registro en la historia clínica por parte del</p>	<p>Excelencia en el registro en la historia clínica por parte del</p>						<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p>	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p>

Calidad del registro de enfermería/obstetricia	personal de enfermería / obstetricia de la sucesión de fases por las que pasa una enferme-dad desde su origen hasta su terminación	Cualitativa	Indirecta	Calidad del registro de enfermería/obstetricia	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	<p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran los datos.</p> <p>No aplica; no existe correlación con lo evaluado</p> <p>Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p>
Calidad del registro de enfermería/obstetricia	Excelencia en el registro en la historia clínica					Mediante la verificación en la Historia Clínica de la	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran</p>	<p>Se expresará como:</p> <p>Completa; si están llenados todos los ítems.</p> <p>Incompleta; si no están llenados todos los ítems.</p> <p>En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem.</p> <p>No existe; si no se registran</p>

Calidad del llenado de las indicaciones de alta	que se otorga al paciente al momento del término de su episodio de atención en el área de hospitalización	Cualitativa	Indirecta	Calidad del registro de especifica indicaciones de alta	Nominal	presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	los datos. No aplica; no existe correlación con lo evaluado Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena..
Calidad del llenado de los atributos de la historia clínica	Excelencia en el registro, cuidado, ordenamiento cronológico, pulcritud y legibilidad de la	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado de atributos de la historia clínica	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según la Norma Técnica de Salud	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> ■ Completa ■ Incompleta. ■ En exceso ■ No existe ■ No aplica 	Se expresará como: Completa; si están llenados todos los ítems. Incompleta; si no están llenados todos los ítems. En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem. No existe; si no se registran los datos. No aplica; no existe correlación con lo evaluado Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y

	historia clínica					para la Gestión de la Historia Clínica.	la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.
Calidad del llenado de formatos especiales	Excelencia en el registro adecuado y congruente de los diferentes formatos que conforman parte de la historia clínica por parte del médico tratante	Cualitativa	Indirecta	Calidad del llenado de formatos especiales.	Nominal	Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.	Se expresará como: Completa; si están llenados todos los ítems. Incompleta; si no están llenados todos los ítems. En exceso; si cuenta con datos que no corresponde al ítem. No existe; si no se registran los datos. No aplica; no existe correlación con lo evaluado Todos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida

	<p>Calidad de la historia clínica</p> <p>Conjunto de propiedades inherentes con que debe contar toda historia clínica que son el ser un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y</p>	Cualitativa	Indirecta	Nivel de calidad de la historia clínica	Nominal	<p>Mediante la verificación en la Historia Clínica de la presencia o ausencia de los parámetros del llenado estándar de los formatos de Hospitalización según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p>	<p>Se expresará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio • Por Mejorar • Deficiente 	<p>de la historia clínica del servicio de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p> <p>Se expresará como:</p> <p>Satisfactorio, si tras la suma de todos los ítems, en la calificación final se obtiene un valor comprendido entre 90-100% del puntaje máximo esperado.</p> <p>Por Mejorar; si tras la suma de todos los ítems, en la calificación final se obtiene un valor comprendido entre 75-89% del puntaje máximo esperado.</p> <p>Deficiente; si tras la suma de todos los ítems, en la calificación final se obtiene un valor <75% del puntaje máximo esperado.</p> <p>Ambos según La Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud). Los datos se consignarán de la ficha de recolección de datos obtenida de la historia clínica del servicio</p>
--	--	-------------	-----------	---	---------	---	--	--

	<p>los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención</p>							<p>de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	---

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo.- Pues es un tipo de metodología aplicada para deducir una circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones como es el caso de las historias clínicas que evaluamos. Así mismo, los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.
- Analítico.- pretende relacionar causalmente algún factor de riesgo o agente causal con un determinado efecto
- Retrospectivo.- En vista que es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el pasado, pero los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo.
- Transversal.- Porque es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.

4.1.2. TÉCNICA DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Historias clínicas de pacientes fallecidos entre Enero y Diciembre del 2017 en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.
2. Historias Clínicas de pacientes fallecidos que se encuentren completas.
3. Historias Clínicas de pacientes fallecidos que no se encuentren dentro de un proceso legal.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Historias Clínicas en pésimo estado de conservación.
2. Historias Clínicas de pacientes fallecidos antes de las 24 horas de permanencia.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN.-

Todas las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, que cumplan con los criterios de inclusión.

4.2.2. MUESTRA

Se realizó en base a las historias clínicas de los pacientes fallecidos durante el año 2017. Las mismas que fueron proporcionadas por la unidad de Estadística del Hospital Antonio Lorena del Cusco, que fueron en número de 235 pacientes fallecidos en los diferentes servicios.

En base a la información recibida nuestra muestra estará constituida por 122 historias clínicas.

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2} \quad Nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$
$$n = 235 \quad Nf = 122.$$

Marco Muestral: estará constituido por todas las historias clínicas de pacientes fallecidos en los diferentes Servicios del Hospital Antonio Lorena del Cusco, durante el año 2017

Unidad Muestral: estuvo constituido por cada una de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en los diferentes Servicios del Hospital Antonio Lorena del Cusco, durante el periodo de estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

Unidad de Análisis: estuvo constituido por el total de folios de cada uno del registro de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en los diferentes Servicios del Hospital Antonio Lorena del Cusco, durante el periodo de estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A. FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Se utilizará el instrumento de recolección de datos aprobado por la NT N° 502-2016: “Norma técnica de Auditoría de la calidad de la atención en Salud/Ministerio de Salud”, la cual evalúa los parámetros estándares que debe tener una historia clínica de hospitalización en cirugía establecidos por la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02.” Norma Técnica de salud para la gestión de la historia Clínica^{6,21}.

Este instrumento consigna los siguientes ítems:

1. Anamnesis: Fecha de la atención, hora de la atención, enfermedad actual (síntomas y signos principales, forma de inicio, curso de la enfermedad, relato de la enfermedad), funciones biológicas, antecedentes personales (antecedentes generales, antecedentes fisiológicos, antecedentes patológicos, antecedentes familiares)
2. Examen clínico: Controles vitales, examen clínico general, examen clínico regional.
3. Diagnóstico: Diagnóstico(s) presuntivo(s) consignando el CIE-10, diagnóstico(s) definitivo(s) consignando el CIE-10, firma del médico que brinda la atención, sello del médico que brinda la atención, colegiatura del médico que brinda la atención.

4. Tratamiento: Indicaciones terapéuticas, dieta, medicamentos (presentación, dosis, frecuencia, vía de administración), nombres y apellidos del médico que prescribe, sello del médico que prescribe, firma del médico que prescribe, colegiatura del médico que prescribe.
5. Evolución: Fecha de atención, hora de atención, apreciación subjetiva, apreciación objetiva, verificación del tratamiento, verificación de la dieta, interpretación de exámenes, comentario de exámenes, terapéutica, plan de trabajo, firma del médico que brinda la atención, sello del médico que brinda la atención, colegiatura del médico que brinda la atención.
6. Epicrisis: Fecha de ingreso, hora de ingreso, servicio, N° de cama, diagnóstico de ingreso, resumen de la enfermedad actual, examen físico, exámenes auxiliares, evolución, tratamiento, fecha del egreso, hora del egreso, estadía total (días), tipo de alta, condición de egreso, diagnóstico(s) principal(es) (uso del CIE-10), diagnóstico(s) secundario(s) (uso del CIE-10), nombres y apellidos del médico, firma del médico, sello del médico, colegiatura del médico.
7. Notas de enfermería: Nota de ingreso (fecha, hora, forma en que el paciente ingresa, breve descripción de la condición del paciente, funciones vitales, funciones biológicas, estado general), evolución durante la hospitalización (signos significativos consignando fecha y hora, síntomas significativos consignando fecha y hora, tratamiento aplicado), nombres y apellidos de la enfermera, firma de la enfermera, sello de la enfermera, colegiatura de la enfermera.
8. Hoja de control de medicamentos: Nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, horario de administración, fecha de inicio del tratamiento, fecha en que se discontinuó el medicamento, nombres y

apellidos de la enfermera, firma de la enfermera, sello de la enfermera, colegiatura de la enfermera.

9. Gráfica de signos vitales: nombres y apellidos del paciente. N° de historia clínica, servicio, N° de cama, registro de temperatura del paciente, registro de frecuencia cardiaca paciente, registro de frecuencia respiratoria paciente, registro de presión arterial paciente.

10. Orden de intervención quirúrgica: Fecha de solicitud, hora de solicitud, nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, edad, sexo, servicio, N° de cama, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, fecha de programación, nombres y apellidos del médico cirujano, nombres y apellidos del primer ayudante, tipo de anestesia prevista, firma del médico cirujano, sello del médico cirujano, firma del jefe de servicio o departamento, sello del jefe de servicio o departamento.

11. Reporte operatorio: Nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, edad, sexo, servicio, N° de cama, tipo de anestesia empleada, fecha de inicio de la intervención, hora de inicio de la intervención, fecha de término de la intervención, hora de término de la intervención, tiempo operatorio, diagnóstico pre-operatorio, diagnóstico post-operatorio, descripción de la técnica o procedimiento realizado, hallazgos operatorios, nombres y apellidos del cirujano, nombres y apellidos del primer ayudante, nombres y apellidos del anestesiólogo, nombres y apellidos de la enfermera instrumentista, nombres y apellidos del médico que realiza el informe, firma del médico que realiza el informe, sello del médico que realiza el informe, colegiatura del médico que realiza el informe.

12. Formatos de anestesia: Hoja de evaluación pre anestésica (nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, edad, sexo, peso, servicio, N° de cama, tipo de anestesia prevista, riesgo

anestesiológico, fecha, hora, nombres y apellidos del médico anesthesiologo, firma del médico anesthesiologo, sello del médico anesthesiologo, colegiatura del médico anesthesiologo), Hoja de anestesia (nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, edad, sexo, peso, servicio, N° de cama, pre operatorio, diagnóstico post operatorio, medicación pre anestésica utilizada, resumen de la valoración preoperatoria, hora de inicio de la anestesia, hora de fin de la anestesia, descripción de la técnica anestésica, medicación administrada (presentación, dosis, frecuencia, vía, momento de administración), gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención, estado clínico del paciente durante la intervención, estado clínico del paciente al final de la intervención, fecha, hora, nombres y apellidos del médico anesthesiologo, firma del médico anesthesiologo, sello del médico anesthesiologo, colegiatura del médico anesthesiologo), Hoja post anestésica (nombres y apellidos del paciente, N° de historia clínica, edad, sexo, peso, servicio, N° de cama, fecha de ingreso, hora de ingreso, hora de egreso, registro del monitoreo de funciones vitales, anotaciones de la evolución, tratamiento administrado, condición de egreso, nombres y apellidos del médico anesthesiologo, firma del médico anesthesiologo, sello del médico anesthesiologo, colegiatura del médico anesthesiologo, nombres y apellidos de la enfermera, firma de la enfermera, sello de la enfermera, colegiatura de la enfermera)

13. Formato de consentimiento informado: Identificación estándar del establecimiento de salud, N° de historia clínica, fecha, nombres y apellidos del paciente, nombre de la intervención quirúrgica, descripción del mismo en términos sencillos, riesgos reales de la intervención quirúrgica, riesgos potenciales de la intervención quirúrgica, nombres y apellidos del médico responsable de la intervención, firma del médico responsable de la intervención quirúrgica, sello del médico responsable de la intervención quirúrgica, colegiatura del médico responsable de la intervención quirúrgica,

nombres y apellidos del paciente o representante legal, firma o huella digital del paciente o representante legal, D.N.I. del paciente o representante legal, espacio consignado en caso de revocatoria del consentimiento informado.

Este instrumento se utilizará para evaluar la calidad del llenado de cada uno de los ítems mencionados y de la historia clínica en sí.

4.3.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación para el registro de los ítems respectivos está dada por el Ministerio de Salud en NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:” Norma Técnica de salud para la gestión de la historia Clínica”²¹, por la NT N° 502-2016: “Norma técnica de Auditoría de la calidad de la atención en Salud/Ministerio de Salud”⁶ y la Dirección Regional de Salud (Comité de la Calidad de Atención en Salud).

La aplicabilidad de esta Resolución⁷ esta normada para todos los establecimientos de salud. Por lo cual dicho instrumento ya no requiere otra validación.

4.3.3. BAREMACIÓN DEL INSTRUMENTO

Como sabemos la puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Nosotros centramos en este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa a nuestro instrumento, para lo cual es necesario la obtención de baremos a fin de comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la

persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas.

Entre las múltiples formas de baremar un test, consideramos que nuestro instrumento está incluido en el grupo de centiles o percentiles, pues los baremos centiles consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor (en una escala de 1 a 100) que se denomina centil (o percentil) y que indican el porcentaje de sujetos del grupo normativo que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes directas. Siento por tanto los valores asignados los que están contenidos en el instrumento de auditoría de la calidad de historias de hospitalización, contenido en la NT N° 502-2016: “Norma técnica de Auditoría de la calidad de la atención en Salud/Ministerio de Salud”⁶, que expresan de la siguiente manera:

SATISFACTORIO	90 - 100% del puntaje máximo esperado
POR MEJORAR	75 - 89% del puntaje máximo esperado
DEFICIENTE	<75% del puntaje máximo esperado

4.4. PLAN Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERÍODO Y LUGAR DE RECOLECCIÓN

La recolección de datos se realizará de las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia de la unidad de Estadística del Hospital Antonio Lorena, DIRESA - CUSCO, 2017.

TÉCNICA:

La técnica de investigación que se utilizó en la presente investigación fue el análisis documental de la historia clínica a partir de la aplicación de un instrumento estructurado para la recolección de datos primarios, el mismo que recogió la información necesaria para conocer el objetivo del

estudio, y también conocer la realidad a partir de la recopilación de la información, que luego permitirá contrastar las hipótesis.

La fuente de recolección de datos fue a partir en las historias clínicas de pacientes fallecidos en los servicios de Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena; para lo cual se buscó un lugar adecuado en el área de estadística de dicho hospital.

La aplicación del instrumento fue realizada por el tesista, quien cuenta con experiencia en auditoria médica y aplicación del mencionado instrumento.

PROCESO:

A) Revisión general:

Donde se codifico cada uno de los instrumentos de medición y se tuvo un conocimiento global de la historia clínica.

B) Revisión minuciosa:

Se realizó un análisis exhaustivo y el llenado correspondiente según ítems de la Ficha de evaluación de la calidad de historias clínicas.

En este caso, el instrumento también se comportará como una Ficha de recolección de datos.

4.5. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

4.5.1. MANEJO DE LA INFORMACIÓN:

Ficha de evaluación de la calidad de historias clínicas:

Se vació la información recolectada a una base de datos en forma codificada para verificar la presencia o ausencia de la totalidad de parámetros en cada ítem evaluado.

Se recodifico la información para categorizar las variables que evaluaron la calidad del llenado de cada ítem en: Estándar, Insuficiente o No existe. Y en el caso de la calidad de la historia clínica como Aceptable o Por mejorar.

4.5.2. ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas para lo cual se utilizó Microsoft Excel, luego se realizó el análisis estadístico descriptivo, tal como el número y el porcentaje.

Los resultados se expresaron a través de tablas de distribución de frecuencias y cuadros.

CAPITULO V

5.1. RESULTADOS

1. FORMATOS DE ANAMNESIS:

CUADRO Nro. 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE ANAMNESIS

ANAMNESIS	COMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%
Número de historia clínica	112	91.8	10	8.2
Nombres y Apellidos del Paciente	122	100	0	0
Tipo y Nº Seguro	25	20.5	97	79.5
Lugar y Fecha de Nacimiento	115	94.3	7	5.7
Edad	121	99.2	1	0.8
Sexo	107	87.7	15	12.3
Domicilio actual	115	94.3	7	5.7
Lugar de procedencia	114	93.4	8	6.6
Documento de identificación	121	99.2	1	0.8
Estado Civil	108	88.5	14	11.5
Grado de instrucción	112	91.8	10	8.2
Ocupación	117	95.9	5	4.1
Religión	88	72.1	34	27.9
Teléfono	92	75.4	30	24.6
Acompañante	86	70.5	36	29.5
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	86	70.5	36	29.5
Fecha de ingreso	122	100	0	0
Fecha de elaboración de historia clínica	121	99.2	1	0.8

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 02

CALIDAD DEL LLENADO DE LA ANAMNESIS

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	23	18.9
<i>POR MEJORAR</i>	74	60.7
<i>DEFICIENTE</i>	25	20.5
<i>TOTAL</i>	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 03**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES**

ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Signos y síntomas principales	112	91.8	0	0	10	8.2
Tiempo de la enfermedad	115	94	0	0	7	5.7
Forma de inicio	113	92.6	0	0	9	7.4
Curso de la enfermedad	115	94.4	0	0	7	5.7
Relato Cronológico de la enfermedad	44	36.1	13	10.7	65	53.3
Funciones biológicas	43	35.2	79	64.8	0	0
Antecedentes	37	30.3	73	59.8	12	9.8

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 04**CALIDAD DEL LLENADO DE ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES**

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>14</i>	<i>11.5</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>36</i>	<i>29.5</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>72</i>	<i>59.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

2. FORMATOS DE EXAMEN CLÍNICO:

CUADRO Nro. 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE EXAMEN CLÍNICO

EXAMEN CLINICO GENERAL	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Funciones vitales	85	69.7	0	0	37	30.3
Peso, Talla, IMC	24	19.7	0	0	98	80.3
Estado general, hidratación, nutrición, conciencia	98	80.3	0	0	24	19.7
Examen clínico regional	23	18.9	99	81.1	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 06

CALIDAD DEL LLENADO DEL EXAMEN CLÍNICO

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>15</i>	<i>13.6</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>144</i>	<i>40.0</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>51</i>	<i>46.4</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

3. FORMATOS DE DIAGNÓSTICO:

CUADRO Nro. 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICOS	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Presuntivo coherente y concordante	37	30.3	25	20.5	60	49.2
Definitivo coherente y concordante	68	55.7	54	44.3	0	0.0
uso de CIE 10	5	4.1	0	0.0	117	95.9

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 08

CALIDAD DEL LLENADO DEL DIAGNÓSTICO

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>25</i>	<i>20.5</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>66</i>	<i>54.1</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>31</i>	<i>25.4</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 09**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DEL PLAN DE TRABAJO**

PLAN DE TRABAJO	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE		NO APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exámenes de patología clínica pertinentes	87	71.3	23	18.9	12	9.8	0	0.0
Exámenes de diagnóstico por imágenes pertinentes	51	41.8	11	9.0	60	49.2	0	0.0
Interconsultas pertinentes	49	40.2	0	0.0	73	59.8	0	0.0
Referencias oportunas	0	0.0	0	0.0	14	11.5	108	88.5
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	0	0.0	76	62.3	46	37.7	0	0.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 10**CALIDAD DEL LLENADO DEL PLAN DE TRABAJO**

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>15</i>	<i>12.3</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>65</i>	<i>53.3</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>42</i>	<i>34.4</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

4. FORMATOS DE TRATAMIENTO:

CUADRO Nro. 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes	98	80.3	13	10.7	11	9.0
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI)	116	95.1	6	4.9	0	0.0
Consigna presentación	0	0.0	0	0.0	122	100.0
Dosis del medicamento	116	95.1	0	0.0	6	4.9
Vías de administración	116	95.1	0	0.0	6	4.9
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	90	73.8	0	0.0	32	26.2

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 12

CALIDAD DEL LLENADO DEL TRATAMIENTO

CALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	63	51.6
POR MEJORAR	37	30.3
DEFICIENTE	22	18.0
TOTAL	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

5. FORMATOS DE EVOLUCIÓN:

CUADRO Nro. 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE NOTAS EVOLUCIÓN

NOTAS DE EVOLUCION	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fecha y hora de evolución	117	95.9	0	0.0	5	4.1
Apreciación subjetiva	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Apreciación objetiva	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Verificación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0	0.0	0	0.0	122	100.0
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	6	4.9	0	0.0	116	95.1
Plan diagnóstico	30	24.6	0	0.0	92	75.4
Plan terapéutico	96	78.7	0	0.0	26	21.3
Firma y sello del médico que evoluciona	121	99.2	0	0.0	1	0.8

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 14

CALIDAD DEL LLENADO DE NOTAS EVOLUCIÓN

CALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>13</i>	<i>10.7</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>94</i>	<i>77.0</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>15</i>	<i>12.3</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERIA/OBSTETRICIA

REGISTROS DE ENFERMERIA/OBSTETRICIA	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Notas de ingreso de enfermeria/obstetricia	114	93.4	0	0.0	8	6.6
Notas de evolución de enfermeria/obstetricia	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Hojas de grafica de signos vitales	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Hoja de balance hídrico	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Kardex	112	91.8	0	0.0	10	8.2
Firma y sello del profesional	122	100.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 16

CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>96</i>	<i>78.7</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>17</i>	<i>13.9</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>9</i>	<i>7.4</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 17

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS
DE REGISTRO DE INDICACIONES DE ALTA**

ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Informe de Alta	5	4.1	0	0.0	117	95.9
Medicamentos prescritos	0	0.0	0	0.0	122	100.0
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	0	0.0	0	0.0	122	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 18

CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTROS DE INDICACIONES DE ALTA

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>3</i>	<i>2.5</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>11</i>	<i>9.0</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>108</i>	<i>88.5</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 19**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS DE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA**

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Firma y sello del médico tratante	122	100.0	0	0.0	0	0.0
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	0	0.0	0	0.0	122	100.0
Pulcritud	121	99.2	0	0.0	1	0.8
Legibilidad	91	74.6	0	0.0	31	25.4
No uso de abreviaturas	5	4.1	0	0.0	117	95.9

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 20**CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTROS DE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA**

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>3</i>	<i>2.5</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>6</i>	<i>4.9</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>113</i>	<i>92.6</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 21

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ÍTEMS EVALUADOS EN LOS FORMATOS ESPECIALES

FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA		INCOMPLETA		NO EXISTE		NO APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Formatos de interconsulta	30	24.6	23	18.9	10	8.2	0	0.0
Formato de orden de intervención quirúrgica	5	4.1	0	0.0	39	32.8	78	63.9
Reporte operatorio	39	32.0	4	3.3	1	0.8	78	63.9
Hoja de evolución pre anestésica	44	36.1	0	0.0	0	0.0	78	63.9
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	2	1.6	0	0.0	42	34.4	78	63.9
Hoja de anestesia	44	36.1	0	0.0	0	0.0	78	63.9
Hoja post anestesia	44	36.1	0	0.0	0	0.0	78	63.9
Formatos de patología clínica y de diagnóstico por imágenes.	39	32.0	0	0.0	5	4.1	78	63.9
Formato de anatomía patológica	5	5.1	0	0.0	39	5.1	78	63.9
Formato de consentimiento informado	44	36.1	0	0.0	0	0.0	78	63.9
Formato de retiro voluntario	0	0.0	0	0.0	122	100	0	0.0
Epicrisis	112	91.8	0	0.0	10	8.2	0	0.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 22

CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTROS DE FORMATOS ESPECIALES

<i>CALIDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>25</i>	<i>20.5</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>64</i>	<i>52.5</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>33</i>	<i>27.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>122</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

CUADRO Nro. 23
CALIDAD DEL LLENADO DE REGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS

<i>CALIFICACION</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>SATISFACTORIO</i>	<i>6</i>	<i>4.9</i>
<i>POR MEJORAR</i>	<i>18</i>	<i>14.8</i>
<i>DEFICIENTE</i>	<i>98</i>	<i>80.3</i>
<i>TOTAL</i>	<i>520</i>	<i>100</i>

Fuente: ficha de recolección de datos.

5.2. DISCUSIÓN

Es necesario destacar que, hasta donde se conoce de la revisión bibliográfica efectuada, la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”²⁷, que sirvió de base para evaluar la calidad del registro de las historias en el presente trabajo, también fue tomada en cuenta por otros autores en estudios de la misma naturaleza en la ciudad del Cusco y a nivel nacional.

Es importante señalar que muchos de los formatos que actualmente se utilizan en el Hospital Antonio Lorena, no cumplen los estándares requeridos y normados por el Ministerio de Salud. Así, por ejemplo, en la hoja de anamnesis el formato del hospital no consigna fecha y hora en que realizó el mismo. Obviamente, estos hechos constituyen razón de peso del elevado porcentaje de registro incompleto de algunos ítems y, en adición a otras deficiencias advertidas, ameritan una actualización de la estructura de las historias.

- El primer formato examinado correspondió a la Anamnesis, estableciéndose que en la mayoría de los ítems mostraban algún grado de deficiencia en su llenado, así como también gran parte de ellos se hallaban adecuadamente registrados; de todas las historias revisadas, los nombres y apellidos del paciente como también la fecha de ingreso al establecimiento de salud estuvieron completos en el 100%, mismo porcentaje encontrado en el trabajo realizado por De Miguel Manzano¹⁰ en relación a la identificación del paciente, sin embargo, al comparar con otros trabajos como el de la Dra. Carrasco U¹², precisa que estos mismos datos reportaron el 70% y del trabajo de Perata S. Marienella¹⁴ en un 90%, adicionalmente en este último trabajo se encontró el ítem de número de historia clínica con menos del 50% del llenado, ítem no evaluado en nuestro trabajo por no estar considerado en el formato de la calidad de registro de la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. De otro lado, los ítems menos llenados como el tipo de seguro y número de seguro reportaron en un 100 no existente y nombre del acompañante, domicilio,

religión y teléfono ausente 27.9% a 29.5%, datos no comparables con ningún trabajo consignado en la presente tesis.

- En relación al reporte del Examen Clínico, se observó que en los ítems: signos y síntomas principales, tiempo de enfermedad, forma de inicio y curso de la enfermedad superaban en 91% con el llenado completamente, datos comparables con los trabajos de, De Miguel Manzano¹⁰ donde consigna con el 98% de llenado del motivo de consulta, así como también los referidos por la Dra. Carrasco U. donde reporta el motivo de consulta con más del 70%. A diferencia de otros trabajos, el relato cronológico de la enfermedad reporto en el 53% como no existente, cifra muy por debajo de los trabajos reportados sobre todo los nacionales.
- Cabe mencionar que el registro de funciones vitales fue incompleto con el 64%, indicador muy importante, por que conlleva al desconocimiento del estado hemodinámico y pronóstico, las alteraciones en estos parámetros son señales que deben ser tomadas en cuenta, ya que son indicativos de condiciones que pueden denotar gravedad y la subsecuente implicancia médico legal, si es sujeto de denuncia por negligencia médica.
- Respecto al Diagnóstico, debe señalarse que no existe formato específico o parte diferenciada en la historia para este fin, como lo dispone la norma vigente²⁷; en su lugar se consideró el diagnóstico presuntivo y definitivo como parte del Formato de Examen Clínico, observándose que la mayoría de los ítems comprendidos mostraron un deficiente llenado en la mayoría de las historias, sobre todo con el ítem de diagnóstico presuntivo, además de las 122 historias auditadas solo 5(4.1%) de ellas consignaba el CIE - 10 correspondiente.
- En cuanto al Tratamiento, se puede concluir que la mayoría de los ítems presentaron un adecuado llenado en todas o casi todas las historias. Probablemente, ello se debió al amplio dominio que tiene el médico sobre la

información requerida en cada ítem. Una comparación muy similar con lo hallado en Brazil⁹ y España¹⁰. El nombre y apellidos, firma, sello o colegiatura del médico tratante estuvo presente en la mayoría de los formatos de tratamiento. Nuestro estudio es el único que evaluó estos ítems en el tratamiento.

- Merece destacarse que se los datos consignados en la evolución medica como: fecha y hora de evolución, apreciación objetiva y subjetiva y firma del médico que evoluciona, se evidenció en forma completa en el 95%, identificándose así al responsable de dicha atención y del conocimiento del estado de paciente durante su permanencia en el establecimiento de salud, resultados parecidos a los trabajos consignados por Mira S.¹¹, Perata S.¹⁴ y Llanos-Zavalaga¹⁵. Cabe destacar la ausencia de información en la mayoría de las historias sobre verificación del tratamiento, interpretación de exámenes auxiliares, comentario y plan de trabajo lo cual probablemente se debió a la falta de exigencia o de interés para registrar este ítem que, eventualmente podría afectar la recuperación del paciente en la forma previsible. Como dato comparativo sólo puede señalarse que el registro incompleto de la evolución fue notoriamente similar a lo hallado Bolivia¹².
- En relación a los registros de enfermería/obstetricia, en el 100% se consignaron la firma y sello del profesional, así mismo, las notas de ingreso, notas de evolución, hojas graficas de signos vitales, balance hídrico y kardex superaron el 91%, denotando el conocimiento, compromiso y desempeño del personal responsable, porcentaje muy por encima de los reportados en el trabajo de Grespan S.⁹, que consigna alrededor del 2%.
- En relación a las indicaciones de alta, la mayoría de los ítems se hallaron no registrados (más del 95%). Esta situación puede explicarse, en gran medida, a que las historias clínicas evaluadas son de personas fallecidas, sin embargo, una de las condiciones de alta es la de fallecido, dato muy importante su aun la historia clínica está sujeta a evaluación por negligencia médica, la cual no describe la condición del paciente, fecha y hora de

fallecimiento, identificación del profesional quien intervino y determinó el fallecimiento

- Según los ítems evaluados en los atributos de la historia clínica, cabe resaltar que la firma y sello de medico estuvo presente en el 100%, sin embargo, no existe un orden cronológico de las hojas de la historia clínica, siendo la escritura poco legible en el 25%, dificultándose así la lectura en un proceso de auditoria clínica o legal, lo más resaltante es el uso de abreviaturas sobre todo en las evoluciones médicas, diagnóstico y tratamiento.
- En cuanto a los formatos especiales, por la condición de las historias clínicas de paciente fallecidos la mayoría de los ítems se consideraron no aplicables.
- Es importante recalcar que los paciente antes de fallecer que estuvieron en la condición de operados, el record operatorio fue llenado en forma incompleta en el 3.3%, y las hojas de evolución pre anestésica, hoja de anestesia, hoja post anestesia, y formato de consentimiento informado estaban presentes con un adecuado llenado, sin embargo se evidencia variedad de formatos (propios del hospital y los que propone la norma técnica de Ministerio de Salud).
- Si bien es cierto se evidenció la presencia de formatos del Formato de Consentimiento Informado, estos no están completamente llenados, faltando en algunos formatos el nombre de paciente, fecha, diagnostico, procedimiento, firma y post firma del paciente o familiar y firma del médico, la ausencia significativa del nombre y apellidos del médico, así como del nombre y descripción de la cirugía a realizar, entre otras omisiones, podrían ser de alguna consecuencia legal adversa para la institución y el personal de salud involucrado para qué se dio el consentimiento.

- Finalmente, se halló que el nivel de calidad de una amplia mayoría de historias clínicas está por debajo del 60%, y por lo tanto se cataloga como “Deficiente”. En un estudio realizado en Lima-Peru^{13,14,16}, se encontró que el nivel de calidad de las historias fue angustiosamente regular y sólo bueno en algunas, lo mismo se halla en Brazil⁹, España^{10,11} y Bolivia¹². No obstante las diferencias de formatos, niveles de calidad, criterios de evaluación de los ítems y puntajes de quiebre considerados entre éste y otros estudios, la conclusión más general a nivel nacional es que la calidad del registro de datos en las historias es deficiente o pobre.
- Con este estudio queda demostrado el completo desconocimiento de normas (vigentes desde el año 2004) que estandarizan el llenado de la historia clínica por parte de las autoridades del hospital Antonio Lorena y de todo aquel que hace uso de este importante documento.

5.3. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, se concluye que:

1. La calidad del llenado de las historias clínicas de pacientes fallecidos del Hospital Antonio Lorena del cusco fue “DEFICIENTE “en su mayoría, según los ítems evaluados en función a la normatividad legal existente.
2. La calidad del llenado de la anamnesis en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “POR MEJORAR”.
3. La calidad del llenado de la enfermedad actual y los antecedentes en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “DEFICIENTE”.
4. La calidad del llenado del examen clínico en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “DEFICIENTE”.
5. La calidad del llenado del diagnóstico en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “POR MEJORAR”.

6. La calidad del llenado del plan de trabajo en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “POR MEJORAR”.
7. La calidad del llenado del tratamiento en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “SATISFACTORIO”.
8. La calidad del llenado de las notas de evolución en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “POR MEJORAR”.
9. La calidad del llenado de los registros de enfermería/obstetricia en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria del registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “SATISFACTORIO”.
10. La calidad del llenado de los registros de indicaciones de alta en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “DEFICIENTE”.
11. La calidad del llenado de los registros de atributos de la historia clínica en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de

registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “DEFICIENTE”.

12. La calidad del llenado de los formatos especiales en la mayoría de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, de acuerdo a la auditoria de registro del llenado de las historias clínicas realizado, en función de la normatividad legal existente, se catalogan como “POR MEJORAR”.

5.4. RECOMENDACIONES

Con el fin de mejorar la calidad de atención a los usuarios y proteger los intereses legales en las atenciones de salud, se plantean las siguientes recomendaciones:

PARA EL DIRECTOR DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO:

1. En coordinación con la Dirección Regional de Salud y su comité de la calidad de atención en salud, implementar curso de capacitación en el adecuado llenado de la historia clínica, así como su correcta administración.
2. Capacitar al personal de salud en temas de gestión de la historia clínica e implicancias medico legales.
3. Mejorar los formatos de la historia clínica, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.
4. Ejecutar la auditoría médica de historias clínicas, de manera efectiva y permanente.
5. Hacer el seguimiento de las medidas correctivas derivadas de las acciones de control de la gestión de la historia clínica.

PARA LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA:

1. Capacitar a los alumnos en el adecuado llenado de la historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente dispuesto por el Ministerio de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima; 2007.
2. Guzman F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24.
3. Ley General de Salud. Publicado en el diario oficial El Peruano, Ley N° 26842, (15 de julio de 1997).
4. O.M.S. Doctores para la salud. Una estrategia global de la OMS para reorientar la educación médica y la práctica médica para la salud para todos. OMS / SAR / 96.1. 1996.
5. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado. Lima: Ministerio de Salud; 2004.
6. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
7. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA. Norma Técnica de la Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
8. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Lima: Ministerio de Salud; 2008.
9. Grespan S. V. y col. Acta paul, enferm. Vol.22 n° 3 Sao Paulo. Mayo/junio 2009.
10. De Miguel Manzano B. y col. "La historia clínica de urgencias. Rev. Medica de Cataluña, vol. 7 N° 2, 2007.
11. Mira J. y col, Rev. de psicología clínica, ISSN - ESPAÑA 1130-5274, Vol.8 n°3, 1997, pags. 511-519).

12. Carrasco M. y col. Auditoria medica en consultorio externo de pediatria. Rev. Sociedad Boliviana de Pediatria. 1993; 32:1, 20-24.
13. Pablo-Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Perú 2008.
14. Perata Salazar M. y col. Perú 2006, Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú.
15. Llanos Zavalaga F y col. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Perú; 2006
16. Tarco V. D. Auditoria médica y calidad de atención en el programa de atención domiciliaria Essalud. Perú, Año 2003.
17. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, diario oficial El Peruano, Ley N° 27785, 23.JUL.2002
18. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, diario oficial El Peruano, Ley N° 27785, 22 de julio del 2012.
19. Poch, R. Manual de Control Interno. Barcelona España: Editorial Gestión 2000. Segunda Edición.
20. Martinelli R, Zawadzki S. Documentos médicos, registros y auditorias: Su importancia y evolución.[en línea]. [fecha de acceso 27 de Julio de 2009]. URL disponible en:
http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/hd_documentos.pdf
21. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de Salud. Lima. 2005.
22. Muniagurria AJ. Algunas apreciaciones sobre el método clínico. [en línea]. [fecha de acceso 15 de Julio de 2009] URL disponible en:
<http://www.villavicencio.org.ar/pdf/023%20Algunas%20apreciaciones%20sobre%20el%20Metodo%20Clinico.pdf>.

23. La historia clínica. [en línea]. [fecha de acceso 15 de Julio de 2009].URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica.
24. Alvin, A., Arensa, R., Mark, S., Beasley, Auditoría un enfoque integral, México, 2007.
25. Llanos F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered v.11 n.3 Lima jul./set. 2000
26. Ruiz ML. Beneites B. Tipología documental en las Historias Clínicas. Rev. estudios extremeños. Vol 59, N° 1. 2003.
27. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. NT N° 139-MINSA/2018/DGAIN. Lima: MINSA; 2018.
28. Beca-Infante J. La relación médico-paciente en el siglo 21. Rev. chil. enferm. respir. vol.34 n°.4 Santiago 2018
29. Criado del Rio M. T.: Aspectos-Médicos Legales de la Historia Clínica, Constitución y leyes S.A., Madrid, 1999.
30. Marinker M. Principles in Medical Audit and General Practice. London: BMJ Publishing Group; 1990:1-14.
31. Bailey R. Auditoria médica. Madrid:Harcourt Brace de España; 1999.
32. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994;103:741-4.
33. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III): Facetas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 25-8
34. Vera O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev. Med. La Paz vol.22 n° 1 La Paz; 2016.
35. Piscocoya J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoria médica. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. INSS 1025 – 5583. Vol. 61, N° 3 – 2000. Pags. 227 – 240.

36. Sánchez J. Historia de la Auditoria Medica. Historia de la Medicina Peruana. Mayo 2012. URL disponible en: <http://historiamedicinaperuana.blogspot.com/>

ANEXOS

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				

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				

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				
ESPECIFICA 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					