



# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Universidad  
Andina  
del Cusco



### TESIS

---

“Evaluación de la calidad del registro de datos de las historias clínicas en consulta externa en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del Cusco, octubre - diciembre 2019”

---

Presentado por:

Bach. Mario Joel Guzmán Valle

Bach. Angie Rocio Rios Gonzales

Para optar el Título Profesional de Médico

Cirujano

Asesor: Dr. Wilbert Silva Cáceres

Cusco – Perú

2021



## AGRADECIMIENTOS

En principio agradecer a Dios por habernos permitido concluir con una etapa más en nuestra formación como profesionales de Salud y por habernos brindado la oportunidad de estudiar una carrera tan bella, dedicada y leal como lo es Medicina Humana.

A nuestros padres, por todo el esfuerzo y sacrificio entregados con todo su amor durante nuestra etapa de formación profesional, por su inmenso apoyo, comprensión y paciencia a través de todos estos años y por habernos levantado el ánimo en aquellas situaciones difíciles demostrándonos que podemos y debemos levantarnos en cualquier situación y seguir siempre adelante.

A nuestros hermanos, por su compañía, por su aliento y por compartir con nosotros gratos momentos durante estos años de formación profesional.

A nuestro asesor el Dr. Wilbert Silva Cáceres, por su constante guía, apoyo y confianza durante la realización del presente trabajo.

A nuestros amigos, por su valiosa y sincera amistad y por haber compartido con nosotros diversas experiencias y recuerdos vividos.



## DEDICATORIA

A Dios; por brindarme la oportunidad de estar vivo y poder conseguir mis metas, por darme paz e iluminar mis días y ser el soporte en cada uno de mis pasos.

A mis padres y hermano; por su infinito amor, paciencia, comprensión y sus enseñanzas, que me permitieron poder llegar hasta este momento, demostrándome que nada es imposible si uno está decidido a conseguir y luchar por sus sueños.

A mis abuelos, que desde el principio de la carrera tuvieron fe en mí y siempre levantaron una oración para que todo me vaya bien, y aunque algunos de ellos hoy me observan y me cuidan desde el cielo, estoy seguro y lo siento en mi corazón, que están celebrando este logro conmigo.

*Mario.*

A Dios; por ser luz en mi camino y fortaleza en todo momento, pues sin él nada sería posible; a mis padres Edwin y Juana por su apoyo incansable, por sus enseñanzas, comprensión y gran amor que me llevan a cumplir mis metas hoy; a mis hermanos Kristhel y Aleksander por enseñarme sobre fortaleza y valentía, y ser gran compañía y alegría desde siempre.

*Angie.*



#### DICTAMINANTES

Med. Edwin Daniel Castañeda Ponze

Mgt. Med. Cristabel Nilda Rivas Achahui

#### REPLICANTES

Med. Andrei Martinez Acurio

Med. Margot Mejia Hurtado

#### ASESOR

Med. Wilbert Silva Caceres



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	i
RELACIÓN DE TABLAS .....	iii
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	vii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA.....	1
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1 Problema general.....	2
1.2.2 Problemas específicos .....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1 Conveniencia.....	3
1.3.2 Relevancia Social .....	3
1.3.3 Implicancias prácticas .....	4
1.3.4 Valor teórico .....	4
1.3.5 Utilidad Metodológica .....	4
1.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos .....	4
1.5 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1 Delimitación espacial .....	5
1.5.2 Delimitación temporal .....	5
1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS .....	7
2.1.1. A nivel internacional.....	7
2.1.2. A nivel nacional .....	8
2.1.3. A nivel local.....	10
2.2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	25



2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
2.5. VARIABLES.....	26
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES .....	27
CAPÍTULO III.....	31
MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	31
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	32
3.4.1. Descripción de la población .....	32
3.4.2. Sujeto de la Investigación .....	32
3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión .....	32
3.4.3.1. <i>Criterios de inclusión.</i> .....	32
3.4.3.2. <i>Criterios de exclusión.</i> .....	32
3.4.4. Muestra .....	33
3.4.4.1. <i>Tamaño de muestra.</i> .....	33
3.4.4.2. <i>Muestreo.</i> .....	34
3.5. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.5.1. Técnica y procedimiento de recolección de datos .....	34
3.5.2. Instrumento .....	35
3.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	42
CAPÍTULO IV.....	43
4.1 RESULTADOS.....	43
4.1.1 Centro de Salud CLAS Ttio .....	46
4.1.2 Centro de Salud CLAS Wanchaq .....	50
4.1.3 Centro de Salud CLAS San Jerónimo.....	54
4.1.4 Centro de Salud Santa Rosa .....	58
4.2 DISCUSIÓN.....	62
4.3 CONCLUSIONES .....	67
4.4 RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ANEXOS .....	72



## RELACIÓN DE TABLAS

<b>TABLA N° 01:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa de centros de salud del primer nivel de atención.....	39
<b>TABLA N° 02:</b> Diferencias en la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa de centros de salud del primer nivel de atención.....	39
<b>TABLA N° 03:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa del Centro de Salud de CLAS Ttio.....	40
<b>TABLA N° 04:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa del Centro de Salud de CLAS Wanchaq.....	40
<b>TABLA N° 05:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa del Centro de Salud de CLAS San Jerónimo.....	41
<b>TABLA N° 06:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa del Centro de Salud de Santa Rosa.....	41
<b>TABLA N° 07:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente filiación.....	42
<b>TABLA N° 08:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente anamnesis .....	42
<b>TABLA N° 09:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente examen clínico .....	43
<b>TABLA N° 10:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente diagnóstico .....	43
<b>TABLA N° 11:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente plan de trabajo.....	44
<b>TABLA N° 12:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente tratamiento.....	44
<b>TABLA N° 13:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Ttio en el componente atributos de la historia clínica.....	45
<b>TABLA N° 14:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente filiación.....	46
<b>TABLA N° 15:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente anamnesis.....	46
<b>TABLA N° 16:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente examen clínico.....	47
<b>TABLA N° 17:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente diagnóstico.....	47



<b>TABLA N° 18:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente plan de trabajo.....	48
<b>TABLA N° 19:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente tratamiento.....	48
<b>TABLA N° 20:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS Wanchaq en el componente atributos de la historia clínica.....	49
<b>TABLA N° 21:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente filiación.....	50
<b>TABLA N° 22:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente anamnesis.....	50
<b>TABLA N° 23:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente examen clínico.....	51
<b>TABLA N° 24:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente diagnóstico.....	51
<b>TABLA N° 25:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente plan de trabajo.....	52
<b>TABLA N° 26:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente tratamiento.....	52
<b>TABLA N° 27:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo en el componente atributos de la historia clínica.....	53
<b>TABLA N° 28:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente filiación.....	54
<b>TABLA N° 29:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente anamnesis.....	54
<b>TABLA N° 30:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente examen clínico .....	55
<b>TABLA N° 31:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente diagnóstico.....	55
<b>TABLA N° 32:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente plan de trabajo.....	56
<b>TABLA N° 33:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente tratamiento.....	56
<b>TABLA N° 34:</b> Calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el Centro de Salud Santa Rosa en el componente atributos de la historia clínica.....	57





## RESUMEN

### **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA EXTERNA EN CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL CUSCO, OCTUBRE - DICIEMBRE 2019**

**Antecedentes:** Lo que se espera conseguir con la elaboración del presente trabajo es determinar si en los centros de salud de atención primaria - MINSA de nuestra ciudad, los médicos y el personal implicado en manejar las historias clínicas cumplen o no con lo que está indicado en la Norma Técnica de nuestro país.

**Método:** Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, la muestra está conformada por 376 historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del cusco, elegidos mediante los criterios de selección.

**Resultados:** Se determinó que 189 historias clínicas (50.3%) presentaron puntuación deficiente, 173 historias clínicas (46.0%) presentaron puntuación por mejorar, mientras que solo el 3.7% de historias tuvieron puntaje satisfactorio. La calidad del registro de los datos de las historias clínicas en los centros de salud evaluados presentó que el Centro de Salud CLAS San Jerónimo tuvo una deficiencia del 62,8%, el Centro de Salud CLAS Ttio y el Centro de Salud de Santa Rosa tuvieron una deficiencia del 48,9% y el Centro de Salud CLAS Wanchaq tuvo un deficiencia del 40,4%

**Conclusiones:** La evaluación de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas es “deficiente” en consulta externa en los centros de salud de atención primaria del Cusco, en donde el Centro de Salud CLAS San Jerónimo presentó la mayor deficiencia, mientras que el Centro de Salud CLAS Wanchaq presentó la menor deficiencia. Por lo cual en comparación con la Norma Técnica –MINSA/2016 si existe diferencia entre los formatos empleados en los centros de salud evaluados.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de registro, historias clínicas, consulta externa.



## ABSTRACT

### **EVALUATION OF THE QUALITY OF THE DATA RECORD OF CLINICAL HISTORIES IN EXTERNAL CONSULTATION IN HEALTH CENTERS OF THE FIRST LEVEL OF CARE OF CUSCO, OCTOBER - DECEMBER 2019**

**Background:** What is expected to be achieved with the preparation of this work is to determine whether or not in the primary care health centers - MINSA of our city, the doctors and the personnel involved in handling the medical records comply with what is indicated in the Technical Standard of our country.

**Method:** It is an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study; the sample is made up of 376 outpatient medical records in first-level care health centers in Cusco, chosen through the selection criteria.

**Results:** It was determined that 189 medical records (50.3%) had a poor score, 173 medical records (46.0%) had a score for improvement, while only 3.7% of records had a satisfactory score. The quality of the data recording of the medical records in the evaluated health centers showed that the CLAS San Jerónimo Health Center had a deficiency of 62.8%, the CLAS Ttio Health Center and the Santa Rosa Health Center had a deficiency of 48.9% and the CLAS Wanchaq Health Center presented a deficiency of 40.4%

**Conclusions:** The evaluation of the quality of the registration of the data of the medical records is "deficient" in external consultation in the primary care health centers of Cusco, where the CLAS San Jerónimo Health Center presented the greatest deficiency, while the CLAS Wanchaq Health Center presented the least deficiency. Therefore, compared to the Technical Standard –MINSA / 2016, there is a difference between the formats used in the evaluated health centers.

**KEY WORDS:** Record quality, medical records, external consultation.



## INTRODUCCIÓN

La Historia clínica es un documento indispensable, la cual representa la relación interpersonal entre el médico y el paciente, donde se recopila toda la información relevante y correspondiente a la salud del mismo, por lo que, desde el momento de su creación, se hará registro de la evolución médica del paciente, de tal manera que la historia clínica se convertirá en un documento multifacético por las múltiples funciones que le corresponden.

Dicho documento se rige bajo normas que inducen su adecuado manejo y registro de datos, estas normas están creadas por organismos certificados dirigidas a instituciones prestadoras de servicios de salud ya sean públicas, privadas o mixtas para la correcta atención y satisfacción del usuario, es por eso que en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSa) presentó en el año 2018 una actualización de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica N° 139 – MINSa/2018/DGAIN, la cual orienta y contribuye en la mejora de la calidad de la historia clínica mediante su adecuado manejo y mediante la adecuada atención del paciente, así como la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud NTS N° 029 – MINSa/DIGEPRES-V.O2, cuyo objetivo es asegurar que las atenciones médicas sean de calidad respetando los derechos de los usuarios.

Por esta misma razón es imperativo que se realice un adecuado registro de todos los datos correspondientes, para de esta manera, mejorar la atención, pero sobre todo para brindarles un adecuado diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento a los pacientes de nuestra población.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA

#### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La historia clínica, es un documento privado y es la herramienta de registro de la actuación del equipo de salud. Presenta, además, un determinado valor para la sociedad ya que es un documento legal, estadístico, comparativo, evolutivo, científico-docente, necrópsico, inviolable, de auditoría y de calidad asistencial. (1)

De acuerdo a nuestra realidad, las historias clínicas se basan en la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica” N°139-MINSA/2018, la cual tiene como finalidad contribuir con el mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, mediante un correcto manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas, así como en la protección de los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.(2)

Es por esta razón que corresponde a esta Norma Técnica ocuparse de administrar el proceso y procedimientos correctos que deben seguir las historias clínicas desde su apertura, usos, custodia y eliminación, entre otros aspectos. (2)

De esta manera se da respuesta a los nuevos desafíos de la gestión clínica, y resolver las principales situaciones que plantean o se presentan en los servicios de salud con respecto a la historia clínica, sea de manera manuscrita, informatizada o electrónica. (2)

Por otra parte, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N° 029-MINSA/2016, cuya finalidad es contribuir a



mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud, se planteó como objetivo instaurar lineamientos técnicos y metodológicos para realizar una auditoría sobre la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. (3)

Dentro de lo que compete a esta Norma Técnica, también se establecen la especificaciones para el adecuado registro de los datos de la historia clínica, así como los debidos procesos para realizar una auditoria adecuada; por lo que la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad debe comunicar mediante un documento a la dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo el inicio de la auditoria, precisando los datos identificatorios del paciente, así como de la historia clínica. (3)

Lo que se obtuvo con la elaboración del presente trabajo fue determinar si en los centros de salud de atención primaria - MINSA de nuestra ciudad, los médicos y el personal implicado en manejar las historias clínicas cumplieron o no con las bases indicadas en la Norma Técnica de nuestro país; así como se da sugerencias respecto a las faltas encontradas con el fin de optimizar la calidad del registro de los datos de las historias clínicas.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?



### 1.2.2 Problemas específicos

- ¿Se cumplirá el registro adecuado de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?
- ¿Cuál será el porcentaje del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?
- ¿Habrá diferencia del formato modelo de la historia clínica según la Norma Técnica con la de consulta externa entre los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre – diciembre 2019?
- ¿Cuál será el porcentaje de diferencia de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa al comparar entre las IPRESS del Cusco, octubre – diciembre 2019?

## 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1 Conveniencia

El motivo o razón por la cual surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación, es debido a que, durante la etapa de formación profesional, se ha ido aprendiendo el cómo se deben registrar los datos de las historias clínicas, las cuales, ayudan a realizar un adecuado diagnóstico y manejo de los pacientes, pero sin embargo aún se sigue observando y cometiendo errores en su registro, pese a ser un documento médico legal.

### 1.3.2 Relevancia Social

El presente proyecto de investigación pretende dar respuesta a la problemática ya planteada analizando y haciendo notar al profesional médico, así como a los estudiantes de Ciencias de la Salud, el adecuado registro de los datos de las



historias clínicas y así evitar interpretaciones inexactas en el ámbito legal, pero sobre todo brindar una mejor atención y un adecuado seguimiento del paciente.

### **1.3.3 Implicancias prácticas**

La presente investigación se realizó ya que existe la necesidad de mejorar la calidad del registro de los datos de las historias clínicas con el fin de brindar una mejor atención y seguimiento a los pacientes y evitar problemas legales con el profesional médico.

### **1.3.4 Valor teórico**

El presente trabajo propone datos concisos para futuras investigaciones.

### **1.3.5 Utilidad Metodológica**

Este trabajo de investigación permite conocer la situación actual con respecto al registro de los datos de la historia clínica en nuestra ciudad, y así evidenciar las falencias al momento del registro de los datos de los pacientes, basándonos en la Norma Técnica impuesta por el Ministerio de Salud de nuestro país.

## **1.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **1.4.1 Objetivo general**

Evaluar la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Evaluar el cumplimiento del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.



- Conocer el porcentaje del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.
- Determinar la diferencia del formato modelo de la historia clínica según la Norma Técnica con de consulta externa entre los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre – diciembre 2019.
- Determinar el porcentaje de diferencia de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa al comparar entre las IPRESS del Cusco, octubre – diciembre 2019.

## **1.5 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Delimitación espacial**

El presente estudio se llevó a cabo en los siguientes establecimientos de salud de atención primaria- MINSA:

Red de Servicios de Salud Cusco Norte:

- Centro de Salud CLAS Ttio ubicado en Av. 28 de Julio S/N, Cusco 08002
- Centro de Salud CLAS Wanchaq ubicado en Av. Garcilaso 311, Cusco 08002.

Red de Servicios de Salud Cusco Sur:

- Centro de Salud CLAS San Jerónimo ubicado en Circunvalación, Nte Cusco 08006.
- Centro de Salud Santa Rosa ubicado en la Prolongación de la Av. De La Cultura S/N 8º Paradero, San Sebastián, Cusco.

### **1.5.2 Delimitación temporal**

El presente estudio se realizó durante el mes de octubre del 2020





## 1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra el hecho de que no existen muchos trabajos a nivel local, y más aún basados en la Norma Técnica.
- Por otra parte, también se encontró la dificultad de acceder a los centros de salud debido al estado situacional de salud en nuestro país al momento de la recolección de datos.

## 1.7 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó dentro del marco de la no difusión de la información obtenida en la historia clínica, así como se garantizó el anonimato de los pacientes, se respetó la confidencialidad de la información obtenida. Se consideró así los puntos de la declaración de Helsinki y los principios bioéticos.

Se da a entender que se respetaron los tres principios éticos básicos (respeto por la autonomía, beneficencia y justicia); en primer lugar, el respeto por la autonomía haciendo uso de la autorización de los centros de salud de atención primaria en donde se realizó la recolección de datos al revisar las historias clínicas mediante la aplicación del instrumento; en segundo lugar, se respetó el derecho de la beneficencia; y en tercer lugar, se respetó el derecho por la justicia.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Delgado A.** (Valladolid – España, 2014) en su estudio de tipo descriptivo, transversal, conformado por las historias clínicas del servicio de medicina interna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid cuyo objetivo fue conocer el grado de cumplimiento de un servicio de medicina interna para evaluar áreas de mejora, la metodología fue realizar un análisis del porcentaje de cumplimiento de 20 variables en 147 ingresos en ese servicio durante 6 meses, se llegó a la siguientes resultados: los antecedentes familiares solo estaban presentes en un 11,8%, los antecedentes personales si estaban completos en un 99,4%, el motivo de ingreso y diagnóstico se consignaron en un 98,3%, el 75% presentaban las hojas terapéuticas completas mientras que la evolución solo se encontraban completas en un 27,6% de los casos; en cuanto a la legibilidad el 52,3% no presentó dificultad alguna, y el 47,7% es legible con alguna dificultad; llegándose a concluir que la calidad de la historia clínica fue buena, pero existían oportunidades de mejorar en el cumplimiento de determinadas partes de la misma. (4)

**Bastidas M. Benavides E. Mera J.** (Popayán – Colombia, 2013), en su estudio tipo retrospectivo, descriptivo, transversal cuyo objetivo fue evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales del hospital Susana López de Valencia E.S.E, la metodología a utilizar fue revisar la información contenida en las historia clínicas diligenciadas de dicha institución, se obtuvieron los siguientes resultados en el área de hospitalización: del total de historias clínicas evaluadas (n=389), en consultorio externo (67 historias clínicas), el 33% obtuvo



una calificación óptima, 21% aceptable, 19% deficiente y el 27% muy deficiente; en cuanto al cumplimiento de los registros clínicos el 61% cumplió con los criterios evaluados de la auditoría, mientras que el 39% no los cumple. En conclusión, el servicio de cirugía presenta la mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica con un 82 %, la consulta externa presentó la más baja adherencia con un 54 %, evidenciando el incumplimiento del registro de riesgos, conciliación medicamentosa, signos vitales y medidas antropométricas. (5)

**Marin A. Segura C. Villalobos L.** (Bogotá – Colombia, 2018), en su estudio tipo descriptivo, analítico conformado por las historias clínicas médicas de atención domiciliaria de la EPS Capital Salud cuyo objetivo fue evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad de las historias clínicas de los pacientes que recibieron atención domiciliaria en el mes de diciembre del 2017, la metodología fue realizar técnicas de recolección y análisis de información, se obtuvieron los siguientes resultados: se validaron 80 historias clínicas con una desviación estándar de 8,61%; de 23 criterios solo 7 se cumplieron al 100%, además de una calificación media de 22,42%; llegando a la conclusión de que la calidad de registro de las historias clínicas son globalmente aceptables. (6)

### **2.1.2. A nivel nacional**

**Guimarey A.** (Pucallpa – Perú, 2018), en su estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, retrospectivo conformado por las historias clínicas de los pacientes pediátricos hospitalizados del servicio de pediatría en el Hospital Regional de Pucallpa cuyo objetivo fue determinar el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018 de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005)



propuesta por el Ministerio de Salud, la metodología utilizada fue la aplicación de pruebas estadísticas paramétricas, se obtuvieron los siguientes resultados: de un total de 307 historias un 59,93% presentaron puntuación aceptable y un 40,07% presentaron puntuación por mejorar. Finalmente se concluye que existen componentes en la historia clínica que deben mejorarse, sin embargo, más del 50 % de las historias clínicas son aceptables. Los errores más frecuentes fueron el llenado de plan de trabajo, relato de la enfermedad actual e identificación del médico. (7)

**Romero A.** (Chiclayo – Perú, 2016), en su estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal conformado por internos de medicina del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital Docente Las Mercedes, en el periodo de estudio, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dichos hospitales ya mencionados en los meses de agosto a diciembre del 2016, se utilizó una ficha para recolectar los datos pertinentes para la investigación, la cual fue elaborada según el cumplimiento cuantitativo de los criterios de la Norma Técnica del Ministerio de salud (MINSa) para las historias clínicas, presentando los siguientes resultados: De las evoluciones de las 400 historias clínicas realizadas en dichos hospitales, mostró que los ítems con menor porcentaje de cumplimiento fueron la interpretación de exámenes con un 34,7% y 26,3% respectivamente. Se concluye que la mayor proporción de cumplimiento de datos imprescindibles fueron: letra legible, fecha, hora para evolución y nombre, apellidos, firma y sello del médico, tipo de alta y epicrisis. (8)

**Narváez E.** (Trujillo – Perú, 2015), en su estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, conformado por 384 historias clínicas del área de hospitalización pertenecientes a 4 servicios, cuyo objetivo fue determinar la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén durante el año 2014, se utilizó



estadística descriptiva como cálculo de frecuencias, además de medidas de tendencia central en base al cálculo de la media, también se aplicó el cálculo de la razón; se obtuvieron los siguientes resultados: el 67.45% mostró un llenado aceptable, por área médica, Medicina fue la mejor en cuanto al llenado aceptable con 69.5%, y en el llenado por mejorar, el más deficiente fue Gineco-Obstetricia, con 58.4%. Las conclusiones indican que la calidad de registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización fue principalmente aceptable. Por área médica, la mayor calidad de registro fue para Medicina y la más deficiente para Gineco-obstetricia. (9)

### **2.1.3. A nivel local**

**Nieto M.** (Cusco-Perú, 2019), en su estudio de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo, transversal conformado por historias clínicas de pacientes fallecidos entre enero y diciembre del 2017, cuyo objetivo fue 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 del Cusco; la metodología utilizada fue la recolección de datos a través de un instrumento validado por la NT N°502-2016; presentando los siguientes resultados: Se revisaron 122 historias, en donde la calidad del llenado de la anamnesis fue deficiente en un 20,5%, con respecto a la enfermedad actual y los antecedentes se obtuvo un 59% de llenado deficiente; la calidad del llenado del diagnóstico fue por mejorar un 54,1%, y de las notas de evolución fue catalogado por mejorar en un 77%; finalmente el llenado del registro de las historias clínicas fue hallado deficiente en un 80,3% de las historias clínicas evaluadas; llegándose a la conclusión que: el llenado del registro de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Antonio Lorena fue deficiente en su mayoría según los ítems considerados en la normatividad legal. (10)



## 2.2. MARCO TEÓRICO

### LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento básico y esencial en el cual se realizan todos los registros de la relación entre el personal de salud y el paciente, desde el primer contacto, su seguimiento hasta el momento de su muerte, informando todos los datos concernientes a su salud y actividades sanitarias. La historia clínica es un documento con múltiples funciones y características que se halla sistematizada en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto.

#### 2.2.1. Norma Técnica N° 139-MINSA sobre la historia clínica

En la actualidad el concepto de la historia clínica es muy variado, ya que es un documento que existe a nivel mundial, y nuestro país no es la excepción, es por esta razón que se desarrolló la norma técnica denominada “Norma Técnica de salud para la gestión de la Historia Clínica”, la cual define a la historia clínica como “Un documento médico legal, en donde se registran los datos de identificación y los procesos afines con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.” (2)

Dicha norma está destinada a hacer que se cumpla de manera obligatoria el correcto llenado mediante el objetivo de “mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las historias clínicas, así como resguardar los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del sector salud” aplicándose para todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del Sector Salud, además de los servicios médicos de apoyo. (2)



La historia clínica no resulta de un trabajo individual, sino que es resultado de un trabajo en donde median diversos profesionales de la salud, entre ellos, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, entre otros. El personal médico a cargo del tratamiento del paciente es quien debe firmar la copia de la historia clínica.

### **2.2.2. Componentes de la historia clínica**

La estructura base de la historia clínica de acuerdo a la Norma Técnica anteriormente mencionada consta de 3 principales ítems:

- Identificación del paciente
- Registro de la atención
- Información complementaria

La historia clínica contiene formatos de presentación básicos los cuales variaran según el área en el que se realizan, estos son los formatos dirigidos a consulta externa, formato del área de emergencia, formato del área de hospitalización y la ficha familiar. (2)

#### ***2.2.2.1. Formatos dirigidos a consulta externa.***

Los formatos de presentación para el primer nivel de atención en el área de consulta externa de las IPRESS con población asignada, se utilizan los formatos por etapa de vida.

##### **a) Formato de Atención Integral de la Niña y el Niño**

En la atención de pacientes correspondiente a la etapa de la niñez, se debe incluir como información básica:

La fecha y hora de la atención, el número de historia clínica, datos generales del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, esquemas de vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, datos producidos en triaje, anamnesis, evaluación de la alimentación actual, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios,



referencias si se diera el caso, fecha de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

#### **b) Formato de Atención Integral del Adolescente**

En la atención del paciente correspondiente a la etapa de adolescencia, se debe incluir como información básica:

La fecha y hora de la atención, número de historia clínica, datos generales del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, antecedentes psicosociales, salud sexual y reproductiva, salud bucal, motivo de consulta, tiempo de enfermedad, funciones biológicas, evaluación antropométrica, evaluación de riesgo cardiovascular, funciones vitales, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios, referencias si se ameritara, fecha de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

#### **c) Formato de Atención Integral del Joven**

En la atención del paciente correspondiente a la etapa de adolescencia, se debe incluir como información básica:

La fecha y hora de la atención, número de historia clínica, datos generales del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, antecedentes psicosociales, salud sexual y reproductiva, salud bucal, motivo de consulta, tiempo de enfermedad, funciones biológicas, evaluación antropométrica, evaluación de riesgo cardiovascular, funciones vitales, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios, referencias si se diera el caso, fecha de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención, además de una hoja de listado de problemas y plan de Atención Integral, hoja de cuidados preventivos y seguimiento de riesgo.





#### **d) Formato de Atención Integral del Adulto**

En la atención del paciente correspondiente a la etapa de la adultez, se debe incluir como información básica:

La fecha y hora de la atención, número de historia clínica, datos generales del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, alergias a medicamentos, sexualidad, salud bucal, motivo de consulta, tiempo de enfermedad, funciones biológicas, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios, referencias si se diera el caso, fecha de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención, además de un hoja de listado de problemas y plan de Atención Integral, hoja de cuidados preventivos y seguimiento de riesgo.

#### **e) Formato de Atención Integral del Adulto Mayor**

En la atención del paciente correspondiente a la etapa de adulto mayor se debe incluir como información básica:

La fecha y hora de la atención, número de historia clínica, datos generales del paciente, antecedentes personales, antecedentes familiares, alergias a medicamentos, medicamentos de uso frecuente, reacciones adversas a medicamentos, valoración clínica del adulto mayor, categorías del adulto mayor, salud bucal, motivo de consulta, tiempo de enfermedad, funciones biológicas, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes complementarios, referencias si ameritara el caso, fecha de próxima cita, firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención, además de hoja de listado de problemas y plan de Atención Integral, hoja de cuidados preventivos y seguimiento de riesgo.

### **2.2.3. Manejo médico-administrativo**

La historia clínica presenta un proceso administrativo y de gestión, inicia con la apertura de una historia clínica individual, rotulada con un número de historia clínica para cada usuario, estableciendo una identificación estándar del paciente de uso obligatorio en



posteriores prestaciones de salud que se generen. La organización de las historias clínicas se da dentro del Archivo de Historias Clínicas que clasifican los archivos en comunes y especiales según corresponda el historial médico del paciente; estos a su vez deben estar completos y ordenados cronológicamente. El sistema informático organizará y clasificará el registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas según el número de identificación del usuario, decidirá el lugar de almacenamiento y el control de la circulación de las historias clínicas. El acceso a los archivos es restringido, manejado solo por personal acreditado, de tal manera que las solicitudes de préstamo y devolución requieren una autorización y registro de la misma. La eliminación de las historias clínicas se da mediante una propuesta de aquellas que acumulen un periodo mayor a 20 años, existiendo excepción para los pacientes con diagnóstico de cáncer, cuyas historias clínicas presenten un periodo mayor a 40 años; sin embargo, la decisión definitiva es competencia del Archivo General de la Nación (AGN) mediante previa evaluación de los documentos y posterior resumen de información mínima y básica de la historia clínica en caso se admita su eliminación. (2)

#### **2.2.4. Auditoria del registro de la Historia Clínica**

La salud en nuestro país es un derecho común de todos los ciudadanos, independiente de cualquier posición o situación social en la que se encuentre, ya que prácticamente está ligado al derecho a la vida; por lo que se espera que el estado gestione adecuadamente para poder acceder a ella, pero no solo se trata de una cantidad, sino también de brindar una calidad adecuada a cada uno de los respectivos usuarios, el cual debe implementar esfuerzos para que dichas atenciones presenten buenas condiciones de seguridad y eficiencia para los pacientes y para la sociedad. (3)



Por esta razón es que en nuestro país se empieza a desarrollar la auditoría en salud desde principios de los años 90 con la finalidad de promover el desarrollo de la calidad en salud; surgiendo así el marco normativo y las intervenciones necesarias para este fin, por ese motivo es que se lanza en nuestro país la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, la cual cumple una función de unificar lo normado, enfatizar la herramientas de mejora continua en el establecimiento de salud, pero sobre todo está diseñada para preservar los derechos de los usuarios en salud, instituyendo mecanismos y plazos concretos, que permitan dar respuesta oportuna a la organización, a los profesionales de la salud y a la sociedad; y tan solo con un procedimiento sencillo como es revisando y evaluando el proceso de atención (3)

La auditoría de la calidad de la atención en salud es un proceso sistemático que evalúa permanentemente el cumplimiento de las normas de calidad de los procesos de atención de salud para cada usuario cuya finalidad es la mejoría incansable de la atención en salud, así como promover el respeto de los derechos de los usuarios en los establecimientos de salud y servicios médicos públicos, privados y mixtos. Este procedimiento se involucra:

- Realizar actividades que evalúen de modo continuo los procesos de salud determinados como prioritarios
- La definición y aplicación de normas técnicas, científicas y administrativas que valoren la calidad observada respecto a la calidad requerida.
- Constatar con recomendaciones dirigidas a corregir las deficiencias encontradas y realizar un adecuado seguimiento de las mismas.

La auditoría de calidad sirve de instrumento mediante el cual se evalúa la atención en salud en los diferentes centros de salud.



#### *2.2.4.1. Clasificación de la Auditoría de la calidad.*

La auditoría de calidad de atención se clasifica en:

- i. **Según quien realiza la auditoría de la calidad:** La auditoría puede ser interna cuando se produce en el propio establecimiento o puede ser una auditoría externa cuando se realiza por un servicio médico de apoyo, una instancia inmediata superior o un comité especial según se requiera.
- ii. **Según el objeto de la auditoría de la calidad:** La auditoría puede ser una auditoría médica y una auditoría en salud.
- iii. **Según su inclusión en la planificación anual de la auditoría de la calidad:** Esta puede darse mediante una auditoría programada o mediante una auditoría de caso.
- iv. **Según la naturaleza de las conclusiones de la auditoría de la calidad:** La auditoría puede tener un aspecto regular ordinario o una auditoría dirimente

Los centros de salud tienen la función de formar el Comité de Auditoría en Salud y el Comité de Auditoría Médica, unidades que funcionarán permanentemente y estarán en constante coordinación con la unidad orgánica responsable de la gestión de la Calidad en Salud. Los dos comités estarán compuestos por al menos tres miembros con gran experiencia (Un presidente, un secretario de Actas y un vocal) estos deberán estar adecuados al perfil de Auditor de la Calidad en Salud, lo cual implica ser: Profesionales de salud colegiados con al menos dos años ejerciendo profesionalmente en centros de salud y servicios médicos de apoyo Nivel I, y con al menos tres años ejerciendo profesionalmente en servicios médicos de apoyo Nivel II y Nivel III. Presentar un mínimo de sesenta horas académicas de capacitación en auditoría en salud con la certificación correspondiente. Haber ejercido en auditoría de la calidad de salud por un año en centros de Nivel I y dos años en Niveles II y III. No presentar antecedentes administrativos o penales. (3)



La actividad de la Auditoría de la Calidad de la Atención en salud se estructura en cinco etapas:

- Planeamiento:
- Ejecución
- Elaboración y presentación de informe final
- Implementación de recomendaciones
- Seguimiento de recomendaciones

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo público, privado o mixto están en la obligación de efectuar la Norma Técnica de Salud y de reportar trimestralmente la información respectiva a la Auditoría de la Calidad de la Atención en salud a la Gerencia Regional de Salud (GERESA), institución que comunicará eventualmente a la Dirección de Calidad en Salud del Nivel Nacional. La atención brindada por los servicios médicos de apoyo a los usuarios debe llevar un registro seriado de las historias clínicas. (3)

La Norma Técnica busca realizar la evaluación de la calidad del registro de los datos de la historia clínica para mejorar la atención en los diferentes servicios y áreas de salud y de esta manera fomentar el respeto de todas las personas usuarias del sistema de salud, razón por la cual implementa una ficha técnica de evaluación la cual posee diferentes partes a considerar durante la evaluación y de esta manera establecer un manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado, dentro de las cuales se encuentran: (2)

1. Filiación: Se registran todos los datos personales correspondientes al paciente.
2. Anamnesis: Se registran las características correspondientes a la enfermedad actual del paciente.



3. Examen clínico: Implica completar los datos provenientes de la exploración minuciosa del paciente.
4. Diagnóstico: Se registrarán concordantemente de acuerdo a la evaluación previa del paciente.
5. Plan de trabajo: Registrar todos los pasos, exámenes de apoyo que nos ayudaran al manejo del paciente.
6. Tratamiento: Se registrarán todos los datos correspondientes a la dieta, medicamentos incluyendo su posología.
7. Atributos de la historia clínica: Se registrarán el uso adecuado de formatos complementarios en caso de ser necesarios, letra legible, pulcritud, sello y firma, así como el seguimiento de la evolución del paciente.

#### **2.2.5. Calidad**

Definir el termino de calidad, es complejo ya que requiere de un largo y gran recorrido para ser comprendido en las distintas ramas de la vida, es por ello que a través de la historia cada una de las personas más influyentes, hallaron una forma de expresar su significado; pero llegando a la conclusión de que todos tienen elementos en común las cuales vienen a ser: necesidades, expectativas, mercado, cliente y satisfacción; afirmando básicamente que la calidad está determinada por aquellas características que definen a la persona que la exige. (11)

Por lo que, si se habla de calidad en el ámbito de la salud, como en el caso de las historias clínicas, calidad estaría refiriéndose a dos conceptos: (12)

- Todas las dimensiones y parámetros correspondientes a la historia deben estar completamente llenadas.



- Al realizar una revisión, se deben conocer las posibles falencias y consiguientemente adoptar las medidas de corrección si procede.

A nivel internacional existe un ente encargado del desarrollo y organización de las normas técnicas aplicables para los diferentes sistemas de salud propios de cada país, de tal manera que actualmente está presente en 193 países, su función radica en actualizar periódicamente la normativa con el fin de estandarizar las normas para las empresas públicas o privadas, esta institución se denomina La Organización Internacional de Estandarización (ISO) la cual es una organización no gubernamental e independiente de estatus internacional cuya actividad es la creación de normas técnicas internacionales para que el desarrollo y producción de los servicios sean adecuados en las diferentes instituciones. Así mismo la ISO se encarga de crear normativas afines con la calidad en la atención de salud. Actualmente está vigente la Norma Internacional ISO 9001, año 2015. Los Sistemas de Gestión de Calidad se componen de normas internacionales necesarias para el desempeño de una organización. La Norma Internacional se basa en los principios de la gestión de calidad, los cuales son: Enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos, mejora, toma de decisiones basadas en la evidencia y gestión de relaciones. (13)

Los requisitos que un sistema de gestión debe implementar se explican a través del ciclo PHVA (ciclo Planificar – Hacer – Verificar - Actuar), este ciclo consiste en planificar al establecer objetivos del sistema y sus procesos y establecer recursos según los requiera el usuarios; Hacer, es decir implementar lo que se planificó; verificar, realizar un seguimiento y medición de los procedimientos y actividades que se planificaron con la obtención de resultados; y por ultimo Actuar, presentar acción para optimizar el desempeño según se requiera. (13)



La calidad de atención médica, ha sido estudiado por muchos años, un gran personaje y aportante fue el médico Avedis Donabedian quien propuso así un modelo de Calidad de la Atención médica también llamado el modelo del triple enfoque en la evaluación de la asistencia sanitaria:

- **Indicadores de estructura:** Se refiere a los recursos humanos, materiales y financieros accesibles en los lugares de atención.
- **Indicadores de proceso:** Son las actividades, destrezas y técnicas que el personal médico está capacitado para realizar en la atención del paciente.
- **Indicadores de resultado:** Son los efectos de los anteriores indicadores los cuales se expresan mediante la satisfacción y expectativas del usuario, sirviendo de base para un mejor servicio de calidad.

Avedis Donabedian además propuso mejoras en la obtención de medidas de calidad en el campo de la salud, definición de calidad, sistematización de criterios, reflexiones en las mejoras de calidad, enfoques en calidad. Las aportaciones de Donabedian comprenden más de 20 libros y 100 artículos, uno de sus trabajos más reconocidos fue “Exploraciones en evaluación y seguimiento de calidad” además de otros trabajos de gran reconocimiento.

(14)

#### ***2.2.5.1. Clasificación de calidad.***

Donabedian propuso tres puntos de vista sobre la calidad en atención de salud:

- **Calidad Absoluta:** También llamada calidad científica o técnica, se da cuando el paciente logra restablecer su salud hasta determinado grado, definido bajo el concepto de salud – enfermedad.





- **Calidad Individualizada:** El paciente es quien determina la calidad de atención en salud bajo sus perspectivas, siendo el paciente o sus familiares quienes tomarán las decisiones según la información brindada.
- **Calidad Social:** Corresponde a la eficiencia con la cual se intenta beneficiar a toda una comunidad en base a los servicios de calidad ofrecidos en la atención de los servicios de salud del paciente. (15)

#### ***2.2.5.2. Dimensiones de la calidad.***

Según Donabedian cuando nos referimos a calidad, también implica las dimensiones que esta presenta, las cuales vienen a ser 3 dimensiones:

- **Calidad humana:** El cual incluye el respeto, ofrecer una información completa, presentar un interés manifiesto y sobre todo brindar amabilidad y empatía.
- **Calidad técnica:** Mediante la cual se demostrará la efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad, integralidad y ética.
- **Calidad del entorno:** El cual tendrá que presentar comodidad, seguridad, limpieza y privacidad adecuadas. (15)

A nivel nacional, la evaluación y mejora de la calidad se establece a través de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, documento que estandariza los procedimientos para el adecuado manejo de la historia clínica. La historia clínica es evaluada mediante dos enfoques diferentes:

El primer enfoque se da mediante una evaluación del grado de cumplimiento de los requisitos en base a las exigencias de calidad que se han establecido, esta revisión de la historia clínica se da mediante dos tipos de análisis:



- **Análisis cuantitativo:** Se da mediante una revisión objetiva en la que se revisa la integridad, el orden y cumplimiento de los documentos accesorios de la historia clínica según lo establece el Comité Institucional de Historias clínicas del establecimiento o de la Dirección Regional de Salud según corresponda.
- **Análisis cualitativo:** Se da mediante una revisión subjetiva en la que se analiza el contenido de la historia clínica evaluando la adecuada justificación de los diagnósticos, tratamientos y resultados finales. Así mismo la claridad de la información, el sello y firma del médico responsable.

El segundo enfoque se da mediante una revisión, ya sea cuantitativa o cualitativa, y cuyo resultado se informa a los autores con el fin de dar a conocer y se tomen medidas correctivas y cuidadosas en futuras historias clínicas.

#### **2.2.6. Registro de datos de la historia clínica**

Entre los indicadores de calidad del registro de datos de la historia clínica, la información recolectada debe ser exacta, sin omitir o exceder en la información requerida, según el formato de evaluación de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, la calidad del llenado de la historia clínica se evaluará según si es:

- **Completa:** Los ítems evaluados presentan la información adecuada y correctamente llenados.
- **Incompleta:** Los ítems evaluados presentan la información adecuada sin embargo no están llenados en su totalidad.
- **En exceso:** Los ítems evaluados presentan la información adecuada sin embargo cuenta con datos que no aportan y exceden con la información requerida.
- **No existe:** Los ítems evaluados no presentan información registrada o no cumplirá con los estándares.



- **No aplica:** Los ítems evaluados presentan información inadecuada.

Cada sección de la historia clínica a evaluar presenta un puntaje, la sumatoria del puntaje clasifica la calidad del registro de datos en satisfactorio, por mejorar y deficiente.

(3)

#### ***2.2.6.1. Calidad del registro de datos.***

La calidad del registro de datos es un indicador de la calidad de información que se obtiene del paciente durante la atención en salud. Esta información servirá además como base para futuras consultas y antecedentes del paciente cuando se requiera, en base a los datos adquiridos es posible convertir un hecho en información y está en conocimiento. Sin embargo, la calidad de una historia clínica no siempre refleja la calidad de los hechos, ya que la atención pudo ser eficiente y de calidad y ser deficiente durante el registro de datos, influyendo muchos factores que conllevan a una disminución de la calidad.

Es necesario por ello emplear normas que orienten sobre el adecuado registro y calidad del llenado de las historias clínicas, y programar continuas evaluaciones mediante auditorías. La Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud presenta el formato de evaluación de la historia clínica en el Perú, cuya calificación se distribuye según el puntaje obtenido en base al 100%, de tal manera que se cuenta con tres tipos de calificación:

- **Satisfactorio:** La evaluación de la historia clínica calificará con un puntaje mayor o igual al 90%, indicando que el cumplimiento de las normas se da casi en su totalidad.
- **Por mejorar:** La evaluación de la historia clínica calificará con un puntaje entre el 75% y el 89% indicando faltas leves que requerirán atención y mejoría, sin embargo, se cumplen las normas.



- **Deficiente:** La evaluación de la historia clínica calificará con un puntaje menor al 75% indicando que los requerimientos normativos están incompletos o defectuosos en su gran mayoría. (3)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Historia Clínica:** 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 a la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. (2)
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS:** Son establecimientos públicos, privados o mixtos acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, estos establecimientos están autorizados para brindar servicios de salud de acuerdo a su nivel de atención. (16)
- **Ministerio de Salud- MINSA:** Es un sector del poder ejecutivo el cual está encargado de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país. (17)
- **Gerencia Regional de Salud- GERESA:** Es un órgano desconcentrado del gobierno regional, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud, así como dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud. (18)
- **Calidad:** Se refiere a la capacidad que posee un determinado objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas, según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de calidad. (19)



- **Evaluación:** Acción y efecto de evaluar, derivada del francés “évaluer”, cuyo significado es determinar el valor de algo, y que se puede aplicar a distintos campos de la actividad humana. (20)
- **Paciente:** Según la OMS, viene a ser toda persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra proviene del latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”. (21)

## 2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.2.7. Hipótesis General:

La evaluación de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas es “deficiente” en la consulta externa en los centros de salud de atención primaria del Cusco.

## 2.5. VARIABLES

### 2.2.8. Variable Dependiente:

- Calidad del registro de los datos de las historias clínicas

### 2.2.9. Variables Independientes:

- Historia clínica
- Componentes de la historia clínica
- Consulta externa



## 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
<b>Calidad del registro de los datos de las historias clínicas</b>	Llenado completo de los componentes de la HC, que permite caracterizarla y valorarla	Dependiente	Cualitativa	Directa	Calidad del registro de los datos de la HC	Nominal	Formato de la evaluación de la calidad de registro en consulta externa, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016	Se expresará como: • Satisfactorio • Por mejorar • Deficiente	Se definirá como: <b>Satisfactorio:</b> Se obtendrá un resultado entre el 90-100% del puntaje máximo <b>Por mejorar:</b> Se obtendrá un resultado entre el 75-89% del puntaje máximo <b>Deficiente:</b> Se obtendrá un resultado menor al 75% del puntaje máximo



Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
<b>Registro de los datos de la historia clínica</b>	Llenado de todos los datos de la historia clínica	Independiente	Cualitativa	Directa	Registro de los datos de la historia clínica	Nominal	Formato de la evaluación de la calidad de registro en consulta externa, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016	Se expresará como • Completa • Incompleta • En exceso • No existe • No aplica	Se definirá como: <b>Completa:</b> Si todos los ítems están correctamente llenados <b>Incompleta:</b> Si todos los ítems no están llenados <b>En exceso:</b> Si cuenta con datos de más a los pedidos en el registro <b>No existe:</b> Si los datos no están registrados <b>No aplica:</b> Cuando los datos no corresponden al ítem



Variable	Definición Conceptual		Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
<b>Componentes de la historia clínica</b>	Filiación	Datos personales correspondientes al paciente	Independiente	Cualitativa	Directa	Filiación	Nominal	Formato de la evaluación de la calidad de registro en consultorio externo, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completa</li> <li>• Incompleta</li> <li>• En exceso</li> <li>• No existe</li> <li>• No aplica</li> </ul>	Se definirá como: <b>Completa:</b> Si todos los ítems están correctamente llenados <b>Incompleta:</b> Si todos los ítems no están llenados <b>En exceso:</b> Si cuenta con datos de más a los pedidos en el registro <b>No existe:</b> Si los datos no están registrados <b>No aplica:</b> Cuando los datos no corresponden al ítem
	Anamnesis	Enfermedad actual y antecedentes del paciente	Independiente	Cualitativa	Directa	Anamnesis	Nominal			
	Examen clínico	Control de funciones vitales, así como el examen del paciente	Independiente	Cualitativa	Directa	Examen clínico	Nominal			
	Diagnóstico	Conclusión de la enfermedad actual del paciente	Independiente	Cualitativa	Directa	Diagnóstico	Nominal			
	Plan de trabajo	Procedimientos y exámenes diagnósticos	Independiente	Cualitativa	Directa	Plan de trabajo	Nominal			
	Tratamiento	Indicaciones terapéuticas para mejorar o curar al paciente	Independiente	Cualitativa	Directa	Tratamiento	Nominal			
	Atributos de la historia clínica	Información complementaria perteneciente a la historia clínica.	Independiente	Cualitativa	Directa	Atributos de la historia clínica	Nominal			





Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
<b>Consulta externa</b>	Acto médico realizado de forma ambulatoria, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente.	Independiente	Cualitativa	Directa	Consulta externa	Nominal	Formato de la evaluación de la calidad de registro en consultorio externo, de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016	Se expresará como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPRESS Ttio</li> <li>• IPRESS Wanchaq</li> <li>• IPRESS San Jerónimo</li> <li>• IPRESS Santa Rosa</li> </ul>	Se definirá como: <b>IPRESS Ttio:</b> Centro de Salud de atención primaria CLAS Ttio <b>IPRESS Wanchaq:</b> Centro de Salud de atención primaria CLAS Wanchaq <b>IPRESS San Jerónimo:</b> Centro de Salud de atención primaria CLAS San Jerónimo <b>IPRESS Santa Rosa:</b> Centro de Salud de atención primaria Santa Rosa



## CAPÍTULO III

### MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

**Según finalidad del estudio: Descriptivo:** El estudio pretende describir las variables del estudio.

**Según control de la asignación del sujeto: Observacional,** el investigador se limita a observar los factores de estudio sin intervención o manipulación de las variables.

**Según número de mediciones: Transversal,** el instrumento que se aplicará será empleado en un determinado momento.

**Según Temporalidad: Retrospectivo,** la información se obtendrá de datos existentes previos a la planeación de la investigación.

#### 3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio presentará un diseño observacional, ya que se recolectarán los datos sin manipulación alguna, los datos se recolectarán en un determinado momento mediante la revisión de historias clínicas anteriores correspondientes a los meses de octubre a diciembre del 2019 con el fin de identificar irregularidades en el registro correcto de los datos de las historias clínicas correspondiente a la consulta externa.

#### 3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio correspondiente al área de Salud Pública.



### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. Descripción de la población**

La población de estudio estará conformada por las historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en consulta externa de los centros de salud de atención primaria del Cusco.

#### **3.4.2. Sujeto de la Investigación**

Historia clínica del paciente.

#### **3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión**

##### ***3.4.3.1. Criterios de inclusión.***

- Historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en los centros de salud de atención primaria del Cusco de octubre a diciembre del 2019
- Historias clínicas presentes en el área de archivo de los centros de salud
- Historias clínicas pertenecientes a Centros de Salud de atención primaria de entidades públicas y Comités Locales de Administración en Salud (CLAS).

##### ***3.4.3.2. Criterios de exclusión.***

- Historias clínicas de pacientes fallecidos.
- Historias clínicas de pacientes que se encuentren siendo atendidos durante el tiempo de estudio.



### 3.4.4. Muestra

En la actual investigación, la muestra es probabilística, obtenida mediante la fórmula para poblaciones finitas, basados en los criterios de inclusión y exclusión, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0,5%.

#### 3.4.4.1. *Tamaño de muestra.*

Considerando que la cantidad total de pacientes atendidos en los centros de salud de atención primaria en estudio, del mes de octubre a diciembre del 2019 fue de 18403.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Para determinar la muestra de estudio, se utilizó la siguiente formula:

- $n_1$  : Tamaño de la muestra
- $Z^2$  : Nivel de confianza  $Z = 95\% = 1.96$
- $p$  : Variabilidad positiva  $p = 0.5$
- $q$  : Variabilidad negativa  $q = 0.5$
- $N$  : Tamaño de la población. = 18403
- $d^2$  : Error  $d = 5\% = 0.05$

$$n = \frac{18403(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(18403-1)(0.05)^2+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 376$$

Por lo tanto, la muestra estará conformada por 376 historias clínicas en total.



#### 3.4.4.2. *Muestreo.*

Consistirá en un muestreo aleatorio estratificado uniforme debido a que se quiere obtener una muestra homogénea sin importar el peso del estrato a evaluar, indicando que toda la población tiene la misma oportunidad de ser seleccionado para la investigación.

Por lo que en este estudio al presentar una muestra de 376 historias clínicas repartidas entre los 4 centros de salud considerados en el presente trabajo se obtiene:

$$376/4$$

$$n= 94 \text{ historias clínicas}$$

### 3.5. **TÉCNICA, INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### 3.5.1. **Técnica y procedimiento de recolección de datos**

Se realizó el proyecto de Tesis, el cual fue supervisado por el asesor y revisado y aprobado por los dictaminantes asignados por la Universidad Andina del Cusco. Posterior a su aprobación se procedió a solicitar una autorización, mediante un documento dirigido a los Directores de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Red Sur (Centro de Salud de Santa Rosa y Centro de salud CLAS San Jerónimo) y de la Red Norte (Centro de Salud CLAS Ttio y Centro de salud CLAS Wanchaq) correspondientemente, para el acceso y revisión de las historias clínicas. Posterior a la aceptación de las solicitudes se procedió con la recolección de datos empleando la ficha técnica validada por la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016, se realizó una búsqueda de las



historias clínicas cuyas atenciones en consulta externa pertenecieran a los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2019 y estuviesen atendidas por un Médico. Con los datos obtenidos se realizaron los cálculos estadísticos correspondientes.

### 3.5.2. Instrumento

Ficha técnica validada de acuerdo a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016 para consulta externa, el cual contiene los siguientes componentes:

**FILIACIÓN:** Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa. No existe: No se registran los datos.

#### ANAMNESIS

**Fecha y hora de atención:** Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.

**Motivo de Consulta:** Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.

**Tiempo de enfermedad:** Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.



**Relato cronológico:** Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.

**Funciones biológicas:** Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.

## ANTECEDENTES

**Fisiológicos, Patológicos, Epidemiológicos y ocupacionales:** Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.

## EXAMEN CLÍNICO

**Funciones vitales:** Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: No se registran los datos completos. No existe: no se registra ningún dato.



**Peso, talla:** Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos.

**Estado de hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos:** Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico, No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.

**Examen físico regional dirigido:** Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.

## **DIAGNOSTICO**

**Diagnóstico presuntivo:** Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico.

**Diagnóstico definitivo:** Completo Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante





con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.

**CIE10:** Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos  
Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.

## **PLAN DE TRABAJO**

**Exámenes de patología clínica (laboratorio):** Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.

**Exámenes de diagnóstico por imágenes:** Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control, No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son



concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.

**Interconsultas:** Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico.

Incompleta: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.

**Referencias:** Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.

**Procedimientos:** Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico

Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.



**Fecha de próxima cita:** Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.

### **TERAPEUTICA**

**Tratamiento:** Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría. No existe: No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.

### **ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**Formatos de atención integral por etapa de vida:** Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida, pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.

**Pulcritud:** Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.

**Legibilidad:** Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.

**No uso de abreviaturas:** No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar.



**Identificación del método tratante:** Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.

**Seguimiento y control de la evolución:** Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas, solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico, referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias, pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.

### **Cálculo de puntaje**

El puntaje máximo esperado es igual a 100; en el caso de existir ítems calificados como “no aplica” se sumarán los puntajes máximos otorgados a dichos ítems y la suma de los mismos dará como resultado una cifra que será restada de los 100 puntos, y el resultado de la misma será el nuevo puntaje máximo esperado a partir del cual se calculará el porcentaje de cumplimiento de los estándares establecidos para objeto de la evaluación y se otorgará la calificación correspondiente, el cual estará determinada de la siguiente manera:

$$100 - (\text{No aplica}) = \text{Nuevo puntaje total}$$

$$\text{Si: } x = \frac{\text{Puntaje obtenido} \times 100\%}{\text{Nuevo puntaje total}}$$



- **Satisfactorio:** Se obtendrá un resultado entre el 90-100% del puntaje máximo.
- **Por mejorar:** Se obtendrá un resultado entre el 75-89% del puntaje máximo.
- **Deficiente:** Se obtendrá un puntaje menor al 75% del puntaje máximo.

### 3.6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Con el registro obtenidos durante la recolección de datos de las historias clínicas se procedió a realizar una base de datos utilizando la hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2016, posteriormente se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics Base 22.0 para la interpretación y análisis estadístico descriptivo de los datos mediante el desarrollo de tablas de frecuencias.



## CAPÍTULO IV

### 4.1 RESULTADOS

**TABLA N° 01: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>Registro</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Deficiente	189	50,3
Por mejorar	173	46,0
Satisfactorio	14	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas

En relación a la calidad del registro de los datos de las historias clínicas, se determinó que 189 historias clínicas (50.3%) presentaron puntuación deficiente, 173 historias clínicas (46.0%) presentaron puntuación por mejorar, mientras que solo el 3.7% de historias tuvieron un puntaje satisfactorio.

**TABLA N° 02: DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA EN CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>Centros de Salud</b>	<b>Ttio</b>	<b>Wanchaq</b>	<b>San Jerónimo</b>	<b>Santa Rosa</b>
Deficiente	48,9%	40,4%	62,8%	48,9%
Por mejorar	46,8%	57,4%	37,2%	42,6%
Satisfactorio	4,3%	2,1%	0,0%	8,5%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Historias clínicas

El Centro de Salud San Jerónimo presentó el mayor porcentaje de “deficiencia” con un 62,8%, y el Centro de Salud Wanchaq el menor con 40,4%; en la calificación “por mejorar” el Centro de Salud Wanchaq presentó el mayor porcentaje con un 57,4%; y finalmente en la calificación “satisfactorio” el Centro de Salud Santa Rosa presentó el mayor puntaje con un 8,5% mientras que San Jerónimo fue el menor con un 0.0%



**TABLA N° 03: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO**

<b>Registro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	46	48,9
Por mejorar	44	46,8
Satisfactorio	4	4,3
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias clínicas

La relación de la variable calidad del registro de los datos de las historias clínicas del Centro de Salud CLAS Ttio, muestra que 46 historias clínicas, lo que representa un 48,9%, presentaron un registro deficiente; 44 historias que representan un 46,8% fueron por mejorar y tan solo 4 historias clínicas que hacen el 4,3% presentaron una calificación de satisfactorio.

**TABLA N° 04: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ**

<b>Registro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	38	40,4
Por mejorar	54	57,4
Satisfactorio	2	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias clínicas

La relación de la variable calidad del registro de los datos de las historias clínicas del Centro de Salud CLAS Wanchaq, muestra que 38 historias clínicas, lo que representa un 40,4%, presentaron un registro deficiente; 54 historias que representan un 57,4% fueron por mejorar y tan solo 2 historias clínicas que hacen el 2,1% presentaron una calificación de satisfactorio.



**TABLA N° 05: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO**

<b>Registro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	59	62,8
Por mejorar	35	37,2
Satisfactorio	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias clínicas

La relación de la variable calidad del registro de los datos de las historias clínicas del Centro de Salud CLAS San Jerónimo, muestra que 59 historias clínicas que representan un 62,8%, presentaron un registro deficiente; 35 historias que representan un 37,2% fueron por mejorar y ninguna historia evaluada lo que hace un 0,0% presentó una calificación de satisfactorio.

**TABLA N° 06: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA**

<b>Registro</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Deficiente	46	48,9
Por mejorar	40	42,6
Satisfactorio	8	8,5
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias clínicas

La relación de la variable calidad del registro de los datos de las historias clínicas del Centro de Salud Santa Rosa, muestra que 46 historias clínicas, lo que representa un 48,9%, presentaron un registro deficiente; 40 historias que representan un 42,6% fueron por mejorar y tan solo 8 historias clínicas que hacen el 8,5% presentaron una calificación de satisfactorio.





#### 4.1.1 Centro de Salud CLAS Ttio

**TABLA N° 07: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE FILIACIÓN**

<b>Filiación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En el presente cuadro, la filiación no presenta un registro completo de los datos de las historias clínicas, representando así el 100% (n= 94), siendo el puntaje máximo obtenido fue de 3, 75 y el puntaje mínimo de 0,25 de una sumatoria total de 4 puntos.

**TABLA N° 08: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE ANAMNESIS**

<b>Anamnesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	5	5,3	5,3
Incompletos	89	94,7	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

Con respecto al registro de los datos de las historias clínicas en la anamnesis, el 94,7% (n=89) de las historias clínicas presentó un llenado incompleto, siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 2 de un total de 9 puntos.



**TABLA N° 09: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE EXAMEN CLÍNICO**

<b>Examen clínico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	66	70,2	70,2
Incompletos	28	29,8	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En el siguiente cuadro, el examen clínico presentó un registro completo de los datos de las historias clínicas del 70,2% (n= 66), y un registro incompleto del 29,8% (n=28), siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 3 de una sumatoria total de 9 puntos.

**TABLA N° 10: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE DIAGNÓSTICO**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	4	4,3	4,3
Incompletos	90	95,7	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El diagnóstico mostro que el registro incompleto de las historias clínicas en consulta externa fue de 95,7 % (n=90) siendo la puntuación máxima registrada de 20 y la puntuación mínima de 5 de una sumatoria total de 20 puntos.



**TABLA N° 11: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE PLAN DE TRABAJO**

<b>Plan de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En el siguiente cuadro se puede observar que el 100% (n=94) del registro de los datos de las historias clínicas de consulta externa fue incompleto en el Centro de Salud CLAS Ttio. La puntuación máxima observada fue de 13 y la mínima fue de 2 para una sumatoria total de 20 puntos.

**TABLA N° 12: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE TRATAMIENTO**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	3	3,2	3,2
Incompletos	91	96,8	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

La evaluación de tratamiento mostró que el registro incompleto de los datos de las historias clínicas para el Centro de Salud CLAS Ttio tuvo un porcentaje de 96,8 % (n=91), siendo el valor máximo de 17 y el valor mínimo de 0 de una sumatoria total de 17 puntos.



**TABLA N° 13: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS TTIO EN EL COMPONENTE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<b>Atributos de HC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	12	12,8	12,8
Incompletos	82	87,2	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En los atributos de la historia clínica que implica los parámetros de presencia del formato de Atención Integral por etapas de vida, pulcritud, letra legible, no uso de abreviaturas, sello y firma del médico tratante, mostró un 87,2 % (n=82) de registro incompleto, siendo la puntuación máxima obtenida fue de 17 y la mínima de 4 de una sumatoria total de 17 puntos.



#### 4.1.2 Centro de Salud CLAS Wanchaq

**TABLA N° 14: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE FILIACIÓN**

<b>Filiación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En el presente cuadro se puede observar que en la filiación no existe un registro completo de los datos de las historias clínicas en consultorio externo, siendo en su totalidad un registro incompleto del 100% (n=94), siendo el puntaje máximo obtenido de 3,75 y un mínimo de 1, de una sumatoria total de 4 puntos.

**TABLA N° 15: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE ANAMNESIS**

<b>Anamnesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En la anamnesis en el Centro de Salud de atención primaria CLAS Wanchaq el 100% (n=94) de las historias clínicas presentó un llenado incompleto, siendo el puntaje máximo alcanzado de 8,5 y el mínimo de 2, de una sumatoria total de 9 puntos.



**TABLA N° 16: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE EXAMEN CLÍNICO**

<b>Examen clínico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	49	52,1	52,1
Incompletos	45	47,9	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En el examen clínico se observó un registro completo de los datos de las historias clínicas en número del 52,1% (n=49), siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 1, de una sumatoria total de 9 puntos.

**TABLA N° 17: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE DIAGNÓSTICO**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	16	17,0	17,0
Incompletos	78	83,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El diagnóstico mostro que el registro incompleto de las historias clínicas en consulta externa fue del 83,0 % (n=78), siendo la puntuación máxima registrada de 20 y la mínima de 8, de una sumatoria total de 20 puntos.



**TABLA N° 18: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE PLAN DE TRABAJO**

<b>Plan de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En el cuadro se puede observar que el 100% (n=94) del registro de las historias clínicas de consulta externa para plan de trabajo fue incompleto en el Centro de Salud CLAS Wanchaq, siendo la puntuación máxima de 13 y una mínima de 0, para una sumatoria total de 20 puntos.

**TABLA N° 19: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE TRATAMIENTO**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	6	6,4	0
Incompletos	88	93,6	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

La evaluación de tratamiento mostró que el registro incompleto de los datos de las historias clínicas para el Centro de Salud CLAS Wanchaq tuvo un porcentaje de 93,6 % (n=88), siendo el valor máximo de 17 y el valor mínimo de 0 de una sumatoria total de 17 puntos.



**TABLA N° 20: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ EN EL COMPONENTE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<b>Atributos de HC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	18	19,1	19,1
Incompletos	76	80,9	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En los atributos de la historia clínica que contempla los parámetros de presencia del formato de Atención Integral por etapas de vida, pulcritud, letra legible, no uso de abreviaturas, sello y firma del médico tratante mostró que existe un 80,9 % (n=76) de registro incompleto, siendo la puntuación máxima de 17 y una mínima de 7, de una sumatoria total de 17 puntos.





#### 4.1.3 Centro de Salud CLAS San Jerónimo

**TABLA N° 21: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE FILIACIÓN**

<b>Filiación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En la filiación no existe registro completo de los datos de las historias clínicas en consultorio externo, siendo en su totalidad un registro incompleto del 100% (94), siendo el puntaje máximo obtenido fue de 1, 75 y el mínimo de 0 para una sumatoria total de 4 puntos.

**TABLA Nª 22: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE ANAMNESIS**

<b>Anamnesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	1	1,1	1,1
Incompletos	93	98,9	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El registro de los datos de las historias clínicas en la anamnesis en el Centro de Salud de atención primaria CLAS San Jerónimo el 98,9% (n=93) de las historias clínicas presentó un llenado incompleto, siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 2,5 de una sumatoria total de 9 puntos.



**TABLA N° 23: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE EXAMEN CLÍNICO**

<b>Examen clínico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	48	51,1	51,1
Incompletos	46	48,9	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El examen clínico presentó un registro completo de los datos de las historias clínicas en 51,1 % (n=48), siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 4,5 de una sumatoria total de 9 puntos.

**TABLA N° 24: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE DIAGNÓSTICO**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	16	17	17,0
Incompletos	78	83,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El diagnóstico en el centro de salud CLAS San Jerónimo mostró que el registro incompleto de las historias clínicas en consulta externa fue de 83% (n=78), siendo la puntuación máxima registrada de 20 y la puntuación mínima de 8, de una sumatoria total de 20 puntos.



**TABLA N° 25: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE PLAN DE TRABAJO**

<b>Plan de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En el siguiente cuadro se puede observar que el 100% (n=94) del registro de las historias clínicas de consulta externa fue incompleto en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo para el plan de trabajo, siendo la puntuación máxima observada de 13 y una mínima de 2 para una sumatoria total de 20 puntos.

**TABLA N° 26: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE TRATAMIENTO**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	4	4,3	4,3
Incompletos	90	95,7	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

La evaluación del tratamiento mostró que el registro incompleto de los datos de las historias clínicas tuvo un porcentaje de 95,7 % (n=90), siendo el valor máximo de 17 y el valor mínimo de 0 de una sumatoria total de 17 puntos.



**TABLA N° 27: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAN JERÓNIMO EN EL COMPONENTE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<b>Atributos de HC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	8	8,5	8,5
Incompletos	86	91,5	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En los atributos de la historia clínica que contempla los parámetros de presencia del formato de Atención Integral por etapas de vida, pulcritud, letra legible, no uso de abreviaturas, sello y firma del médico tratante evidenció que existe un porcentaje de 91,5 % (n=86) de registro incompleto, siendo la puntuación máxima de 17 y la mínima de 2 de un total de 17 puntos.



#### 4.1.4 Centro de Salud Santa Rosa

**TABLA N° 28: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE FILIACIÓN**

<b>Filiación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En el presente cuadro se puede observar que en la filiación no existe un registro completo de los datos de las historias clínicas en consultorio externo, siendo en su totalidad un registro incompleto del 100% (n=94), siendo el puntaje máximo de 3,75 y el mínimo de 1,25; de una sumatoria total de 4.

**TABLA N° 29: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE ANAMNESIS**

<b>Anamnesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En la anamnesis en el Centro de Salud de atención primaria Santa Rosa el 100% (n=94) de las historias clínicas presentó un llenado incompleto, siendo el puntaje máximo alcanzado de 8 y el mínimo de 3, de una sumatoria total de 8 puntos.



**TABLA N° 30: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE EXAMEN CLÍNICO**

<b>Examen clínico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	63	67,0	67,0
Incompletos	31	33,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

En el siguiente cuadro, el examen clínico presentó un registro completo de los datos de las historias clínicas del 67% (n=63), siendo el puntaje máximo alcanzado de 9 y el mínimo de 4,5; de una sumatoria total de 9 puntos.

**TABLA N° 31: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE DIAGNÓSTICO**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	12	12,8	12,8
Incompletos	82	87,2	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historias clínicas

El componente diagnóstico mostró que el registro incompleto de las historias clínicas en consulta externa fue de 87,2 % (n=82), siendo la puntuación máxima registrada de 20 y la puntuación mínima de 8, de una sumatoria total de 20 puntos.



**N° 32: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE PLAN DE TRABAJO**

<b>Plan de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	0	0	0
Incompletos	94	100,0	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En el siguiente cuadro se puede observar que el 100% (n=94) del registro de las historias clínicas de consulta externa fue incompleto en el Centro de Salud Santa Rosa para plan de trabajo, siendo la puntuación máxima de 12 y la mínima de 0, de una sumatoria total de 20 puntos.

**TABLA N° 33: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE TRATAMIENTO**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Completos	5	5,3	5,3
Incompletos	89	94,7	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

La evaluación del tratamiento en el Centro de Salud de Santa Rosa mostró que el registro incompleto de los datos de las historias clínicas tuvo un porcentaje de 94,7 % (n=89), siendo el valor máximo de 17 y el valor mínimo de 0 de una sumatoria total de 17 puntos.



**TABLA N° 34: CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA EN EL COMPONENTE ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<b>Atributos de HC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Completos	25	26,6	26,6
Incompletos	69	73,4	100,0
En exceso	0	0	100,0
No existe	0	0	100,0
<b>TOTAL</b>	94	100%	100%

Fuente: Historias clínicas

En los atributos de la historia clínica que contempla los parámetros de presencia del formato de Atención Integral por etapas de vida, pulcritud, letra legible, no uso de abreviaturas, sello y firma del médico tratante mostró que existe un porcentaje de 73,4 % (n=69) de registro incompleto, siendo la puntuación máxima de 17 y una mínima de 4, de una sumatoria total de 17 puntos.





## 4.2 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos al evaluar las historias clínicas de consulta externa de los centros de salud de atención primaria considerados en este estudio, evidencian según los objetivos del presente estudio:

**Objetivo 1:** Evaluar el cumplimiento del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.

La Norma Técnica de la Historia Clínica presenta un modelo sobre el adecuado registro de los datos implementado por el MINSA dirigido para los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, por lo que estas deben cumplir en dichas disposiciones. Los resultados del presente estudio muestran que el cumplimiento del adecuado registro de los datos de las historias clínicas es deficiente. Según Nieto M. dentro de los resultados obtenidos en su estudio, la evaluación de las historias clínicas presentó una calificación deficiente. Al presentarse ambos trabajos regidos por la Norma Técnica del MINSA, se observa que no se realiza una adecuada aplicación de la misma.

**Objetivo 2:** Conocer el porcentaje del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.

El presente estudio evaluó 376 historias clínicas, de las cuales el 50,3 % (189) presentaron una calificación deficiente, cumpliendo así con la hipótesis planteada anteriormente en el presente estudio. Los resultados concuerdan con el estudio de Nieto M. realizado también en la ciudad del Cusco, en donde se revisaron 122



historias clínicas, de las cuales el 80,3 % presentó una calificación deficiente. Con la observación de dichos resultados concordamos en que al momento del registro de datos del paciente no se da una buena aplicación de los parámetros considerados en la Norma Técnica - MINSA/2018.

**Objetivo 3:** Determinar la diferencia del formato modelo de la historia clínica según la Norma Técnica con de consulta externa entre los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre – diciembre 2019.

La Norma Técnica - MINSA/2018 presenta un formato modelo el cual contiene los componentes de la historia clínica para el registro adecuado y completo de los datos, este formato está dirigido para las diferentes áreas de atención correspondientes a las IPRESS.

Dentro de los componentes de la historia clínica se registra la filiación la cual comprende los datos personales y familiares del paciente, la anamnesis la cual detalla los datos de la enfermedad, el examen clínico el cual registra la evaluación física del paciente, el diagnóstico, el plan de trabajo, tratamiento y atributos de la historia clínica.

El componente filiación según lo descrito en la Norma Técnica, muestra que se obtuvo un registro de llenado incompleto del 100% en todos los centros de salud tomados en consideración a comparación del estudio de Bastidas M. (5) el cual presentó un llenado incompleto del 54% en esta área, mientras que Marin A, Segura C, Villalobos L. (6) presentaron en su estudio un registro completo de los datos de la filiación desde el 16% correspondiente al parámetro ocupación hasta un 100% para el parámetro edad, lo que indica un grado de incumplimiento por parte del factor



humano y administrativo al momento del registro de los datos personales del paciente.

Por su parte, el componente anamnesis evidenció que en los centros de salud evaluados durante el estudio existe un registro incompleto de los datos que varían de 94,7% correspondiente al Centro de Salud de CLAS Ttio, 98,9% del Centro de Salud CLAS San Jerónimo y del 100% para el Centro de Salud CLAS Wanchaq como para el Centro de Salud Santa Rosa, mostrando una gran deficiencia en el registro de las características de la enfermedad actual del paciente, cuya ausencia puede llevar a realizar diagnósticos erróneos, a diferencia de Bastidas M. (5) en cuyo estudio solo el 24% presentó un registro incompleto de los datos. El estudio de Nieto M. presentó una calificación deficiente del 59 %. Delgado presentó un cumplimiento de los datos de antecedentes familiares en un 11,8 %, mientras que para antecedentes personales el cumplimiento fue del 99,4%.

En el examen clínico se observa que presenta el menor porcentaje de errores o ausencia en su registro, rescatando que la información que contiene este parámetro es uno de los más importantes a la hora de evaluar a un paciente, obteniéndose valores de registro incompleto de 29,8% en el Centro de Salud CLAS Ttio; 48,9% en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo; 47,9% en el Centro de Salud CLAS Wanchaq y 33% en el Centro de salud Santa Rosa, siendo similares a los resultados obtenidos en el estudio de Bastidas M. (5) en donde el resultado para el área de consultorio externo tuvo un resultado general “bajo” para los signos vitales y medidas antropométricas, con un cumplimiento inferior al 50%, mientras que para el registro de los parámetro examen físico fueron en su mayoría completos, con un 91% de cumplimiento.



En caso del diagnóstico la mayoría de casos presentan un llenado incompleto debido a que solo se registran diagnósticos presuntivos o definitivos y muy pocos completan el CIE-10, haciendo que los porcentajes obtenidos sean elevados para la denominación de incompleto, por lo que se cuenta con valores de 95,7%, 83%, 83% y 87,2%, propios de los Centros de Salud CLAS Ttio, San Jerónimo, Wanchaq y Centro de Salud Santa Rosa respectivamente; a comparación de Delgado A.(4) en cuyo estudio el diagnóstico se consignó al 98,3%; mientras que en el trabajo de Nieto M.(10) el diagnóstico obtuvo una calificación de por mejorar alcanzando solo el 54,1%.

En referencia al registro adecuado del plan de trabajo, en el estudio de Bastidas M. (5) el registro de análisis y plan de cuidado para consulta externa, el 60% presentó un cumplimiento adecuado mientras el 40% no lo hizo; Nieto M. (10) en su estudio, obtuvo una calificación en esta área de por mejorar con un 53,3% de 122 historias clínicas evaluadas. En el presente estudio no hubo un registro completo de los datos en todos los centros de salud, este resultado se apoya en la no necesidad de solicitar exámenes complementarios según el diagnóstico y criterio médico al momento de la atención en consultorios externos.

El tratamiento obtuvo en su mayoría un registro de datos incompleto, siendo los valores obtenidos de 96,8%; 95,7%; 93,6% y 94,7% correspondientes a los Centros de Salud CLAS Ttio, San Jerónimo, Wanchaq y Centro de Salud Santa Rosa respectivamente; mientras que en el estudio de Delgado A. (4) el 75% cumplió con el llenado adecuado del tratamiento; por otra parte, Nieto M. (10) obtuvo en su trabajo una calificación de satisfactorio en un 51,6% de 122 historias clínicas evaluadas.



Con respecto a los atributos de la historia clínica el cual consta de formatos de atención integral por etapas de vida, la pulcritud, letra legible y no uso de abreviaturas junto con el seguimiento de la evolución, presentó un registro incompleto del 87,2% en el Centro de Salud CLAS Ttio, un 91,5% en el Centro de Salud CLAS San Jerónimo, 80,9% en el Centro de Salud CLAS Wanchaq y en el Centro de Salud de Santa Rosa un 73,4%. Según Marin A, Segura C, Villalobos L. (6) el 60% no presentó cumplimiento con el parámetro letra legible, clara y pulcritud, mientras que el parámetro sello y firma del médico tuvo un cumplimiento del 100%, al igual que en el presente estudio. Los resultados según Bastidas M. (5) el 46% de historias clínicas no presentaron un correcto uso de siglas y/o abreviaturas. Mientras que en el estudio de Guimarey A. (7) el 30% del registro de atributos de la historia clínica fue no aceptable.

**Objetivo 4:** Determinar el porcentaje de diferencia de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa al comparar entre las IPRESS del Cusco, octubre – diciembre 2019.

Existe diferencia de la calidad del registro de datos entre los diferentes centros de salud de atención primaria evaluados, de tal manera que el Centro de Salud CLAS San Jerónimo presentó una evaluación deficiente en su mayoría con un 62,8 %, seguido por el Centro de Salud Santa Rosa y el Centro de Salud CLAS Ttio con un 48,9%, finalmente el centro de Salud CLAS Wanchaq con una menor deficiencia representada por el 40,4%.



### 4.3 CONCLUSIONES

**I:** El registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa es inadecuado por parte del personal médico.

**II:** De 376 historias clínicas evaluadas el 50,3% (n=189) presentaron una calidad de registro de datos deficiente.

**III:** De 376 historias clínicas evaluadas el 46% (n=173) presentaron una calidad de registro de datos por mejorar.

**IV:** De 376 historias clínicas evaluadas el 3,7% (n=14) presentaron una calidad de registro de datos satisfactorio.

**V:** El Centro de Salud CLAS San Jerónimo, fue la IPRESS que obtuvo una menor calidad de registro de datos de la historia clínica, presentando una calificación deficiente del 62,8% (n=59).

**VI:** El Centro de Salud Santa Rosa, fue la IPRESS que obtuvo una mayor calidad de registro de datos de la historia clínica, presentando una calificación satisfactoria del 8,5% (n=8), a diferencia de las demás IPRESS evaluadas.

**VII:** El mayor porcentaje de registro incompleto de los datos de las historias clínicas en consulta externa en los centros de salud del primer nivel de atención corresponde a la filiación, la anamnesis y el plan de trabajo.



#### 4.4 RECOMENDACIONES

1. Para los directores de las diferentes IPRESS, junto con los jefes de auditoría y en coordinación con los jefes de capacitación, promover cursos informativos y de formación sobre el registro adecuado de los datos de las historias clínicas en consulta externa, además de realizar evaluaciones de manera continua para determinar y corregir las principales falencias.
2. Para los médicos que laboran en las diferentes IPRESS, se recomienda seguir cursos de capacitación en el registro adecuado de los datos de las historias clínicas en consulta externa con creditaje evaluado.
3. Para los jefes de las áreas de administración, proporcionar un formato de historia clínica para consulta externa en base al formato establecido según la Norma Técnica N°029 MINSA/2016.
4. A la Gerencia Regional de Salud, estandarizar y hacer cumplir en todos los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, el modelo de la historia clínica según la ficha técnica de la Norma Técnica de Auditoría en la Calidad de Atención en Salud N°029 MINSA/2016
5. A la Gerencia Regional de Salud, simplificar el proceso administrativo con respecto al llenado de documentos complementarios tales como el formato del Sistema de Información Hospitalaria (HIS), el formato del registro del Seguro Integral de Salud (SIS) de acuerdo al tiempo requerido para la atención de pacientes en consulta externa
6. A los diferentes establecimientos de salud se recomienda conformar un comité de auditoría permanente que se encargue de realizar evaluaciones constantes y supervisar el registro adecuado de los datos de las historias clínicas en base a la Norma Técnica de Auditoría en la Calidad de Atención en Salud N°029 MINSA/2016.



7. Implementar en conjunto con las universidades de nuestra región un curso acreditado dentro de la malla curricular de formación profesional sobre cómo realizar el registro adecuado de los datos de la historia clínica en base al modelo presentado por la vigente Norma Técnica de Auditoría en la Calidad de Atención en Salud N°029 MINS/A/2016.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mobilio J. Valores de la historia clínica. Diario DPI Suplemento Salud N°39; pag.17-18. Argentina. 2016
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, N°139-MINSA/2018/DGAIN, 3ra Edición, Ministerio de Salud. Lima-Perú, 2018.
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, N°029-MINSA/2016/DGAIN, 2da Edición, Ministerio de Salud, Lima-Perú, 2016
4. Delgado A, Obando E. Evaluación de la calidad de la historia clínica en un servicio de medicina interna; Servicio de Medicina preventiva y Salud pública; Hospital clínico universitario de Valladolid; Rev. Gest y Eval Cost Sanit; pag.33-39. España. 2014.
5. Bastidas M. Benavides E. Mera J. Auditoria a la calidad técnica de la historia clínica en el hospital Susana López de Valencia E.S.E para el año 2012. Popayán: Universidad EAN. Colombia. 2013.
6. Marín A. Segura C. Villalobos L. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria. Tesis de grado. Bogotá: Universidad EAN. Colombia. 2018
7. Guimarey A. Calidad de las historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2018. Tesis de grado. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali, Perú; 2019.
8. Romero A. Calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dos hospitales-provincia de Chiclayo, periodo agosto a noviembre. 2016. Tesis de grado. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres, Perú; 2018.
9. Narváez E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, hospital General de Jaén 2014. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Perú; 2015.
10. Nieto M. Auditoria de Registro de historias clínicas en pacientes fallecidos en el hospital Lorena, Cusco 2017. Tesis de maestría. Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú; 2019.



11. Nueva ISO 9001:2015. Desarrollo del concepto calidad [internet]. [cited 13 Julio 2020]. Available from:  
<https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>
12. Silvia A. Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad, Curso anual de auditoria médica del hospital Alemán. Argentina. 2010
13. International Standard Organization. Norma ISO 9000:2015. Sistemas de Gestión de la calidad, fundamentos y vocabulario. Estados unidos. 2015.
14. Suñol R. Calidad Asistencial. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S8-S9
15. Zurita B. Calidad de la Atención en Salud. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [internet]. [cited 15 Septiembre 2020]. Available from:  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58\\_n1/casalud.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm)
16. Ministerio de Salud. Resolución ministerial N° 964 – 2019/MINSA. Reglamento de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Lima: Ministerio de salud; 2019.
17. Plataforma digital única del Estado Peruano. Ministerio de Salud [internet]. [cited 06 Julio 2020]. Available from: <https://www.gob.pe/minsa/>
18. Gobierno Regional Cusco. Dirección Regional de Salud Cusco. [internet]. [cited 06 Julio 2020]. Available from: <https://regioncusco.gob.pe/service/direccion-regional-de-salud/>
19. Significados. Calidad [internet]. [cited 09 Julio 2020]. Available from: <https://www.significados.com/calidad/>
20. Significados. Evaluación [internet]. [cited 09 Julio 2020]. Available from: <https://www.significados.com/evaluacion/>
21. OMS. Significado de Paciente [internet]. [Cited 14 Julio 2020]. Available from: <https://www.significados.com/paciente/>



# ANEXOS



**ANEXO N° 01: Matriz de consistencia**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN CONSULTA EXTERNA EN CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL CUSCO, OCTUBRE - DICIEMBRE 2019**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	ANTECEDENTES TEÓRICOS	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuál es la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa de los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?	“Evaluar la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019”.	La evaluación de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas es “deficiente” en la consulta externa en los centros de salud de atención primaria del Cusco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna (2014)</li> <li>➤ Auditoría a la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de valencia E.S.E. para el año 2012 (2013)</li> <li>➤ Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria (2018)</li> <li>➤ Calidad de las historias clínicas en el servicio de Pediatría del hospital regional de Pucallpa en el Periodo 2018 (2018)</li> <li>➤ Calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dos hospitales -provincia de Chiclayo, período agosto a noviembre, 2016 (2016)</li> <li>➤ Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén 2014 (2015).</li> <li>➤ Auditoria de registro de historias clínicas en pacientes fallecidos en el hospital Lorena, cusco-2017 (2019)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Según finalidad: Descriptivo</li> <li>2. Según control de asignación del sujeto: No experimenta</li> <li>3. Según número de mediciones: Transversal</li> <li>4. Según temporalidad: Retrospectivo</li> </ol> <p>Diseño de Investigación: Estudio No experimental</p>



PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	
<p>PE1: ¿Se cumplirá el registro adecuado de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?</p> <p>PE2: ¿Cuál será el porcentaje del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019?</p> <p>PE3: ¿Habrà similitud del formato de la historia clínica según la Norma Técnica con la de consulta externa entre los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre – diciembre 2019?</p> <p>PE4: ¿Cuál será el porcentaje de diferencia de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa al comparar entre las IPRESS del Cusco, octubre – diciembre 2019?</p>	<p>O1: Evaluar el cumplimiento del adecuado registro de datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.</p> <p>O2: Conocer el porcentaje del adecuado registro de los datos de las historias clínicas en consulta externa en centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre - diciembre 2019.</p> <p>O3: Determinar la similitud del formato de las historias clínicas según la Norma Técnica con de consulta externa entre los centros de salud del primer nivel de atención del Cusco, octubre – diciembre 2019.</p> <p>O4: Determinar el porcentaje de diferencia de la calidad del registro de los datos de las historias clínicas en el área de consulta externa al comparar entre las IPRESS del Cusco, octubre – diciembre 2019</p>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Calidad del registro de los datos de las historias clínicas</li> </ul> <p><b>VARIABLES INDEPENDIENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Historia clínica</li> <li>➤ Componentes de la historia clínica</li> </ul> <p>Consulta externa</p>	<p><b>Población:</b> La población de estudio estará conformada por las historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en consulta externa de los centros de salud de atención primaria del Cusco.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Historias clínicas de consulta externa</li> <li>➤ En la actual investigación, la muestra es probabilística, obtenida mediante la fórmula para poblaciones finitas, basados en los criterios de inclusión y exclusión, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0,5%.</li> </ul> <p><b>Técnica de recolección de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ficha técnica validada por la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud N°029-MINSA/2016</li> </ul> <p><b>Técnica de análisis de datos</b></p> <p><b>Descriptiva:</b> Uso de frecuencias</p>



**ANEXO N° 02: Ficha de recolección de datos**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA EXTERNA EN CENTRO DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL CUSCO, OCTUBRE – DICIEMBRE 2019**

<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA</b>					
<b>DDATOS GENERALES DE LA AUDITORIA</b>					
<b>FILIACIÓN</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Número de historia clínica					
Nombres y apellidos del paciente					
Tipo y número de Seguro					
Lugar y fecha de nacimiento					
Edad					
Sexo					
Domicilio actual					
Lugar de procedencia					
Documento de identificación					
Estado civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Religión					
Teléfono					
Acompañante					
Domicilio y/o teléfono de persona responsable					
<b>SUBTOTAL</b>					
<b>ANAMNESIS</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y hora					
Motivo de consulta					
Tiempo de enfermedad					
Relato cronológico					
Funciones biológicas					
Antecedentes					
<b>SUBTOTAL</b>					
<b>EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Examen clínico general					
Funciones vitales T°, FR, FC,PA					
Peso, talla					
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos					
Examen clínico Regional					
<b>SUBTOTAL</b>					
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo coherente					
b) Definitivo coherente					
C)Uso del CIE-10					
<b>SUBTOTAL</b>					
<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Examen de patología clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)					
Referencias a otros					



establecimientos de salud					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
Fecha de próxima cita					
SUBTOTAL					
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes					
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI)					
Consigna presentación					
Dosis de medicamento					
Vía de administración					
Frecuencia del medicamento					
Duración del tratamiento					
SUBTOTAL					
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Se cuenta con formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)					
Pulcritud					
Letra legible					
No uso de abreviaturas					
Sello y firma del médico tratante					
SUBTOTAL					
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN					
TOTAL					
TOTAL					
<b>CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN</b>					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90				
POR MEJORAR	ENTRE 75-89%				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.-NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					



**ANEXO N° 03: Presupuesto**

**Gastos:**

<b>GASTOS</b>				
<b>Categoría</b>	<b>Partidas</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Sub total</b>
<b>Materiales</b>	Impresión de hojas		500	500
	Anillados	global	250	250
<b>Varios</b>	Viajes	global	450	450
	Imprevistos	global	600	600
<b>TOTAL</b>				<b>1,800</b>

**Ingresos:**

<b>INGRESOS</b>				
<b>Categoría</b>	<b>Partidas</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Sub total</b>
<b>Varios</b>	Recursos propios	Global	1,800	1,800
	Donaciones	Global	0	0
<b>TOTAL</b>				<b>1,800</b>





**ANEXO N° 04: Cronograma**

ACTIVIDADES	2020					
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Determinación del problema	X					
Preparación del proyecto de tesis	X					
Presentación del proyecto por mesa de partes	X					
Nombramiento de dictaminantes	X	X				
Aprobación de proyecto de tesis		X				
Validación de instrumentos		X				
Recolección de datos			X			
Procesamiento de datos			X			
Desarrollo del capítulo de resultados			X			
Desarrollo del capítulo de discusión			X			
Conclusión del borrador de tesis				X		
Presentación de borrador para dictamen				X		
Dictamen de borrador de tesis					X	
Levantamiento de observaciones					X	
Solicitud de apto al título						X
Fecha y hora de sustentación de tesis						X