



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Calidad de historia clínica y riesgo médico legal en el servicio
de hospitalización del servicio de cirugía del Hospital Carlos
Monge Medrano, Juliaca, 2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Br. Surco Cahuana, Fredy William (ORCID: 0000-0001-6803-0212)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino, Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas y Gestión en Salud

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a mi padre Fredy Surco Hañari quien estuvo en cada momento de esta carrera sobre todo en los momentos difíciles brindándome su apoyo, comprensión y siempre haciendo ver que puedo lograrlo siempre con esa fe que a veces yo la perdía y gracias a él ver lo positivo de las cosas, agradecerle por las dificultades que paso privándose de sus propias necesidades y no perder la confianza en mi persona. a mi madre que apoyo a mi padre. a mi hija Alejandra Nicol Surco Choque que estuvo a mi lado pese a las adversidades la falta de tiempo por el amor tan puro que solo un niño sabe dar todas las alegrías y sonrisas que me causo en momentos de preocupación, gracias por todo el sacrificio y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por todas las bendiciones, más grande que me dio, en mi vida mi hija darle salud y el permitirme estar a lado de ella y compartir tantos momentos felices juntos

Agradecer a mi familia por estar siempre apoyándome incondicionalmente en las adversidades y estar en esos buenos momentos compartiendo mi alegría como si fueran de ellos.

A mi asesor Dr. Edgar Bazán palomino por ayudarme en la realización de esta tesis los consejos y recomendaciones brindadas y gracias a ello la culminación de esta tesis.

Al director y personal de admisión hospital Carlos Moje Medrano de donde extraje los datos para el estudio.

A los distinguidos doctores que preceden de jurados y su evaluación

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	12
3.2. Variables, operacionalización.....	12
3.3. Población y muestra.....	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	13
3.5. Métodos de análisis de datos.....	13
3.6. Aspectos éticos.....	13
IV. RESULTADOS.....	15
V. DISCUSIÓN.....	17
VI. CONCLUSIONES.....	18
VII. RECOMENDACIONES.....	19
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
Anexos.....	23
Anexo 1:.....	23
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
Anexo 2:.....	25
INSTRUMENTO N°1: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	25
Anexo 3.....	26
INSTRUMENTO N°2: APLICACIÓN DEL SCORE DE RIESGO MÉDICO - LEGAL.....	26
Anexo 4:.....	27
ACTA DE ORIGINALIDAD.....	27

Anexo 5:	28
PANTALLAZO DE SOFTWARE TURNITIN	28
Anexo 6:	29
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE LA TESIS	29
Anexo 7:	30
AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	30
Anexo 8:	31
DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PROFESIONAL	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2019.....	15
Tabla 2: Aplicación del Score Médico Legal en las historias clínicas del servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano, 2019.....	16
Tabla 3: Análisis estadístico entre la calidad de historia clínica y el riesgo médico legal en las historias clínicas del servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2019	16

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se ha venido percibiendo algunas deficiencias en las historias clínicas ya sea a su deslucida escritura, o al contenido de su información presentando en ellas tachaduras, palabras rectificadas, o imperfecciones entre otros. **Objetivo:** Determinar la relación entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. **Metodología:** Estudio descriptivo, analítico, correlacional, de corte trasversal. Diseño no experimental, observacional. Los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos, en la que se evaluó la calidad de historia clínica y consecuente riesgo médico legal con instrumentos validados con anterioridad a nivel internacional y nacional para su aplicación. **Resultados:** Se revisó un total de 122 historias clínicas, se eliminaron 2 historias del estudio por tener las hojas deterioradas, por lo que entraron al estudio 120 historias clínicas, de las cuales el promedio de ítems evaluados como calidad buena fue 48,3%, como calidad regular fue un 40,7% y como mala calidad fue 10,9%. Al aplicar el instrumento que midió el riesgo médico legal, se determinó que existe un riesgo bajo con un 61.6%, riesgo moderado con un 26.7% y riesgo alto con un 11.7%. Al realizar el análisis estadístico entre las variables cualitativas, se encontró asociación estadística entre el riesgo médico legal bajo y la calidad buena de la historia clínica con un valor p de 0,038. **Conclusión:** La calidad de historia clínica es buena con un 48.3%, regular con un 40.8% y mala con un 10.9%, el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano. El riesgo médico legal es bajo con un 61.6%, moderado con un 26.7% y alto con un 11.7%, en el servicio de hospitalización de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano. Existe asociación estadística entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica en el servicio de Cirugía. Hospital Carlos Monge Medrano.

Palabras clave: riesgo, médico, legal, calidad, historia clínica. (Fuente: DeCs)

ABSTRACT

Introduction: In recent years, some deficiencies have been perceived in the medical records, either in their lackluster writing, or in the content of their information, presenting them with deletions, rectified words, or imperfections, among others.

Objective: To determine the relationship between the legal medical risk and the quality of the clinical history in the hospitalization service for surgery at Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

Methodology: Descriptive, analytical, correlational, cross-sectional study. Non-experimental, observational design. The instruments were the data collection form, in which the quality of the clinical history and the consequent medical-legal risk were evaluated with instruments previously validated at the international and national level for their application.

Results: A total of 122 medical records were reviewed, 2 records were eliminated from the study due to having deteriorated sheets, for which 120 medical records entered the study, of which the average of items evaluated as good quality was 48.3%. as regular quality it was 40.7% and as poor quality it was 10.9%. When applying the instrument that measured the legal medical risk, it was determined that there is a low risk with 61.6%, moderate risk with 26.7% and high risk with 11.7%. When performing the statistical analysis between the qualitative variables, a statistical association was found between the low medical-legal risk and the good quality of the clinical history with a p value of 0.038.

Conclusion: The quality of the clinical history is good with 48.3%, regular with 40.8% and poor with 10.9%, the hospitalization service for surgery at Hospital Carlos Monge Medrano. The legal medical risk is low with 61.6%, moderate with 26.7% and high with 11.7%, in the service for surgery at Hospital Carlos Monge Medrano. There is a statistical association between the legal medical risk and the quality of the clinical history in the Surgery service. Carlos Monge Medrano Hospital.

Keywords: risk, medical, legal, quality, medical history. (Source: DeCs)

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global y en nuestro país, las historias clínicas son un registro indispensable en el sector sanitario, que nos permiten una evaluación ordenada, diagnóstico preciso, orientación del tratamiento correcto y seguimiento de los pacientes. A pesar de ello, éstas presentan déficit en los registros de información, datos incorrectos e incompletos, escritura que llega al punto de ser ilegible hecha en formatos obsoletos, etc., que colaboran poniendo en riesgo la atención del paciente y dificultando el trabajo del personal de salud.(1)

En Latinoamérica, un estudio realizado en el año 2017 en Bolivia, obtuvo que sólo el 30% de las historias clínicas realizadas estaban correctamente elaboradas, sin embargo un alarmante 46,9 % de ellas se encontraban elaboradas de manera inadecuada y consideradas así como “historias clínicas inaceptables”(2)

En el Perú, un estudio realizado en el 2019, manifestó que el resultado general obtenido de historias clínicas mal elaboradas y con deficiencias de distinta índoles fue de un 52,9% (3)

Es por ello que la presente investigación, tiene como finalidad conocer la calidad de la historia clínica y la manera cómo puede afectar al médico que es acusado de un mal manejo paciente y por ende llegar a ser denunciado, por tal motivo es de suma importancia que todo acto médico sea de manera minuciosa registrado, ya que éste no es una simple narración de hechos, sino por el contrario en ella se plasma el estado del paciente, el transcurso de su evolución, cuál ha sido el tratamiento dado por la patología que presenta, procedimientos realizados, datos importantes y asentamiento del paciente.

Todos estas partes se encuentran fundamentados en el principio de autonomía, donde el paciente sin ningún tipo de imposición admite el estado de salud en la cual es atendido, su colaboración y cooperación de manera libre en su atención, las que servirán como medios probatorios y de amparo ante la justicia.(4)

En España, en año 2019, la legislación del Real Decreto 1093/2010 señaló que la historia clínica es única y original por cada paciente, debiendo reunir en principio todos los documentos que la conforman, evitando así consecuencias médico legales prevenibles. (4)

Por lo tanto la historia clínica se define de manera médico-legal como el documento en el que se encuentra registrado de manera ordenada, sucesiva, específica y minuciosa el relato de cada acontecimiento, validación y verificación por parte del personal médico durante la atención al paciente en desde su ingreso hasta el momento de su salida del establecimiento de salud ya sea que fue dado de alta o por fallecimiento. (6)

Por lo tanto, la historia clínica tiene importancia significativa en la investigación y/o indagación legal y clínica, debido a la información que contiene que permite la resolución de problemas jurídicos, puesto que es utilizada como “registro médico” probatorio en delante de la justicia, instrumento médico-legal , dado que en ella se encuentra plasmada , el diagnóstico certero del paciente, patologías y/o comorbilidades que padece , el tratamiento programado y las acciones futuras que se tomarán con el paciente.

Es por ello la relevancia de incorporar toda la información, desde la identificación del paciente, registrando cada consultada dada anteriormente, decisiones de tratamiento específico y exámenes complementarios realizados, resumiendo así, la atención en conjunto brindada. (7)

Por tal motivo, se decidió realizar la presente investigación que tiene como finalidad, argumentar la realidad de la relación entre la calidad de la historia clínica y el riesgo médico legal, y poder conocer a profundidad las debilidades y deficiencias que existe en la formación de los galenos, aportando a la mejora de este problema en el cual nuestro país se ve inmerso.

Problema general.- ¿La confección de la historia clínica y el riesgo médico legal del servicio de cirugía del hospital Carlos Monge Medrano están asociados?

Justificación del estudio.- La única fuente de información formalmente detallada por la parte médico legal es la historia clínica, esta debe estar bien estructurada y contener los datos relacionados con la enfermedad y temas conceptuales sobre diagnóstico de los pacientes que se atienden en un servicio de cualquier hospital, siendo los servicios quirúrgicos los afectos y controversiales en el sistema de salud. No son pocos los casos que se presentan en los hospitales.

Quienes asumen la responsabilidad de la confección, elaboración de la misma, no necesariamente es el médico tratante, lo que a la larga conlleva a errores que podrían traer consecuencias funestas para aquellos profesionales de la salud que asumen dichas responsabilidades, siendo la más importante el quien hizo la historia clínica, recayendo sobre el interno de medicina quien a su vez no tiene responsabilidad legal sobre el tema.

Con la finalidad que el grupo ocupacional encargado de estos tópicos mejore es que se realiza este trabajo para poner en la palestra los problemas presentes y buscar recomendar las mejores alternativas de solución en estos casos. Los resultados encontrados en esta investigación servirán para motivar a que otros investigadores toquen este tan interesante tópico debido a que está directamente relacionado a la parte más sensible del personal de salud, relacionado con la parte legal, y los problemas que se pudieran evitar si no hubiera vacíos en las historias clínicas.

De manera sistematizada iremos descubriendo los elementos que nos permitirán mejorar las condiciones necesarias para este tema. Dar cuenta a nuestras autoridades las posibles soluciones al respecto, determinar de manera práctica y teórica la posibilidad de riesgos médicos legales existentes y latentes dentro de uno de los servicios del hospital.

Objetivo general.- Delimitar asociación entre calidad de historia clínica y riesgo médico legal en el servicio de cirugía general del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

Objetivos específicos.- Medir la calidad de historia clínica en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019. Cuantificar el riesgo médico legal de las historias clínicas en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019. Cuantificar la relación estadísticamente entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica en el servicio de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

Hipótesis general.- Hay relación entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

Hipótesis específicas 1.- HI: La calidad de historia clínica es buena en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019. HO: La calidad de historia clínica es mala en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

Hipótesis específicas 2.- HI: El riesgo médico legal es alto en la confección de las historias clínicas en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019. HO: El riesgo médico legal es bajo en la elaboración de las historias clínicas en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

Hipótesis específicas 3.- HI: Existe relación estadística entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019. HO: No existe relación estadística entre el riesgo médico legal y la calidad de historia clínica en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, podemos citar a **Chávez, en el año 2020**, en Ecuador en su investigación para la “Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco”, donde se tuvo como tamaño de muestra 1000 historias clínicas analizadas exhaustivamente. El resultado obtenido en cada uno de los parámetros evaluados fue que el 56.8% del total tenían como deficiencia que la atención a los pacientes tenía fecha y hora completa, el 32% carecía de escritura legible y pulcra, y la anamnesis fue detallada de manera correcta sólo en 53.6%, en tanto que un 28.8% se encontró inconclusa y con información escasa, al mismo tiempo se pudo corroborar que sólo el 73% registraba completamente y de manera adecuada los signos vitales, en relación al examen físico realizado el 47.1 % fue escrito completamente, un 36.7% no fue anotado correctamente y un lamentable 16.2% no contenía esta información, en consecuencia relacionado al diagnóstico clínico, fue presentado completo por un 30.6% , de manera incompleta un promedio de 52% y no fue registrado un 11.9%, anexado a esto , respecto al plan de trabajo realizado a cada paciente sólo un preocupante 9.7 % lo presento correctamente, y cifras elevadas en un 46.8% no fue presentado, y no fue completado un 43.5%, en los exámenes auxiliares se observó que un 14% lo hizo de manera correcta , un 77% no completado , e incompleto un 9%; finalmente obtuvieron completamente el tratamiento correcto un 10.1%, un 48.6% no completo y un significativo 41.1% carecía de éste. Se concluyó que dentro de las carencias más significativas fue el plan de trabajo en el que un total de 90.3% se encuentra no registrado o ha sido inconcluso, agregando los demás ítems mencionados. (8)

Marín y Segura, en el año 2018, en Colombia, en su investigación titulada “Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria”, un estudio descriptivo-aleatorio en el cual de un total de 200 historias clínicas fueron elegidas 80 para ser analizadas utilizando 23 variables que permitirán definir cuáles son los ítems que se realizan de manera completa e incompleta en las historias clínicas. Como resultado final se obtuvo que en un 100% registró de manera correcta , 7 de las 23 variables analizadas, dentro de las cuales

encontramos, edad del paciente, diagnóstico clínico, examen físico completo, plan de trabajo realizado, etc.; a diferencia del porcentaje en el que no se cumplió el registro de manera adecuada, siendo estos, los antecedentes personales, legibilidad al escribir, ocupación y nacimiento del paciente atendido, siendo sus valores respectivos, 51.2 %, 60 % , 83.8% y 93.8%.(9)

Serna, en el año 2018, en Bolivia, en su estudio dirigido a conocer la “Calidad de las historias clínicas elaborados por internos de medicina – UMSA”, en el que se incluyó 64 historias clínicas de 8 internos en seguimiento de 4 diferentes servicios hospitalarios: Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. En el resultado obtenido, sólo el 29.7% del total de expediente analizados tuvieron la valoración de aceptable (19 historias clínicas), frente a un 46.9% que se les calificó como inaceptables (3 historias clínicas), y finalmente con un 23,4% aquellas que carecían de información completa (15 historias clínicas). (2)

Casuriaga y Giachetto, en el año 2018, en Uruguay, en su estudio “Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell”; de corte transversal , el cual tuvo como muestra 385 historias clínicas, en la que establecieron tres escalas: los promedios $\geq 80\%$ serán considerados como suficientes, los que se encuentra en un rango entre 60% y 79% como aceptables y los $< 60\%$ como insuficientes. En el resultado se obtuvo como historias clínicas suficientes al 17%, un 49.6% como aceptables y finalmente un 33.4% como registros insuficientes. (10)

A nivel nacional podemos citar a **Pérez y Yampufe, que en el año 2020**, en Chiclayo, tuvo como objetivo describir la “Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres, utilizando un método descriptivo - transversal, el cual fue aplicado a 27 internos al término de su 2da rotación en 03 nosocomios (HPDB, HRDM y HRL) y de 04 servicios hospitalarios diferentes de la provincia de Chiclayo, tomando como muestra un total de 297 expedientes clínicos. En el presente estudio, se concluye de manera general que sólo un 14.8% tuvo un registro clínico satisfactorio, al mismo tiempo, fue deficiente en un 14.1% y finalmente por mejorar un 71.1%. (11)

Reyes, en el año 2020, en Lima, presentó un estudio titulado “Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas”, analizándose un total de 359 expedientes clínicos, seleccionados de manera aleatoria de los siguientes servicios, Cirugía un total de 150 HC , Traumatología 31 HC, oftalmología 16 HC, gineco-obstetricia 15 HC y finalmente 7HC de urología. Se utilizaron distintos ítems de evaluación por casa historia clínica, como terapéutica, exámenes complementarios, notas de enfermería diagnóstico clínico, etc., calificándose de la siguiente manera: por mejorar si el porcentaje obtenido era menor que el 80% y como aceptable si es que era mayor igual a este. El resultado obtenido fue que 94 HC(26,2%) tuvieron la categoría de aceptable, y 265 HC (73,8%) por mejorar; los porcentajes más insuficientes obtenidos fueron de los ítems de estudio clínico y notas de enfermería con un 62% y 20.3% respectivamente calificándosele “por mejorar”, el 75,8% y 65,9% lo consiguieron notas de evolución y terapéutica indicada a los pacientes, y finalmente se le calificó como “aceptable” en primer lugar a los atributos de la HC que se le otorgó 90%, seguido de evolución con un 87,9% y 80,1% al diagnóstico patológico. Por lo tanto podemos concluir que 2/3 de los expedientes clínicos analizados adquirieron la calificación “por mejorar”. (12)

Carhuamaca, Quispe y Rodríguez , en el año 2019 en la ciudad de Lima, tuvo como objetivo determinar la “Calidad de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Éste estudio de tipo descriptivo y de corte transversal analizó 51 expedientes clínicos, tiempo de estudio 03 meses agosto-octubre, tomando en cuenta 11 puntos importantes como los datos de filiación, antecedentes del paciente, examen médico según la patología presenta, plan de trabajo, etc.), obteniéndose la siguiente calificación: deficiente 52.9%, conforme 17.6% y por perfeccionar un 29.4% respecto a todos los ítems analizados, recomendando la capacitación de los internos ya que con frecuencia, son ellos los que ingresan los datos completos de los pacientes en los expedientes clínicos según norma técnica establecida.(3)

Guimarey, en el año 2019, en Pucallpa, describe el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018, el cual tuvo como base la Norma Técnica MINSA del año 2005. En el presente estudio analítico-transversal , se analizaron un total de 307 historias clínicas, dentro de las que el 59,93% del total (184 HC) obtuvieron una puntuación aceptable, y su diferencia por mejorar. Dentro de los ítems analizados, destacó en porcentaje preocupante la letra indescifrable en los registros clínicos analizados (razón de prevalencia: 1,71; intervalo de confianza 95%: 1.08 – 2.73), a diferencia de las historias que tenían letra clara. (13)

Narváez, en el año 2015, en Jaén, determina la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría en el Hospital General de Jaén, en su estudio descriptivo- transversal, analizando una muestra un total de 384 expedientes clínicos de los cuatro servicios mencionados. Se obtuvo como resultado general, que del total analizado, el 67.45% presentó una categoría de aceptable (259 HC), seccionando por servicios, Medicina obtuvo un 69.5% considerándose el puntaje más alto de los 4 servicios en mención.(14)

Expedientes sobre el presente tema estudiado, no se han encontrado en la Región Piura. No se encontraron en la región Piura, estudios sobre este tema.

Riesgo Médico Legal.

La práctica médica desde sus orígenes, tiene como finalidad el tratamiento de distintas patologías humanas, sin embargo sabemos que indistintamente de la finalidad clínica del médico sobre estos conocimientos, existen necesidades y dudas recientes que demandan al gremio médico que tenga conocimiento para poder solucionar y dilucidar sucesos de diferentes índoles, esto conllevaría a plantear leyes, normas y protocolos que permitirían ejercer de manera correcta las ciencias médicas en provecho de la población. (15)

El proceder médico-legal, incorpora un conjunto de reglas morales y legales que son la base de la práctica médica, y que el galeno sin importar la especialidad ,

tiene como deber dominarlas para lograr un desarrollo profesional , evitando vulnerarlas por desconocimiento.(16)(17)

Dentro de las funciones que el profesional médico debe realizar podemos nombrar, la historia clínica, la elaboración de documentos de certificación de defunción, certificado médico, entre otros, lo que relaciona directamente al gremio médico en situaciones legales.(18)

Es por ello, de gran importancia que cada paciente tratado conceda de manera autónoma, es decir que de manera libre, consciente y voluntaria la realización de intervenciones médicas o de elección ante posibles complicaciones posteriores, luego de haberle informado de manera minuciosa y comprensible los benéficos o riesgos correspondientes, por tal motivo la importancia del registro documentario dentro del expediente médico del procedimiento a efectuar; si motivo contrario el paciente no se encuentra en sus facultades mentales , el consentimiento debe ser otorgado legalmente por un familiar directo o caso contrario por algún representante legal.(19)

Por lo tanto una respuesta correcta y un actuar acertado del médico ante diferentes situaciones y problemas, evitaría poner en riesgo su profesión, evitando como consecuencias, como demandas, y problemas jurídicos

Calidad de la Historia Clínica.

Se define como calidad de un expediente clínico, a las características de información que asegura con precisión, de manera completa, actual , congruente, accesible y fidedigna de sus datos, indispensable para alcanzar nivel elevado de procesamiento y estudio para una correcta e impecable toma de decisiones en relación a la persona implicada.(20)

Luego de obtener la información correspondiente es importante su análisis, para obtener posibles razones por las que se puede dar la situación en la que se encuentra el paciente, y formular hipótesis diagnósticas , que en conjunto con otras dimensiones utilizadas en la evaluación médica permitirán llegar a reconocer la

patología que compromete al paciente, es por esta razón, la importancia de recopilar buenos datos en una historia clínica. (21)

Existen factores que determinan la elaboración de calidad de una historia clínica del personal médico que en muchas ocasiones son las responsables de la realización de manera incorrecta del expediente médico. El trabajo excesivo, las largas e incansables horas de trabajo, las guardias nocturnas, la cantidad de pacientes que muchas veces llegan al servicio para ser atendidos; situaciones que repercuten en el estado mental, emocional, cognitivo de los galenos y en el rendimiento de sus funciones, afectando su bienestar y el de los pacientes.(22)

Historia clínica

La historia clínica, expediente clínico o ficha médica cumple una función primordial en la atención médica a los pacientes, y al mismo tiempo el intercambio de información médica de importancia entre los distintos niveles de atención hospitalaria. Ésta también refleja el nivel de relación y comunicación entre el médico y el paciente, lo cual será de gran importancia para la decisión y aceptación autónoma del paciente de tratamientos y , si fuera necesario futuros procedimientos que realizará el galeno.(23)

El expediente clínico es personal, única e insustituible y que le concierne al paciente, por lo tanto esto implica derecho de confidencialidad y reserva del profesional como señala del artículo N° 2 de la CPP, la Ley 29733, Ley de protección de datos personales y demás normas, bajo responsabilidad administrativa, civil o penal, según sea el caso.(24)

Existe una relación amplia entre la atención brindada a los pacientes y la calidad de las fichas médicas, lo que permite un exhaustivo análisis anterior de la práctica médica. Este registro es el pilar en la toma de decisiones por parte del gremio médico en el diagnóstico y terapéutica a seguir, que permite la valoración de los distintos problemas de salud presentes, a pesar de ellos, la carencia de datos dentro del historial médico es un problema frecuente.

Un problema repetitivo en las fichas médicas es la carencia de datos del paciente y la letra borrosa e indescifrable, que impide saber la situación de salud del paciente. Esto conlleva a que el médico adolezca de la información suficiente sobre el desarrollo clínico del paciente y su terapéutica anterior que permitiría conocer si ha tenido una evolución valorable o no tuvo respuesta adecuada al tratamiento dado . (25)

Por tal motivo es importante que la historia clínica cumpla y respete los parámetros señalados: que tenga accesibilidad y disponibilidad por todo el personal médico que la necesite , que la escritura sea legible, con un lenguaje adecuado, específica y de fácil comprensión, que contenga la información correcta en el área específica la ficha clínica que le corresponde y que tenga todos los datos e información necesaria para una correcta evaluación, diagnóstico y plan de trabajo y tratamiento del paciente. (26)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Descriptivo Retrospectivo observacional.

3.2. Variables, operacionalización

Anexo 1

3.3. Población y muestra

Población: Estuvo constituida por los pacientes ingresados por servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano.

Muestra: fueron las historias clínicas confeccionada en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano.

n = 122 historias clínicas

Muestreo: El muestreo fue por conveniencia, de tipo censal.

Criterios De Selección

Criterios de inclusión

- Historias clínicas que se encuentre en el área de archivo, cuyo último ingreso sea haya realizado durante el periodo de estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2019.

Criterios de exclusión

- historias clínicas incompletas, deterioradas total o parcialmente.
- Aquellas historias clínicas que se encuentren en proceso legal o judicial.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

Se observó y analizó los datos de las historias clínicas para valorar la calidad de la misma y considerar la posibilidad de riesgo médico legal de acuerdo a nuestra recolección de datos en nuestra base de datos.

Instrumentos.

Los instrumentos que se usaron en la presente investigación revierten un uso ya antes realizado para tratar de evaluar cuantitativamente, gran parte de la subjetividad que tiene una historia clínica, pues hay elementos dentro de ella que es imposible desligar de la apreciación personal de quien realizó elaboro y estructuro la historia clínica.

Se ha utilizado instrumentos ya validados en los años 2017 (dr Valenti). Esto nos permitió hacer una cuantificación de variables y llevarlas a describir con puntajes de riesgo.

La norma técnica para la gestión de la historia clínica, sirvió para la evaluación de parámetros con una alta carga subjetiva teniendo que tenerse en cuenta todo el contexto de la historia clínica.

3.5. Métodos de análisis de datos

Los datos fueron recolectados de manera sistemática en la ficha de recolección, esta información fue agregada a la base de datos del programa estadístico SPSS, se obtuvo el análisis de los mismos para finalmente ser descritos en tablas de frecuencias y variables cualitativas con chi 2 y Fisher como corresponda.

3.6. Aspectos éticos

Se trata de un estudio donde se trabajó con historias clínicas, donde no se usaron los datos personales de nadie, tampoco hubo problemas éticos

en ese sentido, además fue evaluado y aprobado por los comités de investigación y ética de la Escuela.

IV. RESULTADOS

Durante el periodo en estudio se encontraron 122 historias clínicas, de las cuales se usaron en el estudio 120 esto debido a que estuvieron incompletas dos de ellas, en cuanto a calidad encontramos un 48,3% calificado como bueno, calidad regular un 40,8% y como mala calidad fue 10,9%.

Tabla 1: Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2019

	BUENO n (%)	REGULAR n (%)	MALO n (%)
1.- Historia clínica ordenada	48 (40%)	54 (45%)	18 (15%)
2.- Identificación del paciente en los documentos	52 (43.3%)	52 (43.3%)	16 (13.4%)
3.- Identificación del médico en los documentos.	64 (53.3%)	46 (38.3%)	10 (8.4%)
4.- Hoja anamnesis con enfermedad actual y antecedentes.	58 (48.3%)	50 (41.7%)	12 (10%)
5.- Exploración física básica	62 (51.6%)	48(40%)	10 (8.4%)
6.- Comentarios y evaluación médica diaria.	54 (45%)	54 (45%)	12(10%)
7.- Órdenes de tratamiento médico	54 (45%)	58(48.3%)	8 (6.7%)
8.- Hojas de observación de enfermería	48(40%)	68 (56.7%)	4 (3.3%)
9.- Hoja de constantes de enfermería	70 (58.3%)	48(40%)	2 (1.7%)
10.- Informe de radiodiagnóstico	64 (53.3%)	48(40%)	8 (6.7%)
11.- Protocolo preoperatorio.	52 (43.3%)	56 (46.7%)	12 (10%)
12.- Hoja de anestesia	88 (73.3%)	30 (25%)	2 (1.7%)
13.- Informe de cirujano sobre intervención practicada	80 (66.7%)	24 (20%)	16 (13.3%)
14.- Informe de anatomía patológica sobre muestras.	28 (23.3%)	44 (36.7%)	48(40%)
15.- Existencia de informe de alta	46 (38.3%)	50 (41.7%)	24 (20%)
16.- Grado de cumplimiento de informe de alta	44 (36.7%)	56 (46.7%)	20 (16.6%)

Fuente: elaborada por autor

Tabla 2: Aplicación del Score Médico Legal en las historias clínicas del servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano, 2019

Score n (%)	Riesgo Médico Legal		
	Alto	Moderado	Bajo
	14 (11.7%)	32 (26.7%)	74 (61.6%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: Análisis estadístico entre la calidad de historia clínica y el riesgo médico legal en las historias clínicas del servicio de Cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2019

Riesgo médico legal	Alto	Moderado	Bajo	IC 95%	<i>p</i>
Calidad de historia clínica					
Buena	0	8	44	0,21 – 1,61	0,038
Regular	4	18	28		
Mala	14	4	0		

Fuente: Fuente propia.

V. DISCUSIÓN

El estudio realizado tuvo como finalidad determinar si existe una asociación entre la presentación del riesgo médico legal y la historia clínica, en el hospital Carlos Monge Medrano, se trabajaron 120 historias clínicas, teniendo en cuenta lo vital de la información que ella contiene.

Uno de los servicios más expuestos al tema médico legal siempre son aquellos en la que hay participación quirúrgica, como por ejemplo ginecología cirujía, traumatología entre otros, luego de nuestro análisis consideramos que el 61.6% tenía un riesgo bajo de problemas medico legales, también consideramos que 11,7 % tiene un alto riesgo médico legal, que nos preocupa y consideramos debe ser un punto a abordar en cualquier esquema de mejora que se plantee para este servicio,

Las historias clínicas evaluadas a la luz de los resultados arrojan un porcentaje de 48.3 % con buena calidad, un poco por debajo del promedio nacional que se encuentra en un rango de 52,9 en lo que va del 2019. En el Ecuador se encontró en el año 2020, luego de analizar 1000 historias clínicas que el 56.8% presentaron problemas en los datos consignados dentro d la misma. (8)

En estudios nacionales encontramos que Pérez y Yampufe, en el año 2020, en Chiclayo solo encontró satisfactorios el 14,5 % de historias clínicas sometidas evaluación de calidad y que un 71.1 % (11) deben mejorar sustancialmente.

Detalles como la falta de sello o falta de firma en los documentos es verdaderamente preocupante puesto que son ítems fácilmente solucionables, dentro de un servicio. Destacar también que parte de la historia clínicas revisadas están las hoja de enfermería y hojas de anestesia que tiene un porcentaje mayor de llenado y calidad de la misma.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** La calidad de historia clínica es buena 48,3%, regular 40,8% y mala 10.9%, el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.
- 2.** El riesgo médico legal es alto alcanzando el 11.7%, moderado 26.7% y bajo 61.6%, y en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.
- 3.** La calidad de la historia clínica y el riesgo médico legal esta asociados en el servicio de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2019.

VII. RECOMENDACIONES

- 1.** Fomentar la realización de estudios que toque el tópico de calidad en las historias clínicas, con muestras mucho más grandes y en otros servicios, para tener una visión mucho más amplia del tema diferente a el hospital Carlos Monge Medrano.
- 2.** Entregar informes de los resultados obtenidos a la dirección del hospital, dicho informe formara parte de la toma de decisiones en nuestro nosocomio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Barrera K. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. USMP.2016
- 2.-Flores A. Calidad de las historias clínicas elaborados por internos de medicina - UMSA . Bolivia, 2017; 59(1): 19-28
- 3.-Carhuamaca A, Quispe M, Rodriguez M. Calidad de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Cayetano Heredia. Lima.2019, USIL
- 4.-Gonzales R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. Cuba. 2015; 37(6): 648-653
- 5.-Carmelo C. Historia Clínica. Argentina.2017,UBA
- 6.-Godoy J, Barraza J. La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. Chile. 2018 ; 24(2): 181-188
- 7.-Chávez M. Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de adultos. y su impacto en el costo del Hospital Clínica San Francisco. Ecuador.2020, UCSG
- 8.-Marín A, Segura C, Villalobos L. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de pacientes con atención domiciliaria. Colombia. 2018, UEAN.
- 9.-Casuari A, Giachetto G, Gutierrez S, Martinez V. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay. 2018 ; 89(4): 242-250.

- 10.-Pérez Y, Yampufe J. Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres. Chiclayo. 2020, USMP.
- 11.-Narváez E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén. 2015. UPAO
- 12.-Guimarey A. Calidad de las historias clínicas en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Pucallpa. 2019, UNU.
- 13.-Narváez E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaén. Trujillo. 2015: UPAO.
- 14.-Hernández M. Fundamentos de Medicina Legal. 2da edición, México, 2014.
- 15.-Vera O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. Bolivia, 2013.
- 16.-Tapia M. Aspectos legales en el desempeño profesional de la medicina. México, 2011.
- 17.-Hernández M, Añorga J, Sosa T. Evolución histórica de la Medicina Legal y las actuaciones medicolegales en Cuba. 2018;13(3): 97-102
- 18.-Ver O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Bolivia, 2016 ; 22(1): 59-68.
- 19.-Interoperabilidad de Datos de la Historia Clínica en Colombia. Minsalud. 2017
- 20.-Espona M. Calidad de Información: Una Nueva Herramienta para la Investigación. Argentina; 2014.

21.-Cabascango K. Factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única- Hospital San Vicente de Paúl. Ecuador, 2017:UTN.

22.-Moreno M. El método clínico. La Habana. 2012

23.-Chero D, Cabanillas A, Fernández J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. Lima, 2017; 32(2): 115-116

24.-Departamento Medicina Familiar UBA. Historia clínica orientada al problema. Argentina, 2018.

Anexos

Anexo 1:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Tipo de Variable
Riesgo médico legal	El Riesgo Médico Legal es la probabilidad de que ocurra un evento adverso con implicancia jurídica que es regulado por el estado y derecho peruano a través de la carta magna, publicado en la Ley N.º 26842.- Ley General de Salud.	Es el resultado de las variables obtenidas durante la investigación referida al riesgo médico legal, y su evaluación respectiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reclamo de parte de la familia o persona legalmente reconocida. 2. Implicancia legal del servicio médico público o privado. 3. Existe conocimiento de la Ley de ES SALUD. 4. Conoce el D.S. N.º 039-2015 sobre la historia clínica. 	<p>Nominal</p> <p>Politómica</p>	Variable cualitativa
Calidad de la Historia clínica	La calidad Historia Clínica es el grado de cumplimiento de una serie de requisitos cuantitativos y cualitativos que permitirá asignar el alto valor médico, gerencial, legal y académico para proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como	Aplica un cuestionario para medir los niveles de la calidad de la historia clínica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La HC está completa y ordenada. 2. La HC tiene secuencia y cronología adecuada. 3. La HC presenta enmiendas, tachaduras, raspaduras, presencia de líquido corrector, abreviaturas sin aclarar, remarcados, subrayados, etc. 4. Legibilidad de la letra. 	<p>Nominal</p> <p>Politómica</p>	Variable cualitativa

	<p>también proporcionar información con fines de investigación y docencia.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 5. Presencia expresa del Consentimiento o informado y características acorde a la Ley. 6. Presencia de la firma expresa del paciente, padre, madre, curador o Tutor habiendo comprendido o entendido o expresado satisfacción por el tratamiento propuesto o Aplicado. 7. Ausencia de las firma/s y/o sello/s del/los profesional/les actuante/s. 8. Evaluación del documento redactado: aspecto y conservación. 9. El documento esta foliado. 10. Hojas en blanco o protocolos de estudios en idioma distintos al español. 		
--	--	--	--	--	--

Anexo 2:

**INSTRUMENTO N°1: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA
CLÍNICA**

	BUENO	REGULAR	MALO
1.- Historia clínica ordenada			
2.- Identificación del paciente en los documentos			
3.- Identificación del médico en los documentos.			
4.- Hoja anamnesis con enfermedad actual y antecedentes.			
5.- Exploración física básica			
6.- Comentarios y evaluación médica diaria.			
7.- Órdenes de tratamiento médico			
8.- Hojas de observación de enfermería			
9.- Hoja de constantes de enfermería			
10.- Informe de radiodiagnóstico			
11.- Protocolo preoperatorio.			
12.- Hoja de anestesia			
13.- Informe de cirujano sobre intervención practicada			
14.- Informe de anatomía patológica sobre muestras.			
15.- Existencia de informe de alta			
16.- Grado de cumplimiento de informe de alta			

Valoración de cada ítem:

Puntuación de 0 a 3

Bueno: 3

Regular: 2

Malo: 1

No cumple: 0

No aplica: Na

Observaciones: _____

Anexo 3

INSTRUMENTO N°2: APLICACIÓN DEL SCORE DE RIESGO MÉDICO - LEGAL

VARIABLE	SI	NO
1. La HC está completa y ordenada		
2. La HC tiene secuencia y cronología adecuada		
3. La HC presenta enmiendas, tachaduras, raspaduras, presencia de líquido corrector, abreviaturas sin aclarar, remarcados, subrayados, etc.		
4. Legibilidad de la letra		
5. Presencia expresa del Consentimiento Informado y características acorde a la ley 26.529		
6. Presencia de la firma expresa del paciente, Padre, Madre, Curador o Tutor habiendo comprendido o entendido o expresando satisfacción por el tratamiento		
7. Ausencia de las firma/s y /o Sello/s del/los profesional/les actuante/s.		
8. Evaluación del documento redactado : Aspecto y conservación.		
9. El documento está foliado.		
10. Hojas en blanco o protocolos de estudios en idioma distinto al español		
Total		

ALTO RIESGO ():

MODERADO RIESGO ():

BAJO RIESGO ()

ALTO RIESGO: se definen como tales aquellas historias clínicas que presentan un resultado final o score con valores de 6 hasta menor o igual a 10 puntos.

MODERADO RIESGO: aquellas historias clínicas que presenten valores en el score mayor a 4 y menores de 5 puntos.

BAJO RIESGO: para aquellas historias clínicas cuyo score definitivo sea 0 o igual o menor a 3 puntos.