



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD

Calidad del Registro de Información de la Historia Clínica de los Servicios de
Hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Quiroga Mantilla Irma Marisol (ORCID 0000-0002-6962-1820)

ASESORA:

Dra. Maribel Díaz Espinoza (ORCID 0000-0001-5208-8380)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión Empresarial y Productiva

PIURA – PERÚ

2019

Dedicatoria

El presente proyecto se lo dedico principalmente a Dios por haberme permitido llegar hasta esta etapa de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos; a mi familia por todo su apoyo e inspiración, pero especialmente a mi esposo Ing. Jorge Enrique Chávez Sión, parte y pilar fundamental en mi vida.

Irma Quiroga M.

Agradecimiento

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a Dios por sus bendiciones, para llegar hasta donde he llegado, a mi familia, a mi tutora de tesis la Dra. Maribel Díaz Espinoza por su tiempo, esfuerzo y dedicación brindada, que motivó en mí a terminar con éxito este estudio. Son muchas las personas que me han apoyado durante mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos y compañía.

Irma Quiroga M.

Página del Jurado

Declaratoria de Autenticidad

Yo, Bach. Irma Marisol Quiroga Mantilla; estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la escuela de Posgrado de la Universidad “Cesar Vallejo”, identificada con Cédula de ciudadanía # 120140658-2, con la tesis titulada Calidad del registro de información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada, ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicitada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normativa vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, Julio del 2019

Atentamente.



Bach. Irma Marisol Quiroga Mantilla

C.C. # 120140658-2

Índice

Página

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	16
2.1. Tipo y diseño de investigación	16
2.2. Operacionalización de las variables.....	17
2.3. Población, muestra y muestreo	19
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad ..	21
2.5. Procedimiento	23
2.6. Método de análisis de datos	23
2.7. Aspectos éticos.....	23
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS	47

ANEXO 1 Ficha de evaluación de la calidad de la historia clínica.	48
ANEXO 2 Check list de la calidad de la historia clínica hoja resumen.....	50
ANEXO 3 Ficha Técnica Del Instrumento Calidad De La Historia Clínica.....	51
ANEXO 4 Resultado De Confiabilidad Del Piloto	54
ANEXO 5 Matriz de experto instrumento calidad del registro de las historias clínicas	55
ANEXO 6 Matriz de validación de experto.....	57
ANEXO 7 Matriz de experto instrumento calidad del registro de las historias clínicas	59
ANEXO 8 Matriz de validación de experto	61
ANEXO 9 Matriz de experto instrumento calidad del registro de las historias clínicas	63
ANEXO 10 Matriz de validación de experto dimensiones del instrumento: calidad	..65
ANEXO 11 Matriz de ítems	67
ANEXO 12 Matriz De Consistencia De Investigación	71
ANEXO 13 Acta de aprobación institucional	74
ANEXO 14 Acta de aprobación de originalidad	75
ANEXO 15 Pantallazo de software turnitin	76
ANEXO 16 Autorización de publicación de tesis	77
ANEXO 17 Versión final del trabajo de investigación	.78

Índice de Tablas

		Página
Tabla 1.	Operacionalización de las variables.	18
Tabla 2.	Distribución de las historias clínicas durante los meses enero – abril del 2019.	19
Tabla 3.	Cuadro distribución de la muestra.	21
Tabla 4.	Validez de los instrumentos.	23
Tabla 5.	Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.	24
Tabla 6.	Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión completa.	25
Tabla 7.	Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión legible.	26
Tabla 8.	Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión veraz	27
Tabla 9.	Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión identificación del profesional.	28
Tabla 10.	Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.	29
Tabla 11.	Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.	30
Tabla 12.	Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.	31
Tabla 13.	Resultados de rango promedio calidad del registro de la información	32

de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Tabla 14.	Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.	33
-----------	--	----

RESUMEN

El estudio denominado: Calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, tuvo como objetivo identificar las diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019. El estudio fue realizado desde el enfoque cuantitativo, el diseño usado fue el no experimental, el tipo de estudio es descriptivo comparativo, la población la conformaron 1,569 historias clínicas de los servicios de hospitalización, la muestra fue obtenida a través del muestreo probabilístico y quedó conformada por 180 historias clínicas, para la recolección de los datos se utilizó una lista de chequeos generales la cual fue validada y sometida a procesos de confiabilidad, para el análisis de los datos se utilizó la prueba de medias para muestras independientes se utilizó la prueba no paramétricas Kruskal-Wallis. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, dado que se encontraron diferencia en los promedios, siendo el servicio de Ginecología el que mejor calidad tiene en comparación que los servicios de Traumatología y Hospitalización (Chi Cuadrado fue 67.08 y p-valor** $* < 0.001$).

Palabras clave: Historia clínica, calidad, registro, legibilidad, veracidad.

ABSTRACT

The study called: Quality of the registry of the information of the clinical history of the hospitalization services of the General Hospital IESS Quevedo, Ecuador – 2019, had as objective to identify the differences exist in the quality of the registry of the information of the clinical histories of the hospitalization services of the General Hospital IESS Quevedo, Ecuador – 2019. The study was conducted from the quantitative approach, the design used was the non-experimental, the type of study is comparative descriptive, the population consisted of 1,569 clinical histories of hospitalization services, the sample was obtained through probabilistic sampling and was made up of 180 clinical histories, for the collection of the data a list of general check-ups was used, which was validated and subjected to reliability processes, for the analysis of the data the test of means for independent samples the test was used parametric Kruskal-Wallis. The results show that there are significant differences in the quality of the registry of the information of the clinical records of the hospitalization services of the General Hospital Quevedo, Ecuador – 2019, given that differences were found in the averages, being the gynecology service the best quality has in comparison that the services of Traumatology and Hospitalization (Chi squared was 67.08 and p-value ** * <0.001).

Keywords: Clinical history, quality, registration, readability, veracity, identification and complete.

I. INTRODUCCIÓN

La actividad de los medicamentos se basa en la colaboración médico-paciente, el médico para brindar la correcta asistencia se tiene que elaborar una historia clínica basándose en la definición de calidad, por ser considerada un método de la gestión¹. Al mismo tiempo, tener en cuenta que las historias clínicas no es el resultado de un solo médico sino de un grupo de expertos entre doctores, enfermeras y otros que varias veces concluyen a dicho instrumento como el procedimiento asistencial, esto genera situaciones no propicias cuando está incompleto o no es el adecuado, a razón de que, para certificar que sea un medio de comunicación e información de la atención suministrada se tiene que inspeccionar la calidad de la historia clínica².

Por otro lado, varias investigaciones sugieren que la calidad de las historias clínicas se ostenta apropiadamente cuando se influyen con la supervisión progresiva en la atención al usuario, permitiendo que se tomen medidas cuantificables para el control y asistencia del servicio de salud³.

En el estudio de Lell⁴, sobre la estimación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, concluyo que incurren en una falla de la normatividad, no se encuentra la hoja clínica estadística, la hoja de filiación, la hoja de epicrisis; en correlación a las variantes de completitud y legibilidad: ninguna historia clínica es legible, aunque la hoja de enfermería con un mayor porcentaje, la hoja de desarrollo en historia clínica sin acto quirúrgico con un porcentaje bajo.

Con respecto a la investigación de Zafra, Veramendi, Villa, Zapata, Yovera, Urbina y Ayala, obtuvo resultados que el 85,7% son historias clínicas que se deben corregir, y el porcentaje sobrante fue admisible. La continuidad del llenado del registro de las diferentes variantes de turno fue desigual, esto limita puntos sobre pulcritud y orden, debido a que se halló formularios o registros en bajas horas de atención con el (45%) y letra clara un (32%), ambos indicadores son significativos para que la historia clínica se mantenga como el instrumento médico legal⁵.

Así mismo en el estudio realizado por Rocano⁶, halló con el 100% de las historias clínicas revisadas un nivel de apreciación entre 48 y 64%. Los datos de filiación inconclusos (100%); no se completó la enfermedad actual (100%); no se destacó el motivo de consulta (70%); no se subrayó el estado global o de conciencia (50%); en ninguna de las Historias Clínicas se colocó la clasificación del CIE10; en un 15% se registró la epicrisis y se exploró en el tema caso clínico en las historias clínicas, perteneciendo todas al servicio de medicina; en un 60% no se hizo uso de los formatos apropiados para realizar en llenado de las historias clínicas; además no se observó según el 77% los nombres completos en las historias clínicas; y, más del 50% no colocó los resultados de las exámenes en las historias clínicas, ni ninguna evaluación de los mismos. Llegando a la conclusión: Las historias clínicas revisadas obtuvieron un nivel regular.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador las historias clínicas, son un instrumento que anota la práctica médica con el usuario y simboliza un elemento necesario para el tratamiento vigente o a futuro, que necesita de un proceso metódico de registro y análisis que reclute la información importante para el estudio posterior dentro del contenido médico legal⁷. En Manabí, de manera similar que, en otros lugares del país, se evidencia el inadecuado llenado de las historias clínicas, esto afecta la calidad técnica y su contenido. Así mismo, está la imposición de manejar las historias clínicas para todos los centros de salud públicas y privadas en las que se brinda la atención⁸.

Respecto a los informes de investigación de la ciudad de Guayaquil – Ecuador, menciona que: los resultados más destacados observados en la investigación, el 89% no trabajan con las reglas de la normatividad que son necesarias y por lo contrario un 11% que si lo efectuaron, de este indicador se suscita que en el formulario 020: signos vitales no cumplen según el 88%, en el formulario 022: administración de medicina en un 80% no cumplen, y el 100% de las historias clínicas no cumplieron con los reportes de enfermería de calidad que se encuentra en el formulario 005, mostrándose poco profesional ante los principios del registro sin aplicar técnicas científicas para concebir los cuidados como el PAE⁹.

Conforme a la realidad del Hospital, se observa que en algunas historias no están completamente rellenos con los datos del paciente, no cumplen con los criterios de

pulcritud, orden y legibilidad. Se observan que las historias están algo descuidadas, sin información relevante del paciente con nombres incompletos y la indebida localización del origen de la consulta: esto indica que el diagnóstico, la medicación recetada y el progreso de su dolencia o enfermedad afecte y perjudique la calidad de atención de los pacientes que acuden al Hospital en busca de mejora en su calidad de vida.

Con relación a los trabajos anticipados se mostró los antecedentes a nivel internacional y nacional como son el trabajo de: Quispe, Navarro, Velásquez, Pinto y Olivares, quienes realizaron la investigación “Características del registro de historia clínicas en un hospital al sur del Perú”. Planteó como objetivo establecer la correlación entre ambas variantes. Estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Concluye que, los indicadores con un nivel aceptable: terapéutica clara es del (84%), el desarrollo es (74,7%), el juicio clínico (70,7%), terapéutica completa y ordenada (54,2%), enfermedad actual (50,2%), y la exploración física (43,1%). Los indicadores proyectados fueron: indicación de ensayos y ordenamientos (97,3%), identificación del profesional (91,1%) y erupciones (67,1%). Los indicadores mal registrados fueron: motivo de afiliación (91,1%), los hábitos vitales (72,9%) y tratamiento previo (38,2%). Por lo general, un gran número de las historias clínicas determinan un registro aceptable en cuanto a los indicadores evaluados; a pesar de, demuestran ciencias notables en algunos indicadores¹⁰.

Barrera¹¹, según en la investigación 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. Planteó como finalidad conocer el grado de la variante en estudio. Fue cuantitativo, de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue 85 historias evaluadas. El estudio definió que el 98,8% de las historias clínicas se encuentra en un nivel de calidad regular. Además, se encontró en el mismo nivel regular con un 87.1% la dimensión completa, en la dimensión legible 49.4% y en la dimensión veraz 97.6% a diferencia de la dimensión calidad que se ubica en un nivel mala según el 50.6%.

Malca¹², resaltando datos de la investigación Auditoria de Calidad del Registro de la Historia Clínica y Nivel de Satisfacción del profesional en el Servicio de Emergencia del Hospital II-2 Tarapoto. Concretó conocer la correlación entre ambas variantes. El estudio

enmarca el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental. El estudio se halló un mayor porcentaje de nivel bueno según el 53,7%, y el 80% de los profesionales originan un nivel de insatisfacción de correlación con la calidad de registro de las historias clínicas. Los factores calculados inciden en los registros de las historias clínicas primordialmente coordinados a la capacidad de Estudio Clínico, según los indicadores “prioridad de la emergencia” y los “antecedentes de importancia”, y a la dimensión tratamiento con registros inconclusos. Estos elementos intervienen en la satisfacción del profesional y se lo relaciona con la falta de inducción y capacitación en el adecuado llenado de la historia clínica de emergencia. Obteniendo como conclusión que $p > 5\% = 0,545$ por consiguiente, emita rechazo a la hipótesis alternativa de asociación de las variantes en estudio, asume que la calidad de registro de la historia clínica se correlaciona con la satisfacción del profesional en el servicio de emergencia del Hospital.

Torres¹³, en su proyecto de investigación Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” – 2018. Planteó como objetivo evaluar el registro de historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” - 2018. Estudio de tipo descriptivo simple, no probabilístico. Se define que la cota de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, sitúa imitaciones regulares. Según las fichas analizadas, el 91,2% se localiza situaciones regulares; a su vez, el 8,8% está condiciones favorables.

Villacorta¹⁴, manifestó en la investigación Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario Externo, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2016. Proyectó como objetivo conocer la correlación entre las variantes. El estudio enmarca un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, diseño no experimental, transversal-correlacional. El estudio define que el 89,9% de los padres o apoderados de usuarios externos menores de 11 años manifestaron que la calidad de atención fue optima y bien recibida. En la dimensión Técnica- Científica, 89, 2% indicaron una alta aprobación en la atención y satisfacción con la calidad de atención, en la dimensión del entorno el 82,7%, opinaron que la atención es de alta calidad en la atención, en la dimensión humana el 89,2% afirman que es aceptada la calidad de atención. Se

comprueba que, la calidad de atención correlaciona en buen nivel al padre o apoderado con el usuario externo menor de 11 años atendido en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Palmira, Huaraz, 2016.

Carranco¹⁵, realizó la investigación Factores que influyen en la Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – 2017. Planteó como objetivo determinar como la variante los factores que incide en la variante la calidad de los registros de enfermería de la historia clínica. Hospital San. Estudio descriptivo, transversal, analítico con enfoque cuantitativo. El estudio concluye que, los registros de enfermería en su mayoría contienen enmendaduras, uso de corrector, la firma es ilegible y no colocan el sello; el 88.5% no reporta actividades pendientes. En el formulario de signos vitales, un 60.4% no grafica signos vitales completos, El formulario de ingesta y eliminación, el 46.5% no realiza un correcto balance hídrico, El formulario de emergencia un 10.8% no contiene signos vitales completos para el triaje de pacientes. La bitácora de cuidados intensivos tanto neonatales como en adultos, que son un compendio de todos los registros se encuentran las mismas debilidades anteriormente descritos. Entre los factores que determinan la calidad del registro se obtuvo que el personal se encuentra poco o nada motivado frente a: el salario recibido en un 35.9%; la diversificación de actividades de enfermería en un 31.6%, los reconocimientos recibidos el 70.7%, La Coordinación de Enfermería promueve la integración del personal hacia el trabajo en equipo un 39% y a la motivación al logro a través de la búsqueda del éxito personal y profesional un 44.6%. Por ende, factores intrínsecos y extrínsecos trascienden en la calidad del registro de enfermería de los formularios de la historia clínica de beneficiarios. Se propone un check list, para inspección de la calidad de los registros y su mejoramiento en forma sistemática.

De acuerdo con las Teorías relacionadas, se inició describiendo la Calidad del registro de la información de la historia clínica:

Calidad es ser eficaz, competente, mostrar respeto a uno mismo y a toda la familia; es perfeccionarse siempre, preocupándose por la innovación, fomentando el vocabulario oportuno, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda¹⁶. Por su parte, la Real Academia Española define la calidad como la participación o grupo de participaciones esenciales a un determinado accionar, admiten juzgar su valor. Esta

conceptualización instituye dos (2) componentes significativos en su estudio. Primero, la narración de sus particularidades o propiedades y, segundo, su empatía para apreciar “algo” por medio de ella¹⁷.

La calidad de registro de la historia clínica beneficia a cualquier centro hospitalario, considerado como el instrumento fundamental de apoyo e inclusive se atribuye en conjunto como los impedimentos legales y que también desempeñan otras ocupaciones: enseñanza, indagación, valoración de calidad y gestión de recursos. Además, las historias clínicas reúnen un encadenamiento de particularidades con respecto al contenido informativo, organización lógica, normalidad documental y legibilidad, que fueron almacenadas de muchas recomendaciones, reglas y legislación al respecto³.

Calidad, se refiere al grupo de particularidades esenciales a los registros de enfermería que le conceden la habilidad para satisfacer necesidades tácitas o evidentes del cuidado en el paciente, la calidad del registro, es natural la evaluación de la calidad de los reglamentarios con los que se deben trabajar durante el proceso de atención por los profesionales, donde se muestra que las evaluaciones de las historias clínicas, instrumento primordial donde se describe todo el desarrollo que trasfiere el usuario durante su estadía en el hospital. La hipótesis refiere que, si las historias clínicas se consideran satisfactorias, se puede suponer que la atención que reciben es buena^{18 y 19}.

Guzmán y Arias²⁰, afirman que la historia clínica “es el implemento necesario en el registro de la evaluación médica, cuyas cuatro particularidades son primordiales de su fabricación como la profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud” (p. 15). Por otro lado, también se conceptualiza a la historia clínica el documento de registro médico por excelencia, en la que los médicos en formación profesional dedican buen tiempo y esfuerzo al buen diseño y registro de este documento ineludible en el acto médico. La preparación de la historia clínica para el personal médico tiene consecuencias médicas y legales, ya que este documento registra los datos y la situación de salud del paciente, que tiene implicancias en las futuras atenciones que se le dará al enfermo²⁰.

La calidad del registro de la historia²¹, “es el acatamiento de los puntos auditables de registro en la historia clínica para posteriormente analizar y coordinar las próximas

técnicas a continuar” (p. 15). La calidad de los registros de las historias clínicas en los hospitales según MINSA²² viene a ser la exploración de todo elemento activo sobre el cuidado clínico de los beneficiarios, elaborada por un grupo de profesionales médicos y no médicos.

Respecto a la importancia de la calidad de las historias clínicas, según Pérez²³, son los siguientes: Es un instrumento que ayuda al personal médico entender o conocer mejor al paciente sobre la enfermedad que padece, facilita al personal médico realizar el diagnóstico con mayor prontitud y facilidad sobre el estado actual del paciente, sirve para realizar el reporte estadístico sobre las enfermedades más comunes y más tratados por el personal médico y permite entender con mayor claridad la enfermedad que padece el paciente e ir formulando la medicación con vista a la cura de la enfermedad.

Por ende, se manifiesta que la historia clínica se origina como un documento imprescindible, único y personal, guarda toda información relativa a la salud de un paciente y los servicios de atención prestados del mismo. Posteriormente sirve de control de su salud o tratar una enfermedad, ya sea, en un centro hospitalario, casa de salud o consultorio médico.

Por otro lado, si se registra la historia clínica de los niños es importante contar con la presencia de los padres de familia; quienes brindarán mayor información para la comprensión de la enfermedad del paciente (niño). Por ello es importante, sacar toda la información posible sobre el malestar que siente y los síntomas que padece el paciente y registrándolo adecuadamente²⁴.

Son muchas las funciones que cumple la calidad de la historia clínica, se mencionan las más resaltantes: Asistencial, docencia, investigación clínica, planificación y gestión de recursos asistenciales, jurídico-legal y controles de calidad asistencial²⁵.

Respecto a las orientaciones en la evaluación de la calidad de las historias clínicas, en las prácticas, se plantean desde dos orientaciones distintas, a su vez, involucran planes y consecuencias diferentes²⁶.

1. El primer tipo de evaluación, se presenta como finalidad conseguir llenar correctamente mostrando calidad. En este ámbito, la calidad de la historia clínica

desempeña un sin fin de requerimientos determinados anticipadamente. Para ello, se examinan las historias y estipulado preliminarmente con el paciente. Además, dentro de esta perspectiva se puede diferenciar dos tipos de investigaciones o revisiones de la historia clínica: que son las revisiones cuantitativas y cualitativas²⁶.

- Las revisiones cuantitativas, son la presencia de las distintas documentaciones que constituyen la historia, así como otros elementos como son su distribución. Esta se conoce como una evaluación objetiva, elaborada por un personal capacitado en realizar documentación Médica.
- La revisión cualitativa, es una estimación que termina siendo más subjetivo y analítica por el contenido noticioso de la historia, esto concierne sobre la realización privativa de los servicios hospitalarios.

2. Una segunda proyección reside frecuente revisión, sea esta cuantitativa o cualitativa de las historias, cuyas derivaciones se informan a los escritores, se orienten y conozcan los potenciales déficits y planteen las posibles soluciones; esto si descende, en la futura realización de las historias. Por tanto, no se terminan las historias cuando se ha descubierto las deficiencias. Las investigaciones sobre la calidad de la información de las historias clínicas se pueden encasillar de las siguientes particularidades. En los centros de salud las revisiones se han realizado de manera tradicional y de manera retrospectiva, después de estudiar la asistencia²⁶.

Evaluación concurrente o las revisiones se formalizan el beneficiario es analizado por parte de los profesionales, y se ejecuta en el área de enfermería. Se corrobora si progresa el porcentaje de historias completas, lo que ayuda al uso de la información de su historial, aunque implique un costo mayor, para lograrlo, se necesite un mayor número del personal y un lugar adicional en el control de enfermería. En hospitales o centros de larga estancia, las estimaciones se ejecutan mediante el lapso que residen los usuarios, de manera quincenal, mensual o trimestral²⁶.

Ámbito o cobertura del análisis, las revisiones exclusivamente de varias documentaciones de las historias clínicas brindan un mayor valor por instaurar en sí mismos una sinopsis del resto, seguido del informe de alta calidad o por la importancia de

los datos que aún persisten en ellos, de igual forma, no debe faltar el informe de la intervención, y el informe histopatológico. En circunstancias factibles o no, la elaboración de una evaluación sistemática debe ejecutar investigación de calidad, siendo métodos de evaluación eficaces, definidas y limitadas en el tiempo²⁶.

Monitorización, radica en donde las revisiones de las historias se convierten en vigilancia sistemática y prolongada de concluyentes indicadores fundados a priori. Por lo tanto, se fundamenta en una revisión imborrable de terminantes indicadores para los que se instauran grados adecuados en donde se vigila persistentemente el cumplimiento a cabalidad²⁶.

Objetivos de las revisiones, permite a los objetivos de las revisiones instruir, accionar y aprobar, de manera habitual, descubrir y solucionar los déficits en las historias examinadas. Otro de los objetivos puede ser la evaluación de la calidad de los expedientes de las historias para descubrir los déficits y plantear formas de corrección para futuras circunstancias²⁶.

Se han descrito algunos métodos de archivos de las historias, que intentan organizar mejor su archivamiento, varios países como es el Ecuador se han implementado métodos sin embargo los más usados por muchas de las instituciones para el archivo de las historias clínicas son las modalidades de método convencional, método dígito terminal. El método convencional: Es la manera de cómo se archivan las historias clínicas en forma ordenada y por el tiempo inscrito. Las historias clínicas, deben ser archivadas en forma ascendente con fecha, hora con registro del paciente en forma secuencial. Método dígito terminal: El Ministerio de Salud²⁷, afirma que el método digital terminal es una forma eficiente de archivar las historias clínicas para ello solo basta tomar la numeración del archivo.

Para tal fin Ruíz²⁸ asume que se deben tomar los dos (2) dígitos finales de la historia clínica. Dichos dos dígitos finales se consideran primordiales. Con esta técnica el documento se divide en 100 componentes que van del 00 al 99 y la historia clínica se archivará en el lugar que pertenece dependiendo de los dos finales números.

Características indispensables del registro de las historias clínicas, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE, considera que las historias

clínicas deben presentar las siguientes características²⁹. Su práctica es obligatoria y todo dato e información sobre el estado de salud de los pacientes debe ser registrado inmediatamente. Además, el paciente posee el único derecho a acceder a la documentación registrada de su propio estado clínico. Es irremplazable: Todos los datos consignados o registrados en el archivo clínico deberán permanecer tal como fue escrita en su momento durante su vigencia; registro activo 5 años, registro inactivo 10 años y rigen a partir de la última visita del paciente al hospital o recibió atención. La documentación podrá ser resguarda por 5 años más antes de destruirlo. Es privada y pertenece al paciente: Los médicos conocen el estado del paciente y son conscientes por el historial clínico que debe ser tomado forma confidencial; los datos que contiene las historias clínicas solo pertenecen al paciente, por lo tanto, es privado; de lo contrario, se estaría violando el derecho que tiene toda persona por su condición humana.

Asimismo, es objetiva y veraz: Todo lo que se anota en las historias clínicas debe descansar en la licitud de lo que asevera en dicho documento; como tal, la descripción que hacen los médicos debe responder en función de los síntomas que presenta el paciente. Es clara: Tiene que ser veras el diagnóstico que efectúa el médico sobre todos procedimientos efectuados de las molestias que presenta el paciente para entender mejor el grado de enfermedad que padece el paciente. Es legible: El cuerpo médico que registra la historia clínica tiene la responsabilidad de escribir de forma clara y buena caligrafía los síntomas o los procedimientos practicados en el paciente; puesto que si la escritura no es legible no se tendrá una información pertinente sobre la situación del paciente.

Posee integridad y estructuración interna: Todas las partes deben ser llenadas en estricto orden secuencial de acuerdo a los parámetros y criterios establecidos para todos los pacientes; de ese modo se logra que las historias clínicas no sean inadecuadamente llenados u omitidos en alguna parte de su estructura.

Racionalidad científica: consiste en que las historias clínicas no pueden ser llenadas por cualquier persona; sino requiere que un profesional médico entendido en la materia registre dichos datos. Por consiguiente, estos datos permiten tener la información para cuando se requiere brindar el tratamiento médico²⁵.

Disponibilidad: menciona que las historias clínicas deben estar a disposición del personal médico cuando se le requiere en función a los criterios de privacidad y confidencialidad²⁵.

Respecto a la teoría, se ha utilizado la teoría de la calidad de Donabedian³⁰, en su alocución sobre el origen de la calidad, salvo del modelo industrial, es su enfoque, lo percibe al usuario como un juez final que evalúa la calidad, el mismo considera que el producto o servicio brindado responde a sus carencias y expectativas. La meta no es solo lograr un alto nivel de satisfacción por parte del usuario, se debe precisar entusiasmo, confianza y lealtad en un futuro. En el enfoque industrial concurre, por resultados que aún se desconocen los cuáles son sus expectativas de los usuarios y traducirlos en particularidades específicas de los servicios o productos. En la proposición bien diseñada el usuario se vuelve, de hecho, parte del aspecto productivo, tomar un producto o hacer uso de un servicio, se evidencia su calidad y, se obtiene información para su mejora, permitiendo el debido conocimiento científico y técnico que puede fomentar servicios de alta calidad; no obstante, la aceptación del usuario es la que, últimamente, valida aquel juicio.

Siguiendo las líneas del autor, menciona que el enfoque de la calidad en la salud se hallan similitudes y discrepancias como la de reconocer la satisfacción del beneficiario a través de la prestación de servicios beneficiosos, admisibles y encantadores. La demandada en el enfoque industrial y las distinciones del beneficiario encaminan consecuencias y procesos en la calidad de la salud. No obstante, el enfoque de atención a la salud no influye la necesidad de acondicionar, dentro de la conceptualización de calidad, un grupo más complicado de compromisos hacia los beneficiarios y la sociedad. Esto incrementa, confianza y rigidez interna a la conceptualización de la calidad³⁰.

Con respecto a las personas, prosigue Donabedian, distribuir de satisfacción a los beneficiarios con periodicidad, capaces de diferenciar entre una atención buena y mala. El personal de salud tiene un compromiso administrador: la de proceder en nombre de los beneficiarios, recurriendo a sus beneficios de forma propicia. El cuidado de la salud se relaciona con aspecto muy internos, sensitivos y significativos de la vida. Además, las relaciones interpersonales permutan entre usuario y proveedor, globalmente negocios. Para

ello, se considera a la atención de salud como el esfuerzo grupal profesional de la salud y el beneficiario o el “cliente” como parte de la línea de producción, lo opuesto al modelo industrial. La formación para educar a los pacientes en la producción de la atención a la salud es un privilegio valorado, característico y significativo de la calidad sanitaria³⁰.

En resumen, sobre las responsabilidades sociales, los profesionales de la salud actúan con un contrato social diferenciando los negocios y la industria. Cada parte asume responsabilidades tanto del bienestar individual como del bienestar social. Toman diversas formas como la obligación de derechos de equidad a los beneficios de la calidad³⁰.

Dimensiones de la calidad del registro de la información

Completa: La información anotada en un inicio al entrar tiene que ser completa, conteniendo información precisa, oportuna y global sobre el cuidado del beneficiario. Por otro lado, si la información obtenida es incompleta, se transmite una comunicación insegura que afecta la asistencia al profesional de enfermería. Por ello, toda información debe ser, breve, precisa y contundente, que permita obtener del usuario una completa documentación para evitar riesgos innecesarios y detalles irrelevantes³¹.

Legible: Una redacción ilegible en la historia clínica afecta al grupo de profesionales a cargo de la evaluación del paciente, porque obstaculiza su trabajo asistencial y a los usuarios por error pueden proceder de una inoportuna interpretación de los resultados planteados en la historia clínica. Por ello, los textos deben ser entendibles y tener correlación siendo claros en los párrafos, sin ambigüedades, igualando visiblemente las acotaciones del profesional, impidiendo toda sospecha de variación en los registros: procurando no dejar espacios en blanco debajo o encima de las notas o quitando hojas firmadas, esto indica que, el texto debe estar correctamente anotado, sin faltas de ortografía, sin abreviaturas, con el horario de 24 horas, precisando los registros confusos, después de cada sugerencia se colocara la fecha y firma clara^{32,33}.

Veraz: La historia clínica, debe identificarse su autenticidad, clara y natural, instaurando derechos del beneficiario. Todo requerimiento tiene que ser correspondido, caso contrario puede incidir en un delito. Además, es transcendental evitar esconder comentarios fuera de lugar e incomprensibles, destruir registros, quitar información, usar corrector para enmendar el error textual. La sugerencia más accesible se corrige en el documento del

historial clínico trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo escrito. El método correcto es escribir por encima del texto erróneo anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección, en sí, es asegurar la identificación del profesional velando la seguridad de la historia clínica, así como del beneficiario y los profesionales de la salud³³.

Identificación del profesional: Todo profesional de salud que intervienen en la atención del beneficiario, debe presentar su identificación, con nombre y apellidos de manera clara y con su dígito de matrícula³².

Después de plantear la realidad problemática, y revisar los trabajos previos y sus teorías relacionadas, se exterioriza la siguiente pregunta general, ¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General Quevedo, Ecuador – 2019? Y como preguntas específicas: ¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?, ¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?, ¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?, ¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?.

En cuanto a la justificación del estudio, al nivel teórico, el estudio es de gran importancia para la gestión del Hospital, cada vez que se evalúa la calidad de registro de la información de la historia, el mismo que aportará evidencia científica, en cuanto al rol que cumple este instrumento médico legal en el servicio de salud. Además, la investigación aportara conceptualizaciones precisas sobre la variable y sus dimensiones. A nivel metodológico el estudio aporta un instrumento que será validado y los resultados que serán de mucha ayuda en la elaboración de estudios posteriores sobre el tema, y para los especialistas de la salud. A nivel práctica, la evaluación de la calidad del registro de la

información de la historia es preocupante y los resultados del estudio ayudará para conocer el nivel del problema del Hospital y además servirá como base para la reformulación o aplicación de otros métodos para la solución del problema estudiado; mejor dicho, para el adecuado manejo de las historias clínicas.

Posteriormente se detalla la hipótesis general del estudio: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019. Y como hipótesis específicas: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Finalmente se describe el objetivo general: Identificar las diferencias existen en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019. Y los objetivos específicos: Identificar las diferencias existentes en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, establecer las diferencias existentes en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, demostrar las diferencias existentes en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, identificar las diferencias existentes en la calidad del registro de la información de las historias clínicas,

en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

En el presente estudio, se usa el enfoque cuantitativo, que es recoger los fundamentos para examinar las hipótesis, basado en cálculo numérico y estudio estadístico para formar patrones de conductas y constatar teorías. En tanto el estudio busca detallar los datos obtenidos después del análisis mediante las tablas de frecuencia y comprobar las hipótesis de la investigación³⁴.

2.1.2. Diseño de investigación

En cuanto al diseño usado, es no experimental porque para su elaboración no se manipulo ninguna evidencia con el fin de alterar los resultados de las variantes en proceso de estudio. Además, por medio de la percepción se logró conocer las conductas y sus particularidades dentro del medio natural³⁵.

Respecto al tipo de estudio fue descriptivo-comparativo, porque describir los fenómenos, circunstancias, ambientes y sucesos; esto es, puntualizar cómo son y cómo se muestran. Se examinan para detallar participaciones, particularidades, perfiles a individuos o grupales, comunidades, procesos u otro fenómeno que ofrezca a un estudio. Se considera comparativo porque busca determinar un fenómeno o suceso teniendo como base los datos recogidos de distintos tipos, en base a la comparación de los resultados encontrados en las mismas³⁶. Se comparó los datos obtenidos mediante la evaluación de la calidad del registro de la información de la historia clínica en los diferentes servicios que forman parte de la investigación.

El esquema del estudio es:

X1 =	Y1	
X2 =	Y2	Y1 ≠ Y2 ≠ Y3
X3 =	Y3	

Dónde:

X1 = Historia clínica realizada por Traumatología

X2 = Historia Clínica realizada por Ginecología - obstetricia

X3 = Historia Clínica realizada por Emergencia

Y1 = Resultado calidad de registro de Historia Clínica realizada por Traumatología.

Y2 = Resultado calidad de registro de Historia Clínica realizada por Ginecología – Obstetricia.

Y3 = Resultado calidad de registro de Historia Clínica realizada por Emergencia.

2.2. Operacionalización de las variables

2.2.1. Variable

V 1: Calidad del registro de la información de la historia

- Completa
- Legible
- Veraz
- Identificación

2.2.2. Variables, operacionalización

Tabla 1.

Operacionalización de las variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable independiente Calidad del registro de información de la historia clínica	Calidad del registro historia clínica hace referencia al completo llenado de todos los criterios de la historia clínica, de acuerdo a las características del paciente y motivo por el cual se interna con datos suficientes sobre la patología de los pacientes, asimismo la historia clínica debe ser llenada de manera legible y debe ser veraz, es decir que contenga la firma y sello de quien atiende (Riodent, 2007).	Es la evaluación a la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador, con las dimensiones completa, legible y veraz; estos datos serán recogidos a través de la aplicación de lista de chequeo.	Completa	<ul style="list-style-type: none"> • Filiación • Antecedentes • Consulta médica • Ayudas diagnósticas • Diagnostico • Tratamiento 	Nominal
			Legible	<ul style="list-style-type: none"> • } Letra Clara • Texto comprensible • Sin espacios • Abreviaturas • Fecha • Firma Legible 	
			Veraz	<ul style="list-style-type: none"> • No alterar registros • No retocar los registros de otros • No omitir registros • Corrección en la frase y/o palabra usando un trazo luego sellado y fechado 	
			Identificación del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con su identificación profesional • Nombres del profesional • Apellidos del profesional • Rúbrica del profesional 	

Fuente: Autora.

2.3. Población, muestra y muestreo

2.3.1. Población

La población es un grupo de personas, componentes que presentan similitudes en sus características susceptibles para ser analizadas³⁴; la población de estudio estuvo conformada por todas las historias clínicas realizadas en los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, citado en los meses de enero, febrero, marzo y abril; la población fue un total de 1,569 historias clínicas. Se detalla la población.

Tabla 2.

Distribución de las historias clínicas durante los meses enero – abril del 2019.

Servicios de hospitalización	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Total
Traumatología	31	11	12	15	69
Ginecología	160	121	99	104	484
Emergencia	274	221	248	273	1,016
Total	465	353	359	392	1,569

Fuente: Sistema de historias clínicas del hospital, 2019.

2.3.2. Muestra

Sierra³⁶ define como muestra al fragmento del grupo de población que es correctamente seleccionada; por ende, presentan similitudes en sus características y optimizada para el análisis y representación del grupo total, su finalidad es recoger datos verídicos y fiables. Para la elección de la muestra se utilizó la fórmula de muestra finita, otorga el uso de muestreo probabilístico; todos los miembros de la población tenían iguales posibilidades de pertenecer a la muestra.

$$n = \frac{N * Z^2 * P * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

N = 1,569

Z = 1,96 (para un nivel de confianza al 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5%= 0,05)

q = 1-P (en este caso 1 - 0.5= 0,95)

d = precisión (3%)

$$n = \frac{1,569 * 1,96^2 * 0,05 * 0,95}{0,03^2 * (1,569 - 1) + 1,96^2 * 0,05 * 0,95}$$

$$n = \frac{286,304844}{1,4112 + 0,182476}$$

$$n = \frac{286,304844}{1,593676} = 180$$

$$n = 180$$

2.3.3. Muestreo

Para el presente estudio el muestreo se realizó a través del muestreo por estrados teniendo en cuenta los estrados se distribuirá la muestra según corresponda a cada servicio.

Tabla 3.

Cuadro distribución de la muestra.

Servicios de hospitalización	Total	Muestra
Traumatología	69	8
Ginecología	484	56
Emergencia	1,016	116
Total	1,569	180

Fuente: Sistema de historias clínicas del hospital, 2019.

2.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de los meses de enero a abril del 2019.
- Historias clínicas de los servicios de traumatología, ginecología y emergencia.
- Historias clínicas que se encuentran registradas en el Sistema del Hospital.

2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de servicios diferentes a los seleccionados en la investigación

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

2.4.1. Técnicas

Para la presente investigación se comprobó como técnica la observación.

2.4.2. Instrumentos

Par medir la variable calidad del registro de la información de la historia, la investigadora elaboro una lista de chequeo con la cual se recolectó la información en base a las cuatro dimensiones que son completa legible, veraz e identificación.

2.4.3. Instrumentos

Par medir la variable calidad del registro de la información de la historia, la investigadora elaboro una lista de chequeo con la cual se recolectó la información en base a las cuatro dimensiones que son completa legible, veraz e identificación.

2.4.4. Validez y confiabilidad

3. Validez

La validez, nos permite que un material mida efectivamente la variante que se desea medir³⁴. La validez de los instrumentos se acciona tomando la técnica de Juicio de expertos. Según Valderrama³⁷ se refiere específicamente “al grupo de ideas que manifiestan los profesionales de experiencia” (p.198). por tanto, se trata de contar con tres o más expertos especialistas en el tema para que evalúen el cuestionario que se va a emplear.

Tabla 4.

Validez de los instrumentos.

Apellidos	Grado	Evaluación
Díaz Espinoza, Maribel	Doctora	Alta validez
Vásquez Morán	Magister	Alta validez
Díaz Soledispa Maricel	Magister	Alta validez

Fuente: Ficha de validación.

4. Confiabilidad

La confiabilidad es un mecanismo de medición para las aplicaciones repetidas al mismo individuo u objeto que genera datos iguales (34). El instrumento de recolección de datos está constituido con opciones dicotómicas para lo cual se utilizó el coeficiente de Kuder Richardson 20 para poder determinar la consistencia interna. En el presente estudio se ejecutó una prueba piloto y se adquirió de K.

Richardson de 0,865; evidenciándose que el instrumento es confiable para su aplicación.

2.5. Procedimiento

Para la recolección de la información se establecieron los contactos respectivos con la Gerencia del Hospital para adquirir el permiso correspondiente para acceder a las historias clínicas, que se encuentran localizadas y registradas en el sistema del Hospital General IESS de Quevedo, Ecuador. Posteriormente, este proceso tardó durante dos semanas consecutivas; se aplicó los instrumentos, el cual, fue una lista de chequeo donde se pudo evaluar a las 180 historias clínicas. Según los servicios investigados; a partir de estos datos obtenidos, se elaboró una base de datos en Excel para limpiar los datos y poder procesarlos debidamente.

2.6. Método de análisis de datos

La información recogida se vaciará en el programa de Microsoft Excel, los resultados se mostrarán en las tablas de frecuencia y gráficos. Para la comprobación de las hipótesis se recurrió al programa estadístico SPSS, versión 23, para demostrar la presencia de diferencias significativas entre cada uno de los servicios evaluados en el presente estudio, para evaluar la relación entre medias para muestras independientes se utilizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis, cabe indicar que es un procedimiento no paramétrico para

el cual es un método no paramétrico para demostrar si un grupo de datos procede de la misma población, se utiliza cuando se tienen 3 o más grupos independientes.

2.7. Aspectos éticos

En la actual investigación se usaron los principios de confidencialidad; es decir, se mantendrá en el anonimato los nombres de las historias clínicas, de igual manera, cada registro fue manipulado con absoluta discreción, por tanto, se utilizó un control

personalizado al cuidado de los datos del cuestionario, garantizando total responsabilidad en los documentos

III. RESULTADOS

3.1. Resultados descriptivos

3.1.1. Análisis de la Calidad del registro

Tabla 5.

Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Calidad del registro		Traumatología	Ginecología	Emergencia	Total
	N°	4	22	58	84
Mala	%	50.0%	39.3%	50.0%	46,7%
	N°	3	28	32	63
Regular	%	37.5%	50.0%	27.5%	35,0%
	N°	1	6	26	33
Excelente	%	12.5%	11.0%	22.4%	18.3%
	N°	8	56	116	180
Total	%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Lista de chequeo aplicada a las historias clínicas de los servicios en estudio.

Interpretación:

En la tabla 5, se presenta que, la calidad del registro de las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo, es mala en el 46,7% de las historias evaluadas, regular con un 35% y excelente 18,3%. Dentro de cada grupo, las historias clínicas que presentan una regular calidad 50%, el grupo de historias clínicas de los servicios de traumatología (50%) y emergencia (50%) presentan una mala calidad en su registro.

3.1.2. Análisis de la Dimensión completa

Tabla 6.

Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión completa.

Dimensión completa		Traumatología	Ginecología	Emergencia	Total
	N°	2	17	44	63
Incompleta	%	20.0%	30.4%	37.9%	35.0%
	N°	5	35	52	92
Parcialmente	%	62.5%	62.5%	44.8%	51.1%
	N°	1	4	20	25
Totalmente	%	12.5%	7.1%	17.2%	13.8%
	N°	8	56	116	180
Total	%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Lista de chequeo aplicada a las historias clínicas de los servicios en estudio.

Interpretación:

En la tabla 6, se evidencia que, las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo se encuentran parcialmente incompletas en el 51, 1% de las historias evaluadas, regular con un 35% y excelente 18,3%. Dentro de cada grupo, los tres servicios evaluados se ubican en la categoría parcialmente completa así el 62.5% de las clínicas de los servicios de traumatología con el mismo porcentaje el servicio de ginecología y con un 44.8% el servicio de emergencia.

3.1.3. Análisis de la Dimensión legible

Tabla 7.

Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión legible.

Dimensión legible	Traumatología	Ginecología	Emergencia	Total	
	N°	1	30	59	90
Inadecuado	%	12.5%	53.5%	50.8%	50.0%
	N°	6	16	42	64
Regular	%	75.0%	28.5%	36.2%	35.6%
	N°	1	10	15	26
Adecuada	%	12.5%	17.9%	12.9%	14.4%
	N°	8	56	116	180
Total	%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Lista de chequeo aplicada a las historias clínicas de los servicios en estudio.

Interpretación:

Los resultados de la tabla 7, se observa que las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo presenta una inadecuada legibilidad en el 50% de las historias evaluadas, regular con un 35.6% y adecuada 14.4%. Dentro de cada grupo, los tres servicios evaluados, traumatología es el servicio que mejor nivel de legibilidad presenta en el 75% de las historias, asimismo podemos evidenciar que tanto los servicios de Ginecología 53.5% y Emergencia 50.8% son los presentan un nivel inadecuado de legibilidad.

3.1.4. Análisis de la Dimensión veraz

Tabla 8.

Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión veraz.

Dimensión veraz		Traumatología	Ginecología	Emergencia	Total
	N°	0	10	22	22
Inadecuado	%	0.0%	17.8%	18.9%	12.2%
	N°	7	39	84	130
Regular	%	87.5%	69.6%	72.4%	72.2%
	N°	1	7	10	18
Adecuada	%	12.5%	12.5%	8.6%	10.0%
	N°	8	56	116	180
Total	%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Lista de chequeo aplicada a las historias clínicas de los servicios en estudio.

Interpretación:

La tabla 8, nos indica que, las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo presentan una regular veracidad en el 72,2% de las historias evaluadas, regular con un 12,2 y excelente el 10,0%. Dentro de cada grupo, los tres servicios evaluados se ubican en la categoría regular veracidad; así en el servicio de Traumatología (87,5%), Ginecología (69,6%) y Emergencia (72,4%).

3.1.5. Análisis de la Dimensión identificación del profesional

Tabla 9.

Calidad del registro de la información de la historia clínica según los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, en su dimensión identificación del profesional.

Dimensión					
identificación del profesional		Traumatología	Ginecología	Emergencia	Total
	N°	1	10	19	30
Inadecuado	%	12,5%	17,8%	16,3%	16,7%
	N°	2	38	78	118
Regular	%	25%	67,8%	67,2%	65,5%
	N°	5	8	19	32
Adecuada	%	62,5%	14,2%	16,3%	17,8%
	N°	8	56	116	180
Total	%	100%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Lista de chequeo aplicada a las historias clínicas de los servicios en estudio.

Interpretación:

Podemos visualizar en la tabla 9, que las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo presentan una regular identificación del profesional de salud que la llena en el 65,5% de las historias evaluadas, regular y adecuadas con un 316,7% respectivamente. Dentro de cada grupo, el servicio de Traumatología se ubicó en un nivel adecuado de identificación con el 62,5%, el servicio de Ginecología y Emergencia en la categoría regular con el 67,8% y 67,2% respectivamente.

3.2. Análisis ligado de hipótesis

3.2.1. Resultados de comprobación de hipótesis

Hipótesis general:

Hi: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Tabla 10

Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Servicios	Nº	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Traumatología	8	92,00	
Ginecología	56	208,51	$X^2 = 67,08$
Emergencia	116	139,10	<i>p-valor</i> ** < 0.001
Total	180		

Probabilidad menor al nivel de significancia (p-valor** * < 0.001)

En la tabla 10, se presenta un equilibrado promedio de calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización, tras la aplicación de la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis. Podemos evidenciar que el nivel promedio de calidad es mayor en el servicio de Ginecología (208,51) comparado con los servicios de Traumatología y Emergencia. La distribución de Kruskal-Wallis es cercana por la distribución Chi Cuadrado con $k - 1$ grados de libertad, en este caso el valor de Chi Cuadrado fue 67.08, utilizando la tabla de probabilidad, obtenemos una probabilidad menor al nivel de significancia (p-valor** * < 0.001), por lo que se rechaza la hipótesis nula; con lo que se deduce que, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la

información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Hipótesis específica 1:

Hi: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Tabla 11.

Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Servicios	N°	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Traumatología	8	62,50	X ² = ,000 p- valor 1.000
Ginecología	56	62,50	
Emergencia	116	62,50	
Total	180		

Probabilidad obtenida de un nivel de significancia (p-valor 1.000), mayor al $p = 0.05$

Se evidencia en la tabla 11, la presencia de un nivel intermedio de la calidad registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización, tras la aplicación de la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis. Podemos determinar que, el rango promedio es similar en los tres servicios, ubicándose las tres en el nivel regular. La distribución de Kruskal-Wallis es parecida por la distribución Chi Cuadrado con $k - 1$ grados de libertad, en este caso el valor de Chi Cuadrado fue de .000, obteniéndose un nivel de significancia (p-valor 1.000), mayor al $p = 0.05$; por lo que se rehúsa la hipótesis de investigación; con lo que se considera que, no existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Hipótesis específica 2:

Hi: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Tabla 12.

Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Servicios	N°	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Traumatología	8	75,00	
Ginecología	56	53,50	$X^2 = 26,620$
Emergencia	116	50,80	$p - ** .000$
Total	180		

Probabilidad obtenida de un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$

La tabla 12 nos indica que, se presenta un rango medio de la calidad registro de información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización, tras la aplicación de ensayo no paramétrica de Kruskal – Wallis. Se evidencia que existe diferencias en el rango promedio, observándose un mejor promedio en el servicio de Traumatología (75,00) en comparación con los servicios de Ginecología y Emergencia. La distribución de Kruskal-Wallis es aproximada por la distribución Chi Cuadrado con $k - 2$ grados de libertad, en este caso el valor de Chi Cuadrado fue de 26.620, obteniéndose un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que será rechazada la hipótesis nula; se da por concluido que, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, basado en la dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Hipótesis específica 3:

Hi: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Tabla 13.

Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Servicios	N°	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Traumatología	8	65,00	
Ginecología	56	69,50	$X^2 = 29,780$
Emergencia	116	72,40	$p - ** .000$
Total	180		

Probabilidad obtenida de un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$

Observando la tabla 13, muestra un rango medio de la calidad registro de información de las historias clínicas, analizada en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización, tras la aplicación de la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis. Se aprecia que hay diferencias en la categoría media, es visible con un mejor promedio en el servicio de Emergencia (72,40) en comparación con los servicios de Ginecología y Traumatología. La distribución de Kruskal-Wallis es aproximada por la distribución Chi Cuadrado con $k - 2$ grados de libertad, en este caso el valor de Chi Cuadrado fue de 29.780, obteniéndose un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que se rechaza la hipótesis nula; concluyendo que, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, comprendida en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Hipótesis específica 4:

Hi: Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión Identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Ho: No existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión Identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

Tabla 14.

Resultados de rango promedio calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo.

Servicios	Nº	Rango promedio	Kruskal-Wallis
Traumatología	8	67,80	
Ginecología	56	62,50	$X^2 = 20,764$
Emergencia	116	67,20	$p - ** .000$
Total	180		

Probabilidad obtenida de un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$

Se evidencia que, en la tabla 14, se presenta una índole intermedia de la calidad registro de la información de las historias clínicas, caracterizado en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización, tras la aplicación de la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis. Podemos apreciar que hay diferencias en el nivel normal, observándose un mejor promedio en el servicio de Traumatología (67,80) en comparación con los servicios de Ginecología y Emergencia. La distribución de Kruskal-Wallis es parecida por la distribución Chi Cuadrado con $k - 2$ grados de libertad, en este caso el valor de Chi Cuadrado fue de 20,764, obteniéndose un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que se deroga la hipótesis nula; se dictamina que, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las

historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo – Ecuador, 2019.

IV. DISCUSIÓN

La historia clínica es considerada la piedra angular del sistema de salud, es un documento primordial para la asistencia, por ende, debe contener toda la información pertinente y segura para identificar al paciente, esto permite justificar el adecuado diagnóstico y tratamiento, autorizar los exámenes auxiliares, guardar el registro de la evaluación de los pacientes tanto en la toma de decisiones como para la financiación de la asistencia médica, docencia, financiera y gestión hospitalaria.

Respecto al objetivo general, podemos observar que la calidad del registro de las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo, es mala, en el 46,7% de las historias evaluadas, se determina que, el servicio de Ginecología es el que mejor nivel de calidad presenta en comparación con los otros servicios como es el caso de Traumatología que fue malo, similar en la calidad del registro y en el servicio de Emergencia; esto queda corroborado con la comprobación de la hipótesis dado que se comprueba diferencias significativas *p-valor* $** < 0.001$, en los sistemas de hospitalización, siendo Ginecología que brinda un mejor servicio con un promedio (208,519), esto pone en evidencia que si bien se muestran diferencias en los servicios la mayoría de ellos presentan una mala calidad del registro de la información, esto indica que, no estando completas en muchos los datos que requieren ser completo en las historias, existiendo grandes problemas en la legibilidad de los datos, teniendo niveles regulares de veracidad y una escasa identificación del profesional, esto dificulta usar la historia clínica como medio para hacer diagnósticos claros en la mejora de la salud de los usuarios; los resultados encontrados no coinciden con los hallados por Quispe, Navarro, Velásquez, Pinto y Olivares¹⁰, quienes encontraron en su investigación sobre particularidades del registro de historias clínicas, en un hospital al sur del Perú. El estudio concluye que, un gran número de historias clínicas se delimitan en un registro aprobatorio, en cuanto a los indicadores evaluados; a pesar de, demuestran ciencias notables en algunos indicadores. Al respecto de la calidad del registro de la información que en el caso del presente estudio es malo, Pérez²³, señala que es importante que se encuentren totalmente completa dado que es un instrumento que ayuda al personal médico entender al paciente o conocer mejor al paciente sobre la enfermedad que padece, facilita al personal médico realizar el diagnóstico con mayor prontitud y facilidad sobre el estado actual del paciente, sirve para realizar el reporte estadístico sobre las enfermedades más

comunes y más tratados por el personal médico y permite entender con mayor claridad la enfermedad que padece el paciente e ir formulando la medicación con vista a la cura de la enfermedad.

En cuanto al objetivo específico 01, sobre si existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización, los resultados muestran que el 51.1% de las historias clínicas en el hospital General IESS Quevedo se encuentran parcialmente incompletas, asimismo los tres servicios evaluados se ubican en la categoría parcialmente completa no mostrando diferencias en los grupos, situación que queda corroborada con la el rango promedio el cual es similar en los tres servicios, obteniéndose un valor de Chi Cuadrado fue de .000, y un nivel de significancia (p-valor 1.000), mayor al $p = 0.05$; lo que determina no existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital; esto nos muestran que no se cumple con los datos de filiación, se encontraron historias incompletas en lo referente a antecedentes, igualmente en las ayuda diagnóstico, no se registra la sala, el número de cama, el diagnóstico con el cual es trasladado a los diferentes servicios, en muchas de las historia clínicas no se encuentran completas en lo relacionado al consentimiento informado y el plan de tratamiento es incompleto o se encuentra de manera muy escueta la explicación del tratamiento que se debe cumplir, resultados similares encontró Barrera¹¹, en su investigación sobre la calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval. El estudio concluye que el 98,8% de las historias clínicas demuestran un nivel de calidad media. Además, se encontró en el mismo nivel regular con un 87.1% la dimensión completa. Al respecto Guzman²⁰, señala que la historia clínica de un paciente es el documento de registro médico por excelencia, en la que los médicos en formación profesional dedican buen tiempo y esfuerzo al buen diseño y registro de este documento ineludible en el acto médico el cual debe estar completamente llenado dado que tiene consecuencias médicas y legales, ya que este documento registra los datos y la situación de salud del paciente, que tiene implicancias en las futuras atenciones que se le dará al enfermo, por lo que es indispensable que se cumpla con este criterio en todas sus partes.

En cuanto al objetivo específico 02, sobre si existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización, podemos evidenciar de manera general que es inadecuada legibilidad en el 50% de las historias evaluadas, respecto a los servicios es traumatología el servicio que mejor nivel de legibilidad presenta en el 75% de las historias en comparación con los otros servicios, asimismo estos datos son comprobados en la prueba de promedios don el servicio de Traumatología (75,00) es el que mejor promedio obtuvo en comparación con los servicios de Ginecología y Emergencia, obteniéndose el valor de Chi Cuadrado fue de 26.620, y un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que se demuestra que existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital, esto nos señala que en el servicio de Traumatología donde las historias clínicas son más legibles en los aspectos de letra clara, entendible, con escasas falta de ortografía, usan abreviaturas solo cuando el caso lo requiere, se cuenta con firma legible a diferencia de los otros dos servicios que se pudo observar que presentan deficiencias de legibilidad en la mayoría de las historias clínicas evaluadas; los resultados coinciden respecto al nivel regular del registro de la información dado que Malca¹², encontró en su estudio sobre Auditoria de Calidad del Registro de la Historia Clínica y Nivel de Satisfacción del Prestador Médico en el Servicio de Emergencia del Hospital II-2 Tarapoto, el estudio deduce que, el 80% de los profesionales se localizan en un alto índice de insatisfacción en correlación con la calidad de registro de las historias clínicas, presenta un nivel calidad intermedia en la legibilidad de los datos; al respecto Pérez²³, señala que en la medida que la historia clínica sea legible y completa ayuda al personal médico entender al paciente o conocer mejor al paciente sobre la enfermedad que padece, facilita al personal médico realizar el diagnóstico con mayor prontitud y facilidad sobre el estado actual del paciente, sirve para realizar el reporte estadístico sobre las enfermedades más comunes y más tratados por el personal médico y permite entender con mayor claridad la enfermedad que padece el paciente e ir formulando la medicación con vista a la cura de la enfermedad; por lo que es de suma importancia que se pueda comprender lo que se escribe y que este completa en su totalidad.

En cuanto al objetivo específico 03, sobre si existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los

servicios de hospitalización, podemos evidenciar de manera general que el 72,2% de las historias clínicas presentan una regular veracidad en el 72,2% , asimismo los tres servicios evaluados se ubican en la categoría regular veracidad, sin embargo es el servicio de Emergencia (72,4%) el que mejor promedio obtuvo según los resultados de diferencias de rango promedio en comparación con los servicios de Ginecología y Traumatología, esto implica que los tres servicios cumple de manera parcial con criterios como alterar registros donde podemos evidenciar errores y borrones, existen datos retocados, además se han omitidos registros como códigos de diagnóstico, códigos de tratamiento, se usan palabras que no comprenden y no todas las historias clínicas están selladas si cuentan con firmas pero no hay registro de apellidos y nombres del firmante; los datos obtenidos son confirmados por la prueba de diferencias en el rango promedio observándose un mejor promedio en el servicio de Emergencia (72,40) en comparación con los servicios de Ginecología y Traumatología, el valor de Chi Cuadrado fue de 29.780, obteniéndose un nivel de significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que se interpreta que, existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz; los resultados encontrados coinciden con los hallazgos reportados Carranco¹⁵, quien en su estudio sobre los factores que influyen en la Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, el estudio concluye que los registros de enfermería en su mayoría abarcan enmendaduras, uso de corrector, la firma es ilegible y no colocan el sello; el 88.5% no reporta actividades pendientes; los resultados encontrados coinciden con que, se evidencia que la historia clínica debe ser veraz, dado que se anota en las historias clínicas, debe descansar en la licitud de lo que asevera en dicho documento; como tal, la descripción que hacen los médicos debe responder en función de los síntomas que presenta el paciente, tiene que ser veraz el diagnóstico que efectúa el médico sobre todos procedimientos efectuados de las molestias que presenta el paciente para entender mejor el grado de enfermedad que padece el paciente²⁰.

En cuanto al objetivo específico 04, sobre si existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización, podemos evidenciar de manera general que el 65,5% de las historias clínicas cuentan con regular identificación del profesional que la usa, dentro de cada grupo, el servicio de Traumatología se ubicó en un

nivel adecuado de identificación con el 62,5%, a diferencia de los servicios de Ginecología y Emergencia que están en la categoría regular; el análisis de diferencias de promedio observándose un mejor promedio en el servicio de Traumatología (67,80), el valor de Chi Cuadrado fue de 20,764, y la significancia (p-valor .000), el cual es menor al $p = 0.01$; por lo que se resuelve que, conservan diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional; esto indica que es en el primer servicio es el que más se cumple con los indicadores como el profesional que usa la historia presenta el nombre, usa su sello y coloca su firma en todos los registros realizados, los resultados coinciden con los reportados por Torres¹³, quien en su estudio sobre el registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, se dictamina que, el nivel de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización se encuentra en condiciones regulares en el 91,2% de las historias evaluadas, Velito y Tejada³², señalan que es importante la identificación del profesional, donde todo profesional de salud que intervienen en la atención del beneficiario, debe presentar identificación, nombres y apellidos completos, y respectivo dígito de matrícula.

V. CONCLUSIONES

La investigación llega a las posteriores terminaciones:

1. Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, dado que se halló diferencias en los promedios, siendo el servicio de Ginecología el que mejor calidad tiene en comparación que los servicios de Traumatología y Hospitalización (Chi Cuadrado fue 67.08 y p-valor** <0.001).
2. No existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, donde los tres servicios Traumatología, Ginecología y Hospitalización están en niveles regulares (Chi Cuadrado fue .000 y p-valor 1.000).
3. Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, siendo el servicio de Traumatología el que mejor nivel obtuvo en comparación a los servicios de los servicios de Ginecología y Emergencia (Chi Cuadrado fue 26,620 y p-valor ** .000).
4. Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, siendo el servicio de Emergencia con mejor calidad en la veracidad, en comparación a los servicios de Ginecología y Traumatología (Chi Cuadrado fue 29.780 y p-valor ** .000).

5. Existen diferencias significativas en la calidad del registro de la información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019, siendo el servicio de Traumatología con mejor calidad en la identificación del profesional en comparación a los servicios de Ginecología y Emergencia (Chi Cuadrado fue 20.764 y p-valor ** .000).

VI. RECOMENDACIONES

1. Formar un comité de procedimiento en desarrollo, conjuntamente con un grupo de profesionales de la salud, para ejecutar un análisis y control de los hallazgos en la investigación respecto a la calidad del registro de información de la historia clínica en el hospital.
2. Fabricar un programa de adiestramiento al grupo de profesionales de la salud para orientar el apropiado llenado de información de las historias clínicas, administrando el seguimiento continuo del personal para que se cumpla con los indicadores de calidad.
3. Implementar un sistema virtual de persuasión al personal ingresante de salud, sea médico, residente e interno o de enfermería, para ejecutar el apropiado llenado de las historias clínicas en la entidad hospitalaria, afirmando la comunicación entre beneficiarios internos y externos, optimizando el proceso de atención.
4. Requerir al Comité de auditoría médica y equipo de gestión a la evaluación constante del formato de auditoría de la institución, traslucirlo en las medidas calificativas, considerando un ajuste en el planteamiento para cada servicio, difundirlos en medida aplicable y sostenida, para estabilizar un sistema de capacitación y de retroalimentación menos sensible en el llenado de las historias clínicas e implicación médico legal.
5. Solicitar a la institución hospitalaria que gestione la implementación del servicio electrónico para el registro de la historia clínica, que en cada formato se coloquen ítems con llenado obligatorio, seguido de la firma y sello digital correspondiente.

REFERENCIAS

1. Ayala, S. *Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la Policía nacional*, 2007. Instituto de ciencias de la salud ces y universidad autónoma de Bucaramanga.
2. Reneau, J., y Pérez-Salinas, I. *Evaluación de la calidad de las historias clínicas*, 2001. Papeles Médicos. 2001; 10(1):32-40.
3. Rocano, E. *Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General*. Rev Soc Perú ed Int. 2008;21(2):51-4.
4. Lell, L. *Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo*, 2014. Obtenido de <https://prezi.com/gf3mk5ithaoi/evaluacion-de-la-calidad-de-las-historiasclinicas-del-hospi/>
5. Zafra, J., Veramendi, E., Villa, S., Zapata, S., Yovera, L., Urbina, G. y Ayala, R. *Calidad de Registro en Historias Clínicas en un centro de Salud del Callao*, 2013. REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA, 714 - 728.
6. Rocano, E. *Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General*, 2008. Revista Sociedad Medicina Interna, 51 - 54.
7. Ministerio de Salud Pública. *Expediente Único para la Historia Clínica. Expediente Único para la Historia Clínica*, 2007. Quito, Pichincha, Ecuador.
8. Landívar, B. *Propuesta de procedimiento para la auditoria medica en la calidad técnica de historias clínicas del hospital oncológico*, 2011. Manta, Ecuador.
9. Cedeño, S., y Guananga, D. *Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del hospital Albert Gilbert Ponton*. Guayaquil, Guayas, Ecuador, 2013.
10. Quispe-Juli, C., Navarro-Navides, R., Velásquez-Chahuares, L., Pinto-Martínez, F. y Olivares-Alegría, E. *Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú*. Horiz. Med. [online]. 2016, vol.16, n.4 [citado 2019-05-20], pp.48-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1727-558X.

11. 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*. (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo, Perú.
12. Malca, P. *Auditoria de Calidad del Registro de la Historia Clínica y Nivel de Satisfacción del Prestador Médico en el Servicio de Emergencia del Hospital II-2 Tarapoto; 2016*. (Tesis de Maestría), Universidad Cesar Vallejo, Perú.
13. Torres, M. *Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” – 2018*. (Tesis de Maestría), Universidad Cesar Vallejo, Perú.
14. Villacorta, C. *Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario Externo, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Centro de Salud Palmira, Huaraz; 2018*. (Tesis de Maestría), Universidad Santiago Antunez de Mayolo, Perú.
15. Carranco, E. *Factores que influyen en la Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra-2017*. (Tesis de Maestría), Universidad Técnica del Norte, Ecuador.
16. Bernocchi, D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 2da Edición*. Editorial Mc Graw Hill. México 2000.
17. Grupo QUIPUS y D.G.I. *Manual de Análisis y Uso de la información en Gerencia de Salud*. Lima 2000. [Internet]. [Citado: 2009 Enero 15]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2000_n16/ref_Gerencia.htm.
18. Espinosa, N y Gómez, J. *Evaluación de la calidad. Dirección de la Calidad*. Editorial ISPJAE, 2006 [fecha de acceso 13 marzo del 2014] disponible en: https://www.ecured.cu/Juan_Almeida_Bosque.
19. Riondet, B. *SEDICI, repositorio institucional de la UNLP, 2007*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10915/5391>
20. Guzmán, F., y Arias, C. *La historia clínica: elemento fundamental del acto médico, 2012*. Revista Colombiana.
21. Sabartes, R. *Historia Clínica Electrónica en un departamento de Obstetricia, Ginecología y reproducción: Desarrollo de Implementación, 2013*. Factores Clave. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
22. MINSA. “*Proyecto de mejora integral Ayacucho Hospital de Huamanga*”, 2017.

23. Pérez, J. *Importancia de la Historia Clínica*, 2012. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/eduardo1821/importancia-de-la-historia-clinica>.
24. Quesada, L. *Importancia de la Historia Clínica*, 2015. Recuperado de: <https://mundogestalt.com/importancia-de-la-historia-clinica/>.
25. Carrión, V. *Desarrollo de una aplicación web basada en el modelo vista controlador para la gestión de las historias clínicas de los pacientes en el Centro de Salud de San Jerónimo*, 2015. Tesis para optar el título profesional de ingeniero de sistemas en la Universidad Nacional José María Arguedas de Andahuaylas. Recuperado de: <http://repositorio.unajma.edu.pe/bitstream/handle/123456789/177/10-2015-EPIS-%20Carrion%20Abollaneda%20Victor-desarrollo%20de%20de%20una%20aplicacion%20web%20modelo%20vista.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. Silvia, A y Tejada, S. *La historia clínica como instrumento de calidad*, 2010.
27. Ministerio de Salud - Perú. *Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA*. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud - Dirección General de Salud de las Personas N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.01, 2006. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/RM597-2006-MINSA%20-20NT%20022%20Gestion%20de%20Historia%20Clinica%20v2.0.pdf>.
28. Ruíz, A. *Método de Archivo Convencional y Dígito Terminal*. 2014. Recuperado de: http://adela82014.blogspot.pe/2014/03/metodo-de-archivo-convencional-y-igito_15.html.
29. Franco, E. *La historia clínica importancia y repercusiones*. *Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE*, 1998. Recuperado de: http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1998/4/3/histo_importreper_v4_r3.pdf.
30. Donabedian, A. *Garantía de la calidad y la atención médica, enfoques para la evaluación*. México: Perspectivas en Salud Pública. Instituto en Salud Pública. 1990:20-33.
31. Cañete, M. *El Registro de Enfermería: Debería hablar por sí solo*. Noticias Revista VEA No. 1, (versión electrónica), extraído el 31 de julio del 2006.

32. Velito, A., y Tejada, S. *La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán*, 2010. Recuperado de: <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>.
33. Pérez, J. *Importancia de la Historia Clínica*, 2012. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/eduardo1821/importancia-de-la-historia-clinica>
34. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. *Metodología de la investigación*. Quinta Edición, 2014.
35. Sampieri, R. *Metodología de la Investigación*, 2010. Mc Graw Hill. México.
36. Sierra, R. *Técnicas de investigación Social. Teoría y Ejercicios*, 1998. Paraninfo, Madrid.
37. Valderrama, M. *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*, 2018. Editorial San Marcos. Octava reimpresión. Lima-Pe

ANEXOS

ANEXO 1.

**FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA
UNIDAD DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL IESS QUEVEDO.**

Nº	CRITERIOS	NO	SI
	FILIACIÓN		
1	Número de la historia clínica		
2	Fecha		
3	Nombres y apellidos		
4	Cédula de identidad		
5	Diagnóstico		
	HOJA DE INGRESO HOSPITALARIA		
6	Número de historia clínica		
7	Fecha y lugar de nacimiento		
8	Nombres y apellidos		
9	Cédula		
10	Estado civil		
11	Sexo		
12	Empresa donde trabaja		
13	Ocupación		
14	Sueldo mensual		
	DATOS DE INGRESO DEL MÉDICO		
15	Número		
16	Cama: Número		
17	Detalla el servicio donde se hospitalice el paciente		
18	Diagnóstico		
19	Nombre del medico		
20	Servicio donde deriva		
21	Otras anotaciones		
22	Clave y firma		
	PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA		
23	Número de la historia clínica		
24	Fecha		
25	Nombres y apellidos		
	HOJA DE EGRESO		
26	Número de la historia clínica		
27	Fecha y lugar de nacimiento		
28	Nombres y apellidos		
29	Estado civil		
30	Sexo		
31	Domicilio		
32	Lugar de trabajo		
33	Número patronal		

34	Fecha de ingreso		
35	Fecha de egreso		
36	Hora de egreso		
37	Días de estancia		
38	Diagnóstico de admisión		
39	Resumen clínico del caso y evolución		
40	Diagnóstico definitivo principal		
41	Diagnóstico secundario		
42	Motivo del ingreso		
43	Firma y sello del profesional		
	EVOLUCIÓN		
44	Nombres, apellidos completos		
45	Fecha y hora de la evolución		
46	Describe sexo		
47	Registra los signos vitales		
48	Peso		
49	Diuresis		
50	Glicemia		
51	Firma y sello del profesional		
52	Baño diario historia clínica del paciente		
	DISPOSITIVOS MÉDICOS UTILIZADOS EN PACIENTES		
53	Fecha		
54	Área		
55	Nombres y apellidos del paciente		
56	Historia clínica		
58	Firma de la enfermera		
59	Firma del médico		
	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE		
60	Fecha		
	ÁREA		
61	Nombres y apellidos del paciente		
62	Historia clínica		
63	Se encuentra llenadas las variables de riesgo		
64	Se han llenado las puntuaciones de riesgo		
	ESCALA DE BRANDEN		
65	Fecha		
66	Nombres y apellidos del paciente		
67	Historia clínica		
68	Se encuentran llenadas las puntuaciones de la escala		
	IDENTIFICACIÓN		
69	Se registra la identificación del profesional		
70	Se registra el nombre del profesional		
71	Se registra el apellido del profesional		
72	Se registra la rúbrica del profesional		

ANEXO 2.

CHECK LIST DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA HOJA RESUMEN

	Nº	ÍTEMS	SI	NO
COMPLETA	1	Datos suficientes		
	2	Valoración Subjetiva		
	3	Valoración Objetiva		
	4	Transcripciones detalladas		
LEGIBLE	5	Con letra clara		
	6	Separando bien las palabras		
	7	Sin faltas ortográficas		
	8	Sin abreviaturas		
	9	Con el horario de 24 horas		
	10	Fecha y firma legible		
VERAZ	11	Sin alterar registros		
	12	Sin retocar los registros de otros		
	13	Sin omitir registros		
	14	Corrección de la frase y/0 palabra usando un trazo luego sellado y fechado		
	15	Presenta sello y firma.		
IDENTIFICACIÓN	16	Presenta el nombre del especialista		
	17	Presenta sus apellidos		
	18	Presentan su firma		

ANEXO 3.

Ficha Técnica Del Instrumento Calidad De La Historia Clínica

1. **NOMBRE** : Guía de observación sobre historia clínica
2. **AUTOR** : Beatriz Riondet
3. **PROCEDENCIA** : La Plata- Buenos Aires
4. **ADAPTACIÓN** : Irma Marisol Quiroga
5. **FECHA** : 2019
6. **OBJETIVO** : Evaluar la calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador.
7. **APLICACIÓN** : Aplicado a las historias clínicas de los servicios de hospitalización.
8. **ADMINISTRACIÓN** : Individual
9. **DURACIÓN** : 15 minutos aproximadamente
10. **TIPO DE ÍTEMS** : Enunciados
11. **N° DE ÍTEMS** : 18
12. **DISTRIBUCIÓN** : Dimensiones e Indicadores

VARIABLE: CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HC		
DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
I. COMPLETA 4: ÍTEMS	Datos suficientes	1
	Valoración subjetiva	2
	Valoración objetiva	3
	Transcripción de detalladas	4
II. LEGIBLE 6: ÍTEMS	Con letra clara	5
	Separando bien las palabras	6
	Sin faltas ortográficas	7
	Sin abreviaturas	8
	Con el horario de 24 horas	9
	Fecha y firma legible	10

III. VERAZ 5: ÍTEMS	No alterar registros	11
	No retocar los registros de otros	12
	No omitir registros	13
	Corrección de la frase y/0 palabra usando un trazo luego sellado y fechado.	14
	Presenta sello y firma	15
IV. IDENTIFICACIÓN 3: ÍTEMS	Presenta el nombre del especialista	16
	Presenta el apellido	17
	Presenta la firma	18

13. EVALUACIÓN

- **Puntuaciones**

Escala cuantitativa	Escala cualitativa
1	No cumple
2	Si cumple

- **Evaluación en niveles por dimensión**

Escala cualitativa	Dimensión completa	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Incompleta	1	3
Parcialmente	4	6
Totalmente	7	8

Escala cualitativa	Dimensión legible	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Inadecuada	1	4
Regular	5	8

Adecuada	9	12
Escala cualitativa	Dimensión veraz	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Inadecuada	1	3
Regular	4	5
Adecuada	6	8

Escala cualitativa	Dimensión identificación	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Inadecuada	1	2
Regular	3	4
Adecuada	5	6

- **Evaluación de la variable calidad del registro**

Escala cualitativa	FACTORES PSICOSOCIALES	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Excelente	13	18
Regular	7	12
Mala	1	6

Anexo 4.

Resultado De Confiabilidad Del Piloto

Resultado de confiabilidad del piloto																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11
	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	13
	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13
	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	13
	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	12
	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	13
	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	14
	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	7
	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5
	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	6
	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	9
	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	9
	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	8
	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6
	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	8
	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	8
	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	8
	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8
	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7
T	5	9	8	15	7	12	16	10	12	3	19	6	10	5	13	16	12	15	9.292
P	0.1	0.2	0.1	0.3	0	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0	0.2	0.3	0.2	0	
Q	0.9	0.8	0.9	0.7	1	0.8	0.7	0.8	0.8	0.9	0.7	0.9	0.8	1	0.8	0.7	0.8	1	
PXQ	0.1	0.1	0.1	0.2	0	0.2	0.2	0.1	0.2	0	0.2	0.1	0.1	0	0.2	0.2	0.2	0	2.643

$$KR-20 = \left(\frac{k}{k-1}\right) * \left(1 - \frac{\sum p.q}{Vt}\right)$$

ALTAMENTE
KR= 0.811 CONFIABLE

Anexo 5.

MATRIZ DE EXPERTO INSTRUMENTO CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa Gestión en los Servicios de Salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Maribel Díaz Espinoza		
Grado profesional:	Maestría ()		
	Doctor (X)		
Área de Formación académica:	Salud (x)	Educativa ()	
	Social ()	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	Salud		
Institución donde labora:	Universidad César Vallejo Piura		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()		
	Más de 5 años (x)		
Experiencia en Investigación	Docente del curso de Diseño y Desarrollo de la investigación		

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Es validar el instrumento en su contenido teórico a través de expertos en el área.

3. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**, elaborado por Beatriz Riondet en La Plata Buenos Aires y adaptado por Irma Marisol Quiroga. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador (Preguntas)
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Anexo 6.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Primera dimensión: **Completa**

Objetivos de la Dimensión: Identificar si la historia clínica se encuentra completa en sus datos.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Completa	1. Datos suficientes	4	4	3	
	2. Valoración subjetiva	4	3	3	
	3. Valoración objetiva	4	4	3	
	4. Transcripción de detallada	4	3	4	

- Segunda dimensión: **Legible**

Objetivos de la Dimensión: Evaluar la legibilidad de la escritura de los profesionales que registran los datos en las historias clínicas

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Legible	1. Con letra clara	4	3	4	
	2. Separando bien las palabras	4	4	4	
	3. Sin falta ortográficas	4	3	3	
	4. Sin abreviaturas	4	3	4	
	5. Con el horario de 24 horas	3	3	3	
	6. Fecha y firma legible	4	3	3	

- Tercera dimensión: **Veraz**

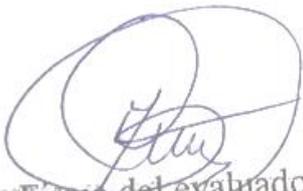
Objetivos de la Dimensión: Describir si los registros realizados por los profesionales son veraces y sin alteraciones.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Veraz	1. Sin alterar registros	3	4	3	
	2. Sin retocar los registros de otros	4	3	4	
	3. Sin omitir registros	3	4	4	
	4. Corrección de frases	4	3	4	
	5. Presenta sello y firma	4	4	3	

- Tercera dimensión: **Identificación**

Objetivos de la Dimensión: Describir si se han registrado los datos de identificación de los profesionales.

Dimensiones	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación	1. Sin alterar registros	3	4	3	
	2. Presenta el apellido	3	3	3	
	3. Presenta firma	4	3	4	


 Firma del evaluador
 Dra. Maribel Díaz Espinoza
 DOCENTE INVESTIGACION CIENTIFICA

Anexo 7.

MATRIZ DE EXPERTO INSTRUMENTO CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa Gestión en los Servicios de Salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

4. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Bertha Alejandrina Vásquez Morán		
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>)		
	Doctor (<input type="checkbox"/>)		
Área de Formación académica:	Salud (<input checked="" type="checkbox"/>)	Educativa (<input type="checkbox"/>)	
	Social (<input type="checkbox"/>)	Organizacional (<input type="checkbox"/>)	
Áreas de experiencia profesional:	Salud		
Institución donde labora:	Hospital General IESS Quevedo. - Docente Universidad Estatal Quevedo		
Tiempo de experiencia profesional en el área :	2 a 4 años (<input type="checkbox"/>)		
	Más de 5 años (<input checked="" type="checkbox"/>)		
Experiencia en Investigación	Docente universidad estatal de Quevedo		

5. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Es validar el instrumento en su contenido teórico a través de expertos en el área.

6. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**, elaborado por Beatriz Riondet en La Plata Buenos Aires y adaptado por Irma Marisol Quiroga. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador (Preguntas)
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Anexo 8.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Primera dimensión: **Completa**

Objetivos de la Dimensión: Identificar si la historia clínica se encuentra completa en sus datos.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Completa	1. Datos suficientes	4	4	3	
	2. Valoración subjetiva	4	3	3	
	3. Valoración objetiva	4	4	3	
	4. Transcripción de detallada	4	3	4	

- Segunda dimensión: **Legible**

Objetivos de la Dimensión: Evaluar la legibilidad de la escritura de los profesionales que registran los datos en las historias clínicas

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Legible	7. Con letra clara	4	3	4	
	8. Separando bien las palabras	4	4	4	
	9. Sin falta ortográficas	4	3	3	
	10.Sin abreviaturas	4	3	4	
	11.Con el horario de 24 horas	3	3	3	
	12.Fecha y firma legible	4	3	3	

- Tercera dimensión: **Veraz**

Objetivos de la Dimensión: Describir si los registros realizados por los profesionales son veraces y sin alteraciones.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Veraz	6. Sin alterar registros	3	4	3	
	7. Sin retocar los registros de otros	4	3	4	
	8. Sin omitir registros	3	4	4	
	9. Corrección de frases	4	3	4	
	10. Presenta sello y firma	4	4	3	

- Tercera dimensión: **Identificación**

Objetivos de la Dimensión: Describir si se han registrado los datos de identificación de los profesionales.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación	5. Sin alterar registros	3	4	3	
	6. Presenta el apellido	3	3	3	
	7. Presenta firma	4	3	4	

Lic. Bertha Vasquez Moran

ENFERMERA
REG. SENESCYT #
1013-11-1023959

Firma del evaluador

Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán

CI: 1715175194

Anexo 9.

MATRIZ DE EXPERTO INSTRUMENTO CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS**. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa Gestión en los Servicios de Salud como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

7. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:	Maricela Mariana Diaz Soledispa		
Grado profesional:	Maestría (<input checked="" type="checkbox"/>) Doctor (<input type="checkbox"/>)		
Área de Formación académica:	Salud (<input checked="" type="checkbox"/>)	Educativa (<input type="checkbox"/>)	Organizacional (<input type="checkbox"/>)
Áreas de experiencia profesional:	Salud		
Institución donde labora:	Hospital General IESS Quevedo. - Docente Universidad Estatal Quevedo		
Tiempo de experiencia profesional en el área :	2 a 4 años (<input type="checkbox"/>) Más de 5 años (<input checked="" type="checkbox"/>)		
Experiencia en Investigación	Docente universidad estatal de Quevedo		

8. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

Es validar el instrumento en su contenido teórico a través de expertos en el área.

9. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario **CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS**, elaborado por Beatriz Riondet en La Plata Buenos Aires y adaptado por Irma Marisol Quiroga. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador (Preguntas)
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Anexo 10.

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE EXPERTO

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Primera dimensión: **Completa**

Objetivos de la Dimensión: Identificar si la historia clínica se encuentra completa en sus datos.

Dimensión	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Completa	5. Datos suficientes	4	4	3	
	6. Valoración subjetiva	4	3	3	
	7. Valoración objetiva	4	4	3	
	8. Transcripción de detallada	4	3	4	

- Segunda dimensión: **Legible**

Objetivos de la Dimensión: Evaluar la legibilidad de la escritura de los profesionales que registran los datos en las historias clínicas

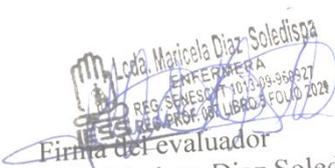
Dimensiones	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Legible	13. Con letra clara	4	3	4	
	14. Separando bien las palabras	4	4	4	
	15. Sin falta ortográficas	4	3	3	
	16. Sin abreviaturas	4	3	4	
	17. Con el horario de 24 horas	3	3	3	
	18. Fecha y firma legible	4	3	3	

- Tercera dimensión: **Veraz**
Objetivos de la Dimensión: Describir si los registros realizados por los profesionales son veraces y sin alteraciones.

Dimensiones	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Veraz	11. Sin alterar registros	3	4	3	
	12. Sin retocar los registros de otros	4	3	4	
	13. Sin omitir registros	3	4	4	
	14. Corrección de frases	4	3	4	
	15. Presenta sello y firma	4	4	3	

- Tercera dimensión: **Identificación**
Objetivos de la Dimensión: Describir si se han registrado los datos de identificación de los profesionales.

Dimensiones	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación	1. Sin alterar registros	3	4	3	
	2. Presenta el apellido	3	3	3	
	3. Presenta firma	4	3	4	


 Lcda. Maricela Diaz Soledispa
 CI: 0918284886

Anexo 11.
MATRIZ DE ÍTEMS

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	ÍTEMS
Variable Independente:	La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto a la persona y familia, calidad es hacer lo correcto, en forma correcta e inmediata, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que las personas tengan confianza en el servicio que se les brinda (1).	Guzmán, F., y Arias, C. Guzmán y Arias (6) señalan que la historia clínica “es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud” (p. 15).	Completa: La información registrada en una entrada o en un informe ha de ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del cliente. Cuando los registros o informes son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que presto una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa acerca de las necesidades del paciente. El registro y la nota clara ofrecen la información esencial evitando palabras innecesarias y detalles irrelevantes (17).	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Motivos de consulta • Diagnóstico de ingreso • Enfermedad actual • Revisión por sistema • Antecedentes personales 	Ordinal	Cédula de identidad Trauma Causa clínica Causa quirúrgica Presuntivo Definitivo Localización Cronología Característica Intensidad Frecuencia Factores agravantes Nombres Apellidos Edad Sexo Ocupación Procedencia Religión
Calidad del registro de información de la historia clínica	La real academia española define calidad como la propiedad o conjunto de					

	<p>propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta definición establece dos elementos importantes en su estudio. Primero, la referencia a características o propiedades y, segundo, su bondad para valorar “algo” a través de ella (2).</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Familiares Padre: Vive sí o no 	<p>Alérgico Clínico Ginecológico Traumatológico Farmacológico Psiquiátrico</p> <hr/> <p>Cardiovasculares Pulmonares Digestivo Diabetes Renales Quirúrgico Alérgico Transducciones Medicamentos</p> <hr/> <p>Mediciones y valores Se registra Se comenta y se da resultado</p>
				<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes patológicos 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Factores psicosociales 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de laboratorio 	

			<p>Legible: Una redacción inteligible en la historia clínica perjudica a todo el equipo de salud, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica; (18) Por ello los textos deberán ser comprensibles y relación entre las palabras así como frases claras, sin ambigüedades, identificando claramente las anotaciones por el profesional, evitando toda sospecha de alteración de los registros: procurando evitar dejar espacios en blanco sobre o bajo las notas o arrancando hojas escritas, cabe mencionar que se desarrollará con letra clara, separando bien las palabras, sin faltas de ortografía, sin abreviaturas, con el horario de 24 horas, aclarando los registros confusos, cada anotación llevará fecha y firma legible (19).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Letra Clara • Texto comprensible • Sin espacios • Abreviaturas • Fecha • Firma Legible 		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>Veraz: La historia clínica, debe caracterizarse por ser auténtico, claro y natural, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito (18). tareas bien definidas (Cover, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auténtico • Claro • Natural • Confiabilidad 		
			<p>Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de matrícula (18).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del profesional • Nombres del profesional • Apellidos del profesional • Rúbrica del profesional 		

Anexo 12.

Matriz De Consistencia De Investigación

TÍTULO: Calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.

AUTORA: Lcda. Irma Marisol Quiroga Mantilla

ASESORA: Dra. Maribel Díaz Espinoza

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Método	Población
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?</p>	<p>Identificar las diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Tipo de estudio: No experimental</p> <p>Diseño: Descriptivo comparativo</p> <p>Esquema</p> <p>$Y1 = \neq Y2 = \neq Y3$</p>	<p>Población 1,569</p> <p>Muestra: 180 historias</p>

Preguntas específicas	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
<p>¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?</p>	<p>Identificar las diferencias existentes en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión completa de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Donde: X1 = Historia clínica realizada por Traumatología X2 = Historia Clínica realizada por Ginecología - obstetricia</p>	
<p>¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?</p>	<p>Establecer las diferencias existentes en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión legible de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>X3 = Historia Clínica realizada por Emergencia</p>	

<p>¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?</p>	<p>Demostrar las diferencias existentes en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión veraz de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>		
<p>¿Qué diferencias existen en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019?</p>	<p>Identificar las diferencias existentes en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>	<p>Existen diferencias significativas en la calidad del registro de información de las historias clínicas, en su dimensión identificación del profesional de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.</p>		

Anexo 13.

ACTA DE APROBACIÓN INSTITUCIONAL

Quevedo, 27 de Mayo del 2019

Señor Economista

DARIO CANTOS

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

DEL HOSPITAL GENERAL DEL IEISS DE QUEVEDO

Presente

De mis consideraciones:

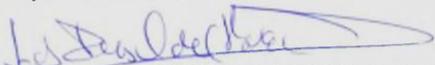
Reciba un cordial saludo, y aprovecho la oportunidad para desearle éxitos en sus ejecutorias en beneficio de los afiliados y jubilados usuarios del Hospital del IEISS de Quevedo.

Como es de su conocimiento la suscrita Licenciada en Enfermería IRMA MARISOL QUIROGA MANTILLA, está cursando los estudios de Maestría en la Universidad César Vallejo de la ciudad de Piura (Perú), con el proyecto de investigación **“Calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General del IEISS, de la ciudad de Quevedo”**, 2019.

Esperando se me brinde las facilidades correspondientes, para realizar una encuesta. Ya que los resultados de la investigación, será de beneficio, tanto para la población estudiada, y enriquecerá nuestras bases científicas, en nuestro ámbito de trabajo.

Por la atención, que el Señor Director Administrativo del Hospital del IEISS de Quevedo, se digne dar al presente, le anticipo mis agradecimientos.

Muy atentamente,


LCDA. IRMA MARISOL QUIROGA MANTILLA

cc. Unidad de Posgrado de la Universidad César Vallejo
archivo.

*RECIBI, SIMONE
ATENCIÓN REDUCCION*



 Mgs. Dario Cantos Cedeno
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL GENERAL QUEVEDO

 HOSPITAL GENERAL QUEVEDO
RECIBIDO

28 MAY 2019

S.R.
DIRECCION ADMINISTRATIVA

12:03 pm