



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Plan de mejora para la calidad del registro médico en
emergencia del hospital Santa María de Cutervo,
Cajamarca.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los servicios de la salud

AUTOR:

Br Marco Antonio Huerta Huerta

ASESOR:

Dra. Patricia del Rocío Chávarry Ysla

SECCIÓN:

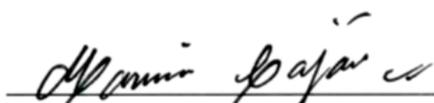
Ciencias de la Salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de Servicios de Salud

PERÚ-2018

PÁGINA DE JURADO



Dra. Marina Caján Villanueva
Presidenta



Dra. Carmen Graciela Arbuckle Pérez Vargas
Secretaria



Dra. Patricia del Rocío Chávay Ysla
Vocal

DEDICATORIA

Primeramente mi agradecimiento a DIOS, por darme la fortaleza y sabiduría cada día, y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi MADRE y mi HERMANO, quienes constantemente están a mi lado, apoyándome y motivándome para alcanzar mis objetivos. Muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. ¡GRACIAS!

A mi Hijo, FABIANO, que es el motivo y la razón que me lleva a seguir superándome día a día, y ENSEÑARTE, que cuando se tiene un propósito de vida, no hay obstáculo que impida lograrlo.

Marco Antonio.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta investigación, quiero manifestar mi agradecimiento a las autoridades del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, por su colaboración para la realización de la presente investigación.

De manera especial mi agradecimiento a mi Asesora Dra. Patricia Del Rocío Chávarry Ysla, por su confianza y motivación en mi trabajo, por su capacidad para guiar el desarrollo de mi tesis. Ha sido un aporte invaluable no solamente en el desarrollo, sino también en mi formación como investigador.

Me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los participantes.

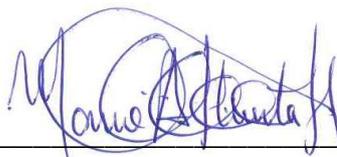
El Autor

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Marco Antonio Huerta Huerta, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI 43260875, con la tesis titulada Plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

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 autoplagiada; es decir, no ha sido publicada 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), autoplagio (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 normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.



Chiclayo Agosto del 2018

Br. Marco Antonio Huerta Huerta
DNI 43260875

PRESENTACIÓN

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado **Plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca**, con fines de obtener el grado académico de Magister en Gestión de los servicios de la salud.

Esta investigación presenta información acerca de la propuesta de un Plan que nos permita mejorar la calidad del registro médico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, en cuyo contexto, la información recogida a través de la aplicación de los instrumentos indican que la evaluación de la variable nos permitirá, con un proceso adecuado de gestión, asegurar un efectivo desempeño en el Servicio de emergencia de forma tal que se pueda responder convenientemente a las necesidades sanitarias y expectativas de la población en el marco de la calidad y la mejora continua.

Seguro del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los pacientes del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, puesto que toda investigación de este tipo contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en las prestaciones de salud.

El Autor

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Realidad Problemática	12
1.2 Trabajos previos	15
1.3 Teorías relacionadas al tema	21
1.4 Formulación del problema	54
1.5 Justificación del estudio	54
1.6 Hipótesis	55
1.7 Objetivos	55
1.7.1 General	55
1.7.2 Específicos	55
II. MARCO METODOLÓGICO	58
2.1. Diseño de investigación	58
2.2. Variables y Operacionalización	59
2.3. Población y muestra.	65
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	67
2.5. Métodos de análisis de datos	69
2.6. Aspectos éticos	70
III. RESULTADOS	73
IV. DISCUSIÓN	90
V. CONCLUSIONES	95
VI. RECOMENDACIONES	97
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	105
Anexo 01.- Instrumento	106
Anexo 02.- Ficha técnica del instrumento	109
Anexo 03.- Propuesta	111
Anexo 04.- Cartilla de validación de la propuesta por jueces	155
Anexo 05.- Matriz de consistencia	158
Anexo 06.- Base de datos estadística	159
Anexo 07.- Panel fotográfico	168

Anexo 08.- Constancia emitida por la institución que acredite la realización del estudio	170
Anexo 09.- Informe de pase a sustentación	172
Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis	175
Acta de Autorización de Publicación de Tesis	176

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo proponer un plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, utilizó un diseño de investigación descriptivo con propuesta. La población estuvo constituida por 1562 historias clínicas del servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo. El instrumento utilizado fue el Formato de Auditoría de la Calidad del Registro de la Consulta de emergencia de la Norma y Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud. Los resultados refieren sobre los datos generales el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar. En la dimensión filiación el 70,6% del nivel de cumplimiento es satisfactorio. Respecto a la dimensión anamnesis el 51,7% de nivel de cumplimiento es deficiente. En la dimensión examen clínico, diagnóstico y Plan de Trabajo el nivel de cumplimiento está por mejorar con un 62,8%, 81,1%, 71,7%, respectivamente. Con respecto a la dimensión indicaciones específicas de alta el 89,4% de nivel de cumplimiento es satisfactorio. Con respecto a la dimensión tratamiento el 100,0% del nivel de cumplimiento es satisfactorio. En cuanto a la dimensión notas de evolución el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar. Con respecto a los atributos de la HCL el 56,1% del nivel de cumplimiento está por mejorar. La conclusión principal refiere que el nivel de la calidad del registro médico el 45,0% es deficiente. Por lo cual se diseñó y validó un plan de mejora dirigido al personal de emergencia de la institución en estudio.

Palabras clave: Gestión, planeamiento, Calidad de la Atención de Salud, Anamnesis

ABSTRACT

The objective of the research was to propose an improvement plan for the quality of the emergency medical record of the hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, using a descriptive research design with a proposal. The population was constituted by 1562 clinical histories of the emergency service of the Santa María de Cutervo hospital. The instrument used was the Audit Quality Format of the Registry of the Emergency Consultation of the Standard and Procedure of Medical Audit of Health Benefits. The results refer to the general data 100.0% of the level of compliance is to be improved. In the filiation dimension, 70.6% of the compliance level is satisfactory. Regarding the anamnesis dimension, 51.7% of compliance level is deficient. In the dimension clinical examination, diagnosis and Work Plan the level of compliance is to improve with 62.8%, 81.1%, 71.7%, respectively. With respect to the dimension specific indications of discharge, the 89.4% compliance level is satisfactory. With respect to the treatment dimension, 100.0% of the compliance level is satisfactory. Regarding the evolution notes dimension, 100.0% of the compliance level is about to improve. With regard to the attributes of the HCL, 56.1% of the compliance level is about to improve. The main conclusion refers that the level of the quality of the medical record 45.0% is poor. Therefore it was designed and validated an improvement plan aimed at staff of emergency of the institution in study.

Keywords: Management, planning, Quality of Health Care, Anamnesis.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

“La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes” (Huerta, 2015); “así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia” (Huerta, 2015).

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud) . (Huerta, 2015)

“Más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revaloriza a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud” (Moscoso, 2017, p.76).

La historia clínica como documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos, ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto . (Velito & Tejada, 2010, p.09)

“Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de esta intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, odontólogos, obstetras,

enfermeras y otros)” (Renau & Pérez, 2001, p.32). “Por otra parte, el registro de la historia clínica constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables” (Renau & Pérez, 2001, p.32). “Todo ello da lugar a que los datos presentes en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle completo como sería deseable” (Renau & Pérez, 2001, p.32).

“Los avances tecnológicos que se ven en todos los campos y la necesidad del manejo de la información han llevado al desarrollo de la Historia Clínica como un método de seguimiento clínico y administrativo” (Olarte et al., 2012, p.64).

El precepto que rige al registro médico es que los datos que originalmente existen en relación con el paciente puede que no estén disponibles en la próxima visita que éste realice, ya que es un hecho bien conocido que partes del registro pueden perderse con el pasar del tiempo como consecuencia de su manipulación y almacenamiento . (Olarte et al., 2012, p.64)

“La evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico” (Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor, & Pajuelo, 2014, p.252).

Como tal, la información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, favorece la investigación y docencia . (Matzumura et al., 2014, p.252)

En España en un estudio, se encontró que la calidad del registro en la historia clínica informatizada es variable, aceptable en codificación diagnóstica y registro de alergias y deficitaria en actualización de hoja de problemas y conjunto mínimo de datos clínicos, a pesar de la alta cumplimentación (>95%) del motivo de consulta y juicio clínico,

campos obligatorios del sistema informático, subrayando la relevancia del diseño del sistema en la práctica profesional . (Reyes et al., 2012, p.42)

En México, los resultados de la comparación de la calidad del registro de historia manual y electrónica fueron que el 64% de las historias clínicas estuvieron completas en manuscrito contra 53% cuando se utilizó en expediente electrónico. En la calificación de incompletas pasaron de 26% manuscritas a 34% con el expediente electrónico. (Valdez, 2011, p.148)

“En Chiclayo, en EsSalud en la evaluación de historias clínicas, por servicio mostró que el servicio de obstetricia presentó el 12,8% de buena calidad y 30,8% de mala calidad” (Puecas, Díaz, & Díaz, 2012, p.05). En un estudio hecho en una clínica dental docente, se encontró que “el 78% de las historias no tenían el registro completo, al evaluar los diferentes aspectos de la historia clínica, de 17 aspectos evaluados se encontraron que tres aspectos evaluados (número de historia, cuestionario de salud y examen estomatológico)” (Manrique, Manrique, Chávez, & Manrique, 2014, p.17).

El hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca no es ajeno a esta problemática. Como resultado de la auditoría de la calidad del registro de la historia clínica realizada en el establecimiento de salud, en el I semestre del 2014 se pudo constatar que el 43% de las historias clínicas tuvieron la calificación de aceptable, mientras que el 57% están por mejorar.

El 14% de las historias tienen la identificación del paciente completa, en cuanto a la enfermedad actual el 57% estuvieron completas, siendo los datos faltantes tiempo de enfermedad y síntomas principales, el 28% de los antecedentes estuvieron completos, en cuanto a la exploración física el 71% estuvieron completas, faltando el examen dirigido en el 28% de las historias, el 86 % tuvieron completo los datos del diagnóstico.

En cuanto al tratamiento el 42% estuvieron completos, el 71% faltan las medidas higiénico-dietéticas, el 100% de las historias tuvieron la

identificación del personal tratante, en cuanto a los atributos de la historia el 57% estuvieron completas, el 42 % de las historias no tenían letra legible. Esta realidad conlleva a realizar la evaluación de la calidad del registro de las historias clínicas permitiendo identificar los errores o vacíos frecuentes realizados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado.

1.2 Trabajos previos

Tras las pesquisas bibliográficas acerca del objeto de estudio de la presente investigación, se han encontrado investigaciones similares a la planteada por el investigador, las cuales a continuación se describen.

En el plano internacional tenemos a Bastidas, Benavides y Mera (2013) tuvo como objetivo “evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales de la institución. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo” (Bastidas, Benavides, & Mera, 2013, p.23). “Se determinaron tres pautas para la evaluación de la calidad del registro de la historia clínica en cada proceso asistencial de la institución: Datos de identificación del usuario, registros específicos de la atención y la calidad del registro” (Bastidas et al., 2013, p.17). Los resultados del estudio fueron que “el servicio que presenta mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica es cirugía con un 82%, seguido del proceso de urgencias 67%. Consulta externa, representa el servicio con menos adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, con un 54%” (Bastidas et al., 2013, p.17).

Al realizar la evaluación general de la calidad de los registros clínicos por parte del personal médico en la consulta externa, se encontró que el 33% de las historias clínicas auditadas obtuvieron calificación óptima, el 21% fueron aceptables, el 19% deficiente y el 27% muy deficiente . (Bastidas et al., 2013, p.68)

La investigación planteada sustenta el presente estudio, al determinar la calidad del registro en los diferentes servicios, puesto que el servicio de consulta externa presenta el menor cumplimiento del registro de la historia clínica. Verificando a sí, que en la medida que los profesionales médicos tengan una información clara de las deficiencias en el registro de consulta externa, permitirá realizar las correcciones en todo lo relacionado con el registro de la historia clínica, logrando que se brinde una atención de calidad.

Herbas (2013), presentó el trabajo de investigación sobre *“Evaluación de la calidad del registro del expediente clínico del Hospital Salomón Klein”*, el autor realizó el estudio con el objetivo de “evaluar el nivel de cumplimiento según los criterios normativos establecidos para el registro del expediente clínico en el Hospital Solomón Klein” (Herbas, 2013, p.45). “Se empleó un estudio transversal descriptivo, se evaluaron 270 expedientes clínicos, mediante una lista de cotejo de evaluación adaptada de la norma técnica de la auditoría en salud” (Herbas, 2013, p.45). “La estrategia de intervención consistió en la revisión de los expedientes clínicos de las diferentes áreas que presta el hospital como emergencias, consulta externa y hospitalización” (Herbas, 2013, p.45). “Se compararon el grado de conocimientos y el nivel de cumplimiento del registro del expediente clínico y de su normatividad” (Herbas, 2013, p.45). Los resultados de la revisión fueron que “el área de hospitalización presenta un promedio de 76% de historias completas, mientras que el área de manejo ambulatorio es de un 58%, las deficiencias encontradas en consulta externa fue que el 100% no tiene registro de consentimiento informado” (Herbas, 2013, p.45).

En el estudio realizado en el Hospital Salomón Klein de Bolivia, se observa que en consulta externa existe deficiencia en el registro de los expedientes clínicos, ya que sólo el 58% de las historias clínicas cumplen con los criterios de la norma técnica de auditoría médica . (Herbas, 2013, p.45)

“En lo referente al incumplimiento del registro de consentimiento informado en consulta externa, es porque no se aplican en dicho servicio” (Herbas, 2013, p.45).

A nivel nacional investigadores como Zafra y otros (2013) en su investigación *“Calidad del registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao”*. “La auditoría consiste en el análisis crítico y sistemático de la atención médica basada en la evaluación de la historia clínica cuya finalidad es mejorar la calidad de las prestaciones en salud” (Zafra et al., 2013, p.719).

Dentro de las actividades de control de calidad de un centro de salud de primer nivel del Callao, se realizó un estudio descriptivo transversal de 91 historias clínicas de consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia . (Zafra et al., 2013, p.719)

“Se aplicó el instrumento presentado en la *Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud* y se consideró como *aceptable* aquellas que poseían 50 o más puntos y el resto, como *por mejorar*” (Zafra et al., 2013, p.719). “El 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénicas dietéticas lo menos registrado (16,5%)” (Zafra et al., 2013, p.719).

En cuatro hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se realizó un estudio donde se halló que el registro de los síntomas motivo de la consulta, el diagnóstico y tratamiento, y plan de trabajo se encontraban registrado en más del 90% de los casos. En nuestro trabajo se hallaron frecuencias similares . (Zafra et al., 2013, p.719)

Un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%), y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal . (Zafra et al., 2013, p.720)

“Si bien se realizan capacitaciones anuales, cabe resaltar que el personal profesional que labora en este centro varía con frecuencia debido a que el centro es plaza para Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS)” (Zafra et al., 2013, p.720). “Este problema podría estar sucediendo en otros establecimientos similares, donde la evaluación periódica de estos indicadores debe ser tomado en cuenta” (Zafra et al., 2013, p.720).

Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor y Pajuelo (2014), “*Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa*”, realizada con el objetivo de “evaluar la calidad del registro de las historias clínicas de consultorios externos del servicio de medicina interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. El diseño fue descriptivo de corte transversal” (Matzumura et al., 2014, p.251).

Se evaluó 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, las cuales fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, cada uno calificado con 10 puntos, para un total de 100 puntos: fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo y firma y sello del médico . (Matzumura et al., 2014, p.251)

“Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como *aceptables*, las restantes como *falta mejorar*” (Matzumura et al., 2014, p.251). Los resultados fueron que “el 63,8% (206) de las historias tenía una calidad del registro *aceptable*, mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad del registro *falta mejorar*” (Matzumura et al., 2014, p.251).

Los ítems diagnósticos y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con

registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente) . (Matzumura et al., 2014, p.251)

“La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente)” (Matzumura et al., 2014, p.251). “En la investigación se observa que si bien más de la mitad de las historias clínicas tienen calidad de registro aceptable para los ítems evaluados. Se tiene deficiencias en cuanto a diagnóstico y tratamiento, partes fundamentales de la historia clínica” (Matzumura et al., 2014, p.251).

Manrique, Manrique, Chávez y Manrique (2014). *“Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente”*. El objetivo fue “evaluar la calidad del registro o llenado de historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en una Clínica Dental Docente durante el período de enero a julio de 2012 empleando la auditoría odontológica como herramienta sistematizada” (Manrique et al., 2014, p.17). “Se tomaron como muestra 140 historias clínicas de pacientes nuevos de las cuales se evaluó la frecuencia y porcentaje de registro de los diferentes aspectos que componen la historia clínica” (Manrique et al., 2014, p.17).

Se encontró que el 78% de las historias no tenían completo el registro en los diferentes aspectos evaluados, encontrando que, de los diecisiete aspectos evaluados, nueve registran entre 11% y 29%, quedando entre un 89% y un 71% de historias que no registran estos aspectos . (Manrique et al., 2014, p.17)

Se identificaron tres aspectos que se registran entre 84% y 86% (número de historia, cuestionario de salud y examen estomatológico), cuatro aspectos registran entre 94% y 98% (fecha de ingreso, asignación de operador, odontograma y filiación) y sólo un aspecto se registra al 100% (evolución del tratamiento) del total de historias clínicas auditadas . (Manrique et al., 2014, p.17)

El estudio concluyó que “más del 45% de las historias clínicas auditadas en la presente investigación tenían deficiencias en el registro o llenado de los datos que la historia clínica requiere como información de documento médico-legal” (Manrique et al., 2014, p.17).

Niquén (2013) *“Nivel de calidad de registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2012”*. Tuvo como objetivo “determinar el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo” (Niquén, 2013, p.04). “Fue un estudio Cuantitativo, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo. Población constituida por pacientes de ambos sexos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, durante el año 2012” (Niquén, 2013, p.04). “Se empleó el muestreo aleatorio simple para la selección de las historias de dichos pacientes y una Ficha de Verificación de Calidad de estas, elaborada en base a la *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica*” (Niquén, 2013, p.04).

Los resultados refieren que: “la evaluación de la calidad demostró que el 99,4% de las historias clínicas eran regulares” (Niquén, 2013, p.04). “Los formatos específicos tuvieron un mayor porcentaje de cumplimiento (85,47%) en el registro de datos, con respecto a los Formatos especiales (77,69%)” (Niquén, 2013, p.04). “La sección de Anamnesis presentó el más alto nivel de calidad del registro de datos (97,4%), en tanto que la de Anatomía Patológica, el más bajo (43,42%)” (Niquén, 2013, p.04). El estudio concluyó que “el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina en el Hospital Regional Docente de Trujillo es bueno” (Niquén, 2013, p.04).

A nivel local Guevara y La Serna (2017). *“Calidad del registro de las historias clínicas en una Clínica de la Ciudad de Chiclayo - Perú, 2016”*. “El objetivo del estudio fue evaluar la calidad del registro en la historia en la una Clínica de la Ciudad de Chiclayo” (Guevara & La Serna, 2017, p.42). “Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, a través del análisis de la calidad de los registros de las historias clínicas” (Guevara & La Serna, 2017, p.42). “Se evaluaron las historias clínicas realizadas por los operadores en

la una Clínica de la Ciudad de Chiclayo durante los periodos 2015-II y 2016-I; empleando una lista de cotejo elaborada para esto" (Guevara & La Serna, 2017, p.42).

Se recolectaron los datos, que fueron enviados para su análisis estadístico, obteniéndose como resultados que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015 es la Filiación; dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015 es el Plan de tratamiento, además se observó que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el 2016 es el Examen clínico, dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016 es el Plan de tratamiento . (Guevara & La Serna, 2017, p.42)

“Finalmente, las historias clínicas evaluadas en general calificaron como regulares; por lo que se sugirió principalmente un mayor control, supervisión y sensibilización a los operadores además de la adquisición de un software específico” (Guevara & La Serna, 2017, p.42).

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Teoría de la mejora continúa.

Sobre esta teoría se puede decir que:

“El concepto de mejora continua se refiere al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva, es un ciclo interrumpido” (Aguilar, 2010). “Estamos siempre en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar” (Aguilar, 2010). “La vida no es algo estático, sino más bien un proceso dinámico en constante evolución, como parte de la naturaleza del universo” (Aguilar, 2010). “Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades” (Aguilar, 2010). “A través del esfuerzo de mejora continua identificamos un área

de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otra meta más retadora” (Aguilar, 2010). “Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros clientes o usuarios” (Aguilar, 2010).

Recientemente, el más conocido promotor del término y acuñador de este, el profesor Masaaki Imai, indicaba que el Kaizen significa mejoramiento continuo, pero mejoramiento todos los días, a cada momento, realizado por todos los empleados de la organización, en cualquier lugar de la empresa . (Suárez & Miguel, 2011)

“Y que va de pequeñas mejoras incrementales a innovaciones drásticas y radicales” (Suárez & Miguel, 2011).

1.3.2 Plan de mejora según Donabedian

“Un plan de mejora es un diseño sobre la mejor forma de manejar la organización en salud durante sus actividades cotidianas y a largo plazo” (Pastor, 2017).

Incluye los métodos convencionales de hacer diversas cosas- administrar el dinero, lidiar con las tareas actuales de la organización, abordar la forma en que las personas de la organización realizan su trabajo- y el marco general, filosófico e intelectual, en el que estos métodos operan . (Pastor, 2017)

El plan de mejora permite:

- a) “Identificar las causas que provocan las debilidades detectadas. Identificar las acciones de mejora a aplicar” (Vélez, 2017, p.13).

- b) “Analizar su viabilidad” (Vélez, 2017, p.13).
- c) “Establecer prioridades en las líneas de actuación” (Vélez, 2017, p.13).
- d) “Disponer de un plan de las acciones a desarrollar en un futuro y de un sistema de seguimiento y control de las mismas” (Vélez, 2017, p.13).
- e) “Negociar la estrategia a seguir. Incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión” (Vélez, 2017, p.13).
- f) “Motivar al personal a mejorar el nivel de calidad de la institución” (Vélez, 2017, p.14).

“Un plan de mejora es un diseño sobre la mejor forma de manejar la organización durante sus actividades cotidianas y a largo plazo” (Poleo, 2016).

Incluye los métodos convencionales de hacer diversas cosas- administrar el dinero, lidiar con las tareas actuales de la organización, abordar la forma en que las personas de la organización realizan su trabajo- y el marco general, filosófico e intelectual, en el que estos métodos operan . (Poleo, 2016)

“El plan de mejora para una organización en particular depende de varios factores” (Poleo, 2016):

¿Qué está tratando de lograr la organización?

Una iniciativa entre vecinos para lograr una meta simple, tal como impedir la demolición de un edificio histórico, preservar un espacio abierto o construir una zona de juegos, tiene una necesidad de gestión muy diferente a la de -por decir- una clínica de salud que piensa atender a la comunidad durante años . (Poleo, 2016)

“Algunos asuntos que son tanto importantes como continuos para la clínica (el salario y prestaciones del personal, por ejemplo) simplemente pueden no existir en la otra organización”. (Poleo, 2016)

¿Qué se necesita hacer, cotidianamente, para mantener funcionando la organización?

“Las verdaderas tareas que mantienen viva a la organización, que protegen su imagen frente a los financiadores y la comunidad y que le permiten obtener sus metas, deben ser hechas con eficiencia y a tiempo” (Poleo, 2016). “¿Quién es el responsable de ello, cuánta gente se necesitará y cuáles son los mecanismos que permitirán hacerlo para la organización en cuestión?” (Poleo, 2016).

¿Qué grado de libertad necesitan las personas en todos los niveles de la organización para hacer bien su trabajo?

“Si no es posible hacer nada sin tener que pasar por varios niveles de gerencia, la organización no va a ser muy efectiva” (Poleo, 2016).

¿Cuáles son los recursos disponibles para implementar un plan de gestión?

“Dadas las finanzas de la organización, ¿cuántos administradores puede pagar? Si la respuesta es uno o uno de medio tiempo, el plan de gestión será muy diferente a que si la respuesta fuera tres” (Poleo, 2016).

¿Cómo encaja el plan de gestión dentro de la misión y filosofía de la organización?

“Es importante, tanto para el funcionamiento interno de la organización como para la forma en que es vista por la comunidad, que haya consistencia entre lo que la organización dice de sí misma y cómo se maneja” (Poleo, 2016). “Si una organización dice ser democrática pero no le da ningún tipo de poder a su personal, está no solamente violando sus propios principios y, por ende, haciendo menos posible lograr sus metas, sino también poniendo en peligro su reputación” (Poleo, 2016).

“Damos por sentado que mantener el funcionamiento de una organización requiere de mucho trabajo” (Poleo, 2016).

“¿Para qué tomarse la molestia de crear un plan sólo para hacer lo que se necesita hacer? ¿Por qué no se puede ir haciendo las cosas a medida que se va necesitando?” (Poleo, 2016).

“La respuesta general aquí, es que la organización es sumamente importante como para dejar las cosas al azar” (Poleo, 2016).

Si no hay un plan, las tareas diarias pueden ignorarse, pueden surgir emergencias con las que nadie sabe lidiar, las responsabilidades pueden no estar claras y -lo más importante- las labores de la organización pueden no hacerse bien o no hacerse en absoluto . (Achury et al., 2016)

“Un buen plan de gestión ayuda a alcanzar las metas de muchas maneras” (Achury et al., 2016).

“*Aclara las responsabilidades y los roles de todos dentro de la organización*, para que todos sepan lo que ella y todos los demás deben hacer” (Achury et al., 2016). “El personal sabe a quién dirigirse para obtener información, consultas, supervisión, etc.” (Achury et al., 2016). “También sabe cuáles son los límites de su propio puesto, cuándo pueden hacer algo sin tener que consultarlo con alguien y cuándo no” (Achury et al., 2016).

“Divide el trabajo de la organización de manera equitativa y razonable para que el trabajo de cada uno no sólo esté definido, sino que también sea factible” (Achury et al., 2016).

“*Aumenta la obligación de rendir cuentas de algo, tanto internamente* (cuando algo no se hace es obvio de quién era la responsabilidad) como externamente (cuanto mejor sea la gestión de la organización mejor servirá a la comunidad)” (Poleo, 2016).

“Asegura que las tareas necesarias sean asignadas al personal apropiado, y crea un plazo para que sean terminadas” (Poleo, 2016).

“Las cuentas se pagan a tiempo, el personal está donde debería estar para prestar los servicios de la organización, las propuestas de financiamiento son escritas y enviadas, se encararan los problemas y, como resultado, la organización funciona sin problemas” (Poleo, 2016).

“Ayuda a que la organización se defina a sí misma” (Poleo, 2016). “Por medio del desarrollo de un plan consistente con su misión y filosofía, la organización puede saber claramente en lo que cree y comunicarle esa certeza a su personal, a su público objetivo y a toda la comunidad” (Poleo, 2016).

Todo plan de mejora tiene las siguientes dimensiones:

DIMENSIONES	INDICADORES
Análisis del área	<ul style="list-style-type: none"> – Características del área – Análisis de las causas – Riesgos – Necesidades
Diseño y planeamiento del Plan de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> – Planteamiento de estrategias – Objetivos que se pretenden con el acompañamiento – Acciones propuestas
Implantación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> – Participación del personal – Ejecución de actividades planificadas – Toma de medidas eficientes
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> – Verificación del proceso de implantación – Obtención de información

a. Análisis del área

Se evalúan su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médica, número y

características de los equipos, instrumental y mobiliario disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.

- Características del área
- Análisis de las causas
- Riesgos
- Necesidades

b. Acompañamiento en el desarrollo del plan de estrategias concretas

El Plan de Mejora debe contener las características del área de mejora, su problemática específica, el proceso en el que impacta, las acciones propuestas, así como los riesgos, las necesidades de formación para realizarlas, el periodo en que se implantará y las formas de seguimiento y evaluación del mismo. Dichas propuestas de mejora deberán ser realistas y concretas, de manera que sean viables a corto, mediano o largo plazo y puedan servir al centro para comprometerse en un proceso continuo de mejora. Para el diseño y elaboración del Plan de Mejora el grupo responsable deberá realizar las siguientes acciones: Definir los objetivos y resultados deseados, partiendo del análisis realizado en la fase anterior. Analizar detenidamente las posibles soluciones, aplicando las herramientas (diagrama de flujo, hoja de control, tormenta de ideas, histograma, etc.) y tomando en cuenta criterios de costo, tiempo de realización, importancia para los implicados y seguridad en la realización, entre otros aspectos. Identificar las acciones que precisa la solución adoptada.

- Planteamiento de estrategias
- Objetivos que se pretenden con el acompañamiento.

- Acciones propuestas

c. Implantación y seguimiento

El objetivo principal es desarrollar un conjunto de acciones para el seguimiento y control de las áreas de mejora detectadas y para ellos es necesario la colaboración de los trabajadores en todas las actividades a desarrollarse eficientemente.

- Participación del personal
- Ejecución de actividades planificadas
- Toma de medidas eficientes

d. Evaluación

Especificar distintos momentos la verificación de la aplicación de los procesos. Especificar los indicadores que permitan evidenciar la resolución del área de mejora.

- Verificación del proceso de implantación
- Obtención de información

1.3.3 Gestión. Definiciones

“Un sistema de gestión de calidad es una estructura operacional de trabajo, bien documental e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales” (Jimenez, 2017, p.17); “para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, la información de la organización de manera práctica y coordinada que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad” (Jimenez, 2017, p.17).

“Al respecto, Neira (2013) señala que la gestión es la *clasificación y ordenamiento de los pasos específicos que se debe seguir para lograr la meta establecida por la organización*” (Jimenez, 2017, p.17).

“De igual modo, la Real Academia Española (2013) nos da la siguiente definición: *Acción y efecto de gestionar. Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera*” (Jimenez, 2017, p.17-18).

“Según Hersey y Blanchard (2011), la gestión es *trabajar con y a través de individuos, grupos y otros recursos para conseguir los objetivos de la organización*” (Jimenez, 2017, p.18).

“Además, la distinción fundamental entre gestión y liderazgo es que los directivos son responsables de los objetivos de la organización mientras que los líderes pueden responsabilizarse tan sólo de un segmento de dichos objetivos” (Jimenez, 2017, p.18). “Las habilidades que deben poseer los líderes y directivos se clasifican en tres categorías generales: técnicas, humanas y conceptuales” (Jimenez, 2017, p.18).

“De ahí que el desarrollo en gerencia de servicios de los directivos y mandos medios en las organizaciones es una de las estrategias que hoy en día deben incorporarse en los programas de capacitación” (Jimenez, 2017, p.18).

1.3.4 Servicios

“Se entiende por servicio a cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa” (Benancio, 2016, p.43). “En otras palabras, el servicio es una actividad realizada para brindar un beneficio o satisfacer una necesidad. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico” (Benancio, 2016, p.43).

“Profundizando en el tema de servicios, se observa que poseen las siguientes características” (Benancio, 2016, p.43):

a. “Intangibilidad: Los servicios no se pueden ver, sentir ni oler antes de comprarlos” (Benancio, 2016, p.43);

b. "Inseparabilidad: La creación de un servicio puede tener lugar mientras se consume, examen de la vista, un viaje, un masaje, un corte de cabello, entre otros" (Benancio, 2016, p.43);

c. "Variabilidad: La calidad de los servicios depende de quienes los proporcionan, así como de cuándo, en dónde y cómo se proporcionan" (Benancio, 2016, p.43);

d. "Carácter perecedero: Los servicios no se pueden almacenar para su venta o utilización posterior" (Benancio, 2016, p.43);

e. "Ausencia de propiedad: Los compradores de un servicio adquieren un derecho, pero no la propiedad del soporte tangible del servicio, es decir, el consumidor paga por un servicio más no por la propiedad" (Benancio, 2016, p.43).

"También se puede clasificar a los servicios en los siguientes tipos" (Benancio, 2016, p.43):

- "Servicios Genéricos: son los que la mayoría de los consumidores necesitan, como ser: alimentos, ropa y la vivienda, descanso, limpieza, transporte, entrenamiento o asesoramiento" (Benancio, 2016, p.43);
- "Servicios Básicos: Servicios mínimos que buscan los consumidores, un ejemplo puede ser cuando una persona solicita el servicio médico a domicilio" (Benancio, 2016, p.43);
- "Servicios aumentados: Son servicios adicionales que se le da al consumidor" (Benancio, 2016, p.43);
- "Servicios Globales: Se le llama a la oferta conjunta de servicios" (Benancio, 2016, p.43);
- "Servicios potenciales: Son los que consumidores imaginan que podrán encontrar dentro del mercado" (Benancio, 2016, p.43).

- “Por último, para poder definir el concepto de calidad de servicio se deberá destacar la importancia del cliente (persona con necesidades y preocupaciones, que no siempre tiene razón, pero que siempre tiene que estar en primer lugar en la visión del negocio” (Benancio, 2016, p.44).

“Además, Jackson Grayson, y O’dell, Carla (2011) refieren que los servicios pueden clasificarse según el grado de intensidad de trabajo que requieren” (Jimenez, 2017, p.31).

“Muchos servicios, entre ellos las reparaciones, la educación, dependen casi exclusivamente del conocimiento y de las habilidades de quienes prestan estos servicios” (Jimenez, 2017, p.31).

“Los servicios intensivos en trabajo son, por lo general, más heterogéneos que los servicios basados en equipos físicos e instalaciones. Los usuarios tienden a considerar los servicios basados en personas como el servicio propiamente dicho” (Jimenez, 2017, p.31). “Por consiguiente, las empresas de servicios han de dedicar atención especial a la selección, capacitación, motivación y control de los empleados que los prestan. Es muy difícil lograr la estandarización de los servicios intensivos en trabajo” (Jimenez, 2017, p.31).

“Otra clasificación de los servicios es según el grado de contacto con el usuario como es el caso de salud. Tratándose de servicios de contacto intensivo, las acciones van dirigidas hacia las personas” (Jimenez, 2017, p.31). “El consumidor ha de estar presente mientras se produce el servicio y, de hecho, el consumidor normalmente ha de ir al lugar donde se produce el servicio” (Jimenez, 2017, p.31-32). “La apariencia de las instalaciones de servicio puede ser un factor importante en la evaluación global que realice el consumidor de un servicio de contacto intensivo” (Jimenez, 2017, p.32).

“También una manera de clasificar los servicios es en función del nivel de habilidad del proveedor del servicio. Los servicios profesionales tienden a ser más complejos y más estrictamente reglamentados que los servicios no profesionales” (Jimenez, 2017, p.32).

“Del mismo modo, los servicios pueden clasificarse según el objetivo que persigue el proveedor del servicio; en general, beneficios u objetivos sin fines de lucro. Las diferencias entre servicios para obtener beneficios y servicios sin fines de lucro son varias” (Jimenez, 2017, p.32). “Los objetivos de las organizaciones sin fines de lucro no se expresan en términos financieros y los beneficios que se obtienen de los servicios prestados no se miden en función de beneficios generados ni de rendimientos sobre las inversiones” (Jimenez, 2017, p.32). “Por otra parte, las organizaciones sin fines de lucro suelen tener dos audiencias: clientes y donantes” (Jimenez, 2017, p.32).

1.3.5 Servicio de la salud : Calidad del servicio de salud

“Los Servicio de la salud son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas” (Jimenez, 2017, p.33).

Desde el punto de vista de los administradores de una institución de salud, la calidad del servicio que se presenta con frecuencia se califica de acuerdo con las credenciales de sus médicos; a los clientes, sin embargo, les preocupan más los tiempos de espera y sus relaciones con los médicos y con el personal de la institución que la universidad de la que puedan proceder los facultativos . (Jimenez, 2017, p.33)

1.3.6 Historia Clínica

“Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del

paciente” (Huerta, 2015); “en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente” (Huerta, 2015).

“La historia clínica es el documento principal de un sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa” (Enciclopedia Libre Universal en Español [ELUE], 2015, p.43). “Además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como único documento de validez legal” (ELUE, 2015, p.43).

La historia clínica detalla a lo largo del tiempo los datos clínicos que tengan relación con la situación del paciente, la relación médico-paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, pero no se limita a ser una narración o exposición de hechos sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y expresiones del consentimiento del paciente . (ELUE, 2015, p.43)

“Según Rey y Rinessi, la historia clínica es el instrumento oficial que adopta la llamada ficha médica como un borrador en algunas situaciones” (Antolinez, Espinosa, Marín, Olarte, & Salazar, 2009, p.10).

Estos autores establecen que la historia clínica es un registro de datos médicos sobre el diagnóstico, terapia y evolución de la enfermedad del paciente y estiman a su vez, que no es simplemente un banco de datos, porque, además de registrar datos y circunstancias, también recoge la opinión del profesional sobre la evolución de la enfermedad, las opiniones de otros facultativos cuando existen interconsultas o los cambios de terapia según las evaluaciones que realice el titular . (Antolinez et al., 2009, p.10)

Finalidad.

“La historia clínica tiene como finalidad primordial recolectar información del estado de salud del paciente, con el fin de lograr una adecuada atención” (Velito & Tejada, 2010, p.02). “La elaboración de una buena historia clínica sirve al profesional en salud para realizar un seguimiento riguroso a través del tiempo, que le brinda una perspectiva completa y general para la atención del individuo” (Velito & Tejada, 2010, p.02). Sus objetivos secundarios se refieren a puntos generales, como:

- a. “Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas” (Velito & Tejada, 2010, p.02).
- b. “Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad” (Velito & Tejada, 2010, p.03). “Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada” (Velito & Tejada, 2010, p.03).
- c. “Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias” (Velito & Tejada, 2010, p.03).
- d. “Médico-legal” (Velito & Tejada, 2010, p.03).

Características de la historia Clínica.

“En la historia clínica, sin duda existe una estrechísima relación entre el médico y el paciente y por ello es por lo que la historia clínica tiene varias características” (Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento [PROSIC], 2011, p.235).

- a. “Es obligatoria, porque es la única forma de medir evolución, pronóstico e impacto terapéutico” (PROSIC, 2011, p.235).
- b. “Es estrictamente confidencial, porque surge de esa relación de confianza entre el médico y el paciente, y que de conocerse o hacerse pública podría afectar al paciente y sus relaciones con la comunidad” (PROSIC, 2011, p.235).
- c. “Es integral, porque reúne el historial personal y de su entorno, la enfermedad actual, las pruebas de gabinete (radiografías u otro tipo de imágenes médicas)” (PROSIC, 2011, p.235); “exámenes de laboratorio, así como el tratamiento médico y todo lo que el accionar terapéutico incluye: dieta, medicamentos, ejercicios, terapias específicas o modificación en el estilo de vida” (PROSIC, 2011, p.235).
- d. “Es estandarizada, porque debe mantener una estructura que permita que la información que se genera pueda ser manipulada o procesada por un sistema informático” (PROSIC, 2011, p.235). “Esta estructura se debe adecuar tanto para el proceso de atención de pacientes, como para otros posibles usos (investigación, auditoria, farmacia y demás)” (PROSIC, 2011, p.235).
- e. “Es concisa, porque conserva solamente aquella información necesaria para realizar un diagnóstico. Desde el punto de vista práctico se consideran 4 elementos que estructuran el flujograma operativo de atención” (PROSIC, 2011, p.235):
 - **Hallazgos Objetivos:** “Se consideran todos los datos relativos a signos vitales, resultados de exámenes físicos y pruebas diagnósticas. Puede también considerar alguna medicación que el paciente reciba” (PROSIC, 2011, p.235).
 - **Hallazgos Subjetivos:** “Se consideran todos los datos que refieran a como se siente el paciente desde el punto de vista del paciente mismo, o de alguna observación que pueda realizar el profesional en salud” (PROSIC, 2011, p.235). “Son datos que no pueden ser confirmados sin

pruebas específicas, por lo que se consideran de carácter descriptivo” (PROSIC, 2011, p.235).

1.3.7 Procesos de administración y gestión de la historia clínica

- Técnico – Administrativo.
- Técnico – Asistencial.

Proceso técnico – administrativo

a. Apertura de la historia clínica.

“La apertura de la Historia Clínica se realizará a todo paciente que llega por primera vez al establecimiento de salud, previa verificación que no cuenta con historia anterior” (Moscoso, 2017, p.101). “A cada usuario que se le apertura una Historia Clínica, se le asignará un número, el cual lo identificará y deberá ser registrado en toda documentación que se genere” (Moscoso, 2017, p.101). “Dicha numeración es correlativa, permanente, única en el establecimiento y continua (no se inicia nueva serie con cada año), nunca se usará de nuevo los números de historia de usuarios fallecidos o cuyas historias hayan sido totalmente depuradas” (Moscoso, 2017, p.101). “Con la apertura de la Historia Clínica, se generará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice física y/o en medio magnética” (Moscoso, 2017, p.101). “En los establecimientos del primer nivel de atención se aperturará la historia Clínica a todos los recién nacidos” (Moscoso, 2017, p.101).

b. Organización y manejo del archivo.

“Las Historias Clínicas se conservarán en forma ordenada, accesible. El archivo de Historia Clínica será centralizado, dividido en un archivo activo y uno pasivo” (Moscoso, 2017, p.102).

Adicionalmente, previa autorización de la jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de Historias Clínicas especiales, dicho archivo funcionará en ambientes físicos separados y contendrá Historias Clínicas que por su contenido son potencialmente de implicancia médico legal, debiendo estar foliadas . (Moscoso, 2017, p.102)

“Es responsabilidad de la Unidad de archivo del establecimiento, implementar este archivo especial, evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de las mismas” (Moscoso, 2017, p.102). “En el I nivel de atención en los establecimientos con población asignada, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el establecimiento de salud” (Moscoso, 2017, p.102).

c. Custodia y conservación de la historia.

“Los establecimientos de salud tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso” (Moscoso, 2017, p.102). “El responsable de la unidad de archivo se encargará de la custodia de las Historias Clínicas en el establecimiento de salud, cuando éstas permanezcan fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona que solicitó la salida” (Moscoso, 2017, p.102).

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo será de cinco años, considerando la fecha de última atención al paciente, debiendo trasladarse al archivo pasivo en forma regular y permanente, al pasar al archivo pasivo las historias conservarán su número original . (Moscoso, 2017, p.103)

“El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo pasivo será de 15 años, considerando la fecha de traslado del archivo activo al pasivo” (Moscoso, 2017, p.103).

d. Confidencialidad y acceso a la historia.

“El paciente tiene derecho a que se le entregue a su solicitud copia de la epicrisis y de su Historia Clínica. (Ley General de Salud artículo 15º inciso i)” (Moscoso, 2017, p.103).

Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que la ley establece (Ley General de Salud artículo 15º inciso b, artículo 25º) . (Moscoso, 2017, p.103)

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento (Ley General de Salud artículo 25º y 30º) . (Moscoso, 2017, p.103)

“En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente” (Moscoso, 2017, p.103).

e. Depuración de historias clínicas.

“La depuración del archivo de Historias Clínicas deberá ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de las historias” (Moscoso, 2017, p.104). “Después de 15 años de inactividad de la historia en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción selectiva, para aquellos casos con episodios de hospitalización y destrucción total para aquellos

casos que sólo tengan consultas externas” (Moscoso, 2017, p.104).

f. Propiedad de historia clínica.

“La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del establecimiento de salud” (Moscoso, 2017, p.105). “La información contenida en la historia es propiedad del paciente, por lo tanto, tiene derecho a ella, según lo estipula la Ley General de Salud” (Moscoso, 2017, p.105). “El personal asistencial que elabora la historia clínica tiene derecho de propiedad intelectual respecto a dicho documento” (Moscoso, 2017, p.105). “En caso de cierre de un establecimiento de salud, el Comité de Historias Clínicas que corresponda según nivel de atención, tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas” (Moscoso, 2017, p.105).

Proceso técnico – asistencial.

a. Elaboración y registro.

- “Todo acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente (Artículo 29º de la Ley General de Salud)” (Moscoso, 2017, p.105).
- “Los registros de los diagnósticos se manejarán de acuerdo con la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10 vigente” (Moscoso, 2017, p.105).
- “El registro de los procedimientos de acuerdo con el CPT actual” (Moscoso, 2017, p.105).
- “Todas las anotaciones contenidas en la Historia Clínica deberán ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo las abreviaturas o siglas aprobadas por el establecimiento” (Moscoso, 2017, p.105).

- “Los errores en la Historia Clínica se corregirán trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección” (Moscoso, 2017, p.105).
- “Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables” (Moscoso, 2017, p.105).
- “Todas las anotaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realizo el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de Colegio Profesional y sello” (Moscoso, 2017, p.105).
- “Los profesionales no médicos que tengan que efectuar anotaciones en la Historia Clínica lo harán en las condiciones arriba señaladas” (Moscoso, 2017, p.105).

1.3.8 Estructura de la historia clínica

La estructura básica de la historia clínica, de acuerdo con la norma técnica del MINSA, se compone de:

- a. “Identificación del paciente: Es la sección de la historia clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su historia clínica y datos sobre el establecimiento de salud” (Ministerio de Salud, 2010, p.67).
- b. “Registro de la atención de salud: En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente” (Ministerio de Salud, 2010, p.67).
- c. “Información complementaria: Corresponde a la sección de resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención” (Ministerio de Salud, 2010, p.67).

“Entre la información complementaria se tiene la contenida en el formato de consentimiento informado, formato de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros y otros que se considere pertinentes” (Ministerio de Salud, 2010, p.67).

1.3.9 Calidad del registro médico en la historia clínica

“Algunos estudios han demostrado que la implementación de intervenciones para mejorar la calidad de los registros bajo un entorno multidisciplinario puede mejorar la práctica profesional, evidenciando un mejor desempeño” (Matzumura et al., 2014, p.252). “Los procesos de auditoría y retroalimentación tienen efectos favorables, sobre todo en el comportamiento; asimismo, su implementación en el área rural puede ser muy limitada y con ello podría generar desigualdades, por lo cual se debería analizar antes de su implementación” (Matzumura et al., 2014, p.252).

“Existen diversos estudios que han demostrado que la calidad de las historias clínicas influye directamente en la calidad de atención al paciente” (Matzumura et al., 2014, p.252). “Se ha considerado el buen desarrollo de las historias clínicas como un parámetro para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud” (Matzumura et al., 2014, p.252).

“Por otra parte, el acto médico que realiza el profesional tiene como sustento a la historia clínica, la misma que tiene que ser veraz y completa” (Matzumura et al., 2014, p.252). “Asimismo, tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden” (Matzumura et al., 2014, p.252).

Además la correcta elaboración de las historias clínicas tiene un beneficio económico, especialmente en las instituciones de salud privadas, en donde se exige una evaluación rigurosa y

detallada de las historias como requisito para un posible reembolso por parte de las aseguradoras, ya que, de no ser así, es la institución de la salud la que debe cubrir el gasto de la intervención . (Matzumura et al., 2014, p.252)

La evaluación técnica del registro médico en la Historia Clínica consta de dos partes. Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

Análisis cuantitativo: “Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar la integridad del registro médico y asegurar que se ajusta a la norma técnica de auditoría y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis” (Ministerio de Salud, 2010, p.72).

Análisis cualitativo. “Es la revisión del registro médico en la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores” (Ministerio de Salud, 2010, p.72).

1.3.10 Problemática asociada con las historias clínicas

“El soporte tradicional de las historias clínicas fue siempre el papel. Dicho formato de almacenamiento trae aparejado algunos problemas en relación con la disponibilidad y accesibilidad, formato y contenido” (González, de Quirós, & Luna, 2012, p.77).

Con relación a la disponibilidad y accesibilidad, se puede mencionar que un problema importante es la falta de integración entre los diferentes niveles de atención (ambulatorio, emergencias, internación, seguimiento domiciliario, cuidados crónicos en hospicios), lo que genera que las historias clínicas estén disponibles en un solo lugar a la vez, disminuyendo su accesibilidad y aumentando su fragmentación y duplicación . (González et al., 2012, p.77)

“Debido a que se necesita dar accesibilidad a otros profesionales actuantes, es habitual que la confidencialidad no pueda garantizarse” (González et al., 2012, p.77).

“Respecto al formato, se observa que las historias clínicas en papel suelen encontrarse poco estructuradas (es común que sean muy personales) y con falta de organización y uniformidad” (González et al., 2012, p.77). “El papel aumenta la probabilidad de extravío de partes de la historia clínica, así como el archivado parcial o erróneo. Se deterioran con el tiempo y consumen mucho espacio físico y recursos para su almacenamiento y manipulación” (González et al., 2012, p.77).

“Por último, en lo que concierne al contenido, los documentos manuscritos son frecuentemente ilegibles e incompletos y la información puede ser alterada” (González et al., 2012, p.78). “Pacientes crónicamente enfermos pueden acumular cantidades inmanejables de papel a través del tiempo y la recuperación de la información es una tarea manual muy costosa” (González et al., 2012, p.78).

1.3.11 Marco Legal

- Ley general de salud ley N° 26842. Artículo 29o.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.
- La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente ley.
- El médico y el cirujano-dentista quedan obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido (Normas Legales El Peruano, 1997).
- Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA que aprueba la directiva administrativa N°183-MINSA/OGEI V.01 *Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la*

estandarización del registro en la historia clínica electrónica (Ministerio de salud, 2011).

- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la Norma Técnica N°22/MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Es de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del sector público y privado y tiene como objetivos:
 - Establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica en el ámbito del sector salud.
 - Estandarizar el contenido básico de la historia clínica para garantizar un apropiado registro de la atención de salud.
- Ley N° 30024, publicada el 22 de mayo del 2013, ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (Normas Legales. El Peruano, 2013).
- Decreto Supremo N° 083-2011-PCM el registro de historias clínicas electrónicas utilizará firmas y digitales garantizando la identidad de los actores y la y seguridad de la información (Normas Legales. El Peruano, 2011).
- Ley 29733, la información contenida en las historias clínicas electrónicas es de propiedad de los pacientes el paciente tiene derecho a la reserva de su información clínica con las excepciones que establece la ley general de salud N° 26842, la validez de las historias clínicas electrónicas tiene el mismo valor legal que la historia clínica manuscrita (Ley 29733).
- Las historias clínicas manuscritas se continuarán elaborando en tanto se implemente totalmente el uso de las historias clínicas electrónicas.

1.3.12 Calidad de la atención sanitaria

Donabedian (1980): *“Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todos sus componentes”*. (Rodríguez, 2014, p.55-68).

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como *“una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*.

1.3.13 Componentes de la calidad asistencial

“Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta” (Guerra & Loyola, 2015, p.31):

- “El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos” (Guerra & Loyola, 2015, p.31).
- “El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general” (Guerra & Loyola, 2015, p.31). “Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual” (Guerra & Loyola, 2015, p.31).
- “Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable” (Guerra & Loyola, 2015, p.31).

“Abordar el concepto de calidad asistencial implica necesariamente considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia. Estos grupos quedan definidos del modo siguiente” (Villegas & Rosa, 2003, p.51):

- “Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención” (Villegas & Rosa, 2003, p.51). “Ellos quieren ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, para que se les alivie el dolor o la molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud” (Villegas & Rosa, 2003, p.51).
- “Los profesionales son los que proporcionan la atención. Necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios” (Villegas & Rosa, 2003, p.51). “Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones” (Villegas & Rosa, 2003, p.51). “Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades” (Villegas & Rosa, 2003, p.51).
- “La Administración es la encargada de proporcionar esos recursos necesarios y, además, promueve un uso adecuado y eficiente de los mismos; el objetivo final es lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional” (Villegas & Rosa, 2003, p.51-52).

1.3.14 Auditoria de la calidad de los registros asistenciales.

“La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud” (Olivera, 2012, p.31); “en donde se deben considerar entre otros, los siguientes aspectos: Registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento” (Olivera, 2012, p.31). “Ordenamiento cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la

Historia Clínica en relación con la atención del paciente” (Olivera, 2012, p.31). “Los modelos que elaboren los Comités Auditores deberán ser detallados y variar según se evalúen atenciones realizadas en áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, u otros servicios” (Olivera, 2012, p.31).

1.3.15 Evaluación de la calidad de las historias clínicas y auditoría médica.

“No se debe confundir, por tratarse de cuestiones distintas, la evaluación de la calidad de la historia clínica con la evaluación de la calidad de la asistencia” (Renau & Pérez, 2001, p.33). “Las revisiones cuantitativa y cualitativa son análisis de la documentación de las historias clínicas diseñados para ayudar al personal sanitario a mejorar su documentación” (Renau & Pérez, 2001, p.33). “La revisión cuantitativa y cualitativa da como resultado una mayor cumplimentación o exhaustividad de las historias clínicas y contribuye a una mejora práctica en el uso de la historia clínica” (Renau & Pérez, 2001, p.33). “Las evaluaciones o revisiones de calidad de la asistencia, por otra parte, son realizadas por grupos de clínicos para asegurar que la atención prestada sea de calidad” (Renau & Pérez, 2001, p.33). “Utilizan las historias clínicas como documentación de la atención prestada, pero su objetivo básico se centra en la atención realizada, no en la forma en cómo ésta se documentó” (Renau & Pérez, 2001, p.33). “Por tanto, en los estudios de calidad de la historia, al revisar la documentación clínica lo que estamos evaluando es cómo se documenta la asistencia y no la calidad de ésta” (Renau & Pérez, 2001, p.33).

Aunque con frecuencia se afirma que la presencia de historias clínicas completas y realizadas de forma adecuada se suele asociar con una mayor calidad del proceso asistencial, no conocemos ningún estudio que haya establecido la relación entre el grado de cumplimentación de las historias y la calidad de la atención. (Renau & Pérez, 2001, p.33)

1.3.16 Dimensiones para la evaluación de la calidad del registro médico

A. Datos generales de la auditoría

Miembros del comité de auditoría: Nombres completos de los auditores

Número de auditoría Número de auditoría realizada

Fecha de auditoría Fecha en que se realiza la auditoría

Servicio auditado Servicio seleccionado para realizar la auditoría

Asunto: Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)

Fecha de la atención brindada Fecha de la atención.

Codificación de la historia clínica: Colocar el número de la historia clínica.

Codificación del personal tratante: Registro de matrícula del Colegio profesional.

Diagnóstico del alta: Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica

B. Filiación

- Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.

N° de historia clínica

Nombres y apellidos del paciente

Tipo y N° de seguro

Lugar y fecha de nacimiento

Edad

Sexo

Domicilio actual
Lugar de procedencia
DNI
Estado civil
Grado de instrucción
Ocupación
Religión
Teléfono
Acompañante
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable

- No existe: No se registran los datos.

C. Anamnesis

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

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

Signos y síntomas principales

Desarrollo cronológico de la enfermedad Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto:

No se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos

Y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico.

No existe: no se registra el dato.

Antecedentes: Fisiológicos, patológicos, epidemiológicos y ocupacionales

Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica

Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.

D. Examen clínico

Funciones vitales Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T^0), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: No se registran los datos completos. No existe: no se registra ningún dato

Glasgow: Apertura Ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora

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

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

Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los

aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.

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

E. Diagnósticos

Diagnóstico Presuntivo

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

Diagnóstico Definitivo

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

No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.

F. Plan de trabajo

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

Interconsultas **Completo:** Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. **Incompleta:** No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. **En exceso:** se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, **No existe:** no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.

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

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos **Completo:** Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico **Incompleta:** No se consigna la indicación de todos los

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

Informes

G. Alta

Especifica indicaciones de alta: Condición de egreso del paciente Medicamentos prescritos, Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.

H. Tratamiento

Se deberá tener en cuenta:

- Medidas Generales
- Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).
- Consigna presentación
- Dosis del medicamento
- Frecuencia del medicamento
- Vía de administración

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

I. Notas de evolución

Es el seguimiento de la evolución. Se debe considerar

- Fecha y hora de evolución
- Nota de Ingreso
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación de exámenes y comentario
- Plan de trabajo
- Consigna funciones vitales
- Procedimientos realizados

1.4 Formulación del problema

¿Cómo un plan de mejora contribuye en la calidad del registro médico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca?

1.5 Justificación del estudio

La Historia clínica, tiene un gran impacto social porque son un aporte para el desarrollo del país, ha sido diseñado con el propósito de apoyar a los establecimientos de salud en el correcto registro de la información clínica y administrativa.

La realización de la investigación fue conveniente para conocer si las historias clínicas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca cumplen en la mejora de la calidad del registro, teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento en la cual se registra el proceso de la atención, es importante su correcto registro, la misma que puede ser verificada a través de la evaluación de la calidad de la historia clínica, para mejorar y brindar calidad en la atención de las prestaciones de salud.

Con los resultados del estudio se beneficiaron directamente los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo, ya que permitió identificar las deficiencias en el registro atención y se pudo

elaborar un plan de mejoras continuas en la calidad del registro de la atención.

A su vez el estudio contribuyó al enriquecimiento del conocimiento científico, pudiendo resultar como punto de partida para futuras investigaciones.

Además, dado que no se tiene referencia de estudios realizados en nuestro país sobre la calidad del registro medico en emergencia en establecimientos del MINSA, la elaboración de este estudio realizó un aporte importante a las instituciones de salud.

1.6 Hipótesis

Para la presente investigación no se planteó hipótesis por ser descriptiva, por lo que para este tipo de estudios es opcional. (Hernández, 2014, p, 104).

1.7 Objetivos

1.7.1 General

Proponer un plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

1.7.2 Específicos

Identificar el nivel de calidad del registro medico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Identificar el nivel de calidad del registro de la historia clínica para cada dimensión en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Diseñar un plan de mejora para optimizar el registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Validar el plan de mejora a través de juicio de expertos en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

CAPÍTULO II

MÉTODO

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de investigación

“La investigación fue de tipo no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

Por su naturaleza fue cuantitativo porque tuvo que describir y explicar los fenómenos asociados a las variables en estudio y fueron susceptibles de cuantificación, se utilizó la metodología empírico analítico y se sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos . (Hernández et al., 2006, p. 244-259)

“Tiene como objetivo central la descripción de los fenómenos. Se situó en un primer nivel del conocimiento científico” (Hernández et al., 2006, p. 244-259). “La investigación descriptiva buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández et al., 2006, p. 244-259). “Por su alcance temporal el corte de la metodología de recolección de datos fue transversal por cuanto se consultó a la muestra en solo un momento específico” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

El diseño fue de tipo descriptivo simple con propuesta en el cual el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, no presentándose la administración o control de un tratamiento, es decir está constituida por una variable y una población.

Esquema:

M – O - P

Dónde:

M: Historias clínicas de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

O: Información de la calidad del registro médico.

P: Propuesta de plan de mejora de la calidad del registro médico

2.2. Variables y Operacionalización

Variable: Plan de Mejora

Definición Conceptual

El Plan de mejora viene a hacer un conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas con la finalidad de mejorar de manera consecuente y consecutiva la calidad de servicios de salud en establecimientos de salud. (Pastor, 2017)

Definición Operacional

La variable no fue desarrollada en este estudio porque se trató un estudio descriptivo con propuesta. El plan de mejora en esta investigación no se aplicó debido a los tiempos limitados, dejándose para próximos estudios.

Variable: Calidad del registro médico.

Definición Conceptual

Es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales que debe contener la Historia Clínica, en relación a un determinado servicio asistencial (Norma Técnica de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud, MINSA, 2016).

Definición Operacional

La variable fue evaluada teniendo en cuenta el formato de registro médico: Formato de Auditoría de la Calidad del Registro de la Consulta de emergencia de la Norma y Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud, elaborado y validado por el MINSA.

2.2.1 Operacionalización de la variable

Variable independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Plan de Mejora	El Plan de mejora viene a hacer un conjunto de acciones planificadas, jerarquizadas y ordenadas con la finalidad de mejorar de manera consecuente y consecutiva la calidad de servicios de salud en centros de salud. (Pastor, 2017)	El plan de mejora en esta investigación no se aplicó debido a los tiempos limitados, dejándose para próximos estudios.	Análisis del problema del registro médico en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> – Características del problema – Análisis de las causas – Riesgos – Necesidades
			Diseño y planeamiento del plan de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> – Planteamiento de estrategias – Objetivos que se pretenden con el acompañamiento – Acciones propuestas
			Implantación y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> – Participación del personal – Ejecución de actividades planificadas – Toma de medidas eficientes
			Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> – Verificación del proceso de implantación – Obtención de información

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Técnica y/o Instrumento
Calidad del registro	Es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales que debe contener la Historia Clínica, en relación a un determinado servicio asistencial (Norma Técnica de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud, MINSA, 2016).	La variable fue evaluada teniendo en cuenta el formato de registro médico.	DATOS GENERALES	Miembros del comité de auditoría Número de auditorías Fecha de auditoría Servicio Asunto Fecha de la atención Codificación Diagnóstico	Formato de Auditoría de la Calidad del Registro de la Consulta de emergencia de la Norma y Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud.
			FILIACIÓN	N° de historia clínica Nombres y apellidos del paciente Tipo y N° de seguro Lugar y fecha de nacimiento Edad Sexo Domicilio actual Lugar de procedencia DNI Estado civil Grado de instrucción	

				<p>Ocupación Religión Teléfono Acompañante Domicilio y/o teléfono de la persona responsable</p> <p>Fecha y hora de atención Tiempo de enfermedad Signos y síntomas principales Desarrollo cronológico de la enfermedad Antecedentes</p> <p>Funciones vitales Glasgow Peso Estado general Examen clínico</p> <p>Presuntivo Definitivo CIE-10</p> <p>Exámenes Interconsultas</p>	
			ANAMNESIS		
			EXAMEN CLINICO		
			DIAGNÓSTICOS		

			PLAN DE TRABAJO	Referencias oportunas Procedimientos diagnósticos y terapéuticos Informes	
			INDICACIONES ESPECIFICAS DE ALTA	Condición de egreso Medicamentos prescritos Cuidados	
			TRATAMIENTO	Medicinas generales Presentación Dosis Frecuencia Vía	
			NOTAS DE EVOLUCIÓN	Fecha y hora Nota de ingreso Apreciación subjetiva Apreciación objetiva Verificación de tratamiento y dieta Interpretación de exámenes y comentario Plan de trabajo Consigna funciones vitales Procedimientos realizados	

			<p>REGISTRO DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA</p> <p>ATRIBUTOS DE LA HCL</p>	<p>Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería Notas obstetricia y/o enfermería Hoja de funciones vitales Hoja de balance hídrico Kardex Firma y sello del Profesional</p> <p>Firma y sello del médico tratante Prioridad de atención Pulcritud Legibilidad No uso de abreviaturas</p>	
--	--	--	--	---	--

2.3. Población y muestra.

2.3.1 Población

“En términos estadísticos, población es un conjunto finito o infinito de personas, animales o cosas que presentan características comunes, sobre los cuales se quiere efectuar un estudio determinado” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Por lo tanto la población de este estudio estuvo conformada por 1562 historias clínicas del servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, distribuidos como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 1.
Población de Historias de Clínica, servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, Enero-Marzo 2017

2017	
Mes	Atendidos en Emergencia
Enero	566
Febrero	432
Marzo	564
<i>Total</i>	1562

Fuente: Base de datos del Sisgalenplus

2.3.2 Muestra

La muestra es un subconjunto de la población, seleccionado de tal forma, que sea representativo de la población en estudio.

En la investigación para elegir el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo de tipo Probabilístico, con la siguiente fórmula.

El tamaño de muestra fue obtenido mediante la fórmula

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

Donde

n = es el tamaño de la muestra;

Z= es el nivel de confianza;

p= es la variabilidad positiva;

q= es la variabilidad negativa;

N= es el tamaño de la población;

E= es la precisión o el error.

Luego para el estudio siguiente se tuvo en cuenta una población de 1562 historias clínicas y se consideró una confianza del 95%, un porcentaje de error del 5% y con la proporción del valor esperado conocida consideremos p= 0.05

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (1562)}{(1562 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{0.9604 * 1562}{1561 * 0.0025 + 0.9604}$$

$$n = \frac{633.864}{2.6070} = 203.14 = 203$$

Encontrando la fracción muestral:

$$F = \frac{n}{N}$$

F: fracción muestral

N: tamaño de la población

n: tamaño de muestra

Reemplazando:

$$F = \frac{n}{N} * 100\%$$

$$F = \frac{203}{1562} * 100\% = 13.00\%$$

Como la fracción muestral es mayor igual al 5% debemos hacer cálculo de muestra ajustada

$$Muestra\ ajustada(n.a) = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$n.a = \frac{203}{1 + \frac{361}{1562}} = \frac{203}{1.37} = 179.76 = 180$$

La muestra para el estudio estuvo conformada por 180 historias clínicas, de pacientes atendidos en el servicio de emergencia periodo Enero – Marzo 2017. Para la selección de las historias clínicas se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión.

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia periodo Enero a Marzo 2017.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de otros servicios
- Historias clínicas de pacientes continuadores.
- Historias clínicas que no comprendidas en la fecha de estudio.
- Historias clínicas electrónicas.

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

2.4.1 Técnicas

“Las técnicas son procedimientos sistematizados, operativos que sirven para la solución de problemas prácticos” (Sánchez & Reyes, 2006). “Las técnicas fueron seleccionadas teniendo en cuenta lo que se investiga, porqué, para qué y cómo se investiga” (Sánchez & Reyes, 2006). La técnica utilizada en esta investigación fue la encuesta.

2.4.2 Instrumentos

Instrumentos: El instrumento utilizado fue el Formato de Auditoría de la Calidad del Registro de la Consulta de emergencia de la Norma y Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud, elaborado y validado por el MINSA (Ministerio de salud, 2011).

• **Criterios de calificación:** Indican el estado en que se encuentra el establecimiento de salud respecto al requisito que se evalúa y se utiliza las columnas con el siguiente significado:

Si (1): Respuesta es afirmativa o no aplica.

No (0): Si es Negativa.

• **Criterios de valoración:** Son los siguientes:

Satisfactorio: 90 – 100 % del puntaje máximo esperado

Por mejorar: 75-89 % del puntaje máximo esperado

Deficiente: Menor del 75 % del puntaje máximo esperado

Validez Posee la validación de los especialistas del ministerio de salud.

2.4.3 Metodología

Esta investigación comprendió los siguientes métodos:

Observación: “Proceso de conocimiento por el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en el objeto de conocimiento” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006, págs. 244-259).

Análisis: “Es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades” (Hernández et al., 2006, 244-259). “El análisis permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

Abstracción: “Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos tratando de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

“Por medio de la abstracción el objeto es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos; la formación de estos es el modo de lograr un nuevo conocimiento concreto” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

Inductivo: “Procedimiento mediante el cual a partir de acontecimientos únicos se pasa a propuestas generales, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en el planteamiento de la propuesta” (Hernández et al., 2006, p. 244-259).

2.5. Métodos de análisis de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la escuela de post grado de la Universidad Cesar Vallejo, se solicitó el permiso al Jefe del Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca donde se realizó la investigación, luego se procedió a la recolección de la información mediante la aplicación del instrumento Formato de Auditoría de la Calidad del Registro de la Consulta de emergencia de la Norma y Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud. Finalmente se verificó que todos los registros estuvieran debidamente llenados para iniciar el procesamiento de los datos.

En la presente investigación se utilizó para el procesamiento estadístico de los datos el software SPSS versión 24 y los resultados fueron presentados en tablas y gráficos detallando la frecuencia y porcentajes.

2.6. Aspectos éticos

Para esta investigación se aplicaron los principios planteados en el informe Belmont.

Principio de la Beneficencia. “Este principio consiste en tratar a las personas de una manera ética que implica no solo respetar a sus decisiones, sino también procurar su bienestar” (Adrianzén, 2012, p.98). “En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles” (Adrianzén, 2012, p.98).

Este principio se tuvo en consideración al momento de extraer la información para evaluación de la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, respetando los datos encontrados.

Principio de Justicia. “Se habla de justicia en el sentido de equidad en la distribución o lo que se merece” (Adrianzén, 2012, p.98). “Una manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad, por eso se siguió este principio brindando un trato justo, en la recolección de los datos de la historia clínica” (Adrianzén, 2012, p.98).

Se describe en este principio que ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún derecho, en cuanto a la información brindada por tanto prevaleció la confidencialidad de los datos del servicio emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Principio de Respeto a la dignidad humana. “El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los trabajadores deberán ser tratados como agentes autónomos y segundos, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas” (Adrianzén, 2012, p.98).

Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida se tuvo en cuenta esta

convicción ética que determinó que los datos información para evaluación de la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, fueron tratados como agente autónomo.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

III. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Datos Generales en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Datos Generales	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 1 se muestra los resultados observados en cuanto a la dimensión datos generales donde el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

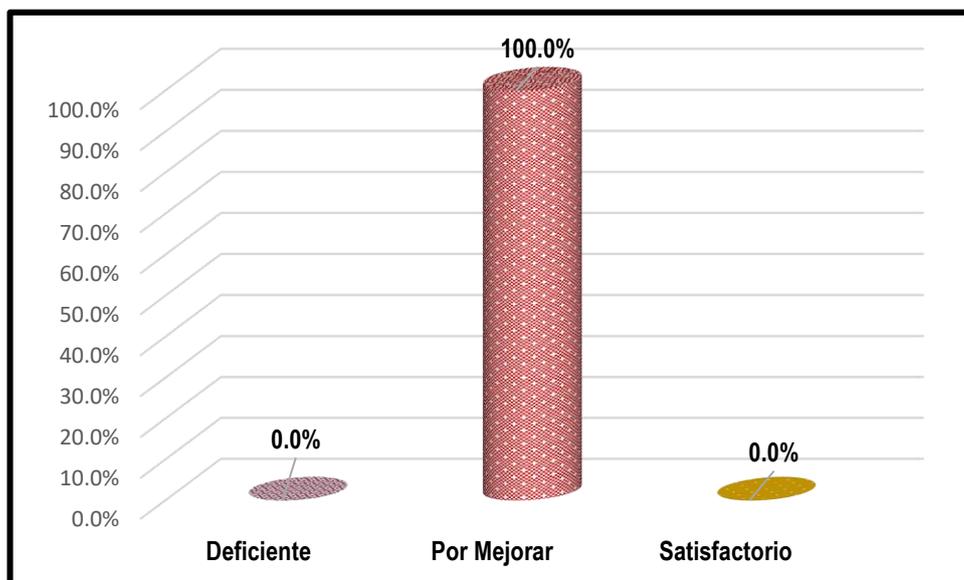


Figura 1: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Datos Generales en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 2

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Filiación en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Filiación	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	53
		%	29,4%
	Satisfactorio	Recuento	127
		%	70,6%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 2 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión filiación donde el 29,4% del nivel de cumplimiento está por mejorar; mientras que el 70,6% del nivel de cumplimiento es satisfactorio.

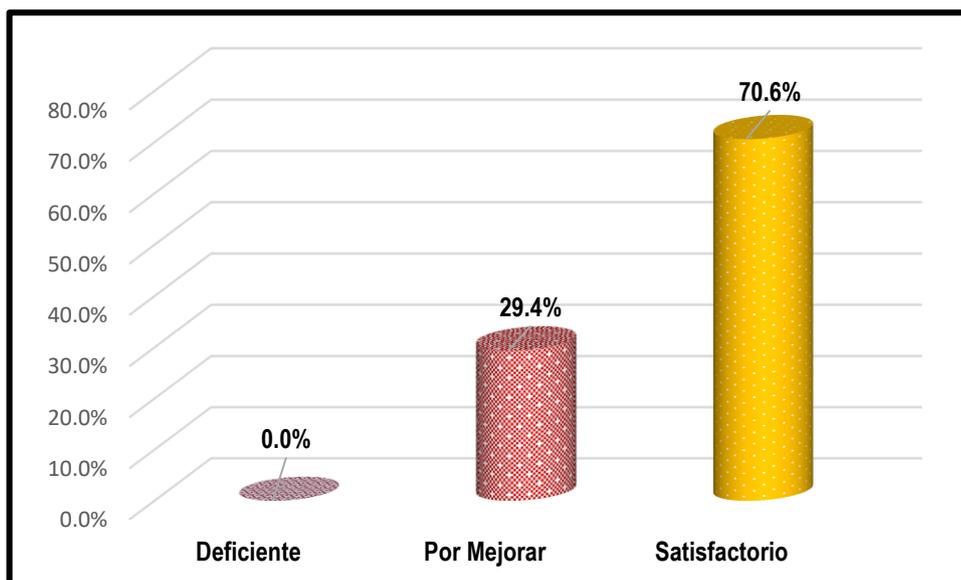


Figura 2: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Filiación en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 3

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Anamnesis en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Anamnesis	Deficiente	Recuento	93
		%	51,7%
	Por mejorar	Recuento	87
		%	48,3%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 3 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión Anamnesis donde el 51,7% de nivel de cumplimiento es deficiente; 48,3% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

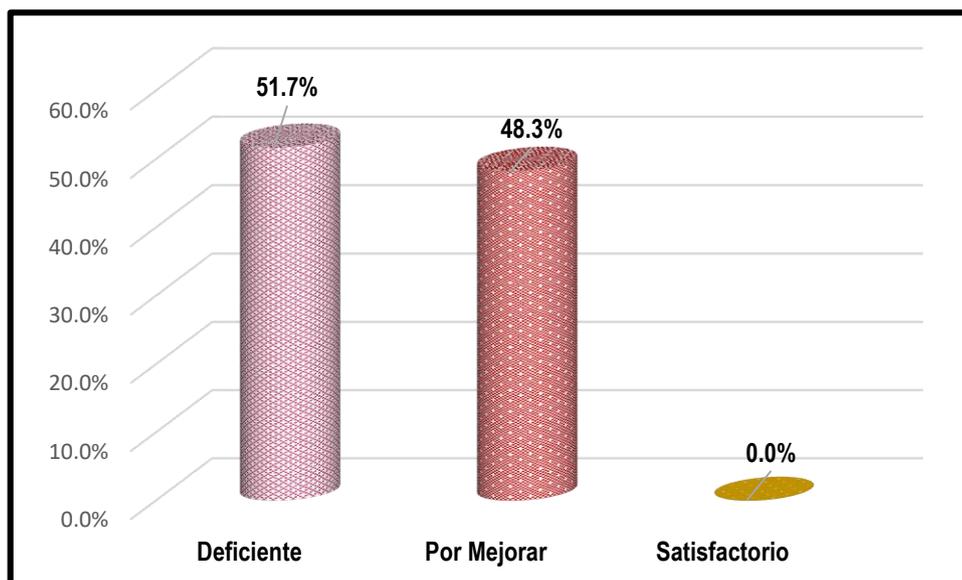


Figura 3: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Anamnesis en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 4

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Examen Clínico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Examen Clínico	Deficiente	Recuento	67
		%	37,2%
	Por mejorar	Recuento	113
		%	62,8%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 4 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión Examen Clínico donde el 37,2% de nivel de cumplimiento es deficiente; 62,8% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

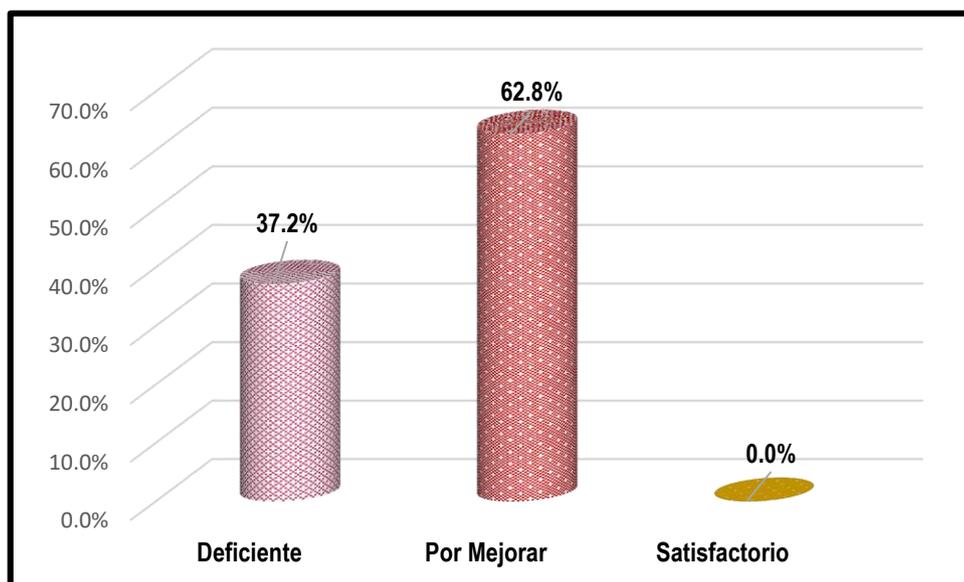


Figura 4: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Examen Clínico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 5

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Diagnóstico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Diagnostico	Deficiente	Recuento	14
		%	7,8%
	Por mejorar	Recuento	146
		%	81,1%
	Satisfactorio	Recuento	20
		%	11,1%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 5 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión Diagnóstico donde el 7,8% de nivel de cumplimiento es deficiente; 81,1% del nivel de cumplimiento está por mejorar y el 28,3% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

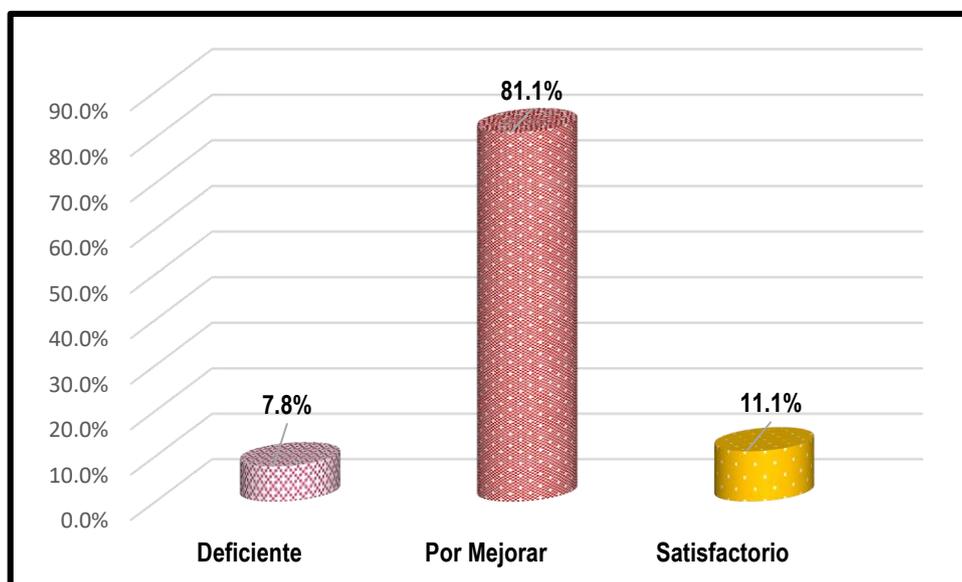


Figura 5: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Diagnóstico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 6

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Plan de Trabajo en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Plan de Trabajo	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	129
		%	71,7%
	Satisfactorio	Recuento	51
		%	28,3%
Total	Recuento	180	
	%	100,0%	

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 6 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión Plan de Trabajo donde el 71,7% del nivel de cumplimiento está por mejorar y el 28,3% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

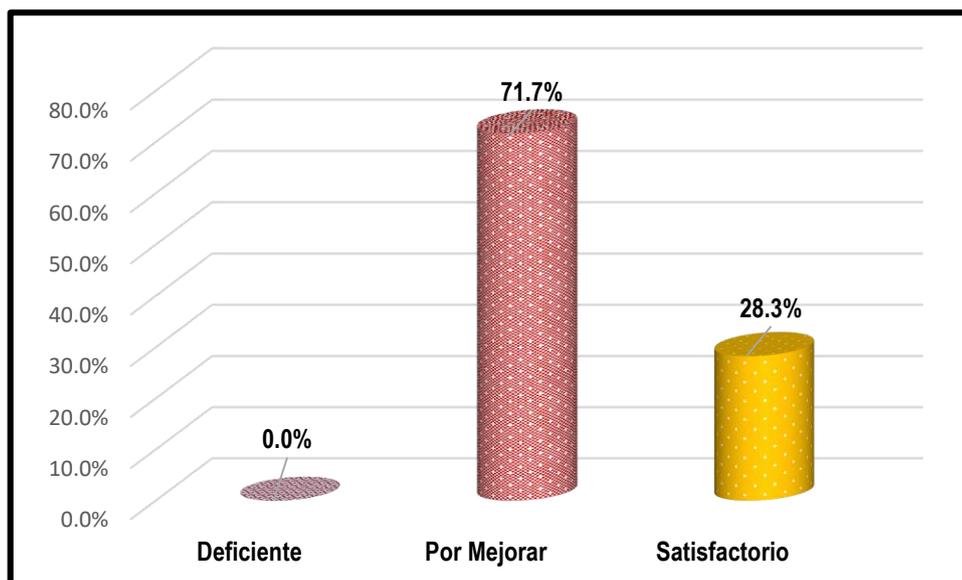


Figura 6: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Plan de Trabajo en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 7

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Indicaciones Especificas de Alta en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Indicaciones Especificas de Alta	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	19
		%	10,6%
	Satisfactorio	Recuento	161
		%	89,4%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 7 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión Indicaciones Especificas de Alta donde el 10,6% del nivel de cumplimiento está por mejorar y el 89,4% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

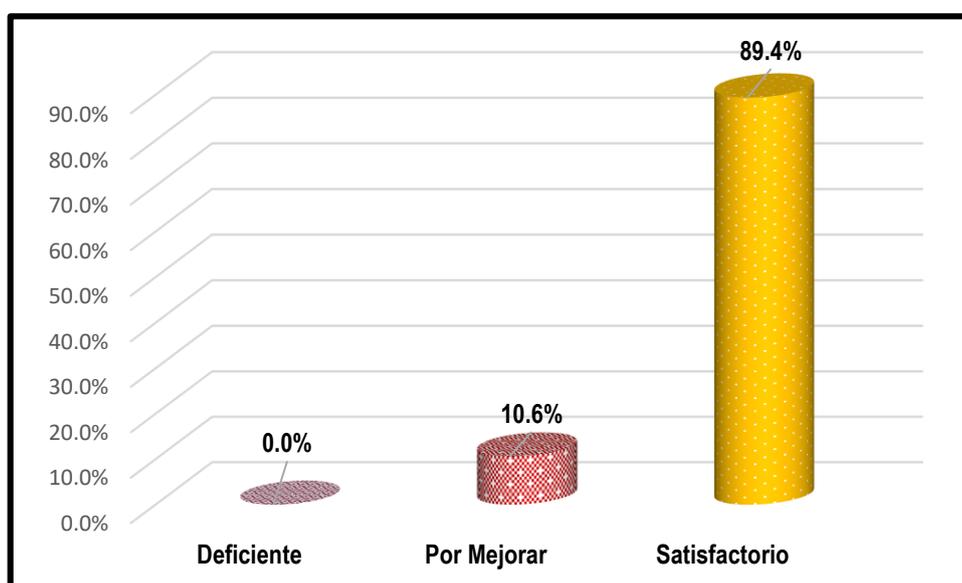


Figura 7: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Indicaciones Especificas de Alta en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 8

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Tratamiento en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Tratamiento	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 8 se muestra los resultados observados con respecto a la dimensión tratamiento donde el 100,0% del nivel de cumplimiento es por mejorar.

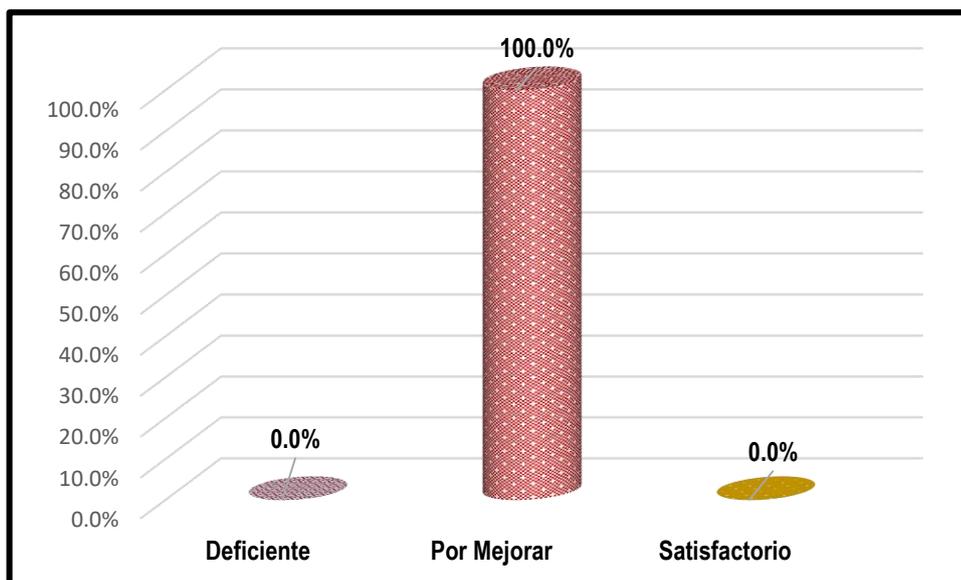


Figura 8: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Tratamiento en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 9

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Notas de Evolución en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Notas de Evolución	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Total	Recuento	180	
	%	100,0%	

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 9 se muestra los resultados observados en cuanto a la dimensión Notas de Evolución donde el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

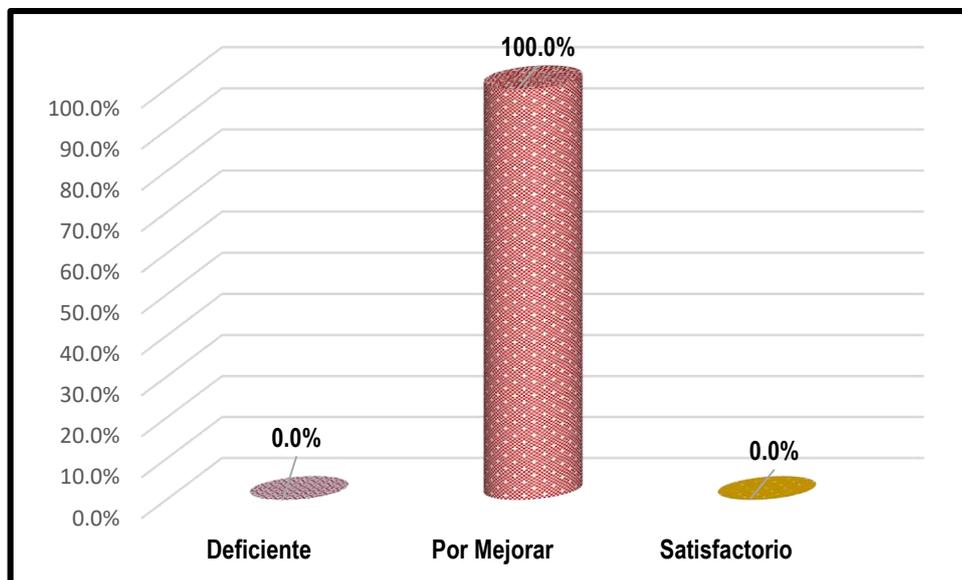


Figura 9: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica en la dimensión Notas de Evolución en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 10

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica sobre el Registro de Obstetricia y/o Enfermería en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Registro de Obstetricia y/o Enfermería	Deficiente	Recuento	64
		%	35,6%
	Por mejorar	Recuento	72
		%	40,0%
	Satisfactorio	Recuento	44
		%	24,4%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 10 se muestra los resultados observados con respecto al Registro de Obstetricia y/o Enfermería donde el 35,6% de nivel de cumplimiento es deficiente; 40,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar y el 24,4% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

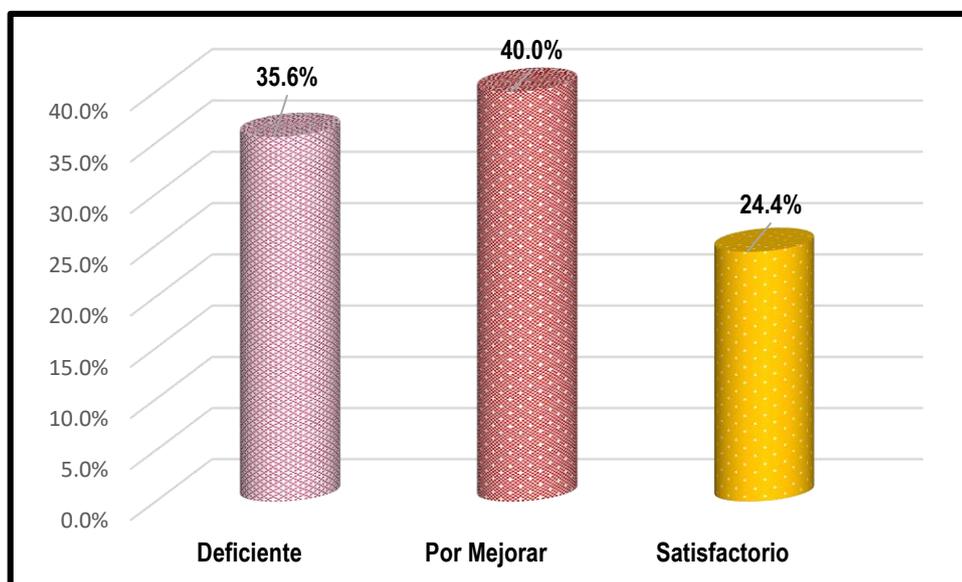


Figura 10: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica sobre el Registro de Obstetricia y/o Enfermería en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 11

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica sobre los Atributos de la HCL en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

		registros	
Atributos de la HCL	Deficiente	Recuento	66
		%	36,7%
	Por mejorar	Recuento	101
		%	56,1%
	Satisfactorio	Recuento	13
		%	7,2%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 11 se muestra los resultados observados con respecto a los Atributos de la HCL donde el 36,7% de nivel de cumplimiento es deficiente; 56,1% del nivel de cumplimiento está por mejorar y el 7,2% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

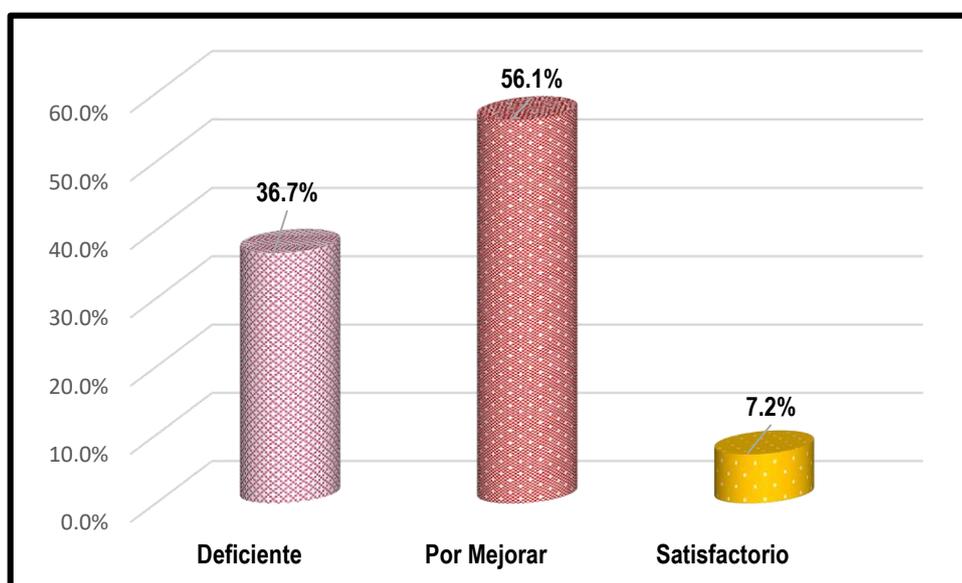


Figura 11: Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica sobre los Atributos de la HCL en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

Tabla 12

Nivel de calidad del Registro Médico en el servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

		registros	
Nivel de calidad	Deficiente	Recuento	81
		%	45,0%
	Por mejorar	Recuento	72
		%	40,0%
	Satisfactorio	Recuento	27
		%	15,0%
Total		Recuento	180
		%	100,0%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En la tabla y figura 12 se muestra los resultados observados con respecto al nivel de la Calidad del Registro Médico donde el 45,0% es deficiente; 40,0% está por mejorar y el 15,0% es satisfactorio.

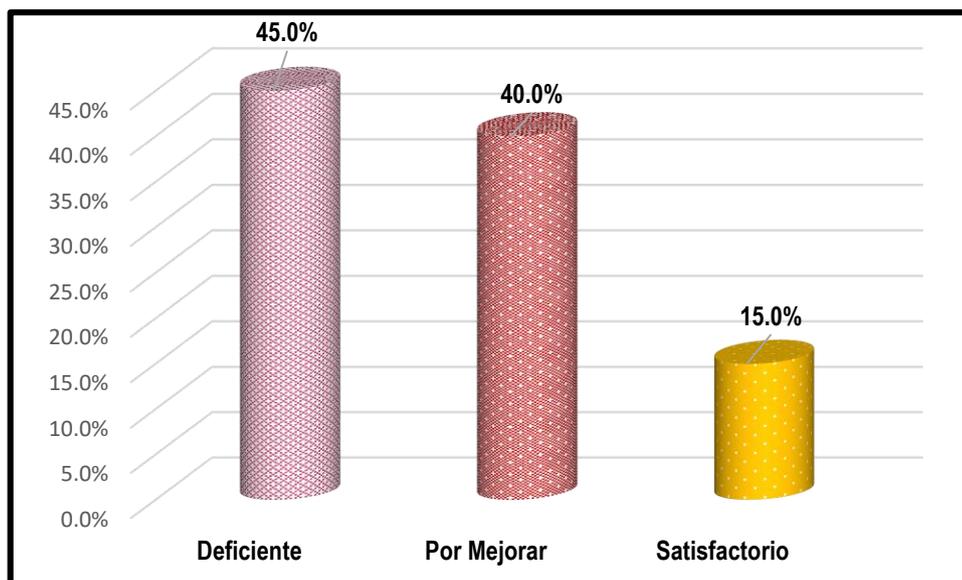


Figura 12: Nivel de calidad del Registro Médico en el servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Tabla 13

Nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica según sus dimensiones en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

		Registros	
Datos generales	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Filiación	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	53
		%	29,4%
	Satisfactorio	Recuento	127
		%	70,6%
Anamnesis	Deficiente	Recuento	93
		%	51,7%
	Por mejorar	Recuento	87
		%	48,3%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Examen Clínico	Deficiente	Recuento	67
		%	37,2%
	Por mejorar	Recuento	113
		%	62,8%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Diagnóstico	Deficiente	Recuento	21
		%	53,8%
	Por mejorar	Recuento	15
		%	38,5%
	Satisfactorio	Recuento	3
		%	7,7%
Plan de Trabajo	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	129
		%	71,7%
	Satisfactorio	Recuento	51
		%	28,3%

Indicaciones Específicas de Alta	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	19
		%	10,6%
	Satisfactorio	Recuento	161
		%	89,4%
Tratamiento	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Notas de Evolución	Deficiente	Recuento	0
		%	0,0%
	Por mejorar	Recuento	180
		%	100,0%
	Satisfactorio	Recuento	0
		%	0,0%
Registro de Obstetricia y/o Enfermería	Deficiente	Recuento	64
		%	35,6%
	Por mejorar	Recuento	72
		%	40,0%
	Satisfactorio	Recuento	44
		%	24,4%
Atributos de la HCL	Deficiente	Recuento	66
		%	36,7%
	Por mejorar	Recuento	101
		%	56,1%
	Satisfactorio	Recuento	13
		%	7,2%

Fuente: Historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo

En el nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica según sus dimensiones se observa que:

En la dimensión Diagnostico el 53,8% de los registros es deficiente, seguido de la dimensión Anamnesis donde el 51,7% de los registros son deficientes.

En la dimensión datos generales se observa que el 100,0% de los registros esta por mejorar, seguido de la dimensión Plan de Trabajo donde el 71,7% de los registros están por mejorar y en dimensión examen clínico se tiene que el 62,8% está por mejorar.

En la dimensión filiación se observa que el 70,6% de los registros son satisfactorios, seguido de la dimensión plan de trabajo donde el 28,3% de los registros son satisfactorios.

En el nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica según sus dimensiones se observa que:

En la dimensión Atributos de la HCL se observa que el 36,7% de los registros es deficiente, seguido de la dimensión registro de obstetricia y/o enfermería donde el 35,6% de los registros son deficientes.

En la dimensión tratamiento se observa que el 100,0% de los registros esta por mejorar, de manera similar en la dimensión notas de evolución se tiene que el 100,0% de los registros esta por mejorar, seguido de la dimensión Atributos de la HCL donde el 56,1% de los registros están por mejorar y en la dimensión registro de obstetricia y/o enfermería se tiene que el 40,0% está por mejorar.

En la dimensión Indicaciones Específicas de Alta se observa que el 89,4% de los registros son satisfactorios, seguido de la dimensión registro de obstetricia y/o enfermería donde el 24,4% de los registros son satisfactorios

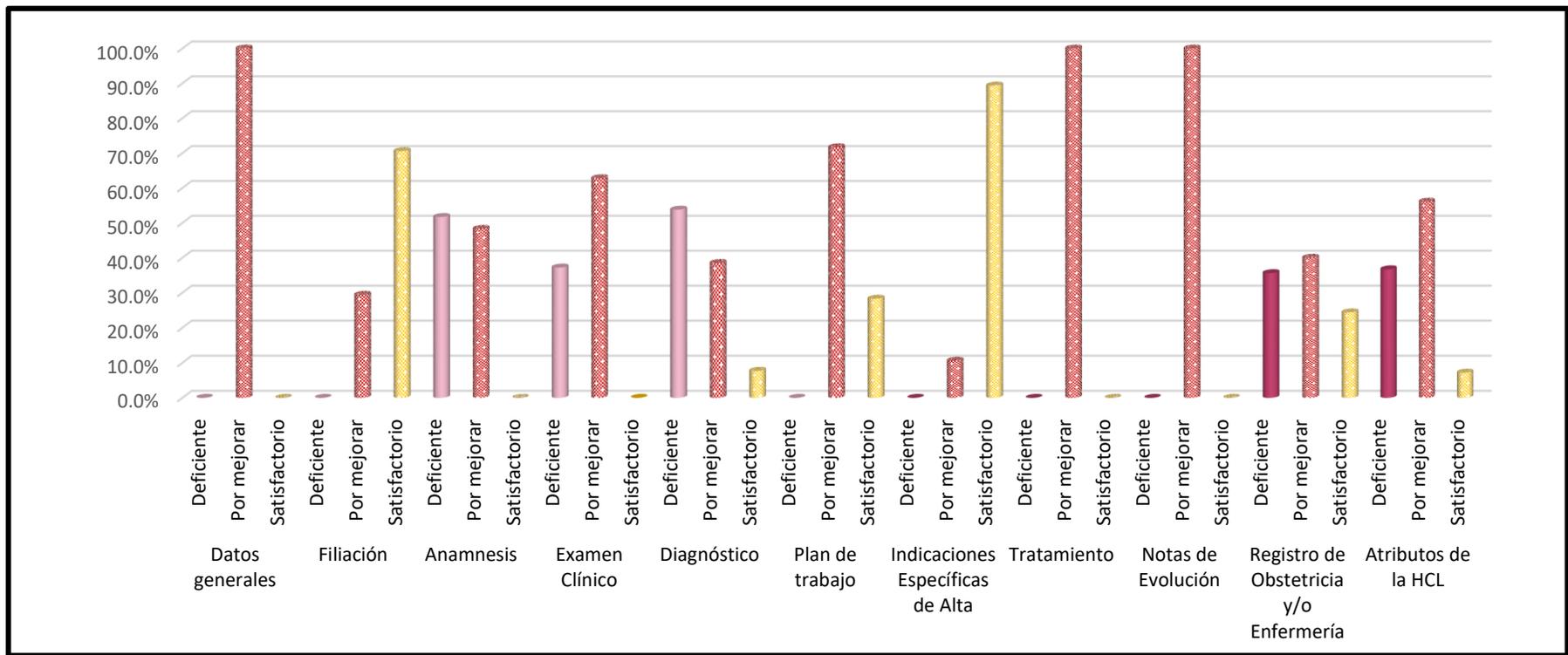


Figura 13: Nivel de calidad del Registro Médico con respecto a sus dimensiones en el servicio de emergencia del Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

En el servicio de emergencia de los hospitales el registro en la historia clínica es muy importante debido a que se necesitan condensar datos que son relevantes para el tratamiento médico y la evolución del paciente.

En este marco se ha realizado un trabajo de investigación en el cual se encontró en cuanto al registro en la dimensión datos generales que el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Esta dimensión es importante, ya que, dentro del área médica, nos permite la identificación y fácil ubicación de la historia clínica dentro del archivo propio de cada establecimiento.

Con respecto a la dimensión filiación el 70,6% del nivel de cumplimiento es satisfactorio.

Los datos de filiación que en apariencia son obvios e innecesarios, se deben extraer con sumo cuidado, ya que nos permite conocer las características sociodemográficas de los pacientes, y es clave para el cumplimiento del tratamiento entre otros.

Respecto a la dimensión anamnesis el 51,7% de nivel de cumplimiento es deficiente.

Este resultado es preocupante porque es a partir de este momento el que nos aporta la información necesaria para dirigir nuestro juicio clínico, mediante una serie de preguntas cronológicas relacionadas a la o las molestias presentes, y así poder formular el o los diagnósticos presuntivos.

En la dimensión examen clínico el 62,8% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Respecto a esta dimensión, el examen clínico es una herramienta complementaria a la anamnesis, que nos permite corroborar el o los diagnósticos presuntivos, confirmando uno o más diagnósticos. Por lo que

el profesional médico lo minimiza o ignora estos datos relevantes que pueden dar información importante sobre los problemas reales o potenciales en los pacientes. No hay dudas que para la realización de un buen examen clínico hay que tener habilidades, y estas se irán afinando con la práctica.

Con respecto a la dimensión diagnóstico el 81,1% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Sobre este resultado encontrado se presenta una preocupación muy grande para la calidad de la atención que brinda el profesional médico al paciente, puesto que es sabido que a partir de un diagnóstico certero es importante para plantear el tratamiento. No se puede diagnosticar lo que no se conoce o lo que no se piensa, por lo que para diagnosticar es necesario tener conocimiento teórico y práctico.

Sobre la dimensión plan de trabajo el 71,7% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Este hallazgo permite comprobar que hay mucho por mejorar en el registro del plan de trabajo y gestión de la historia clínica. Ya que el plan de trabajo es importante para el desarrollo adecuado de la evolución del paciente.

Con respecto a la mayoría de dimensiones que están por mejorar en este estudio se puede corroborar con Bastidas, Benavides y Mera (2013) tuvo como objetivo “evaluar la calidad técnica del registro dentro de la historia clínica por parte del personal médico en todos los procesos asistenciales de la institución. Que “el servicio que presenta mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica es cirugía con un 82%, seguido del proceso de urgencias 67%. Consulta externa, representa el servicio con menos adherencia al diligenciamiento de la historia clínica, con un 54%” (Bastidas et al., 2013, p.17).

Con respecto a la dimensión indicaciones específicas de alta el 89,4% de nivel de cumplimiento es satisfactorio.

Este resultado nos alerta ya que todo paciente, una vez recuperado y como parte integral de la atención de calidad, el profesional médico debe registrar y emitir las indicaciones específicas sobre los cuidados y tratamiento a recibir.

Con respecto a la dimensión tratamiento donde el 100,0% del nivel de cumplimiento es satisfactorio.

En cuanto a la dimensión notas de evolución donde el 100,0% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Las notas de evolución son diarias y es responsabilidad del profesional médico plasmarlas, es alarmante el resultado encontrado, ya que estas tienen un importante valor para el análisis de los cambios del estado clínico del paciente, así como su respuesta al tratamiento.

En cuanto a la dimensión registro de obstetricia y/o enfermería el 40,0% del nivel de cumplimiento esta por mejorar, el 35,6% del nivel de cumplimiento es deficiente.

El registro de obstetricia y/enfermería son datos objetivos y subjetivos del paciente y son documentados en la historia clínica cada cambio de turno o dependiendo del estado del paciente. Respecto a esta dimensión es preocupante observar estos resultados, ya que en muchas ocasiones a falta de las notas de evolución médica se recurre a los registros de obstetricia y/o enfermería.

Con respecto a los atributos de la historia clínica donde el 36,7% de nivel de cumplimiento es deficiente; 56,1% del nivel de cumplimiento está por mejorar.

Este resultado preocupa, ya que la historia clínica debe evitar el uso de abreviaturas y tiene que ser completamente pulcra y legible, ya que este último es uno de los defectos comunes de los profesionales médicos.

Y respecto al nivel de la calidad del registro médico el 45,0% es deficiente; 40,0% está por mejorar y el 15,0% es satisfactorio.

Asimismo, se ha podido contrastar con Herbas (2013), que presentó el trabajo de investigación sobre *“Evaluación de la calidad del registro del expediente clínico del Hospital Salomón Klein”*, concluyendo que en “el área de hospitalización presenta un promedio de 76% de historias completas, mientras que el área de manejo ambulatorio es de un 58%, las deficiencias encontradas en consulta externa fue que el 100% no tiene registro de consentimiento informado” (Herbas, 2013, p.45).

También a nivel de Perú se encontraron estudios que hallaron deficiencias como el caso de Zafra y otros (2013) en su investigación *“Calidad del registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao”*. Que encuentra que “El 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénicas dietéticas lo menos registrado (16,5%)” (Zafra et al., 2013, p.719).

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados se concluye:

Conclusión Objetivo General

Se propuso un plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Conclusión Objetivos Específicos General

El nivel de calidad del registro médico en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo es deficiente.

El nivel de calidad del registro de la historia clínica para cada dimensión en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, es como sigue:

- Con respecto a las dimensiones filiación (70,6%), e indicaciones específicas de alta (89,4%), el nivel de cumplimiento es satisfactorio.
- Sobre las dimensiones datos generales (100%), examen clínico (62,8%), diagnóstico (81,1%), plan de trabajo (71,7%), tratamiento (100%), notas de evolución (100%), registro de obstetricia y/o enfermería (40,0%), y atributos de la historia clínica (56,1%), el nivel esta por mejorar.
- En cuanto a la anamnesis (51,7%), el nivel de cumplimiento es deficiente.

Se diseñó un plan de mejora para optimizar el registro de la historia clínica en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

Se validó el plan de mejora a través de juicio de expertos en el servicio de emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

CAPÍTULO VI
RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades del hospital analizar los resultados de esta investigación e implementar el plan de mejora elaborado en base a los resultados obtenidos para optimizar los procesos de calidad del registro.
- Se recomienda a las autoridades sensibilizar a los médicos a mejorar el registro en la historia clínica del área de emergencia por ser un espacio de atención de urgencia en el que se requiere maximizar los procesos de calidad.
- Se recomienda a las autoridades que se capacite a los médicos periódicamente en el registro de calidad de la historia clínica.
- Se recomienda a las autoridades de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo que se promuevan cursos de actualización en el manejo de herramientas de gestión clínica dirigido a profesionales médicos de servicios críticos.

VII. REFERENCIAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrianzén, M. F. (2012). *Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia Hospital Almanzor Aguinada Asenjo 2011*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina. Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/394/1/TL_Adrianzen_Quevedo_Maricarmen.pdf
- Alonso, J. (2005). Recuperado el 5 de 6 de 2015, de La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. Acimed [Sitio en Internet]. 13(5).: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm
- Antolinez, J. A., Espinosa, S., Marín, A. C., Olarte, S., & Salazar, P. (2009). *Herramienta para la Auditoría de Calidad del Registro en las Historias Clínicas*. Universidad CES, Facultad de Medicina. Antioquia, Colombia: Universidad CES. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/339/1/Herramienta%20auditoria_calidad%20registro.pdf
- Bastidas, M. L., Benavides, E., & Mera, J. S. (2013). *Auditoría a la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia ESE para el año 2012*. Universidad EAN, Facultad de Postgrados. Popayán, Colombia: Universidad EAN. Obtenido de <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4884/BastidasMarta2013.pdf?seq>
- Cárdenas, J. (2015). *Estudio Descriptivo Sobre el Nivel de Eficacia y Eficiencia del Servicio de Odontología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón y su Relación con el nivel de satisfacción del usuario Puno*. Universidad Nacional del Altiplano, Puno.
- Carrasco, M. (2016). Características socioeconómicas e indicadores de salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. *Revista Kiru*, 6(2): 78-83.
- Cutiño, T., Borges, M., López, A., & Quinzán, A. &. (2016). *Cumplimiento de los propósitos de salud bucal para el 2015 en pobladores de un consultorio médico*. Santiago de Cuba.
- Dirección Sub regional Cutervo. Cajamarca. (2017). *Reporte sistema HIS Julio*. Cutervo.
- Gonzáles, J. (2016). *Influencia del Taller de cepillado dental en la mejora del índice de higiene oral simplificado en niños de 7 años de la Institución Educativa Virgen de Fátima-Huari Región Ancash 2016*. Tesis para obtener el grado académico de magíster en gestión de los servicios de la salud, Universidad César Vallejo, Huaraz.

- González, F., de Quirós, B., & Luna, D. (2012). La historia clínica electrónica. En J. Carnicero, & A. Fernández, *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud* (págs. 75 - 95). Santiago de Chile, Santiago, Chile: Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3023/S2012060_es.pdf
- Guerra, D. R., & Loyola, M. J. (2015). *Nivel de estrés del personal de salud que trabaja en servicio de Centro Quirúrgico y su relación en la calidad de atención del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco, 2015*. Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Enfermería. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Obtenido de http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2322/TEEN_F_Guerra_Paz_Debora.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Guevara, C. E., & La Serna, P. B. (2017). Calidad del registro de las historias clínicas en una Clínica de la Ciudad de Chiclayo - Perú, 2016. *Revista Científica Salud & Vida Sipanense, IV(02)*, 42 - 49. Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/701/613>
- Herbas, L. (2013). *Evaluación de la calidad del registro del expediente clínico en el Hospital Solomon Klein gestión 2011. 2012*. La Paz, Bolivia. Recuperado el 2 de 07 de 2015, de Evaluación de la calidad del registro del expediente clínico en el Hospital Solomon Klein gestión 2011. 2012. [Tesis].: <http://hdl.handle.net/123456789/117>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación Científica*. México: Mcgraw-Hill.
- Huerta, Y. (2015). *Nivel de calidad del registro de la historia clínica electrónica de consulta externa del centro de salud Pueblo Libre- Ancash, Setiembre-Diciembre 2014*. Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. Huaraz: Universidad César Vallejo.
- Manrique, J. A., Manrique, J. E., Chávez, B., & Manrique, C. B. (enero - marzo de 2014). Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. *Revista Estomatológica Herediana, XXIV(01)*, 17 - 23. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2111/2101>
- Manrique, J. M. (2014). Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. *Revista Estomatológica Herediana, 24(1):17*.
- Matzumura, J. P., Gutiérrez, H., Sotomayor, J., & Pajuelo, G. (2014). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *Anales de la Facultad de Medicina, LXXV(03)*, 251 - 257. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>

- Ministerio de salud. (2011). Recuperado el 4 de 6 de 2015, de Directiva administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica 2011.:
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/RM576-2011-MINSA%2520-%2520DA183%2520->
- Ministerio de Salud de Chile. (2007). *Programa Educativo: Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares*. Chile: Gobierno de Chile.
- Moscoso, D. F. (2017). *Estudio comparativo del Formato de atención integral del adulto según la Norma Técnica Legal VS el Formato de las Historias Clínicas realizadas por los alumnos de X semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa - 2016*. Universidad Católica de Santa María, Facultad de Odontología. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María. Obtenido de
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6211/64.2687.O.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Muñoz, J., Tovar, E., & Oliveira del Rio, J. (2015). Indicadores de Salud bucal de los adolescentes, en el centro de Salud Portoviejo, Ecuador . *Polo del Conocimiento* .
- Niquén, E. E. (2013). *Nivel de calidad de registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2012*. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de
http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/299/NiquenVera_E.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Normas Legales El Peruano. (1997). *Ley general de salud ley N° 26842. de Salud, Ley General. LEY N° 26842*. (O. E. Peruano., Ed.) Lima. Obtenido de 21. Ley general de salud ley N° 26842. de Salud, Ley General. "LEY N° 26842." Diario Oficial El Peruano (20 de julio de 1997) (1997).
- Normas Legales. El Peruano. (2011). *Decreto Supremo N° 083-2011-PCM el registro de historias clínicas electrónicas utilizará firmas y digitales garantizando la identidad de los actores y seguridad de la información*. (D. O. Peruano, Ed.) Lima.
- Normas Legales. El Peruano. (2013). *Ley N° 30024, publicada el 22 de mayo del 2013, ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas*. (D. O. Peruano, Ed.) Lima.
- Novales, X. (2013). Novales, X. (2013) Indicadores de salud bucal en alumnos de secundaria de un área metropolitana de la ciudad de México. . *Revista Mexicana de Pediatría* , 70(5); 237-242 .
- Olivera, D. H. (2012). *Evaluación Administrativa de la Prescripción Médica de consulta externa del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Universidad Internacional de Andalucía. Universidad Internacional de Andalucía.

- Obtenido de
http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2375/0421_Olivera.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Recuperado el 2 de 6 de 2015, de Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009.:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.p
- Pastor, Y. (2017). *Influencia de un plan de mejora para disminuir los eventos adversos del personal de enfermería en el área crítica del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016*. Universidad César Vallejo. Cajamarca: Universidad César Vallejo.
- Poleo, G. (28 de abril de 2016). *Plan de Gestión Empresarial*. Obtenido de IUTA Prof Gabriela Poleo: <http://profpoleo.blogspot.pe/2016/04/plan-de-gestion-empresarial-gestion.html>
- Programa Sociedad de la Información y el Conocimiento [PROSIC]. (2011). El Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica en Costa Rica. En J. Monge, *Hacia la Sociedad de la Información y el Conocimiento* (págs. 233 - 260). Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Obtenido de http://www.prosic.ucr.ac.cr/sites/default/files/recursos/informe_2011_cap7.pdf
- Puecas, P. R., Díaz, M. A., & Díaz, C. (2012). Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. 2008-2010. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, V(02), 05 - 10. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4030561>
- Renau, J., & Pérez, I. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Papeles Médicos*, X(01), 32 - 40. Obtenido de <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>
- Reyes, E. M., Rodríguez, A. M., Thomas, E., Raya, L., Gastón, J. L., & Molina, R. (agosto de 2012). Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Medicina de Familia Andalucía*, XIII(02), 42 - 51. Obtenido de http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v13n2/v13n2_07_original.pdf
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima - Perú: Editorial Visión Universitaria.
- Ugalde, J. (2014). *Propuesta para la creación de un Sistema de indicadores de desempeño para la evaluación del Servicio de Odontología de la Clínica Dr. Marcial Rodríguez Cornejo*. Tesis Doctoral, Instituto Centroamericano de Administración Pública, , San José de Costa Rica.
- Valdez, D. (2011). Herramientas de seguridad para el paciente: Experiencia en la implementación del expediente clínico electrónico. *Cirujano General*,

- XXXIII(03), 146 - 150. Obtenido de
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n3/v33n3a2.pdf>
- Vélez, E. R. (2017). *Evaluación del cumplimiento de las normas y protocolos de atención integral de salud de los adultos mayores en el Centro de Salud Pascuales en el 2015*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ciencias de la Salud. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Velito, A. S., & Tejada, S. R. (2010). *La historia clínica como instrumento de calidad*. CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL ALEMÁN 2010. Obtenido de
<http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20clínica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
- Villegas, M. d., & Rosa, I. M. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización*, V(29), 50 - 58. Obtenido de
<http://www.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142>
- Zafra, J., Veramendi, L., Villa, N., Zapata, M., Yovera, E., Urbina, G., & Ayala, R. (octubre - diciembre de 2013). Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, XXX(04), 719 - 720. Obtenido de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a32v30n4.pdf>

ANEXO

ANEXOS

Anexo 01.- Instrumento

Anexo 02.- Ficha técnica del instrumento

Anexo 03.- Propuesta

Anexo 04.- Cartilla de validación d la propuesta por jueces

Anexo 05.- Matriz de consistencia

Anexo 06.- Base de datos estadística

Anexo 07.- Panel fotográfico

Anexo 08.- Constancia emitida por la institución que acredite la realización
del estudio

Anexo 09.- Acta de originalidad de tesis

Anexo 10.- Informe de pase a sustentación

Anexo 11.- Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional
UCV

ANEXO N° 6			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		

EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			

Anexo 02.- Ficha técnica del instrumento

TABLA DE ESPECIFICACIONES

Calidad del Registro de la Consulta de emergencia

I. DATOS INFORMATIVOS:

- Autora : Br. Marco Antonio Huerta Huerta
- Tipo de instrumento : Registro médico en emergencia
- Niveles de aplicación : Profesionales de Salud Cutervo 2018
- Administración : Individual.
- Duración : 20 minutos.
- Materiales : Un ejemplar, instrumento impreso, lapicero.
- Responsable del análisis : Investigador.

II. DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO:

El instrumento que se utilizará permitirá el análisis de las dimensiones de la calidad del registro como datos generales, filiación, anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo, alta, tratamiento, notas de evolución.

III. CATEGORÍAS:

Para evaluar la actitud los valores para el análisis fueron

Niveles	Valoración
Satisfactorio	90 – 100%
Por Mejorar	75 – 89%
Deficiente	Menos de 75%

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

DE DATOS

1. **Nombre del instrumento** : Reporte del sistema HIS
2. **Año** : 2018
3. **Tipo de instrumento** : Registro de atención
4. **Tipo de reactivos** : Preguntas cerradas y selección múltiple
5. **Propósito** : Aplicación del instrumento para evaluar el cumplimiento de indicadores de calidad de registro de emergencia
6. **Validez y Confiabilidad** :

Al respecto, el registro clínico es definido por Guzmán Mora (2006) como una de las formas de registro del acto médico y, en esencia, son los profesionales de la salud quienes están en capacidad de practicar una buena Historia Clínica; conceptualizada como el documento médico y clínico por excelencia.

**Plan de mejora para la calidad del registro médico
en emergencia del hospital Santa María de Cutervo,
Cajamarca.**

Plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

1. INFORMACIÓN GENERAL.

Autor:

Br Marco Antonio Huerta Huerta

Dirigido: Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

2. PRESENTACIÓN

Historia clínica, para efectos operativos, se entiende como el conjunto de los formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona". Propósitos de la historia clínica El ejercicio de la medicina moderna requiere que diversos profesionales de la salud contribuyan a la atención brindada al paciente. Estos deberían registrar en la historia clínica la atención otorgada para obtener así un documento íntegro, debidamente identificado, que permitirá dar al paciente atención oportuna y de buena calidad.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA/ DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

4. OBJETIVO.

Mejorar la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

5. JUSTIFICACIÓN:

Servir como instrumento para planificar la atención al paciente y contribuir para que ésta sea continuada. Proporcionar un medio de comunicación entre el médico y otro personal de salud que contribuya a la atención del paciente. Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente. Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente. Proporcionar información para usos de investigación y docencia. Contribuir al sistema de información, proporcionando datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, de área, regional y nacional. Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico.

6. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano. Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. Intenta encuadrar el problema del paciente.

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

Orienta el tratamiento. El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión

científica y con base en ella disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas. Posee un contenido científico de investigación.

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica. Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

El Código de Ética Médica hace referencia a este punto: “[...] 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente.

Hoy en día, el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es

cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, siempre y cuando “[...] pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho [...]”.

La historia clínica Constituye importante elemento administrativo. Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo. Tiene implicaciones médico-legales. Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos, a saber: Capacidad de los sujetos. Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión. Consentimiento. Se basa en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil).

Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer. Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley. Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres. Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien, a su vez, se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo. Esta forma de relación puede ser de varios tipos: a través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo; a través de instituciones como el seguro social; mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con

corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato, o por medio de empresas de medicina prepagada. Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que, más bien, involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, que le paga al médico por su trabajo y debería garantizarle al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su tratamiento. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto: “[...] el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud [...]”, Legis. Jurisprudencia y Doctrina. Bogotá: Legis; 87.Tomo XVI. 184. p. 322. El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperaría una conducta lógica, medida y acorde con el deber de cuidado y la *lex artis* que rigen

el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

7. ESTRUCTURA

El Plan de mejora comprende la capacitación de los médicos de la historia clínica, la cual tendrá en cuenta la siguiente estructura.

FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Formatos						
	Etapas de Vida				Tipo de Prestación		
Primer Nivel:	Consulta Externa				Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
	Niño	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor			
I-1	x	x	x	x			
I-2	x	x	x	x			x
I-3	x	x	x	x			x
I-4	x	x	x	x		x	x
Segundo Nivel:							
II-1					x	x	x
II-2					x	x	x
Tercer Nivel:							
III-1					x	x	x
III-2					x	x	x

7.1 ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

7.1.1 ESTRUCTURA BÁSICA:

1. Identificación del paciente
2. Registro de la Atención de Salud.
3. Información complementaria.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Es la sección o parte de la Historia Clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud.

2. REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

En esta sección se encuentra el registro de la atención de salud que se brinda al paciente, para lo cual el prestador de salud utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta.

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Corresponde a la sección de información complementaria los resultados de exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.

7.1.2 FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El contenido mínimo de variables que deben estar incluidas en cada formato se especifica a continuación, adicionalmente las Direcciones Regionales de Salud pueden incluir otras variables, dependiendo de la realidad local y de sus necesidades.

Cada Región de Salud estandarizará los formatos a ser utilizados en los establecimientos del ámbito de su jurisdicción, ajustando a sus requerimientos la diagramación y diseño de los mismos.

7.1.2.1 Formatos Básicos:

1. Formatos en Consulta Externa
2. Formatos en Emergencia
3. Formatos en Hospitalización
4. Ficha Familiar

1. FORMATOS EN CONSULTA EXTERNA:

La elaboración de la Historia Clínica de la consulta externa será diferenciada según el nivel de atención.

Deberá reunir todos los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones específicas del contenido de la Historia Clínica están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.

En los casos de atención obstétrica se usará la Historia Clínica-Perinatal. Básica

FORMATOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL I NIVEL DE ATENCIÓN

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida para los establecimientos de salud que tengan población asignada.

En los establecimientos de salud que únicamente cuenten con técnicos o auxiliares de enfermería, solo recogerán la información en relación a datos generales, antecedentes, seguimiento de riesgos, lista de problemas identificados y el plan de atención integral correspondiente según

normatividad vigente, debiendo registrarse en los formatos por etapas de vida. Debe asimismo detallarse el nombre del personal que presta la atención.

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación.
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma.
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad.
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia.
- Evaluación sobre la alimentación actual.
- Examen físico
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad

- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador.
- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante.
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo: diferenciada por sexo

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción,

estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad , DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable.

- Antecedentes personales y familiares
- Alergia a medicamentos
- Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar.
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

Hoja de seguimiento de factores de riesgo

FORMATO DE CONSULTA EXTERNA EN EL II Y III NIVEL

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional
- Diagnóstico
- ***Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10.***
- ***Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:***
- ***Diagnóstico presuntivo***

- **Diagnóstico definitivo**
 - **Diagnóstico de discapacidad o estado funcional**
 - **Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:**
- **Diagnóstico de riesgo.**
- **Diagnóstico nutricional**
- **Diagnóstico de Salud Mental.**
- **Diagnóstico de causa externa de morbilidad**
- **Otros**
 - Plan de Trabajo
 - Exámenes de ayuda diagnóstica
 - Procedimientos especiales
 - Interconsultas
 - Referencia a otro establecimiento
 - Tratamiento
 - Fecha de la próxima cita
 - Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico Tratante o del Profesional que realiza la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución
- Síntomas y signos más importantes.
- Diagnóstico anterior
- Tratamiento recibido.
- Resultado del tratamiento.
- Evaluación.
- Diagnóstico y nuevo tratamiento.
- Próxima cita.

2. FORMATOS EN EMERGENCIA

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención.

- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Firma, sello del médico tratante

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso
- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica

3. FORMATOS EN HOSPITALIZACIÓN

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención que cuentan con servicios de internamiento, se utilizará la estructura del formato de hospitalización.

ANAMNESIS

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

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

EXAMEN CLÍNICO:

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Controles vitales
- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor.
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genito urinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- Diagnóstico(s) definitivo(s).
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

TRATAMIENTO

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura

PLAN DE TRABAJO

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología
- Pruebas especiales
- Interconsultas
- Procedimientos médicos
- Procedimientos quirúrgicos

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.

EVOLUCIÓN

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente.

Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora.
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

- Nombre del establecimiento
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito.
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI.
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización

EPICRISIS:

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente.

Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida.

Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso.
- Servicio.
- Número de cama.
- Diagnóstico de ingreso.
- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito.
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total.
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta.

- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundarios con sus respectivos códigos
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte.
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.

EPICRISIS MATERNO PERINATAL

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior:

- Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso.

4. FICHA FAMILIAR

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación del establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia.

El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Establecimiento de salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINS)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios,
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados

7.1.2.2 Formatos Especiales:

Representan el resto de formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/filiación, solicitud de exámenes auxiliares, Interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de Seguros: SIS y SOAT entre otros

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN/FILIACIÓN

Se usa en el II y III Nivel de Atención de salud. En el primer nivel los datos contenidos en este formato, se encuentran en la Ficha Familiar.

El contenido mínimo es el siguiente:

- Nombre del establecimiento
- Código del establecimiento (Si corresponde)
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar de nacimiento.
- Fecha de nacimiento.
- Edad.
- Sexo.
- Domicilio actual.
- Domicilio de Procedencia.
- Teléfono.
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería).
- N° de seguro social, SIS, SOAT.
- Estado civil
- Grado de instrucción.
- Ocupación.
- Religión.
- Nombre de la persona acompañante o responsable
- DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable
- Parentesco de la persona acompañante o responsable
- Teléfono de la persona acompañante o responsable

NOTAS DE ENFERMERÍA:

Contiene:

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.
- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma

HOJA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS O KARDEX:

Contiene:

- Nombre y apellido del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre del medicamento suministrado.
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó.
- Las horas diarias en que se administra.
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.

GRÁFICA DE SIGNOS VITALES:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente

HOJA DE BALANCE HIDRO-ELECTROLÍTICO:

Contiene:

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día
- Número de cama
- Servicio
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura

FORMATO DE INTERCONSULTA

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

La solicitud de la Interconsulta

- Datos de Filiación del paciente.
- Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
- Motivo de la interconsulta.
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de la solicitud.
- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional solicitante.

El informe de Interconsulta

- Descripción de los hallazgos.
- Exámenes y/o procedimientos realizados.
- Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones.
- Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención.
- Fecha y hora de la respuesta.

ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico del paciente
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de solicitud
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano

- Nombres y apellidos del 1er ayudante
- Grupo sanguíneo
- Hemoglobina
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento

INFORME QUIRÚRGICO:

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo.
- Servicio, N° cama.
- Tipo de anestesia empleada.
- Duración. Fecha y hora de inicio y término.
- Operación Programada y operación efectuada.
- Diagnóstico pre y post-operatorio.
- Hallazgos operatorios.
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado.
- Incidencias o complicaciones ocurridas durante la intervención quirúrgica.
- Identificación de cirujanos, anesthesiólogos, instrumentistas y circulantes.
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano.
- Indicación de sí se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención.
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.

FORMATOS DE ANESTESIA:

Deberá incluirse el resumen del reconocimiento pre- operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anesthesiólogo.

Hoja de preanestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.

- Resumen de la enfermedad actual asociada, tratamiento actual y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Datos importantes del examen físico
- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico
- conclusiones
- Fecha, firma y sello del anesthesiólogo.

Hoja de anestesia, su contenido mínimo será:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico pre operatorio e intervención quirúrgica
- Medicación pre anestésica utilizada
- Resumen de la valoración pre- operatoria
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia
- Descripción de la técnica anestésica
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención
- Incidencias de interés en relación con el estado vital del Paciente
- Balance hídrico
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención
- Fecha, firma y sello del anesthesiólogo responsable de la intervención

Hoja de post anestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso
- Registro del control de funciones vitales monitorizadas
- Condición de ingreso
- Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico
- Tratamiento administrado
- Condición de egreso
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BÁSICA

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica, HCPB elaborada por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS, pudiendo además usarse los demás formatos complementarios propuestos por el CLAP, según corresponda al nivel de complejidad del establecimiento.

El Formato de la HCPB contiene los siguientes datos:

- Datos del identificación de la paciente, edad y caracterización socio cultural
- Antecedentes personales, obstétricos y familiares
- En el sector embarazo contiene datos y exámenes que deben ser anotados y recordados en cada control prenatal
- En el sector parto o aborto, incluye la información básica para el control del periodo de dilatación, así como los datos más importantes del parto y alumbramiento
- En el sector recién nacido, incluye los datos fundamentales del examen que deberá realizarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido
- En el sector puerperio, contiene datos de control de la puérpera
- Egreso del recién nacido, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso e identificación del responsable de la atención
- Egreso materno, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso, además datos de contracepción
- identificación del responsable de la atención

FORMATO DE PARTOGRAMA

Formato complementario de la Historia Clínica Perinatal del CLAP, en donde se grafica la evolución del trabajo de parto

Contiene los siguientes datos:

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Fecha y Hora de inicio del trabajo de parto
- Posición fetal
- Paridad
- Características de las membranas

- Gráfico para la construcción de la línea de alerta incluye datos de dilatación cervical, horas reales, planos de Hodge y variedad de posición, frecuencia de las contracciones, rotura de membranas.
- Datos de presión arterial, pulso y posición materna, intensidad y duración de las contracciones.

NOTAS DE OBSTETRICIA:

Contiene:

- Nota de ingreso; consignar la fecha, la hora y el estado en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales
- Funciones biológicas
- Estado general
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: Mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora, nombre y apellidos del profesional de obstetricia, número de su colegiatura, firma y sello

FICHAS ESTOMATOLÓGICAS

Ficha estomatológica del niño

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Centro educativo, grado y sección
- Evaluación Odontológica
- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico

- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha Estomatológica del adolescente, adulto y adulto mayor

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha estomatológica de la gestante

Contiene lo siguiente:

- Edad
- Semana de gestación
- Evaluación Odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índice de hemorragia gingival
- Estado de higiene
- Uso de cepillo
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

FORMATO DE LABORATORIO

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud de examen y otro de informe de resultados.

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica en el caso de estudios especiales y cultivos
- Diagnóstico presuntivo.
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra N° de registro del procedimiento

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido.

b. El informe de laboratorio

- Datos del paciente. Nombres, edad, sexo, número de HC, consultorio ó N° de cama y servicio.
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Los resultados serán emitidos por el área respectiva en formatos separados
- El formato contendrá los resultados del paciente y los valores normales según metodología utilizada.
- Firma, sello y N° de colegio profesional del ejecutor.
- Firma, sello y N° de colegio del médico que avala los resultados.

INFORME DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud del examen y otro de informe de resultados

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente Nombres, apellidos, edad, sexo, número de HC, consultorio, N° de cama y servicio.
- Breve historia clínica
- Diagnóstico presuntivo

- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura.
- Fecha y hora de solicitud del examen.

El formato contendrá todos los procedimientos que se ejecuten en el servicio según nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítems para marcar el examen requerido

b. El informe del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio, ó N° de cama y servicio.
- N ° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico.
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Deberá contar con dos secciones:

a. La solicitud del examen

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- Breve resumen de historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Fecha y hora de solicitud del análisis.
- Fecha y hora de toma de muestra
- N° de registro del procedimiento
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítem para marcar el examen requerido

b. El informe de Anatomía Patológica

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio ó N° de cama de hospitalización y servicio.
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe.
- Fecha y hora de ejecución del informe.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En el caso de tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato cuyo contenido se describe en la presente norma. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

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

El formato de consentimiento informado será de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional y deberá contener lo siguiente:

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

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

FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- El texto deberá expresar que se informó al paciente, o sus representantes legales, sobre los riesgos que implica la decisión de retiro contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente.
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI.

FORMATO DE REFERENCIA

De acuerdo a la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Deberá tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento de origen.
- identificación del establecimiento destino.
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la Historia Clínica.: anamnesis, examen físico, examen auxiliares, diagnóstico y tratamiento.
- Datos de la referencia: coordinación de la referencia, UPS de destino, especialidad de destino,

- Condiciones del paciente al inicio del traslado
- Nombre firma y sello del responsable de la referencia
- Nombre firma y sello del responsable del establecimiento
- Nombre firma y sello del personal que acompaña
- Nombre firma y sello del personal que recibe
- Condiciones del paciente a la llegada al establecimiento destino de la referencia

FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

De acuerdo a las Norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia vigente.

Debe tener la siguiente información:

- Fecha, hora
- Identificación del establecimiento que contrarrefiere.
- Identificación del establecimiento destino de la contrarreferencia
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la historia clínica: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento y/o procedimientos realizados, se adjuntar informes y reportes de procedimientos
- Datos de la contrarreferencia: origen de la referencia, calificación preliminar de la referencia, UPS que ordena la contrarreferencia, especialidad que ordena la contrarreferencia,
- Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento
- Condición del usuario contrarreferido
- Responsable de la contrarreferencia: nombre, N° de colegiatura, firma y sello.

7.2 PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Técnico – Administrativo.
- Técnico – Asistencial.

7.2.1 PROCESO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO.

1. APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La apertura de la Historia Clínica se realizará a todo paciente que llega por primera vez al establecimiento de salud, previa verificación que no cuenta con historia anterior.

A cada usuario que se le apertura una Historia Clínica, se le asignará un número, el cual lo identificará y deberá ser registrado en toda documentación que se genere. Dicha numeración es correlativa, permanente, única en el establecimiento y continua (no se inicia nueva serie con cada año), nunca se usará de nuevo los números de historia de usuarios fallecidos o cuyas historias hayan sido totalmente depuradas.

Con la apertura de la Historia Clínica, se generará un carné de identificación/citas y una tarjeta índice física y/o en medio magnético.

En los establecimientos del primer nivel de atención se aperturará Historia Clínica a todos los recién nacidos. En el II y III nivel de atención, solo se aperturará ésta a los recién nacidos con patología; la documentación e información clínica de los recién nacidos normales o de los natimueertos serán archivados en la Historia Clínica de la madre.

2. ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO.

Las Historias Clínicas se conservarán en forma ordenada, accesible.

El archivo de Historia Clínica será centralizado, dividido en un archivo activo y uno pasivo. Adicionalmente, previa autorización de la jefatura del establecimiento de salud, se podrá implementar el archivo de Historias Clínicas especiales, dicho archivo funcionará en ambientes físicos separados y contendrá Historias Clínicas que por su

contenido son potencialmente de implicancia médico legal, debiendo estar foliadas.

Es responsabilidad de la Unidad de archivo del establecimiento, implementar este archivo especial, evitar su deterioro, manipulación y/o alteración de las mismas.

Los establecimientos de salud que cuenten con menos de 10,000 Historias Clínicas deberán usar el método convencional para archivar sus historias.

Los establecimientos de salud que cuenten entre 10,000 y 100,000 Historias Clínicas usarán el método dígito terminal simple

Los establecimientos que cuenten con más de 100,000 historias clínicas usarán el método dígito terminal compuesto.

Las historias en el archivo pasivo y en archivo especial, de ser el caso, se archivarán según el mismo método que se usa en el archivo activo.

En el I nivel de atención en los establecimientos con población asignada, las Historias Clínicas se archivan teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el establecimiento de salud.

3. CUSTODIA Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA.

Los establecimientos de salud, tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso.

El responsable de la unidad de archivo se encargará de la custodia de las Historias Clínicas en el establecimiento de salud, cuando éstas permanezcan fuera del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona que

solicitó la salida y de forma subsidiaria al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo activo será de cinco años, considerando la fecha de última atención al paciente, debiendo trasladarse al archivo pasivo en forma regular y permanente, al pasar al archivo pasivo las historias conservarán su número original.

El tiempo de conservación de las Historias Clínicas en el archivo pasivo será de 15 años, considerando la fecha de traslado del archivo activo al pasivo.

Si durante este periodo de conservación en el Archivo Pasivo el usuario solicitase atención, su historia se retirará del Archivo Pasivo y se incorporará al Archivo Activo.

Toda Historia Clínica utilizada para el registro de atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia, etc. deberá devolverse al Archivo correspondiente, inmediatamente después de concluida la atención o trámite respectivo.

4. CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A LA HISTORIA.

El paciente tiene derecho a que se le entregue a su solicitud copia de la epicrisis y de su Historia Clínica. (Ley General de Salud artículo 15º inciso i)

Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su Historia Clínica, con las excepciones que la ley establece (Ley General de Salud artículo 15º inciso b, artículo 25º).

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos de herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia

que constituya delito perseguido de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento. (Ley General de Salud artículo 25º y 30º)

En los casos de entrega de información a terceros, se debe tener por escrito la autorización del paciente. Esto no se aplica a la información que el establecimiento tiene la obligación legal y administrativa de proporcionar.

La autorización deberá incluir

- El nombre del hospital que deberá brindar la información.
- El nombre de la persona o institución que deberá recibir la información
- El nombre completo del paciente, su fecha de nacimiento y dirección.
- El propósito para el cual se requiere la información.
- La naturaleza de la información que se desea y la magnitud que abarca.
- La fecha en que se firmó la autorización
- La firma del paciente o del familiar responsable.

La autorización debidamente firmada, se conservará en la Historia Clínica.

El establecimiento de salud brindará copia o transcripción de la información de la Historia Clínica, cada vez que la autoridad judicial lo solicite, cuando ésta solicite la Historia Clínica en su forma original, el responsable de su traslado y devolución será el jefe de Estadística e Informática o a quien designe el jefe del establecimiento.

Todo establecimiento de salud deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos

registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.

5. DEPURACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La depuración del archivo de Historias Clínicas deberá ser un proceso constante, debiendo evaluarse anualmente el movimiento de las historias.

Después de 15 años de inactividad de la historia en el archivo pasivo, se procederá a su destrucción selectiva, para aquellos casos con episodios de hospitalización y destrucción total para aquellos casos que sólo tengan consultas externas.

Para el caso de la depuración selectiva se conservará de manera definitiva en forma original o en medio magnético los siguientes formatos:

- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de retiro voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- Informes de anestesia.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Epicrisis.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.

El proceso de destrucción parcial o selectiva de Historias Clínicas del primer nivel, deberá ser avalado por el Comité de Historias Clínicas de la Dirección Regional de Salud, para el I nivel, y para los niveles II y III por el Comité de Historias Clínicas del Hospital. Registrando este acuerdo en un Acta, así como la lista de Historias Clínicas depuradas.

En caso de que los pacientes demanden atención de salud posterior a la destrucción de su historia clínica, los formatos

conservados serán los documentos que reinicien su Historia Clínica manteniendo el número asignado originalmente.

6. PROPIEDAD DE HISTORIA CLÍNICA.

La Historia Clínica y la base de datos, es de propiedad física del establecimiento de salud.

La información contenida en la historia es propiedad del paciente, por lo tanto tiene derecho a ella, según lo estipula la Ley General de Salud

El personal asistencial que elabora la historia clínica tiene derecho de propiedad intelectual respecto a dicho documento.

En caso de cierre de un establecimiento de salud, el Comité de Historias Clínicas que corresponda según nivel de atención, tomará la decisión sobre el destino de todas las Historias Clínicas.

7.2.2 PROCESO TÉCNICO – ASISTENCIAL.

1. ELABORACIÓN Y REGISTRO.

- Todo acto médico debe estar sustentado en una Historia Clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente. (artículo 29º de la Ley General de Salud)
- Los registros de los diagnósticos serán de acuerdo a la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE 10 vigente.
- El registro de los procedimientos de acuerdo al CPT actual.
- Todas las anotaciones contenidas en la Historia Clínica deberán ser objetivas, con letra legible y utilizando sólo las abreviaturas o siglas aprobadas por el establecimiento.
- Los errores en la Historia Clínica se corregirán trazando una línea sobre el error y anotando la fecha, firma y sello de la

persona responsable, y consignando el fundamento de la corrección.

- Cada anotación realizada por estudiantes, internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deberá ser refrendada con la firma y sello de los profesionales asistentes responsables.
- Todas las anotaciones en la Historia Clínica deberán ser fechadas y firmadas por quién realizo el acto médico, consignándose claramente, el nombre y apellido, el número de Colegio Profesional y sello.
- Los profesionales no médicos que tengan que efectuar anotaciones en la Historia Clínica lo harán en las condiciones arriba señaladas.
- Toda hoja de la Historia Clínica deberá ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, en lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

2. ORDEN DE LOS FORMATOS

El orden debe ser según una secuencia lógica a partir de los procesos de atención en las diversas unidades productoras de salud.

En los casos de hospitalización se puede tener un orden funcional, mientras esté el paciente hospitalizado, que es distinto al que se sigue una vez que el paciente haya egresado.

Cada Dirección Regional de Salud establecerá por escrito la secuencia en que debe ordenarse los formatos de la Historia Clínica.

3. USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

USO

La Historia Clínica tiene como principal uso:

- Proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente
- Servir como base para el estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente
- Proporcionar información para usos de investigación y docencia
- Contribuir al sistema de información proporcionando datos para la programación, y evaluación de actividades de salud local, regional y nacional
- Ayudar a proteger los intereses legales del paciente, del establecimiento de salud y del personal de salud

USO EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

- Las historias solicitadas para fines de docencia e investigación deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos, para lo cual establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias.
- La información obtenida de la Historia Clínica se consignará de forma anónima para salvaguardar la confidencialidad.
- Las personas que desean hacer uso de las Historias Clínicas. para fines de investigación, deberán contar con la autorización escrita del director del establecimiento de salud (o de la persona a la que él delegue esta responsabilidad). Así mismo, deberá indicar el tipo de investigación que ha de realizar, incluyendo un protocolo del mismo en la solicitud de autorización.

MANEJO

- Para la atención a los usuarios, tanto en consulta externa como en hospitalización, las Historias Clínicas deberán ser solicitadas al Responsable de la Unidad de Archivo por la

enfermera o personal técnico de enfermería de dichos servicios.

- Todas las historias que salgan del archivo o que vayan directamente (en caso de los usuarios nuevos) a consulta externa deberán ser devueltas el mismo día de la atención con excepción de los pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Toda retención por causa absolutamente justificada, deberá ser reportada por escrito ese mismo día a la unidad de archivo, precisando el motivo y la fecha de devolución.
- Está prohibido guardar Historias Clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.
- Las Historias Clínicas se guardaran siempre dentro del servicio de archivo, cuando no están siendo utilizados en la atención del paciente.
- Las historias de pacientes hospitalizados deberán ingresar a la unidad de archivo en un plazo no mayor a las 48 horas del alta, con su epicrisis respectiva, para el procesamiento de la misma (compaginación, codificación, indización, preparación de informes estadísticos, etc.).
- Las historias solicitadas por el Servicio de Emergencia deberán ser devueltas dentro de las 24 horas siguientes, salvo que el paciente permanezca en sala de observación o haya sido hospitalizado.
- Los formatos de atención de emergencia deberán ser incorporadas a la Historia Clínica.
- Las historias entregadas a los diferentes Departamentos o Servicios para informes médicos que requieran de opinión especializada o para auditorías médicas, deberán ser devueltas al archivo en un plazo no mayor a 72 horas.
- Toda Historia Clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color y/o tamaño), de manera tal, que permita

el seguimiento de cada historia y agilice su archivo cuando sea devuelta.

- Toda historia que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada en los formatos que establezca la unidad de archivo; de manera tal, que quede consignada la salida, la recepción por los diferentes “usuarios” internos y su posterior devolución, con las firmas respectivas. Estos formatos podrán ser destruidos luego de la devolución del total de las historias registradas.

4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La evaluación técnica de la Historia Clínica consta de dos partes.

Análisis cuantitativo y análisis cualitativo.

EL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis.

EL ANÁLISIS CUALITATIVO.

Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores.

8. ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA

COMPETENCIA	ESTRATEGIAS	CONTENIDO	MATERIALES	TIEMPO	FECHA
Redacta la historia clínica basado en indicadores de calidad según los criterios éticos é hipocráticos de la medicina.	<p>a. Sensibilizar al personal médico sobre los criterios éticos-legales en el registro de la historia clínica</p> <p>b. Plantear una capacitación sobre la historia clínica.</p> <p>c. Evaluar sobre los avances del registro médico en la historia clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Concepto - Etapas - Indicadores de calidad en el registro - Aspectos éticos-legales 	<ul style="list-style-type: none"> - Plumones - Pizarra - Papelotes - Multimedia - Diapositivas 	06 semanas	



9. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

- Todas las actividades de evaluación y mejoría contempladas en el plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia deben contar con responsables designados formalmente por la institución.
- Las actividades de evaluación consisten, por lo general, en mediciones sistemáticas, periódicas, del cumplimiento del registro médico, comparada con un estándar de referencia.
- Plantear un estándar que es la norma interna, protocolo o manual de procedimientos institucional que indica el “cómo” se deben llevar a cabo un registro de calidad en las historias clínicas de emergencia.
- El cumplimiento de la práctica se puede verificar mediante revisión de fichas, registros informáticos, actividades de supervisión u otros. Los resultados se expresan la mayoría de las veces como proporción de cumplimiento del estándar (por ejemplo, % de casos en que se aplicó el procedimiento en la forma prevista). Otras variantes de actividades de evaluación incluyen auditorías frente a eventos centinelas, encuestas y evaluaciones de índole cualitativa.
- Las actividades de evaluación llevan implícito el diseño y aplicación de intervenciones o planes de mejora.
- Cuando los resultados de las evaluaciones se encuentran bajo los umbrales deseados, y también implican reevaluar los resultados con posterioridad a la aplicación de dichos planes.
- Es importante que la institución analice críticamente la pertinencia de las evaluaciones que realiza, y elimine o corrija aquellas que no aportan información relevante para mantener la calidad de la atención o contribuir a su mejoría. La cantidad y la profundidad de las evaluaciones debe ser la mínima necesaria para cumplir los objetivos de calidad trazados.
- Las actividades de evaluación, sus resultados y conclusiones, así como las acciones adoptadas deberían ser trazables y quedar debidamente documentadas. Esto no implica generar un reporte escrito ad hoc de cada una de las evaluaciones efectuadas, sino que exista constancia de su ejecución.

Anexo 04.- Cartilla de validación de la propuesta por jueces



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 01

1. NOMBRE	PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA
PROFESIÓN	DOCENTE
ESPECIALIDAD	INVESTIGACION CIENTÍFICA
EXPERIENCIA PROFESIONAL	20 AÑOS
CARGO	DOCENTE DE INVESTIGACIÓN EN POSGRADO
TITULO: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMEREGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO	
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:	
1. Pertinencia: entre el Plan de mejora y el diagnóstico encontrado en la problemática de la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria se Cutervo (0- 5)	5
2. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y los contenidos temáticos (0- 5)	5
3. Congruencia: Entre la propuesta del Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)	5
4. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo (0- 5)	5
PROMEDIO OBTENIDO:	20
5. OBSERVACIONES	
6. SUGERENCIAS	

JUEZ-EXPERTO
PATRICIA DEL ROCIO CHAVÁRRY YSLA

Patricia del Rocio Chavarry Ysla
Patricia del Rocio Chavarry Ysla
FIRMERA



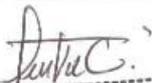
ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 02

1. NOMBRE	LISSET VILLALOBOS CACHAY
PROFESIÓN	ENFERMERA
GRADO ACADEMICO	MAGISTER EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
EXPERIENCIA PROFESIONAL	15 AÑOS
CARGO	ENFERMERA ASISTENCIAL
TITULO: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO	
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:	
1. Pertinencia: entre el Plan de mejora y el diagnóstico encontrado en la problemática de la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa María se Cutervo (0- 5)	5
2. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y los contenidos temáticos (0- 5)	5
3. Congruencia: Entre la propuesta del Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)	5
4. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo (0- 5)	5
PROMEDIO OBTENIDO:	20
5. OBSERVACIONES	
6. SUGERENCIAS	



Mg. Lisset Villalobos Cachay
JUEZ- EXPERTO
LISSET VILLALOBOS CACHAY



ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INSTRUMENTO DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS DE LA PROPUESTA

JUEZ N° 03

1. NOMBRE	ABEL EDGARDO MONTEZA GARCIA
PROFESIÓN	OBSTETRA
GRADO ACADEMICO	MAGISTER EN GOBIERNO Y GERENCIA EN SALUD
EXPERIENCIA PROFESIONAL	20 AÑOS
CARGO	DIRECTOR
TITULO: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO	
EN BASE A UNA CALIFICACIÓN DE 1 A 20, EVALÚE:	
1. Pertinencia: entre el Plan de mejora y el diagnóstico encontrado en la problemática de la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria se Cutervo (0- 5)	5
2. Coherencia: Existe secuencia entre los objetivos del plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y los contenidos temáticos (0- 5)	5
3. Congruencia: Entre la propuesta del Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo y las dimensiones e indicadores considerados en la operacionalización de la variable investigada (0- 5)	5
4. Eficiencia: Existe calidad metodológica en la propuesta Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del Hospital Santa Maria de Cutervo (0- 5)	5
PROMEDIO OBTENIDO:	20
5. OBSERVACIONES	
6. SUGERENCIAS	


Mg. ABEL E. MONTEZA GARCIA
JUEZ- EXPERTO
ABEL E. MONTEZA GARCIA

Anexo 05.- Matriz de consistencia

Título: Plan de mejora para la calidad de registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TEORIAS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACION	DISEÑO DE INVESTIGACION	TECNICAS	INSTRUMENTOS
¿Cómo una Plan de mejora contribuye para la calidad de registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?	<p>General. Proponer un plan de mejora para la calidad de registro medico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.</p> <p>Específicos. Estimar el nivel de calidad de registro medico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, según las dimensiones. Estimar el nivel de cumplimiento del registro de la historia clínica para cada dimensión. Diseñar un plan de mejora para optimizar el registro de la historia clínica.</p>	Para la presente investigación no se planteó hipótesis por ser descriptiva, por lo que para este tipo de estudios es opcional	<p>VARIABLE Plan de Mejora Teoría de Donabedian</p> <p>VARIABLE Calidad de registro médico</p> <p>Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2016.</p>	VARIABLE : Plan de Mejora VARIABLE Calidad de registro médico	No experimental, cuantitativa, descriptiva con propuesta	El diseño fue de tipo descriptivo simple con propuesta en el cual el investigador buscó y recoge información relacionada con el objeto de estudio, no presentándose la administración o control de un tratamiento, es decir estuvo constituida por una variable y una población” Esquema: M – O - P Dónde: M: Historias clínicas O: Información (observaciones) relevante o de interés que recogemos de la muestra. P: Plan de Mejora	La técnica utilizada en esta investigación fue el análisis documental	Historia Clínica

Anexo 06.- Base de datos estadística

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
1	2	6	5	5	16	13	3	7	6	0	3	64
2	2	7	8	9	16	16	3	5	7	2	4	77
3	2	5	5	5	16	13	3	7	8	0	3	65
4	2	6	12	10.2	16	16	3	6	11	2	1	83.2
5	2	5	5	5.2	16	9	3	4	7	1	2	57.2
6	2	7.5	10	10.2	20	19	3	6	11	3	3	92.7
7	2	5	8.5	9	16	13	3	7	11	1.5	3	77
8	2	7	8	10	16	13	2	6	9	1	2	74
9	2	7	13	5.2	16	13	3	7	11	2	5	82.2
10	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
11	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
12	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
13	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71
14	2	6	8	9	16	9	3	5	7	2	4	69
15	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	11	0	3	74
16	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
17	2	5	5	5.2	16	13	3	4	9	1	2	63.2
18	2	7	10	10.2	20	13	3	6	11	3	3	86.2
19	2	8	8.5	9	20	19	3	8	11	2	4	92.5

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
20	2	6	8	10	16	13	3	6	11	1	2	76
21	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
22	2	6	13	10.2	16	13	3	7	9	3	3	83.2
23	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
24	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
25	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71
26	2	6	8	9	16	9	3	5	11	2	4	73
27	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
28	2	5	8.5	9	16	13	3	7	6	2	3	72.5
29	2	7	8	10	16	13	3	6	7	3	2	75
30	2	6	5	5	8	13	3	7	8	0	3	58
31	2	7	8	9	16	16	2	5	11	2	4	80
32	2	5	5.5	5.5	16	13	3	7	7	0	3	65
33	2	6	12	10.2	16	16	3	6	11	2	1	83.2
34	2	5	5	5.2	16	9	3	4	11	1	2	61.2
35	2	7.5	10	10.2	16	19	3	6	9	3	3	86.7
36	2	5	8.5	9	16	13	3	7	11	1.5	3	77
37	2	7	8	10	16	13	3	6	11	1	2	77
38	2	7	13	5.2	16	13	3	7	6	2	5	77.2
39	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
40	2	6	12	5.2	16	9	3	5	11	0	1	68.2

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
41	2	7	5	10.2	16	19	3	7	7	2	2	78.2
42	2	5	5	5	8	16	3	7	11	0	3	63
43	2	6	8	9	20	9	2	5	11	2	4	76
44	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	9	0	3	72
45	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
46	2	5	5	5.2	16	13	3	4	11	1	2	65.2
47	2	7	10	10.2	16	13	3	6	11	3	3	82.2
48	2	7	8.5	9	16	19	3	7	11	1.5	3	85
49	2	6	8	10	16	13	3	6	9	1	2	74
50	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
51	2	6	13	10.2	16	13	3	7	11	3	3	85.2
52	2	6	12	5.2	16	9	3	5	11	0	1	68.2
53	2	7	5	10.2	20	19	3	7	11	2	2	86.2
54	2	5	5	5	16	16	3	7	6	0	3	66
55	2	6	8	9	16	9	3	5	7	2	4	69
56	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
57	2	6	8	9	12	9	3	5	11	2	4	69
58	2	7	13	10.2	16	19	3	8	11	3	3	93.2
59	2	5	5	5.2	16	9	2	4	7	1	2	56.2
60	2	7	10	10.2	20	18	3	6	11	3	4	92.2
61	2	5	5	5.2	16	9	3	4	7	1	2	57.2

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
62	2	7.5	10	10.2	20	19	3	6	11	3	3	92.7
63	2	5	8.5	9	16	13	3	7	11	1.5	3	77
64	2	7	8	10	16	13	2	6	9	1	2	74
65	2	5	5	5	16	16	3	7	6	0	3	66
66	2	6	8	10	16	12	3	5	7	2	4	73
67	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
68	2	6	8	9	12	9	3	5	11	2	4	69
69	2	7	13	10.2	16	19	3	8	11	3	3	93.2
70	2	5	5	5.2	16	9	2	4	7	1	2	56.2
71	2	7	10	10.2	20	18	3	6	11	3	4	92.2
72	2	6	13	10	16	13	3	5	11	2.5	2	79
73	2	7	5	10.2	16	19	3	7	7	2	2	78.2
74	2	5	5	5	8	16	3	7	11	0	3	63
75	2	6	8	9	20	9	2	5	11	2	4	76
76	2	5	5	5.5	16	18	3	7	9	0	3	71.5
77	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
78	2	5	5	5.2	16	13	3	4	11	1	2	65.2
79	2	8	8.5	9	20	19	3	8	11	2	4	92.5
80	2	6	8	10	16	13	3	6	11	1	2	76
81	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
82	2	6	13	10.2	16	13	3	7	9	3	4	84.2

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
83	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
84	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
85	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71
86	2	6	8	9	16	9	3	5	11	2	5	74
87	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
88	2	5	8.5	9	16	13	3	7	6	2	3	72.5
89	2	7	8	10	16	13	3	6	7	3	2	75
90	2	6	8	9	16	9	3	5	7	2	4	69
91	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	11	0	3	74
92	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
93	2	5	5	5.2	16	13	3	4	9	1	2	63.2
94	2	7	10	10.2	20	13	3	6	11	3	3	86.2
95	2	8	8.5	9	20	19	3	8	11	2	4	92.5
96	2	6	8	10	16	13	3	6	11	1	2	76
97	2	7	8	10	16	13	3	6	11	1	2	77
98	2	7	13	5.2	16	13	3	7	6	2	5	77.2
99	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
100	2	6	12	5.2	16	9	3	5	11	0	1	68.2
101	2	7	5	10.2	16	19	3	7	7	2	2	78.2
102	2	5	5	5	8	16	3	7	11	0	3	63
103	2	6	8	9	20	9	2	5	11	2	4	76

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
104	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	9	0	3	72
105	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
106	2	7	13	5.2	16	13	3	7	11	2	5	82.2
107	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
108	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
109	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
110	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
111	2	6	13	10.2	16	13	3	7	9	3	3	83.2
112	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
113	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
114	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71
115	2	6	8	9	16	9	3	5	11	2	4	73
116	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
117	2	5	8.5	9	16	13	3	7	6	2	3	72.5
118	2	7	8	10	16	13	3	6	7	3	2	75
119	2	6	5	5	8	13	3	7	8	0	3	58
120	2	7	10	10.2	20	18	3	6	11	3	4	92.2
121	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
122	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
123	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
124	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
125	2	6	8	9	16	9	3	5	7	2	4	69
126	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	11	0	3	74
127	2	6	5	5	16	13	3	7	6	0	3	64
128	2	7	8	9	16	16	3	5	7	2	4	77
129	2	5	5	5	16	13	3	7	8	0	3	65
130	2	6	12	10.2	16	16	3	6	11	2	1	83.2
131	2	5	5	5.2	16	9	3	4	7	1	2	57.2
132	2	7.5	10	10.2	20	19	3	6	11	3	3	92.7
133	2	5	8.5	9	16	13	3	7	11	1.5	3	77
134	2	7	8	10	16	13	2	6	9	1	2	74
135	2	7	13	5.2	16	13	3	7	11	2	5	82.2
136	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
137	2	5	5	5.2	16	13	3	4	9	1	2	63.2
138	2	7	10	10.2	20	13	3	6	11	3	3	86.2
139	2	8	8.5	9	20	19	3	8	11	2	4	92.5
140	2	7	8	10	16	13	3	6	7	3	2	75
141	2	6	5	5	8	13	3	7	8	0	3	58
142	2	7	8	9	16	16	2	5	11	2	4	80
143	2	6	8	10	16	13	3	6	11	1	2	76
144	2	6	8	9	16	9	3	5	11	2	4	73
145	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
146	2	5	8.5	9	16	13	3	7	6	2	3	72.5
147	2	5	5.5	5.5	16	13	3	7	7	0	3	65
148	2	6	12	10.2	16	16	3	6	11	2	1	83.2
149	2	5	5	5.2	16	9	3	4	11	1	2	61.2
150	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
151	2	6	13	10.2	16	13	3	7	9	3	3	83.2
152	2	6	12	5.2	8	9	3	5	11	0	1	60.2
153	2	7	5	10.2	16	19	2	7	11	2	2	81.2
154	2	5	5	5	16	16	3	7	11	0	3	71
155	2	7.5	10	10.2	16	19	3	6	9	3	3	86.7
156	2	5	8.5	9	16	13	3	7	11	1.5	3	77
157	2	7	8	10	16	13	3	6	11	1	3	78
158	2	7	13	5.2	16	13	3	7	6	2	5	77.2
159	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
160	2	6	12	5.2	16	9	3	5	11	0	1	68.2
161	2	6	8	9	16	9	3	5	7	2	4	69
162	2	7	13	10.2	16	19	3	7	11	3	3	92.2
163	2	6	8	9	12	9	3	5	11	2	4	69
164	2	7	13	10.2	16	19	3	8	11	3	3	93.2
165	2	5	5	5.2	16	9	2	4	7	1	2	56.2
166	2	7	10	10.2	20	18	3	6	11	3	4	92.2

HISTORIAS CLINICAS												
	DATOS	FILIACIÓN	ANAMNESIS	EXAMEN CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRABAJO	ALTA	TRATAMIENTO	NOTAS DE EVOLUCIÓN	REGISTRO OBSTETRICIA/ ENFERMERIA	ATRIBUTOS	CALIDAD DE REGISTRO
167	2	7	5	10.2	16	19	3	7	7	2	2	78.2
168	2	5	5	5	8	16	3	7	11	0	3	63
169	2	6	8	9	20	9	2	5	11	2	4	76
170	2	5	5.5	5.5	16	18	3	7	9	0	3	72
171	2	5	13	5.2	16	16	3	7	11	2	5	83.2
172	2	6	13	10.2	16	13	3	7	11	3	3	85.2
173	2	6	12	5.2	16	9	3	5	11	0	1	68.2
174	2	7	5	10.2	20	19	3	7	11	2	2	86.2
175	2	5	5	5	16	16	3	7	6	0	3	66
176	2	7	12	10.2	16	13	3	6	11	2	1	81.2
177	2	5	5	5.2	16	13	3	4	11	1	2	65.2
178	2	7	10	10.2	16	13	3	6	11	3	3	82.2
179	2	7	8.5	9	16	19	3	7	11	1.5	3	85
180	2	6	8	10	16	13	3	6	9	1	2	74

Anexo 07.- Panel fotográfico



Fig. a y b Investigador en la Institución de Salud Hospital Santa maría de Cutervo



Investigador en la Institución de Salud Hospital Santa María de Cutervo recolectando la información con los respectivos instrumentos.



**Anexo 08.- Constancia emitida por la institución que acredite la
realización del estudio**



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "SANTA MARIA" CUTERVO
Registro No:
Folios: 01
Fecha: 21-05-18
Firma:

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Chiclayo, 12 de mayo del 2018.

Oficio N° 17-2018-EPG/UCV/CH

DR. JUAN REYES VEGA GERRERO
DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO

ASUNTO: Apoyo con aplicación para proyecto de investigación.

Por la presente reciba mi cordial saludo y al mismo tiempo solicitar su AUTORIZACIÓN y apoyo con nuestro MAESTRANTE del programa de MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD al Sr. HUERTA HUERTA MARCO ANTONIO con DNI 43260875, para la aplicación de su proyecto de investigación denominado "PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MÉDICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO, CAJAMARCA"

Recurso a su digna persona a fin de facilitar y dar su autorización, con cargo de que al término del trabajo los resultados se entregarán a su despacho para la mejora de su gestión.



[Firma]
DRA. MERCEDES COLLAZOS ALARCÓN
JEFA DE ESCUELA DE POSGRADO UCV-CH

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Pimentel Km. 3.5
Tel.: (074) 481 616 Anx.: 6514

fb/ucv.peru
@ucv_peru
#saliradelante
ucv.edu.pe



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO
HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO



“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

Cutervo, 21 de Mayo del 2018.

OFICIO N° 426 - 2018-CAJ-DSRC-DSRSC/HSMC/DG.

Doctora:
MERCEDES COLLAZOS ALARCON
Jefe de Escuela de Posgrado UCV-Chiclayo

CIUDAD.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Referencia : Oficio N° 17-2018-EPG/UCV/CH

Por medio del presente, me permito saludarla cordialmente y al mismo tiempo para comunicarle que, atendiendo al documento indicado en la referencia, se está autorizando para la aplicación de Proyecto de Investigación “**PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMERGENCIA**” del Hospital Santa María Cutervo, al Sr. **HUERTA HUERTA MARCO ANTONIO**, por lo que se solicita hacer llegar copia en físico del Proyecto aplicado.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



C.C.
Archivo
JRWG/elb.

Anexo 09.- Informe de pase a sustentación

INFORME DE PASE A SUSTENTACIÓN

AUTOR: BR. MARCO ANTONIO HUERTA HUERTA

PROGRAMA: MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIO DE LA SALUD

ASESOR: DRA. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA

TITULO: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO

NOMBRE DEL JURADO

DRA. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA

LA SUSCRITA HA REVISADO LA TESIS Y SE HA COMPROBADO QUE HA SIDO SUBSANADAS LAS OBSERVACIONES REVISADAS EN LA PRIMERA CORRECCION; POR LO TANTO **CONSIDERO QUE DEBE PASAR A SUSTENTACION DE LA MISMA.**

Chiclayo, Junio del 2018



Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
DNI: 16658907

Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla
ENFERMERA

INFORME DE PASE A SUSTENTACIÓN

AUTOR:

Br. HUERTA HUERTA, Marco Antonio

PROGRAMA: Maestría en Gestión de los Servicios de la salud

ASESORA: Dra. Patricia del Rocío, Chávarry Ysla

TITULO:

Plan de mejora para la calidad del registro médico en emergencia del hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca.

NOMBRE DEL JURADO:

DRA. CARMEN GRACIELA ARBULÚ PÉREZ VARGAS

OBSERVACIONES

LA SUSCRITA HA REVISADO LA TESIS Y SE HA COMPROBADO QUE HAN SIDO SUBSANADAS LAS OBSERVACIONES REVISADAS EN LA PRIMERA CORRECCION Y REUNE LAS CONDICIONES PARA SUSTENTAR, POR LO TANTO **CONSIDERO QUE DEBE PASAR A SUSTENTACION.**

25 de julio del 2018



Dra. Carmen Graciela Arbulú Pérez Vargas
DNI 16437326
REGISTRO CONCYTEC 2817
ORCID: 0000-0002-8463-6553

INFORME DE PASE A SUSTENTACIÓN

AUTOR: BR. HUERTA HUERTA MARCO ANTONIO

PROGRAMA: Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

JURADO: DRA. MARINA CAJÁN VILLANUEVA

TÍTULO: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MÉDICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, CAJAMARCA.

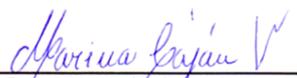
NOMBRE DEL JURADO

Dra. Marina Caján Villanueva

OBSERVACIONES

LA SUSCRITA HA REVISADO LA TESIS Y SE HA COMPROBADO QUE HA SIDO SUBSANADAS LAS OBSERVACIONES REVISADAS EN LA PRIMERA CORRECCIÓN; POR LO TANTO **CONSIDERO QUE DEBE PASAR A SUSTENTACIÓN DE LA MISMA.**

Chiclayo, 26 de Julio del 2018


Dra. Marina Caján Villanueva
DNI: 16419378

Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis

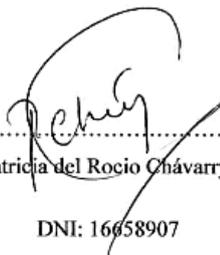


Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis

Yo, **Patricia del Rocio Chávarry Ysla** Asesor del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis del estudiante: MARCO ANTONIO HUERTA HUERTA, titulada: PLAN DE MEJORA PARA LA CALIDAD DEL REGISTRO MEDICO EN EMEREGENCIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO, constato que la misma tiene un índice de similitud de 11% verificable en el reporte de originalidad del programa *turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, junio del 2018



.....
Dra Patricia del Rocio Chávarry Ysla

DNI: 16658907

.....
Dra. Patricia del Rocio Chávarry Ysla

Acta de Autorización de Publicación de Tesis

 UCV <small>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</small>	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo **...Marco Antonio Huerta Huerta...**, identificado con DNI N° **...43260875...**, egresado de la Escuela Profesional de **Posgrado** de la Universidad César Vallejo, autorizo (**X**) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **"Plan de mejora para la calidad del registro medico en emergencia del hospital Santa Maria de Cutervo, Cajamarca"**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA

DNI: ...43260875...

FECHA: ...22... de...Agosto... del 2018...

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------