



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Calidad del registro de historias clínicas en la consulta  
externa del Hospital I Albrecht en el período 2019

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**AUTOR:**

Mora Mendoza, Sergio Omar (ORCID: 0000-0003-1084-2327)

**ASESORA:**

Dra. Evelyn del Socorro Goicochea Rios (ORCID: 0000-0001-9994-9184)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gerencia de Salud

**TRUJILLO - PERÚ**

**2019**

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	
I	INTRODUCCIÓN..... 1
II	MARCO TEÓRICO..... 3
III	METODOLOGÍA..... 7
	3.1. Tipo y Diseño de investigación..... 7
	3.2. Variables y operacionalización:..... 7
	3.3. Población, muestra y muestreo:..... 7
	3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..... 8
	3.5. Procedimiento..... 10
	3.6. Métodos de análisis de datos..... 10
	3.7. Aspectos éticos..... 10
IV	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS ..... 11
V	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 14
VI	ANEXOS ..... 17

## I INTRODUCCIÓN

A pesar de su importancia, a menudo se le da poca prioridad al mantenimiento de registros clínicos. Es común encontrar entradas ilegibles, comentarios ofensivos e información faltante, ya menudo hay inconsistencia entre las entradas de diferentes profesionales de la salud<sup>1</sup>.

A nivel europeo no hay una guía fija que dicte el formato de las notas clínicas. Financiado por el programa de salud de la Unión Europea, en julio de 2014 se publicó una descripción general de las leyes nacionales sobre registros de salud electrónicos en los estados miembros. Esto indica que, hasta la fecha, todos los países utilizaron uno o varios sistemas de registros de salud electrónicos. También mostró que el requisito en cuanto al contenido de estos registros variaba ampliamente de listas detalladas a referencias simples. Para hacer frente a esta variabilidad, varias organizaciones profesionales (asociaciones médicas, organismos de enfermería, etc.) y los fideicomisos de atención médica han creado pautas explícitas sobre el mantenimiento de registros (qué se debe registrar y de qué manera) y esto es algo que vale la pena explorar con su actual hospital / cuerpo profesional <sup>2</sup>.

El Ministerio de Salud generó un documento técnico normativo acerca de la historia clínica aplicable para todos los sectores de salud, tanto de ámbito público como privado<sup>3</sup>; en dicho documento se estipula el tipo de información que se debe incluir en cada parte de la historia, es así que en forma explícita indica que en el formato de consulta externa se debe registrar la fecha y hora de la atención, datos completos de filiación, antecedentes, anamnesis que debe incluir el motivo de la consulta, el registro de los hallazgos del examen físico, pruebas complementarios, los diagnósticos, el plan de acción, el tratamiento. Al ser un documento legal debe ser refrendado con sello y firma del personal que brinda la atención; todo ello según el Decreto supremo No.

016-2002/SA<sup>4</sup>. En relación con ello se decidió plantear el siguiente problema: ¿cuál es la calidad del registro de historias clínicas en la consulta externa del hospital Albrecht en el periodo 2019?

La historia clínica es una herramienta usada en todo acto médico y que registra todo lo vinculado a esto, desde acontecimientos previos y relevantes hasta aquellos que ocurren en el momento. Es usado en todo el proceso de atención. Además de datos que sirven para la identificación del paciente, incluye aspectos informativos de su entorno así como la recopilación completa y detallada de las dolencias tanto físicas como psicológicas, tanto objetivas como subjetivas. Los aspectos subjetivos se recopilan en la enfermedad actual y los objetivos en el examen físico. Sirve de base también para evaluaciones posteriores y seguimiento tanto a corto como a mediano o largo plazo.

Este estudio tiene como finalidad determinar cuál es la calidad del registro de las historias clínicas del hospital I Albrecht y de hallarse deficiencias, comunicar al equipo de gestión para que se tomen las medidas de corrección pertinentes. Se estima trabajar con las historias clínicas correspondientes a las atenciones brindadas en la consulta externa de las áreas de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. Esto es relevante dado que una historia bien hecha lleva a un mejor diagnóstico, permite un mejor seguimiento e incluso reduce el tiempo de consulta al ya no ser necesario repreguntar información que ya se registró.

En este marco, se plantearon los siguientes objetivos, como objetivo general es determinar la calidad de la historia clínica en la consulta externa del hospital Albrecht y como objetivos específicos identificar la calidad de la historia por cada área es decir medicina, pediatría, cirugía y ginecología y además determinar esta calidad según dimensiones.

## II MARCO TEÓRICO

Matzumura J. et al <sup>5</sup> en el Perú en el 2014 evaluaron la calidad en el llenado de las historias en la consulta, en un estudio descriptivo de corte transversal en 323 historias clínicas; el 63,8% de éstas tenía un llenado 'aceptable', sin embargo en 36,2% restante, se clasificó como 'falta mejorar'; el sello y la firma fue el parámetro mejor llenado (99,5% y 93,2%).

Delgado A. et al <sup>6</sup> en Colombia en el 2014 evaluaron el grado de llenado de la historia clínica en un estudio descriptivo transversal, en 147 ingresos; el historial familiar solo estaba presente en el 11,8%. La recogida de datos sobre consumo de sustancias nocivas (tabaco) figuraba en un 47,6%. El 75% de las historias contaba con indicaciones médicas; las historias evaluadas eran legibles en el 52,3%.

Soriano J. et al <sup>7</sup> en México en el 2001; en un estudio observacional transversal analizaron 1473 historias clínicas sobre todo revisando aspectos relacionados al centro asistencial, al usuario y a los médicos que estarían influyendo en la calidad de las historias clínicas. Encontraron que un 18,3% ([IC] del 95%: 16,3-20,3%) del total de documentos revisados cumplían los criterios de calidad.

Romero A. et al <sup>8</sup> en Perú en el 2018 evaluaron la calidad de la evolución y epicrisis en las historias realizadas por internos de medicina en un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; entre los aspectos con menor cumplimiento fueron la interpretación de los exámenes con un 34.7% y 26.3% respectivamente. Los ítems con mayores falencias en las epicrisis fueron el registro de la hora de egreso (1.3%) y el de complicaciones con 11.3%.

Pablo E, et al <sup>9</sup> en Perú en el 2008; evaluaron la calidad de las historias de pacientes fallecidos en 86 historias clínicas; por medio de un estudio descriptivo seccional; todas las historias obtuvieron una calificación entre 48 y 64%. Registro de filiación

insuficientes y mal registro de la Enfermedad Actual en todas las historias; no se especifica el motivo de consulta en el 70% de las historias.

Mejía B. et al <sup>10</sup> en Ecuador en el 2015; desarrollaron un estudio para evaluar la calidad de las historias clínicas de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas. El estudio fue retrospectivo correlacional. Encontraron que solo el 25% de estos documentos cumplían con los requerimientos estipulados, siendo el promedio de cumplimiento de 70.4%. Ninguno de ellos alcanzó más de 90% cuando el análisis se hizo por dominio.

El objetivo principal de registrar información en registros médicos del paciente es para apoyar la prestación de buenos cuidados, toma de decisiones clínicas, comunicación entre la asistencia sanitaria trabajadores y continuidad de la atención. Adicionalmente, es una fuente valiosa para la investigación científica, garantía de calidad y transparencia de los cuidados entregados. El registro de pacientes estructurado a través de una revisión es, con mucho, el más aplicado método para evaluar la aparición de efectos adversos. eventos (EA) en hospitales y para mejorar y entender las causas potenciales y contributivas. Sin embargo, la evaluación con revisión de registro depende de la presencia de datos en los registros de pacientes, y por lo tanto, existe un riesgo de sesgo de información<sup>11</sup>.

La tasa es mayor en aquellos registros sin componentes faltantes en comparación con los registros con componentes faltantes. Además de faltar componentes de grabación, la calidad de la información actual también podría ser una fuente de sesgo en los estudios de revisión de registros<sup>12</sup>.

La diligencia con la que se encuentra la información en los grabados pueden influir en la visibilidad de los expedientes; Los clínicos que registran más datos se exponen a sí mismos a la detección de información inadecuada, ilegible o no rastreable. Puede hacer que sea más difícil de detectar y por lo tanto, pueden estar asociados con menores tasas de EA y, por lo tanto, podría sesgar los resultados de los estudios de revisión de registros. En el otro lado la mala calidad de la información en los

registros de pacientes pueden ser una causa o una consecuencia de mala calidad de atención y por lo tanto puede estar asociado a mayores tasas<sup>13</sup>.

El mantenimiento de registros clínicos es un componente integral de la buena práctica profesional y la prestación de asistencia sanitaria de calidad.

Los registros que se deben encontrar no están supeditados al formato de registro, es decir, la misma información debe encontrarse sea el registro electrónico o en papel. Un registro adecuado incluso mejora la comunicación, facilita los procesos como interconsultas y referencias y cada área aporta según lo que le corresponda. Estos documentos también son sometidos a auditoría periódica y eventualmente al ser documentos legales, ser por ello elementos probatorios en alguna materia judicial de ser necesario.<sup>14</sup>

Las buenas notas clínicas documentan la historia clínica del paciente. Al documentar toda la información clínica relevante, usted está registrando esta información para referencia futura. Esto es de particular relevancia en el caso de una decisión médica impugnada, pero lo más importante es que garantiza la continuidad. La continuidad en las notas clínicas es de vital importancia para la atención del paciente, ya que, en el entorno médico actual, muchos profesionales de la salud diferentes participan en el tratamiento de un solo paciente. Asegurarse de que las notas clínicas estén actualizadas y completadas de manera precisa con información suficiente garantizará que se proporcione la información adecuada a todos los trabajadores de la salud pertinentes y les ayudará en posibles decisiones futuras<sup>15</sup>.

Esto, a su vez, beneficiará al paciente al perder menos tiempo en las pruebas repetidas y al evitar diagnósticos inexactos o la prescripción de tratamientos inapropiados. Además, la organización de atención médica tiene un beneficio, ya que los buenos registros clínicos facilitan la toma de decisiones para un solo paciente, lo que permite liberar el tiempo que puede dedicarse a los pacientes más

necesitados. Finalmente, los registros clínicos deficientes pueden tener un profundo impacto en la salud de toda la vida del paciente<sup>16</sup>.

El buen registro clínico bajo tales circunstancias a veces puede ser realmente desafiante como, por ejemplo, en el caso de un paciente que experimenta un deterioro agudo e inesperado en mitad de la noche, con varias especialidades involucradas y con varias discusiones de fondo difíciles que tienen lugar al mismo tiempo. tiempo con miembros de la familia. Por lo general, existe una gran variabilidad en el formato de las entradas en las notas clínicas entre diferentes profesionales de la salud y hospitales en diferentes países. Esto también está influenciado por los años de experiencia del médico / profesional de la salud, los incidentes anteriores (es decir, las lecciones aprendidas) y las circunstancias relevantes del caso (deterioro agudo del paciente, etc.)<sup>17</sup>.

Cada entrada en el registro médico debe estar fechada, programada (24 horas) y legible. Cada uno debe ser firmado por la persona que realiza la entrada y debe hacerse lo más pronto posible después del evento que se debe documentar (por ejemplo, cambios en el estado clínico, sala de guardia, investigación, etc.) y antes de que el miembro del personal correspondiente salga de servicio. Si hay un retraso, se debe registrar la hora del evento y el retraso, así como las razones del retraso. Deben evitarse las abreviaturas porque pueden ser ambiguas. También es importante evitar comentarios innecesarios en el informe del paciente. Cualquier comentario ofensivo, personal o humorístico podría dañar su credibilidad.

Recuerde, los pacientes tienen derecho a acceder a sus registros y un comentario frívolo en las notas de un paciente puede ser difícil de explicar<sup>18</sup>.

Dada la importancia de los registros, éstos deben ser objetivos. Ser claros cuando es la expresión de un paciente o cuando es el registro médico como una conclusión. En ese sentido tener en cuenta que las conclusiones e incluso adjetivos podrían ser potencialmente dañinos, sobre todo cuando se refiere a adicciones u otras conductas de riesgo. Eventualmente pueden usarse las comillas sobre todo para usar términos o expresiones dadas ya sea por el paciente o por el familiar cuando



amerite. Asimismo, otra recomendación es el uso de términos inequívocos para evitar conclusiones erróneas.<sup>19</sup>.

Así como el registro del cumplimiento terapéutico se debe registrar el incumplimiento o los errores en el cumplimiento. También las acciones de seguimiento aunque éstas sean virtuales o no presenciales. En todo ello se debe documentar con nombres, fechas, contenido, medidas tomadas. Además toda medida tomada y acción hecha debe ser registrada como firmas del consentimiento informado, conversaciones con los miembros de la familia, etc.<sup>20</sup>.

### **III METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Diseño de investigación**

Tipo de investigación: Aplicada

Diseño de investigación: Estudio no experimental, descriptivo, seccional.

#### **3.2. Variables y operacionalización:**

Variable:

Calidad de historias clínicas

Operacionalización: Ver anexo 4

#### **3.3. Población, muestra y muestreo:**

##### **Población:**

Estará compuesto por todas las historias clínicas, físicas o electrónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del hospital Albrecht.

##### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el área de consulta externa, de cualquier grupo etáreo y por cualquier etiología independiente del destino (interconsulta o referido)

**Criterios de exclusión**

- Historias clínicas inmovilizadas por reclamos pendientes o en procesos judiciales.

**Muestra:**

**Tamaño muestral:**

Para el cálculo del tamaño de muestra se usará la fórmula para estudios de una sola población<sup>21</sup>:

Según el resultado de la fórmula (ver anexo 5) se trabajará con 226 historias clínicas.

**Método de muestreo:** aleatorio simple

**Unidad de análisis:**

Las historias clínicas de los pacientes que ingresaron por consulta externa en el Hospital ESSALUD Albretch durante el periodo 2019.

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

**Técnica:** Observación. Evaluación de expedientes clínicos de individuos.

**Instrumento:**

**Anexo 1: FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Filiación que se mide en los ítems 1, 2, en la cual se evalúa: nombre y apellidos completos del paciente, y número de historia clínica.

Consulta que se mide en los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6, en la cual se evalúa: en fecha, hora, motivo de consulta, signos y síntomas, antecedentes/ tratamiento anterior, examen físico general y/o preferencial.

Ayuda diagnóstica y procedimientos que se mide en los ítems 1 y 2 en la cual se evalúa la pertinencia de los exámenes de auxiliares y la pertinencia de interconsultas y procedimientos.

Diagnostico que se mide en los ítem 1 y 2 y se evalúa la impresión diagnostica y registro de CIE10

Tratamiento que se mide en los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6 en el cual se evalúa si detalla denominación común internacional, concentración, presentación, vía de administración, frecuencia, número de días.

Atributos de la historia clínica que se mide en los ítems 1, 2, 3 y 4 en el cual se evalúa si encontramos letra legible, orden y pulcritud, uso de formatos oficiales, firma y sello de médico tratante.

Anexo 2: check list de la calidad de la historia clínica:

La ficha valorara las siguientes dimensiones.

Completo: Llenado correcto de todos los ítems de la historia, según las características del paciente y motivo de consulta.

Legibilidad: Determina si presenta dificultad para ser leída.

Veraz: Presencia de firma y sello del profesional que realizó la atención.

**Validación y confiabilidad del instrumento:**

El instrumento de registro de datos se validará por criterio de jueces para verificar la coherencia y pertinencia de cada ítem. Si bien se trabajará con el instrumento de auditoría de historias clínicas, se verificará esta coherencia. (Anexo 3).

### 3.5. Procedimiento:

Se procederá a acudir al archivo de expedientes clínicos del hospital y se identificarán de manera aleatoria el número de historias necesarias para poder completar el tamaño muestral requerido; posteriormente se aplicaran los anexos del estudio a fin de verificar la calidad de la historia clínica en función de las tres dimensiones consideradas (completa, legible y veraz); posteriormente se procederá a registrar la información en las fichas y finalmente se procesarán los datos a través del programa estadístico correspondiente.

### 3.6. Métodos de análisis de datos:

La data obtenida será vaciada a una base EXCEL la cual permitiría el diseño de las tablas tetracóricas para la aplicación de las pruebas estadísticas pertinentes.

### 3.7. Aspectos éticos:

Nuestro estudio requerirá la evaluación y aprobación para su ejecución del comité de Ética e Investigación del Hospital ESSALUD Albrecht y de la Universidad Particular Cesar Vallejo. Considerando que es una investigación seccional transversal en donde no se realizara intervención ni manipulación de variable alguna, solo se tomará en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)<sup>22</sup> y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)<sup>23</sup>.

#### IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1 RECURSOS Y PRESUPUESTO:

- Recursos Humanos:
  - ✓ El investigador 01
  - ✓ El asesor académico 01
- Equipos y bienes duraderos
  - ✓ Laptop
  - ✓ Impresora
- Materiales e insumos:
  - ✓ Cuaderno
  - ✓ Lapiceros, lápiz
  - ✓ Corrector
  - ✓ Papel bond
  - ✓ Borrador
- Asesorías especializadas y servicios:
  - ✓ Asesorías
- Gastos operativos:
  - ✓ Pasajes
  - ✓ Refrigerios

CÓDIGOS	BIENES Y SERVICIOS	COSTO	COSTO TOTAL
2. 3.1 9	• <b>Material de escritorio</b>		
2.3.2 2 .2 3	• Red internet	60.00	240.00
2 .3. 2 2. 2 1	• Plan de llamadas	65.00	
2 .3 .1 5.1 2	• Papel bond	15.00	
2 .6 .6 1.2 1	• Costos de publicación de artículos científicos	100.00	

2.3.2 2.4	• <b>Material de Impresión</b>		
2 .3. 2 7 . 11	• 4 cartuchos de impresora	40.00	40. 00
	• <b>Servicios</b>		
2 .1.2 1. 1 99	• Refrigerios	30.00	730. 00
2 .1. 1 9.3 7	• Tiempo disponible/ H (9H/semana) por 4 meses	700.00	
	• <b>Recursos Humanos</b>	50.00	
2 .6. 3 1. 1 2	• Investigadora	2000.00	3,550.00
2 .3. 2 7. 13 5	• Asesor técnico	1000.00	
2 .3. 2 7. 14 6	• Asesor metodológico	500.00	
2 .3. 2 7. 14 5	• Asesor estadístico		
	<b>TOTAL GENERAL</b>		s/. 4560.00

#### 4.2. Financiamiento:

Autofinanciado

### 4.3 Cronograma de Ejecución:

N°		2019															
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
1	Elaboración del proyecto																
2	Recolección de datos																
3	Procesamiento y análisis de datos																
4	Redacción de informe																
5	Sustentación de informe																

## V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Holroyd-Leduc JM, Lorenzetti D, Straus SE, Sykes L, Quan H. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care: a systematic review of the evidence. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18: 732-737.
- 2.-Kenya Ministries of Health. Standards and Guidelines for Electronic Medical Record Systems in Kenya. Nairobi: Kenya Ministries of Health. 2010.
- 3.-Matzumura J. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa-. *Red de Revistas Científica de America Latina, el caribe, España y Portugal*. 2011; 251 -257.
- 4.-Perata M. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. *Revista Médica Herediana* 2006; 35 - 41.
- 5.-Matzumura J. 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. In *Anales de la Facultad de Medicina* 2014; 75 (3):251-257).
- 6.-Delgado A. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna. *Gest y Eval Sanit (Esp)* 2014; 15(1), 33-39.
- 7.-Soriano J. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Atención primaria* 2001; 28(8), 535-542.
- 8.-Romero A. Calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dos hospitales-provincia de Chiclayo, período agosto a noviembre, 2016.



- 9.-Pablo E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; 21(2), 51-54.
- 10.-Mejía B. Evaluación del expediente clínico integrado y de calidad en pacientes de cirugía programada. *Revista CONAMED* 2015; 19(3).
- 11.-Milieu Ltd, Time.lex. Overview of the national laws on electronic health records in the EU member states and their interaction with the provision of cross-border eHealth services. Brussels, Consumers, health and food executive agency (Chafea), 2014.
- 12.-Good medical practice. Manchester, General medical council, 2013.
- 13.-The Code. London, Nursing and midwifery council, 2015; p. 9.
- 14.-Pullen I, Loudon J. Improving standards in clinical record keeping. *Adv Psychiatr Treat* 2006; 12: 280–6.
- 15.-Confidentiality. Manchester, General medical council, 2009.
- 16.-Bundesärztekammer, Kassenärztliche bundesvereinigung. Empfehlungen zur ärztlichen schweigepflicht, datenschutz und datenverarbeitung in der arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: A963–A972.
- 17.-Health and social care information centre (HSCIC), Academy of medical royal colleges. Standards for the clinical structure and content of patient records. London, HSCIC, 2013.
- 18.-Private Sector Innovation Programme for Health. Kisii Teaching and Referral Hospital: Public- Private Partnerships for Improved Customer Care and Access to Healthcare. Nairobi: Private Sector Innovation Programme for Health (PSP4H). 2015.
- 19.-Rose D, Richter LT, Kapustin J. Patient experiences with electronic medical records: Lessons learned. *J Am Assoc Nurse Pract* 2014; 26: 674-680.

20.-Silow S, Edwards JN, Rodin D. Using Electronic Health Records to Improve Quality and Efficiency: The Experiences of Leading Hospitals. Issue Brief (Commonw Fund) 2013; 17: 1-40.

21.-Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

22.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

23.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

---

## VI ANEXOS

### ANEXO 1

#### FICHA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

N°	CRITERIOS
1	FILIACION
1.1	Fecha
1.2	Identificación del paciente (nombres y apellidos, grado, parentesco, código de identificación naval, DNI)
1.3	Edad y sexo
1.5	Dirección y teléfono
1.6	Nombre del acompañante o responsable, así como parentesco y número de telefónico.
	NOTA DE INGRESO
2	ANAMNESIS
2.1	Motivo de consulta
2.2	Fecha y hora
2.3	Nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
2.4	Enfermedad actual y completa ( Describe cronológicamente la sintomatología, causa aparente de su estado de salud)
2.5	Antecedentes personales
3	EXAMEN FÍSICO
3.1	Examen Físico en todo sus ítems
3.2	Presión arterial
3.3	Frecuencia cardíaca
3.4	Frecuencia respiratoria
3.5	Temperatura
3.6	Saturación de oxígeno.
4	DIAGNÓSTICO
4.1	Impresión diagnóstica o diagnóstico presuntivo
5	PLAN DE MANEJO
5.1	Detalla plan de estudio inicial
5.2	Solicitud de estudios
5.3	Exámenes de laboratorio
5.4	Exámenes radiológicos
5.5	Interconsultas
5.6	Firma y sello del profesional
6	INDICACIONES MEDICA
6.1	Se encuentra hoja de indicaciones
6.2	Nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
6.3	La hoja de indicaciones cuenta con fecha y hora
6.4	Se evidencia fecha y hora en los cambios de las indicaciones.
6.5	Registra adecuadamente: nombre del medicamento, presentación, dosis, cantidad y vía de administración
6.6	Firma y sello del profesional

## ANEXO 2

### CHECK LIST DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

	N°	ítems	Si	No	B
<b>COMPLETA</b>	1	Datos suficientes			
	2	Valoración Subjetiva			
	3	Valoración Objetiva			
	4	Transcripciones detalladas			
<b>LEGIBLE</b>	5	Con letra clara			
	6	Separando bien las palabras			
	7	Sin faltas ortográficas			
	8	Sin abreviaturas			
	9	Con el horario de 24 horas			
	10	Fecha y firma legible			
<b>VERAZ</b>	11	Sin alterar registros			
	12	Sin retocar los registros de otros			
	13	Sin omitir registros			
	14	Corrección de la frase y/0 palabra usando un trazo luego sellado y fechado			
	15	Presenta sello y firma.			

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Mediante este documento, yo  
 Dr(a)....., con  
 colegiatura N°: CMP....., ejerciendo actualmente  
 como..... En la  
 institución..... Y en mi  
 calidad de asesor del proyecto de tesis cuyo nombre es:

, cuyo autor es: .....; por medio de la presente evaluó y validó mediante  
 indicadores, la ficha de recolección de datos específicos elaborada por el autor.

N°	indicadores	si	no
1	¿La ficha está elaborada con claridad y precisión?		
2	¿Cada ítem ha sido redactado teniendo en cuenta la validez del contenido y criterio?		
3	¿Los ítems guardan coherencia con la hipótesis y las variables de estudio?		
4	¿La estructura es adecuada y bien organizada?		
5	¿Los criterios que evalúa cada factor han sido obtenidos de fuente confiable?		
6	¿Los factores a evaluar no constituyen riesgo para el paciente, manteniendo en todo momento la inocuidad en la prueba?		

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL EXPERTO

N° DNI:.....

**ANEXO 4**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Calidad de historias clínicas	<p>Se evaluará en función de las siguientes dimensiones</p> <p><b>Legible</b> Los textos deberán ser comprensibles y relación entre las palabras así como frases claras, sin ambigüedades.</p> <p><b>Completo:</b> Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico-asistencial.</p> <p><b>Veraz:</b> Debe caracterizarse por ser autentica, clara y natural</p>	Se determinará con el porcentaje de todos los ítems de cada parámetro registrado en la historia clínica en función de cada dimensión de la calidad de la historia clínica: completo, legible y veraz.	<p>Malo &lt; 40</p> <p>Regular 40 - 70</p> <p>Bueno 71 - 90</p> <p>Excelente &gt;90</p>	Cualitativa Nominal

## ANEXO 5

### FÓRMULA DE CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p_e q_e}{E^2}$$

Donde:

$n_0$ : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$ : Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

$p_e$ : Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (Porcentaje historias clínicas de buena calidad): 0.18 (18%) (Ref 7).

$q_e = 1 - p_e$

$p_e q_e$ : Variabilidad estimada.

$E$ : Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

Reemplazando valores obtenemos:

$n = 226$  historias clínicas.