



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en  
el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el  
tercer trimestre del año 2016

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Br. Katty Gianina Barrera Astuhuamán

**ASESOR:**

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones.

**SECCIÓN:**

Gestión de los servicios de la salud

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

**PERÚ - 2017**

Dr. Juan Méndez Vergaray

Presidente

Mg. Teresa Campana Añasco

Secretario

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones

Vocal

**Dedicatoria:**

A ti Gerardo mi ángel y héroe por enseñarme a ser mejor persona cada día...Dejaste la valla muy alta padre.

A mi madre por tanto amor y apoyo incondicional. Gracias Benita.

A mi esposo e hijo que son aliciente en mi vida, por eso hoy y siempre.

A mis hermanos y hermanas por sus consejos y apoyo en todas las etapas de mi vida.

La autora

**Agradecimiento**

Dios y la Santísima Virgen María quien me acompaña en cada paso.

A mi profesor por la paciencia y orientación en el trabajo realizado. Muchas gracias.

La autora

## Declaración Jurada

Yo, Katty Gianina Barrera Astuhuaman, estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 10688081 con la Tesis titulada “Calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016”.

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 la tesis 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 falseados ni copiados por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos) plagios (información sin citar 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, sometiéndose a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Los Olivos, Diciembre 2016

Katty Gianina Barrera Astuhuamán

DNI N° 10688081

## Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada "Calidad de la historia la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del centro médico naval con la finalidad de Determinar el nivel de la Calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

Esta investigación es de enfoque no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, cuya variable de estudio es la calidad de la historia clínica y tiene como objetivo general es determinar el nivel de Calidad de la historia clínica.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos estos son: la introducción, marco metodológico, resultados (discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos) en este capítulo nos permitirá describir los resultados obtenidos en cuanto al nivel de calidad de la historia clínica en sus formatos específicos y especiales, así como si durante su desarrollo fue completo, legible, pulcra, veraz; de esta manera se aportara sugerencias en mejora de la atención.

Esperando señores del Jurado que la investigación cumpla con los requisitos de establecidas por la Universidad César Vallejo y merezca su aprobación.

Katty Gianina Barrera Astuhuamán

## Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
<b>I. Introducción</b>	
1.1 Antecedentes	15
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística	23
1.3 Justificación	36
1.4 Problema	37
1.5 Hipótesis	41
1.6 Objetivos	41
<b>II. Marco Metodológico</b>	
2.1. Variables	44
2.2. Operacionalización de variables	47
2.3. Metodología	48
2.4. Tipos de estudio	48
2.5. Diseño	49
2.6. Población, muestra y muestreo	49
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
2.8. Métodos de análisis de datos	52
2.9. Aspectos éticos	52
<b>III. Resultados</b>	<b>53</b>
<b>IV. Discusión</b>	<b>58</b>

<b>V. Conclusiones</b>	66
<b>VI. Recomendaciones</b>	68
<b>VII. Referencias</b>	71
<b>VIII Anexo</b>	76
<b>Anexo 1:</b> Ficha de Evaluación de la calidad de la historia clínica.	77
<b>Anexo 2:</b> Check list de la calidad de la historia clínica	80
<b>Anexo 3:</b> Estadística de fiabilidad de Ficha de Evaluación de la calidad de la historia clínica.	81
<b>Anexo 4:</b> Matriz de Datos: Ficha de Evaluación de la calidad de la historia clínica.	82
<b>Anexo 5:</b> Matriz de consistencia	85
<b>Anexo 6:</b> Artículo Científico	86

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Operacionalizacion de la variable: Calidad de historia clínica	48
Tabla 2 Validez de contenido por juicio de expertos.	51
Tabla 3 Frecuencias porcentual del nivel de calidad de la historia clínica total de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016	54
Tabla 4 Frecuencias del nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo.	55
Tabla 5 Frecuencias del nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto este legible.	56
Tabla 6 Frecuencias del nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz.	57

## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 Grafica de sector circular de las frecuencias de historias clínicas según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016	54
Figura 2 Grafica de sector circular de las frecuencias de historias clínicas según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo.	55
Figura 3 Grafica de sector circular de las frecuencias de historias clínicas según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible.	56
Figura 4 Grafica de sector circular de las frecuencias de historias clínicas según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz.	57

## Resumen

El presente trabajo de investigación fue tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016.

La metodología es cuantitativa de tipo descriptivo, responde al diseño no experimental de corte transversal, la población estuvo conformada 85 historias clínicas, la técnica empleada para la recolección de datos fue lista de cotejo: Ficha de evaluación de la Historia clínica el cual fue elaborado por Beatriz Riondet quien establece como dimensiones para la calidad de la historia clínica: completa, legible y veraz. Por ello para fines del presente estudio el instrumento fue validada por juez de expertos quienes consideraron su aplicabilidad y además se determino su confiabilidad a través de la fórmula de KRichardson (0.865)

Los resultados de la investigación evidencian 98,8% de las historias clínicas tienen regular calidad de total de 85 historias clínicas revisadas. Siendo el resultado de 87.1% regular en la dimensión completo, además como calidad mala 50.6% y regular 49.4% en la dimensión legible y un 97.6% de calidad regular en la dimensión veraz.

**Palabras Claves:** calidad de la historia clínica.

## **Abstract**

The present research was aimed at determining the quality level of the medical history of the observation unit of the Naval Medical Center in the third quarter of 2016.

The methodology is quantitative descriptive type, responds to the non-experimental cross-sectional design, the population was conformed 85 clinical histories, the technique used for data collection was checklist: Assessment sheet of the clinical history which was prepared by Beatriz Riondet who establishes as dimensions for the quality of the medical record: complete, legible and truthful. Therefore, for the purposes of this study, the instrument was validated by a judge of experts who considered its applicability and also determined its reliability through the KRichardson formula (0.865)

The results of the research evidence 98.8% of the medical records have a regular quality of a total of 85 clinical records reviewed. Being the result of 87.1% regular in the full dimension, besides as bad quality 50.6% and regular 49.4% in the readable dimension and a 97.6% of regular quality in the true dimension.

**Key words: quality of clinical history.**

## **I. Introducción**

El ejercicio de la medicina esta basado en la relación médico-paciente, el profesional de salud para ofrecer una adecuada asistencia tiene que brindar una historia clínica en base a conceptos de calidad por ser considerado como una herramienta de gestión.(Ayala Morreno y otros 2007,p. 5)

Es así que existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las Historias Clínicas, este documento que recoge información sobre práctica clínica realizada al enfermo es además un elemento clave para el ejercicio profesional del personal de salud no solo desde el punto de vista asistencial sino por ser guía en el manejo clínico del paciente y porque es la única forma de analizar la evolución de la enfermedad (docencia-investigación) más aún si tiene las ventajas administrativas y medico legales que podrían ayudar hacer un análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios, por ello es un resumen de todos los procesos a que fue sometido un paciente. (Riondet, 2007, pág. 2)

Además hay que mencionar que la historia clínica no es un producto individual sino de todo un equipo de profesionales entre médicos, enfermeras y otros que muchas veces para dar cumplimiento a dicho documento se deriva de circunstancias poco favorables dando como resultado que la documentación no sea la adecuada o este incompleta, por ello para garantizar que sea un medio de comunicación e información de la atención prestada se debe controlar la calidad de la historia clínica. (Reneau & Perez-Salinas, 2001, p.32)

La presente tesis, titulada “Calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del centro médico naval en el tercer trimestre del 2016”: pretende determinar el nivel de la calidad de las historias clínicas en un área concurrida como es el servicio de emergencia, teniendo en cuenta que este es documento de alto valor médico, gerencial, legal, académico y como tal, la información en las mismas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes.

La presente investigación ha seguido las pautas que pone en consideración la escuela de post grado las cuales están divididas en 8 capítulos desarrollados con sus respectivas características.

Como primer capítulo se tienen la introducción, donde se plasma los antecedentes internacionales y nacionales, marco teórico, justificación, descripción del problema de investigación, hipótesis y los objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco metodológico, dentro de ella se operacionalmente las variables de estudio, se explica el tipo y diseño de investigación, se define la población y, en el caso de usar muestra se describe el diseño muestra, en este mismo capítulo de describe la técnica e instrumento de recolección de datos, finalmente se redacta el método de análisis de datos y los aspectos éticos.

En el tercer capítulo se presenta los resultados, se realiza el análisis descriptivo presentando tablas con su respectiva

En el cuarto capítulo, se discute los resultados obtenidos con los resultados obtenidos por otros investigadores que se encuentra en los antecedentes.

En el quinto y sexto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones y los capítulos séptimo y octavo son referentes a la referencia bibliográfica y anexos.

## **1.1 Antecedentes**

### **1.1.1 Antecedentes internacionales**

En el estudio realizado por Zeron y Sanchez (2015) de título *Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el período de Enero a Junio del año 2015*. Este estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. En el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, las limitaciones en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto, el número de

identidad y antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. Las conclusiones fueron: a) En los controles prenatales se identificó que en la sección de Identificación la mayoría de los datos fueron llenados correctamente. b) Los antecedentes familiares, personales y Obstétricos son llenados adecuadamente, con un registro en su totalidad. c) La mitad de los datos del embarazo actual se encuentran registrados siendo los más comunes el peso anterior, talla, fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, examen físico normal. Se encuentra falta de registro en los exámenes de laboratorio y la curva de incremento de peso materno. d) En la mayoría de los casos la calidad de la HCP es mala ya que no se cumple con el registro de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud. (Zeron Parrales & Sanchez Sandoval, 2016)

Por otro lado Lell, (2013) en su estudio *Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, del primer semestre del año 2013*, en términos de completitud y legibilidad. El diseño fue cuantitativa, descriptiva, transversal, retrospectiva y la muestra estuvo conformada por 157 historias clínicas, teniendo como resultados, cantidad de historias clínicas según su calidad: baja calidad (6%), calidad mejorable (64%), buena calidad (27%), excelente calidad (3%); cantidad de historias clínicas según su calidad, según su variable completitud: Baja calidad (3%), calidad mejorable (3%), buena calidad (49%) y excelente calidad (7%); cantidad de historias clínica según la variable legibilidad: baja calidad (20%), calidad mejorable (66%), buena calidad (14%), excelente calidad (0%). Teniendo como conclusiones falta de adecuación a la normativa, falta de la hoja clínica estadística, hoja de filiación, ausencia de la hoja de epicrisis (informe de alta); en relación a las variables de completitud y legibilidad: ninguna historia clínica se halló una excelente legibilidad, hoja de enfermería con mayores puntaje, hoja de evolución en historia clínica sin acto quirúrgico con puntaje más bajo. (Lell, 2014)

Además Wikman et al. (2008) en el estudio *Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna -Hospital Universitario de San Juan. Alicante. España*, se trató de un estudio descriptivo y de intervención con valoración antes/después para evaluar y mejorar la calidad de

las historias clínicas, que tuvo como muestra 186 historias clínicas elaboradas por los médicos de nuestro Servicio de Medicina Interna y se diseñó una plantilla para evaluar 16 contenidos de ellas mediante una escala tipo Likert.. Los resultados fueron: las mayores puntuaciones las tuvieron la indicación terapéutica (muy bien el 94,6%) y la indicación de las pruebas solicitadas (muy bien el 94,6%). Las mayores insuficiencias fueron para: anotación de alergias (muy mal el 20%), identificación del médico (muy mal el 24,3%) y la información al paciente y familiares (muy mal el 72,1%). Tras la intervención se observaron mejorías en casi todos los ítems, aunque no estadísticamente significativas, salvo en el juicio clínico y la indicación terapéutica, que empeoraron discretamente, pero con significación estadística. Las mejorías se observaron especialmente en el motivo de ingreso, los hábitos vitales, las alergias, la exploración física y la evolución. Conclusión: El estudio permitió conocer deficiencias en la elaboración de las historias clínicas (Wikman, 2009, pp. 391-395)

De la misma manera Riondet (2007) en su estudio *Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata-Diciembre*. De tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las 89 Historias clínicas con la aplicación de los 70 criterios de la ficha de evaluación. Los resultados fueron que las Historias Clínicas auditadas ninguna cumplieron con el 100 % de los criterios, el puntaje promedio fue de 49,8 con un rango entre 34-58 puntos. De los 70 criterios evaluados el porcentaje más bajo de cumplimiento fue el obtenido por el Consentimiento Informado para HIV con 0%, le siguieron la falta de Hoja de Enfermería con 9%, la Información Brindada al Paciente o Responsable Legal sobre su Condición de Salud con 13%, el Registro de la Información brindada sobre la Planificación del Alta con 4% y el Resumen de Datos Positivos Completo con 20 %. y se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 46%, Evolución con Razonamientos Diagnósticos 42%, Comentarios de Estudios Recibidos 53%, Comentarios sobre la Terapéutica 44% e Indicaciones Médicas 57%. Se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Identificación del

Paciente, Edad y Sexo, Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Impresión Diagnóstica, Detalle de Plan de Estudios Inicial y Planteo Terapéutico Inicial. Concluye que aunque se realicen análisis del control de calidad y se determinen los promedios centrales y los límites de control para los indicadores, el Comité de Calidad del Hospital debe definir cuál deberá ser el promedio y los límites de control a cumplir, lo que permite llevar a cabo una evaluación cuantitativa y progresiva que ayudará a mantener las historias clínicas ordenadas, completas y que algunos de estos sean ilegibles o estén anotados en otros registros. (Riondet, 2009)

Así, Delgado et al. (2010) En su estudio titulado *Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna durante el primer semestre 2010* de tipo descriptivo transversal, donde los resultados fueron que los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 11,8%. La recogida de datos sobre hábitos tóxicos (tabaco) figuraba en un 47,6% y la de diabetes mellitus en un 56,5%. El 75% de las historias incluía las hojas de indicaciones terapéuticas cumplimentadas diariamente. Las hojas de evolución de enfermería y médicas figuraban cumplimentadas diariamente en el 96,6 y el 27,6% de los episodios, respectivamente. El consentimiento informado, estaba presente en el 65%. La documentación revisada era legible sin dificultad en el 52,3%. Concluyendo que la valoración global resulta positiva, pero existen oportunidades de mejora en el registro de algunos componentes de la historia clínica. (Delgado Marquez, y otros, 2014, pp. 33-39)

### **1.1.2 Antecedentes nacionales**

Según en el estudio realizado por Zafra-Tanaka et al. (2013) titulado *Calidad de registro en Historias Clínicas en un centro de salud del Callao, Perú* de tipo descriptivo transversal de 91 historias clínicas de consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia. 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”, tuvo como resultados 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, 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. Se concluyó que 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). Este problema podría estar sucediendo en otros establecimientos similares, donde la evaluación periódica de estos indicadores debe ser tomado en cuenta. Sugerimos la revisión del instrumento con el fin de adaptarlo a cada especialidad, ya que existen ítems que no aplican en determinadas consultas, así como otros que no se miden en dicho instrumento y que podrían ser evaluados por distintas especialidades, por ejemplo, crecimiento y desarrollo, consejería nutricional, inmunizaciones de acuerdo a la edad, entre otros. (Zafra Tanaka, y otros, 2013, pp. 714-728)

De la misma forma en el estudio realizado por Matzumura et al. (2010-2011) de título *Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa*; el diseño fue Descriptivo de corte transversal y objetivo evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de Consultorios Externos del Servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa,. 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. Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como 'aceptables'; las restantes como 'falta mejorar'. Dentro de las principales medidas de resultados tenemos: Historias auditadas aceptables o falta mejorar, de los cuales el 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico 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). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Por ello las conclusiones fueron, más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. (Matzumura Kasano, Gutierrez Crespo, Sotomayor Salas, & Pajuelo Carrasco, 2010 – 2011, pp. 251-257)

Así mismo en el estudio realizado por Rocano (2008) *Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General*, el objetivo fue evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general. Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Siendo los resultados: El 100% de las historias clínicas auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna Historia Clínica se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de Historia Clínica registró la epicrisis; sólo el 15% de las Historia Clínica tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las Historia Clínica no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las Historia Clínica no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la Historia Clínica; y, en más del 50% de Historia clínica no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos. Ante esto la conclusión: Las historias clínicas auditadas calificaron como regulares. (Rocano, 2008)

Igual en el estudio por Puescas et al. (2008-2010) de título *Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo* de tipo Descriptivo, Retrospectivo, Transversal, tuvo como objetivo evaluar la calidad técnica de las historias clínicas de los 4 servicios básicos de hospitalización del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia, Pediatría, durante el periodo 2008, 2009, 2010. La calidad de las Historias clínicas se determinó considerando los criterios de la Norma Técnica de las Historias Clínicas del MINSA. Teniendo como resultados: La evaluación de la calidad por servicio mostró que el servicio de Obstetricia presentó la mayor proporción de buena calidad 28 (12,4%) y también la mayor proporción de mala calidad, con 70 (30,8%), además de una proporción de buena calidad total de 87 (38,5%) de historias evaluadas y la conclusión fue que mayor proporción de historias de buena calidad por servicio, fue 12,4% al servicio de Obstetricia y mayor proporción de historias de mala calidad al mismo servicio con 30,8%. Además la evaluación total de la calidad arrojó un valor de 38,5% del total. (Puescas Sánchez, Díaz Nolasco, & Díaz Vélez, *Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo 2008 – 2010*, pp. 5-8)

Por otra parte en el estudio realizado por Perata et al. (2006), de título *Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú* de tipo transversal descriptivo de corte retrospectivo donde el objetivo fue evaluar la calidad de los datos registrados en HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos atendidos en consultorios externos de Pediatría General en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). Donde se incluyeron 384 HC mediante un muestreo aleatorio simple con reemplazo. Se consideró las siguientes dimensiones: datos del paciente, anamnesis, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento e identificación del médico tratante, realizando una medición dicotómica de la variable (presencia o ausencia de la variable). Los resultados: Se encontró que el motivo de consulta, el peso y talla del paciente estuvieron presentes en todas las HC. La fecha, edad, y examen físico estuvieron presentes en más del 90%, el nombre y número de HC en menos

del 50%, mientras que las funciones biológicas y funciones vitales en menos del 20%. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4%. La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%. Conclusiones son la calidad del registro de datos en las HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos de Pediatría General en el HNCH es deficiente, se deben implementar mecanismos que permitan de manera efectiva a los médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes. (Perata Salazar, Llanos Zavalaga, Cabello Morales, & Mayca Pérez, 2006)

Ahora en el estudio realizado por Llanos et al. (2006) *titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos* de tipo transversal descriptivo se consideró como objetivo evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque -390 HC) y sur (Ica -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas -396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la historia clínica de pacientes atendidos en consultorios, y como resultados se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. Se concluye que tal como se ha reportado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se conversa de su valor como herramienta educativa. (Llanos Zavalaga, Mayca Pérez, & Navarro Chumbes, 2006,pp. 220-226)

## 1.2. Fundamentación Científica, técnica o humanista

### Calidad de historia clínica

La Organización Internacional para la estandarización (ISO) define la calidad como la totalidad de rasgos y características de un producto o servicio que conllevan la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas.

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de los formularios que se deben llenar durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales un ejemplo específico es la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en un hospital. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que andará bien la atención que recibe el paciente. (Riondet, 2007,p.7)

Donabedian (1966) planteó que los métodos para evaluar la calidad de la atención pueden aplicarse a tres elementos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. La calidad de los procesos ocupa un lugar importante en las evaluaciones de calidad. Según el autor el proceso es el conjunto de actividades que se realizan, entre las que ocupa un papel primordial la misma elaboración de la Historia Clínica. (pp. 166-203)

Por ello, la calidad de la historia clínica, es piedra angular de todo el sistema hospitalario, es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos, además la historia clínica reúne una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que fueron recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. En síntesis este documento clínico debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento. (Reneau & Perez-Salinas, 2001,p.32)

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos.

Un primer tipo de evaluación tiene como objetivo lograr historias completas o de calidad, es decir cumplir una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias, las deficiencias detectadas se corrigen en un plazo determinado y pactado previamente con el autor de la historia. Esta forma planteamiento es habitual en EE.UU. y se denominan risk management programs. (Reneau & Pérez-Salinas, 2001, p.32) A su vez dentro de este enfoque tenemos dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa.

- La revisión cuantitativa, que revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, así como otros aspectos tales como su orden. Se trata entonces de una evaluación objetiva el cual es realizada por personal capacitado en Documentación Médica.
- La revisión cualitativa, es una evaluación con mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos.

Un segundo planteamiento consiste en la realización de una revisión (que puede ser cuantitativa o cualitativa) cuyos resultados se informa a los autores para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección. Este tipo de planteamientos el que, habitualmente, se realiza en nuestro entorno por el servicio de Documentación Clínica o por la Comisión de Historias Clínicas del centro. (Según Reneau & Perez-Salinas, 2001,p.33.)

Otro tipo de análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, es la auditoria medica que incluye procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos, los resultados de los mismos que

repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente. (Piscoya, Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica, 2000,p.232)

También la auditoría en enfermería nos permite valorar el estado de los equipos, los recursos y el impacto de los resultados en cuanto a tiempo, complicaciones y costos, permitiéndonos actuar con rapidez al detectar fallas en la estructura o en los procesos. Por eso desde su implantación del procedimiento han sido de una ayuda invaluable los reportes de Enfermería en las Historias Clínicas que han permitido reconstruir los procesos de atención con excepcional claridad; sin embargo también hemos concordado con las profesionales enfermeras en la necesidad de sistematizar los reportes, por ejemplo estructurando datos, apreciación y resultados, incorporando el uso de sello y firma para todos los actos de enfermería entre otras sugerencias. (Piscoya, Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica, 2000,p.239)

### **Dimensiones Historia Clínica**

De acuerdo como indica Pérez (1998) dentro de las funciones de la historia clínica se encuentran (a)Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo respecto a la evolución del estado del paciente. (b)Brindar información que permita docencia, evaluación de la asistencia e investigación. (c)Ayudar al profesional de salud cuando se ponga en duda su actuación profesional.(p.54)

Sin embargo para que la historia clínica sea útil y facilite las tres funciones mencionadas es necesario cuidar su forma y su fondo, es decir si es completa, legible y veraz. (Pérez, p.55)

**Completo:**

La historia clínica 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. Así como todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc. (Amórtegui et al.2010,p.18)

Por otro lado ha de quedar registrado todo acto médico en el momento en que se realiza la consulta como indica Mandell (1995) si no se ha registrado es que no se ha hecho. Por ello deberá anotarse que se ha observado, cuando y en que circunstancias, como la transcripción detallada de las prescripciones que se indican, especialmente los medicamentos para evitar dosis adicionales por tal razón las indicaciones médicas deben incluir el área corporal y la frecuencia. Así mismo las observaciones y las manifestaciones del paciente deben ser objetivas, evitando calificar las actitudes así como criticar a los compañeros o al hospital, es decir hacer uso del rigor técnico de los registros.(Pérez, 1999, pág. 55)

**Legible**

Una redacción inteligible en la historia clínica perjudica a todo el equipo de salud, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica; (Velito & Tejada Soriano, 2010,p.5) Por ello los textos deberán ser comprensibles y relación entre las palabras así como frases claras, sin ambigüedades, identificando claramente las anotaciones por el profesional, evitando toda sospecha de alteración de los registros: procurando evitar dejar espacios en blanco sobre o bajo las notas o arrancando hojas escritas, cabe mencionar que se desarrollará con letra clara, separando bien las palabras, sin faltas de ortografía, sin abreviaturas, con el horario de 24 horas, aclarando los registros confusos, cada anotación llevará fecha y firma legible. (Pérez, 1999, pág. 55)

## **Veraz**

La historia clínica, debe caracterizarse por ser autentico, claro y natural, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito. (Velito & Tejada Soriano, 2010, p.6).

Por ello es importante evitar esconder anotaciones incorrectas, alterar registros, omitir informacion, usar solucion correctora o un borron (Pérez, 1999, pág. 55). Un error en la historia clinica se corrige trazando una linea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el termino correcto por encima de la linea anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V-02), con está identificación del profesional velamos por la seguridad de la historia clínica asi como del paciente y el personal de salud. (Velito & Tejada Soriano, 2010,p.5)

A todo eso se suma que según la NTS N°022-MINSA/DGSP-V-02,2006 el registro y codificación de los diagnósticos serán de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otras profesiones de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la misma forma toda hoja de la historia clínica deber identificada con el nombre completo y numero de historia clínica del paciente en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. (p.22)

## **Origen de la historia clínica**

La palabra Historia deriva etimológicamente del latín historia y éste del griego historia que significa búsqueda, averiguación, así como la palabra Clínica, del griego kliné "cama" y éste a su vez de klinó "inclino", es decir, me inclino a averiguar qué le sucede al que se encuentra en cama (enfermo) y dichas averiguaciones se vuelcan en forma escrita (Historia Clínica) (Corominas, 1996, p.322)

La información clínica es casi tan antigua como la propia humanidad. Así se pueden considerar "prehistorias clínicas" a los relatos patográficos contenidos en el papiro Edwin Smith o las lápidas votivas con el nombre y la dolencia del enfermo descubiertas en el templo de Epidauro. Los primeros relatos de

información clínica se deben a los “médicos” hipocráticos del siglo V a.C que sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de sus pacientes. (Lain Entralgo, 1998, p.79)

Las primeras historias clínicas completas están contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media con Los Consilia y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose Observatio. Sydenham perfecciona su contenido completándose a lo largo del s. XVIII con el método anatómico clínico y del XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas. El s. XX representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinaria y de obligado cumplimiento. (Fombella Posada & Cereijo Quinterio, 2012, p.21)

Los códigos respecto a la práctica de la medicina datan de miles de años: El Código de Hammurabi, en 1750 a.C, aceptaba la pena del Talión: “Ojo por ojo y diente por diente” castigando severamente la negligencia. La colección Hipocrática del 460 a.C mencionaba: “no practicará la talla vesical quien no sepa hacerla”. En 1910, Abraham Flexner describe en un reporte para la Fundación Carnegie haber observado “hospitales miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario”. Esto dio lugar a que el Colegio Americano de cirujanos estableciera estándares mínimos para la profesión. En Gran Bretaña en 1967 el reporte Cogwheel sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service) fue el primer esfuerzo para implementar la auditoría en el documento titulado ‘trabajando para los pacientes’, el cual marcó un hito en el desarrollo de la auditoría médica. (Piscoya, 2000, pp. 227-240)

En el Perú se documenta la auditoría del 5% de historias clínicas entre 1968 y 1971 sobre casos denunciados en el Hospital General Base de Abancay, labor que destacó la falta de material estándar para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los comités de historias clínicas y de auditoría

médica. En 1987 se tuvo la primera referencia de propuesta de inicio de auditoría médica en el Hospital Almenara a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, así como con asesorías a los hospitales María Auxiliadora y San Bartolomé. En 1991, Piscoya estableció las bases del Servicio de Auditoría Médica en el Hospital Almenara. La auditoría médica cobra especial relevancia, cuando se enfrenta a una cultura con escasa autocrítica a pesar de las precisiones que hace la Ley General de Salud 26842. El eje de la auditoría médica es una historia clínica adecuadamente confeccionada. La historia clínica es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, para lo cual se necesita mantener un orden estándar. (Piscoya, 2000, p.p.230-231)

En la década de los noventa el Ministerio de Salud (MINSA) desarrolló diversas actividades tendientes a la promoción de la calidad de los servicios y auditoría. Ello incluyó el desarrollo de protocolos de manejo materno-infantil, de sistemas de supervisión, de manuales de visitas domiciliarias, de sistemas y manuales de auditoría, los cuales fueron utilizados temporalmente, sin llegar a institucionalizarse en las direcciones de salud y los establecimientos, sino sólo iniciativas estimuladas por el Proyecto de Salud Nutrición Básica (PSNB) del MINSA, Proyecto PASA (de la Unión Europea), con énfasis en el sub-sector público. Junto con ello, las universidades se interesaron en formar recursos humanos con competencias en el campo de la calidad y la auditoría, y continúan realizándolo. Estas últimas actividades con implicancias para los sub-sectores público y privado. Últimamente, como consecuencia de un esfuerzo de varios años ha sido publicada una norma técnica de auditoría, la cual fundamentalmente está enfocada a ser un manual, más que al diseño de un sistema, con énfasis en el espacio público. (Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2014)

### **Historia clínica**

La Organización Panamericana de la Salud (1991) considera a la historia clínica como un conjunto de formularios normativos, gráficos y de ambas formas en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos

relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y permiten su evaluación. (pp. 1-20)

Por otro lado, en la Resolución de Gerencia General N°107 GG-ESSALUD-2014, la historia clínica es un documento físico de registro único y válido desde el punto de vista clínico y legal, donde se registra los datos de identificación, datos clínicos relacionados a la situación de un paciente, las intervenciones practicadas, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación de la atención que el profesional de la salud brindan al paciente. Se presenta como narración o exposición de hechos e incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones, consentimientos informado entre otros; estos se registran en el tiempo de forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, documentada fundamentalmente la relación médico-paciente. (p.19)

Así mismo a través de la Resolución Ministerial N°597-2006/Minsa, del 28 de junio de 2006 se aprobó la Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica N°022 – MINSA/DGSP – V.02. La Historia Clínica es el documento médico legal, que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al paciente. (p.6)

Sin embargo la historia clínica también llamada expediente clínico, registro médico o registro clínico es un documento confidencial constituido por un conjunto de formularios en los que se registra en forma detallada y ordenada datos relacionados a la salud de una persona, (Borja, 2004, pág. 5) también se puede definir desde el punto de vista gramatical, jurídico, médico-asistencial, médico legal; como aquel documento donde queda registrada la relación médico – paciente así como todos los actos y actividades médico-sanitarias realizadas con la finalidad de facilitar la asistencia y bienestar del usuario. (Velito & Tejada Soriano, 2010,p.2)

Los propósitos de la historia clínica según la OPS (1990) es 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. (p19)

No obstante Velito y Tejada (2010) indica que el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, sin obviar otros aspectos extrasistenciales como:

- Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas. (p.2)
- 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. 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. (p.2)
- Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- Médico-legal: como elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional, testimonio documental de ratificación /veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional así como instrumento de peritaje. (p.3)

Así mismo la NTS N°022-MINSA/DGSP-V-02 indica que el uso de la historia clínica es proporcionar evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente, servir de base para el estudio y evaluación de la calidad

de atención prestada, ayuda a proteger los intereses legales del paciente, establecimiento de salud y personal y proporcionar información para investigación y docencia. (p.23)

En relación al formulario de la historia clínica cabe indicar que un buen diseño y la estandarización ofrece varias ventajas, ayuda a obtener información más completa, reduce el tiempo requerido para el registro de datos, facilita la recuperación de información, ayuda a asegurar que se sigan las normas de atención establecidas, ayuda a orientar la atención que se brinde, facilita la labor del personal de salud que se traslada de un establecimiento a otro, favorece la recolección de datos homogéneos y puede ofrecer economías en los costos de impresión. (OPS 1990,p. 23)

Según OPS, (1990) los formularios de la historia clínica serán de tamaño carta, salvo aquellos formularios como son los informes de laboratorio que pueden ser de tamaño más reducido, llevará un título que identifica su contenido, contará con espacio para registrar los apellidos, nombres y número de historia clínica del paciente. La casilla para registrar el número de historia se colocará en un lugar uniforme en todo formulario.

Los formularios impresos de ambas caras deben ser de papel lo suficientemente grueso para que no pase la tinta, cada rubro en el formulario debe, dentro de lo posible, explicarse por sí mismo y debe contener espacio suficiente para anotar la respuesta esperada, debe contar con un procedimiento escrito que establece quién (o quiénes) tiene(n) la responsabilidad de llenarlo y cómo cada rubro deberá ser completado. (p.24)

En el Perú para la elaboración de los formatos en los diferentes servicios y/u hospitales el Ministerio de Salud elaboró la Norma técnica de la Historia Clínica en los Establecimientos de Salud del Sub- Sector Público y Privado, aprobada el 27 de julio de 2004 donde se buscaba establecer las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica y estandarizar su contenido básico para un apropiado registro de la atención(p.3), sin embargo dicho documento fue actualizado por la Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica

aprobada el 28 de junio 2006 con la finalidad de fortalecer la calidad de atención en los establecimientos de salud y proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de los establecimientos. (p.1). En esta donde se precisan y describen los formatos básicos y especiales así como aspectos en cuanto al proceso técnico asistencial y a la evaluación técnica de la historia clínica.

Por ello dentro de los formatos básicos se consigna el formato en Emergencia que debe contener fecha ,hora de atención, filiación, anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta, antecedentes, examen físico, exámenes auxiliares, diagnóstico presuntivo, plan de trabajo, terapéutica, seguimiento, firma y sello del médico tratante. Dicha historia clínica se debe elaborar en forma breve registrando una información mínima, siendo responsabilidad del médico tratante registrar toda la atención según lo establecido en el Decreto Supremo N°016-2002/SA. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2006, p.10)

Por otro lado teniendo en cuenta que se denomina formatos especiales a todo aquello que no se consignan dentro de la categoría básico considerando lo siguiente: la filiación, exámenes auxiliares, interconsultas, consentimiento informado, notas de enfermería, hoja de control de medicamentos, grafica de signos vitales, hoja de balance hidro-electrolítico, formato interconsulta, formatos de diagnóstico por imágenes, formato de consentimiento informado, formato de retiro voluntario. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2006, p.11-18)

- Formato de identificación/filiación, se usa en el nivel de atención II y III, siendo el contenido mínimo 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), número 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. (NT N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2006,p.11-12)

- Las notas de enfermería será anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó así como 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. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2006,p.12)
- En relación a la gráfica de signos vitales se describirá nombres y apellidos del paciente, número de Historia Clínica, servicio y número de cama, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente así mismo la hoja de balance hidro-electrolítico con 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. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2006,p.12-13)
- Así los formatos de interconsulta deberán 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, apellidos, cargo y firma del profesional solicitante y 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. (NTS N°022-MINSA/DGSP-V.02, 2005,p.13)

### **Importancia médico-legal de la Historia Clínica**

La Historia Clínica, siendo el único documento donde queda registrada toda la actuación desarrollada en la relación profesional médico – paciente o, en todo caso relación sanitario-paciente, revierte capital importancia en la investigación del delito por negligencia médica. La Historia Clínica fidedigna dice por sí misma de la prudencia, diligencia y cuidados que el médico brindó, de lo contrario refleja el descuido y la negligencia que serán reprochables. (Navarro Carrillo, 2015,p.72)

### **Marco legal**

En Perú las leyes relacionadas con las historias clínicas son:

**Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica N°022- Minsa/DGSP – V.02. (2006).** Dentro de las disposiciones Generales, señala: Los establecimientos de salud están obligados a organizar, mantener y administrar un archivo de historias clínicas en medios convencionales o electrónicos y cuando se refiere a la propiedad de la Historia Clínica, indica que la base de datos, es propiedad física del establecimiento de salud siendo la información contenida en la historia propiedad del paciente. (p.p. 2-21)

**Ley General de Salud. Ley N° 26842 (2009).**El artículo 29 de la Ley General de Salud N°26842, modificado por el artículo I de la Ley N° 29414, publicado en el peruano, el 2 de octubre de 2009, ordena que: Artículo 29. 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. (p.11)

**Código de ética y deontología del colegio médico del Perú (2007).**

Art. 92° La historia clínica es el documento médico con valor legal en el que se registra el acto médico. Debe ser veraz y completa. El médico

debe ser cuidadoso en su elaboración y uso, y no incluir apreciaciones o juicios de valor o información ajenos a su propósito. (p.23)

Art. 93° El médico no debe modificar o adulterar el contenido de la historia clínica, o de cualquier otro documento clínico relacionado con la atención del paciente, sea para perjudicarlo o para obtener algún beneficio indebido para éste, para sí o para terceras personas.(p. 23)

Art. 95° El médico debe mantener el anonimato del paciente cuando la información contenida en la Historia Clínica sea utilizada para fines de investigación o docencia. (p.24)

### **Código de ética y deontología del colegio de enfermeras(os) del Perú (2009)**

Artículo 28°.- Los registros de Enfermería deben ser claros, precisos, objetivos, sin enmendaduras y realizados por la o, en todo caso, relación Enfermera(o) que brinda el cuidado debiendo registrar su identidad. (p.175)

## **1.3 Justificación**

### **Justificación Práctica**

La evaluación de la calidad de la atención médica es una preocupación de muchos autores e instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes. Desde hace muchos años las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la Historia Clínica. Se le pide al médico tratante la mejor calidad de ese documento. Quién lee una Historia Clínica puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente. (Corach & Malamud, 1985,p.25)

### **Justificación teórica**

Para el presente estudio se considera a la Historia Clínica y en general a todos los registros médicos como 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, 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.

### **Justificación Metodológica**

Esta investigación; sirve de aporte para otros estudios, ya que permite ser fuente de consulta de futuras investigaciones.

#### **1.4. Problema**

Actualmente en el sector salud se han generado nuevos desafíos y complejidades que atender, por ello debemos adiestrarnos al nuevo modelo de la relación médico-paciente frente al nuevo papel que reclaman los pacientes como el acceso a la información clínica sobre su estado de salud que gira alrededor del expediente clínico; y en los últimos años ha sido motivo de discusión en todo el mundo sobre todo al saber a quién pertenece el expediente clínico y los datos en él contenidos debe centrarse en el contexto de los principios éticos que guían el proceder médico y en lo que marca la Ley.

En América Latina la normativa muestra posturas contrarias, sin embargo, es de notar que la legislación es muy similar en cada uno, todos ellos buscan las mismas metas, como son, un manejo adecuado de la información y elaboración de la misma, un manejo correcto de la historia por parte del médico, las autoridades y el paciente; y con todo esto lograr una adecuada atención en salud, pero lo más importante es reconocer la importancia que tiene dicha información para el paciente y la atención a su salud, en el momento oportuno o cuando él lo solicite. (Sanchez Gonzalez & Ramirez Barba, 2006, p.1)

En México se conoce como expediente clínico y lo conforman la historia clínica: notas de evolución, notas de enfermería, estudios paraclínicos, resúmenes clínicos, y está definido legalmente en la Norma Oficial del Expediente Clínico NOM-168-SSA-1-1998 como: el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su

intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. (Sánchez González & Ramírez Barba, (2006p.3)

En Uruguay, las normas jurídicas que refieren específicamente a la historia clínica constituye un conjunto de disposiciones bastante dispersas y heterogéneas; en cuanto a su jerarquía y ámbito de aplicación se considera a la historia clínica como un documento de singular importancia en la práctica médica, ya que "es el reflejo de todas las actuaciones médico sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición" (Rodríguez Almada & De Pena, 2000,p.2)

En Argentina, Banti en el artículo " hacia una revalorización asistencial y médico-legal de la historia clínica", describe con asombro una especie de "degradación" en la confección de la Historia Clínica médica no sólo en cuanto a la escritura de los profesionales médicos, sino también en referencia a los contenidos esenciales que son inherentes a la ciencia médica. La Historia Clínica en gran número de oportunidades no refleja el intelecto y razonamiento médico sobre la patología, sino que también es frecuentemente indescifrable para otros profesionales que tienen acceso. (p.1)

En Manabí al igual que otras provincias del Ecuador existe un déficit del llenado adecuado de la Historias clínicas la que afecta su calidad técnica y de contenido. En este país existe la obligatoriedad de utilizar la Historia Clínica común para todos los establecimientos públicos y privados que ejerzan la salud. (Landivar Figueroa, 2011, p.11)

En el servicio de Emergencia del Centro Médico Naval atiende diariamente pacientes de diferentes tipos de patologías, desde la prioridad IV es decir pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata hasta prioridad I como pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud. El proceso de atención de emergencia se inicia en triaje donde se definen las prioridades con la evaluación primaria, es aquí donde la prioridad II

son derivados de forma inmediata a la unidad de Observación por ser considerado una urgencia mayor, es decir un paciente no crítico pero que requiere evaluaciones complementarias para definir un diagnóstico y tratamiento, en un período que no debe exceder las 24 horas y la prioridad I que son los pacientes críticos, que ingresan a trauma shock y probablemente después de un periodo de compensación pueda pasar a la unidad de observación y permanezca un tiempo no mayor de 12 horas. En área la atención es continua porque se realiza la evaluación complementaria, se suma las reevaluaciones, los resultados de laboratorio, interconsultas resueltas, evaluación de radiografías, tomografías o ecografías, para luego definir la hospitalización, traslado a unidad de cuidados intensivos, sala de operación y/o alta, según corresponda. (Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud).

Actualmente el servicio de emergencia atiende aproximadamente a unos 120 pacientes de distintas prioridades en un turno de doce horas, y en la unidad de observación de 100 a 120 usuarios por mes y teniendo en cuenta que la infraestructura de dicha unidad es para siete camas y personal que labora en esta área consta de un médico asistente, una enfermera y probablemente un residente de segundo o tercer año de una especialidad específica, muchas veces el personal profesional asistencial al tratar de cumplir con los indicadores se ve obligado a dejar el llenado de la historia clínica para “un después”; por ello durante los últimos meses se viene observando que las historias clínicas presentan ambigüedades en lo que respecta horas, fechas, letra, presencia de líquido blanco en los errores, letra, números y sellos ilegibles, color de lapicero inadecuado, formatos inadecuados, datos de pacientes incompletos, hojas de atención de emergencia incompleto (espacios en blanco), ausencia del CIE 10, la poca o nada disposición del personal para llenar y ordenar las historias clínicas, falta de material impreso, falta de experiencia, desconocimientos de las buenas prácticas clínicas, del marco legal y las normas de atención o cuando este documento es revisado y llenado por las especialidades interconsultantes se aprecia que omiten datos como hora, fecha, tratamiento inicial, sello y la letra ilegible; el cual complica el plan de atención llevando al personal a una demora involuntaria, no solo por ello; sino porque muchas veces no llenan los formatos de forma adecuada, haciendo

que el proceso se enlentezca. A esto se sumas la falta de orden por parte del personal médico al revisar las historias, que por diferentes circunstancias obvian este detalle, y lo más importante las evoluciones y registros son y deben ser periódicas según estado del paciente, sin embargo muchas veces se realizaron pero no se describieron, llevando a que la continuidad de la atención se vea entorpecido, ya que la historia no solo es un documento legal sino un relato de la estadía del paciente,

A lo anterior mencionado se agrega el personal de salud que por tiempo, disposición o desconocimiento hace caso omiso del correcto llenado de la historia clínica, dejándolas inconclusas y reflejando con ello una probable atención deficiente, cuando tal vez no haya sido así. Muchas veces esto se da a conocer cuando existe una queja presentada en atención al usuario y al observar dicho documento para un descargo se aprecian las deficiencias.

Por este motivo el presente trabajo de investigación plantea el siguiente problema ¿Cuál es nivel de calidad de la historia clínica en la unidad de observación del servicio de emergencia del centro médico naval en el tercer trimestre del año 2016, esta investigación aportara información valiosa para el personal de salud que brinda cuidados. Esta información puede contribuir al diseño de programas de mejoras teniendo en cuenta los factores que se señalan; así mismo es útil para futuras investigaciones relacionadas con el tema de estudio.

### **Problema general**

¿Cuál es el nivel calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016?

### **Problema específico 1**

¿Cuál es el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo?

**Problema específico 2**

¿Cuál es el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible?

**Problema específico 3**

¿Cuál es el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz?

**1.5. Hipótesis**

No, todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho, (Sampieri, 2014,p.92). En este estudio solo se determina la calidad de la historia clínica, por ende no se formula hipótesis.

**1.6. Objetivos****Objetivo general**

Determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016.

**Objetivo específico 1**

Determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo.

**Objetivo específico 2**

Determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible.

**Objetivo específico 3**

Determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz

## **II. Marco Metodológico**

## **2.1 Variable**

Hernández, Fernández y Baptista (2010), nos manifiesta que “la variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse” (p.93).

El presente estudio tiene como única variable: Calidad de la historia clínica

### **Definición conceptual**

Calidad, la real Academia de Española (RAE 2014) define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

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, 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, como así también proporcionar información con fines de investigación y docencia. (Fernando Giusio, 2014,p.1)

### **Definición operacional de las variables.**

La variable calidad de la historia clínica:

Para fines de estudio los términos que continuación se definen según Riondet (2007) son:

Completo como el correcto llenado de todos los criterios de la historia clínica, de acuerdo a las características de paciente y motivo por el cual se interna con datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente. (p12)

Legibilidad es la condición de una palabra o frase que no se puede leer. (p12)

Veraz se refiere a la presencia de firma y aclaración de quien interviene en la historia clínica sea las evoluciones, interconsultas, indicaciones y otros ítems. (p12)

Se utilizara una lista de cotejo que contiene:

Filiación que se mide en los ítems 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, en la cual se evalúa si el llenado está completo, legible y veraz en fecha, identificación del paciente, edad/sexo, dirección/teléfono y nombre del acompañante

Anamnesis que se mide en los ítems 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, en la cual se evalúa si el llenado está completo, legible y veraz en motivo de consulta, fecha/hora, nombres y apellidos, código de identificación manual, enfermedad actual, antecedentes personales.

Examen físico que se mide en los ítems 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, en la cual se evalúa si el llenado está completo, legible y veraz en lo que respecta examen físico, si registra presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno.

Diagnostico que se mide en el ítem 4.1 y se evalúa si esta completo, legible y veraz en relación a la impresión diagnostica.

Plan de Manejo que se mide en los ítems 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 en el cual se evalúa si está completo, legible y veraz (presencia del sello del profesional) en la forma como detalla plan de estudio inicial, solicitud de estudios, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, interconsultas, firma y sello del profesional.

Indicaciones médicas que se mide en los ítems 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, en el cual se evalúa si está completo, legible y veraz en relación a si encontramos la hoja de indicaciones, si presenta nombres y apellidos completos, código de identificación naval, fecha/hora, si evidencia fecha/hora en los cambios de indicaciones, si registra adecuadamente nombre del medicamento, presentación, dosis, cantidad y vía de administración, firma y sello del profesional.

Evolución que se mide en los ítems 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8 en el cual se evalúa si está completo, legible y veraz en lo siguiente: nombre y apellidos, fecha/hora, sexo/edad, diagnóstico y manejo actual, describe síntomas expresados por el paciente, si registra signos vitales, examen físico completo, comentarios de ayuda diagnóstica, menciona especialidades interconsultantes, estudios complementarios están en la historia, firma y sello del profesional.

Interconsultas que se mide en los ítems 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 8.9, 8.10 en el cual se evalúa si está completo, legible y veraz. Si los formatos presentan nombres, apellidos, código de identificación naval, si presenta breve resumen de enfermedad actual y examen clínico, motivo de interconsulta, diagnóstico presuntivo, fecha / hora, firma y sello del profesional que solicita la interconsulta; así mismo si en el informe presenta descripción de hallazgos, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones, fecha/hora y firma y sello del profesional que responde.

Consentimiento en los ítems 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, en el cual se evalúa si está completo, legible y veraz en relación: si registra consentimiento informado (si corresponde), si registra en historia clínica la información brindada al paciente o responsable legal sobre su condición de salud, si está registrado la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones de diagnósticos, si está registrado la información brindada acerca de la planificación de la hospitalización o alta.

Resumen de alta, en los ítems 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6, 10.7, 10.8, 10.9, 10.10, 10.11, 10.12, donde se evalúa si está completo, legible y veraz en lo que respecta la hoja de evolución de alta, si la hoja de evolución cuenta con datos completos, si la hoja de evolución de alta cuenta con firma y sello del profesional, si presenta indicaciones terapéuticas, las indicaciones terapéuticas de alta cuenta con firma y sello del profesional, la historia clínica cuenta con formato de egreso, si el formato de egreso cuenta con nombres y apellidos, código de identificación naval, el formato de egreso cuenta con fecha y hora, formato de egreso cuenta con diagnóstico de alta, el formato de egreso cuenta con información para la

continuidad de la atención, formato de egreso cuenta con firma y sello del profesional.

Evolución de enfermería, en los ítems 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7, 11.8, 11.9, 11.10, 11.11, 11.12, 11.13 donde se evalúa si el llenado está completo, legible y veraz en lo que respecta si se encuentra evolución de enfermería, tiene identificación del paciente, fecha/hora, describe síntomas expresados por el paciente, registra signos vitales, examen físico, registra diagnóstico de enfermería, describe el plan de intervención de enfermería, menciona especialidades interconsultantes, registra resultados de exámenes, registra la solicitud de exámenes, firma y sello del profesional,

Registros de enfermería, en los ítems 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 12.6, 12.7, 12.8, 12.9, 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, donde se evalúa si el llenado está completo, legible y veraz en lo que se respecta si se encuentra hoja de administración de tratamiento, la hoja de administración de tratamiento cuenta con datos completos, fecha/hora, describe vía de administración, si se encuentra hoja funciones vitales, la hoja de registro de funciones vitales cuenta con datos completos, la hoja de registro cuenta con fecha y hora, la hoja de balance hídrico cuenta con datos completos, la hoja de balance hídrico cuenta con fecha, hora y peso, se encuentra hoja de hemoglucotest, tiene datos completos, presenta fecha /hora, la hoja se evidencia cantidad de insulina y vía de administración.

## **2.2. Operacionalización de las Variables:**

Según Hernández (2010). La Operacionalización de las variables, constituyen un conjunto de procedimientos y actitudes que se desarrollan para medir una variable. (p.111).

Tabla 1

*Operacionalización de la variable calidad de la historia clínica.*

Dimensiones	Indicadores	Items	Nivel de Rango
Completa	Datos suficientes	1,2,3,4	Malo < 40
	Valoración subjetiva		
Legible	Valoración objetiva	5,6,7,8,9,10	Regular 40 - 70
	Transcripciones detalladas		Bueno 71 - 90
	Con letra clara		Excelente >90
	Separando bien las palabras		
	Sin faltas ortográficas		
Sin abreviaturas			
Con el horario de 24 horas	11,12,13,14,15,		
Fecha y firma legible			
Veraz		Sin alterar registros	
		Sin retocar los registros de otros	
		Sin omitir registros	
	Corrección en la frase y/o palabra usando un trazo luego sellado y fechado		
	Presenta sello y firma		

### 2.3. Metodología

El presente estudio es de enfoque cuantitativo

### 2.4. Tipo de estudio

La presente investigación es cuantitativa de alcance descriptivo, es decir consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan, además buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Sampieri, 2014,p.80)

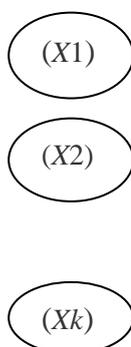
## 2.5. Diseño de Investigación

El diseño no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, es decir indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población; son estudios puramente descriptivos. (Sampieri, 2014,pp.152-153)

Se recolectan datos y se describe categoría, concepto, variable (X1)  
 Se recolectan datos y se describe categoría, concepto, variable (X2)  
 Se recolectan datos y se describe categoría, concepto, variable (Xk)

Tiempo único

El interés es cada variable tomada individualmente



Donde

X = Es la variable calidad de la historia clínica

X1 = Calidad de historia clínica en cuanto este completo

X2 = Calidad d

e historia clínica en cuanto este legible

X3 = Calidad de historia clínica en cuanto este pulcro

X4 = Calidad de historia clínica en cuanto sea veraz.

## 2.6. Población

El material de estudio estuvo conformado por todas las historias clínicas del tercer trimestre del año 2016 correspondientes a los pacientes que ingresaron a la unidad de observación, del Centro Médico Naval.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes hospitalizados en la unidad de observación de Centro Médico Naval en el momento del estudio, el tercer trimestre del año 2016.

### Criterios de exclusión

- Historias clínicas solicitadas para informes médicos o auditoría médica.

**Muestra:** Sierra Bravo (2003) define la muestra como: "... una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado" (p.174).

la que se detalla a continuación:

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

Donde:

- e = Margen de error permitido (e = 0.07)
- Z = Nivel de confianza (Z= 1.96, 95 % de confiabilidad)
- p = El estudio realizado por estudio realizado por Matzumura et al. (2010-2011) de título Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, se encontró que el 82.5% de las historias clínicas tienen una buena calidad (p = 0.825).
- q = Porcentaje de mala calidad de historia clínica (1 – p)
- N = En el tercer trimestre se tubo aproximadamente 260 historias clínicas (N =260)
- n = Tamaño óptimo de la muestra.
- t = Tasa de no respuesta de 5% (r = 0. 07)

$$n = \frac{(1,96)^2 (0.825)(1 - 0.825)(260)}{0.07^2 (260 - 1) + (1,96)^2 (0.825)(1 - 0.825)} * 1.07$$

n = 85 historias clínicas

## 2.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri et al., 2014, pp. 196-198)

Para la recolección de datos en el presente estudio se utilizó la lista de cotejo

Nombre: Ficha de evaluación de la historia clínica

Autor: Beatriz Riondet

Procedencia: La Plata- Buenos Aires

Adaptación: Esta ficha fue elaborada en el año 2007 para la Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la plata y adaptada para fines de este estudio. Se realizó la validez y confiabilidad.

Administración: Individual

Tiempo de aplicación: aproximado de 40 – 50 minutos.

Aplicación: Se aplica a las historias clínicas de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval.

Dimensiones: el instrumento tiene tres dimensiones legible, completo y veraz.

Validez. Este instrumento fue validado por juez de expertos.

Tabla 2

*Validez de contenido por juicio de expertos*

	<b>Expertos</b>	<b>RNA</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Validez del contenido</b>
1	Dr. Henry Espinoza	02628	Auditor	Si hay suficiencia-aplicable
2	Dra Melisa Santillan E	1976	Auditor	Si hay suficiencia-aplicable
3	Cynthia Salcedo J.	0892	Auditor	Si hay suficiencia-aplicable

Como se aprecia los jueces en mayoría dictaminaron que el instrumento si cumple con las consideración para su aplicabilidad dado que contienen alta coherencia, pertinencia y claridad para la muestra de estudio.

Confiabilidad: el presente estudio se realizó una prueba piloto y se obtuvo KRichardson de 0,865.

## **2.8. Método de análisis de datos**

Para el análisis general se utilizara el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the social sciences), concretamente la versión prueba, software que permitió analizar y describir la base de datos generales que incluye los datos del instrumento.

## **2.9. Aspectos Éticos**

El investigador se compromete a respetar de manera categórica los derechos de todos los pacientes y profesionales involucrados en el desarrollo de la historia clínica, por lo que no se publicara datos del paciente ni del personal de salud.

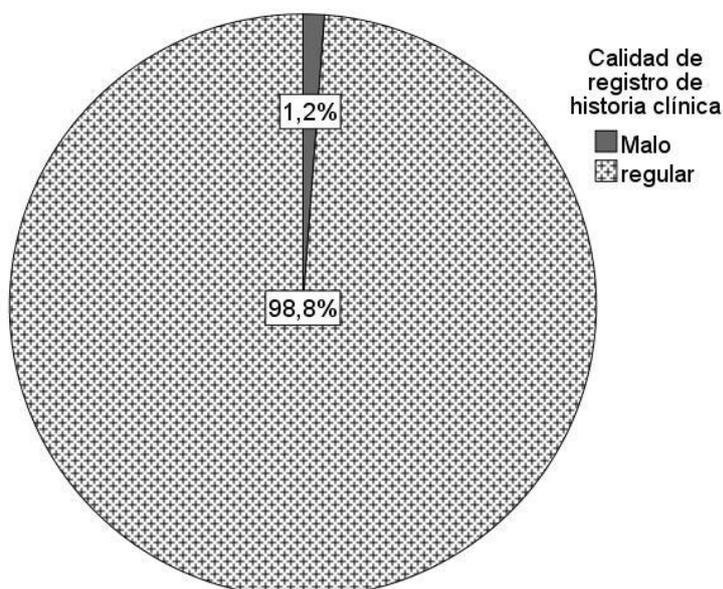
### **III. Resultados**

### 3.1. Resultados Descriptivos

Tabla 3

*Frecuencia porcentual del nivel de calidad de la historia clínica total*

Calidad de la historia clínica	Frecuencia	%
Malo	1	1,2
Regular	84	98,8
Bueno	00	00
Excelente	00	00
Total	85	100,0



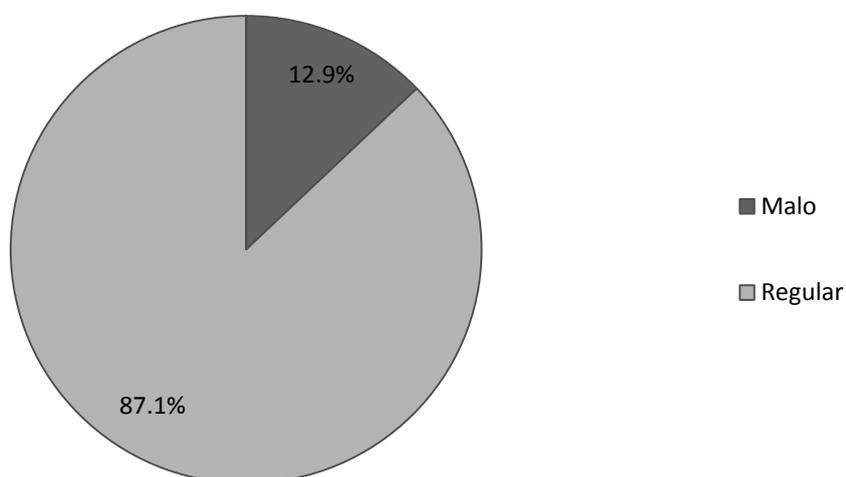
*Figura 1.* Gráfica de sector circular de las frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016.

En la figura 1 se presenta la gráfica de sector circular de la frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica en la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval del tercer trimestre del año 2016. Donde se puede apreciar que el 98,8% de las historias clínicas tienen regular calidad de total de 85 historias clínicas revisadas.

Tabla 4

*Frecuencias del nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo*

Calidad de la historia clínica: Completa	Frecuencia	%
Malo	<b>11</b>	<b>12,9</b>
Regular	74	87,1
Bueno	00	00
Excelente	00	00
Total	85	100,0



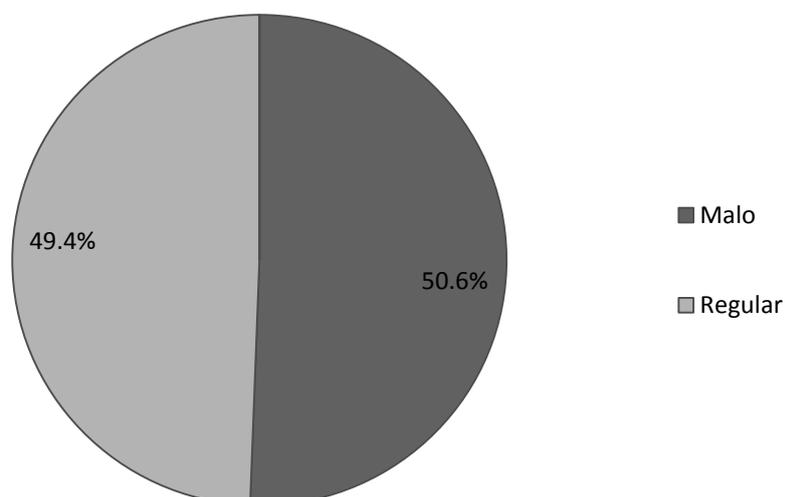
*Figura2.* Grafica de sector circular de las frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo.

En la figura 2 se presenta la grafica del sector circular de la frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval del tercer trimestre del año 2016, se puede apreciar que un 87,1% de las historias clínicas tienen calidad regular.

Tabla 5

*Frecuencias de la calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto este legible*

Calidad de la historia clínica: Legible	Frecuencia	%
Malo	<b>43</b>	<b>50,6</b>
Regular	42	49,4
Bueno	00	00
Excelente	00	00
Total	85	100,0



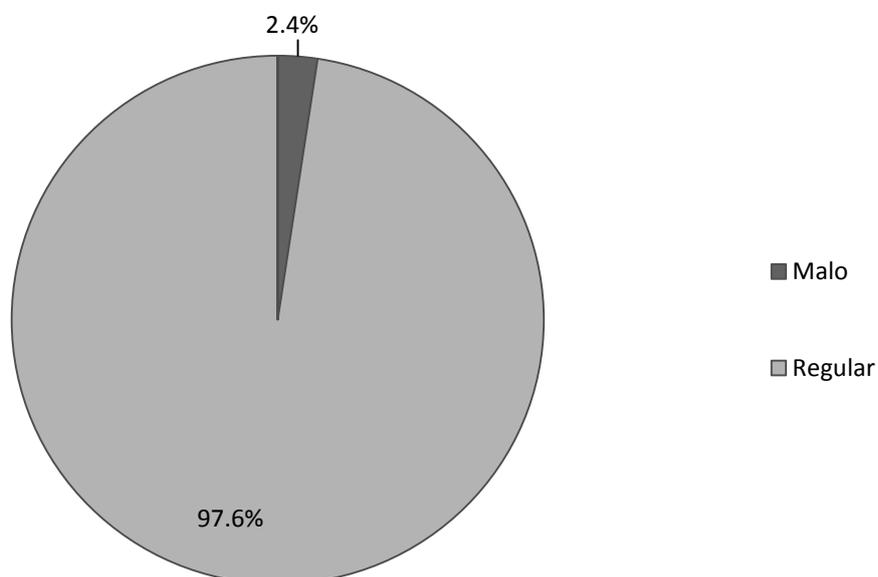
*Figura3.* Grafica de sector circular de las frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible.

En la figura 3 se presenta la grafica del sector circular de la frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval del tercer trimestre del año 2016, se puede apreciar que un 50,6% de las historias clínicas son de calidad mala y un 49,4% son regular

Tabla 6

*Frecuencias de la calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz*

Calidad de la historia clínica: Veraz	Frecuencia	%
<b>Malo</b>	<b>2</b>	<b>2,4</b>
Regular	83	97,6
Bueno	00	00
Excelente	00	00
Total	85	100,0



*Figura4.* Grafica de sector circular de las frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval, tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz..

En la figura 4 se presenta la grafica del sector circular de la frecuencias según el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval del tercer trimestre del año 2016, se puede apreciar que se puede apreciar que un 97.6% de las historias clínicas son de calidad regular.

## **IV. Discusión**

El presente estudio ha permitido determinar que el 98,8% de las historias clínicas revisadas de la unidad de observación del centro médico naval son regulares mientras que un 1,2% son de calidad mala (figura 1).

Como también en el estudio realizado por Zeron y Sanchez(2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el período de Enero a Junio del año 2015 donde la mayoría de los casos la calidad de la Historia Clínica Perinatal es mala ya que no se cumple con el registro de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud.

Resultados similares obtuvo Lell,(2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, del primer semestre del año 2013, que determino cantidad de historias clínicas según su calidad fueron de baja calidad (6%), calidad mejorable (64%), buena calidad (27%), excelente calidad (3%); Teniendo como conclusiones falta de adecuación a la normativa, falta de la hoja clínica estadística, hoja de filiación, ausencia de la hoja de epicrisis (informe de alta); en relación a las variables de completitud y legibilidad: ninguna historia clínica se halló una excelente legibilidad, hoja de enfermería con mayores puntaje, hoja de evolución en historia clínica sin acto quirúrgico con puntaje más bajo.

De igual manera en el estudio de Puestas et al. (2008-2010) de título Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo 2008-2010 se determinó que la mayor proporción de buena calidad 28 (12,4%) y también la mayor proporción de mala calidad, con 70 (30,8%), además de una proporción de buena calidad total de 87 (38,5%) de historias evaluadas.

Así mismo en el estudio realizado por Rocano(2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.

Sin embargo en los resultados obtenidos del presente estudio se encontró en el formato de filiación que un 20% no cuenta con el nombre del acompañante o responsable del paciente y describió de forma completa un 97.6% la fecha., 84.7% identificación del paciente 84.7% edad y sexo, 76.5% en describir el teléfono y dirección como en el estudio realizado por Zeron y Sanchez (2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay, donde el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad fue registrado en su totalidad, así también Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: identificación del paciente, edad y sexo y en el estudio realizado por Rocano (2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General los datos de filiación incompletos (100%).

En el segmento de nota de ingreso, en relación a la anamnesis la historia clínica cuenta con motivo de ingreso en un 98,8% sin embargo un 65.9% no describió cronológicamente la enfermedad actual y completa, pero el 87.1% preciso de forma completa los antecedentes personales, se cumplió en un 67.1% los datos del paciente a igual que en el estudio realizado por Zeron y Sánchez (2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad , también Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %,. Por otro lado Delgado et al.(2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna los resultados fueron que los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 11,8% y la

recogida de datos sobre hábitos tóxicos (tabaco) figuraba en un 47,6% y la de diabetes mellitus en un 56,5% y en el estudio realizado por Rocano(2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, se registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la Historia Clínica así en el estudio realizado por Perata et al. (2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú Los resultados: Se encontró que el motivo de consulta, estuvieron presentes en todas las HC. La fecha, edad, estuvieron presentes en más del 90%, el nombre y número de HC en menos del 50%, y estudio realizado por Llanos et al. (2006) titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos se encontró registros de síntomas de consulta en 91,08% y 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%.

En relación al consentimiento, se evidenció que solo el 1.2% registro la información brindada acerca de la planificación de la hospitalización o alta y 0% en información brindada al paciente o responsable sobre su condición de salud así Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata-Diciembre 2007 obtuvo el porcentaje más bajo en el cumplimiento del Consentimiento Informado para HIV con 0%, la Información Brindada al Paciente o Responsable Legal sobre su Condición de Salud con 13%, el Registro de la Información brindada sobre la Planificación del Alta con 4% .y Delgado-Márquez AJ, y otros (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna durante el primer semestre, el consentimiento informado, estaba presente en el 65%.

En el segmento de examen físico se obtuvo que un 80.0% se completó en todos sus ítems, sumado a ello el desarrollo de la presión arterial 88.2%, frecuencia cardiaca 80.0%, frecuencia respiratoria 64.7%, y un 30% no describió la temperatura y saturación de oxígeno y Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica

médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura. Mientras que en el estudio realizado por Perata et al.(2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú el examen físico estuvieron presentes en más del 90%, mientras que las funciones vitales en menos del 20%.

En relación a la evolución de enfermería se encuentra presente en la historia clínica de forma incompleta en un 98.8% porque no registra diagnóstico ni plan de enfermería traduciéndose en un 1.2%, sin embargo detalla fecha y hora 83.5%, identificación del paciente 76,5%, registra los exámenes auxiliares solicitados en un 76,5%.; también Riondet, Beatriz (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se observó la falta de Hoja de Enfermería con 9%, y Delgado et al. (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna se observó que las hojas de evolución de enfermería figuraban cumplidas diariamente en el 96,6%

En área de diagnóstico un 98,8 % de las historias tiene un diagnóstico presuntivo, y se detalla el plan inicial en un 64.7% obviando colocar la solicitud de estudios en un 51.8%, la evolución médica se destaca un 84.7% en detallar fecha y hora , sin embargo solo describe el examen físico completo un 20.0%, y un 58.8% describe los comentarios de exámenes auxiliares y las ayudas, y 51.8% registra estado general del paciente, en cuanto a la presencia de las indicaciones médicas se evidencia un 97.6% y un 29.4 no coloca la fecha y hora en los cambios de las indicaciones, así mismo Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata obtuvo una evolución con Razonamientos Diagnósticos 42%, Comentarios de Estudios Recibidos 53%, Comentarios sobre la Terapéutica 44% e Indicaciones Médicas 57%. Como Delgado et al. (2010) en su estudio titulado

Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna describe que el 75% de las historias incluía las hojas de indicaciones terapéuticas cumplidas diariamente. Las hojas de evolución médicas figuraban cumplimentadas diariamente en el 27,6% de los episodios, respectivamente. Por otro lado en el estudio realizado por Matzumura et al. (2010-0211) de título Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa; los ítems diagnóstico 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) y Rocano(2008) en su estudio de la Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, los resultados fueron que no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); y, en más del 50% de Historia clínica no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación. Y estudio realizado por Perata et al. (2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4%. Ahora en el estudio realizado por Llanos et al. (2006) Titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%,

En el proceso de alta se evidencio que no se completó o describió el resumen de alta en un 67.1% como así hay 58.8% de formatos de egresos que no cuenta con información para la continuidad de la atención y un 72.9% con fecha y hora también en el estudio realizado por Rocano(2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el

Servicio de Emergencia de un Hospital General, sólo el 15% del total de Historia Clínica registró la epicrisis; las Historia Clínica

En relación a la calidad de la historia clínica de la unidad de observación del Centro Médico Naval en términos de completo se obtuvo que un 87,1% de las historias revisadas son regulares y un 12,9% son malas

Así Lell, (2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, según su variable completitud encontró Baja calidad (3%), calidad mejorable (3%), buena calidad (49%) y excelente calidad (7%).

Por otro lado la calidad de la historia clínica de la unidad de observación del Centro Médico Naval en términos de legibilidad se obtuvo que un 49,4% de las historias revisadas son regulares y un 50,6% son malas.

Similares resultados obtuvo Lell, (2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, del primer semestre del año 2013 según la variable legibilidad se encontró baja calidad (20%), calidad mejorable (66%), buena calidad (14%), excelente calidad (0%) así como en el estudio realizado por Zafra-Tanaka et al. (2013), titulado Calidad de registro en Historias Clínicas en un centro de salud del Callao - Perú se obtuvo que el 32% de las historias clínicas son letra legible y Delgado et al. (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna se evidencio que la documentación revisada era legible sin dificultad en el 52,3%.

En relación a la Veracidad de la calidad de historias clínicas de la unidad de observación del Centro Médico Naval se obtuvo calidad regular con un 97.6% sin embargo se obtuvo un 100.0%, en lo relacionado al uso del sello de profesional en cada evolución o indicación, caso similar a Matzumura et al. (2010-2011) de título Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario

Peruano Japonesa; la firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Por otro lado Perata et al. (2006), en su estudio de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%, de igual forma Llanos et al. (2006) titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos de Perú, se encontró registro de la firma y sello del profesional en 54,65 %.

## **V. Conclusiones**

- Primera:** El objetivo del estudio fue determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 obteniéndose que un 98.8 % son de calidad regular de las 85 historias clínicas revisadas.
- Segunda:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo, se puede apreciar que un 87,1% de las historias clínicas tienen calidad regular.
- Tercera:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible, se puede apreciar que un 50,6% de las historias clínicas son de calidad mala y un 49,4% son regular
- Cuarta:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz se puede apreciar que un 97.6% de las historias clínicas son de calidad regular.

## **VI. Recomendaciones**

Basándonos en el resultado obtenido se propone un plan de mejora a implementar con medidas correctivas y preventivas:

**Primera:** Formar un comité del plan de mejora, el cual debe estar conformado por el equipo de salud, al cual se le informará sobre los resultados de dicho estudio.

**Segunda:** Elaborar un plan de adiestramiento al equipo de salud sobre el correcto llenado de la historia clínica. Teniendo en cuenta que de las 85 historias clínicas revisadas un 98.8 % son de calidad regular, lo cual refleja la necesidad de centrar nuestra atención en lo que se refiere el llenado completo de la historia, en partes como el nombre del acompañante del paciente, la colocación de las funciones vitales, en las evoluciones médicas, el plan médico de inicio, examen físico en todos sus ítems, cabe mencionar que en este parámetro se obvio los datos subjetivos del paciente tanto por la parte medica como de enfermería. Al igual se evidencia la falta de diagnósticos y plan de atención de enfermería, que probablemente sea inicio de otro estudio, pues se debe investigar cuales son los factores que imposibilitan esta acción

**Tercera:** Incentivar el derecho a la información al paciente y familiares, así como describirlo. Es importante mencionar que en la recuperación de un paciente es importante la colaboración de la familia así como del personal de salud como educadores; sin olvidar que dentro de los derechos del paciente está la información, es por ello que durante la evaluación de la historia clínica se observó que no hubo nada escrito en relación a la información brindada al familiar, cuando tal vez se hizo pero no se redactó. Esto se evidencia en un 98% de blanco, es decir no se hizo.

**Cuarta:** Plan de capacitación sobre las buenas prácticas clínicas.

**Quinta:** Capacitación sobre calidad de historia clínica.

**Sexta:** Desarrollar un programa de inducción al personal de salud ingresante médico, residente e interno y enfermería sobre el llenado de la historia clínica en la institución, con ello la comunicación entre usuarios internos y externos mejoraría y por ende el proceso de atención.

## **VII. Referencias**

- Banti, E. (2009). *Hacia una revalorización asistencial y médico-legal de la historia clínica*. Revista Asoc Med Argent, 1.
- Barragan, H., & Carbajal, H. (2007). *Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos, Gral San Martín de la Plata*. La Plata, Argentina.
- Cantale, C. (2003). *Historia Clínica Orientada a Problemas*. Curso Básico de Medicina Familiar, 1. California, Estados Unidos: Unidad docencia e investigación.
- Corach, L., & Malamud, M. (1985). *la Gestión del Sector de Salud*. Manejo del Hospital Público y Privado, 25. Buenos Aires.
- Corominas, J. (1996). *Breve diccionario etimológico de la lengua*. Madrid: Editorial Gredos.
- Delgado M, A., Polo P, M., Villa C, J., Andreu R, M., Fernandez E, V., & Hernán G, C. (2014). *Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un servicio de Medicina Interna*. Gest y Eval cost Sanit, 33 -39.
- Dirección General de salud de las Personas. (2005). *Norma técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud*. 6. Lima, Perú.
- Donabedian. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly.
- Española, R. A. (2014). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiguos-1726-2001/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>
- Fernando G, C. (2014). *Nuevo concepto en Historia Clínica*. España.
- Fombella P, J., & Cereijo Q, J. (2012). *Historia de la historia clínica*. Galida Clínica/Sociedade Galega de Medicina Interna, 21.
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud. (2014). *Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del seguro Social de Salud- ESSALUD*. 19. Lima, Perú.

- Hernández S, R., Fernandez C, C., & Baptista L, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGrawHill Educacion.
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (14 de Marzo de 2014). *Plan de Auditoria de la Calidad* . Lima, Peru.
- Lain E, P. (1998). *La historia clinica: Historia y Teoria del relato patografico*. Madrid: Triacastela.
- Landivar F, B. (2011). Propuesta de procedimiento para la auditoria medica en la calidad tecnica de historias clinicas del hospital oncologico. Manta, Ecuador.
- Lell, L. (24 de Noviembre de 2014). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/gf3mk5ithaoi/evaluacion-de-la-calidad-de-las-historias-clinicas-del-hospi/>
- Llanos Z, L. F., Mayca P, J., & Navarro Ch, G. C. (2006). *Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos*. Revista Medico Herediana, 220-226.
- Matzumura K, J., Gutierrez C, H., Sotomayor S, J., & Pajuelo C, G. (2010 - 2011). *Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clinica Centenario Peruano Japonesa*-. Red de Revistas Cientifica de America Latina, el caribe, España y Portugal., 251 -257.
- N.T.N°022-MINSA/DGSP-V.02, N. (2005). *Norma Técnica de la Historia Clinica de los Establecimientos del Sector Salud*. Lima, Peru.
- Navarro Carrillo, J. (2015). *Negligencia Medica*. Lima: REP-SAC.
- Navarro, C. J. (2015). *Negligencia Medica*. Lima: REP SAC.
- Organizacion Panamericana de Salud. (1991). *Registros Medicos y de Salud*. Serie Paltex.
- Panamericana, O. (1990). *El departamento de Registros Medicos guia para su Organaizacion*. Madrid, España: serie Paltex para teb.

- Perata S, M., Llanos Z, L. F., Cabello M, E., & Mayca P, J. (2006). *Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú*. Revista Medica Herediana, 35 - 41.
- Piscoya, J. (2000). Anales de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica*, 227 - 240. Lima, Peru.
- Piscoya, J. (2000). *Calidad de la atención em salud a traves de la auditoria medica*. Anales de la facultad de medicina Universidad Nacional mayor de San Marcos, 232.
- Piscoya, J. (2000). *Calidad de la Atención en Salud a traves de la Auditoria Médica*. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de san marcos, 230-231.
- Puecas S, P. R., Diaz N, M. A., & Diaz V, C. (2012). *Calidad tecnica de las historias clinicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayp 2008 - 2010*. Revista Cuerpo Medico HNAAA, 5 - 8.
- Renau, J. (2001). *Evaluacion de la calidad de las historias clinicas*. Papeles Medicos, 1.
- Reneau, J., & Perez-Salinas, I. (2001). *Evaluacion de la calidad de las historias clinicas*. Papeles Medicos, 32.
- Riondet, B. (26 de Octubre de 2009). *SEDICI, repositorio institucional de la UNLP*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10915/5391>
- Riondet, B. (Diciembre de 2007). Tesis de Maestría en Salud Publica. *Evaluacion Estadistica de la Calidad de la Historia Clinica en un Servicio de Clinica Medica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la Plata*. La Plata, Argentina.
- Rocano, E. P. (2008). *Evaluacion de la calidad de los registros de las historias clinicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General*. Revista Sociedad Medicina Interna, 51 - 54.

- Rodriguez A, H., & De Pena, M. (2000). *Historia clinica: enfoque medico legal desde la normativa vigente en Uruguay*. Uruguay.
- Sanchez G, J. M., & Ramirez B, E. J. (2006). *El expediente clinico*. Medigraphic, 2-8.
- Velito, A. S., & Tejada Soriano, S. R. (2010). *Historia Clinica como Instrumento de Calidad*. Madrid, España.
- Wikman, P., Safont, P., Merino, J., Martínez Baltanás, A., Matarranz del Amo, M., & López Calleja, E. (2009). *Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna*. Revista Clinica Española, 391-395.
- Zafra T, J., Veramendi E, L., Villa S, N., Zapata S, M., Yovera L, E., Urbina Yale, G., & Ayala Mendevil, R. (2013). *Calidad de Registro en Historias Clínicas en un centro de Salud del Callao*. REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA, 714 - 728.
- Zeron Parrales, C. M., & Sanchez Sandoval, J. R. (16 de Marzo de 2016). *eprints*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1359/>

## **Anexos**

## Anexo 1:

**FICHA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE LA UNIDAD DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL**

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

7	EVOLUCION
7.1	Nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
7.2	Fecha y hora de la evolución
7.3	Describe sexo y edad
7.4	Registra los diagnósticos y manejo actual
7.5	Describe los síntomas expresados por el paciente
7.6	Registra el estado general del paciente.
7.7	Registra los signos vitales
7.8	Examen físico completo
7.9	Comentario de exámenes auxiliares
7.1	Comentario de ayudas diagnosticas
7.11	Menciona las especialidades interconsultantes
7.12	Firma y sello del profesional
7.13	Los estudios complementarios solicitados se encuentran en la historia clínica del paciente.
8	INTERCONSULTAS
8.1	La hoja de interconsulta cuenta con nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
	SOLICITUD DE LA INTERCONSULTA
8.2	Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico.
8.3	Motivo de la interconsulta
8.4	Diagnostico presuntivo.
8.5	Fecha y hora de la solicitud de la interconsulta
8.6	Firma y sello del profesional solicitante
	INFORME DE INTERCONSULTA
8.7	Descripción de los hallazgos
8.8	Diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
8.9	Fecha y hora de respuesta de la interconsulta
8.10	Firma y sello del profesional que emite la interconsulta
9	CONSENTIMIENTO
9.1	Consentimiento informado, si correspondiera.
9.2	Se registra en Historia Clínica la información brindada al paciente o responsable legal sobre su condición de salud.
9.3	Esta registrado en la Historia Clínica la información brindada acerca de beneficios y riesgos de intervenciones de diagnósticos.
9.4	Esta registrado en la Historia Clínica la información brindada acerca de la planificación de la hospitalización o alta.
10	ALTA
10.1	Resumen de alta.
10.2	La hoja de evolución de alta cuenta con: nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
10.3	La evolución de alta cuenta con diagnóstico de alta
10.4	La evolución de alta cuenta con firma y sello del profesional
10.5	Presenta indicaciones terapéuticas de alta.
10.6	Las indicaciones terapéuticas de alta cuenta con firma y sello del profesional
10.7	La historia clínica cuenta con el formato de Egreso.

10.8	El formato de egreso cuenta con: nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI.
10.9	El formato de egreso cuenta con fecha y hora
10.10	El formato de egreso cuenta con diagnóstico de alta
10.11	El formato de egreso cuenta con información para la continuidad de la atención
10.12	El formato de egreso cuenta con firma y sello del profesional
11	EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA
11.1	Se encuentra evolución de enfermería
11.2	Tiene identificación del paciente (nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI)
11.3	Evoluciones con fecha y hora
11.4	Registra y redacta en forma ordenada
11.5	Describe síntomas expresados por el paciente estado general (Valoración subjetiva)
11.6	Registra los signos vitales.
11.7	Examen físico, describe sexo y edad. (Valoración Objetiva)
11.8	Registra diagnósticos de enfermería y manejo actual
11.9	Describe el plan de intervención de enfermería
11.10	Menciona a las especialidades interconsultantes y el manejo
11.11	Registra resultado de exámenes.
11.12	Registra la solicitud de exámenes, radiografías o electrocardiogramas
11.13	Firma y sello del profesional.
12	REGISTROS DE ENFERMERIA
12.1.	Se encuentra hoja de administración de tratamiento
12.2	La hoja de administración de tratamiento tiene identificación del paciente (nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI)
12.3	La hoja de administración cuenta con fecha y hora
12.4	La hoja de administración describe la vía de administración.
12.5	Se encuentra hoja de registro de funciones vitales
12.6	La hoja de funciones vitales tiene identificación del paciente (nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI)
12.7	La hoja de registro de funciones vitales cuenta con fecha y hora
12.8	Se encuentra hoja de registro de balance hídrico
12.9	La hoja de balance hídrico tiene identificación del paciente (nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI)
12.1	La hoja de balance hídrico cuenta con fecha, hora y peso.
12.11	Se encuentra la hoja de registro de glucometrías.
12.12	El registro de glucómetros tiene identificación del paciente (nombres, apellidos completos, código de identificación naval, DNI)
12.13	La hoja de registro de cuenta con fecha y hora
12.14	En la hoja de registro se evidencia cantidad de insulina y vía de administración.

## Anexo 2:

**CHECK LIST DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE LA UNIDAD DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL**

	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:**

**ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD  
FICHA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE LA  
UNIDAD DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO  
MEDICO NAVAL**

K Richardson	N de elementos
,865	12

**ESTADÍSTICAS DE TOTAL DE ELEMENTO  
FICHA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE LA  
UNIDAD DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO  
MEDICO NAVAL**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Kuder Richardson si el elemento se ha suprimido
Completo	395.3294	3260,557	,854	,837
Legible	405.6118	3336,907	,757	,843
Veraz	438.3412	3976,823	,179	,870

**Anexo 4: MATRIZ DE DATOS: FICHA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE LA UNIDAD DE OBSERVACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL.**

	Completo						Legible						Veraz					
	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco
1.1	1	83	1	1.2%	97.6%	1.2%	10	74	1	11.8%	87.1%	1.2%	3	81	1	3.5%	95.3%	1.2%
1.2	13	72	0	15.3%	84.7%	0.0%	18	67	0	21.2%	78.8%	0.0%	7	78	0	8.2%	91.8%	0.0%
1.3	12	72	1	14.1%	84.7%	1.2%	19	64	2	22.4%	75.3%	2.4%	14	69	2	16.5%	81.2%	2.4%
1.4	19	65	1	22.4%	76.5%	1.2%	18	65	2	21.2%	76.5%	2.4%	6	77	2	7.1%	90.6%	2.4%
1.5	15	53	17	17.6%	62.4%	20.0%	14	52	19	16.5%	61.2%	22.4%	6	60	19	7.1%	70.6%	22.4%
2.1	1	84	0	1.2%	98.8%	0.0%	49	36	0	57.6%	42.4%	0.0%	21	64	0	24.7%	75.3%	0.0%
2.2	20	64	1	23.5%	75.3%	1.2%	34	50	1	40.0%	58.8%	1.2%	18	66	1	21.2%	77.6%	1.2%
2.3	28	57	0	32.9%	67.1%	0.0%	37	48	0	43.5%	56.5%	0.0%	19	66	0	22.4%	77.6%	0.0%
2.4	29	56	0	34.1%	65.9%	0.0%	49	35	1	57.6%	41.2%	1.2%	8	76	1	9.4%	89.4%	1.2%
2.5	7	74	4	8.2%	87.1%	4.7%	32	48	5	37.6%	56.5%	5.9%	9	71	5	10.6%	83.5%	5.9%
3.1	14	68	3	16.5%	80.0%	3.5%	65	17	3	76.5%	20.0%	3.5%	16	66	3	18.8%	77.6%	3.5%
3.2		75	10	0.0%	88.2%	11.8%	18	55	12	21.2%	64.7%	14.1%	13	59	13	15.3%	69.4%	15.3%
3.3	4	68	13	4.7%	80.0%	15.3%	12	58	15	14.1%	68.2%	17.6%	5	65	15	5.9%	76.5%	17.6%
3.4	11	55	19	12.9%	64.7%	22.4%	21	41	23	24.7%	48.2%	27.1%	4	58	23	4.7%	68.2%	27.1%
3.5	6	53	26	7.1%	62.4%	30.6%	6	49	30	7.1%	57.6%	35.3%	3	52	30	3.5%	61.2%	35.3%
3.6	3	53	29	3.5%	62.4%	34.1%	12	41	32	14.1%	48.2%	37.6%	2	51	32	2.4%	60.0%	37.6%
4.1	1	84	0	1.2%	98.8%	0.0%	33	51	0	38.8%	60.0%	0.0%	6	79	0	7.1%	92.9%	0.0%
5.1	9	55	21	10.6%	64.7%	24.7%	19	45	21	22.4%	52.9%	24.7%	2	62	21	2.4%	72.9%	24.7%
5.2	7	34	44	8.2%	40.0%	51.8%	13	28	44	15.3%	32.9%	51.8%	2	39	44	2.4%	45.9%	51.8%
5.3	5	36	44	5.9%	42.4%	51.8%	18	21	46	21.2%	24.7%	54.1%	3	36	46	3.5%	42.4%	54.1%
5.4	0	22	63	0.0%	25.9%	74.1%	2	20	63	2.4%	23.5%	74.1%	1	21	63	1.2%	24.7%	74.1%
5.5	0	5	80	0.0%	5.9%	94.1%	1	4	80	1.2%	4.7%	94.1%	1	4	80	1.2%	4.7%	94.1%
5.6	2	83	0	2.0%	98.0%	0.0%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%
6.1	0	83	2	0.0%	97.6%	2.4%	15	67	3	17.6%	78.8%	3.5%	13	69	3	15.3%	81.2%	3.5%
6.2	5	78	2	5.9%	91.8%	2.4%	18	65	2	21.2%	76.5%	2.4%	9	74	2	10.6%	87.1%	2.4%
6.3	3	80	2	3.5%	94.1%	2.4%	14	68	3	16.5%	80.0%	3.5%	7	75	3	8.2%	88.2%	3.5%
6.4	25	50	10	29.4%	58.8%	11.8%	5	68	12	5.9%	80.0%	14.1%	4	68	13	4.7%	80.0%	15.3%
6.5	11	72	2	12.9%	84.7%	2.4%	18	65	2	21.2%	76.5%	2.4%	12	71	2	14.1%	83.5%	2.4%
6.6	1	84	0	0.0%	1.2%	98.8%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%

	Completo						Legible						Veraz					
	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco
7.1	70	10	5	82.4%	11.8%	5.9%	33	47	5	38.8%	55.3%	5.9%	23	57	5	27.1%	67.1%	5.9%
7.2	10	72	3	11.8%	84.7%	3.5%	43	39	3	50.6%	45.9%	3.5%	1	81	3	1.2%	95.3%	3.5%
7.3	13	48	24	15.3%	56.5%	28.2%	21	36	28	24.7%	42.4%	32.9%	6	51	28	7.1%	60.0%	32.9%
7.4	12	59	14	14.1%	69.4%	16.5%	34	33	18	40.0%	38.8%	21.2%	2	65	18	2.4%	76.5%	21.2%
7.5	12	47	26	14.1%	55.3%	30.6%	27	27	31	31.8%	31.8%	36.5%	4	50	31	4.7%	58.8%	36.5%
7.6	11	44	30	12.9%	51.8%	35.3%	25	28	32	29.4%	32.9%	37.6%	4	49	32	4.7%	57.6%	37.6%
7.7	10	39	36	11.8%	45.9%	42.4%	7	41	37	8.2%	48.2%	43.5%	3	45	37	3.5%	52.9%	43.5%
7.8	38	17	30	44.7%	20.0%	35.3%	28	25	32	32.9%	29.4%	37.6%	14	39	32	16.5%	45.9%	37.6%
7.9	19	50	16	22.4%	58.8%	18.8%	33	35	17	38.8%	41.2%	20.0%	14	54	17	16.5%	63.5%	20.0%
7.10	1	50	34	1.2%	58.8%	40.0%	18	32	35	21.2%	37.6%	41.2%	5	45	35	5.9%	52.9%	41.2%
7.11	2	34	49	2.4%	40.0%	57.6%	11	23	51	12.9%	27.1%	60.0%	7	28	50	8.2%	32.9%	58.8%
7.12	0	83	2	0.0%	97.6%	2.4%	0	83	2	97.6%	2.4%	00.0%	2	83	0	2.4%	97.6%	0.0%
7.14	2	78	5	2.4%	91.8%	5.9%	3	77	5	3.5%	90.6%	5.9%	3	77	5	90.6%	3.5%	5.9%
8.1	21	18	46	24.7%	21.2%	54.1%	11	28	46	12.9%	32.9%	54.1%	11	28	46	12.9%	32.9%	54.1%
8.2	14	29	42	16.5%	34.1%	49.4%	23	20	42	27.1%	23.5%	49.4%	16	27	42	18.8%	31.8%	49.4%
8.3	4	24	57	4.7%	28.2%	67.1%	12	15	58	14.1%	17.6%	68.2%	3	21	60	35%	24.7%	70.6%
8.4	2	38	45	2.4%	44.7%	52.9%	14	26	45	16.5%	30.6%	52.9%	2	36	47	2.4%	42.4%	55.3%
8.5	3	40	42	3.5%	47.1%	49.4%	8	35	42	9.4%	41.2%	49.4%	12	31	42	14.1%	36.5%	49.4%
8.6	0	83	2	0.0%	97.6%	2.4%	0	85	0	100.0%	0.0%	0.0%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%
8.7	4	36	45	4.7%	42.4%	52.9%	14	26	45	16.5%	30.6%	52.9%	0	40	45	0.0%	47.1%	52.9%
8.8	2	37	46	2.4%	43.5%	54.1%	16	23	46	18.8%	27.1%	54.1%	3	36	46	3.5%	42.4%	54.1%
8.9	14	27	44	16.5%	31.8%	51.8%	15	26	44	17.6%	30.6%	51.8%	12	29	44	14.1%	34.1%	51.8%
8.10	0	79	6	0.0%	92.9%	7.1%	5	79	1	92.9%	5.9%	1.2%	1	78	6	1.2%	91.8%	7.1%
9.1	0	0	85	0.0%	0.0%	100%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%
9.2	0	0	85	0.0%	0.0%	100%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%
9.3	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%	0	0	85	0.0%	0.0%	100.0%
9.4	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%

	Completo						Legible						Veraz					
	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco	No	Si	Blanco
10.1	57	19	9	67.1%	22.4%	10.6%	33	42	10	38.8%	49.4%	11.8%	6	69	10	7.1%	81.2%	11.8%
10.2	32	42	11	37.6%	49.4%	12.9%	15	59	11	17.6%	69.4%	12.9%	8	66	11	9.4%	77.6%	12.9%
10.3	23	34	28	27.1%	40.0%	32.9%	29	26	30	34.1%	30.6%	35.3%	10	45	30	11.8%	52.9%	35.3%
10.4	0	0	85	0	0	100%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%	0	84	1	0.0%	98.8%	1.2%
10.5	18	40	27	21.2%	47.1%	31.8%	31	28	26	36.5%	32.9%	30.6%	15	44	26	51.8%	17.6%	30.6%
10.6	8	51	26	9.4%	60.0%	30.6%	8	51	26	9.4%	60.0%	30.6%	10	49	26	11.8%	57.6%	30.6%
10.7	5	75	5	5.9%	88.2%	5.9%	42	38	5	49.4%	44.7%	5.9%	5	75	5	5.9%	88.2%	5.9%
10.8	41	39	5	48.2%	45.9%	5.9%	35	45	5	41.2%	52.9%	5.9%	3	77	5	3.5%	90.6%	5.9%
10.9	18	62	5	21.2%	72.9%	5.9%	15	66	4	17.6%	77.6%	4.7%	4	77	4	4.7%	90.6%	4.7%
10.10	3	67	15	3.5%	78.8%	17.6%	28	41	16	32.9%	48.2%	18.8%	4	66	15	4.7%	77.6%	17.6%
10.11	12	50	23	14.1%	58.8%	27.1%	30	29	26	35.3%	34.1%	30.6%	6	53	26	7.1%	62.4%	30.6%
10.12	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%	0	85	0	100.0%	0.0%	0.0%	1	83	0	1.2%	98.8%	0.0%
11.1	84	1	0	98.8%	1.2%	0.0%	52	33	0	61.2%	38.8%	0.0%	16	69	0	18.8%	81.2%	0.0%
11.2	20	65	0	23.5%	76.5%	0.0%	21	64	0	24.7%	75.3%	0.0%	13	72	0	15.3%	84.7%	0.0%
11.3	14	71	0	16.5%	83.5%	0.0%	11	74	0	12.9%	87.1%	0.0%	3	82	0	3.5%	96.5%	0.0%
11.5	17	24	44	20.0%	28.2%	51.8%	19	21	45	22.4%	24.7%	52.9%	4	36	45	4.75	42.4%	52.9%
11.6	6	16	63	7.1%	18.8%	74.1%	5	16	64	5.9%	18.8%	75.3%	2	19	64	2.4%	22.4%	75.3%
11.7	16	5	64	18.8%	5.9%	75.3%	13	7	65	15.3%	8.2%	76.5%	0	20	65	0.0%	23.5%	76.5%
11.8	4	3	78	4.7%	3.5%	91.8%	4	3	78	4.7%	3.5%	91.8%	3	4	78	3.5%	4.7%	91.8%
11.9	2	5	78	2.4%	5.9%	91.8%	0	7	78	0.0%	8.2%	91.8%	0	7	78	0.0%	8.2%	91.8%
11.10	8	11	66	9.4%	12.9%	77.6%	8	10	67	9.4%	11.8%	78.8%	3	15	67	3.5%	17.6%	78.8%
11.11	1	15	69	1.2%	17.6%	81.2%	8	8	69	9.4%	9.4%	81.2%	1	15	69	1.2%	17.6%	81.2%
11.12	1	65	19	1.2%	76.5%	22.4%	18	48	19	21.2%	56.5%	22.4%	2	65	18	2.4%	76.5%	21.2%
11.13	0	83	2	0.0%	97.6%	2.4%	0	85	0	100.0%	0.0%	0.0%	0	85	0	0.0%	100.0%	0.0%
12.1.	11	58	16	12.9%	68.2%	18.8%	21	48	16	24.7%	56.5%	18.8%	7	62	16	8.2%	72.9%	18.8%
12.2	21	48	16	24.7%	56.5%	18.8%	24	45	16	28.2%	52.9%	18.8%	9	60	16	10.6%	70.6%	18.8%
12.3	8	58	19	9.4%	68.2%	22.4%	9	56	20	10.6%	65.9%	23.5%	6	60	19	7.1%	70.6%	22.4%
12.4	12	56	17	14.1%	65.9%	20.0%	33	35	17	38.8%	41.2%	20.0%	12	56	17	14.1%	65.9%	20.0%
12.5	6	60	19	7.1%	70.6%	22.4%	10	56	19	11.8%	65.9%	22.4%	3	63	19	3.5%	74.1%	22.4%
12.6	11	51	23	12.9%	60.0%	27.1%	11	50	24	12.9%	58.8%	28.2%	7	54	24	8.2%	63.5%	28.2%
12.7	12	56	17	14.1%	65.9%	20.0%	10	58	17	11.8%	68.2%	20.0%	2	66	17	2.4%	77.6%	20.0%
12.8	8	58	19	9.4%	68.2%	22.4%	18	46	21	21.2%	54.1%	24.7%	13	51	21	15.3%	60.0%	24.7%
12.9	9	54	22	10.6%	63.5%	25.9%	11	51	23	12.9%	60.0%	27.1%	4	56	25	4.7%	65.9%	29.4%
12.10	6	56	23	7.1%	65.9%	27.1%	13	47	25	15.3%	55.3%	29.4%	4	56	25	4.7%	65.9%	29.4%
12.11	1	16	68	1.2%	18.8%	80.0%	0	17	68	0.0%	20.0%	80.0%	0	17	68	0.0%	20.0%	80.0%
12.12	3		82	3.5%	0.0%	96.5%	0	3	82	0.0%	3.5%	96.5%	0	3	82	0.0%	3.5%	96.5%
12.13	0	3	82	0.0%	3.5%	96.5%	0	3	82	0.0%	3.5%	96.5%	0	3	82	0.0%	3.5%	96.5%
12.14	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%	0	1	84	0.0%	1.2%	98.8%

## ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016

AUTOR: Bachiller. Katty Gianina Barrera Astuhamán

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES			
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuál es el nivel calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016?</p> <p><b>Problema secundarios:</b></p> <p>¿Cuál es nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo?</p> <p>¿Cuál es nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible?</p> <p>¿Cuál es nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Determinar el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo.</p> <p>Determinar el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible.</p> <p>Determinar el nivel de la calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz</p>	<b>Variable: CALIDAD DE HISTORIA CLINICA</b>			
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Nivel Rango
		Completa	Datos suficientes Valoración subjetiva Valoración objetiva Transcripciones detalladas	1,2,3,4	Malo < 40%  Regular 40% - 70%  Bueno 71% - 90%  Excelente >90 %
Legible	Con letra clara Separando bien las palabras Sin faltas ortográficas Sin abreviaturas Con el horario de 24 horas Fecha y firma legible	5,6,7,8,9,10			
Veraz	Sin alterar registros Sin retocar los registros de otros Sin omitir registros Corrección en la frase y/o palabra usando un trazo luego sellado y fechado Presenta sello y firma	11,12,13,14,15			

## ANEXO 5: ARTICULO CIENTIFICO

### 1. TITULO

Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016

### 2. AUTOR

Br. Katty Gianina Barrera Astuhuamán

Kattybarrera10@ yahoo.es

Estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud.

### 3. RESUMEN

El ejercicio de la medicina esta basado en la relación médico-paciente, el profesional de salud para ofrecer una adecuada asistencia tiene que brindar una historia clínica en base a conceptos de calidad por ser considerado como una herramienta de gestión, un documento que recoge información sobre la práctica clínica realizada al enfermo es decir un resumen de todos los procesos a que fue sometido un paciente más aun por ser el reflejo de un trabajo de todo un equipo.

El presente trabajo de investigación fue tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016, tiene como diseño un estudio de tipo descriptivo de corte transversal que evaluó 85 historias clínicas de pacientes atendidos en la unidad de observación, las cuales fueron sometidas a una lista de cotejo donde la variable se dimensiono en tres puntos: completo, legible y veraz. Las historias que obtenían un puntaje mayor de 71 entre bueno y excelente, menor de 40 entre regular y malo obteniendo como resultados de la investigación 98,8% de las historias clínicas tienen regular calidad, siendo el resultado de 87.1% regular en la dimensión completo, además como calidad mala 50.6% y regular 49.4% en la dimensión legible y un 97.6% de calidad regular en la dimensión veraz. Se concluye en la necesidad de centrar nuestra atención en lo que se refiere el llenado completo de la historia en partes como el nombre del acompañante del paciente, la colocación de las funciones

vitales en las evoluciones medicas así como el plan médico de inicio, y examen físico en todos sus ítems, cabe mencionar que se obvio en este parámetro los datos subjetivos del paciente tanto por la parte medica como de enfermería. Al igual se evidencia la falta y/o ausencia diagnósticos y plan de atención por parte de enfermería.

#### 4. PALABRAS CLAVES

Calidad de la historia clínica.

#### 5. ABSTRACT

The practice of medicine is based on the physician-patient relationship, the health professional to provide adequate assistance has to provide a clinical history based on quality concepts because it is considered as a management tool, a document that collects information about the clinical practice performed on the patient is a summary of all the processes to which a patient was subjected even more because it is the reflection of a work of an entire team.

The present research was aimed at determining the level of quality of the medical history of the unit of observation of the emergency medical service of the Naval Medical Center in the third quarter of 2016, has as a design a descriptive cross-sectional study which evaluated 85 clinical records of patients seen in the observation unit, which were submitted to a checklist where the variable was scaled in three points: complete, readable and truthful. The histories that obtained a score greater than 71 between good and excellent, less than 40 between regular and poor, obtaining as a result of the investigation 98.8% of the medical histories have regular quality, being the result of 87.1% regular in the complete dimension, as well as poor quality 50.6% and regular 49.4% in the legible dimension and 97.6% of regular quality in the true dimension. We conclude on the need to focus our attention on the complete filling of the history in parts such as the patient's companion's name, the placement of vital functions in the medical evolutions as well as the medical plan of beginning, and examination physical in all its items, it is possible to mention that in this parameter the subjective data of the patient as

much by the medical part as of infirmary was obvious. The lack and / or absence of diagnosis and nursing care plan are also evident.

## 6. KEYWORDS

Quality of the medical history.

## 7. INTRODUCCION

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las Historias Clínicas, este documento que recoge información sobre práctica clínica realizada al enfermo es además un elemento clave para el ejercicio profesional del personal de salud no solo desde el punto de vista asistencial sino por ser guía en el manejo clínico del paciente y porque es la única forma de analizar la evolución de la enfermedad (docencia-investigación) más aún si tiene las ventajas administrativas y medico legales que podrían ayudar hacer un análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios, por ello es un resumen de todos los procesos a que fue sometido un paciente.

Por ello, la calidad de la historia clínica, es piedra angular de todo el sistema hospitalario, es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos, además la historia clínica reúne una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que fueron recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. En síntesis este documento clínico debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento. (Reneau & Perez-Salinas, 2001,p.32)

De acuerdo como indica Perez (1998) dentro de las funciones de la historia clinica se encuentran (a)Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo respecto a la evolucion del estado del paciente. (b)Brindar informacion que permita docencia, evaluacion de la asistencia e investigacion. (c)Ayudar al profesional de salud cuando se ponga en duda su actuacion profesional.(p.54)

Sin embargo para que la historia clínica sea útil y facilite las tres funciones mencionadas es necesario cuidar su forma y su fondo, es decir si es legible, completa y veraz. (Pérez, p.55) Para fines de estudio los términos se definen según Riondet (2007) como completo como el correcto llenado de todos los criterios de la historia clínica, de acuerdo a las características de paciente y motivo por el cual se interna con datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, legibilidad es la condición de una palabra o frase que no se puede leer, veraz se refiere a la presencia de firma y aclaración de quien interviene en la historia clínica sea las evoluciones, interconsultas, indicaciones y otros ítems. (p12)

## 8. METODOLOGIA

El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal, desarrollándose en la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval. El material de estudio estuvo conformado por el total de historias clínicas correspondientes al tercer trimestre del año 2016. Los criterios de inclusión fueron todas las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la unidad de observación y se excluyó a toda historia que se encontraba para informe o auditoría. Para la estimación del número total de historias nos basamos en la fórmula  $N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot p \cdot q]} = 85$  historias clínicas, donde Z es la confiabilidad al 95% (1,96), p es 0,5 (asumiendo que 50% del registro estará llenado correctamente, dado que no contamos con prevalencias obtenidas de estudios similares), q es (1- p), N es el número de historias clínicas totales realizadas en el periodo citado corresponde a 260 historias clínicas y error de precisión (considerado 0,05). El tamaño de la muestra fue 85 historias clínicas.

Se seleccionó 85 historias clínicas, previamente se realizó una prueba piloto de 12 historias clínicas auditadas, no incluidas en la muestra total. Se elaboró una lista de cotejo, la misma que fue adaptada para fines de este estudio mediante una prueba de consistencia interna aplicando Kuder y Richardson cuya puntuación obtenida fue de

Para describir los datos de la variable se realizó el análisis descriptivo y se presentaron en tablas de frecuencias y sector circular y en relación a los aspectos éticos se respetó los derechos del paciente y profesionales involucrados ya que no se publicaron datos de los mismos.

## 9. RESULTADOS

Del total de 85 historias clínicas se halló que un 98.8% son calidad regular, siendo en las dimensiones de completo como calidad regular un 87.1%, en la dimensión legible 50.6% malo y regular un 49,4% y en la dimensión veraz como calidad regular un 97.6%.

## 10. DISCUSION

El presente estudio ha permitido determinar que el 98,8% de las historias clínicas revisadas de la unidad de observación del centro médico naval son regulares mientras que un 1,2% son de calidad mala (figura 1).

Como también en el estudio realizado por Zeron y Sanchez(2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el período de Enero a Junio del año 2015 donde la mayoría de los casos la calidad de la Historia Clínica Perinatal es mala, así Lell,(2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, del primer semestre del año 2013, que determinó cantidad de historias clínicas según su calidad fueron de baja calidad (6%), calidad mejorable (64%), buena calidad (27%), excelente calidad (3%); en relación a las variables de completitud y legibilidad: ninguna historia clínica se halló una excelente legibilidad, hoja de enfermería con mayores puntaje, hoja de evolución en historia clínica sin acto quirúrgico con puntaje más bajo. De igual manera en el estudio de Puestas et al. (2008-2010) de título Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo 2008-2010 se determinó que la mayor proporción de buena calidad 28 (12,4%) y también la mayor proporción de mala calidad, con 70 (30,8%), además de una proporción de buena calidad total de 87 (38,5%) de historias evaluadas. Así mismo en el estudio de Rocano(2008)

Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.

Sin embargo en los resultados obtenidos del presente estudio se encontró en el formato de filiación que un 20% no cuenta con el nombre del acompañante o responsable del paciente y describió de forma completa un 97.6% la fecha., 84.7% identificación del paciente 84.7% edad y sexo, 76.5% en describir el teléfono y dirección como en el estudio realizado por Zeron y Sanchez (2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay, donde el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad fue registrado en su totalidad, así también Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: identificación del paciente, edad y sexo y en el estudio realizado por Rocano (2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General los datos de filiación incompletos (100%).

En el segmento de nota de ingreso, en relación a la anamnesis la historia clínica cuenta con motivo de ingreso en un 98,8% sin embargo un 65.9% no describió cronológicamente la enfermedad actual y completa, pero el 87.1% preciso de forma completa los antecedentes personales, se cumplió en un 67.1% los datos del paciente a igual que en el estudio realizado por Zeron y Sánchez (2015) de título Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad , también Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes

como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %, Por otro lado Delgado et al.(2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna los resultados fueron que los antecedentes familiares solo estaban presentes en el 11,8% y la recogida de datos sobre hábitos tóxicos (tabaco) figuraba en un 47,6% y la de diabetes mellitus en un 56,5% y en el estudio realizado por Rocano(2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, se registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la Historia Clínica así en el estudio realizado por Perata et al. (2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú Los resultados: Se encontró que el motivo de consulta, estuvieron presentes en todas las HC. La fecha, edad, estuvieron presentes en más del 90%, el nombre y número de HC en menos del 50%, y estudio realizado por Llanos et al. (2006) titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos se encontró registros de síntomas de consulta en 91,08% y 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%.

En relación al consentimiento, se evidenció que solo el 1.2% registro la información brindada acerca de la planificación de la hospitalización o alta y 0% en información brindada al paciente o responsable sobre su condición de salud así Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata-Diciembre 2007 obtuvo el porcentaje más bajo en el cumplimiento del Consentimiento Informado para HIV con 0%, la Información Brindada al Paciente o Responsable Legal sobre su Condición de Salud con 13%, el Registro de la Información brindada sobre la Planificación del Alta con 4% .y Delgado-Márquez AJ, y otros (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna durante el primer semestre, el consentimiento informado, estaba presente en el 65%.

En el segmento de examen físico se obtuvo que un 80.0% se completó en todos sus ítems, sumado a ello el desarrollo de la presión arterial 88.2%, frecuencia cardíaca 80.0%, frecuencia respiratoria 64.7%, y un 30% no describió la temperatura y saturación de oxígeno y Riondet, (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura. Mientras que en el estudio realizado por Perata et al.(2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú el examen físico estuvieron presentes en más del 90%, mientras que las funciones vitales en menos del 20%.

En relación a la evolución de enfermería se encuentra presente en la historia clínica de forma incompleta en un 98.8% porque no registra diagnóstico ni plan de enfermería traduciéndose en un 1.2%, sin embargo detalla fecha y hora 83.5%, identificación del paciente 76,5%, registra los exámenes auxiliares solicitados en un 76,5%.; también Riondet, Beatriz (2007) en su estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata se observó la falta de Hoja de Enfermería con 9%, y Delgado et al. (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna se observó que las hojas de evolución de enfermería figuraban cumplidas diariamente en el 96,6%

En área de diagnóstico un 98,8 % de las historias tiene un diagnóstico presuntivo, y se detalla el plan inicial en un 64.7% obviando colocar la solicitud de estudios en un 51.8%, la evolución médica se destaca un 84.7% en detallar fecha y hora , sin embargo solo describe el examen físico completo un 20.0%, y un 58.8% describe los comentarios de exámenes auxiliares y las ayudas, y 51.8% registra estado general del paciente, en cuanto a la presencia de las indicaciones médicas se evidencia un 97.6% y un 29.4 no coloca la fecha y hora en los cambios de las indicaciones, así mismo Riondet, (2007) en su

estudio Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata obtuvo una evolución con Razonamientos Diagnósticos 42%, Comentarios de Estudios Recibidos 53%, Comentarios sobre la Terapéutica 44% e Indicaciones Médicas 57%. Como Delgado et al. (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna describe que el 75% de las historias incluía las hojas de indicaciones terapéuticas cumplidas diariamente. Las hojas de evolución médicas figuraban cumplimentadas diariamente en el 27,6% de los episodios, respectivamente. Por otro lado en el estudio realizado por Matzumura et al. (2010-0211) de título Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa; los ítems diagnóstico 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) y Rocano(2008) en su estudio de la Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, los resultados fueron que no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); y, en más del 50% de Historia clínica no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación. Y estudio realizado por Perata et al. (2006), de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. El diagnóstico fue registrado en 99,2% y el plan de trabajo en 84,6%. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4%. Ahora en el estudio realizado por Llanos et al. (2006) Titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%,

En el proceso de alta se evidencio que no se completó o describió el resumen de alta en un 67.1% como así hay 58.8% de formatos de egresos que no cuenta con información para la continuidad de la atención y un 72.9% con fecha y hora también en el estudio realizado por Rocano(2008) Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, sólo el 15% del total de Historia Clínica registró la epicrisis; las Historia Clínica

En relación a la calidad de la historia clínica de la unidad de observación del Centro Médico Naval en términos de completo se obtuvo que un 87,1% de las historias revisadas son regulares y un 12,9% son malas. Así Lell, (2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, según su variable completitud encontró Baja calidad (3%), calidad mejorable (3%), buena calidad (49%) y excelente calidad (7%).

Por otro lado la calidad de la historia clínica de la unidad de observación del Centro Médico Naval en términos de legibilidad se obtuvo que un 49,4% de las historias revisadas son regulares y un 50,6% son malas. Similares resultados obtuvo Lell, (2013) en su estudio Evaluación de la calidad de las historias clínicas del Hospital Público de la Ciudad de Crespo, Entre Ríos, del primer semestre del año 2013 según la variable legibilidad se encontró baja calidad (20%), calidad mejorable (66%), buena calidad (14%), excelente calidad (0%) así como en el estudio realizado por Zafra-Tanaka et al. (2013), titulado Calidad de registro en Historias Clínicas en un centro de salud del Callao - Perú se obtuvo que el 32% de las historias clínicas son letra legible y Delgado et al. (2010) en su estudio titulado Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna se evidencio que la documentación revisada era legible sin dificultad en el 52,3%.

En relación a la Veracidad de la calidad de historias clínicas de la unidad de observación del Centro Médico Naval se obtuvo calidad regular con un 97.6% sin embargo se obtuvo un 100.0%, en lo relacionado al uso del sello de profesional en cada evolución o indicación, caso similar a Matzumura et al.

(2010-2011) de título Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa; la firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Por otro lado Perata et al. (2006), en su estudio de título Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7%, de igual forma Llanos et al. (2006) titulado Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos de Perú, se encontró registro de la firma y sello del profesional en 54,65 %.

## 11. CONCLUSION

**Primera:** El objetivo del estudio fue determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 obteniéndose que un 98.8 % son de calidad regular de las 85 historias clínicas revisadas.

**Segunda:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté completo, se puede apreciar que un 87,1% de las historias clínicas tienen calidad regular.

**Tercera:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto esté legible, se puede apreciar que un 50,6% de las historias clínicas son de calidad mala y un 49,4% son regular

**Cuarta:** En relación al objetivo determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación emergencia servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 en cuanto sea veraz se puede apreciar que un 97.6% de las historias clínicas son de calidad regular.

## 12. REFERENCIAS

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGrawHill Educacion.
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (14 de Marzo de 2014). Plan de Auditoria de la Calidad . Lima, Peru.
- Lain Entralgo, P. (1998). *La historia clinica: Historia y Teoria del relato patografico*. Madrid: Triacastela.
- Landivar Figueroa, B. (2011). Propuesta de procedimiento para la auditoria medica en la calidad tecnica de historias clinicas del hospital oncologico. Manta, Ecuador.
- Lell, L. (24 de Noviembre de 2014). *Prezi*. Obtenido de <https://prezi.com/gf3mk5ithaoi/evaluacion-de-la-calidad-de-las-historias-clinicas-del-hospi/>
- Matzumura Kasano, J., Gutierrez Crespo, H., Sotomayor Salas, J., & Pajuelo Carrasco, G. (2010 - 2011). Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clinica Centenario Peruano Japonesa-. *Red de Revistas Científica de America Latina, el caribe, España y Portugal.*, 251 -257.
- Perata Salazar, M., Llanos Zavalaga, L. F., Cabello Morales, E., & Mayca Perez, J. (2006). Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. *Revista Medica Herediana*, 35 - 41.
- Puecas Sanchez, P. R., Diaz Nolasco, M. A., & Diaz Velez, C. (2012). Calidad tecnica de las historias clinicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayp 2008 - 2010. *Revista Cuerpo Medico HNAAA*, 5 - 8.
- Riondet, B. (Diciembre de 2007). Tesis de Maestría en Salud Publica. *Evaluacion Estadística de la Calidad de la Historia Clínica en un Servicio de Clínica*

*Medica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la Plata.* La Plata, Argentina.

Riondet, B. (26 de Octubre de 2009). *SEDICI, repositorio institucional de la UNLP.* Obtenido de <http://hdl.handle.net/10915/5391>

Rocano, E. P. (2008). Evaluacion de la calidad de los registros de las historias clinicas de los pacientes fallecidos en el servicio de Emergencia de un Hospital General. *Revista Sociedad Medicina Interna*, 51 - 54.

Zafra Tanaka, J., Veramendi Espinoza, L., Villa Santiago, N., Zapata Sequeiros, M., Yovera Leiva, E., Urbina Yale, G., & Ayala Mendevil, R. (2013). Calidad de Registro en Historias Clínicas en un centro de Salud del Callao. *REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA*, 714 - 728.

Zeron Parrales, C. M., & Sanchez Sandoval, J. R. (16 de Marzo de 2016). *eprints.* Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1359/>