

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018

Para optar el Título De Médico (a) Cirujano (a)

Bach. Espinoza Villegas Carlos Alberto
Bach. Sánchez Valdivia Zaira Lizzet

Asesor:
Dr. Ortiz Millones Jorge Luis

Lambayeque, 2020

APROBADO POR

Dr. SOTO CACERES VICTOR ALBERTO
Presidente

Dr. CABREJOS SAMPÉN GUILLERMO ENRIQUE
Secretario

Dr. RODRIGUEZ ALAYO NESTOR MANUEL
Vocal

Dr. ORTIZ MILLONES JORGE LUIS
Asesor

Lambayeque, 2020

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, ESPINOZA VILLEGAS CARLOS ALBERTO, SANCHEZ VALDIVIA ZAIRA LIZZET investigadores, y ORTIZ MILLONES JORGE LUIS asesor de tesis “Calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

BACH, ESPINOZA VILLEGAS CARLOS ALBERTO
Investigador

BACH, SANCHEZ VALDIVIA ZAIRA LIZZET
Investigadora

DR, ORTIZ MILLONES JORGE LUIS
Asesor

Lambayeque, 04 de Marzo de 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres quienes estuvieron apoyándome con todo su amor para poder seguir adelante en esta larga carrera a través de su gran esfuerzo, a mi hermano por animarme en todo momento a no rendirme y seguir adelante.

Carlos Espinoza Villegas.

Zaira Sánchez Valdivia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar esta etapa de nuestra vida con la realización de esta tesis.

A nuestros padres, quienes fueron nuestro motor impulsor todos estos años en los que se necesita fuerza extra para seguir adelante.

A nuestra Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; a nuestros docentes de nuestra Facultad de Medicina humana por la paciencia y dedicación.

A nuestro asesor por apoyarnos a concretar esta presente tesis.

A los Jefes de los Centros de Salud que nos permitieron ejecutar el estudio.

Carlos E. y Zaira S

ÍNDICE GENERAL

	Página
ÍNDICE GENERAL.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
RESUMEN.....	8
.	
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	14
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES... ..	19
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	30
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.....	32
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 01 Distribución numérica y porcentual de la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.	23
Tabla 02 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores de filiación de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.	23
Tabla 03 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores anamnesis y examen clínico de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.	24
Tabla 04 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores diagnósticos, plan de trabajo y tratamiento de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.	25
Tabla 05 Frecuencia numérica y porcentual del registro de los indicadores de atributos de historia clínica de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.	26

-

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018.

Métodos y materiales: Se realizó un estudio descriptivo, transversal retrospectivo en registros de historias clínicas de consultorio externo de dos centros de Salud en Chiclayo 2018. La unidad de análisis fue la historia clínica, las poblaciones fueron 13278 y 16571 de los centros de salud José Leonardo Ortiz y El Bosque respectivamente, se seleccionó en ambos las mayores muestras posibles obteniendo 380 registros de consultorio externo de medicina general de cada centro de salud. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el formato de auditoría de la Norma Técnica de Salud de auditoría vigente la cual consta de siete dimensiones y cada uno con indicadores que presentan su propia escala de medición.(1)

Resultados: La calidad de registro de las historias clínicas del Centro de Salud José Leonardo Ortiz fue satisfactoria 0%, por mejorar 2,4% y deficiente en el 97,6%; del centro de salud El Bosque fue satisfactoria 0%, por mejorar en el 10,8% y deficiente 89,2%. 2,4% y 10,8% de los registros de los centros de salud José Leonardo Ortiz y El Bosque respectivamente, obtuvieron puntuación por mejorar (75-90 puntos) el resto fueron deficientes (<60 puntos).

Conclusión: La calidad promedio de registro de historias clínicas de consultorio externo de medicina general fue deficiente, ninguna historia clínica logró calificar satisfactoriamente, solo unas cuantas alcanzaron la calificación por mejorar.

Palabras clave: Historias clínicas; Auditoría Médica; Gestión de la Calidad; Calidad de la Atención de Salud. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the medical records quality of outpatient attention of general medicine in two health centers of Chiclayo, 2018.

Methodology: A retrospective descriptive, cross-sectional study was carried out in the records of clinical records of an outpatient clinic of two Health centers in Chiclayo 2018. The unit of analysis was the clinical history, the populations were 13278 and 16571 of the health centers José Leonardo Ortiz y El Forest respectively, the largest possible samples were selected in both, obtaining 380 records of an external general practice office of each health center. As an instrument for data collection, the audit format of the current Technical Health Standard for auditing was used, which consists of seven dimensions and each with indicators that present their own measurement scale.

Results: The quality of the record of the medical records of the José Leonardo Ortiz Health Center was satisfactory 0%, for improving 2.4% and deficient in 97.6%; The El Bosque health center was satisfactory 0%, improving by 10.8% and 89.2% deficient. 2.4% and 10.8% of the registries of the health centers José Leonardo Ortiz and El Bosque respectively, obtained score for improvement (75-90 points) the rest were deficient (<60 points).

Conclusion: The average quality of the record of clinical records of the outpatient clinic of general medicine was poor, no clinical history was able to qualify satisfactorily, only a few achieved the qualification to improve.

Key words: Medical Records; Medical Audit; Quality Management; Quality of Health Care. (Source: DeCS BIREME)

INTRODUCCIÓN

La salud es reconocida como un derecho fundamental desde hace más de medio siglo, al cual se accede a través de las atenciones de salud que deben brindarse con claridad, calidad, seguridad y eficiencia bajo normas establecidas a nivel mundial, regional y nacional. Todos los países están obligados a respetar los derechos de los pacientes y a regular la calidad de estas atenciones de salud; estas regulaciones se pueden evaluar objetivamente a través de historias clínicas (H.C.), por eso en muchos países han regulado la calidad de los registros de las historias clínicas para mejorar las atenciones de salud. (1,2)

En Perú, MINSA empezó a impulsar el desarrollo de la Calidad en Salud desde inicios de la década de los años 90 a través de Normas Técnicas de Salud (NTS) con el objetivo de asegurar que las atenciones de salud sean de calidad a través del correcto llenado de una historia clínica, la cual es clave para realizar un buen diagnóstico y seguimiento de los pacientes, y necesario para dar tratamiento acertado. (1)

Esto ha llevado a la preocupación de verificar la calidad del registro de la atención de salud a través de diferentes instrumentos desarrollados tanto en Perú como en otros países, y han concluido que la mayoría de las historias clínicas no registran completamente todos los datos mínimos de una atención, impidiendo un correcto seguimiento del paciente y de su padecimiento, o no promoviendo la salud en pacientes que no padecen enfermedad. (3–9)

Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de la Red Chiclayo, 2018?

Justificación e importancia del estudio

Este estudio es importante porque la toma correcta de decisiones médicas depende en gran medida de la información disponible en las historias clínicas, y al evaluar la calidad del registro de las historias clínicas establecimientos de salud de Chiclayo nos permitirá tener una idea de cuál es la calidad de servicio brindado por el primer nivel de estos dos establecimientos de salud observando los errores y vacíos más frecuentes realizados al registrar la atención.(1,9,10)

Los resultados pueden servir para mostrar la realidad del registro de historias clínicas en Centros de Salud de la Red de Chiclayo y de resultar en su mayoría con una calidad deficiente, motivar a las autoridades que realicen auditorías internas para conseguir mejorar la Calidad de las Historias Clínicas, como la calidad de atención brindada.(11,12)

Objetivo general:

- ❖ Evaluar la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018.

Objetivos específicos:

- ❖ Calcular la calidad media de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en por centro de Salud en dos centros de salud de Chiclayo, 2018.
- ❖ Detectar los indicadores con mayor registro de las historias clínicas de consulta externa de medicina general por dimensión evaluada de dos centros de salud de Chiclayo, 2018.
- ❖ Detectar los indicadores registrados con menor registro de las historias clínicas de consulta externa de medicina general por dimensión evaluada de dos centros de salud de Chiclayo, 2018.

Antecedentes

En 2004 Cordero R, evaluó la calidad del registro de 250 historias clínicas de consulta externa. Según su clasificación obtuvo 0% de muy buen registro, 43,60% buen registro, 49,60% regular registro y 6,8% mal registro. Consideró 15 rubros para la evaluación, siendo los datos de filiación y evolución los dos rubros que mejor registro alcanzaron llegando al 100%; todos los demás rubros fueron incompletos, los rubros menos registrados fueron forma de inicio con 1,2%, examen físico preferencial con 17,2%, tiempo de enfermedad con 18,4% y antecedentes con 32%. (4)

En 2006 Llanos L, Mayca J y Navarro G. realizaron un estudio de auditoría de historias clínicas de consulta externa de 4 Hospitales del Perú. Determinaron las frecuencias de registro de siete variables. La variable funciones vitales solo se registró en el 8,75%, fecha

y hora 13,67%, firma y sello 54,41%, examen físico 56,45%, plan de trabajo 89,08%, síntomas de consulta 90,68% y diagnóstico 97,13%.(3)

En 2013 Zafra J. *et al* ejecutaron un estudio de evaluación de calidad de registro de 91 historias clínicas de consultorio externo resultando 85,7% por mejorar y el 14,3% como aceptable. Dentro de los datos de identificación de pacientes el menor registrado fue etnia 6,6%, siguiendo religión con 13,2%. En enfermedad actual se registró funciones biológicas en el 10%, relato cronológico en el 44%, se halló un registro mayor del 50% en tiempo de enfermedad, fecha de consulta, motivo de consulta. Antecedentes se registró en menos del 50% de las historias clínicas. Exploración física, diagnóstico, tratamiento, evolución, y atributos de historia clínica se registró en más de la mitad de las historias clínicas (6)

En 2014 Matzumura J. *et al* realizaron un estudio de evaluación de calidad de registro de 323 historias clínicas, resultando tener un registro aceptable del 63.8% de las historias clínicas y un registro por mejorar del 36.2%, el ítem mejor registrado completamente fue firma y sello alcanzando 97,21%, los que menos registro obtuvieron fueron diagnóstico y tratamiento completo con 48,61% y 48,30% respectivamente.(7)

En 2018 Berrocal A, realizó un estudio de auditoría evaluando la calidad de registro de una muestra de 80 historias clínicas, obteniendo entre los resultados bajo registro de fecha y hora alcanzando 13.75% en el total de historias clínicas, funciones vitales en el 38.75%, firma y sello en el 61.25%, y mejor registro de datos síntomas y diagnóstico registrando en el 90% y 91.25% de historias clínicas.(8)

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

La historia clínica es considerada como el conjunto de registros de todas las atenciones de salud que haya tenido un paciente, es confidencial porque lo que está registrado en ella debe permanecer bajo secreto profesional del personal de salud de la atención, sirve además como documento legal para poder valorar a través de lo que está escrito de la atención para determinar la calidad de atención así como si fue correcto o no el acto médico al solicitarse por una orden judicial. Otras características que posee es que es un instrumento científico que permite que alumnos puedan aprender de los pacientes sin haber participado de la atención, y es obligatorio que toda atención sea registrada adecuadamente según patrones establecidos en normas.(9,11,13,14)

Los datos de filiación son aquellos que permiten identificar al pacientes así como permite poder identificar adecuadamente la carpeta de historia clínica al momento de ser ingresado al archivo, donde se ordena según el número de historia clínica, por lo que se vuelve indispensable que cada hoja que haya dentro de esta carpeta vaya con datos mínimos como número de historia clínica, nombres y apellidos del paciente, edad y sexo, además de estar registrado en la primera consulta más datos del paciente como son tipo y número de seguro, documento de identificación, domicilio, procedencia, grado de instrucción, ocupación, religión, teléfono, acompañante, domicilio de una persona responsable. Estos datos permitirán al personal de salud poder entender a los pacientes antes de iniciar la atención de salud, respetando sus costumbres religiosas o costumbres propias del lugar de su procedencia, además permitiría entender que determinados problemas de salud son frecuentes en su lugar de origen, o por su grupo etario o grupo de sexo. (2,15)

Luego se debe registrar la anamnesis, esta consiste en todos los datos obtenidos a través de un interrogatorio exhaustivo antes de dirigir el examen físico para poder determinar el probable escenario donde tiene que desenvolverse el personal de salud para poder diagnosticar oportunamente si existe o no un problema y por dónde se origina, este interrogatorio debe ser dirigido debido a que podría obtenerse respuestas las cuales desvíen del problema principal por el que el paciente presenta sus molestias y acudió, pero tampoco se debe descuidar otros hallazgos incidentales que podrían obtenerse. El interrogatorio debe ser en base a las molestias actuales precisando los síntomas principales así como el relato cronológicamente ordenado de estos, ubicándolo temporalmente y cómo estos síntomas afectan la actividad normal como son comer, beber, orinar, defecar o dormir. No se debe dejar de lado los antecedentes del propio paciente así como los de sus familiares, el paciente podría presentar sintomatología temprana de alguna enfermedad familiar y podría perderse una gran oportunidad de diagnosticar tempranamente.(1,16)

Después del interrogatorio debe realizarse y registrarse el examen clínico el cual consta de verificar los signos vitales como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, importantes para poder ir orientando si está todo dentro del rango de la normalidad o si existe alteración alguna, además ayudan al seguimiento de la evolución del paciente ya que estos se ven alterados en caso de presentar algún padecimiento que altera la salud del paciente y posteriormente confirmando mejoría a través del control de estos signos. Además en este ejercicio del examen clínico debe realizarse una valoración del estado general del paciente así como un examen clínico regional orientado al problema de salud de la consulta a través de las técnicas cardinales que son inspección, palpación, percusión y auscultación. (1)

Para llegar al siguiente paso del registro de historia es muy importante lo que se registró en la anamnesis como en el examen clínico, pues para poder llegar a un diagnóstico probable

o coherente se usan los datos de estos dos, por lo que al momento de una auditoría de registro, no solo debe ver que aparezca un diagnóstico, pues tal diagnóstico podría ser incoherente por lo que la evaluación sería de 0 de 20 puntos en caso tampoco registren el código internacional de enfermedades versión 10 del diagnóstico patológico consignado en la historia clínica. En caso de presentar un diagnóstico probable podría requerir de la solicitud de exámenes de patología clínica como exámenes de diagnóstico por imágenes las cuales deben ser muy pertinentes porque podría representar un gasto innecesario para el estado o para el mismo paciente en caso de cubrirlo con su propio capital. Las interconsultas y las referencias también deben registrarse dentro del plan de trabajo para poder ayudar en el diagnóstico o en algunos casos en el tratamiento del paciente en establecimientos de salud con mayor complejidad según lo amerite. No se debe olvidar escribir y decir al paciente cuándo será la próxima cita, debido a que podría recibir atención y tratamiento para su diagnóstico, pero este diagnóstico podría cambiar en cuestión de tiempo por las probables complicaciones a las que ningún paciente está exento.(1)

El personal de salud después de todo el plan de trabajo debe registrar en la historia clínica el tratamiento, el cual debe empezar con orientación de medidas generales higiénicas-dietéticas, los pacientes podrían estar llenos de dudas por lo que podrían o no ingerir buscando su mejoría están propensos a escuchar a personas ajenas a la salud que desconocen cuáles alimentos o qué medicinas deben o no evitar. Los medicamentos que se prescriban deben anotarse en la historia clínica con la denominación común internacional, así como la presentación, dosis, vía de administración, frecuencia y duración. Lo mismo debe ir en la receta, es un error muy común encontrado que al momento de registrar el tratamiento médico anoten incompletamente estos datos.(1)

Posteriormente el personal de salud de la atención debería haber respetado los atributos de la historia clínica, los cuales son utilizar formatos de atención por etapas de vida en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, los cuales constan de fichas elaboradas para cada grupo etario, debe evitar manchones o enmendaduras para respetar la pulcritud, debe anotar toda la atención con letra legible para evitar confusiones al ser revisada posteriormente para el seguimiento del paciente. Nunca debe faltar el sello y la firma del personal de salud para poder identificar al responsable de la atención ya que la historia clínica tiene carácter legal.(1)

Existen diferentes formatos de historias clínicas, estos están regulados por el Ministerio de Salud a través de Normas Técnicas de Salud que establecen las características que poseen los diversos formatos básicos como son el de emergencia, consultorio externo, hospitalización y ficha familiar, cada uno de ellos posee un contenido mínimo de datos que se deben registrar para poder ser sometido a un control interno si cumple o no con los estándares de calidad. (10)

La calidad del registro de historias clínicas de consulta externa depende de todo lo que se registra en la historia clínica por quien brinda la atención de salud, debe cumplir con estándares establecidos por el Ministerio de Salud a través de las Normas Técnicas de Salud de Auditoría, donde establecen los formatos con los datos mínimos que se deben registrar para poder luego a través de procesos de retroalimentación poder medir a través de puntajes en qué grupo de calidad pertenece, como son deficientes, por mejorar o satisfactorio. Según esta norma técnica, el puntaje para poder llegar a tener calidad satisfactoria debe haber obtenido un puntaje mayor o igual a 90 puntos, lo cual es bastante exigente, donde diagnóstico, plan de trabajo y tratamiento representan el 61% (61puntos) del puntaje máximo con un contrastado puntaje de 4% (4 puntos) para los datos de filiación que son 16 en total los considerados.(10,17)

La revisión organizada que permite evaluar la calidad de los registros de historias clínicas es llamada auditoría de historias clínicas, las cuales son todas las actividades que permiten evaluar cada atención que se realice a los pacientes, para poder encontrar científicamente fallas del sistema de salud, esto permitirá mejorar ampliamente la calidad de la atención en mejora de los pacientes ya sea en el tratamiento o en el futuro de sus atenciones. (1)

Para auditar algo se necesita establecer criterios cuantificables que a lo largo de los años diferentes estudios y normas técnicas han ido compilando estos criterios para consolidar en el año 2016 un instrumento validado por el Ministerio de Salud para Auditar la calidad de Atención en Salud a través de la unidad de análisis que son las historias clínicas, los cuales son ideales y esenciales para este proceso ya que por la Ley General de Salud toda atención debe estar registrada correctamente en la histórica clínica. La intención del Ministerio de Salud como Ente Rectora de defender el bien común de la Salud en nuestro país como está establecido en la Constitución de los Derechos Humanos, donde establecen la Salud como derecho fundamental.(1)

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

Tipo de investigación: Diseño de estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

Población: Se consideró como población el total de registros de las atenciones realizadas en consultorio externo de medicina general de los dos establecimientos de salud durante el 2018 obteniendo un total de 13278 en C.S. J.L.O. y 16571 en C.S. El Bosque.

Muestra: En cada C.S. se obtuvo un tamaño muestral de 380 H.C utilizando la siguiente fórmula:(18)

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

n =	Tamaño de la muestra.
N =	Población [13278 y 16571]
Z =	Nivel de confianza al 95%, cuyo valor es 1,96.
p =	Proporción esperada para que ocurra el evento. [50%].
q =	Proporción esperada para que no ocurra el evento. [50%]
E =	Error de estimación máximo aceptado. [0,05]

Criterios de inclusión:

- ❖ Registros de atención de medicina general en consultorio externo durante el 2018 de los centros de salud José Leonardo Ortiz y El Bosque.

Criterios de exclusión:

- ❖ Registros que se encuentran en historias clínicas que no estén dentro del archivo de historias clínicas en el momento de la recolección de datos.

Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Esta investigación del nivel de calidad de registro de historias clínicas se desarrolló a través de la revisión de historias clínicas de pacientes de ambos sexo de cualquier grupo etario y que hayan sido atendidos en consultorio externo de medicina general en ambos establecimientos. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa de la Norma Técnica De Salud N° 29 de Auditoría de Historias Clínicas aprobado por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, la cual consta de 7 dimensiones con una puntuación diferente de acuerdo a si el registro es completo, incompleto, en exceso o no registrado o si no aplicaba un indicador por la naturaleza del mismo.(1)

Procedimientos: Para obtener el número de la población que cumplió con los criterios de inclusión se recurrió al reporte de atenciones del sistema HIS MINSA almacenados en la Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Posteriormente se gestionaron y obtuvieron los respectivos permisos de los Jefes de ambos centros de salud para la ejecución del proyecto, se ratificaron las atenciones con los cuadernos de registro de ambos centros de salud, luego se seleccionó la muestra aleatorizada y se recolectaron los datos por 6 egresados capacitados de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Se utilizó tabla de calificación según el formato de evaluación de calidad de registro de historia clínica de consulta externa.(1,18)

Técnica de procesamiento: La información obtenida de los registros de atención se codificaron en hoja de cálculo de Microsoft Excel para consolidar los datos en tablas para expresarlos en frecuencia nominal, porcentual y promedios.

Aspectos éticos: Para el presente estudio se solicitó y obtuvo el decreto de aprobación por la Unidad de Investigación de la FMH-UNPRG, la instancia que autorizó la realización de la investigación sin exigir la correspondiente del Comité de Ética en Investigación de la FMH-UNPRG debido a que esta investigación no es de naturaleza experimental ni cuasiexperimental. Se obtuvieron los permisos por los jefes de ambos centros de salud permitiendo el acceso al libro de registro de atenciones de consulta externa de medicina general para poder calcular la muestra aleatorizada y se obtuvo así los datos de los registros los cuales no identifican a los pacientes, respetando la confidencialidad del acto médico y del registro clínico. (19)

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01 Distribución numérica y porcentual de la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.

		Centro de Salud José Leonardo Ortiz	Centro de Salud El Bosque
		n (%)	n (%)
Satisfactorio	(≥90 puntos)	0 (0,0)	0 (0,0)
Por mejorar	(75-89 puntos)	9 (2,4)	41 (10,8)
Deficiente	(<75 puntos)	371 (97,6)	339 (89,2)

Fuente: Historias clínicas físicas de ambos centros de salud.

Tabla 02 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores de filiación de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.

	Centro de Salud José Leonardo Ortiz		Centro de Salud El Bosque	
	Registrado	No registrado	Registrado	No registrado
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Número de historia clínica	86 (22,6)	294 (77,4)	353 (92,9)	27 (7,1)
Nombres y apellidos	206 (54,2)	174 (45,8)	362 (95,3)	18 (4,7)
Tipo y número de seguro	0 (0,0)	380 (100,0)	0 (0,0)	380 (100,0)
Lugar y fecha de nacimiento	11 (2,9)	369 (97,1)	183 (48,2)	197 (51,8)
Edad	369 (97,1)	11 (2,9)	377 (99,2)	3 (0,8)
Sexo	21 (5,5)	359 (94,5)	221 (58,2)	159 (41,8)
Domicilio actual	40 (10,5)	340 (89,5)	283 (74,5)	97 (25,5)
Lugar de procedencia	54 (14,2)	326 (85,8)	200 (52,6)	180 (47,4)
Documento de identificación	5 (1,3)	375 (98,7)	167 (43,9)	213 (56,1)
Estado civil	2 (0,5)	378 (99,5)	76 (20,0)	304 (80,0)
Grado de instrucción	0 (0,0)	380 (100,0)	63 (16,6)	317 (83,4)
Ocupación	0 (0,0)	380 (100,0)	54 (14,2)	326 (85,8)
Religión	0 (0,0)	380 (100,0)	2 (0,5)	378 (99,5)
Teléfono	0 (0,0)	380 (100,0)	46 (12,1)	334 (87,9)
Acompañante	0 (0,0)	380 (100,0)	10 (2,6)	370 (97,4)
Domicilio y/o teléfono de persona responsable	0 (0,0)	380 (100,0)	0 (0,0)	380 (100,0)

Fuente: Historias clínicas físicas de ambos centros de salud.

Tabla 03 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores anamnesis y examen clínico de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.

	Centro de Salud José Leonardo Ortiz			Centro de Salud El Bosque		
	Completo	Incompleto	No existe	Completo	Incompleto	No existe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fecha y hora de atención	131 (34,5)	237 (62,4)	12 (3,1)	215 (56,6)	165 (43,4)	0 (0, 0)
Motivo de consulta	240 (63,2)		140 (36,8)	227 (59,7)		153 (40,3)
Tiempo de enfermedad	138 (36,3)		242 (63,7)	182 (47,9)		198 (52,1)
Relato cronológico	47 (12,4)	219 (57,6)	114 (30,0)	180 (47,4)	142 (37,4)	58 (15,2)
Funciones biológicas	7 (1,8)	63 (16,6)	310 (81,6)	27 (7,1)	36 (9,5)	317 (83,4)
Antecedentes	15 (4,0)	18 (4,7)	347 (91,3)	106 (27, 9)	100 (26,3)	174 (45,8)
Funciones vitales T, FR, FC, PA	28 (7,4)	194 (51,0)	158 (41,6)	50 (13,2)	106 (27,9)	224 (58,9)
Peso, talla	337 (88,7)	11 (2,9)	32 (8,4)	342 (90,0)	3 (0,8)	35 (9,2)
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos	12 (3,2)	129 (33,9)	239 (62,9)	114 (30,0)	138 (36,3)	128 (33,7)
Examen clínico regional	47 (12,4)	253 (66,6)	80 (21,0)	204 (53,7)	157 (41,3)	19 (5,0)

T: Temperatura, FR: Frecuencia respiratoria, FC: Frecuencia cardiaca, PA: presión arterial.

Fuente: Historias clínicas físicas de ambos centros de salud.

Tabla 04 Frecuencia numérica y porcentual del registro de indicadores diagnósticos, plan de trabajo y tratamiento de las historias clínicas de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.

	Centro de Salud José Leonardo Ortiz				Centro de Salud El Bosque			
	Completo	Incompleto	En exceso	No existe	Completo	Incompleto	En exceso	No existe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Presuntivo coherente	242 (63,7)	85 (22,4)		53 (13,9)	354 (93,2)	0 (0,0)		26 (6,8)
Definitivo coherente	299 (78,7)	56 (14,7)		25 (6,6)	379 (99,7)	0 (0,0)		1 (0,3)
Uso del CIE 10	87 (22,9)			293 (77,1)	35 (9,2)			345 (90,8)
Exámenes de patología clínica pertinentes	335 (88,2)	11 (2,9)	4 (1,0)	30 (7,9)	348 (91,6)	3 (0,8)	8 (2,1)	21 (5,5)
Exámenes de diagnóstico por imágenes pertinentes	357 (93,9)	3 (0,8)	0 (0,0)	20 (5,3)	363 (95,5)	2 (0,5)	2 (0,5)	13 (3,5)
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	366 (96,3)	3 (0,8)	0 (0,0)	11 (2,9)	372 (97,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (2,1)
Referencias a otros establecimientos de salud	370 (97,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (2,6)	377 (99,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,8)
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	358 (94,2)	10 (2,6)	0 (0,0)	12 (3,2)	374 (98,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (1,6)
Fecha de próxima cita	86 (22,6)	2 (0,5)	0 (0,0)	292 (76,9)	138 (36,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	242 (63,7)
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes	26 (6,8)	4 (1,1)		350 (92,1)	16 (4,2)	10 (2,6)		354 (93,2)
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI)	256 (67,4)	87 (22,9)		37 (9,7)	313 (82,4)	31 (8,1)		36 (9,5)
Consigna presentación	43 (11,3)			337 (88,7)	181 (47,6)			199 (52,4)
Dosis del medicamento	274 (72,1)			106 (27,9)	325 (85,5)			55 (14,5)
Vía de administración	50 (13,2)			330 (86,8)	155 (40,8)			225 (59,2)
Frecuencia del medicamento	164 (43,2)			216 (56,8)	262 (68,9)			118 (31,1)
Duración del tratamiento	149 (39,2)	0 (0,0)		0 (0,0)	239 (62,9)	0 (0,0)		141 (37,1)

CIE 10: Código internacional de enfermedades versión 10, DCI: Denominación común internacional.

Fuente: Historias clínicas físicas de ambos centros de salud.

Tabla 05 Frecuencia numérica y porcentual del registro de los indicadores de atributos de historia clínica de consulta externa de medicina general de los Centros de Salud José Leonardo Ortiz y El Bosque. Chiclayo 2018.

	Centro de Salud José Leonardo Ortiz			Centro de Salud El Bosque		
	Completo	Incompleto	No existe	Completo	Incompleto	No existe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer nivel de atención)	372 (97,9)	0 (0,00)	8 (2,1)	372 (97,9)	0 (0,00)	8 (2,1)
Pulcritud	319 (83,9)		61 (16,1)	280 (73,7)		100 (26,3)
Letra legible	119 (31,3)		261 (68,7)	105 (27,6)		275 (72,4)
No uso de abreviaturas	380 (100,0)	0 (0,00)	0 (0,0)	0 (0,0)		380 (100,0)
Sello y firma del médico tratante	367 (96,6)	7 (1,8)	6 (1,6)	380 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Seguimiento de la evolución	81 (21,3)	45 (11,8)	254 (66,8)	73 (19,2)	17 (4,5)	290 (76,3)

Fuente: Historias clínicas físicas de ambos centros de salud.

Discusión

Los resultados de la evaluación de la calidad de registro de las 380 historias clínicas del centro de salud de José Leonardo Ortiz dio como resultado un puntaje promedio de 56,55 puntos, siendo el mayor puntaje 83 y el mínimo puntaje 6, los resultados del Centro de Salud El Bosque dio como resultados un puntaje promedio de 66,01 puntos, siendo el mayor puntaje 86,5 y el mínimo 39,75, constituyendo el promedio en ambos lugares como calidad deficiente de registro de historia clínica de consultorio externo. En el estudio de Cordero en el 2004 obtuvo como promedio 69,4/100 puntos siendo una calidad regular según su clasificación. En 2013 Zafra, en su estudio obtuvo el 12,3% como aceptable, el resto como por mejora que según su clasificación era aceptable aquel registro que tenía $\geq 50/100$ puntos. En el estudio de Matzumura, el 63,8% obtuvo la calificación de aceptable, el resto por mejorar. (6)

Si bien es cierto que existen diferentes estudios, todos han utilizado diferentes instrumentos donde cotejan si está registrado o no los indicadores, sin importar mucho tener un examen clínico completo o una anamnesis bien estructurada con respecto al motivo de consulta, relato cronológico o tiempo de enfermedad, otro ejemplo es que a veces la ausencia o el deficiente registro de datos en la anamnesis y examen clínico podrían impedir de llegar a un diagnóstico coherente, impidiendo a su vez obtener un plan de trabajo adecuado como tratamiento, y por ende afectar el seguimiento de la evolución del paciente, por lo que parecería difícil comparar la calidad del registro de historias clínicas que fueron muestra de este estudio con la calidad del registro de otros estudios que ya se han realizado, sin embargo podríamos comparar la frecuencia de registros de ciertos datos que a historia clínica que son indispensables consignarlos para el mejorar el seguimiento de evolución del paciente. (3, 20)

Con respecto a los datos de filiación, en el instrumento que se utilizó para este estudio se consideraron 16 indicadores, representando un total del 4% de toda la evaluación, por lo que los datos de filiación no constituirían un puntaje significativo al momento de determinar el puntaje total de cada registro de historia clínica, como es el caso del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz que obtuvo un promedio de 0.52 puntos, a pesar de haber registrado un 13,1% promedio de estos indicadores, obteniendo 0% de registro en tipo y número de seguro, grado de instrucción, ocupación, religión, teléfono, acompañante y domicilio y/o teléfono de persona responsable, el número de historia clínica se encontró registrado en el 22,6% siendo muy bajo en comparación del Centro de Salud El Bosque donde se registró en el 92,89% siendo muy similar a porcentajes de otros estudios. En otros estudios como el de Cordero R. en 2004 consideró datos de filiación con un máximo de 5% del puntaje total de la evaluación, en el estudio de Matzumura en 2014 donde no se consideró datos de afiliación para evaluar la calidad del registro. (4,7)

Fecha y hora se registró en el C.S. J.L.O. en el 34,5% de manera completa y 62,3% incompletamente, en el C.S. El Bosque se encontró un registro completo del 56,6% y 43,4%, Zafra, en 2013 halló un registro completo en el 45,1% de las H.C. (4,6,7)

En el C.S. J.L.O. el motivo de consulta se registró en el 63,2% muy similar al 59,7% del C.S. El Bosque, a diferencia del 50% hallado en el estudio de Cordero, en 2004 y del 93,5 del trabajo de Zafra en el C.S. J.L.O. (4, 6, 7)

Tiempo de enfermedad se registró en el 36,3% de las H.C. del C.S. J.L.O por debajo al registro en el C.S. El Bosque que fue 47,9%, este muy similar al 50% encontrado en el estudio de Cordero, y por debajo del 60,4% del estudio de Zafra. (4, 6, 7)

Relato cronológico se encuentra sin registrar en el 30% de las H.C. del C.S. J.L.O, mientras que en el C.S. El Bosque no se registró en el 15,3%, ambas cifras por debajo del 50% del estudio de Cordero en 2004 y del 39,6% del estudio de Zafra en 2013. (4,6,7)

Funciones biológicas fueron registradas en el 1,8% completamente y 16,6% incompletamente de las H.C. del C.S. J.L.O, en el C.S. El Bosque se registró en el 7,11% y 9,5% completa e incompletamente respectivamente. En el estudio de Zafra fue registrado en el 11%. (4, 6, 7)

Los antecedentes fueron registrados completamente en el 8,7% de las H.C. del C.S. J.L.O y en el 54,2% en el C.S. El Bosque, en comparación al 32,8% encontrado en el estudio de Cordero en 2004 y el 46,2% de Zafra en 2004. (4, 6, 7)

Las funciones vitales se registraron en el 58,4% de las H.C. del C.S. J.L.O. y en el 41,1% de las H.C. del C.S. El Bosque, estos muy inferiores al 83,5% del estudio de Zafra y el 98,9% del estudio de Matzumura J y muy superiores al 8% encontrado en el estudio de Cordero. (4, 6, 7)

Con respecto al examen clínico se observa un registro alto en todos los estudios, en el C.S. J.L.O. se registró en el 78,9% muy similar al 79,1% del estudio de Zafra, pero el que mejor registró fue el C.S. El Bosque con 95%. (6)

Diagnóstico presuntivo/definitivo en el C.S. J.L.O se registró en el 93,4%, poco inferior al 100% del C.S. El Bosque, en el estudio de Zafra encontró que diagnóstico presuntivo/definitivo se registró en el 93,4% de las H.C., en el estudio de Matzumura se registró en el 99,1%. (4, 6, 7)

El CIE 10 fue poco registrado en el C.S. J.L.O. alcanzando un 22,9%, en el C.S. El Bosque alcanzó 9,2%, ambos muy por debajo del 54,9% de lo encontrado por Zafra. (6)

Con respecto al registro de exámenes de laboratorio y de imagen fue registrado en el 88,7% de las H.C. del C.S. J.L.O. y en 86,8% de las H.C. del C.S. El Bosque, similar al 84,6% encontrado en el estudio de Zafra en 2013.(6)

El régimen higiénico-dietético fue registrado en el 7,8% de las H.C. del C.S. J.L.O, similar al 6,8% encontrado en el C.S. El Bosque y ambos por debajo del 16,5% encontrado en el estudio de Zafra en 2013. (6)

El nombre del medicamento se encontró registrado en el 90,3% de las H.C. del C.S. J.L.O, en el 90,5% de H.C. del C.S. El Bosque, muy similar al 89% del estudio de Zafra. (6)

Dosis del medicamento se registró en el 72,1% de las H.C. del C.S. J.L.O similar al 72,5% del estudio de Zafra, y en el 85,5% de las H.C. del C.S. El Bosque.(6)

Frecuencia del medicamento se encontró registrada en el 43,2% de las H.C. del C.S. J.L.O, en el 68,9% de las H.C. del C.S. El Bosque similar al 67% del estudio de Zafra. (6)

Vías de administración se consignó en el 13,2% de las H.C. del C.S. J.L.O y en el 40,8% de las H.C. del C.S. El Bosque, ambos muy por debajo del 58,2% del estudio de Zafra.(6)

En cuanto a la evaluación de los atributos de historias clínicas se observó que casi el total de los registros de las muestras de ambos Centros de Salud contaron con formato de atención integral por etapas de vida conforme al primer nivel de atención, la pulcritud cuya característica consiste que no haya manchas ni enmendaduras se encontró que el 83,95% y el 73,7% datos similares a los encontrados en el estudio de Zafra se encontró pulcritud en el 71,4% y la legibilidad en el 31,9% muy similar a lo hallado en los este estudio que fueron 31,3% y 27,6% en los Centros de Salud de José Leonardo Ortiz y El Bosque respectivamente. (6)

Las frecuencias del registro de sello y firma del médico tratante en este estudio fueron casi al 100% en ambos Centros de Salud muy similar en los estudios de Zafra con 95,6% o el 97,2% registrado por Matzumura. (6,7)

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

La calidad de registro de las historias clínicas del C.S. J.L.O fue por mejorar 2,4% y deficiente en el 97,6%; del C.S. El Bosque fue por mejorar en el 10,8% y deficiente 89,2%.

Y satisfactoria 0% en ambos C.S.

El promedio de la calidad de registro de las historias clínicas de consulta externa de medicina general del Centro de Salud José Leonardo Ortiz fue 56,56 puntos y El Bosque fue 66,01 puntos, ambos deficientes.

Los indicadores con mayor registro fueron nombres, edad, motivo de consulta, peso y talla, diagnóstico presuntivo y definitivo, nombre de medicamento y dosis, firma y sello del médico tratante.

Los indicadores con menor registro fueron tipo y número de seguro, religión, acompañante, dirección y/o teléfono de persona responsable, ocupación, grado de instrucción, sexo, funciones biológicas, antecedentes, CIE 10, fecha de próxima cita, régimen higiénico-dietético, presentación, frecuencia y duración del tratamiento. No uso de abreviaturas, letra legible, seguimiento de la evolución.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

Para futuros investigadores se recomienda usar el formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa den Anexo n° 5 de la NTS N° 029-MINSA/ DIGEPRES-V.02, NTS N° 029-MINSA/ DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para que pueda comparar y discutir con el presente trabajo, debido a que los anteriores trabajos realizados sobre evaluación de registros de historias clínicas de consulta externa se realizó utilizando instrumentos elaborados por los investigadores, diferentes entre sí.(1)

Para los Centros de Salud, no solo para los incluidos en este estudio, deben reforzar la práctica de la auditoría interna para poder mantener los estándares de registro de las atenciones según la norma técnica vigente cuyo instrumento fue utilizado para este estudio. Esta práctica reforzará a su vez la calidad de la atención de los pacientes como también servirá para analizar científicamente como fuentes secundarias de información para futuros estudios en los que se requerirá que el registro de los indicadores sean los más completos y coherentes posibles.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Ministerio de Salud. NTS N° 029-MINSA/ DIGEPRES-V.02, NTS N° 029-MINSA/ DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. En Lima, Perú; 2016 [citado 1 de noviembre de 2018]. p. 84. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_auditoria.pdf
2. Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, García A, Martínez F, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch Pediatr Urug. 2018;89(4):242-50.
3. Llanos-Zavalaga LF, Mayca Pérez J, Navarro Chumbes GC. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev Med Hered. 2006;17(4):220-6.
4. Cordero R. Auditoría médica en un centro médico de EsSalud con Sistema de Gestión Hospitalaria. [Internet] [Tesis para optar el Título Profesional de: Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud]. [Lima, Perú.]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2299/Cordero_br.pdf?sequence=1
5. Puescas PR, Díaz-Nolazco MA, Díaz C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo, 2008-2010. Rev cuerpo méd HNAAA. 2012;5(2):5-10.
6. Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA. 2013;30(4):714-28.
7. Matzumura JP, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014;75(3):251-7.
8. Berrocal Cancho AM. Auditoría de historias clínicas en consulta externa en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores [Tesis para optar el grado académico de Maestría en Gestión Estratégica de la Calidad de Auditoría Médica]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2018.
9. Alcaraz M, Nápoles Y, Chaveco I, Martínez M, Coello JM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. 2010;14(7):1017-23.

10. Ministerio de Salud. NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: «NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA». En Lima, Perú; 2018 [citado 1 de noviembre de 2018]. p. 84. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_auditoria.pdf
11. Delgado-Márquez A, Polo-Polo M, Villa-Caballero J, Andreu-Román M, Fernández-Espinilla V, Hernán-García C. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna. *Gest y Eval Cost Sanit.* 2014;15(1):33-9.
12. Diz-Lois F. Algunas reflexiones sobre la historia clínica. *La Medicina Interna como modelo de práctica clínica: XXV Aniversario Sociedade Galega de Medicina Interna.* 2008;113-20.
13. Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev Med La Paz.* 2013;19(2):73-82.
14. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012;(27):15-24.
15. Hidalgo Aguilar D. *Semiología Aplicada. La Historia Clínica.* 1ra ed. Cochabamba, Bolivia: Simón Bolívar; 2012. 241 p.
16. Conesa A, Pastor X, Lozano-Rubí R. Efectividad de la evaluación de historias clínicas informatizadas en un hospital universitario. *Rev Calid Asist.* 2017;32(6):328-34.
17. Renau J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos.* 2001;10(1):32-40.
18. Geresá Lambayeque. Reporte de atenciones según profesional en sistema HIS MINSA. [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://luareque.wixsite.com/reque/his?pass=NA%3D%3D>
19. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Reglamento de investigación y tesis para título de médico cirujano. En Lambayeque, Perú; 2017 [citado 1 de noviembre de 2018]. p. 31. Disponible en: [http://www.unprg.edu.pe/univ/portal/documentos_s/REGLAMENTO%20DE%20INVESTIGACION%20Y%20TESIS%20-%20FMH-UNPRG%20EN%20PDF%20\(1\).pdf](http://www.unprg.edu.pe/univ/portal/documentos_s/REGLAMENTO%20DE%20INVESTIGACION%20Y%20TESIS%20-%20FMH-UNPRG%20EN%20PDF%20(1).pdf)
20. Velito AS, Soriano SR. La historia clínica como instrumento de calidad. Curso anual de auditoría médica del Hospital Alemán. En Buenos Aires, Argentina.; 2010 [citado 1 de noviembre de 2018]. p. 26. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1: INSTRUMENTO(1)

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				

DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita.	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					

Fuente: Tomado del Anexo 5 de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad en Salud (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02)

ANEXO N° 2: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO(1)

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5	
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa.
	Para la evaluación del Ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.
	No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLOGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.

EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: No se registran los datos completos. No existe : no se registra ningún dato
PESO , TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos
ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA , PIEL Y ANEXOS	Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico, No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.
EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNOSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control, No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
INTERCONSULTAS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.
TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría .No existe : No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.
PULCRITUD	Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.
EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya re-evaluado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Fuente: Tomado del Anexo 5 de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad en Salud (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02)