UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

"CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2018"

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA:

- **ALEJANDRO EMILSE GUIMAREY MINAYA**

PUCALLPA - PERÚ
2019

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DEDICATORIA

A DIOS…
Que ha protegido a toda mi familia y a mí para que pueda cumplir este gran sueño de ser Médico, y sé que me acompañará siempre para que junto a él con su gran poder y conocimiento pueda salvar vidas en el ejercicio de esta noble profesión…

A MI MAMÁ…
Lina Minaya, quien me lo ha dado todo para que no me falte nada, gracias a ti soy lo que soy con tu sacrificio y abnegación has logrado sacar nuestra familia adelante y soy tan feliz de ser tu hijo…TE AMO MAMÁ…

A MI PAPÁ…
Julian, **Guimarey** quien me ha enseñado que la vida no es fácil y que para conseguir algo hay que esforzarse y luchar por ello, que con tu carácter fuerte y tu corazón alegre no te cambiaría por nada del mundo…TE AMO PAPÁ…

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AGRADECIMIENTOS

Me van a faltar paginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento en especial a mi madre y mi padre, que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Así mismo, agradezco infinitamente a mis hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que soy y de lo que puedo dar a los demás.

De igual forma agradezco a mi asesor y a los miembros del jurado quienes con sus recomendaciones y guías me han ayudado a culminar este trabajo de investigación y que espero podamos pulirlo para que sea nuestro granito de arena dentro de la política de salud.

Al Hospital Regional de Pucallpa. Y personal, por darme su apoyo y facilitarme con sus datos e información médica para el proceso y culminación de este trabajo de investigación.

Al Hospital Amazónico de Yarinacocha y a todo el personal que allí labora y que me acogieron de una manera especial, ayudándome en este largo año de aprendizaje llamado INTERNADO. Agradezco de una manera especial a los grandes amigos que allí encontré, quienes hicieron de mi último año el más placentero, y, que sobretodo, me compartieron conocimiento a montones.

A los responsables de cada catedra que me han visto crecer como persona y gracias a sus conocimientos impartidos hoy puedo sentirme dichoso y contento.

A mi alma mater la Universidad Nacional de Ucayali por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento a su vez sabré honrarle.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ÍNDICE

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTOS iii
INDICE iv-v
INDICE DE TABLAS vi
INDICE DE GRAFICOS vii
RESUMEN viii
ABSTRACT ix
INTRODUCCIÓN x
CAPÍTULO I: PROBLEMA
1.1. Planteamiento del Problema 1
1.2. Formulación del Problema 2
1.3. Objetivo: General y Específicos 3
1.4. Justificación 4

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO
2.1 Antecedentes 5-7
2.2 Bases Teóricas 8
2.3 Hipótesis 19
2.4 Variables de estudio. 19

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1 Ámbito de estudio 20
3.2 Tipo de investigación
3.3 Nivel de Investigación
3.4 Método de Investigación
3.5 Diseño de Investigación
3.6 Población, Muestra, Muestreo 21
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 22
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos 22

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 23

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados 23-30

4.2 Discusión 31

CONCLUSIONES 32

RECOMENDACIONES 32

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 33-35

ANEXOS

Anexo N° 1: instrumento 36-37

Anexo N° 2: Operacionalizacion de variables 38-40

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

INDICE DE TABLAS

Tabla 01.- Sexo de los pacientes pediátricos .....……23

Tabla 02.- Calificación de las historias clínicas seleccionadas para el estudio ……23

Tabla 03.- Atributos de la historia clínica ……..24

Tabla 04.- identificación medica dentro de la historia clínica ……..25

Tabla 05.- presencia de la apreciación médica dentro de la historia clínica ……25

Tabla 06.- presencial del relato cronológico dentro d las historias clínicas. ……26

Tabla 07.- letra ilegible identificada en las historias clínicas ……27

Tabla 08.- presencia de evolución dentro de las historias clínicas……27

Tabla 09.- evaluación de la relación entre la letra ilegible y la calificación de cada historia clínica. ……29

Tabla 10.- relación de la letra ilegible con la calificación aceptable de las historias clínicas. ……29

Tabla 11. Cosolidado de resultados de previas tablas analizadas ……..30

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

INDICE DE GRAFICOS

Grafica 01.- Sexo de los pacientes pediátricos 23

Grafica 02.- Calificación de las historias clínicas seleccionadas para el estudio 23

Grafica 03.- Atributos de la historia clínica 24

Grafica 04.- identificación medica dentro de la historia clínica 25

Grafica 05.- presencia de la apreciación medica dentro de la historia clínica 26

Grafica 06.- presencial del relato cronológico dentro d las historias clínicas. 26

Grafica 07.- letra ilegible identificada en las historias clínicas 27

Grafica 08.- presencia de evolución dentro de las historias clínicas.. 27

Grafica 09- evaluación de las historias clínicas 28

Grafica 10- errores más frecuentes cometidos dentro de la historia clínica.....28

Grafica 11.- Evaluación de la relación entre la letra ilegible y la calificación de cada historia clínica. 29

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018 de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud

Materiales y método: Estudio Exploratorio, analítico de corte transversal realizado en el servicio de pediatría del hospital Regional de Pucallpa. La variable dependiente fue la calificación aceptable de las historias clínicas y la variable independiente fueron las dimensiones de la historia clínica según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú.

Resultados: Se demostró que existe asociación entre la letra ilegible y la calificación de las historias clínicas, interpretándose que las historias clínicas con presencia de letra ilegible tenían una calificación aceptable (razón de prevalencia: 1,71; intervalo de confianza 95%: 1,08 – 2,73) en comparación a aquellas historias con letra aceptable. Además, existieron otros componentes dentro de la historia clínica que se asociaron con la calificación aceptable, las cuales son: atributos de la historia clínica, presencia de apreciación, presencia de evolución y presencia de relato cronológico.

Conclusiones: existen dimensiones dentro de la historia clínica que deben mejorarse con el fin de brindar un buen servicio para el manejo del paciente pediátrico.

Palabras clave: Historia clínica, Examen físico, Evaluación del Rendimiento de Empleados, Diagnóstico y Médicos (Decs. BIREME)

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ABSTRACT

Objetivo: Determinar el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018 de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención a la Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud

Materiales y método: Estudio exploratorio, análisis de corte transversal realizado en el servicio de pediatría del hospital Regional de Pucallpa. La variable dependiente fue la calificación aceptable de las historias clínicas y la variable independiente las dimensiones de la historia clínica según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en el Ministerio de Salud del Perú.

Resultados: Se demostró que existe una asociación entre la letra ilegible y la calificación de las historias clínicas, la interpretación de las historias clínicas con la presencia de la letra se puede tener una calificación aceptable (razón de prevalencia: 1,71; intervalo de confianza 95%: 1, 08 - 2,73) en comparación a esas historias con letra aceptable. Además, existen otros componentes dentro de la historia clínica que se asocian con la calificación aceptable, los cuales son: atributos de la historia clínica, presencia de apreciación, presencia de evolución y presencia de relato cronológico.

Conclusiones: existen dimensiones dentro de la historia clínica que debe mejorarse con el fin de brindar un buen servicio para el manejo del paciente pediátrico.

Palabras clave: Historia clínica, Examen físico, Evaluación del rendimiento de los empleados, Diagnóstico y Médicos (Decs. BIREME)

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el elemento más importante de la relación entre el médico y los pacientes (1). Si no se elaboran correctamente, habrá una fallida comunicación entre el médico y paciente.

Las historias clínicas que se elaboran en los diferentes hospitales del Perú, actualmente, presentan deficiencias de entendimiento por la mala caligrafía que el personal de salud utiliza en ella (2).

De no tomar medidas correctivas, se genera diversas complicaciones médicas que queremos demostrar en nuestro estudio de tesis.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siguiendo con las enseñanzas del padre de la medicina, Hipócrates en el siglo V (AC), quien sintió la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia profesional ante la enfermedad, da inicio al avance de la práctica médica por medio de la elaboración de la historia clínica (1,3,4,5). Esta actividad de carácter confidencial servirá como el principal instrumento en el ejercicio profesional para el cumplimiento de la función específica del médico que es el Diagnóstico (6).

La confección de una correcta historia clínica depende mucho del binomio establecido entre el paciente y el médico, es por ello, que ninguna maquina puede remplazar el pensamiento, el calor y el razonamiento de quien realiza el expediente clínico. Sin embargo, podemos observar que el contenido dentro del mismo no es el correcto ya sea por una letra ilegible, por el abuso de la utilización de abreviaturas, por la poca información que se recogió y el orden del mismo. Llegando en algunos casos a no colocar accionares del manejo médico dentro de la historia y a depender mucho de las pruebas auxiliares cuando en realidad debería ser al revés (5, 7,8).

Todos estos eventos ocasionados por el personal de salud pueden generar desde fallas en la realización de las indicaciones médicas

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

hasta llegar a desgastar la relación médico paciente (insatisfacción de los pacientes, miedo al manejo intrahospitalario, etc.).

Por lo tanto, si el personal quisiera presentar un soporte jurídico para poder sostener lo que realizó no podría ya que su herramienta principal presentaría muchas falencias (9).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema Principal

¿Cuál es la calidad de las historias clínicas en el servicio de pediatría del Hospital regional de Pucallpa según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú durante el año 2018?

Problemas Secundarios

1. ¿Cuáles son los errores más frecuentes en el llenado de la historia clínica?
2. ¿Qué nivel de ilegibilidad presentaron las historias clínicas?
3. ¿Qué calidad de contenido tienen las historias clínicas?
4. ¿Qué tipo de pacientes ya sea por el sexo encuentran mayores inconvenientes los profesionales de salud para elaborar historia clínica?

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

1.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General.

Determinar el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018 de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud.

Objetivos Específicos.

1. Determinar los errores más frecuentes en el llenado de la historia clínica.
2. Determinar el nivel de ilegibilidad de las historias clínicas.
3. Diferenciar los niveles de calidad del contenido de las historias clínicas
4. Establecer en que tipos de pacientes ya sea por sexo encuentran mayores inconvenientes los profesionales de salud para elaborar la historia clínica.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

4.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de contar con una Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud, se han identificado distintas falencias en la práctica médica (7,10).

Las Historias clínicas son útiles para evaluar el servicio de salud y principalmente para brindar una atención de calidad a los usuarios. El incorrecto llenado de una Historia Clínica trae consigo deficiencias en el diagnóstico presuntivo, un tratamiento erróneo y consecuentemente resultados desfavorables en la atención de los pacientes. Por tal motivo el presente estudio pretende identificar el estado actual del llenado de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2018 de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud, de acuerdo a los resultados se darán las recomendaciones respectivas para el mejoramiento de las historias clínicas.

En el Perú no se ha publicado información sobre las complicaciones hospitalarias por Historia Clínica ilegible, por lo cual este estudio permitirá conocer si se dan los casos de letra ilegible en las historias clínicas del hospital en mención. Por otra parte, la investigación contribuirá:

a. Sugerir la implantación de leyes que obliguen al personal de salud a realizar las historias clínicas con letra legible.
b. Avanzar en la tecnología y brindar la idea de historias clínicas virtuales.
c. Facilitar la recolección de datos por parte de los investigadores con interés de realizar artículos originales de investigación, casos clínicos, entre otros.
d. Mejorar la docencia nacional en semiología con historias clínicas correctamente redactadas y entendibles.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

Córdoba-Sánchez V, Zambrano-Cruz R, Tamayo-Agudelo W. (Colombia, 2018)

Realizaron un Estudio exploratorio retrospectivo en el cual se analizaron los motivos de consulta, los diagnósticos, las estrategias de evaluación e intervención, las metas terapéuticas y los datos sociodemográficos de 708 historias clínicas diligenciadas entre 1999 y 2012 por estudiantes de últimos semestres en periodo de prácticas en una universidad colombiana. Se encontró que los diagnósticos están referidos en su mayoría a estresores psicosociales, más que a psicopatologías, y tanto las herramientas de diagnóstico como las estrategias de intervención no son coherentes con el diagnóstico registrado en la historia clínica. Es evidente la necesidad de fortalecer la formación básica en psicología clínica, en cuanto a sus métodos y alcances, de forma que se brinde una atención a los usuarios que tenga bases científicas, así como establecer protocolos de control para la supervisión de estudiantes en prácticas clínicas en la formación de pregrado (11).

González Rodríguez, R., & Cardentey García, J. (México. 2015)

La historia clínica médica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los problemas en su confección, pueden ser atribuidos al desconocimiento, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto. El propósito del artículo fue valorar la importancia de la calidad de la historia clínica médica por su valor en el diagnóstico preciso, como herramienta del método clínico y como documento médico legal. La historia clínica médica es la que refleja de forma fidedigna todas las características clínicas del paciente y su evolución periódica. Los profesionales de medicina deben reflejar todo el pensamiento médico durante el tratamiento del paciente, a fin de lograr mayor calidad en la misma (12).

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

2.1.2. INVESTIGACIONES NACIONALES

Vega, L., & Sumen, Y. (Perú, 2017).

La investigación se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general. La población de estudio estuvo constituida por 313 historias clínicas, de pacientes que fueron dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016 del servicio de cirugía general, obteniéndose una muestra de 74 historias clínicas cada una con 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería). El tipo de estudio fue descriptivo y retrospectivo, el diseño fue descriptivo simple, para la recolección de datos se empleó como técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria con 84 ítems para evaluar la hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería, de las historias clínicas que fueron seleccionados al azar. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados describen, que los registros de enfermería en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad. Respecto al registro de la hoja gráfica, el 65% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 4% de mala calidad. Mientras el registro de notas de enfermería el 80% de mala calidad y el 20% de regular calidad. Sin embargo, el registro de la hoja de balance hídrico en 73% es de regular calidad, 22% de buena calidad y 5% de mala calidad y en cuanto al registro de kardex de enfermería, el 68% de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad (13).

Quispe-Juli, C. U et al. (peru 2016)

Realizaron un estudio para determinar las características de registro de las historias clínicas de hospitalización en el Hospital III Yanahuara de la ciudad de Arequipa, Perú. El estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se evaluaron 225 historias clínicas de hospitalización en el mes de noviembre del 2015. Se utilizó una ficha que consta de 15 ítems; cada ítem se evaluó mediante una escala en:

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

"muy mal", "mal", "aceptable", "bien" y "muy bien". Se hizo un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias.

Los ítems con mayor proporción de datos de registro aceptable fueron: indicación terapéutica clara (84%), evolución (74,7%), juicio clínico (70,7%), indicación terapéutica completa y ordenada (54,2%), enfermedad actual (50,2%), y exploración física (43,1%). Los ítems muy bien registrados fueron: indicación de pruebas y procedimientos (97,3%), identificación de médico (91,1%) y alergias (67,1%). Los ítems muy mal registrados fueron: motivo de ingreso (91,1%), hábitos vitales (72,9%) y tratamiento previo (38,2%). la mayoría de las historias clínicas de hospitalización se caracteriza por un registro aceptable de la mayoría de ítems evaluados; sin embargo, presentan deficiencias notables en algunos ítems (14).

2.1.3. INVESTIGACIONES LOCALES

Jhonny Astocondor-A et. al. (Pucallpa-2016).

Realizaron un estudio multicéntrico, analítico y transversal, realizado entre mayo-junio del 2015, en sedes hospitalarios de cuatro ciudades peruanas (Lima, Ucayali, Piura e Ica). Se utilizó la escala PREMEPA para medir las características de la consulta médica. Resultados: Fueron 804 encuestados, el 57% fueron mujeres (459), la edad promedio fue 45 años (rango de 26–59). Con respecto a los problemas presentados durante la consulta externa se determinó que Lima tuvo la mayor problemática siendo el número de 27 (35,1%). Luego le sigue Ucayali con 26 (33,7%), Piura con 18 (23,4%) e Ica 6 (7,8%). En el análisis multivariado, disminuyó la frecuencia de problemas presentados durante la consulta externa una mejor atención (RPa: 0,7; IC95%: 0,63,09), trato (RPa: 0,5; IC95%: 0,4-0,6) y explicación por parte de los médicos tratantes (RPa: 0,7; IC95%: 0,6-0,8), ajustado por el sexo del médico, la especialidad y el tener algún antecedente de problemas con un médico. Conclusiones: Se encontró que ciertas características del trato del médico durante la consulta pueden generar la percepción de problemas por parte de los usuarios (15).

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

2.2. BASES TEÓRICAS

LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y como fuente para el análisis por otros facultativos (cuando el paciente no se encuentre presente por motivos ajenos) (16). Además de incluir los datos de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico, se consignan en ella la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos. Una definición plausible puede ser la siguiente: Conjunto de documentos donde se registra toda la información médica y administrativa sobre los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios (16).

La confección de una historia clínica con calidad, que ofrezca datos confiables, no puede aprenderse de golpe, pues requiere de la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas, tales como las siguientes:

- Aprender a entrevistar.
- Aprender a examinar al paciente.
- Habilidades en la redacción y adquisición del lenguaje técnico.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

- Conocimientos de Semiología y Propedéutica Clínica.

Es por ello, que, para el aprendizaje de la confección de historias clínicas, recomendamos el estudio teórico, simultáneo a la práctica sistemática (16).

FUNCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Las funciones de la historia clínica se explican a continuación (16):

- Asistencial: Es la fundamental. Como documento recoge los elementos del diagnóstico y el plan terapéutico del enfermo; como parte del método clínico, es la herramienta fundamental para el diagnóstico.
- Docente: Es el documento principal de las formas organizativas docentes de la educación en el trabajo (pase de visita, discusión diagnóstica, clínico patológico y de piezas frescas).
- Investigación: Sirve como fuente de datos para la investigación epidemiológica, tanto en hospitales como en la Atención Primaria de Salud.
- Evaluación de la calidad asistencial: Es el documento básico que permite medir la calidad de la asistencia médica. Sirve de sustento al trabajo de los Comités de Calidad.
- Documento médico legal: La información que recoge, tiene valor legal si es necesario ventilar quejas, reclamaciones o

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

incluso, acusaciones jurídicas del paciente y/o sus familiares sobre la asistencia brindada. Por esto, es importante reflejarlo toda la información y custodiar celosamente la historia clínica, con el fin de evitar que sea objeto de manipulaciones extra institucionales.

TIPOS DE FORMATO

La historia clínica puede presentarse en dos tipos de formato: en formato escrito o en formato electrónico. Aunque el objeto de este manual, es la confección del documento escrito, se brindarán algunos elementos sobre la historia clínica en formato electrónico (16).

La historia clínica informatizada, ahorra tiempo y permite trabajar en red, pero es más costosa y si no existe una seguridad informática adecuada, se pierde uno de sus aspectos éticos fundamentales: el carácter confidencial, que se fundamenta en el derecho que tienen las personas a la intimidad y a la reserva de toda la información relacionada con su salud (16). La influencia del contexto clínico en el paciente es muy difícil de captar sólo con el manejo de bases de datos. Además, todos los programas tienen sus limitaciones y es reconocido que la informatización de la historia clínica, es una de las asignaturas pendientes de la informática médica como disciplina.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

Atendiendo a su contenido, la historia clínica se puede clasificar en (16):

- Historia clínica Hipocrática
- Historia clínica por problemas
- Historia clínica orientada según el tiempo

COMPONENTE Y ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

A nivel nacional, el orden de dato de la historia clínica difiere de hospital en hospital. Según la bibliografía que exponemos tenemos el siguiente orden (16):

- Datos de identidad personal.
- Orden de ingreso.
- Resumen de las historias clínicas anteriores, si las hubiera.
- Motivo de consulta o ingreso.
- Historia de la enfermedad actual.
- Anamnesis remota: Antecedentes patológicos personales, reacción a medicamentos, transfusiones sanguíneas previas, traumatismos, operaciones, antecedentes hereditarios y familiares, hábitos tóxicos, género de vida, alimentación, inmunizaciones, condiciones higiénico sanitarias de la vivienda.
- Interrogatorio por aparatos.
- Examen físico general, regional y por aparatos.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

- Historia psicosocial.
- Discusión diagnóstica.
- Hoja de signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial y frecuencia respiratoria. Puede incluir también diuresis, peso diario y gráfica de antibióticos utilizados.
- Hoja de balance hidroelectrolítico (si el enfermo lo requiere).
- Hoja de Benedicts (si el enfermo lo requiere).
- Resultados de análisis de laboratorio.
- Exámenes imagenológicos: informes de radiografía, ultrasonograma, gammagrafía, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear, etc.
- Estudios fisiológicos: electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografía, pruebas funcionales respiratorias, etc.
- Exámenes endoscópicos: informes de gastroduodenoscopia, broncoscopia, laparoscopia, etc.
- Exámenes anatomopatológicos: Estudios citológicos, biopsias, etc.
- Informes de anestesia y de operaciones (si el paciente ha sido operado).
- Hojas de evolución.
- Indicaciones médicas (en ellas también se recoge el cumplimiento de enfermería).

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

- Hoja de egreso.

INTERROGATORIO O ANANMESIS

El interrogatorio, o anamnesis (que quiere decir volver al recuerdo) se divide en: anamnesis próxima y anamnesis remota; la primera, comprende el motivo de consulta y la historia de la enfermedad actual, mientras que la segunda, incluye el resto del interrogatorio (16).

El interrogatorio se basa en las técnicas de la entrevista médica y es requisito indispensable establecer una relación médico-paciente satisfactoria (16).

EL INTERROGATORIO POR APARATOS O SISTEMAS

Forma parte de la anamnesis próxima y su objetivo es obtener datos sobre la existencia de síntomas, en los distintos aparatos y sistemas. Esta información puede obtenerse también mediante el relato de la historia de la enfermedad actual, si el paciente tiene conciencia de los síntomas que ha experimentado; en caso de que el paciente no diga nada al respecto, la forma de enfocar las preguntas puede ser la siguiente: ¿Padece o ha padecido alguna vez de: falta de aire, dolor en el pecho, etc.? Luego se procede a describir las características semiológicas, de los síntomas presentados por el enfermo. A continuación, brindamos algunas

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

características importantes de estos síntomas, sobre las que es necesario indagar (16):

- Aparato respiratorio → Disnea, tos, expectoración, hemoptisis, vómica.
- Aparato cardiovascular → Dolor torácico, palpitaciones, síncope, claudicación intermitente.
- Aparato Digestivo → Dolor abdominal, vómitos, diarreas, disfagia, pirosis.
- Sistema genitourinario → Dolor, hematuria, uretrorragia, nicturia, disuria, polaquiruria, retención urinaria, incontinencia urinaria.
- Sistema ginecológico → Fórmula menstrual, menarquia, menopausia, leucorrea, menalgia, hiperpolimenorrea, metrorragia, amenorrea.
- Sistema hemolinfopoyético → Adenopatías, púrpuras, hemorragias.
- Sistema nervioso → Cefalea, convulsiones.
- Otros datos → Astenia, anorexia, fiebrePérdida de peso

EXAMEN FÍSICO

Es la exploración del enfermo, mediante maniobras en las que se utilizan los órganos de los sentidos del explorador (inspección, palpación, percusión y auscultación), e instrumentos sencillos como

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

el estetoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo percutor, el diapazón, linterna, termómetro, cinta métrica, pesa y tallímetro (16). Se divide en:

- Examen físico general
- Examen físico regional
- Examen físico por aparatos

Examen físico general

Comprende los siguientes aspectos: Hábito externo, deambulación, marcha, actitud en el lecho y de pie, fascies, piel, mucosas y faneras, examen del tejido celular subcutáneo, examen del panículo adiposo, examen del sistema osteomioarticular (SOMA), peso, talla, temperatura.

Examen físico regional

Comprende la exploración de las siguientes regiones del cuerpo: Cabeza (cráneo, cara), cuello, tórax, abdomen, extremidades, columna vertebral.

Examen físico por aparatos

- Aparato respiratorio
- Aparato cardiovascular
- Aparato digestivo
- Aparato genitourinario
- Sistema hemolinfopoyético
- Exámenes neurológicos.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

a) **FALLAS EN LA HISTORIA CLÍNICA:**

De todas funciones implicadas dentro del desarrollo de la historia clínica la función legal será la que vigile su correcta elaboración. Este medio de prueba debe reunir requisitos básicos como uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para permitir un análisis eficiente. Es importante resaltar que lo que no está escrito dentro de la misma se supondrá como no realizado (5, 7, 18).

Empezaremos describiendo cuales son los errores más comunes:

i. ILEGIBILIDAD: la historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaturas deben evitarse o no abusarse en su uso, las firmas deben ir acompañadas del nombre del encargado que desarrollo el expediente clínico y de su respectivo sello (19). La falta de entendimiento en la letra también puede radicar en los errores de medicación (20).

ii. FALTA DE ORDEN Y SECUENCIA CRONOLÓGICA:

El orden debe ser según una secuencia lógica a partir de los procesos de atención en las diversas unidades productoras de salud. Cada Dirección Regional de Salud establecerá por escrito la secuencia en que debe ordenarse los formatos de la Historia Clínica (21).

iii. POCO INTERÉS POR LA ANAMNESIS, EXAMEN FÍSICO y AUSENCIA DE REGISTROS:

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Existen casos donde el proceso de asistencia médica fue el adecuado y no se refleja así en el documento y, por el contrario, una historia bien escrita no garantiza que todo lo que allí se asiente, se ha realizado correctamente. Esto puede deberse: por la prontitud y poco apoyo brindado por parte del usuario o por el poco interés del mismo personal de salud.

Esto hay que tenerlo en cuenta para mejorar la calidad de lo que aparece escrito ya que estos errores estarían produciendo la fabricación de documentos fraudulentos (5).

b) IMPLICANCIAS LEGALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Existen normas en nuestro país que trataran de velar por el correcto manejo de la historia clínica, los cuales son:

i. Norma técnica de la historia clínica, Título VI, artículo 2°; Título VI.2.2 (Elaboración y Registro).

ii. Norma técnica de auditoria de la calidad de atención en salud: artículo 6.5.2 (Auditoria de la calidad de los registros asistenciales).

iii. Ley General de Salud. Ley Nª 26842, artículo 29°.

iv. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, artículo 73°.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

2.2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BSICOS

- **Historia clínica:** Registro de informaciones pertinentes a enfermedades de los pacientes.
- **Examen físico:** Inspección sistemática y profunda del paciente en busca de signos físicos de enfermedad o de anomalías.
- **Evaluación del Rendimiento de Empleados:** La evaluación del rendimiento de un empleado en relación a su trabajo.
- **Diagnóstico:** Determinación de la naturaleza de una enfermedad o estado o la distinción de una enfermedad o estado de otra. La evaluación puede hacerse por medio del examen físico, pruebas de laboratorio o similares. Pueden usarse programas automatizados para mejorar el proceso de toma de decisiones.
- **Anamnesis**: Adquisición de información del estado y tratamientos médicos pasados de un paciente.
- **Médicos:** Las personas con licencia para practicar la medicina.
- **Rol del médico:** Función esperada de un miembro de profesión médica.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

2.3. HIPOTESIS

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: Más de la mitad de las Historias Clínicas del servicio de pediatría durante el año 2018, tienen una puntuación “por mejorar” (menor de 50 puntos) según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud.

H0: Más de la mitad de las Historias Clínicas del servicio de pediatría durante el año 2018, tienen una puntuación “aceptable” (igual o mayor de 50 puntos) según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Ministerio de Salud del Perú (2005) propuesta por el Ministerio de Salud.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Dimensiones de la historia clínica

Letra ilegible

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de las historias clínicas

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Paciente

Nivel del hospital

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el hospital regional de Pucallpa durante el periodo 2018 y se contó con el permiso correspondiente de la institución participante.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional, con lo que se pretende determinar si existe asociación entre el llenado correcto de las dimensiones de la historia clínica y su calificación aceptable.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo no experimental porque no se manipulan las variables solo se evalúan los fenómenos ya ocurridos.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación se decidió aplicar pruebas estadísticas paramétricas.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo correlacional, transversal, retrospectivo.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

3.6.1. POBLACION.

La población que participo en el estudio son los pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Pucallpa.

3.6.2. MUESTRA

Pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional de Pucallpa.

Formula aplicada:

Error máximo permitido y el valor p esperado se comparte (igual a 0,05).
Según el tipo de muestreo tenemos reemplazando la fórmula:

$$n = \quad Z^2.\ p.\ q.\ N / E^2(N-1) + Z^2.\ p.q$$

Para un máximo tamaño muestral se considerará una proporción esperada de 0,5 con un intervalo de confianza al 95% y una precisión absoluta de 5%, obteniéndose una muestra de 307 pacientes hospitalizados en pediatría en el hospital regional de Pucallpa

3.6.3. MUESTREO

El muestreo para este estudio es de tipo no probabilístico (por conveniencia).

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1. TÉCNICA

Se coordinará con el jefe del servicio de pediatría del Hospital Regional de Pucallpa para poder aplicar el instrumento.

3.7.2. INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos será un Cuestionario, diseñado por el ministerio se salud para evaluación de la calidad de las historias clínicas en el Perú.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará una ficha de recolección que comprende cinco secciones: Datos de la Historia Clínica, Identificación de paciente, Enfermedad Actual, Antecedentes y Exploración física. Los cuales describen el contenido de la historia clínica.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis descriptivo se realizará con frecuencias absolutas y relativas, siendo de tipo cualitativas todas las variables en estudio. La tabulación y procesamiento de los datos se desarrollarán mediante número absolutos y porcentajes con la ayuda del programa estadístico STATA versión 14.0, finalmente se resumirá la información en tablas y gráficos para su presentación.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

CAPITULO IV: RESULTADOS

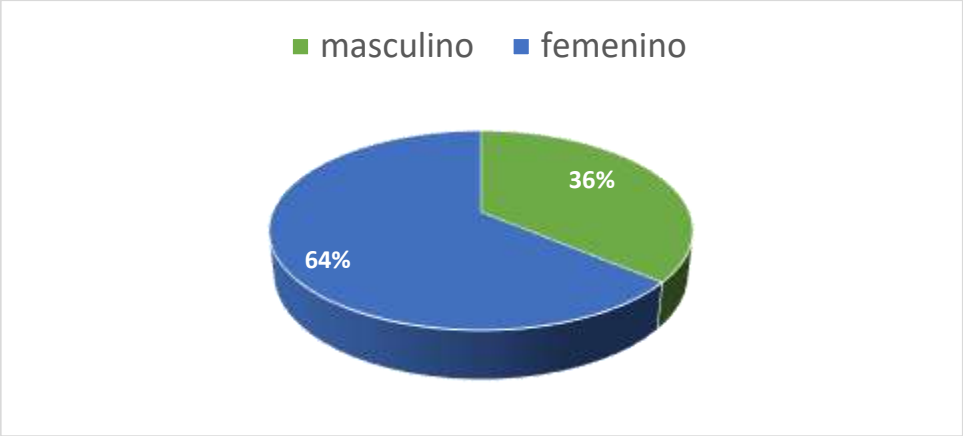
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se contó con un total de 307 pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del hospital Regional de Pucallpa durante el periodo 2018. Con respecto al sexo, se determinó que la mayor población estuvo representada por el sexo femenino con 196 pacientes (63,84%). **Tabla 01.**

Tabla 01.- Sexo de los pacientes pediátricos

Sexo	N	%
masculino	111	36,16
femenino	196	63,84

Fuente: datos de la investigación



Grafica 01.- Sexo de los pacientes pediátricos

En relación a la variable calificación de la historia clínica, se determinó que 184 historias clínicas (59,93%) presentaron puntuación aceptable y 123 historias clínicas presentaron puntuación por mejorar. **Tabla 02.**

Tabla 02.- Calificación de las historias clínicas seleccionadas para el estudio

Calificación de la historia clínica	N	%
por mejorar	123	40,07
aceptable	184	59,93

Fuente: datos de la investigación

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA



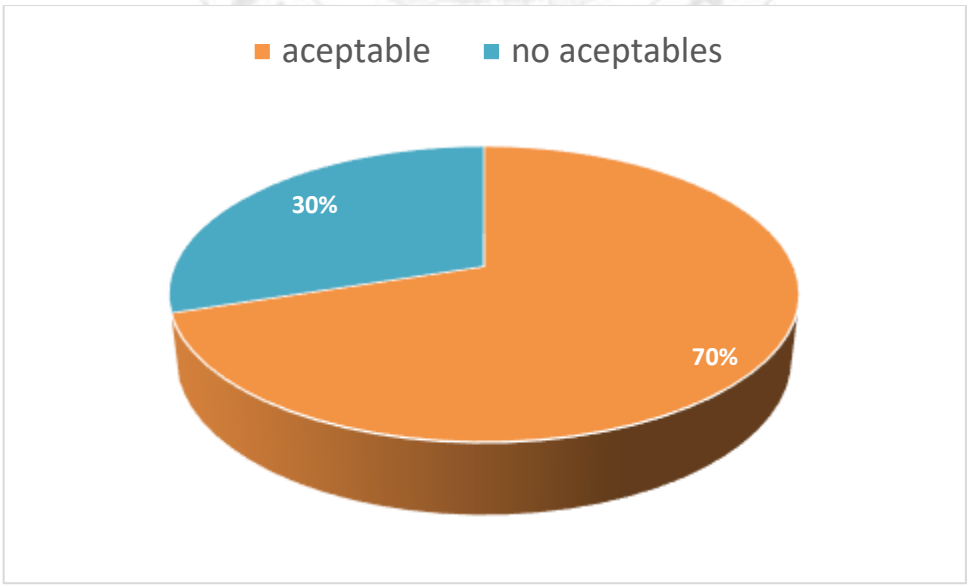
Grafica 02.- puntuación de las historias clínicas

En relación a los atributos de la historia clínica, se determinó que el 29,97% no eran aceptables y que solo 215 del total de historias clínicas presentaron de forma aceptable la dimensión de atributos. **Tabla 03.**

Tabla 03.- Atributos de la historia clínica

Atributos de la historia	N	%
aceptable	215	70,03
no aceptables	92	29,97

Fuente: datos de la investigación



REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

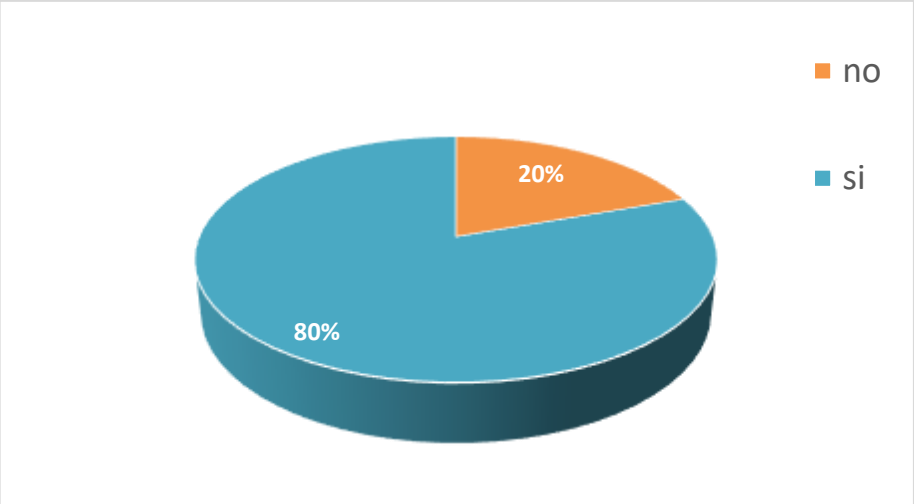
Grafica 03.- Atributos de la historia clínica

Las historias clínicas evaluadas deben contar con la identificación del médico tratante que realizo la evaluación y manejo correspondiente a cada paciente. En nuestro análisis se evidenció que solo 247 historias clínicas (80,46 %) contaban con una correcta identificación del médico. Tabla 04.

Tabla 04.- identificación medica dentro de la historia clínica

Presenta identificación medica	N	%
no	60	19,54
si	247	80,46

Fuente: datos de la investigación



Grafica 04- identificación del médico tratante dentro de las historias clínicas

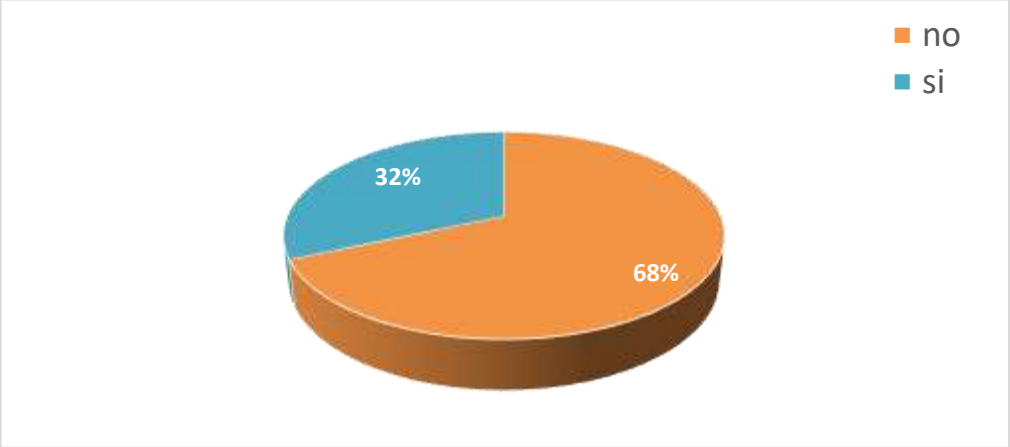
Con respecto a la apreciación del médico, se evidenció que solo 97 historias clínicas (31,60%) presentaron apreciación del médico. **Tabla 05.**

Tabla 05.- **presencia de la apreciación medica dentro de la historia clínica**

Presenta apreciación	N	%
no	210	68,40
si	97	31,60

Fuente: datos de la investigación.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA



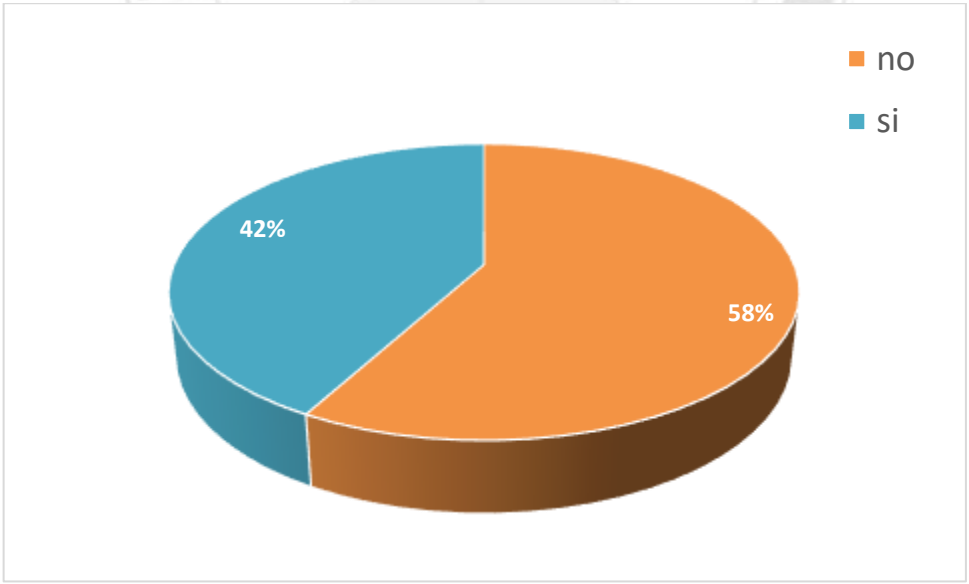
Grafica 05- Presencia de la apreciación médica dentro de la historia clínica

En relación al relato cronológico, se determinó que 178 historias clínicas (57,98%) no presentaron relato cronológico o si lo presentaron fue de tipo deficiente. **Tabla 06.**

Tabla 06.- presencial del relato cronológico dentro d las historias clínicas.

Presenta relato cronológico	N	%
no	178	57,98
si	129	42,02

Fuente: datos de la investigación



Grafica 06- presencial del relato cronológico dentro d las historias clínicas.

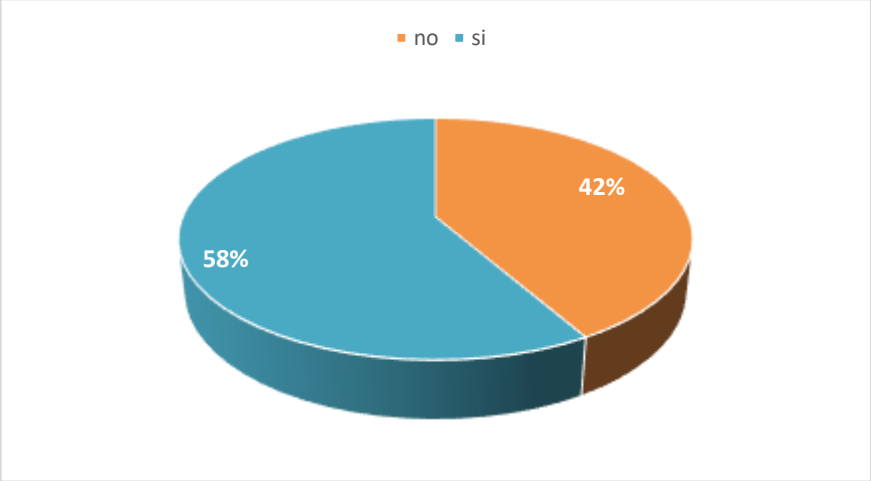
Las letras legibles en las historias clínicas también fueron evaluadas, determinándose que el 58,31 % de las historias presentaban una letra ilegible. **Tabla 07.**

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

Tabla 07.- letra ilegible identificada en las historias clínicas

Letra ilegible	N	%
no	128	41,69
si	179	58,31

Fuente: datos de la investigación.



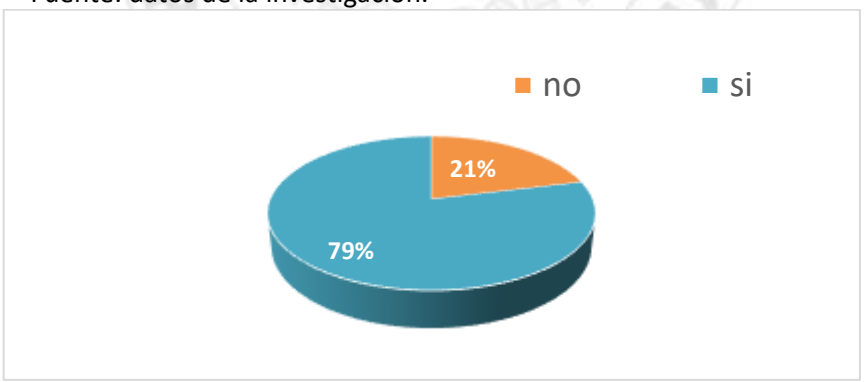
Grafica 07- presencial de letra ilegible dentro d las historias clínicas.

Dentro del llenado de las historias clínicas se evidenciaron que el 21,17 % de las mismas carecían de un buen llenado de la evolución del paciente pediátrico. **Tabla 08.**

Tabla 08.- presencia de evolución dentro de las historias clínicas.

Presenta evolución	N	%
no	65	21,17
si	242	78,83

Fuente: datos de la investigación.

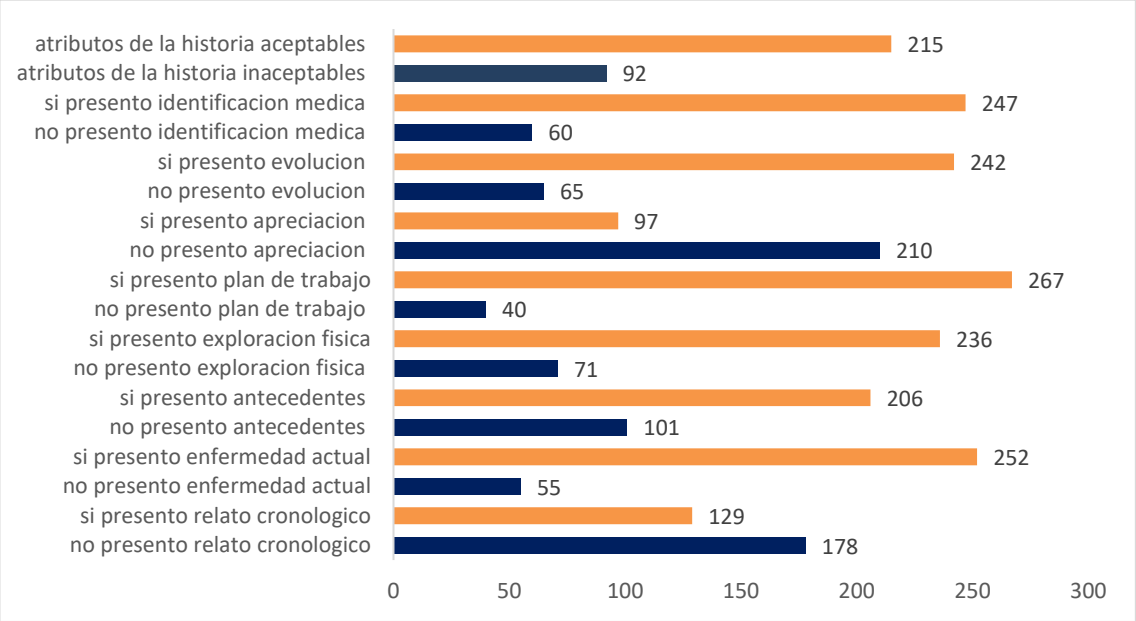


Grafica 08- presencial de evolución dentro de las historias clínicas

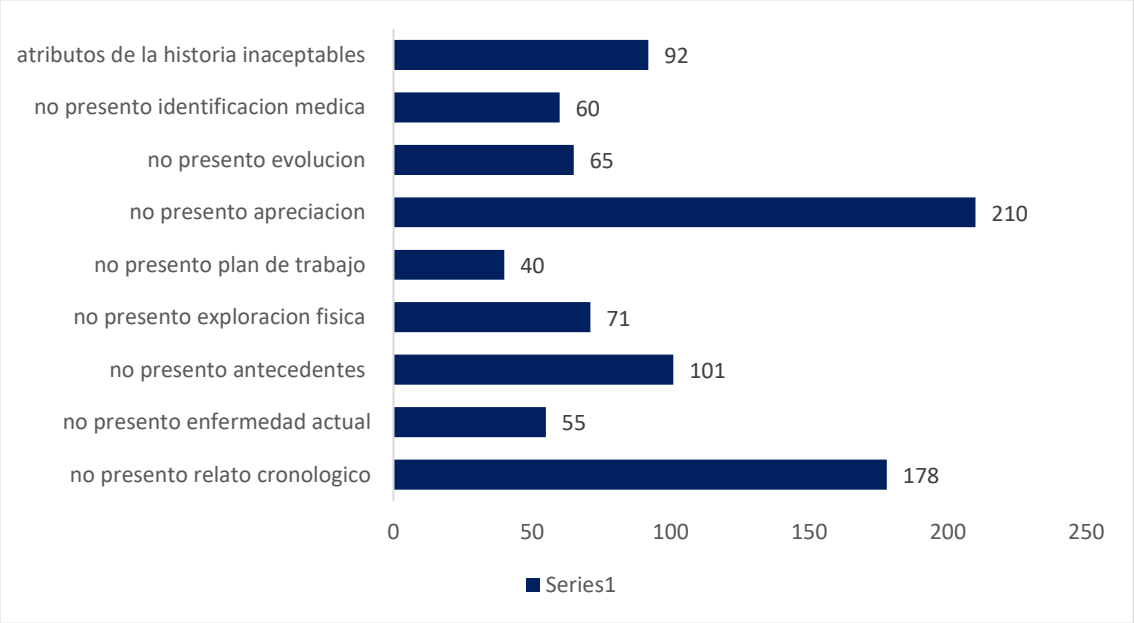
Se trató de identificar cuáles eran los principales errores cometidos dentro del llenado de las historias clínicas, los resultados fueron los siguientes: 210 historias no presentaron o carecían de una apreciación adecuada de la enfermedad, 178 carecían de un adecuado relato cronológico, 92 historias tenían atributos por mejorar,71 historias

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

no presentaron una correcta exploración física, 65 historias carecían de una correcta evolución, 60 historias no presentaron identificación adecuada del médico,55 historias no presentaron enfermedad actual y 40 historias carecían de plan de trabajo.



Grafica 09- evaluación de las historias clínicas



Grafica 10- errores más frecuentes cometidos dentro de la historia clínica.

La letra legible es un componente importante para el manejo de los pacientes hospitalizados, pero se demostrado que la alteración de este componente puede influenciar en su manejo. En nuestro estudio se identificó que la letra ilegible se hizo

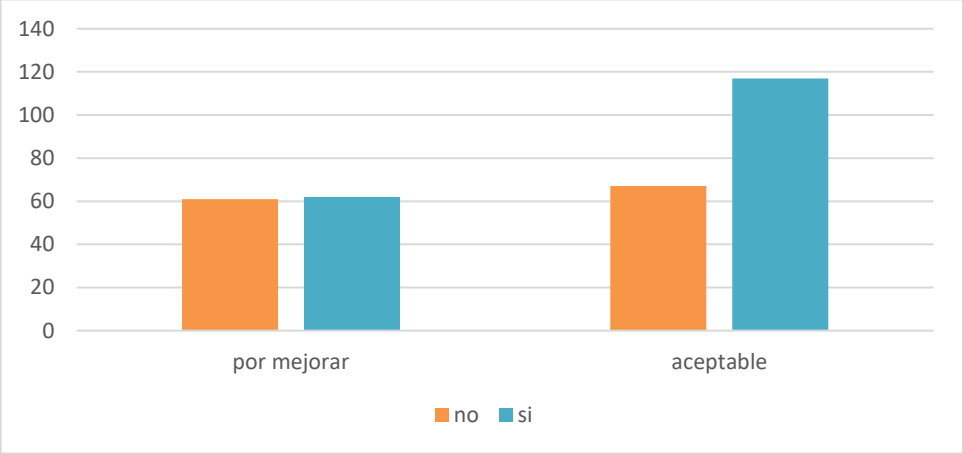
REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

presente en 117 historias (59,93%) consideradas aceptables por la norma técnica planteada por el MINSA. **Tabla 09.**

Tabla 09.- evaluación de la relación entre la letra ilegible y la calificación de cada historia clínica.

	Calificación	
Letra ilegible	**por mejorar**	**aceptable**
no	61(47,66%)	67(52,34%)
si	62(34,64%)	117(59,93%)

Fuente: datos de la investigación.



Grafica 11.- Evaluación de la relación entre la letra ilegible y la calificación de cada historia clínica.

Se demostró que existe asociación entre la letra ilegible y la calificación de las historias clínicas, interpretándose que las historias clínicas con presencia de letra ilegible tenían una calificación aceptable (razón de prevalencia: 1,71; intervalo de confianza 95%: 1,08 – 2,73) en comparación a aquellas historias con letra aceptable. **Tabla 10.**

Tabla 10.- relación de la letra ilegible con la calificación aceptable de las historias clínicas.

	calificación aceptable			
letra ilegible	**valor p**	**valor p**	**RP**	**IC95%**
no	.	.	.	.
si	0,02	0,02	1,71	1,08 - 2,73

Fuente: datos de la investigación

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Además, existieron otros componentes dentro de la historia clínica que se asociaron con la calificación aceptable, las cuales son: atributos de la historia clínica, presencia de apreciación, presencia de evolución y presencia de relato cronológico. **Tabla 11.**

	Calificación Aceptable			
	valor p*	**valor p**	**RP**	**IC95%**
Atributos de la historia				
no aceptables	.	.	.	.
aceptables	<0,001	<0,001	2.33	2,00 -2,72
Presenta apreciación				
no	.	.	.	.
si	<0,001	<0,001	2,41	2,05 - 2,83
Presenta evolución				
no	.	.	.	.
si	<0,001	<0,001	3,26	2,03 - 5,22
Presenta relato cronológico	.	.	.	.
no	.	.	.	.
si	<0,001	<0,001	3,23	2,59 - 4,03

Fuente: datos de la investigación

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

4.2. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se identificó que existen historias clínicas que pueden mejorarse para cumplir con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud (21). La historia clínica médica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica, en el manejo y en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. Los problemas en su confección, pueden ser atribuidos al desconocimiento, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto (1,3, 12).

Con respecto a las dimensiones de nuestro instrumento, se determinó que existen atributos de la historia que se pueden mejorar. Dentro de esta categoría encontramos a la letra ilegible que se hizo más frecuente en el llenado de las historias clínicas. Con el título de Beastly Handwriting, George Dunea, del Cook County Hospital de Chicago, señaló que un estudio realizado en el año 1979 mostró que el 16% de los médicos tenían letra ilegible (22).

Las dimensiones con mayor proporción de datos de registro aceptable fueron: presencia del plan de trabajo, presencia del relato de enfermedad actual y la identificación del médico. En un estudio similar realizado a nivel nacional se determinó que los registros aceptables eran indicación terapéutica clara (84%), evolución (74,7%), juicio clínico (70,7%), indicación terapéutica completa y ordenada (54,2%), enfermedad actual (50,2%), y exploración física (43,1%) (14).

Las dimensiones que se encontraban por mejorar en nuestro estudio eran: apreciación, relato cronológico y antecedentes del paciente. En un estudio similar, los registros por mejorar eran los relacionados al motivo de ingreso (91,1%), hábitos vitales (72,9%) y tratamiento previo (38,2%). la mayoría de las historias clínicas de hospitalización se

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

caracteriza por un registro aceptable de la mayoría de ítems evaluados; sin embargo, presentan deficiencias notables en algunos ítems (14).

CONCLUSIONES

- Existen componentes de las historias clínicas que se deben mejorar para recibir la categoría de aceptables según la norma técnica del ministerio de salud. Sin embargo, más del 50 % de las historias clínicas son aceptables para esta normativa.
- Lo errores más frecuentes se dan en el llenado del plan de trabajo, en el llenado del relato de la enfermedad actual y en la identificación del médico
- La letra ilegible se hizo presente en más del 50 % de las historias clínicas estudiadas.
- El sexo de los pacientes pediátrico no se presentó como un factor de riesgo para el mal llenado de las historias clínicas.

RECOMENDACIONES

- Se debería implementar supervisiones con el fin de mejorar el llenado de las historias clínicas.
- Se debería ampliar el estudio a otros servicios para saber si existe la misma problemática en el llenado y así poder corregirlo en beneficio de los pacientes.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

- Se deberían impartir charlas medico legales para valorar la importancia de las historias clínicas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Guzman F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colombia Cir. 2012; 27: 15-24.

2. Paz RA. En contra de la mala letra. Revista del Hospital Privado de Comunidad 2000; 3: 152.

3. Cruz Hernandez, Jeddú et al. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2012, [citado 2016-10-05]; 38, (3): 422-437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662012000300009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.

4. Alonso Lanza, J. L.La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. Acimed, (2005);13(5), 1-1.

5. Espinosa-Brito A. Algunos comentarios sobre el expedienteclínico. Medisur [revista en Internet]. 2010[citado 2016 Oct 5]; 8(5). Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1342

6. Diaz Novas, José; Gallego Machado, Bárbara Rosa y Calles Calvino, Adela.Bases. Particularidades Del Método Clínico En La Atención Primaria De Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2011, [citado 2016-10-05];27(2):232-244 . Disponible en:

   <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125201100020011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

7. Pablo-Roncano, E. .Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Rev Soc Peru Med Interna.2008;21(2):51-4.

8. Quir, R. E. Recomendaciones para redactar, diseñar y estructurar una publicación de caso clínico. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.2014:19(2):229-235.

9. Amortegui Rodriguez, M. D. P., Gaviria Gaviria, E. C., Guerrero Serrano, E. O., & Lopez Valdivieso.Auditoria de la calidad de las historias clinicas del servicio de hospitalizacion de un hospital militar de Colombia durante el primer semestre de 2009 .2012.

10. ZAFRA-TANAKA, Jessica et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2013 [citado 2016-10-07];30(4): pp.714-728. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726463420130004000032&lng=es&nrm=iso>

11. Córdoba-Sánchez V, Zambrano-Cruz R, Tamayo-Agudelo W. Calidad de las historias clínicas de los practicantes de un consultorio psicológico de una universidad colombiana. Educación Médica [Internet]. marzo de 2018 [citado 3 de febrero de 2019]; Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181318300044

12. González Rodríguez, R., & Cardentey García, J. La historia clínica médica como documento médico legal. Revista Médica Electrónica.2015. 37(6), 648-653.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

13. Vega, L., & Sumen, Y. (2017). Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016.
14. Quispe-Juli, C. U., Navarro-Navides, R. Y., Velásquez-Chahuares, L. G., Pinto-Martínez, F., & Olivares-Alegría, E. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. *Horizonte Médico*. 2016;*16*(4), 48-54.
15. Astocondor, J., Vilela-Estrada, M. A., Vallejos-Gamboa, J., Solano, F. E., Quispe-Colquepisco, S., & Mejia, C. R. Factores asociados a la percepción de problemas presentados en la consulta médica en cuatro ciudades del Perú. Horizonte Médico. 2016;16(4), 39-47.
16. Romero Cabrera AJ, Rivero Beroides JD, Olascoaga Pérez F, Pino Blanco R, Figueiras Ramos B, Del Sol Padrón LG. Aproximación a la historia clínica: una guía. Medisur 2005; (3)3 Suplemento "El método clínico".
17. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm.
18. Valdez Mendez, David. Herramientas de seguridad para el paciente: Experiencia en la implementación del expediente clínico electrónico. Cir. gen [Internet]. 2013 [citado 2016-10-04],33(3):146-150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14050099201100030002&lng=es&nrm=iso
19. Guzmán, Fernando; Arias, Carlos Alberto. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir.2012; 27: 15-24.
20. Gutiérrez S, Mogni A, Beron A, Iramain R. Errores de medicación en niños hospitalizados.Arch Pediatr Urug.Vol82.3th: 133-140; 2011.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

21. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. NT Nº 022-MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de Salud. Lima. 2005.
22. Charatan F. Family compensated for death after illegible prescription BMJ 2000; 319: 1456.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA

Miembros del comité auditor: **Asunto:**

Fecha:

Datos de la auditoria:

Fecha de atención: **Médico tratante:**

Diagnostico:

A.	Identificación de pacientes		puntaje		
	1. Numero de Historia clínica	SI	1	No	0
	2. Fecha de apertura de historia clínica	SI	1	No	0
	3. Nombres y apellidos completos	SI	1	No	0
	4. Sexo	SI	1	No	0
	5. Fecha de nacimiento	SI	1	No	0
	6. Grado de instrucción:	SI	1	No	0
	7. Ocupación:	SI	1	No	0
	8. Religión:	SI	1	No	0
	9. Raza:	SI	1	No	0
	10. Estado civil:	SI	1	No	0
	11. Número de DNI:	SI	1	No	0
	12. Domicilio actual:	SI	1	No	0
	13. Lugar de procedencia:	SI	1	No	0
B.	Enfermedad actual				
	1. Motivo de la consulta:	SI	1	No	0
	2. Tiempo de enfermedad:	SI	1	No	0
	3. Síntomas principales:	SI	1	No	0
	4. Relato cronológico:	SI	1	No	0
	5. Funciones biológicas:	SI	1	No	0
C.	Antecedentes				
	1. Fisiológicos:	SI	1	No	0
	2. Inmunológicos:	SI	1	No	0
	3. Patológicos:	SI	1	No	0
	4. Familiares:	SI	1	No	0
	5. Epidemiológicos:	SI	1	No	0
	6. Ocupacionales:	SI	1	No	0
D.	Exploración física				
	1. Frecuencia cardiaca:	SI	1	No	0
	2. Frecuencia respiratoria:	SI	1	No	0
	3. Presión arterial:	SI	1	No	0
	4. frecuencia de pulso:	SI	1	No	0
	5. peso:	SI	1	No	0
	6. talla:	SI	1	No	0

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

7. Estado general:	SI	1	No	0	
8. estado de conciencia:	SI	1	No	0	
9. datos de examen físico dirigido:	SI	1	No	0	

E. Plan de trabajo

1. plan de trabajo	SI	1	No	0

F. Apreciación

1. apreciación del caso	SI	1	No	0

G. Tratamiento/recomendaciones

1. nombre del medicamento	SI	1	No	0
2. dosis	SI	1	No	0
3. frecuencia de administración	SI	1	No	0
4. vía de administración	SI	1	No	0
5. medidas higiénico dietéticas	SI	1	No	0
6. medidas preventivas	SI	1	No	0

H. Notas de evolución, complicaciones, exámenes auxiliares e interconsulta.

1. Notas de controles	SI	1	No	0
2. Exámenes de laboratorio	SI	1	No	0
3. Exámenes radiológicos	SI	1	No	0
4. Interconsultas	SI	1	No	0
5. Complicaciones	SI	1	No	0

I. Identificación del médico tratante

1. Identificación de la persona que brindo atención	SI	1	No	0
2. Identificaciones de la fecha de alta	SI	1	No	0
3. Identificación de las indicaciones del alta	SI	1	No	0

J. Atributos de la historia clínica

1. Pulcritud	SI	1	No	0
2. Registro de la hora de atención	SI	1	No	0
3. Registra descanso medico indicando	SI	1	No	0
a. número total de días de descanso y fechas				
b. de inicio y termino del mismo.				
4. Registra nombres y apellidos y numero	SI	1	No	0
a. de la historia clínica en todas las hojas				
b. de la historia clínica				
5. Letra legible	SI	1	No	0
6. Sello y firma del médico	SI	1	No	0

TOTAL

K. CALIFICACION

ACEPTABLE IGUAL O MAYOR A 50 PUNTOS

PORMEJORAR MENOR A 50 PUNTOS

COLOCAR EL NUMERO TOTAL DE DATOS NO APLICABLES EN PORCENTAJE (PUNTAJE TOTAL 63 PUNTOS EQUIVALEN AL 100%)

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

ANEXO 2: Operacionalizacion de variables

Variables		Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Datos de Historia clínica	Servicio de atención	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Servicio de pediatría	Nominal
	Presunción diagnóstica	Cualitativa Politómica	Epidemiológica	Escritura del diagnóstico de la enfermedad	Nominal
Identificación de Pacientes	Número de historia clínica	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Fecha de apertura de la Historia Clínica	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Nombres y Apellidos completos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Sexo	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Fecha de nacimiento	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Lugar de nacimiento	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Grado de instrucción	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Ocupación	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Religión	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Raza	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Estado civil	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Número de DNI	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Domicilio Actual	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Lugar de Procedencia	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Enfermedad Actual	Motivo de consulta	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Tiempo de Enfermedad	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Sintomas Principales	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Relato Cronológico	Cualitativa	Epidemiológica	Si (1) / No	Nominal

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

		dicotómica		(0)	
	Funciones Biológicas	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Antecedentes	Fisiológicos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Inmunológicos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Patológicos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Familiares	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Epidemiológicos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Ocupacionales	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Exploración Física	Frecuencia Cardíaca	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Frecuencia Respiratoria	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Presión Arterial	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Frecuencia de Pulso	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Peso	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Talla	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Estado General	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Estado de Conciencia	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Datos de Examen Físico Dirigido	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Diagnóstico definitivo (cuando corresponda a la segunda consulta)	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Uso de C.I.E. 10	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Plan de Trabajo	Plan de Trabajo	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Apreciación	Apreciación del Caso	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Tratamiento/Recomendaciones	Nombre del medicamento	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Dosis	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Frecuencia de Administración	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA

	Vía de Administración	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Medidas higiénico dietéticas	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Medidas Preventivas	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Notas de evolución, complicaciones, exámenes auxiliares e interconsultas	Nota de controles	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Examenes de laboratorio	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Examenes Radiológicos	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Interconsultas	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Complicaciones	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Identificación del médico tratante	Identificación de la persona que brindó la atención	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Identificación de la fecha de alta	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Identificación de las indicaciones de alta	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Atributos de la Historia Clínica	Pulcritud	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Registro de la hora de atención	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Registra descanso médico indicando número total de días de descans y fechas de inicio y término del mismo	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Registra nombres aprelidos y número de historia clínica en todas las horjas de la historia clínica	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Letra legible	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
	Sello y firma del médico	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Si (1) / No (0)	Nominal
Calificación de la Historia clínica	Calificación	Cualitativa dicotómica	Epidemiológica	Aceptable (≥ 50 puntos)	Nominal

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
CITARNOS EN SU BIBLIOGRAFÍA