



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"



ESCUELA DE POSGRADO

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS UCI NEONATAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO JUNIO 2018"

Presentado por:

HERRERA AUCCASI JHONNY

De la **MAESTRÍA EN MEDICINA HUMANA** mención **GESTIÓN Y GERENCIA DE SALUD**.

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 1%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 29 de setiembre de 2023

Atentamente


UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. LUIS ALBERTO PECHO TATAJE
Director (e)

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN MEDICINA HUMANA
MENCIÓN: GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**



TESIS

**AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS UCI NEONATAL DEL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO JUNIO 2018**

Línea de Investigación:

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

PRESENTADO POR:

Bach. JHONNY HERRERA AUCCASI

GRADO A OBTENER: MAESTRO

Ica – Perú

2024

DEDICADO A:

A mi familia por la confianza, el apoyo incondicional y estar a mi lado en todo momento.

AGRADEZCO A:

Dios por haberme dado la vida y una familia maravillosa.

ÍNDICE

CARÁTULA	
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE	5
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
CONTRACARÁTULA.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO	13
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	13
1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	13
1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	17
1.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	21
1.2. MARCO TEÓRICO.....	21
1.2.1. LA HISTORIA CLÍNICA	21
1.2.2. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	24
1.2.3. OTROS ASPECTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	25
1.2.4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA	36
1.2.5. LA IMPORTANCIA DE SUPERVISAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS.....	40
1.3. MARCO CONCEPTUAL	41
CAPÍTULO II - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	46

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	48
2.2.1. Problema General.....	48
2.2.2. Problemas Específicos.....	48
2.2.3. Delimitación del problema.....	49
2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	49
2.4. OBJETIVOS	52
a) OBJETIVO GENERAL	52
b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES	53
2.5.1. HIPÓTESIS	53
2.6 VARIABLES.....	53
a) VARIABLE DE ESTUDIO.....	53
b) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
CAPÍTULO III - METODOLOGICA DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	55
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.2.1. POBLACIÓN	55
3.2.2. MUESTRA	55
CAPÍTULO IV – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	57
4.1. Técnicas de recolección de datos.....	57
4.2. Instrumentos de recolección de datos	57
4.3. Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de resultados	57
CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO VI – PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
6.1. Presentación, interpretación	60

6.2. Discusión de resultados.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	71
FUENTES DE INFORMACION	72
ANEXOS	76

RESUMEN

Objetivo general. Determinar el nivel de calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018. Material y métodos. La investigación observacional, transversal, descriptiva, y retrospectiva. Se evaluaron 96 historias clínicas, las que fueron auditadas con un instrumento que evalúa 5 dimensiones: Identificación del Paciente. Acto médico. Registros de enfermería completos. Cumplimiento de normas sobre Registros. Limpieza y orden. Resultados: La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Identificación del paciente tienen un nivel de calidad óptima el 12.5%, regular 69.8% y deficiente 17.7%. La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Acto médico tienen un nivel de calidad óptima el 24%, regular 42.7% y deficiente 33.3%. La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Registros completos de Enfermería tienen un nivel de calidad óptima el 70.8%, regular 19.8% y deficiente 9.4%. La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Cumplimiento de normas sobre Registros tienen un nivel de calidad óptima el 16.7%, regular 30.2% y deficiente 53.1%. La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Limpieza y orden tienen un nivel de calidad óptima el 22.9%, regular 66.7% y deficiente 10.4%. Conclusiones: La calidad de los registros de las historias clínicas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica tiene un nivel de calidad óptima el 30.2%, regular 52.1% y deficiente 17.7%. En general la calidad de las historias clínicas en la UCI neonatal es de 59% faltando por mejorar 41%.

Palabras clave: Calidad registros de historias clínicas, Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

ABSTRACT

Overall objective. To determine the quality level of the clinical records of the Neonatal Intensive Care Unit of the Ica Regional Hospital from January to June 2018. Material and methods. Observational, cross-sectional, descriptive, and retrospective research. We evaluated 96 clinical histories, which were audited with an instrument that evaluates 5 dimensions: Patient Identification. Medical act Complete nursing records. Compliance with regulations on Registries. Clean and neat. Results: The quality of the record of the medical records in the dimension of patient identification has an optimal quality level of 12.5%, regular 69.8% and deficient 17.7%. The quality of the registry of medical records in the dimension Medical Act has an optimum level of quality 24%, regular 42.7% and deficient 33.3%. The quality of the registry of the clinical records in the dimension Complete Nursing Records has an optimum quality level of 70.8%, regular 19.8% and deficient 9.4%. The quality of the registration of medical records in the Compliance dimension of Registries on Registries has an optimum quality level of 16.7%, regular 30.2% and deficient 53.1%. The quality of the registry of medical records in the Cleanliness and Order dimension has an optimum quality level of 22.9%, regular 66.7% and deficient 10.4%. Conclusions: The quality of the records of the clinical records in the Neonatal Intensive Care Unit of the Regional Hospital of Ica has an optimum quality level of 30.2%, regular 52.1% and deficient 17.7%. In general, the quality of the clinical records in the neonatal ICU is 59%, with 41% remaining to be improved.

Key words: Quality records of medical records, Neonatal Intensive Care Unit.

TÍTULO

**AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS UCI NEONATAL DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO JUNIO 2018**

AUTOR

M. C. JHONNY HERRERA AUCCASI

ASESOR

LUIS CUROTTO PALOMINO

INTRODUCCIÓN

“En un intento por llegar a la verdad, busqué información en todas partes, pero en muy pocas instancias pude obtener historias clínicas adecuadas para fines comparativos” - Florence Nightingale, 1863.

Los problemas que llevaron a la realización del estudio están claramente resumidos en la bibliografía citada por Florence Nightingale. En los últimos años, ha habido un rápido cambio en la evolución de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). La medicina, por supuesto, no ha quedado al margen de esta revolución tecnológica. Estamos presenciando un cambio significativo en la manera en que se produce, se hace referencia y se comunica la información clínica. En este momento, es posible afirmar que muchas de las barreras que antes impedían la comunicación a distancia y simultánea con otros profesionales de la salud en cualquier momento han desaparecido. Además, las TIC han demostrado avances notables en lo que respecta al acceso y la incorporación de herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas. La coherencia y la calidad de los datos requeridos para los sistemas de información en salud son fundamentales y representan el núcleo y la misión de cualquier unidad de estadísticas. Ningún sistema estadístico se considera completo si no cuenta con un subsistema de seguimiento y evaluación, lo que hace que establecer un proceso de validación de datos sea esencial.(1)

Los servicios de salud deben colaborar con la atención médica para generar, analizar, procesar y difundir información de manera que pueda compartirse con otros servicios y profesionales. Uno de los mayores obstáculos en la investigación es el procesamiento de la información, que a menudo está ausente o es incompleto.(1)(2)

En vista de estas deficiencias detectadas es que se realiza esta investigación que consta de diez capítulos: En el primero se trata del marco teórico que incluye antecedentes de la investigación, bases teóricas y marco conceptual. Capítulo II planteamiento del problema, objetivos, justificación de la investigación hipótesis y variables. Capítulo III la metodología indicando población muestra. Capítulo IV trata de técnicas de recolección de datos e instrumentos y procesamiento de la información. Capítulo V contrastación de la hipótesis. Capítulo VI presentación y discusión de resultados, así mismo conclusiones y recomendaciones. Fuentes bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Cabascango Cevallos, J. (2017). Calidad de registro de datos en las historias clínicas de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. El propósito fue determinar la calidad de registro de datos en la Historia Clínica (HC) correspondiente al Formulario 033 durante el período de marzo a agosto de 2016, correspondiente al noveno semestre. La investigación fue de naturaleza descriptiva, de corte transversal y retrospectiva. En la etapa experimental se analizaron 311 HC, utilizando un formulario de recopilación de datos. Resultados: Se encontró que el 2.6% correspondía a una calidad óptima en el registro de datos, el 22.5% era adecuado, mientras que el 31.5% era aceptable, el 22.8% era deficiente y el 20.6% era inaceptable. Del mismo modo, el mayor porcentaje de error se relacionó con los indicadores de diagnóstico, tratamiento terapéutico, educación y planes de tratamiento, así, la calidad del registro de datos correspondía al 67.9% no óptima. (3)

Zeron Parrales, C. (2015). Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay en el periodo 2015. Managua. Estudio de naturaleza

descriptiva, retrospectiva y transversal. El grupo de estudio estuvo compuesto por 1,064 gestantes activas que formaron parte del sistema de atención médica durante el período de investigación, y la muestra consistió en 69 historias clínicas perinatales de gestantes activas, seleccionadas mediante un muestreo al azar simple. Los datos utilizados se obtuvieron de fuentes secundarias. El resultado más notable fue la baja tasa de cumplimiento, que alcanzó solo el 23% para las 13 actividades registradas en las historias médicas. Otros porcentajes bajos de cumplimiento incluyeron el seguimiento del aumento de peso materno (49%), la evaluación de la altura uterina (45%), el asesoramiento sobre lactancia materna (54%) y la preparación para el parto (35%).(4)

Dominguez, M. (2015). Análisis del sistema de La gestión de historias clínicas en el Departamento de Estadística del "Hospital Básico Padre Alberto Buffoni" en la Provincia de Kininde, Ecuador, fue el enfoque de este estudio. El objetivo principal de la investigación consistió en analizar los sistemas de manejo de historias clínicas durante el año 2015. Para lograr esto, se llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo utilizando un enfoque inductivo. Se utilizaron diferentes herramientas, tanto con el personal que trabaja en el área como en la evaluación del sistema actual de registro médico. Los hallazgos más destacados incluyen la presencia de registros incompletos en algunas historias clínicas, fraudes en el proceso de solicitud y admisión actual (por ejemplo,

personas que trabajan en entornos de atención médica sin mecanismos de control para detectar duplicación) y un conocimiento limitado de los manuales para la gestión y presentación de historias clínicas por parte del personal del departamento de estadística. Para abordar estas deficiencias, se propone una estrategia de mejora que se centra en mejorar y controlar las actividades relacionadas con la presentación y aprobación de historias clínicas, con el objetivo de promover una gestión más efectiva y sostenible.(5)

Favier T. (2016). Errores más frecuentes en historias clínicas de Medicina Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de la provincia Guantánamo. Cuba. Se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo, longitudinal y retrospectivo con el propósito de identificar los errores más comunes que se cometen durante la elaboración de historias clínicas en un hospital general universitario llamado Agostinho Neto, ubicado en Guantánamo. Se realizó una auditoría de treinta y tres historias clínicas individuales. La mayoría de los errores observados en la recopilación de antecedentes médicos estaban relacionados con el Historial de Enfermedades Actuales (HEA) y la entrevista sobre el sistema. En cuanto al examen físico, se centró en la evaluación de los sistemas respiratorio y nervioso. Como conclusión, se encontró que no existía un control sistemático de las historias clínicas por parte de profesionales expertos.(6)

Soto-Arnáez, F. (2016). Utilización de abreviaturas desactualizadas en informes de alta y prescripciones: un estudio retrospectivo de observación. España. El propósito de esta investigación consistió en identificar las abreviaturas más comunes encontradas en historias clínicas, identificar abreviaturas que no son recomendadas, detectar abreviaturas ambiguas. Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo fue revisión de historias clínicas digitalizadas. Se analizaron los informes de alta y las abreviaturas utilizadas en las órdenes de prescripción de 78 historias clínicas, compuestas por 39 hombres y 39 mujeres, de diversos servicios médicos. Resultados. Se encontraron abreviaturas en el 100% de los informes revisados, con un promedio de 38.95 abreviaturas por historia (desviación estándar de 17.7). Se identificaron un total de 688 abreviaturas distintas que se repitieron hasta alcanzar un total de 3,038 veces. Las abreviaturas más frecuentes fueron HTA (n=98; 3.23%), PA (n=89; 2.93%) y SC (n=63; 2.07%). Se identificaron 28 abreviaturas que no se recomiendan y se repitieron en 646 ocasiones. Las más comunes incluyeron SC (n=63; 9.75%), UI (n=49; 7.59%), > (n=38; 5.88%) y mcg (n=36; 5.57%). También se identificaron 23 abreviaturas con múltiples significados, siendo las más frecuentes H (n=117; 12.81%), MC (n= 109; 11.94%) y MP (n=99; 10.84%). Finalmente, se observó que los servicios médicos presentaron 1,866 abreviaturas, mientras que los servicios

quirúrgicos presentaron 1,172 abreviaturas ($p < 0.001$). Conclusión. Se concluye que todas las historias clínicas incluyeron abreviaturas de riesgo y que el uso de abreviaturas inadecuadas era común en los servicios de salud.(7)

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Narvaez Rodriguez, E. (2014). Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría, Hospital General de Jaén 2014. Trujillo. Material y Método: Investigación descriptiva, retrospectivo y transversal. La muestra consistió en 384 historias clínicas procedentes de áreas de ingreso de los cuatro servicios analizados. Resultados: En general, de todas las historias clínicas examinadas, un 67.45% presentaba un nivel de cumplimiento aceptable. En términos de los diferentes servicios médicos, el sector médico tuvo el nivel más alto de cumplimiento aceptable, alcanzando un 69.5%, con una proporción de 6.20 a 1 en comparación con otros servicios. El área que mostró la necesidad más evidente de mejora fue obstetricia y ginecología, con un 58.4% (73 casos), lo que se traduce en una relación de 0.45 a 1. En las áreas de medicina y pediatría, se observó una frecuencia absoluta mayor de registros aceptables en comparación con casos únicos que necesitaban mejoras, mientras que en ginecología, obstetricia y cirugía ocurrió lo contrario. La puntuación promedio más alta en cada sección de la historia clínica se registró en medicina, con 88.3 puntos, mientras

que la más baja fue en ginecología y obstetricia, con 74.3 puntos.
Conclusiones: En general, la calidad de los registros en las historias clínicas de los servicios de ingreso fue mayoritariamente considerada como aceptable.(8)

Gutiérrez Fernández, R. (2015). Calidad de la información consignada en las tarjetas de atención prenatal de puérperas ingresadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vitarte durante el período de agosto a octubre de 2015. Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de naturaleza descriptiva, retrospectiva y transversal. Se aplicó un formulario de recolección de datos en un total de 187 tarjetas de control prenatal (CPN). Resultados: De todas las tarjetas analizadas, el 83.4% presentó un nivel de calidad catalogado como "BUENO", mientras que el 16.6% fue clasificado como "REGULAR". En relación a los profesionales responsables de la atención prenatal, los resultados indicaron que el 46% de los médicos completaron las tarjetas con un nivel de calidad "BUENO", y el 35.3% de los obstetras también lo hizo con la misma calidad.(9)

Zafra-Tanaka, J. (2013). Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Objetivo: Evaluar la calidad de los registros en las historias clínicas en los centros de salud. Metodología: Investigación de naturaleza descriptiva y transversal que abarcó un total de 91 historias clínicas. Se

aplicaron los procedimientos indicados en las "Normas Técnicas para Auditorías de Calidad Médica". Resultados: Se encontró que el 85.7% de los registros fueron calificados como necesitando mejoras, mientras que el resto fueron considerados como aceptables. Las medidas de higiene dietética las menos registradas, con un 16.5%. (10)

Nikén E. (2013). Calidad del registro en las historias clínicas confeccionadas por los médicos residentes del Hospital Regional Docente de Trujillo. Materiales y Métodos: Este estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población de estudio comprende tanto pacientes masculinos como femeninos que fueron ingresados al servicio de medicina interna. La selección de los registros de pacientes se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio simple y se utilizaron listas de verificación de calidad basadas en las "Normas Técnicas de Salud para la Gestión de Registros Clínicos". Resultados: El 99.4% de los registros médicos eran auténticos. Hubo una tasa de cumplimiento (85.47%) en la captura de datos en comparación con los formatos especializados (77.69%). En anamnesis destacó por tener el nivel más alto de calidad en el registro de datos (97.4%), mientras que la sección de anatomía patológica presentó el nivel más bajo (43.42%). En resumen, se puede concluir que el nivel de calidad en el registro de historias clínicas elaborado por los médicos residentes.(11)

Quispe Cender; Navarro R. (2015). Características del registro de historias clínicas en un hospital al Sur del Perú. Propósito: Identificar las características de registro en las historias clínicas de pacientes hospitalizados en el Hospital III de Yanahuara, ubicado en Arequipa, Perú. Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de naturaleza observacional, transversal y retrospectivo. En noviembre de 2015, se examinaron un total de 225 historias clínicas correspondientes a pacientes hospitalizados. Se empleó un cuestionario compuesto por 15 aspectos a evaluar. Cada uno de estos elementos se calificó en una escala que incluyó categorías como "muy deficiente", "deficiente", "regular", "bueno" y "muy bueno". Resultados: Los elementos que mostraron la proporción más alta de registros considerados como aceptables fueron la indicación clara del tratamiento (84%), el seguimiento de la evolución (74.7%), el juicio clínico (70.7%), las indicaciones de tratamiento completas y ordenadas (54.2%), y la descripción de la enfermedad actual (50.2%). Los aspectos más frecuentemente registrados incluyeron las órdenes de pruebas y procedimientos (97.3%), la identificación del médico tratante (91.1%) y la información sobre alergias (67.1%). En contraste, los elementos que presentaron un registro muy deficiente fueron la razón de hospitalización (91.1%), el historial de estilo de vida (72.9%) y el tratamiento previo (38.2%). Conclusiones: En resumen, la mayoría de los registros médicos hospitalarios se caracterizan por mostrar

registros que son considerados como aceptables en la mayoría de los ítems evaluados. Sin embargo, se identifican deficiencias notables en algunos aspectos específicos.(12)

Matzumura J. (2014). Evaluación de la calidad en el registro de historias médicas en la consulta externa del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Resultados: Se encontró que el 63.8% (206) de las historias médicas presentaban una calidad de registro calificada como "aceptable", el 36.2% (117) de las historias requería mejoras en su calidad de registro. Los aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento completo se registraron de manera deficiente, en contraste, la firma y el sello del médico tratante fueron elementos registrados con alta frecuencia en ambas categorías (99.5% y 93.2%, respectivamente). Conclusiones: En resumen, más de la mitad de las historias médicas analizadas cumplían con los estándares de calidad siendo consideradas como "aceptables".(13)

1.1.3. Antecedentes Locales

No se encontraron estudios similares de relevancia.

1.2. Marco teórico

1.2.1. LA HISTORIA CLÍNICA

Definición

La historia clínica puede ser conceptualizada desde diversas perspectivas, ya sea desde una perspectiva gramatical, aspectos legales, conceptos médicos o en el ámbito de las ciencias forenses, y se define en

contextos como los documentos médicos legales que abarcan todos los aspectos. En este registro se recopilan todos los datos relacionados con la interacción entre profesionales de la salud y pacientes, así como todas las intervenciones y actividades médicas y de atención sanitaria realizadas por los profesionales en beneficio de la salud de los pacientes, abarcando desde el nacimiento hasta el final de la vida. Este registro puede ser empleado en todos los centros de atención médica que atiendan pacientes. El objetivo primordial de la historia clínica radica en proporcionar información valiosa sobre la prevalencia de enfermedades, su evolución, los resultados obtenidos y las necesidades de atención. Los registros deben cumplir con una serie de características esenciales, como la validez, precisión, fiabilidad y calidad.

La historia clínica se considera una forma de documentar la práctica médica y sus cuatro características fundamentales están relacionadas con la prestación de atención médica. En primer lugar, implica un alto nivel de profesionalismo, ya que solo los profesionales médicos pueden llevar a cabo procedimientos médicos y asumen la responsabilidad principal en este sentido. En segundo lugar, requiere la capacidad para obtener un historial médico adecuado. En tercer lugar, debe ajustarse a la ejecución típica de acuerdo con las normas médicas actuales, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El propósito central de la historia clínica es proporcionar ayuda a los pacientes, y esta intención queda registrada en el documento. Por último, debe cumplir con requisitos legales, ya que las normativas legales respaldan la historia clínica como un documento esencial en el ámbito médico.(14)

Características de la historia clínica

Confidencialidad: El deber de mantener la confidencialidad médica es una de las principales responsabilidades en la práctica médica, y su origen se remonta a tiempos antiguos, siendo aún relevante en la actualidad. La confidencialidad es un tema crucial en el campo del derecho sanitario, ya que preservarla se vuelve cada vez más desafiante, aunque no es absoluta y debe prevalecer en el ámbito médico. Puede surgir un conflicto entre este deber y el principio de beneficencia, así como las creencias personales del médico. Además, existe una sólida protección legal del derecho a la privacidad.

La confidencialidad médica, la privacidad y los registros médicos son aspectos interconectados y relacionados. Los registros médicos representan los documentos biográficos que respaldan la atención proporcionada a los pacientes y constituyen la documentación más privada de un individuo.

Seguridad: No solo es esencial registrar la identidad del paciente, sino también la identidad de los médicos y profesionales de la salud involucrados en todo el proceso de tratamiento.

Disponibilidad: La información reflejada en los registros médicos debe mantenerse confidencial y privada, pero al mismo tiempo, la documentación debe ser accesible y disponible para situaciones legales u otras necesidades apropiadas.

Unicidad: Cada historia clínica debe ser única para cada paciente, ya que esto es de gran importancia tanto desde la perspectiva de la atención médica como desde el punto de vista económico para el paciente.

Legibilidad: Si los registros médicos están desorganizados y son difíciles de comprender, pueden interferir en el trabajo de los médicos y tener consecuencias negativas en general. Los pacientes también pueden sufrir errores derivados de una interpretación inadecuada de la información contenida en el historial médico.

1.2.2. REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Honestidad: La historia clínica debe ser un registro veraz que salvaguarda los derechos del paciente. El incumplimiento de esta exigencia puede constituir un delito de falsificación de documentos de acuerdo con la legislación penal vigente.

Precisión: Se requiere que la información sea correcta y exacta.

Rigor técnico en el registro: Los datos consignados deben ser recopilados de acuerdo a estándares científicos y objetivos. Además, deben ser respetuosos y carecer de declaraciones perjudiciales dirigidas hacia el paciente, otros profesionales de la salud o la institución.

Completo: La historia clínica debe contener información concisa acerca del estado médico del paciente y reflejar todos los aspectos médico-legales que forman parte de cualquier intervención.

Atención clínica: La historia clínica debe abarcar todos los documentos que componen el expediente médico, como datos administrativos, formularios de consentimiento, informes de atención y protocolos específicos.

Identificación de profesionales: Cualquier médico o profesional de la salud que participe en la atención del paciente debe estar debidamente

identificado mediante una credencial que contenga un nombre y apellido legibles, firma y número de registro.(15)

1.2.3. OTROS ASPECTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Propiedad: La naturaleza legal de la historia clínica se determina mediante la consideración de su validez jurídica, los derechos de acceso y control de estos datos, la garantía de privacidad y confidencialidad profesional, y las restricciones que se pueden imponer para objetivos de interés público. Este es un tema ampliamente debatido y que debe ser observado con rigor.

Los derechos y los intereses legalmente protegidos de médicos, pacientes, instituciones médicas y, en ocasiones, del público en general, quedan reflejados en el contenido de la historia clínica.

Control de la calidad de los registros médicos: La historia clínica desempeña un papel fundamental en la atención médica y tiene implicaciones legales. Además, cumple otras funciones, como la educación, la investigación, la evaluación de la calidad y la gestión de recursos. Para lograr estos objetivos, la historia clínica debe cumplir con una serie de características relacionadas con la información que contiene, su organización lógica, la estandarización de la documentación y su legibilidad. Estas características se encuentran establecidas en diversas recomendaciones, normativas y leyes aplicables.

En resumen, podemos afirmar que la historia clínica debe incluir información suficiente para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y el tratamiento, y registrar los resultados del tratamiento. No obstante, es

importante destacar que la elaboración de una historia clínica es un trabajo en equipo que suele involucrar a varios profesionales de la salud. Además, la documentación puede ser completada en circunstancias desafiantes, lo que puede dar lugar a que no sea tan completa como se desearía.

Aseguramiento de la comunicación de información: Es fundamental garantizar que los registros médicos funcionen como un medio para comunicar información sobre la atención proporcionada a los pacientes. Esto sirve como evidencia del progreso, la enfermedad y el tratamiento de los pacientes, y tiene fines legales, financiamiento de la atención, educación y control de calidad.(16)

Enfoques en la evaluación de las historias clínicas

En la práctica, la evaluación de la calidad de los registros médicos se aborda desde dos enfoques diferentes, cada uno de los cuales conlleva diferentes métodos y resultados.

El primer enfoque busca alcanzar una historia clínica completa o de "alta calidad". En este contexto, la calidad se define como el grado en que una historia clínica cumple con un conjunto predeterminado de requisitos. Para lograrlo, se realiza una revisión de las historias clínicas, y cualquier defecto identificado se corrige dentro de un período de tiempo predefinido y acordado con el autor de la historia clínica.

Además, este enfoque permite distinguir entre dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: revisiones cuantitativas y cualitativas.

Revisión cuantitativa: Se evalúan aspectos como la presencia de los distintos documentos que componen la historia clínica, su exhaustividad y

su organización. Esta evaluación se lleva a cabo de manera objetiva por personal capacitado en documentación médica.

Revisión cualitativa: Implica una evaluación más subjetiva en la que se analiza el contenido útil de la historia clínica. Esto equivale a una evaluación médica de los servicios clínicos proporcionados.

El segundo enfoque consiste en realizar una revisión (ya sea cuantitativa o cualitativa) de la historia clínica, cuyos resultados se comunican a los autores de las historias clínicas (los servicios clínicos). Esto les permite identificar posibles deficiencias y tomar medidas correctivas según corresponda en futuras actualizaciones de las historias clínicas. En otras palabras, si se encuentra un defecto en una historia clínica, se considera que esta está incompleta (17).

Los estudios sobre la calidad de las historias clínicas pueden clasificarse según diversas características:

Revisión retrospectiva:

Históricamente, los hospitales han llevado a cabo evaluaciones retrospectivas una vez que se ha completado el tratamiento. Esto se realiza en el contexto de un registro médico que está activo y completo, o mediante un comité de registros médicos. Una ventaja de este enfoque es que se revisa la historia clínica en su totalidad, aunque esto puede resultar en retrasos en la modificación y finalización de la documentación.

Revisión simultánea:

Las revisiones se llevan a cabo en la unidad de enfermería mientras se brinda atención al paciente. Se ha comprobado que esto mejora la tasa de historias clínicas completas y facilita el uso de la información contenida

en la historia clínica. Sin embargo, implementar este enfoque puede requerir personal y espacio adicionales en la administración de enfermería, lo que se traduce en costos más elevados. Hospitales y centros de atención a largo plazo realizan evaluaciones de manera quincenal, mensual o trimestral durante la hospitalización de un paciente.

Alcance del análisis:

Examinar documentos específicos solamente.

Cierta documentación dentro de la historia clínica tiene un peso mayor debido a su función como resumen de reposo en cama, informe de alta u otros datos críticos registrados en ella, como informes de intervención o informes histopatológicos.

Revisión con muestreo de sección:

Se lleva a cabo una revisión de muestra de episodios específicos.

Revisión de todos los documentos de la historia clínica de manera periódica.

Investigación específica:

En situaciones particulares o cuando no es posible llevar a cabo una evaluación sistemática, se realiza una encuesta de calidad. Esta encuesta tiene objetivos muy concretos y se realiza en un período de tiempo limitado.

Vigilancia:

El seguimiento es un enfoque especial en el que la revisión histórica se traduce en una supervisión sistemática y continua de ciertos parámetros predefinidos. Implica una revisión constante de indicadores específicos,

donde se establecen niveles óptimos y se monitorea de forma continua su cumplimiento.(18)

Objetivos de la revisión:

El propósito de la revisión puede ser establecer procedimientos para identificar y corregir regularmente las deficiencias en los registros que se están revisando. Otro objetivo puede ser evaluar la calidad de la documentación histórica para identificar posibles deficiencias y proponer acciones correctivas para situaciones futuras.

Diferencias entre evaluar la calidad de la historia clínica y la atención médica:

Es importante destacar que la evaluación de la calidad de la historia médica no debe confundirse con la evaluación de la calidad de la atención médica, ya que se trata de cuestiones distintas. Las revisiones cuantitativas y cualitativas se enfocan en analizar la documentación de los registros médicos con el objetivo de ayudar a los proveedores de atención médica a mejorar su documentación. Estas revisiones contribuyen a fortalecer la integridad de los registros médicos y promover prácticas mejoradas en su uso.

En contraste, las calificaciones o revisiones de la calidad de la atención son realizadas por un grupo de médicos con el propósito de asegurar que la atención proporcionada sea de alta calidad. Si bien utilizan los registros médicos como documentación de la atención prestada, su enfoque principal se centra en la calidad de la atención brindada, no en cómo se documentó. Por lo tanto, en la investigación de calidad histórica, cuando revisamos la documentación clínica, estamos evaluando cómo se registró

la atención, no la calidad de la atención en sí. Es importante destacar que generalmente se considera que la presencia de una historia clínica completa y adecuadamente elaborada puede conducir a una mejora en la calidad del proceso de atención médica.(19)

Normas a valorar

- 1. Organización general del HC: Sigue el plan especificado y hecho cumplir por la Comisión Histórica.
- 2. Identificación del paciente: si en todos los documentos se incluye nombre, apellido y número de historia clínica.
- 3. Identificación del médico. Si todos los documentos incluyen su nombre y apellido.
- 4. Hoja de Historia: Si tiene una hoja completa con un diagnóstico diferencial escrito al final.
- 5. Chequeo médico básico: Si existe chequeo médico.
- 6. Comentarios y evolución médica diaria: Si hay un comentario médico diario, refleja las revisiones.
- 7. Indicaciones de tratamiento: Si se presenta diariamente.
- 8. Hoja de Observación de Enfermería: Si tiene notas de cuidados diarios.
- 9. Hoja de constantes de enfermería: si se presenta diariamente junto con la recopilación de datos clínicos.
- 10. Informe radiológico: si está presente o solo radiografías.
- 11. Protocolo preoperatorio: electrocardiograma, radiografía de tórax y análisis preoperatorio si está disponible.
- 12. Ficha de anestesia: cumplimentada o no.

- 13. Informe del cirujano: si se completó o no la intervención realizada.
- 14. Informe Anatómico Patológico de la Muestra: Mientras se presente la muestra, independientemente de si la muestra está presente o no.
- 15. Presencia de notificación de alta: Sí: 3 puntos No: 0 puntos
- 16. Integridad del registro: Debe incluirse lo siguiente:

Si se conocen el paciente y el médico responsable

fondo

Historia de enfermedad actual - Pruebas de laboratorio y complementarias

Tratamiento y evolución

Estado de alta - Diagnóstico principal

Tratamientos realizados - Consejos y medicación

Estructura general del HC: Conformidad con los planes establecidos y aplicados por la Comisión Histórica.

Verificación de la identidad del paciente: Se asegura de que el nombre, apellido y número de registro médico del paciente estén siempre presentes en todos los documentos.

Identificación del médico: Asegura que el nombre y apellido del médico aparezcan en todos los documentos.

Ficha de Historia: Contiene una ficha completa con el diagnóstico diferencial más reciente registrado.

Examen médico básico: Incluye un examen médico básico.

Comentarios y Evolución Médica Diaria: Registra diariamente comentarios médicos que reflejan las evaluaciones realizadas.

Indicaciones de tratamiento: Se registran las indicaciones de tratamiento de manera diaria.

Ficha de Observación de Cuidados de Enfermería: Registra los cuidados de enfermería diarios.

Hoja de Registro de Enfermería: Se completa a diario junto con la recopilación de datos clínicos.

Informe radiológico: Está presente, incluso si solo contiene radiografías.

Protocolo preoperatorio: Incluye electrocardiograma, radiografía de tórax y pruebas preoperatorias cuando están disponibles.

Formulario de anestesia: Se completa según sea necesario o no.

Informe del cirujano: Registra si se llevó a cabo una intervención quirúrgica.

Informe de patología de muestra: Se presenta cuando se toma una muestra, sin importar si la muestra está presente o no.

Aviso de alta: Se otorgan 3 puntos si está presente y 0 puntos si está ausente.

Integridad del registro: Debe contener la siguiente información:

Identificación del paciente y médico tratante.

Historial médico.

Historia de la enfermedad actual.

Resultados de pruebas clínicas y estudios complementarios.

Registro del tratamiento y su evolución.

Estado de alta.

Diagnóstico principal.

Tratamientos administrados.

Recomendaciones y dosis. (20)

Revisión cuantitativa

Concepto: Se trata de una evaluación de la integridad de la historia clínica para asegurar que esté debidamente concluida y cumpla con los estándares establecidos, ya sean normativos o institucionales. La responsabilidad de llevar a cabo este análisis recae en el Servicio de Documentación Médica.

La revisión de los registros médicos se lleva a cabo mediante procedimientos documentados que son desarrollados mediante acuerdo entre el departamento de documentación médica y los servicios clínicos, de acuerdo con los estándares establecidos por la institución. Este proceso requiere de normativas previas y pautas procedimentales precisas. Por lo tanto, es esencial establecer resultados de análisis altamente precisos de diversos documentos médicos.

Objetivo: Su finalidad es identificar de forma periódica omisiones evidentes en la documentación de las historias clínicas que puedan corregirse fácilmente durante la rutina hospitalaria. El propósito es lograr una documentación médica más completa.

Componentes de una revisión o análisis cuantitativo:

Verificar la correcta identificación del paciente en todos los documentos.

Confirmar que todos los documentos necesarios estén completos y en orden.

Asegurar que los documentos estén debidamente autenticados con fecha y firma.

Garantizar la normalización de los documentos.

Organizar adecuadamente las historias clínicas.

Evaluar la práctica o el uso adecuado de las anotaciones.(21)

Revisión de la identificación

Las revisiones cuantitativas, ya sea que se realicen de forma concurrente o retrospectiva, por lo general comienzan por verificar la correcta identificación del paciente en cada página de su historial médico, al menos asegurando la presencia de su nombre y número de historial médico.

En situaciones donde no se encuentren datos identificativos en ninguna de las páginas, el sistema procede a verificar si la página pertenece al paciente en cuestión. La revisión simultánea facilita la corrección de posibles omisiones y errores en la identificación de los documentos.

Se verifica también la existencia y integridad de toda la documentación necesaria en la historia clínica. Parte de la historia clínica está compuesta por documentos básicos de uso general y comunes a todos los pacientes del centro. Cuando un paciente es admitido en el hospital, se espera que haya una hoja de historia clínica, una hoja de exploración física, un registro de evolución, un informe de alta, entre otros documentos estándar. Sin embargo, la presencia o ausencia de otros documentos dependerá de la evolución específica del paciente. Por tanto, es importante especificar qué documentos deben ser revisados y en qué momentos.

Es común verificar aspectos como:

La existencia del informe de alta con el diagnóstico primario, diagnóstico secundario y tratamiento finalizado.

La presencia de la historia médica y la exploración física, el informe de conainterrogatorio si es requerido, el informe de histopatología en casos donde se ha extraído tejido, así como la existencia de informes preanestésicos, anestésicos y postoperatorios, y hasta qué punto se han completado estos informes.

Las revisiones cuantitativas también deben cerciorarse de que todas las anotaciones realizadas en el historial y sus informes estén fechadas y firmadas, verificando así su autenticación. En caso de que falte alguna firma o fecha, se destacará esta omisión después del análisis cuantitativo.

El grado de estandarización de los documentos se evalúa mediante la revisión de elementos como el formato y el título del documento en el espacio dedicado a la identificación del paciente.

Por último, se verifica el grado de organización de los documentos que componen la historia clínica, siguiendo los protocolos organizativos establecidos o aplicados en el centro médico.(22)

Prácticas de buena documentación en las historias

Bajo esta denominación nos referimos a varios aspectos de las anotaciones realizadas en la historia clínica, como, por ejemplo, la corrección de errores que puedan haberse producido durante la creación de la historia, la prevención de la presencia de espacios en blanco entre los documentos de la historia, entre otros aspectos. En particular, se presta atención a la interpolación, que abarca notas continuas e instrucciones médicas.

En el contexto de un hospital, cuando se aplican sanciones de manera excesiva, y si el hospital desea mantener su acreditación, podría recibir lo

que se conoce como "Recomendación Tipo 1". Esta recomendación sugiere tomar medidas para abordar la situación. Las directrices indican que una institución puede recibir este tipo de notificación en diversas situaciones, como:

Cuando el número de registros sujetos a sanción supera el 50% del número de ingresos mensuales.

Si el número de registros médicos con sanciones debido a la falta de anamnesis y examen físico excede el 2% del promedio de altas.

Si el número de historias clínicas sancionadas debido a la falta de informes quirúrgicos supera el 2% del promedio de intervenciones quirúrgicas mensuales.(23)

1.2.4. CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

En el ámbito de la salud, la calidad se refiere a la capacidad de responder de manera efectiva a los problemas y condiciones de salud que afectan a las poblaciones e individuos, y a la satisfacción de los pacientes, sus familias y las comunidades con respecto a estos servicios. Un elemento esencial para lograr una mayor calidad es la mejora de la información disponible.

Según Donabedian, la calidad de la atención médica se encuentra en una escala que varía según las características disponibles en la atención médica. Los niveles de calidad pueden variar en función de los recursos disponibles y las normas sociales predominantes, lo que puede llevar a lograr beneficios mayores con riesgos menores para los usuarios.

Mejorar la calidad de la atención de salud, especialmente en la práctica médica, se ha convertido en el principal objetivo de los sistemas de salud y de los profesionales médicos en la actualidad. Esto implica un proceso de evaluación constante y autoevaluación destinado a identificar problemas y oportunidades para mejorar la atención que se brinda. La auditoría médica es una herramienta que puede contribuir significativamente a alcanzar este objetivo. Uno de los aspectos médicos específicos que se somete a auditoría es el historial médico.

La auditoría clínica se define como un análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, que abarca los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y sus resultados. Constituye un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención médica al medir el desempeño de los proveedores de servicios de salud, evaluando dicho desempeño en relación con los estándares deseados y buscando mejoras continuas en la prestación de atención médica.(24)

En la práctica, la evaluación de la calidad de los registros médicos se aborda desde dos enfoques distintos, cada uno de los cuales tiene sus propios enfoques y resultados. El primer enfoque busca alcanzar una historia clínica completa o de alta calidad, lo que significa que la calidad se mide según el grado en que una historia cumple con un conjunto de requisitos predefinidos.

Para lograr esto, se revisan las historias clínicas y se corrigen los defectos identificados en un plazo acordado previamente con el autor de la historia. Este enfoque nos permite distinguir entre dos tipos de análisis o revisiones de la historia clínica: revisiones cuantitativas y cualitativas. Las revisiones cuantitativas evalúan aspectos como la existencia de los diversos documentos que conforman la historia, su integridad y su composición. Esto implica una evaluación objetiva realizada por personal capacitado en documentación médica. Por otro lado, la revisión cualitativa implica una evaluación más subjetiva del contenido útil de la historia, y suele ser responsabilidad de los médicos de los servicios clínicos.

El segundo enfoque implica realizar una revisión cuantitativa o cualitativa de los registros médicos, cuyos resultados se comunican a los autores (servicios clínicos). A partir de esta retroalimentación, se identifican posibles deficiencias y, en caso necesario, se toman medidas correctivas en futuras preparaciones de historias clínicas. En resumen, se considera que las historias que presentan defectos están incompletas.(25)

Conforme a lo establecido en la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V 02 emitida por la Secretaría de Calidad Médica del Ministerio de Salud en nuestro país en el año 2005, se determina que la elaboración de la historia clínica se adapta según el nivel de atención y el tipo de servicios que ofrece una institución médica. La estructura fundamental de la historia clínica comienza con la recopilación de información que identifica al paciente, incluyendo datos de afiliación y el número de registro médico, así como los detalles relacionados con el establecimiento de atención.

En función de la naturaleza de los servicios médicos proporcionados, la historia clínica puede comprender registros de atención médica que se basan en formatos específicos diseñados para registrar información relevante sobre la atención brindada. Además, es importante considerar la inclusión de documentación complementaria, que puede tener un respaldo legal, técnico, científico y/o administrativo para respaldar la atención médica (como el consentimiento informado, referencias médicas, documentos de seguro, entre otros). Los contenidos y la estructura de la historia clínica pueden variar de manera individual, dependiendo del tipo de formato asistencial utilizado, como el formato para atención ambulatoria, urgencias, hospitalización, registros familiares, entre otros.(26)

Organización y manejo del archivo

Los registros médicos se conservan de manera organizada y accesible en el archivo de historias clínicas, el cual se divide en secciones de archivos activos y pasivos. Además, existe la posibilidad de establecer expedientes clínicos especiales, previa autorización del director de la institución médica. Estos expedientes se mantienen en un espacio físico separado y contienen registros clínicos que pueden tener implicaciones médico-legales. Cada expediente se encuentra debidamente numerado. La responsabilidad de implementar y preservar este archivo especial recae en el departamento de archivos del centro, con el fin de evitar su deterioro, manipulación o alteración.

El propósito principal es completar la historia clínica de acuerdo con la situación médica particular de cada paciente. Para pacientes

asintomáticos, los factores de riesgo se determinan principalmente a partir de la información contenida en la historia clínica, con el objetivo de determinar si se requieren pruebas adicionales y en qué secuencia deben llevarse a cabo para identificar posibles problemas.

En el caso de obstetras y ginecólogos, acceder a esta información es esencial para proporcionar asesoramiento reproductivo y promover hábitos de vida saludables.

Para pacientes sintomáticos, además de indagar sobre los factores de riesgo y la historia médica, la historia clínica se centra en la razón de la consulta y realiza preguntas específicas para ayudar a identificar un diagnóstico diferencial preciso del problema presentado. Se hace un esfuerzo por involucrar activamente al paciente en este proceso.

En el contexto de pacientes embarazadas, la historia clínica es fundamental para determinar si el embarazo se clasifica como de bajo o alto riesgo.(27)

1.2.5. LA IMPORTANCIA DE SUPERVISAR LA CALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS.

La historia clínica desempeña un papel fundamental en la atención médica, con ramificaciones legales y otras funciones clave, como educación, investigación, evaluación de la calidad y gestión de recursos. Para garantizar su eficacia, debe cumplir con ciertas características, como contenido informativo adecuado, organización lógica, documentación estandarizada y legibilidad. En resumen, la historia clínica debe contener información para identificar al paciente, respaldar el diagnóstico y

tratamiento, y registrar los resultados. Sin embargo, su creación involucra a varios profesionales y puede ocurrir en circunstancias desafiantes, lo que a veces limita su completitud y calidad.

Es crucial que los registros médicos sirvan como un medio para comunicar la atención brindada a los pacientes, ya que esto respalda cuestiones legales, financiamiento, educación, control de calidad y proporciona datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y educativas. Por lo tanto, es esencial controlar la calidad de las historias clínicas²⁸⁾

1.3. MARCO CONCEPTUAL

Historia Clínica: Es un documento médico y legal que proporciona información identificativa y detalles relacionados con la atención al paciente de manera organizada, secuencial e inmediata, realizada por un profesional de la salud, y que se entrega al paciente o usuario de servicios de salud, respaldado por una firma manuscrita o digital. La gestión de los registros médicos se lleva a cabo en las IPRESS.

Auditoría: Es un término que implica una inspección para determinar si la gestión se ajusta a los estándares establecidos. Se trata de una investigación retrospectiva y sistemática destinada a verificar si una actividad específica se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios, normativas, prácticas habituales y costumbres que rigen en ese campo.

Práctica de Salud: Se refiere a cualquier acción o actividad realizada por profesionales de la salud para promover, prevenir, recuperar o rehabilitar

la salud, ya sea dirigida a pacientes, familias o comunidades, según corresponda.

Práctica Médica: Comprende las acciones realizadas por médicos en su calidad de profesionales de la salud, que incluyen medidas preventivas, promocionales, diagnósticas, terapéuticas, pronósticas y rehabilitadoras, en el marco de la atención integral del paciente, así como las acciones derivadas directamente del paciente.

Alta: Se refiere a la salida de un paciente con vida de una IPRESS al concluir su estancia hospitalaria. Esto puede deberse al término del tratamiento, traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o su representante legal, y siempre con la aprobación de un profesional médico.

Archivo de Registros Médicos Activos: Es un espacio físico donde los pacientes pueden almacenar sus registros médicos que requieren un acceso frecuente, hasta un período de cinco años después del último tratamiento recibido por el paciente.

Archivo Común de Historias Clínicas: Un sistema de clasificación y organización de las historias clínicas según su nivel de uso, dividido en archivos activos y pasivos.

Archivo Especial: Se asigna para los registros médicos de casos con interés científico o histórico, así como para historias clínicas de pacientes con enfermedades ocupacionales como el cáncer.

Archivo Pasivo de Registros Médicos: Un espacio físico donde se pueden almacenar registros médicos que un paciente ya no necesita después de cinco años desde su último tratamiento. Este archivo también incluye registros médicos parcialmente eliminados y registros médicos que contienen formularios no eliminados, como consentimientos informados, formularios de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros documentos relevantes.

Cuidado de la Salud: Se refiere a cualquier acción realizada por profesionales de la salud dirigida a individuos, familias y comunidades con el propósito de promover, prevenir, restaurar o rehabilitar la salud.

Comité de Historia Clínica Institucional: Un grupo de expertos en el ámbito de la atención y la gestión, designados por una IPRESS o la dirección o sede de una red de salud o red integrada de salud. Su responsabilidad radica en supervisar, evaluar y garantizar el cumplimiento de las normativas de historia clínica para asegurar la calidad de los registros de historias clínicas y otros formularios. Además, recomiendan acciones a los administradores de los centros de salud en línea con las regulaciones. También, se encargan de informar sobre los resultados de la supervisión y el cumplimiento normativo.

Consentimiento Informado: Es la autorización explícita para procedimientos médicos otorgada cuando el paciente o su representante legal no pueden dar su consentimiento por sí mismos, como en el caso de menores de edad, personas con enfermedades mentales o pacientes inconscientes. Esto incluye procedimientos quirúrgicos u otros tratamientos médicos. Este consentimiento debe ser otorgado de manera libre, luego de explicar los efectos secundarios y adversos, así como beneficios reales y potenciales. La autorización debe documentarse y ser firmada por el paciente o su representante legal, así como por el profesional a cargo de la atención.

Datos Personales: Cualquier información relacionada con una persona física que permita su identificación o la haga identificable a través de medios razonablemente disponibles.

Formulario de Baja Voluntaria: Es un documento que registra la decisión de un paciente o su representante legal de ejercer su derecho de abandonar una IPRESS después de haber sido ingresado, hospitalizado o bajo observación, incluso si va en contra de la opinión médica. Estas personas son responsables de las posibles consecuencias de su decisión y deben notificar al Ministerio Público si existen vidas en riesgo.

Principio de Veracidad: Se refiere al hecho de que la información registrada en la historia clínica, ya sea en formato manuscrito o

electrónico, debe ser precisa y reflejar fielmente lo que se observa o se declara durante la atención del paciente o usuario del sistema de salud.

Nivel de Complejidad: Indica el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, logrado a través de la especialización y modernización de los recursos disponibles. El nivel de complejidad está estrechamente relacionado con la categorización del centro de salud.

Recién Nacido Normal: Hace referencia a los recién nacidos, ya sean únicos o múltiples, que tienen un peso al nacer de 2500 gramos o más, una edad gestacional de 37 semanas o más, pero menos de 42 semanas, y que nacen mediante parto normal o complicado, sin ninguna condición médica relevante.

Lactante Prematuro: Se refiere a los recién nacidos cuya edad gestacional es inferior a 37 semanas, es decir, menos de 259 días.

Recién Nacido a Término: Corresponde a los recién nacidos con una edad gestacional de 37 semanas o más, pero menos de 42 semanas, es decir, entre 259 y 293 días de gestación.

CAPÍTULO II – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A pesar de que existe una arraigada cultura que se centra únicamente en las acciones de los profesionales médicos durante sus actividades clínicas, sin reconocer la importancia de documentarlas adecuadamente, e incluso cuando se documentan, estas descripciones suelen ser breves y apresuradas. En muchos casos, se considera una tarea tediosa y, si es posible, se evita. En otros casos, profesionales médicos que recién inician su carrera pueden carecer de la experiencia necesaria para llevar a cabo registros médicos completos y precisos, liberándose así de esta responsabilidad.

Este problema persiste a pesar de su antigüedad y trasciende fronteras geográficas, políticas y culturales. Siempre existen registros médicos con información incompleta o inexacta.

La historia clínica es un documento de gran importancia que forma parte integral de la práctica médica, tal como lo estipula la ley del Ministerio de Salud del Perú. Según esta ley, la historia clínica es un documento personal, esencial y confidencial en el cual se registra de manera cronológica la condición de salud del paciente, así como los procedimientos médicos y demás intervenciones realizadas por el equipo médico involucrado en la atención del paciente. Este documento debe mantenerse en estricta confidencialidad y solo debe ser accesible para profesionales médicos autorizados.(2)

Por lo tanto, la historia clínica se convierte en la herramienta principal, siempre y cuando esté debidamente confeccionada, para llevar a cabo un diagnóstico preciso, así como análisis y pruebas adicionales en el paciente, lo que en última instancia contribuirá a mejorar su salud. En otras palabras, la calidad de la elaboración de este registro médico reflejará la calidad de la atención proporcionada al paciente por parte del personal de salud y, por ende, su ética profesional.

No obstante, como profesionales de la salud, es nuestra responsabilidad buscar cambiar esta situación. Debemos rescatarla del estado de indiferencia en el que se encuentra actualmente y hacerla evidente e incluso molesta para quienes son responsables de su mantenimiento. El objetivo es sensibilizar a aquellos que son los actores clave, de manera que se sientan motivados a realizar las modificaciones necesarias para transformar esta realidad.

La investigación se centrará en la revisión de cómo se registran los datos en la Historia Clínica Médica de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica durante el periodo de enero a junio de 2018. El propósito es destacar esta deficiencia que hasta ahora hemos aceptado como normal y, al mismo tiempo, determinar la magnitud y la frecuencia de estas irregularidades.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. Problema General

¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018?

2.2.2. Problemas Específicos

P.E.1: ¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Identificación del Paciente?

P.E.2: ¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Acto médico?

P.E.3: ¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Registros completos de Enfermería?

P.E.4: ¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Cumplimiento de normas sobre Registros?

P.E.5: ¿Cuál es la calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Limpieza y orden?

2.2.3. Delimitación del problema

Delimitación espacial.- El estudio se desarrollara en el ámbito hospitalario del Hospital regional de Ica específicamente en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de este nosocomio.

Delimitación temporal.- La investigación se realizará sobre la historias clínicas de enero a junio del 2018

Delimitación social.- La investigación se realizará en las historias clínica de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Delimitación conceptual.- La investigación se limita a determinar la calidad del llenado de las historias clínicas neonatales de la unidad de Cuidados Intensivos.

2.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El principal objetivo de la historia clínica es recopilar información sobre el estado de salud del paciente para facilitar la prestación de atención médica. La solicitud del paciente de recibir servicios médicos es el motivo por el cual un médico comienza y mantiene un registro médico a lo largo del tiempo.

La historia clínica se considera una herramienta fundamental en la práctica médica adecuada, ya que sin ella, un médico no puede ofrecer una atención integral y completa al paciente a lo largo del tiempo.

Sin embargo, a pesar de que el propósito principal de este documento es médico, no se deben pasar por alto otros aspectos no médicos de la historia clínica.

Educación e Investigación: Los registros médicos pueden utilizarse para llevar a cabo investigaciones y estudios sobre ciertas enfermedades y contribuir a la producción de publicaciones científicas.

Evaluación de la Calidad de la Atención: La historia clínica se considera un derecho del paciente en el contexto de la atención médica de calidad. No solo refleja la relación entre el médico y el paciente, sino que también sirve para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica al registrar la atención brindada a los pacientes.

Gestión: La historia clínica desempeña un papel fundamental en la gestión y administración de los servicios médicos dentro de una institución de atención médica.

Aspectos Médico-Legales: La historia clínica es un documento oficial y a menudo tiene restricciones de acceso. También puede considerarse un registro de los cuidados de enfermería. Existe una obligación legal para su mantenimiento según las normativas vigentes, como la Ley General de Salud, el Reglamento de Prestaciones Médicas, Derechos de los Usuarios, Código de Ética Médica y Normas Internacionales.

En situaciones médico-legales, la historia clínica permite evaluar la calidad de la atención médica, tanto en términos de la actuación del médico como en la verificación de si se cumplieron las obligaciones de proporcionar información adecuada y obtener el consentimiento del paciente de manera apropiada. Además, es un recurso eficaz para los

finés médico-legales del paciente, ya que el incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar a responsabilidad profesional.

Aunque la creación de un sistema de salud completamente planificado y predecible en el tiempo puede parecer utópica, el desafío actual radica en cómo se procesa y utiliza la información para mejorar el sistema de salud. Este sigue siendo un obstáculo importante a superar.

A ello se apunta para mejorar la calidad de las historias clínicas, por ahora continuamos con el sistema obsoleto de llenado manual en físico de los hechos que transcurren durante el trabajo de parto, con sus deficiencias que serán evaluadas en esta investigación.

Relevancia científica: La investigación diseñada científicamente indicará la realidad del correcto llenado de las historias clínicas, estos resultados serán de suma utilidad para trazar las mejoras a corto y mediano plazo.

Relevancia económica: Un mal llenado de los registros trae consigo información incompleta que muchas veces se tiene que repetir análisis porque no se registró, que ya fue, realizado repercutiendo en la economía de la institución y del paciente, todo ello es posible mejorar con un correcto llenado de esos registros.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es un área crítica del Hospital Regional que debe demostrar calidad en el servicio que brinda siendo el registro de historias clínicas un documento que mucha utilidad al médico pues es donde se registra diariamente, hora a hora la evolución del estado del niño que requiere ser conocida de manera completa por el

médico que releva pues el tratamiento tiene carácter continuo, de allí la importancia de evaluar estos registros con fines de mejora.

2.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

a) OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018

b) OBJETIVO ESPECÍFICOS

O.E.1: Indicar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Identificación del Paciente

O.E.2: Verificar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Acto médico

O.E.3: Precisar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Registros completos de Enfermería

O.E.4: Determinar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Cumplimiento de normas sobre Registros

O.E.5: Verificar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Limpieza y orden

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: La calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 es menor a 80%.

Ho: La calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 mayor o igual a 80%.

2.6. VARIABLES

a) VARIABLE

- Auditoría de las historias clínicas

DIMENSIONES

- Identificación del Paciente
- Acto médico
- Registros de Enfermería completos
- Cumplimiento de normas sobre Registros
- Limpieza y orden

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Auditoría de las historias clínicas.- Niveles de observancia en la conclusión de registros de atención en relación con la organización de la historia clínica y los elementos normativos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Auditoría de las historias clínicas.- Medida a través de la ficha de verificación.

b) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	DIMENSIONES	Indicadores	Valor final	Instrumento	FUENTE
Variable Auditoría de las historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento de los registros asistenciales en cuanto a los componentes de estructura y normatividad en la historia clínica	Identificación del Paciente	1,2,3	Óptimo Regular Deficiente	Ficha de verificación	H. C.
		Acto médico	4,5,6,7,8,9,10,11,12	Óptimo Regular Deficiente		
		Registros de Enfermería completos	13,14,15	Óptimo Regular Deficiente		
		Cumplimiento de normas sobre Registros	16,17,18,19,20,21	Óptimo Regular Deficiente		
		Limpieza y orden	22,23,24	Óptimo Regular Deficiente		

CAPÍTULO III – METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo de Investigación

La investigación es no experimental porque no se manipulan las variables, es transversal porque la medida es única, es descriptiva por tener una sola variable que es la calidad de las historias de la UCI neonatal, y retrospectiva pues se revisaran datos registrados en tiempo pasado

Nivel de la Investigación

Descriptiva pues el análisis es univariado

Diseño de la investigación

Descriptivo - transversal

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Historias clínicas de neonatos de la UCI neonatal de enero a junio del 2018 son 120

3.2.2. Muestra

La muestra estará constituida por 96 pacientes con VIH/SIDA.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n	:	X
N	:	120
Z	:	1.96

p : 0.5
q : 0.5
d : 0.05

$$n = \frac{120(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(119)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

n= 96 Historias Clínicas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas de pacientes atendidos entre enero a junio del 2018 en la UCI neonatal del Hospital Regional de Ica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no denota riesgos para las personas, pero por ser la Historia Clínica un documento legal y que pertenece a neonatos atendido en la UCI neonatal del Hospital Regional de Ica, se solicitará permiso a la dirección ejecutiva del Hospital a fin de que se pueda acceder a los datos que serán tratados éticamente pues serán identificados con números para conservar la autonomía, y los resultados serán analizados globalmente para respetar la identidad de los participantes.

CAPÍTULO IV - TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.- La técnica documental pues se trata de revisión de Historias Clínicas

4.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Instrumento que se elaboró para realizar la auditoria de los sistemas de registros dentro de la Unidad de Neonatología, éste fue diseñado considerando los aspectos más relevantes e importantes con lo que debería contar la Historia Clínica. Para probar el instrumento se auditó un 5% de la muestra requerida, constatándose algunos errores que fueron corregidos, posteriormente se aplicó según lo establecido.

4.3. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos serán presentados empleando estadística descriptiva básicamente porcentual, la que se presentará en tablas y gráficos elaborados en el programa Excel.

CAPÍTULO V – CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Ha: La calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 es menor a 80%.

Ho: La calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 mayor o igual a 80%.

Nivel de significancia: 0.05

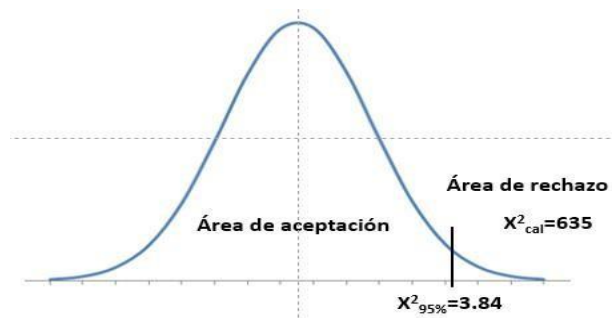
Estadístico de prueba: Chi cuadrado

Determinación del valor de p

	Calidad	Deficit de calidad	Total observaciones
Valor esperado	1843 (80%)	461 (20%)	2304
Valor observado	1357 (59%)	947 (41%)	2304

$X^2: 123 + 512 = 635$

Valor de $p = 0.00$



Decisión: Como el valor de p es menor de 0.05 entonces se rechaza Ho y se acepta Ha: La calidad de los registros de historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 es menor a 80%.

Conclusión: Con 0.00% de error la calidad de las historias clínicas en la UCI neonatal es de 59% faltando por mejorar 41%

CAPÍTULO VI – PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Presentación, interpretación

AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

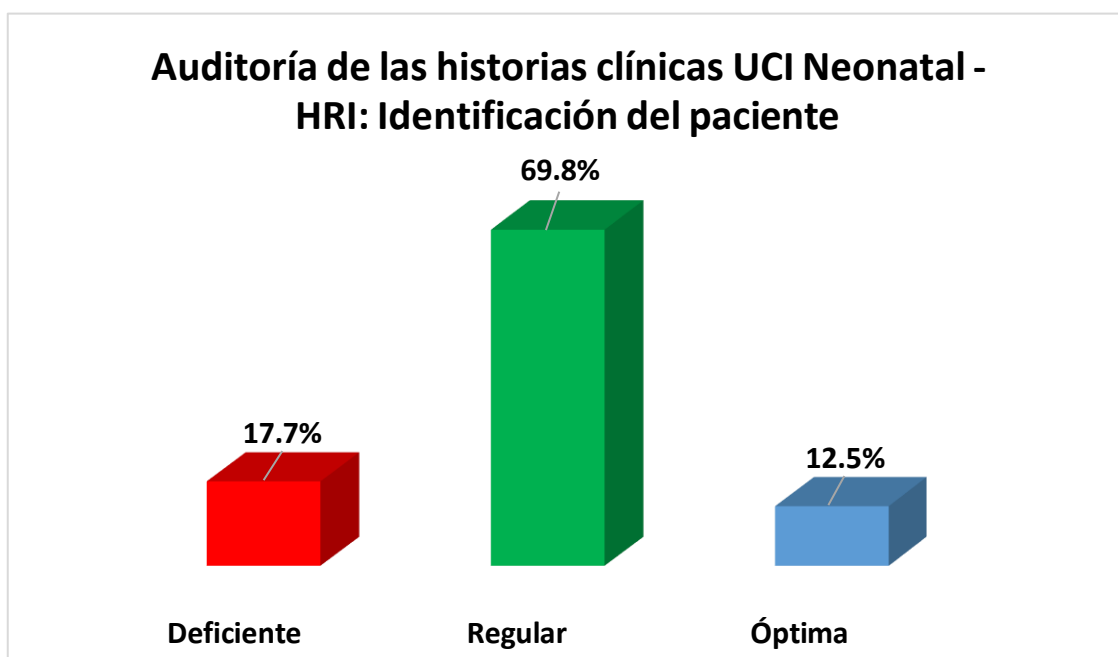
Tabla N° 1

Identificación del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	17	17.7%
Regular	67	69.8%
Óptima	12	12.5%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 12.5%, regular 69.8% y deficiente 17.7%. Esta dimensión valora: Registra nombres y apellidos completos del paciente, fecha de nacimiento, edad y sexo, nombre acompañante, dirección o teléfono.

Gráfico N° 1



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018: ACTO MÉDICO**

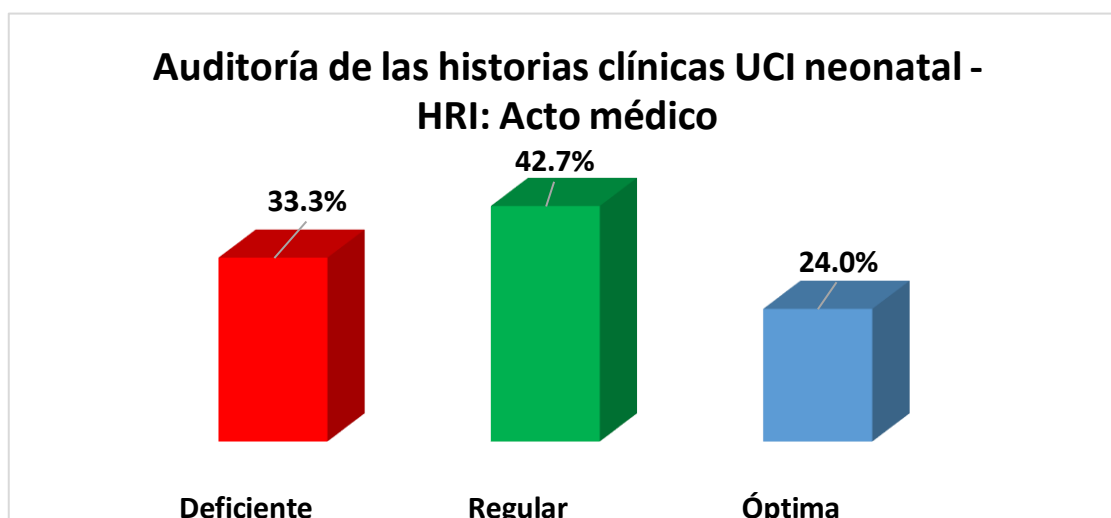
Tabla N° 2

Acto médico	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	32	33.3%
Regular	41	42.7%
Óptima	23	24.0%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 24%, regular 42.7% y deficiente 33.3%. Esta categoría de evaluación aborda aspectos como la fecha y hora de admisión, fecha y hora de alta, método de ingreso, razón para la consulta y descripción de la condición actual, revisión de sistemas y antecedentes médicos, registro de signos vitales y estado al momento del ingreso, procedimientos médicos realizados, presentación y explicación de resultados de pruebas de imagen, documentación de diagnósticos o pruebas adicionales, identificación de complicaciones o comorbilidades, y la existencia de un informe completo al final del tratamiento.

Gráfico N° 2



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018: REGISTROS COMPLETOS
DE ENFERMERÍA**

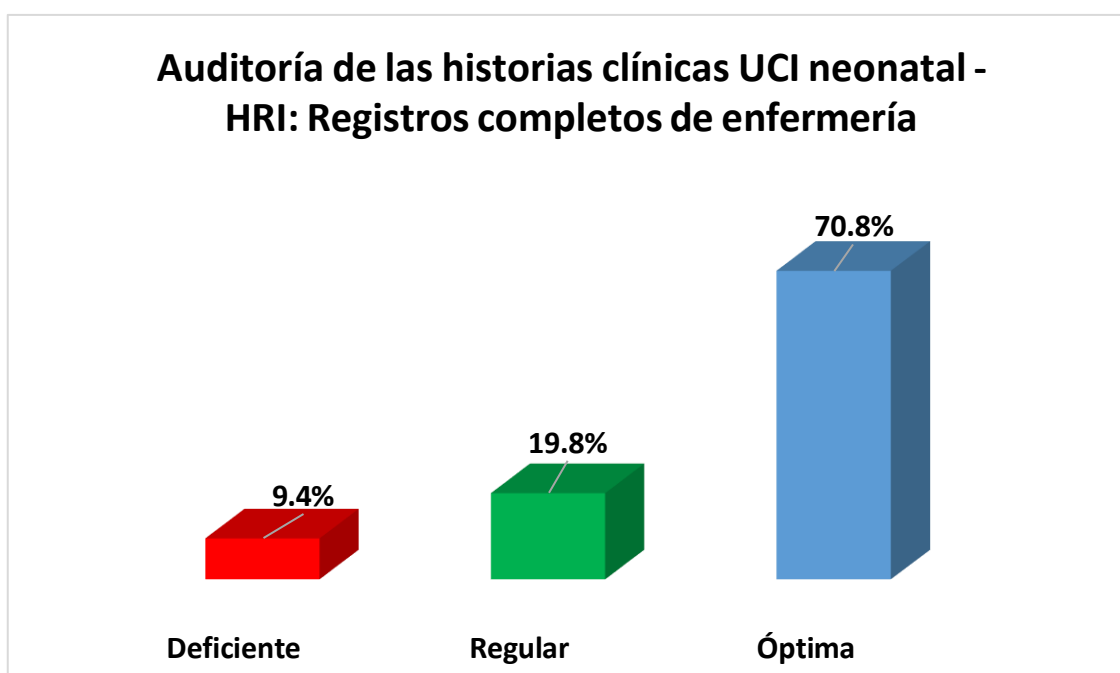
Tabla N° 3

Registros completos de Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	9	9.4%
Regular	19	19.8%
Óptima	68	70.8%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 70.8%, regular 19.8% y deficiente 9.4%. Esta dimensión valora: Registra responsable de acto de enfermería, Enumera tratamientos y medicamentos administrados, Registra funciones vitales y temperatura.

Gráfico N° 3



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018: CUMPLIMIENTO DE
NORMAS SOBRE REGISTROS**

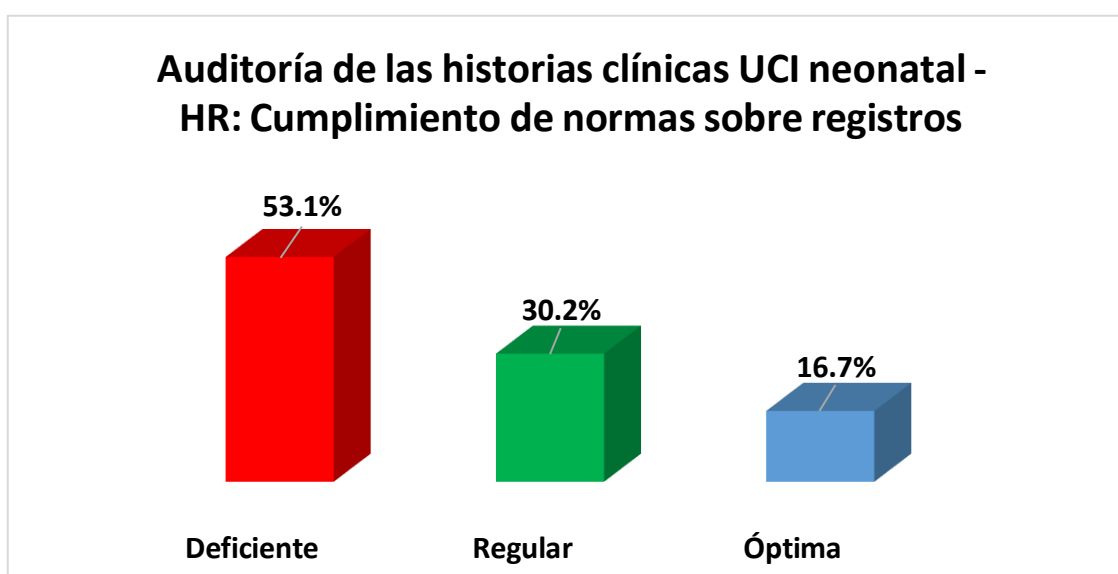
Tabla N° 4

Cumplimiento de normas sobre Registros	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	51	53.1%
Regular	29	30.2%
Óptima	16	16.7%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 16.7%, regular 30.2% y deficiente 53.1%. Esta dimensión valora: Validar la terapia y el avance del paciente; documentar la evolución; detallar el estado del paciente y elaborar un plan terapéutico; consignar los tratamientos recetados y las indicaciones relevantes; asegurar una escritura clara y legible; registrar el progreso; incluir el nombre completo y legible de la persona que elabora el informe, así como su identificación y sello distintivo.

Gráfico N° 4



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018: LIMPIEZA Y ORDEN**

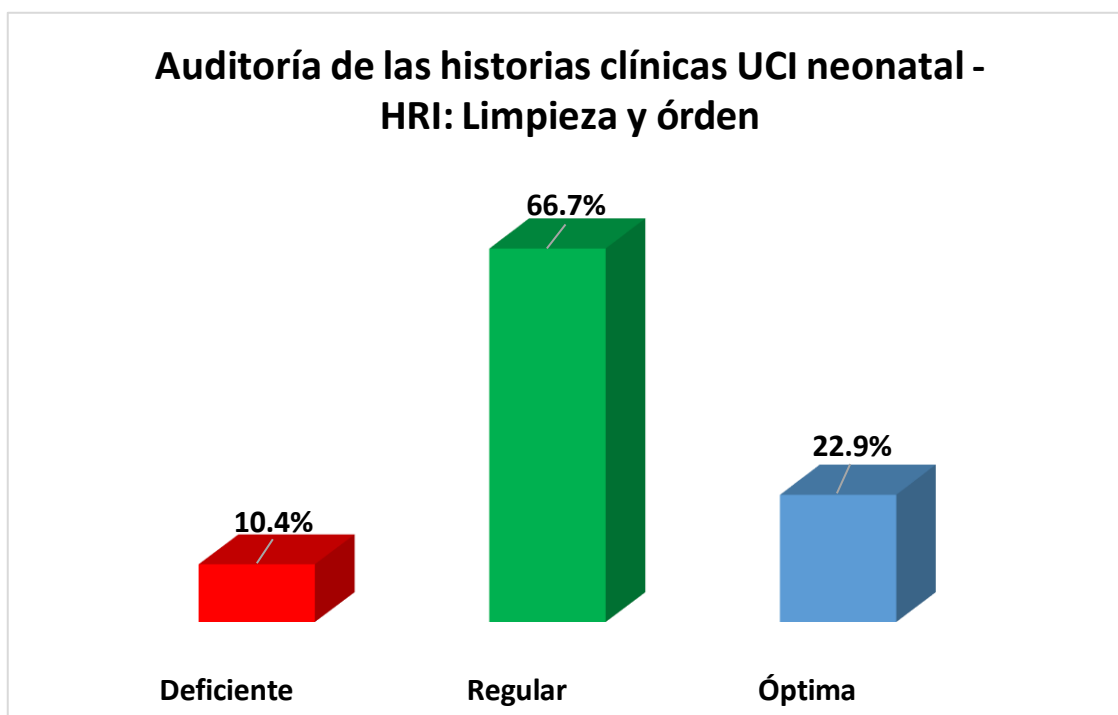
Tabla N° 5

Limpieza y orden	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	10	10.4%
Regular	64	66.7%
Óptima	22	22.9%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 22.9%, regular 66.7% y deficiente 10.4%. Esta dimensión valora: Ordenación general de la HC, La historia tiene limpieza, Todas las hojas están con nombre del paciente y número de historia clínica.

Gráfico N° 5



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018**

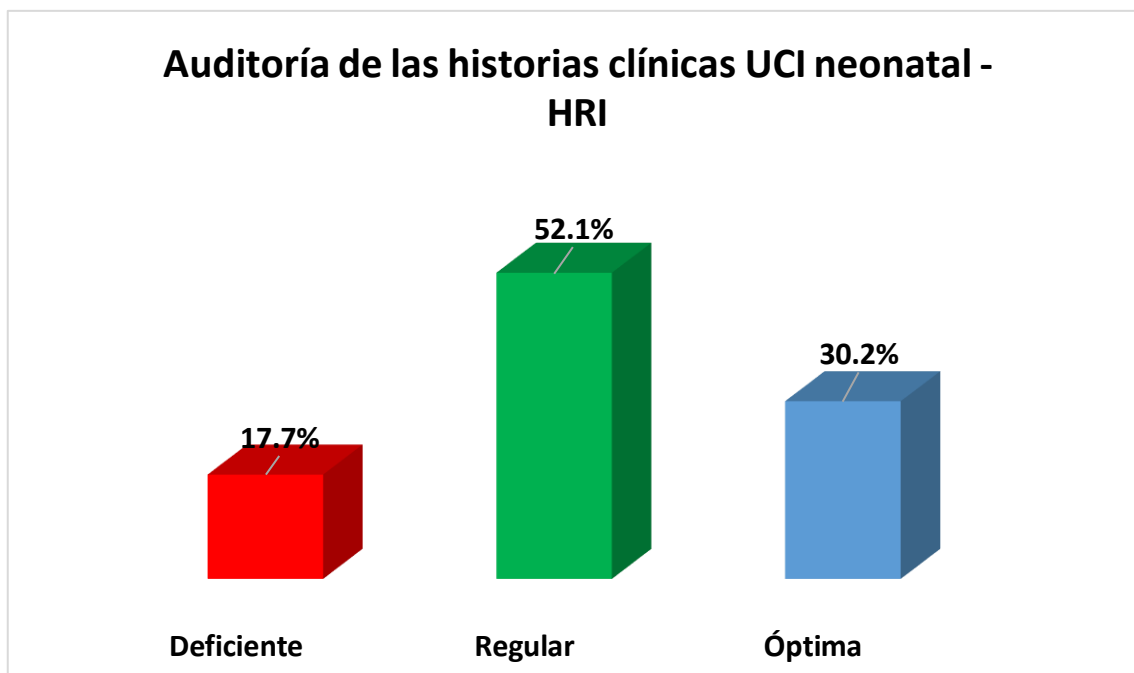
Tabla N° 6

<u>Calidad de los registros de historias clínicas</u>	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	17	17.7%
Regular	50	52.1%
Óptima	29	30.2%
Total	96	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad óptima el 30.2%, regular 52.1% y deficiente 17.7%.

Gráfico N° 6



**AUDITORÍA DE LOS REGISTROS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO A JUNIO DEL 2018:**

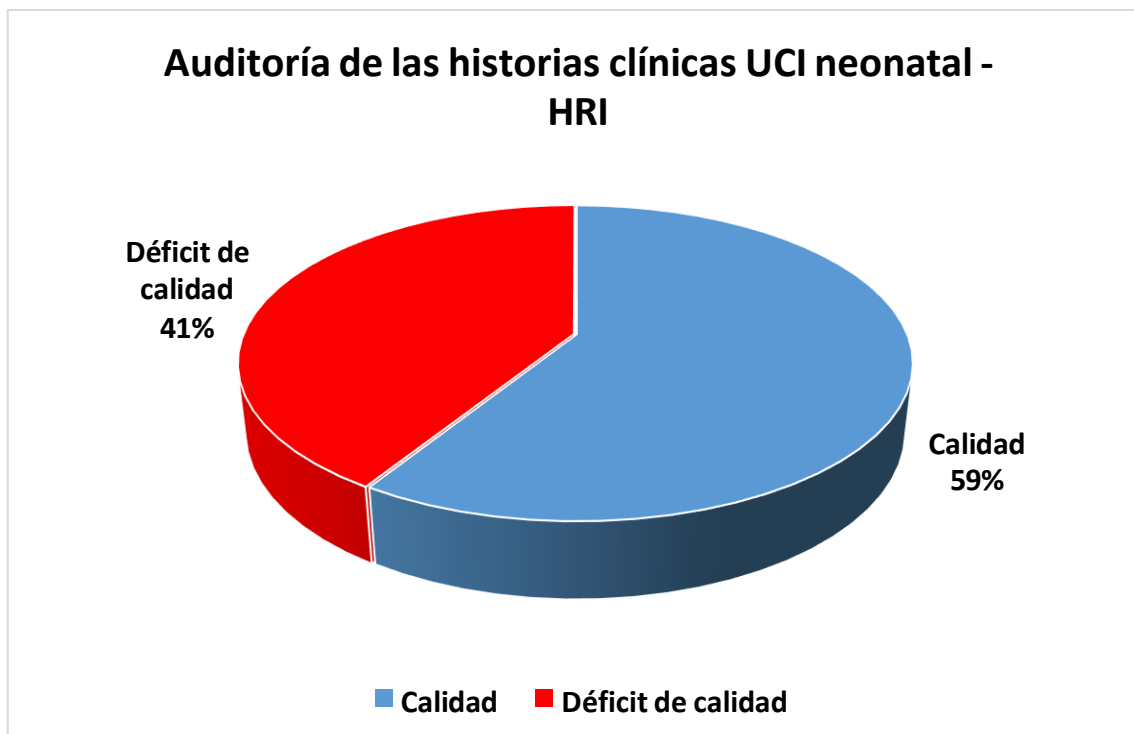
Tabla N° 7

<u>Calidad de los registros de historias clínicas</u>	Frecuencia	Porcentaje
Calidad	1357	58.9%
Déficit de calidad	947	41.1%
Total	2304	100.0%

Fuente: HRI

En la tabla se observa que las historias clínicas tienen un nivel de calidad de 58.9% faltando por mejorar un 41.1%.

Gráfico N° 7



6.2. Discusión de resultados

En la tabla N° 01 se demuestra que la calidad del llenado de las historias clínicas en la dimensión de identificación del paciente que incluye colocar adecuadamente y con letra legible el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de su acompañante que habitualmente son los padres, dirección y teléfono del acompañante es de calidad óptima solo el 12.5%, regular el 69.8% y deficiente el 17.7% encontrándose deficiencias sobre todo en el no registro del nombre en todas las hojas de la historia clínica, y con pocas historias clínicas que registran los datos del acompañante, lo que dificulta brindar la información de la evolución así como del estado del paciente en determinadas circunstancias.

En la tabla N° 2 se determinó que la calidad del registro de historias clínicas es óptima en un 24%, regular el 42.7% y deficiente el 33.3% observándose deficiencias sobre todo en la hora de ingreso del paciente a la UCI neonatal, así como la fecha y hora de egreso además muchos carecen de los resultados y comentarios de los análisis diagnósticos solicitados lo que dificultaría la discusión clínica de los casos si este fuera necesario, así mismo dificulta realizar un adecuado seguimiento del caso.

En la tabla N° 3 se observó que los registros de enfermería en la historia clínica es la que mejor calidad presenta, así se catalogó como óptima al 70% de las historias clínicas, regular al 19.8% y deficiente al 9.4%, sin embargo, las deficiencias que más se hicieron notar son los referidos a la no enumeración de tratamientos y medicamentos administrados y en algunos casos no se identifica la responsable del acto de enfermería. Estas deficiencias dificultan tener un registro exacto de la cantidad de dosis administrada al paciente sobre un

determinando medicamento. Al respecto Zeron Parrales en Mangua también encuentra que las actividades más bajas están en el cumplimiento de las 13 actividades registradas en la Historias Clínicas con apenas un 23%.

En la tabla N° 4 referido al cumplimiento de las normas sobre registro es uno de los ítems poco eficientes, pues se consideró óptimo solo al 16.7%, regular al 30.2% y deficiente al 53.1%, y sobre todo la deficiencia fue observada en la redacción poco ordenada y con letras muchas veces no legibles, muchas veces no se encuentra un plan propuesto por el médico que pasa la visita; ello pondría en dificultades el seguimiento del estado del paciente pues no se conoce una propuesta de la evolución anterior, pues no justifica su terapia o cambios de terapia. Soto Arnáez en España concluye que todas las historias clínicas presentaron abreviaturas de riesgo, y el uso de abreviaturas desaconsejadas fue habitual en los servicios de medicina, no cumpliendo con las normas de llenado de historias clínicas.

En la tabla N° 5 referida al orden y limpieza es un ítem de baja calidad pues solo el 22.9% de las historias clínicas fueron catalogadas como óptimas, el 66.7% son catalogadas como regular y el 10.4% son deficientes, ello sobre todo en el tema de orden pues la mayoría de historias clínicas el orden de las hojas de no guardan un orden homogéneo, lo que dificulta encontrar con rapidez los ítems buscados. Gutierrez Fernandez en el hospital Vitarte encuentra que el 46 % de los Médicos llenaron el carnet con un nivel de calidad bueno; todos estos resultados diversos se deben a que el llenado de la historia clínica exige responsabilidad y esta cualidad es distinta según la cultura de cada profesional, así lo demuestra Zafra en su estudio en el Centro de Salud del Callao, la frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea.

Así en la tabla N° 6 se evalúa la calidad del registro de historias clínicas de manera global encontrándose que el 30.2% de historias clínicas tienen una calidad óptima, el 52.1% regular y el 17.7% deficiente. Dominguez, M. en el Ecuador encuentra historias clínicas mantenían registros de admisión incompletos, aludiendo a que no existe orden en el manejo de las historias clínicas. Y Favier en Cuba concluye que en el Hospital General Docente “Dr. Agostino Neto” no hay supervisión sistemática a las historias clínicas.

Y para analizar cuantitativamente y conocer cuanto resta por mejorar se evalúa en la tabla N° 7 donde del total de ítems (24) evaluados en 96 historias clínicas, estas cumplieron 1357 que equivale al 58.9% de calidad, quedando por mejorar un 41.1%. Cabascango Cevallos en Ecuador encuentra que el 2.6% corresponden a una calidad de registro de datos óptima, el 22.5% son adecuadas, y el 31,5% son aceptables, resultados por debajo de los encontrados en el estudio lo que se debería a la responsabilidad de cada profesional que en otras realidades son diferentes. Sin embargo, Narvaez Rodriguez, E. en Trujillo concluye en su estudio que la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización fue principalmente aceptable. Así mismo Nikén en el Hospital de Trujillo concluye que el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina en el Hospital Regional Docente de Trujillo es bueno, lo que se debería a la disciplina que llevan los internos de este nosocomio. Del mismo modo concluye Quispe Cender en el hospital de Arequipa la mayoría de las historias clínicas de hospitalización se caracteriza por un registro aceptable. Y Matsumura en la Clínica Peruano Japonesa determinó que más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable.

CONCLUSIONES

1.- La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Identificación del paciente tienen un nivel de calidad óptima el 12.5%, regular 69.8% y deficiente 17.7%.

2.- La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Acto médico tienen un nivel de calidad óptima el 24%, regular 42.7% y deficiente 33.3%.

3.- La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Registros completos de Enfermería tienen un nivel de calidad óptima el 70.8%, regular 19.8% y deficiente 9.4%.

4.- La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Cumplimiento de normas sobre Registros tienen un nivel de calidad óptima el 16.7%, regular 30.2% y deficiente 53.1%.

5.- La calidad del registro de las historias clínicas en la dimensión Limpieza y orden tienen un nivel de calidad óptima el 22.9%, regular 66.7% y deficiente 10.4%.

6.- La calidad de los registros de las historias clínicas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica tiene un nivel de calidad óptima el 30.2%, regular 52.1% y deficiente 17.7%. En general la calidad de las historias clínicas en la UCI neonatal es de 59% faltando por mejorar 41%

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar auditorias de historias clinicas periodicamente refreente a todos los aspectos que deben ser tratados en la historia clínica del paciente, pues cada item de la historia tienen su razón de ser.
- 2.- Se debe registrar nombres y apellidos completos del paciente. registrar fecha de nacimiento, edad y sexo. registrar nombre acompañante, dirección o teléfono.
- 3.- Cada expediente médico debe contener la fecha y hora de admisión del paciente, fecha y hora de su alta, método de ingreso, razón de consulta y estado actual de la enfermedad, un registro de la revisión por sistemas e historial médico, seguimiento de los signos vitales y una descripción de la condición del paciente al ingreso. También se requiere un registro de todas las acciones realizadas, incluyendo imágenes de diagnóstico y los resultados de pruebas, así como la documentación de cualquier complicación o enfermedad adicional, junto con la necesidad de una epicrisis completa.
- 4.- Las Historias clínicas deben consignar responsable de acto de enfermería, enumerar tratamientos y medicamentos administrados, registrar funciones vitales y temperatura.
- 5.- Supervizar por el asistente de turno que cada historia clínbica debe describe justificación terapéutica y evolución del paciente, registrar evolución del estado del paciente y hacer plan de terapia, registrar tratamiento ordenado y signos de alarma redacción ordenada y letra legible nombre completo, identificación y sello claro de quien elabora la evolución en la historia clínica.
- 6.- Y seguir un orden general, así mismo la historia debe tener limpieza, todas las hojas deben estar con nombre del paciente y número de historia clínica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Carlos Canelo-Aybar, G. B.-G. (2014). Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. Original Breve Rev Perú Med Exp Salud Pública.
- 2.- Heredia, E. Diseño de un sistema de gestión documental - digital para el archivo de historias clínicas del Subcentro de Salud Chillogallo. 2015.
- 3.- Cabascango Cevallos, J. (2017). Calidad de registro de datos en las historias clínicas de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.
- 4.- Zeron Parrales, C. (2015). Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San Jose de Bocay en el periodo de enero a junio del año 2015. Managua
- 5.- Dominguez, M. Análisis del sistema de control de historias clínicas en el departamento de estadística del “Hospital Básico Padre Alberto Buffoni” del Cantón Quinindé. Ecuador.
- 6.- Favier T. (2016). Errores más frecuentes en historias clínicas de Medicina Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de la provincia Guantánamo. Cuba
- 7.- Soto-Arnáez, F. (2016). El uso de abreviaturas no recomendadas en el informe de alta y prescripción médica: estudio observacional retrospectivo. España. Anales Sis San Navarra vol.39 no.3 Pamplona sep./dic. 2016
- 8.- Narvaez Rodriguez, E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, Hospital General de Jaén 2014. Trujillo

- 9.- Gutiérrez Fernández, R. Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Vitarte agosto octubre 2015
- 10.- Zafra-Tanaka J, Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013 [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):719-20.
- 11.- Nikén E. Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2012. [tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo-Perú 2013.
- 12.- Quispe Cender; Navarro R. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. Horizonte Médico, vol. 16, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 48-54 Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú
- 13.- Matzumura J, 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. An Fac Med. 2014;75(3):251–257.
- 14.- Bachenheimer, H. (16 de Agosto de 2016). Definición de Gestión Administrativa. Obtenido de:
http://drupal.puj.edu.co/files/OI118_Herman_0.pdf
- 15.- Expósito-Tirado JA, Vergara-Díaz G, Guerrero-Vázquez R, Vázquez-González A, Márquez-Galán JL, Garnacho-Montero J, et al. Calidad de los antecedentes personales en la historia clínica electrónica hospitalaria. Carta al editor. Rev Calid Asist. 2014;29(6):362–365.

- 16.- Zafra-Tanaka J, Veramendi- Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, Ayala-Mendivil R. Calidad de Registro en historias clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú 2013. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(4):719-720.
- 17.- BIOCOT - Informática Médica, Consultoría, Redes, Software y Computación. (29 de Junio de 2016). Definiciones de Historias Clínicas. Obtenido de:
http://www.biocom.com.ar/sistema/historias_clinicas/historia_clinica_informatica.html
- 18.- MINSA. (2013). Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP). Managua: Dirección Superior del Ministerio de Salud.
- 19.- Castro, I., & Gámez, M. (19 de Julio de 2016). Historia Clínica: Documentos que forman la Historia Clínica. Obtenido de :
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- 20.- Innovar Salud. (20 de Julio de 2016). Características de la historia clínica. Obtenido de <http://innovarsalud.com/usuario/la-historia-clinica/>
- 21.- Carrión Abollaneda, V. Desarrollo de una aplicación web basada en el modelo vista controlador para la gestión de las historias clínicas de los pacientes en el Centro de Salud de San Jerónimo. Andahuaylas 2015.
- 22.- MINSA. Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2016.

- 23.- Favier Torres, M. Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina. Rev Inf Cient. 2016; 95(2):234-242
- 24.- Alfredo Atienza, O. Historia clínica informática única una herramienta en la mejora de procesos en salud pública. Ciudad de Córdoba. 2013
- 25.- Criado del Río, M. (19 de Junio de 2016). Finalidad de la Historia Clínica: Aspectos médico-legales de la historia clínica. Obtenido de: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/Medicina-Legal/Historia%20Clinica-T.Criado.pdf>
- 26.- Gutiérrez, M., Pelayo, R., & Senior, A. (2014). Sistema de información para la gestión de las historias clínicas integrales. Multiciencias, 430-437.
- 27.- Pérez, P. Manual de Transición de Historia Clínica de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja. Disponible en: www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/.../944-manual-de-transicion-de-historia-clinica-de...
- 28.- Lapo, M. (4 de Marzo de 2015). Incidencia de la historia clínica en la calidad de los servicios ofrecidos a los clientes internos y externos de la Clínica privada Enrique C. Sotomayor. Obtenido de Repositorio Universidad Católica Santiago de Guayaquil: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3367>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Problema General: ¿Cuál es la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar el nivel de calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018</p> <p>Objetivo específicos O.E.1: Indicar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Identificación del Paciente O.E.2: Verificar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Acto médico O.E.3: Precisar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de</p>	<p>Ha: La calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 es deficiente</p> <p>Ho: La calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 no es deficiente</p>	<p>Variable de estudio Auditoría de las historias clínicas</p> <p>Dimensiones Identificación del Paciente</p> <p>Registros de Enfermería Completos</p> <p>Identificación del médico</p> <p>Cumplimiento de normas sobre Registros</p> <p>Limpieza y orden</p>	<p>Tipo: Observacional o no experimental, descriptiva, transversal y retrospectivo</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: Epidemiológico</p> <p>Población Historias clínicas de neonatos de la UCI neonatal de enero a junio del 2018 son</p> <p>Muestra</p> <p>Instrumento: Ficha de verificación</p>

	<p>Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Registros completos de Enfermería</p> <p>O.E.4: Determinar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Cumplimiento de normas sobre Registros</p> <p>O.E.5: Verificar la calidad de las historias clínicas de la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Ica enero a junio del 2018 en la dimensión Limpieza y orden</p>			
--	---	--	--	--



FICHA DE VERIFICACIÓN

Ficha N° _____

N°	ITEMS	SI	NO
1	Registra nombres y apellidos completos del paciente		
2	Registra fecha de nacimiento, Edad y Sexo		
3	Registra nombre acompañante, dirección o teléfono		
4	Registra fecha y hora de ingreso		
5	Registra fecha y hora de egreso		
6	Registra vía de ingreso, motivo de consulta y Enfermedad Actual		
7	Registra revisión por sistemas y antecedentes		
8	Registra Signos Vitales y describe estado al ingreso		
9	Registra procedimientos realizados al paciente		
10	Registra resultado de imágenes diagnósticos y laboratorios		
11	Registra complicaciones o enfermedades sobre agregadas		
12	Tiene epicrisis completa		
13	Registra responsable de acto de enfermería		
14	Enumera tratamientos y medicamentos administrados		
15	Registra funciones vitales y temperatura		
16	Describe justificación terapéutica y evolución del paciente		
17	Registra evolución		
18	Describe estado del paciente y hace plan de terapia		
19	Registra tratamiento ordenado y signos de alarma		
20	Redacción ordenada y letra legible		
21	Nombre completo y legible, identificación y sello claro de quien elabora la evolución en la historia clínica		
22	Ordenación general de la HC		
23	La historia tiene limpieza		
24	Todas las hojas están con nombre del paciente y número de historia clínica		

BAREMACIÓN

Dimensión	Items	Baremación
Identificación del Paciente	1,2,3	Óptima...3 cumplidos Regular...2 cumplidos Deficiente.1 cumplidos
Acto médico	4,5,6,7,8,9,10,11,12	Óptima...7 a 9 cumplidos Regular...4 a 6 cumplidos Deficiente.1 a 3 cumplidos
Registros de enfermería completos	13,14,15	Óptima...3 cumplido3 Regular...2 cumplidos Deficiente.1 cumplidos
Cumplimiento de normas sobre Registros	16,17,18,19,20,21	Óptima...5 a 6 cumplidos Regular...3 a 4 cumplidos Deficiente.1 a 2 cumplidos
Limpieza y orden	22,23,24	Óptima...3 cumplidos Regular...2 cumplidos Deficiente.1 cumplidos
Total	1 al 24	Óptima...17 a 24 cumplidos Regular...9 a 16 cumplidos Deficiente.1 a 8 cumplidos