

MIEMBROS JURADO DE TESIS

DR. MIGUEL IBAÑEZ RELUZ

Presidente

DR. WALTER LLIQUE DIAZ

Secretario

DR. FERNANDO RAO BENITES

Vocal

DR. CARLOS VENEGAS TRESIERRA

Asesor

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA, GINECO-
OBSTETRICIA, CIRUGIA Y PEDIATRIA, HOSPITAL GENERAL
DE JAÉN 2014.**

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR: ELMER JESUS NARVAEZ RODRIGUEZ

ASESOR: DR. CARLOS EDUARDO VENEGAS TRESIERRA

Trujillo – Perú

2015

DEDICATORIA

*A Dios quién guió mis pasos
día tras día y me
dio fuerzas para seguir
adelante y no claudicar ante las
adversidades*

*Con todo mi cariño y mi amor
a las personas que hicieron todo en la vida
para que yo pudiera lograr mis sueños,
por motivarme y darme la mano
cuando sentía que el camino se terminaba,
a ustedes por siempre
mi corazón y mi agradecimiento.*

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

Le doy gracias a mis padres Elmer y Belinda por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y por estar siempre a mi lado en todo momento, tanto los buenos como los malos.

A mis sobrinos, quienes inconscientemente siempre estuvieron ahí para darme ánimo y seguir adelante.

A mis amigos por haber compartido tantas experiencias a lo largo de todos los años de esta hermosa carrera.

A mi asesor, Dr. Carlos Eduardo Venegas Tresierra, por toda la orientación y ayuda brindada en la realización de este trabajo.

A todos y cada uno de mis docentes; por sus enseñanzas, su dedicación y su tiempo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría. Hospital General de Jaén durante el año 2014.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 384 historias clínicas del área de hospitalización pertenecientes a los 4 servicios en estudio.

Resultados: De manera general, de todas las historias estudiadas el 67.45% mostró un llenado aceptable, es decir, 259. Por área médica, Medicina fue la mejor en cuanto al llenado aceptable (69.5%), con una razón 6.20:1. En el llenado por mejorar, el más deficiente fue Gineco-Obstetricia, con 58.4% (73 casos) y una razón de 0.45:1. Las áreas de Medicina y Pediatría tuvieron mayores frecuencias absolutas de llenado aceptable en comparación a sus propios casos de llenado por mejorar, caso contrario fue para Gineco-Obstetricia y Cirugía. El mayor puntaje promedio sumado en cada parte de la historia clínica fue para Medicina con 88.3 y el menor para Gineco-Obstetricia, con 74.3.

Conclusiones: La calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización fue principalmente aceptable. Por área médica, la mayor calidad de registro fue para Medicina y la más deficiente para Gineco-Obstetricia.

Palabras Clave: Calidad, registro de la historia clínica, hospitalización.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of registration of medical records of hospital services Medical, OB-GYN, Surgery and Pediatrics. Jaen General Hospital during 2014.

Material and Methods: A quantitative descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 384 medical records of hospitalization area belonging to the 4 services under study.

Results: In general, all the stories studied, 67.45% showed an acceptable filling, ie 259. medical, medicine was the best in terms of acceptable fill (69.5%), with a ratio 6.20: 1. The filling for improvement, the poorer was Gynecology and Obstetrics, with 58.4% (73 cases) and a ratio of 0.45: 1. The areas of medicine and pediatrics had higher absolute frequencies filling acceptable compared to their own cases filler to improve, otherwise was for Obstetrics and Gynecology Surgery. The highest average score added in every part of the medical record was for Medicine with 88.3 and the lowest for Gynecology and Obstetrics, with 74.3.

Conclusions: The quality log cynical stories inpatient services was mostly acceptable. For medical area, the higher quality recording was for Medicine and the poorer for Gynecology and Obstetrics.

Key words: Quality, recording medical history, hospitalization.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS	
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	6
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	26
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	31
SUGERENCIAS	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXO I	38
ANEXO II	39
ANEXO III	
CUADRO n°1	42
CUADRO n°2	43
CUADRO n°3	44
CUADRO n°4	45
CUADRO n°5	46
CUADRO n°6	47

I. INTRODUCCION

No existe duda en el ámbito de la salud que la historia clínica es un instrumento fundamental en la atención del paciente y constituye el único medio formal para transmitir información entre los distintos miembros del hospital que intervienen en su asistencia. Y más allá de ser un instrumento de comunicación profesional se convierte incluso en un elemento fundamental para la investigación, la docencia, la gestión hospitalaria y para el ámbito jurídico-legal.

Dadas sus propiedades y atribuciones, dentro de los sistemas de salud contemporáneos que están enfocados y centrados en una cultura de calidad, la historia clínica se convierte entonces en un indicador del servicio que se brinda al paciente, por lo que su control es necesario como reflejo de una atención ideal.

La historia clínica no sólo es objeto de estudio por investigadores internacionales. Hoy en día en nuestro país, aunque aún de forma incipiente, se viene dando esta práctica. Y nuestro sistema de salud tampoco escapa a esta realidad, por lo que hoy en día existen normas técnicas que apoyan la correcta elaboración de ésta.

En el presente trabajo se determinó la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén durante el año 2014. Por ello se consideró adecuado tener un panorama general de la calidad de la historia, así como un conocimiento más a detalle sobre ésta según el área médica en la cual se brinda la atención de hospitalización. Además de ello, consideramos importante establecer los puntajes de cada una de las áreas médicas, para lo cual fue necesario calificar cada una de las partes de la historia clínica, según recomendaciones del Ministerio de Salud a través de sus normas técnicas.

Los resultados nos permitieron conocer las áreas médicas fuertes y débiles en cuando al correcto llenado de dicho documento, lo que facilitó llegar a las conclusiones y sugerencias respectivas.

1.1. Marco teórico:

El acto médico que realiza el profesional de la salud tiene como sustento a la historia clínica (H.C.) (1)

Hipócrates fue el primer médico que elaboró una historia clínica, luego de su muerte, este documento se dejó de usar. En el siglo XIX, la H.C. recobra importancia y su empleo se vuelve habitual, en el siglo XX se incorpora la historia clínica para cada paciente, siendo pionero en esta práctica el “St. Mary’s Hospital”. (2) Por su parte, en 1931 White planteó en sus escritos que los datos a obtener del enfermo debían determinarse con anterioridad y precisó qué tipo de información quería recoger mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios de laboratorio, confeccionando un documento que se asemeja a la Historia Clínica como la conocemos actualmente. (3)

Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona e intenta encuadrar el problema del paciente, orienta el tratamiento y posee un contenido científico de investigación, además de adquirir carácter docente. Constituye una de las formas de registro del acto médico y es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Como puede entenderse, este registro engloba diferentes aspectos, siendo trascendental su correcta elaboración. (4) La narración de los hechos puede ser obtenida directamente del paciente o de quien lo represente siempre y cuando sigan los pasos metodológicos conocidos como el método clínico (5)

La H.C. puede considerarse una compilación de hechos pertinentes sobre la vida e historia de la salud de un paciente, incluyendo enfermedades y tratamientos pasados y presentes. Es escrita por profesionales de la salud que contribuyen al cuidado del paciente. Comunica información sobre el progreso del paciente a los médicos y otros profesionales de la salud que proporcionan la atención. Para aquellos profesionales que lo atienden en subsecuentes ocasiones, la historia clínica proporciona información crítica, como la historia de la enfermedad y el tratamiento aplicado. (6)

La H.C. posee diversas características como ser de práctica obligatoria, su escritura no puede ser reemplazada por la memoria del médico, es privada y pertenece al paciente, por lo que involucra consideraciones éticas como confidencialidad, secreto profesional e información adecuada, esta última equivale al conocimiento de las alternativas de

tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido. (4) El titular de la H.C. es el paciente. Tiene derecho a requerir el conocimiento de su contenido. Sin su autorización no puede ser develada por el equipo médico ni por el establecimiento. (7) El acceso a la H.C. de un paciente corresponde a quienes necesitan la información para el mejor cuidado y tratamiento del enfermo y cierto personal autorizado como auditores, administrativos e investigadores con el permiso de las autoridades pertinentes. (8)

La historia clínica debe fundamentarse en la *lex artis*, locución latina que literalmente quiere decir ley del arte o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata. Se emplea para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento, por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido. Otro de sus fundamentos se refiere a su claridad, que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas de la H.C. y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente. Un aspecto adicional es la legibilidad, ya que uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. La H.C. debe ser completamente legible, por ello, es recomendable que las abreviaciones deben en lo posible evitarse y las firmas ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, con sello. La falta de legibilidad en el manuscrito es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsultas, sino para quien evalúa la actividad médica. (9) Otro aspecto más a considerar es la integridad y estructuración interna ya que no puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia sus diferentes partes y no solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes. (4) Una H.C. completa con todos los datos disponibles de los pacientes se convierte en una potente herramienta que puede ser usada en todos los niveles del sistema sanitario incluyendo el registro informático (10) y la evaluación de estas mediante técnicas estadísticas durante las evaluaciones y auditorias (11)

Dentro de los requisitos con los que debe cumplir una historia clínica también está la veracidad de ésta y que sea completa, ya que debe mantener datos suficientes y sintéticos de la patología y debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden

el acto asistencial. También debe contener todos los documentos integrantes de ésta. (12)

Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de éste, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar su calidad. (13) Los errores en la documentación, en la comunicación y en el registro de la H.C. conducen al error diagnóstico (14) Aparte debemos recordar que también es una fundamental herramienta probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas (15) En este ámbito la historia clínica constituye una herramienta médico-legal de primer orden al ser considerada como prueba principal en los procesos de responsabilidad profesional médica (16)

En el área de la salud, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios. Un elemento de vital importancia es mejorar la información. (17)

Donabedian define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. (18)

La mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y del acto médico en especial, se ha convertido en el principal objetivo de los sistemas sanitarios modernos y de los profesionales de la salud, lo que implica asumir un proceso continuo y autocrítico de evaluación, con el fin de identificar problemas y oportunidades de mejora de los cuidados prestados. Al logro de tal objetivo puede contribuir, indudablemente, la auditoría médica. Un instrumento inherente a la atención médica, sujeto a auditoría, es la historia clínica. (19)

Se define la auditoría clínica como el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, que incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos así como el uso de los recursos y resultados de los mismos. Es un intento de mejorar la calidad de

atención médica mediante la medición del desempeño de aquellos que brindan el servicio, considerando el desempeño en relación a estándares deseados y al mejoramiento continuo. (20)

En 1987 se tuvo la primera referencia de propuesta de inicio de auditoría médica en el Hospital Almenara, en Lima, Perú, a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, así como con asesorías a los hospitales María Auxiliadora y San Bartolomé. La auditoría médica cobra especial relevancia, cuando se enfrenta a una cultura con escasa autocrítica a pesar de las precisiones que hace la Ley General de Salud 26842. (21)

Una evaluación sistematizada, periódica y permanente de la calidad con que se presta la atención y de la satisfacción de sus usuarios es estratégica para la identificación, registro y seguimiento de los problemas hasta su solución, representando una metodología efectiva para mejorar la calidad en la prestación de los servicios. (22)

La evaluación de la calidad de atención de los pacientes en los servicios hospitalarios implica evaluar los registros y, basado en éstos, la atención médica propiamente dicha. (21)

Existen diversos estudios que han demostrado que la calidad de las historias clínicas influye directamente en la calidad de atención al paciente. Se ha considerado el buen desarrollo de las historias clínicas como un parámetro para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud. (1)

Así, la correcta administración y gestión de la Historia Clínica contribuye de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia. La Ley General de Salud menciona que los médicos deben confeccionar y actualizar una Historia Clínica detallada de cada paciente sobre la base de un formato universal actualizado, cuya aplicación es determinada por la institución o autoridad, de modo que permita el seguimiento de las patologías por cualquier otro profesional. (20)

Según las recomendaciones de la guía práctica de la Universidad de Queensland de Australia, hay varios aspectos que hacen a una historia clínica ser considerada de buena

calidad, estos son, el identificar claramente a la persona sobre la que se escribe, ser legible y estar disponible para ser comprendida por cualquiera que la utilice e identificar a las personas que han contribuido a su elaboración. (6)

La evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos. Un primer tipo de evaluación cuyo objetivo es lograr historias completas o de calidad. En este contexto, calidad, no es más que el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente. Para ello, se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia. A su vez dentro de este enfoque podemos distinguir dos tipos de análisis o revisión de la historia clínica: la revisión cuantitativa y la cualitativa. La revisión cuantitativa, en la que se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, la cumplimentación de los mismos, así como, otros aspectos tales como su ordenación. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva que es realizada por personal formado en Documentación Médica. La revisión cualitativa, es una evaluación con una mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos. (13)

Un segundo planeamiento consiste en la realización de una revisión cuantitativa o cualitativa de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores (servicios clínicos) para que conozcan los posibles déficits y se adopten las medidas de corrección, si procede, en la futura elaboración de las historias. Es decir, no se completan las historias en las que se han detectado las deficiencias. (13)

De acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP- V 02 establecida en el año 2005 por la Dirección ejecutiva de calidad en salud del Ministerio de Salud de nuestro País, se considera que, para la elaboración de la Historia Clínica, se debe tener en cuenta el nivel de atención y el tipo de prestación que brinda el establecimiento de salud y se determina que su estructura básica debe incluir en primer lugar la identificación del paciente: datos de filiación, número de H.C. y datos del establecimiento. También incluirá el registro de la atención de salud en base al uso de formatos para consignar la información de la atención, según la naturaleza del servicio que presta. Además debe considerarse la información complementaria, es decir,

documentación que sirve de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las atenciones realizadas (consentimiento informado, documentos de referencia-contrarreferencia, documentación de seguros, entre otros) También, se establece en forma individualizada los contenidos, según el formato de atención, ya sea formato en consulta externa, formato en emergencia, formato en hospitalización y ficha familiar. (23)

El Formato en Hospitalización debe incluir (I) Anamnesis, con fecha y hora de la atención, enfermedad actual, antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos, así como antecedentes familiares; (II) Examen clínico, con controles vitales, examen general y examen pélvico si es requerido; (III) Diagnóstico, incluye presuntivo(s) o de ingreso, definitivo(s), nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura; (IV) Tratamiento con fecha y hora, indicaciones terapéuticas prescritas, nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura; (V) Plan de trabajo, con exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología, pruebas especiales, interconsultas, procedimientos médicos, procedimientos quirúrgicos, fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta; (VI) Evolución, con fecha y hora, apreciación subjetiva y objetiva, verificación del tratamiento y dieta, interpretación y comentarios, decisiones, nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico; (VII) Hoja de autorización de ingreso, con nombre del establecimiento, datos de identificación del paciente o de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso: nombres y apellidos y DNI, firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI, nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica la hospitalización; (VIII) Epicrisis, incluye fecha y hora de ingreso, servicio, número de cama, diagnóstico de ingreso, resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito, procedimientos terapéuticos y diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos, complicaciones, fecha y hora del egreso, estadía total, tipo de alta, condición de egreso y pronóstico al alta, diagnóstico de egreso: principal y secundario, con sus respectivos códigos, información sobre mortalidad (si fuera el caso) indicando si se realizó necropsia y causas de muerte, nombres y apellidos, firma y sello del médico con el número de colegiatura. (20)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) establece los mecanismos y procedimientos para la realización sistemática de la auditoría médica en los hospitales de mediana y alta

complejidad e institutos especializados de la red, por lo que su objetivo es verificar el llenado completo de los formatos y la corrección de la forma de registros de la historia clínica así como evaluar la calidad de la información registrada en ellas. (23)

1.2. Antecedentes

A nivel internacional también se han realizado investigaciones que buscan evaluar la calidad de las historias clínicas, en Colombia en el año 2007 en UBA COOMEVA cabecera, un centro de salud de primer nivel, se elaboró un estudio en el que se revisaron 17005 historias de consulta externa, utilizando como parámetros una normativa estatal colombiana que categoriza a las historias clínicas como optimas, regulares y malas según el cumplimiento en el llenado de sus partes, calificando al 25,5% como optimas, el 28% como regulares y un 46, 5% como malas (24)

En el trabajo de corte transversal de Ariza y cols., publicado en 2009 en Colombia sobre evaluación de la calidad de la historia clínica de un programa de hipertensión arterial se encontró que en las historias clínicas no aparecía registrado el dato de escolaridad (94,5%), sólo en 177 (77%) se valoró el órgano blanco riñón, el corazón en 116 (53,5%) pacientes y la retina en 64 (29,5%) (25)

Un estudio efectuado en el 2009 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de San Juan Alicante de España, titulado: “Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna” de tipo descriptivo transversal, evaluó 186 historias clínicas elaboradas por los médicos del Servicio de Medicina Interna. Se usó una plantilla para evaluar 16 contenidos de ellas mediante una escala tipo Likert, encontrando un mejor registro de alergias y los hábitos vitales, luego de la identificación y corrección de los déficit en el registro de las H.C. se repitió el test encontrando que el *score* global mejoró de manera significativa (26)

En el año 2010 una investigación de tipo descriptivo transversal realizada en el Servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de Valladolid, en el que se revisaron 147 historias clínicas seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, de un total de 2177 ingresos del Servicio de Medicina Interna y teniendo como variables a evaluar antecedentes familiares, hojas de evolución, hábitos tóxicos, diabetes mellitus, consentimiento informado, indicaciones terapéuticas, hipertensión, informe de alta completo, notas de Enfermería, motivo ingreso, alergias, antecedentes personales y datos filiación, se observó que las variables con mayor cumplimiento fueron los datos

de filiación con un 100% de cumplimiento, antecedentes personales 99.4% y alergias 99.3%. Las variables con menor cumplimiento fueron los antecedentes familiares con un 11.8 % y hojas de evolución 27%. (27)

Herbas presenta en el año 2011 un trabajo de tesis que evalúa la calidad del registro de las historias clínicas en el hospital Salomón Klein de Cochabamba, en el cual se revisaron 60 H.C. de cada servicio de las cuales 30 fueron de hospitalización y 30 de consulta externa obteniendo como resultados que todos los servicios tienen un 77% de historias clínicas completas es decir que están debidamente llenadas y puestas en orden; en el área de hospitalización se encontró deficiencia en el consentimiento informado no existiendo en el 100% de H.C. en medicina interna, por otra parte si existe en más del 75% de H.C. en pediatría, cirugía y gineco obstetricia; en el servicio de cirugía no existe en un 100% de H.C. las notas de anestesiología. (28)

Una investigación de tipo descriptiva más reciente, elaborada en el año 2012 sobre análisis de los índices de calidad del Archivo de Historias Clínicas del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, tuvo como variables de calidad que el archivo debía ser centralizado, H.C. única por paciente y codificación de los diagnósticos y procedimientos de las altas. Concluyendo que el registro de H.C. cumplió con los requisitos mínimos exigidos. (29). También en el año 2012, Bastidas, y cols. llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal retrospectivo sobre auditoría a la calidad técnica de la historia clínica en un hospital de Valencia, dicha investigación incluyó historias de consulta externa, de hospitalización de los servicios de Urgencias, Pediatría, Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia además de los servicios de Unidad de Cuidados intensivos neonatales y pediátricos; las variables a evaluar fueron datos de filiación, antecedentes: médicos, quirúrgicos, alérgicos y gineco-obstétricos, tipo de riesgos de acuerdo al listado interno de la institución, motivo de consulta y enfermedad actual. Los parámetros de evaluación fueron óptimo si la H.C. cumple con el registro de más del 85 % de las variables, aceptable si cumple con 75% al 84%, deficiente con el 64% al 74% y muy deficiente si cumple con menos del 64%. En este estudio se concluyó que el servicio de Cirugía presentó la mayor adherencia al diligenciamiento de la H.C. con un 82% de registro de las variables propuestas. Consulta externa y Urgencias generales mostraron la más baja adherencia al diligenciamiento de H.C., obteniendo solo un 64% de cumplimiento cada uno. (30)

A nivel nacional, si bien la investigación sobre calidad de las historias es incipiente, observamos algunos trabajos realizados en los últimos años. Así, una investigación elaborada por Puestas-Sánchez y publicada en el 2012 evaluó la calidad técnica de las historias clínicas de los cuatro servicios básicos de hospitalización de un hospital de Essalud de Chiclayo, Perú. Dicha investigación fue descriptiva, retrospectiva y transversal, la calidad de las Historias clínicas se determinó considerando los criterios de la Norma Técnica de las Historias Clínicas del Ministerio de Salud. Fueron un total de 226 H.C. distribuidas entre los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, encontrando que la mayor proporción de historias pertenecieron al servicio de Obstetricia con 43,4% y el de menor proporción el servicio de Pediatría con 10,1%. La evaluación de la calidad por servicio mostró que el de Obstetricia presentó la mayor proporción de buena calidad con 28 casos (12,4%) y también la mayor proporción de mala calidad, con 70 (30,8%), además de una proporción de buena calidad total con 87 casos (38,5%) de historias evaluadas. La evaluación total de la calidad arrojó un valor de 38,5% del total. (31)

Un trabajo de tesis publicado en el año 2013 por Nikén de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo para determinar el nivel de calidad de registro de la historia clínica de un hospital de Trujillo, Perú, incluyó a 164, demostrando que el 99.4% de ellas fueron regulares y la sección de anamnesis presentó el nivel de calidad de registro más alto, con 97.4%, en tanto que la de anatomía patológica el más bajo, con 43.42%. (32)

En el año 2013, Zafra y cols. realizan un estudio en un centro de salud de primer nivel del Callao de tipo descriptivo y transversal a 91 historias de consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología, con este estudio se demostró que el 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar y el resto fue aceptable (33)

Una investigación publicada en el año 2014 por Matzumura en Lima Perú, de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal y retrospectivo en consultorios externos de medicina interna de una clínica privada, evaluó la calidad de registro de 350 H.C. Para ello se elaboró una ficha de auditoría de historia clínica de consultorio externo, la misma que fue adaptada de la Norma Técnica de elaboración de Historia Clínica del Ministerio de Salud. La ficha constó de dos partes; la primera recogió datos para identificar la H.C, el paciente y el médico tratante; firma, sello, fecha y hora de

consulta. La segunda recogió información sobre la calidad de la historia mediante 10 ítems, a los cuales se le asignó la puntuación de 10 si estaban presentes, 5 si estaban incompletos y 0 si no estaban presentes. Los ítems fueron pulcritud, legibilidad, anamnesis, antecedentes, signos vitales, examen físico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, diagnóstico y tratamiento. La puntuación final clasificó la variable calidad de registro de la H.C. en dos categorías: 'aceptable' si el puntaje era mayor o igual a 80, y 'falta mejorar' si dicho puntaje era menor a 80, tomando como elementos de sustento la escala valorativa de la norma técnica para calidad de registro de historia clínica aprobada por el Ministerio de Salud y teniendo en cuenta la disposiciones aprobadas por las autoridades de la clínica en estudio. El 63,8% de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Se concluyó que más de la mitad de las H.C. estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable. (1)

Antes de que el Ministerio de Salud elabore y publique la Norma Técnica 029, a nivel nacional ya se habían realizado estudios sobre la calidad de las historias clínicas. Cordero en el año 2004 realizó un estudio en un centro médico de ESSALUD del Distrito de Coischo en el Departamento de Áncash, los rubros evaluados fueron: Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento. Se concluyó que la calidad de las historias de este centro de salud es regular con un puntaje promedio de 69.40 puntos. (34). En el año 2006, Llanos, Mayca y Navarro investigaron la calidad de las historias en 4 hospitales públicos de nuestro país, mediante un estudio de tipo descriptivo transversal, se revisaron 390 H.C. en Lambayeque, 396 en Ica, 384 en Junín y 396 en Amazonas. Dicho estudio basó la calidad de las historias clínicas en el cumplimiento del registro de ciertas variables, es decir funciones vitales, síntomas de consulta, examen físico, diagnóstico del paciente, plan de trabajo, fecha y hora y firma y sello. Se encontró un registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de

fecha y hora en 13,70% y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%, observándose diferencias significativas entre los cuatro hospitales (35)

Tomando en cuenta los aspectos previamente citados en la literatura documentada, es de entenderse que algunos investigadores consideren que la historia clínica es un documento de prueba en los casos de responsabilidad médica, evaluando la conducta y cumplimiento de los deberes y procesos médicos, además constituye un elemento de estimación de la calidad de la práctica médica para las empresas u organizaciones prestadoras de servicios de salud, estableciendo un mecanismo importante para personal asistencial, siendo importante tener en cuenta que es la prueba eficaz en la defensa del profesional frente a cualquier cuestionamiento ético o jurídico. (36) Y podemos decir que, para el lado de la formación profesional, constituye no sólo un documento importante del que aprende el estudiante, sino un estilo y forma de ejercer a futuro la profesión médica.

1.3. Identificación del problema.

El Hospital General de Jaén es una institución de salud de categoría II – 1, perteneciente al MINSA, con una población asignada de 34,526 y un área de influencia en la Provincia Jaén, así como San Ignacio, Bagua, Cutervo, Huarmaca, Huancabamba y Chota. El número total de camas con el que cuenta es 71 y el índice de ocupación de camas en situaciones normales es de 63 %. En medicina se cuenta con 11 camas, en gineco-obstetricia 18, en cirugía-traumatología 14 y en pediatría y neonatología 28 camas. (37) Al registrarse diversos ingresos al servicio de hospitalización es obligatorio la elaboración de la historia clínica. No se cuenta con estudios, al menos recientes, que hayan determinado la calidad de llenado de dicho documento.

1.4. Justificación:

El presente trabajo busca identificar la calidad con la cual se redacta la historia clínica en el Hospital General de Jaén, específicamente en el área de hospitalización. El criterio de calidad a emplear está considerado en las fuentes de información obtenidas para esta investigación, el cual se refiere a que la historia clínica debe ser un documento completo, por lo que su llenado es el aspecto a evaluar.

El llevar a cabo la investigación tiene como base los escasos estudios publicados al respecto, que motiva a generar datos actualizados en beneficio no sólo de la propia institución sino también de los mismos profesionales y de los pacientes atendidos en ésta.

Este trabajo es relevante debido a que el hospital en estudio tiene un alto índice de ocupación de camas y la historia clínica es el documento de elaboración obligatoria para cada uno de los pacientes que llegan a hospitalizarse.

Como parte de nuestra formación profesional, la realización de esta investigación deja un aporte teórico y metodológico valioso. Por el lado teórico nos ayuda a reforzar nuestro conocimiento sobre todos los aspectos que deben ser registrados en la historia clínica, además de conocer la realidad sobre la calidad de ésta en el lugar de estudio y, por el lado metodológico, aporta una manera formal de medición de la calidad en base a un instrumento propuesto legalmente en el sistema de salud, lo que nos motiva a llevar a cabo el proceso con orden y estructura adecuada.

1.5. Problema:

¿Cuál es la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría. Hospital General de Jaén durante el año 2014?

1.6. Hipótesis:

No se plantean por el tipo de estudio.

1.7. Objetivos:

1.7.1. General:

Determinar la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén durante el año 2014.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Establecer la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría, según

tipo de cumplimiento general del llenado de la historia clínica en el Hospital General de Jaén durante el año 2014.

2. Clasificar la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría según tipo de cumplimiento del llenado por área médica en nuestro lugar de estudio.
3. Identificar el puntaje promedio de las partes de la historia clínica según área médica de la institución estudiada.

II.-MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Material:

Población diana:

Historias clínicas de pacientes del servicio de hospitalización.

Población de estudio:

Historias clínicas de pacientes del servicio de hospitalización que acuden al hospital General de Jaén durante el 2014.

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas Registradas y pertenecientes al periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2014.
- Pertenecientes al servicio de hospitalización de las especialidades de medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia y cirugía.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas mutiladas o deterioradas.
- No ubicables al momento de la captura de información.
- De pacientes referidos de otra institución de salud.

2.2. Muestra:

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico aleatorio estratificado, tomando en cuenta el porcentaje de cada servicio.

UNIDAD DE ANALISIS: Historia clínica del paciente del área de hospitalización del Hospital General de Jaén.

UNIDAD DE MUESTREO: Historia clínica del paciente del área de hospitalización del Hospital General de Jaén durante el 2014.

TAMAÑO MUESTRAL: Se utilizó la fórmula para población infinita.
(38)

Donde:

$Z\alpha = 1.96$ al 95% de confianza

$d = 0.05$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

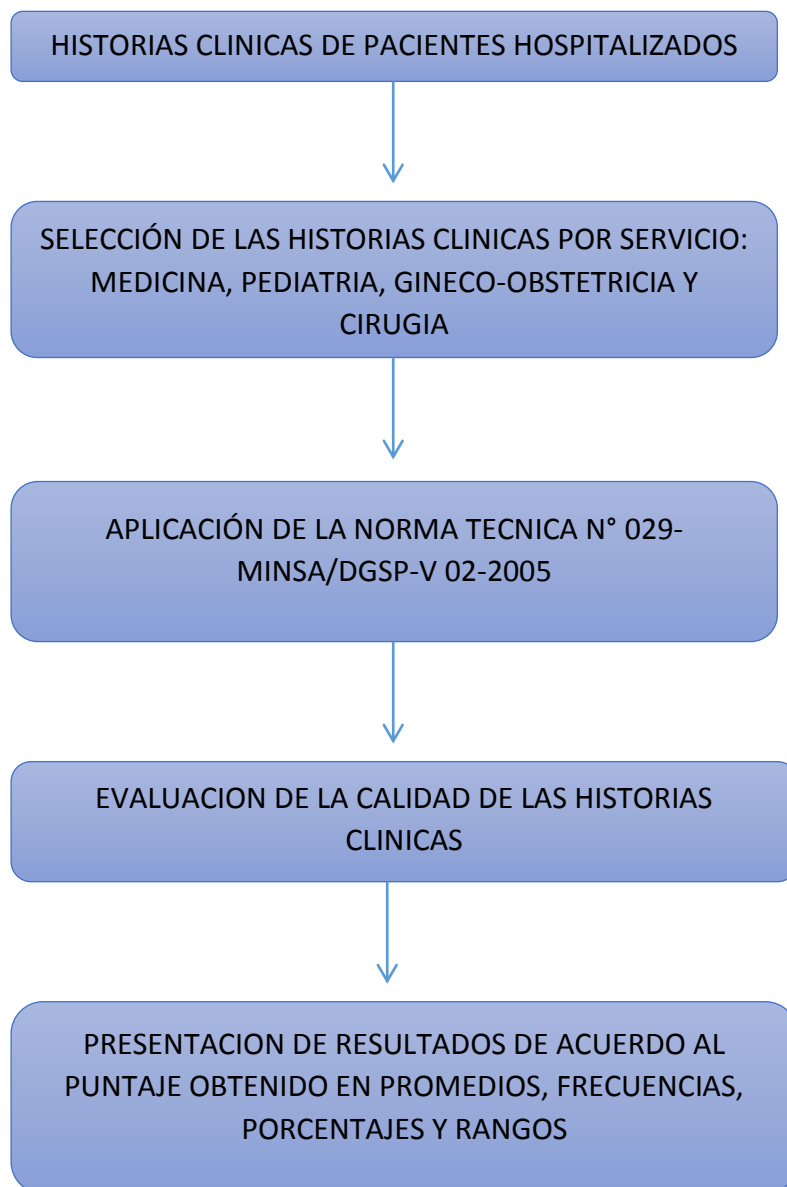
$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

$$n = 384$$

2.3. Metodo:

2.3.1. Tipo de estudio: Cuantitativo descriptivo, retrospectivo.

2.3.2. Diseño Específico: Descriptivo transversal.



2.4. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
Calidad del registro de las historias clínicas	Cualitativa	Nominal	Puntaje promedio obtenido mediante la aplicación de la N.T. N°029 en las historias del servicio de Medicina	Aceptable : ≤ 80 Por mejorar: < 80
	Cualitativa	Nominal	Puntaje promedio obtenido mediante la aplicación de la N.T. N°029 en las historias del servicio de Pediatría	Aceptable : ≤ 80 Por mejorar: < 80
	Cualitativa	Nominal	Puntaje promedio obtenido mediante la aplicación de la N.T. N°029 en las historias del servicio de Cirugía	Aceptable : ≤ 80 Por mejorar: < 80
	Cualitativa	Nominal	Puntaje promedio obtenido mediante la aplicación de la N.T. N°029 en las historias del servicio de Gineco-Obstetricia	Aceptable : ≤ 80 Por mejorar: < 80
Puntaje promedio de las partes por área médica	Cuantitativa	Continua	Historia clínica de las cuatro áreas médicas	En números arábigos

2.5. Definición de variables

- Calidad del registro de historias clínicas:

Definición conceptual: Forma de auditoria de la calidad de los registros médicos de la historia clínica

Definición operacional: está dada por la evaluación de las historias clínicas aplicando la norma técnica N°029 MINSA/DGSP-V2-2005

Para la evaluación del registro de las historias clínicas se tomara en cuenta:

- Tipo de cumplimiento general del llenado de la historia clínica: Situación determinada en base a la ponderación del investigador sobre la cantidad de

información consignada en la historia clínica de manera general en los cuatro servicios de hospitalización, que puede ser aceptable o por mejorar, según la Norma Técnica 029 del Ministerio de Salud para la Auditoría de la Calidad de Atención del servicio de hospitalización.

- Tipo de cumplimiento del llenado por área médica: Situación ponderada por el investigador sobre la cantidad de información consignada en la historia clínica pertenecientes de manera independiente a las áreas de Medicina, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía del Hospital General de Jaén y que puede determinarse como aceptable o por mejorar según lo recomendado en la Norma Técnica 029 del Ministerio de Salud para la Auditoría de la Calidad de Atención del servicio de hospitalización.
- Puntaje promedio de las partes de la historia por área médica: Valor obtenido del promedio de ponderación de las historias clínicas del servicio de hospitalización en relación a sus partes: estudio clínico, diagnósticos, notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas, notas de enfermería, tratamiento, evolución y complicaciones y atributos propios de la historia clínica y que pertenecen por separado a las áreas de Medicina, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía del Hospital General de Jaén, en base a la Norma Técnica 029 del Ministerio de Salud.

2.6 Procedimientos:

- Previo permiso escrito del Director del Hospital General de Jaén, se procedió a identificar las historias clínicas que pertenecieron al servicio de hospitalización, tal permiso se adjunta en el ANEXO I
- Se procedió a identificar adicionalmente las áreas médicas de Medicina, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía para su correcta separación.
- Una vez divididas, se aplicó la técnica de observación directa y sistemática para determinar la condición de cada una de las historias, cuyos datos fueron registrados en nuestro instrumento de recolección de datos.
- El instrumento de recolección de datos se denominó ficha de recolección de datos y se basó en la Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de hospitalización propuesta por el Ministerio de Salud (MINSA) en su Norma Técnica 029 (39). Al ser un documento propuesto para el medio nacional se

consideró un instrumento validado y de aplicación práctica. La ficha en cuestión constó de tres partes. La primera sobre datos generales y respuesta abierta, la segunda trata de datos de la auditoría con tres ítems y respuestas abiertas y la tercera gran parte se relaciona a las observaciones que el investigador o auditor obtiene de la historia clínica en base a siete grandes ítems: estudio clínico, diagnósticos, notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas, notas de enfermería, tratamiento, evolución y complicaciones y atributos propios de la historia clínica, todos ellos con alternativa de respuesta cerrada y puntuación individual para cada tópico a evaluar. La puntuación mínima era cero y la máxima ciento tres. La calidad del registro se consideró aceptable si la puntuación obtenida era igual o mayor a 80 y por mejorar si era menor a este valor. Dicho instrumento de recolección se adjunta en el ANEXO II

- Se vaciaron los resultados en un archivo Excel 2013 para su posterior análisis estadístico y con ello se generaron los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

2.7 Análisis e interpretación de la información:

Una vez recolectados los datos en nuestro instrumento de recolección se hará uso del programa estadístico SPSS v 22.0.

2.7.1. Estadística descriptiva:

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Para ello se hizo uso del cálculo de frecuencias. Además se utilizaron medidas de tendencia central en base al cálculo de la media. Se aplicó también el cálculo de la razón.

Las herramientas para la presentación final de los resultados consistieron en representaciones tabulares.

2.8 Consideraciones éticas:

Se tomó en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki.

El investigador se comprometió en mantener la confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, conservando de esta manera el anonimato de los pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas.

El presente proyecto de investigación no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales. Por lo tanto no se utilizó un consentimiento informado para realizarlo, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos.

Para acceder a los archivos se solicitó el permiso necesario a la autoridad correspondiente donde se llevó a cabo el estudio. Así también, el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de medicina humana a la que pertenece el investigador.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 86 considera que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que fue otro de los aspectos a considerar por el investigador. (40)

III.- RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de historias clínicas de pacientes del área de hospitalización atendidos en el Hospital General de Jaén pertenecientes al periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2014.

A dichas historias se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión y, de un total de 5355 pertenecientes a los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina, se obtuvieron 384 de forma probabilística estratificada divididas por demanda porcentual según el servicio, de acuerdo a lo propuesto para nuestra investigación.

Según los objetivos de nuestro trabajo se determinó, en primer lugar, la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén en base al tipo de cumplimiento general de su llenado durante el año 2014, el cual se presenta en el **Cuadro N°1**.

Se observa que el servicio de hospitalización tuvo un tipo de cumplimiento de llenado de manera general aceptable, independientemente del área médica, con 67.45% de las 384 historias estudiadas.

De manera específica, en el siguiente cuadro se clasificó la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría según tipo de cumplimiento del llenado por área médica en nuestro lugar de estudio el cual se presenta en el **Cuadro N°2**, se obtiene una Razón: 6.20 (Medicina); 0.45 (Gineco-Obstetricia); 0.7 (Cirugía); 3 (Pediatría) respectivamente

Se observa que el área de Medicina presentó el 69.5% de todas las historias clínicas clasificadas con un tipo de cumplimiento de llenado aceptable y el área de Gineco-Obstetricia presentó la mayor frecuencia de historias con un tipo de cumplimiento de llenado por mejorar. Sólo las áreas de Medicina y Pediatría tuvieron mayores frecuencias absolutas de llenado aceptable.

En el caso de Gineco-Obstetricia y Cirugía los casos de tipo de llenado por mejorar fueron más frecuentes que sus casos aceptables.

Se identificó el puntaje promedio de las partes de la historia clínica según área médica:

Se observa que el puntaje promedio de las partes de la historia clínica en el servicio de medicina suma 88.3, lo cual es aceptable. **(CUADRO N°3)**

El puntaje promedio de las partes de la historia clínica del área de Gineco-Obstetricia es de 74.3, lo que se considera como un llenado por mejorar. **(CUADRO N°4)**

Se observa que el puntaje promedio de las partes de la historia clínica del área de Cirugía es de 78.3, igualmente por mejorar. **(CUADRO N°5)**

El puntaje promedio de las partes de la historia clínica del área de Pediatría es de 86.0, lo cual es aceptable. **(CUADRO N°6)**

IV. DISCUSIÓN

Nuestro trabajo determinó la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén durante el año 2014 expresada a través del tipo de cumplimiento de llenado de dicho documento. Debemos precisar que la calidad es un término amplio que puede ser medida desde diferentes aspectos, sin embargo en nuestro caso se adoptó una forma de medición según recomendaciones del ministerio de salud de nuestro país, de acuerdo a sus normas técnicas (20), donde se hacen indicaciones específicas de los aspectos que deben ser calificados en cada una de las partes de la historia clínica según ponderación pre-establecida. Por este motivo, nuestro trabajo sigue esta línea de determinación de la calidad.

Por otro lado, se debe mencionar que las 384 historias fueron divididas proporcionalmente según la demanda de cada uno de los servicios propuestos. Así, para el caso de Medicina se estudiaron 209 historias clínicas, para Gineco-Obstetricia 106, para el caso de Cirugía 17 y para Pediatría 52.

Como pudimos apreciar en el primero de nuestros resultados, pertenecientes al cuadro N°1 sobre tipo de cumplimiento general del llenado de la historia clínica, se mostró un resultado tomando de manera global al servicio de hospitalización, independientemente del área médica de nuestro hospital estudiado. La única finalidad de la interpretación de los resultados bajo este punto de vista era la de informar la manera en que la calidad es percibida a través del expediente clínico considerando al servicio de hospitalización con una visión sistémica. Si lo vemos desde este panorama se aprecia que la mayoría de historias clínicas tienen un tipo de llenado aceptable, ya que en conjunto arrojó un valor de 67.45%. Nuestra forma de observación inicial puede ser contrastada con un estudio nacional descriptivo y transversal llevado a cabo por Zafra y cols. en el año 2013 en 91 historias de consulta externa de los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología, donde se demostró que el 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar y el resto fue aceptable (33), dato que es contrario a nuestros resultados, aunque debe precisarse que el servicio estudiado fue distinto ya que se trató de consulta externa.

Habiendo apreciado de forma general la calidad de la historia clínica a través de su llenado, el siguiente aspecto especificado en nuestros resultados identificó al área médica dentro del servicio de hospitalización, de acuerdo a nuestro cuadro N°2.

Al hacer la división por tipo de cumplimiento pudimos observar que las áreas de Medicina y Pediatría tuvieron mayores frecuencias absolutas de llenado aceptable en comparación a sus propios casos de historias por mejorar. En el caso de Medicina la frecuencia fue de 180 vs. 29, es decir 1 historia por mejorar por cada 6 historias aceptables y en el segundo servicio 39 vs. 13, es decir 1 historia por mejorar de cada 3 aceptables. Por el contrario, el servicio de Cirugía mostró más casos por mejorar en comparación a aquellos aceptables (7 vs. 10), es decir que por cada 1.4 historias por mejorar hubo una aceptable. Finalmente el servicio de Gineco-Obstetricia fue observado como el más deficiente debido a que los casos por mejorar fueron 73 frente a 33 aceptables, lo que indica que por cada historia aceptable hubo 2.21 por mejorar o, lo que es lo mismo, por cada 0.45 historias clínicas aceptables se presentó 1 por mejorar. Estos resultados nos llevan a la sugerencia de favorecer un mejor llenado para los casos de Gineco-Obstetricia y Cirugía. En un estudio nacional previo llevado a cabo por Puentes-Sánchez publicado en el año 2012 en un hospital de Essalud de Chiclayo que estudió la calidad de las Historias clínicas determinada por los criterios de la Norma Técnica del Ministerio de Salud se identificó al servicio de Ginecología-Obstetricia como el que presentó la mayor proporción de mala calidad, con 70 (30,8%) (31) coincidiendo con nuestra investigación en la cual el servicio de Gineco-Obstetricia también obtuvo el mayor porcentaje de mala calidad en el registro. En nuestro caso, establecimos la razón matemática entre historias con un llenado aceptable y por mejorar, lo que nos permitió establecer al servicio mencionado como el de menor calidad de llenado. Además de ello, de 125 historias por mejorar identificadas en el área de hospitalización de manera global, el servicio de Gineco-Obstetricia abarcó más de la mitad de éstos, es decir 58.4%, incluso superior al resultado encontrado por Puentes-Sánchez.

Un dato adicional en nuestro trabajo consistió en la determinación del puntaje promedio de cada área médica según las diferentes partes de la historia, como son estudio clínico, diagnósticos, notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas, notas de enfermería, tratamiento, evolución y complicaciones así como atributos de la historia clínica. Se pudo apreciar en los cuadros N°3, 4, 5 y 6 que la media de cada una de las partes varió, sin embargo debemos tomar en cuenta que de acuerdo con ponderación previamente establecida, cada parte recibía una calificación distinta. Lo trascendental de estos promedios fue que permitieron determinar de manera general la sumatoria de cada área médica en cuanto a la calidad del llenado. El servicio de Gineco-Obstetricia tuvo el

puntaje más bajo, es decir 74.3 por lo que quedó clasificada de forma general con calidad por mejorar en el llenado de la historia. Cirugía fue la segunda área deficiente, ya que se identificó un promedio de 78.9. Por el contrario, el área de Medicina arrojó 88.3 de puntaje promedio, siendo la mejor de todas, seguida de Pediatría con 86. Para el caso de Gineco-Obstetricia debemos agregar que en la parte correspondiente a estudio clínico, los antecedentes ocupacionales y los antecedentes personales no patológicos fueron los que menos se llenaron; en relación a los diagnósticos la mayoría no especificó clasificación CIE; en cuanto a las notas de evolución, cerca de la mitad de historias no las contenía; en la mayoría de historias no hubo datos de soporte sintomático, que corresponde a la parte de tratamiento, así como una amplia mayoría no contuvo especificaciones sobre las indicaciones, de hecho fue el factor más deficiente y, entre otros aspectos la letra ilegible también fue preocupante. En el área de Cirugía pudimos detectar en muchos casos la ausencia de antecedentes ocupacionales, notas de evolución, datos sobre el balance hídrico, así como una amplia mayoría sin especificaciones sobre las indicaciones, que corresponde a la parte de evolución y complicaciones; también hubo una frecuencia importante de casos con letra ilegible. Un aspecto adicional a tomar en cuenta es que la persona a cargo de llenar la historia clínica en el interno de medicina, lo que podría sugerirnos la falta de supervisión del profesional a cargo.

Debemos considerar que nuestra investigación tuvo limitaciones según el diseño establecido y el tiempo para el registro y análisis de los datos, así como en la presentación de nuestros resultados, los cuales se basaron estrictamente en los objetivos planteados, se debe mencionar la huelga médica del año 2014, la cual postergo muchos procedimientos quirúrgicos electivos, reduciendo el número de hospitalizaciones en todos los servicios pero en especial en el servicio de cirugía.

De acuerdo a nuestro estudio los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia obtuvieron un mayor porcentaje de historias clínicas con mal registro, ambos servicios con necesidades predominantemente quirúrgicas, que impide a los médicos de turno la correcta supervisión del registro de las historias clínicas por parte de los internos y demás personal de salud.

V. CONCLUSIONES

1. Se incluyeron 384 historias clínicas, siendo 106 de Gineco-Obstetricia, 52 de Pediatría, 209 de Medicina y 17 de Cirugía, según proporción establecida por demanda de cada área médica.
2. El tipo de cumplimiento general del llenado de la historia clínica mostró que 259 (67.45%) fueron aceptables, sin distribución por área médica.
3. En cuanto al tipo de cumplimiento del llenado de la historia por área médica, dentro de la categoría aceptable el área de Medicina fue la mejor, con 180 casos (69.5%). Dentro de la categoría por mejorar, el servicio de Gineco-Obstetricia fue el más deficiente, con 73 casos (58.4%). Sólo las áreas de Medicina y Pediatría tuvieron mayores frecuencias absolutas de llenado aceptable en comparación a sus propios casos de llenado por mejorar. El mejor servicio fue Medicina, con una razón de 6.20:1. El servicio más deficiente fue Gineco-Obstetricia con 33 casos aceptables (12.7% de todos los casos así catalogados) y 73 casos por mejorar (58.4% de todos los casos de dicha categoría) y una razón de 0.45:1 respectivamente.
4. El puntaje promedio por cada parte de la historia clínica sumó de mayor a menor para el caso de Medicina 88.3; 86.0 en el caso de Pediatría, 78.9 para Cirugía y 74.3 para Gineco-Obstetricia.

VI. SUGERENCIAS

1. Se sugiere mayor supervisión en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia y Cirugía para verificar el correcto llenado de la historia clínica.
2. La correcta capacitación del interno de medicina se hace necesaria por medio de charlas o talleres que favorezcan una mayor habilidad y aptitud para el llenado.
3. Se sugiere hacer especial énfasis en el llenado de los antecedentes ocupacionales y personales no patológicos, así como seguir una guía para la correcta clasificación del padecimiento. Las notas de evolución, datos de soporte sintomático, que corresponde a la parte de tratamiento, indicaciones e incluso aspectos de caligrafía como una letra legible también deben ser tomados en cuenta.
4. La sugerencia anterior debería ser tomada en cuenta no sólo a nivel de prácticas hospitalarias durante el año de internado médico sino previamente, es decir, en la formación dentro del aula universitaria.
5. Se sugiere también la realización de otros estudios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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, 2010-2011. *An Fac med.* 2014; 75(3):251-7.
2. Bacallao-Martínez G, Bello-Medina B. El método clínico, situación actual. Revisión Bibliográfica. *Acta Medica del Centro (Cub)* 2014; 8(2)131-138.
3. Cruz-Hernández J, Hernández-García P, Dueñas-Gobel N, Salvato-Dueñas A. Importancia del método Clínico. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38(3):422-437
4. Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012; 27:15-24.
5. López A. Ética e Historia Clínica. *Ética y Cine Journal* 2012; 2(3): 21-26.
6. Health Information Systems Knowledge Hub School of Population Health, The University of Queensland (Aus). Documenting medical records. A handbook for doctors. Australia: Econnect Communication 2013. [citado 10 Ene 2015] Disponible en: URL: http://www.uq.edu.au/hishub/docs/Handbook/MR%20Handbook_17April.pdf
7. Varas J, Hering A, Demetrio A. Ficha clínica: Composición y manejo-Registros clínicos. *Rev Obstet Ginecol (Chil)* 2010; 5(1):57-61
8. Beca J. Confidencialidad y Secreto Medico. Santiago: Centro de Bioética Universidad del Desarrollo; 2012
9. Alcaraz-Agüero M, Nápoles-Román Y, Chaveco-Gerra I, Martínez-Rondón M, Coello-Agüero J. La historia clínica: Un documento Básico para el personal médico. *Medisan* 2010; 14(7):1017-1023
10. Reyes-García B, Rodríguez-Fajardo A, Thomas-Carazo E, Raya-Berral L, Gastón-Morata J, Molina-Díaz R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Med fam Andal.(Esp)* 2012; 13(2):42-50
11. Asensio-Villahoz P, Vicente-Vírseda Evaluación de un archivo de historias clínicas mediante la aplicación de métodos de control estadístico de la calidad. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85(4):391-404
12. Amórtegui M, Gaviria E, Guerrero E, López L. Auditoría de la calidad de las historias clínicas del servicio de hospitalización de un hospital militar de

- Colombia durante el primer semestre de 2009. Universidad Autónoma de Bucaramanga y Universidad CES. [tesis de grado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga-Colombia 2010.
13. Velito A, Tejada S. La historia clínica como instrumento de calidad. Auditoría Médica Hoy. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán 2010; Buenos Aires, Argentina; 2010. p. 1-26. [citado 10 Ene 2015] Disponible en: URL: <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca.asp>
 14. Alvarado-Guevara A, Flores-Sandí G. Errores médicos. Acta méd costarric. 2009; 51(1):16-23
 15. Manrique I, López M. La historia clínica en las demandas. Rev Colomb Gastroenterol 2010; 19(1)37-43.
 16. Martínez-Cabrera M. Aspectos Médicos-Legales de la Historia Clínica. Técnico Superior Sanitario de Documentación Sanitaria. Malaga-España 2011
 17. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014; 30(2):179-183.
 18. Llinás A. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 143-154.
 19. Bocanegra S, Bocanegra G, Cáceres V. Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el Hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. Rev. Med. Vallejana. 2008; 5(2): 115-124.
 20. Ministerio de Salud. Auditoría para el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales. Lima: Publimagen ABC sac; 2010.
 21. Pablo-Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Rev Soc Peru Med Interna 2008; 21 (2): 51-54.
 22. Gogeoascoechea-Trejo M, Pavón-León P, Blázquez-Morales M, Blázquez-Domínguez C, Rabatte-Suárez I. Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario. Rev Med UV 2009: 5-10.
 23. MINSA. Auditoría médica en los hospitales de mediana y alta complejidad e institutos especializados del MINSA (documento de trabajo). [citado 10 Ene 2015] Disponible en: URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:A1Cjaf0VqbkJ:www.mi>

nsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/01%2520Directiva%2520de%2520Auditoria%2520M%25C3%25A9dica.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

24. Gómez-Gutiérrez R, Gonzales-León Y. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA Coomeva-Cabecera 2008. [tesis de postgrado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga-Colombia 2008.
25. Ariza A, Castaño J, García D, Giraldo J, Hoyos J, Lezama N, et al. Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo a indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, Clínica ASSBASALUD La Enea (ESE) 2004-2007. Archivos de Medicina (Col) 2009; 9(1): 35-42.
26. Wikman P, Safont J, Merino A, Martínez-Baltanás M, Matarranz del Amo E, López-Calleja. Intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas en un Servicio de Medicina Interna. Rev Clin Esp.2009;209(8):391-395
27. Delgado-Márquez A, Polo-Polo M, Villa-Caballero J, Andreu-Román M, Fernández-Espinilla V, Hernán-García C. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna. Gest y Eval Sanit (Esp) 2014;15(1):33-39
28. Herbas-Hinojosa L. Evaluación de la calidad de Registro del expediente clínico del Hospital Salomón Klein-Gestion 2011[tesis de postgrado]. Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba-Bolivia 2011.
29. Espinar-Martínez J, Rodríguez-Cortéz G, Espinar-Martínez L. Análisis de los índices de calidad del Archivo de Historias Clínicas del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. Andalucía-España 2012.
30. Bastidas-Mutiz M, Benavides-Ortega E, Mera-Escobar J. Auditoria a la calidad Técnica de la historia Clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. para el año 2012.[Tesis de Postgrado]. Universidad EAN. Popayán-Colombia 2013.
31. Puestas-Sánchez P, Díaz-Nolasco M, Díaz-Vélez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital Essalud de Chiclayo. 2008-2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA 2012; 5(2): 5-10.
32. 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.
33. 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.
34. Cordero-Borja R. Auditoria en un centro médico de ESSALUD con sistema de gestión hospitalaria. [tesis de postgrado]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú 2004.
 35. Llanos-Zavalaga L, Mayca-Pérez J, Navarro-Chumbes G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos 2006. Rev Med Hered. 2006; 17(4):220-226
 36. Ayala S, Pérez A, Pineda Z, Rueda A. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la Clínica Regional del Oriente de la Policía Nacional. Instituto de Ciencias de la Salud CES y Universidad Autónoma de Bucaramanga. [tesis de grado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga-Colombia 2007

Bibliografía complementaria:

37. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Comisión Europea. Plan de emergencia hospitalario a emergencias sanitarias y desastres. Hospital General de Jaén 2011. [citado 12 Ene 2015] en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0CFsQFjAM&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fper%2Fimages%2Fstories%2FDengue2011%2Fphrd_jaen.pdf&ei=zj60VKmeKYmngwS32oGIAQ&usg=AFQjCNHQGTrSLWmYJ_FXxZXcvW2bhbD0IA
38. Fernández P. Determinación del tamaño muestral. CAD ATEN PRIMARIA 1996; 3: 138-14.
39. Ministerio de Salud. Norma Técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud; 2005. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 [citado 12 Ene 2015] Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fdgs%2Fdocumentos%2Fdecs%2F2006%2FAuditoria%2FNT_Auditoria_029_MINSA_DGSP.pdf&ei=smCzVJ24MoWqgwTvx4OYBQ&usg=AFQjCNFekLIU4Q50CMUIK4w881Mt6u9fPw

40. [Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología.](#) [citado 12 Ene 2015]

Disponible

en:

URL:

http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cmp.org.pe%2Fdoc_norm%2Fcodigo_etica_cmp.pdf&ei=NXe0VPTyF8yzggSeuIPACA&usg=AFQjCNGfOfjDSFeCtxVq2BIPHBVIVEjRvA

ANEXO I

SOLICITO: PERMISO PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN

Dr. Gastón Campos Urbina:

Yo, Elmer Jesús Narváez Rodríguez, interno de Medicina del Hospital General de Jaén, la Facultad de Medicina de la UPAO, identificados con DNI: 46135130, respectivamente, me presento respetuosamente ante Ud. y expongo:

Que por motivo de realización de mi proyecto de tesis el cual se titula: **“CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2014”**, solicito a Ud. La Autorización correspondiente para poder revisar las historias clínicas de pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, Pediatría, Gineco-obstetricia y Cirugia de su digna institución.

Por lo expuesto, espero contar con su apoyo y permiso

Jaén, 22 de Enero del 2015

FIRMA

DNI:

ANEXO II

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE ACUERDO A LA NORMA TÉCNICA N° 029 MINSA/DGSP-V 02-2005

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:

FECHA:

II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:

CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:

DIAGNÓSTICO:

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLÍNICO:

NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO

a) Filiación: Estándar/No aplicable: 2 Insuficiente: 1 No existe: 0

b) Antecedentes personales no patológicos: Estándar/No aplicable: 2 Incompletos: 1 No existe: 0

c) Antecedentes personales patológicos Estándar/No aplicable: 2 Incompletos: 1 No existe: 0

d) Antecedentes epidemiológicos Estándar/No aplicable: 2 Incompletos: 1 No existe: 0

e) Antecedentes ocupacionales Estándar/No aplicable: 1 No existe: 0

f) Enfermedad Actual:

Completa y concordante con los problemas de ingreso: 5 Incompletas: 3 Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso: 2 No existe: 0

g) Examen Clínico:

Completa y concordante con la enfermedad actual: 6 Incompleto: 3 Incompletos y no concordante con la enfermedad actual: 2 No existe: 0

h) Nota de ingreso Completa: 2 Incompletas: 1 No existe: 0

i) Plan de Trabajo Completo: 2 Incompleto: 1 No existe: 0

SUB.TOTAL "A" :

B) DIAGNÓSTICOS:

a) Presuntivo/s: Estándar/No aplicable: 5 Incompletos: 3 No existe: 0

b) Definitivo/s: Estándar/No aplicable: 8 Incompletos: 5 Incompletos y no oportunos: 2 No existe: 0

c) Uso del Código CIE "X" Estándar/No aplicable: 2 No: 0

SUB.TOTAL "B" :

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

a) Notas de evolución Completas: 5 Incompletas: 3 No existe: 0

b) Exámenes de laboratorio Estándar/No aplicable: 4 completos y no oportunos: 2 excesivos: 1 Incompletos: 0

c) Exámenes radiológicos Estándar/No aplicable: 4 completos y no oportunos: 2 excesivos: 1 Incompletos: 0

d) Interconsultas Estándar/No aplicable: 4 No oportunas: 2 excesivas: 1 Insuficientes: 0

SUB.TOTAL "C":

D) NOTAS DE ENFERMERÍA

a) Evoluciones de enfermería Completas: 2 Incompletas: 1 No existe: 0

b) Hoja de funciones Vitales Completas: 2 Incompletas: 1 No existe: 0

c) Hoja de balance hídrico Completas: 2 Incompletas: 1 No existe: 0

SUB.TOTAL "D" :

E) TRATAMIENTO:

a) De soporte o sintomático Estándar/No aplicable: 6 Insuficiente: 4 excesivos: 2 No existe: 0

b) Etiológico Estándar/No aplicable: 10 Insuficiente: 5 excesivos: 3 No existe: 0

SUB-TOTAL "E":

F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

- a) Evolución: Estándar/No aplicable: 5 Desfavorable esperada: 2,5 Desfavorable no esperada: 0
- b) Complicaciones: Estándar/No aplicable: 5 Impredecibles: 2 Evitables: 0
- c) Estancia Adecuada: 3 Insuficiente: 1 Prolongada: 0
- d) Alta: Estándar/No aplicable: 2 No oportuna: 1 No existe: 0
- d) Especifica indicaciones del Alta Estándar/No aplicable: 2 Incompletas: 1 No existe: 0

SUB-TOTAL "F" :

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

- a) Registra Consentimiento informado Si: 1,5 No: 0
- b) Pulcritud: Estándar/No aplicable: 1 No: 0
- c) Registro de la hora de Atención Estándar/No aplicable: 1 No: 0
- d) Letra legible Estándar/No aplicable: 1 Irregular: 0,5 Nunca: 0
- e) Registra Médico tratante Estándar/No aplicable: 1 No: 0
- f) Sello y firma del médico Estándar/No aplicable: 3 Sólo alguno: 1 No existe: 0

SUB.TOTAL "G":

TOTAL:

CALIFICACIÓN:

- ACEPTABLE: IGUAL O MAYOR DE 80
- POR MEJORAR: MENOR DE 80

ANEXO III

CUADRO N°1:

TIPO DE CUMPLIMIENTO GENERAL DEL LLENADO DE HISTORIAS CLINICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAEN 2014

TIPO DE CUMPLIMIENTO GENERAL DEL LLENADO	N° DE CASOS	FRECUENCIA
ACEPTABLE	259	67.45%
POR MEJORAR	125	32.55%
TOTAL	384	100.0%

Fuente: Historias del Archivo Clínico de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014

CUADRO N°2:**TIPO DE CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA
POR ÁREA MÉDICA**

AREA MEDICA	TIPO DE CUMPLIMIENTO DEL LLENADO					
	ACEPTABLE			POR MEJORAR		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
MEDICINA	180	69.5%	180	29	23.2%	29
GINECO- OBSTETRICIA	33	12.7%	213	73	58.4%	102
CIRUGÍA	7	2.7%	220	10	8.0%	112
PEDIATRÍA	39	15.1%	259	13	10.4%	125
TOTAL	384					

Razón: 6.20 (Medicina); 0.45 (Gineco-Obstetricia); 0.7 (Cirugía); 3 (Pediatria)

Fuente: Historias del Archivo Clínico de los servicios de hospitalización de Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014.

CUADRO N°3**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN 2014**

PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA	PUNTAJE	RANGO	ESTANDAR
	MEDIA		
ESTUDIO CLÍNICO	20.1	13-24	24
DIAGNÓSTICOS	13.1	5-15	15
NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	14.7	8-17	17
NOTAS DE ENFERMERÍA	5.7	4-6	6
TRATAMIENTO:	14.2	3-16	16
EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	14.9	9-17	17
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	5.6	2-8,5	8,5
TOTAL	88.3	57-99	

Fuente: Historias del Archivo Clínico del servicio de hospitalización de Medicina del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014.

CUADRO N°4**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN 2014**

PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA	PUNTAJE	RANGO	ESTANDAR
	MEDIA		
ESTUDIO CLÍNICO	17.7	11-23	24
DIAGNÓSTICOS	12.1	7-15	15
NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	14.3	7-17	17
NOTAS DE ENFERMERÍA	4.5	4-6	6
TRATAMIENTO:	10.9	2-15	16
EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	8.4	9-17	17
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	6.4	2-8,5	8,5
TOTAL	74.3	59.5-88.5	

Fuente: Historias del Archivo Clínico del servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014.

CUADRO N°5**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN 2014**

PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA	PUNTAJE	RANGO	ESTANDAR
	MEDIA		
ESTUDIO CLÍNICO	18.4	13-21	24
DIAGNÓSTICOS	12.5	10-15	15
NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	14.5	10-17	17
NOTAS DE ENFERMERÍA	5.0	4-6	6
TRATAMIENTO:	12.2	5-16	16
EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	9.3	5-14	17
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	7.0	4.5-8,5	8,5
TOTAL	78.9	68.5-87.5	

Fuente: Historias del Archivo Clínico del servicio de hospitalización de Cirugía del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014.

CUADRO N°6**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN 2014**

PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA	PUNTAJE	RANGO	ESTANDAR
	MEDIA		
ESTUDIO CLÍNICO	20.3	15-23	24
DIAGNÓSTICOS	12.6	5-15	15
NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	14.9	9-17	17
NOTAS DE ENFERMERÍA	5.8	5-6	6
TRATAMIENTO:	14.2	7-16	16
EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	12.5	6.5-17	17
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	5.7	1-8,5	8,5
TOTAL	86.0	67.5-98	

Fuente: Historias del Archivo Clínico del servicio de hospitalización de Pediatría del Hospital General de Jaén, 1 al 31 de diciembre 2014.