

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA Y DE SERVICIOS
DE SALUD**



Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con
mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud

Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio
externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera

Autor: Bach. Flores Vento, Diana Guisselle

Asesor: Mg. Mormontoy Laurel, Wilfredo

LIMA-PERÚ

2020

PÁGINA DEL JURADO

Resolución Directoral N° 982-2019-EPG-D, asigna al jurado evaluador.

PRESIDENTE : Mg. Campos Rivero, Oscar Alberto

MIEMBRO : Mg. Aldo Lama Morales

MIEMBRO : Mg. Gunther Balarezo López

Dedicatoria

A María Ángela, Ángela, Ramona y Almendra por su infinita paciencia. Las estaciones siempre están cambiando, pero nuestro jardín siempre florece.

Agradecimiento

Agradezco a M.A.R.A. el constante que me acompaña.

A mi asesor, el Ing. Wilfredo Mormontoy por su gran apoyo que hizo posible concluir este proyecto.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	10
-------------------	----

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Importancia y Justificación del estudio.....	14
1.4. Delimitación del estudio	15
1.5. Objetivos generales y específicos.....	15

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Histórico.....	17
2.2. Investigaciones relacionadas con el tema.....	20
2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	31
2.4. Definición de términos básicos.....	39
2.5. Hipótesis.....	40
2.6. Variables.....	40

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo, método y diseño dela investigación.....	44
3.2. Población y muestra.....	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.4. Recolección de datos.....	46
3.5. Descripción de procedimientos de análisis.....	47

CAPITULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados.....	48
4.2. Análisis de resultados.....	60

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones.....	68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
---------------------------------	----

ANEXOS.....	74
-------------	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1	Resultado general de la auditoría de registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.	49
Tabla 2	Registro de los “datos clínicos” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	50
Tabla 3	Registro de “Diagnóstico” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	52
Tabla 4	Registro de “Plan de Trabajo” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	53
Tabla 5	Registro de “evolución” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	54
Tabla 6	Registro de “Atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	56
Tabla 7	Registro de las variables “Datos de identificación” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	57
Tabla 8	Registro de variables “datos clínicos” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	58
Tabla 9	Registro de variables “diagnóstico” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	58
Tabla 10	Registro de variables “plan de trabajo” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	59
Tabla 11	Registro de variables “evolución” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....	59

Tabla 12
Registro de variables “atributos de la historia clínica” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.....60

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	
Resultado general auditoría de registro de las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	49
Gráfico 2	
Registro de “datos clínicos” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	51
Gráfico 3	
Registro de “Diagnóstico” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	52
Gráfico 4	
Registro de “Plan de Trabajo” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	53
Gráfico 5	
Registro de “evolución” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	55
Gráfico 6	
Registro “Atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.....	56

RESUMEN

La auditoría es un proceso de evaluación constante, no punitiva, que busca establecer la calidad del área auditada y garantizar la mejora continua.

Objetivos: Evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se evalúan 368 historias clínicas mediante muestreo aleatorio simple, y se aplica la ficha técnica elaborada de 42 ítems, dividida en 6 secciones: datos de identificación, datos clínicos, diagnóstico, plan de trabajo, evolución médica y atributos de la historia clínica. Se considera “aceptable” cuando las historias clínicas auditadas presentan un cumplimiento \geq al 80% de las variables evaluadas y “por mejorar” cuando no superan ese valor.

Resultados: 169 historias clínicas auditadas (46%) presentaron un registro “aceptable” y 199 (54%) presentaron un registro “por mejorar”. Por secciones, las historias clínicas calificaron como aceptables de la siguiente manera: datos clínicos 39% (144), diagnóstico 53% (195), plan de trabajo 85% (313), evolución 88% (325) y atributos de la historia clínica 60% (229).

Conclusiones: En el presente estudio, más de la mitad de las historias clínicas presentan una calidad de registro “por mejorar”. La sección “datos clínicos” es la que muestra el registro más bajo y las secciones “evolución” y “plan de trabajo” presentan el registro más alto.

PALABRAS CLAVE: Auditoría, historias clínicas, calidad de registro, consultorio externo, psiquiatría.

ABSTRACT

The process of Audit is a constant, non-punitive, evaluation, which seeks to establish the quality of the audited area and ensure continuous improvement.

Objectives: To assess the Psychiatry outpatient office's registration quality of medical records at the Víctor Larco Herrera hospital.

Materials and methods: quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional study. Three hundred and sixty-eight (368) records were selected through simple random sampling and evaluated with an Audit sheet of 42 items, divided into 6 sections: identification data, clinical data, diagnosis, plan of work, medical evolution and attributes of the clinical history. Records with compliance $\geq 80\%$ of the evaluated variables were rated as 'acceptable', and all others as 'need to improve'.

Results: One hundred sixty-nine audited records (46%) were rated as "acceptable" and one hundred ninety-nine records (54%) were rated as "need to improve". By sections, records were rated "acceptable" as follows: clinical data 39% (144), diagnosis 53% (195), plan of work 85% (313), evolution 88% (325) and attributes of the clinical history 60% (229).

Conclusions: In the present study, more than half of the medical records were rated as "need to improve". The section that showed the lower registry is "clinical data" and the sections that showed the highest registry were "evolution" and "plan of work".

KEY WORDS: Audit, medical records, quality of registry, outpatient setting, Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es una herramienta de gestión de la calidad, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de los estándares vigentes. Busca mejorar los procesos mediante la identificación de las debilidades, para posteriormente plantear soluciones a las mismas. La auditoría bajo ninguna situación tendrá fines punitivos.

En el acto médico y en la relación médico paciente, la historia clínica funciona como una herramienta de utilidad asistencial (documenta prestaciones), administrativa (auditoria) y legal (civil y penal), siendo de suma importancia contar con los registros médicos oportunos y pertinentes que permitan evidenciar las prestaciones realizadas.

A nivel nacional el contenido de la historia clínica se encuentra regulada mediante la “Norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica”, y la auditoría mediante la “Norma técnica de gestión de la calidad en salud”, sin embargo, estas no especifican el contenido mínimo exigible para una historia clínica en salud mental o los parámetros para realizar en ellas una auditoría de registros asistenciales, dejando estas decisiones a potestad de cada institución, lo cual tiende a generar un pobre uso de las mismas.

Para la Organización mundial de la salud (OMS) la salud mental es una prioridad y a nivel nacional, se encuentra dentro del listado de prioridades sanitarias. Al estar constituida por una población vulnerable, se busca garantizar el acceso a una atención de calidad, fuertemente ligada al derecho a la salud de las personas.

El Hospital Víctor Larco Herrera es una institución prestadora de salud especializada en salud mental (prioridad sanitaria nacional). Conocer la calidad del registro asistencial en las historias clínicas del consultorio externo de mayor demanda (psiquiatría), permitirá plantear mejoras que beneficien a los usuarios, su calidad de atención, facilitar el trabajo de los profesionales de la salud, y generar un antecedente de estudio de auditoría de registro específico para salud mental, el cual es inexistente en nuestro contexto nacional.

Se realiza el presente estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, transversal en una muestra de 368 historias clínicas de consultorio externo de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del período mayo – julio 2015, para determinar de manera confiable y verificable la calidad del registro asistencial. Se elige el consultorio externo de psiquiatría por ser el de mayor demanda de atención en comparación con los otros servicios de consulta externa (psicología y servicios médicos complementarios). El objeto de estudio es la historia clínica, documento técnico asistencial, administrativo y legal de mayor relevancia en la atención médica. Se evaluó la calidad del registro global de las historias clínicas y por secciones de datos clínicos, diagnóstico, evolución, plan de trabajo y atributos de la historia clínica.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción del Problema

El objetivo de todo establecimiento de salud es brindar una atención de calidad a la población, las cuales deben quedar registradas en las historias clínicas. La historia clínica es un documento médico legal que refleja el estado de salud de los pacientes, estando el personal de salud obligado a realizar un registro detallado y legible del mismo en la historia clínica. La auditoría de la calidad del registro de las historias clínicas permite encontrar debilidades y plantear mejoras que garanticen una adecuada gestión de las historias clínicas en las instituciones prestadoras de salud. La auditoría debe ser ejecutada en forma periódica y de acuerdo a los parámetros establecidos en la “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” (NT N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02). Sin embargo, la Norma Técnica no brinda parámetros específicos para ejecutar la auditoría en las Historias clínicas de Salud Mental. Del mismo modo, no especifica un número mínimo de historias clínicas a ser auditadas por servicio, dejando estas decisiones a potestad de cada institución. No obstante, el grado de libertad otorgado para el desarrollo de las auditorías puede generar un pobre uso de las mismas.

El Hospital Víctor Larco Herrera es una institución prestadora de servicios en salud orientada al cuidado de la salud mental. Globalmente, el servicio de consulta externa presenta una gran demanda de pacientes, superando las 80 000 atenciones anuales y con tendencia al crecimiento. La oferta de los servicios de consulta externa incluye medicina general, ginecología, medicina física y rehabilitación, neurología, odontología, psicología y psiquiatría. Los consultorios externos de mayor demanda son psicología (23,400) y psiquiatría (40,938), agrupando más del 75% de todas las atenciones (1,2). La gran demanda de pacientes puede comprometer la calidad de la atención cuando supera la oferta disponible, una situación que se observa en casi todos los hospitales a nivel nacional.

La calidad de la atención puede reflejarse en el estado de las historias clínicas. En el Hospital Víctor Larco Herrera, los datos de identificación son ingresados automáticamente por el área de admisión, por lo que se encuentran completos en las historias clínicas. Los registros médicos tienden a ser detallados en el área de hospitalización, sin embargo, lo contrario es percibido por el personal en los consultorios externos. Ante este escenario, donde los datos de identificación ya son ingresados por el área de admisión; es necesario determinar de manera confiable y verificable la calidad del registro global y por secciones (datos clínicos, diagnóstico, plan de trabajo, evolución y atributos de la historia clínica), de los profesionales responsables de las atenciones en consulta externa de psiquiatría, mediante una auditoría de la calidad del registro de un período representativo del año 2015.

1.2. Formulación del problema:

En concordancia con lo descrito en los párrafos previos, se plantean las preguntas del problema de la siguiente manera:

1.2.1. Problema General: ¿Cuál es la calidad del registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la calidad del registro de los “datos clínicos” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?
2. ¿Cuál es la calidad del registro “diagnóstico” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?
3. ¿Cuál es la calidad de registro del “plan de trabajo” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?
4. ¿Cuál es la calidad de registro de la “evolución médica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?

5. ¿Cuál es la calidad de los “atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?

1.3.Importancia y Justificación del estudio:

La auditoría es definida como un proceso de evaluación constante, no punitiva, que busca garantizar la mejora continua. La historia clínica es un documento médico legal primordial para la atención médica; debe ser ordenada y compilar toda la información necesaria para facilitar la atención al individuo y su familia. A mayor información disponible, menor riesgo de eventos adversos de cualquier naturaleza que pudieran afectar al paciente. De igual manera, puede ser la defensa del personal asistencial ante un peritaje (la omisión del registro de cualquier acción realizada durante la atención médica, es valorada como la inexistencia de la misma). La Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud no brinda instrumentos o parámetros específicos para la auditoría de las historias clínicas de Salud Mental, tampoco especifica un número mínimo de historias clínicas a ser auditadas por servicio, dejando estas decisiones a potestad de cada institución. No obstante, el grado de libertad otorgado para el desarrollo de las auditorías puede generar un pobre uso de las mismas.

Para la auditoría de registro asistencial se toma en cuenta a los servicios de mayor riesgo, a los servicios de mayor producción y los que tuvieran como antecedente el mayor número de quejas, reclamos o denuncias. La consulta externa de psiquiatría ha sido elegida como el área problema al estar dentro de los parámetros previamente mencionados: es la de mayor demanda, con más de 40 000 atenciones anuales, superior a la de consulta externa de psicología. Por otro lado, la percepción del personal indicaría que, a diferencia de las historias clínicas de hospitalización, no tienden a ser registradas de manera detallada.

La relevancia del presente estudio se encuentra en que las historias clínicas correctamente registradas, influyen de manera positiva en la atención, seguimiento y seguridad del paciente; siendo necesario para evaluar la calidad de registro la aplicación de una auditoría de registro con un instrumento orientado a salud mental, ya que la norma

nacional vigente carece de formatos de auditoría de registro por especialidades, y la cantidad de historias clínicas a ser auditadas debe estar correlacionada con el gran volumen de atenciones realizadas por la consulta externa de psiquiatría en el hospital. Urge establecer de manera confiable y verificable cuál es la calidad del registro de historias clínicas en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera mediante una auditoría de registro.

Determinar la calidad del registro de las historias clínicas permitirá implementar medidas de mejora en la institución y en la calidad de la atención a la población. Un buen registro de las historias clínicas permite establecer un mecanismo de defensa para los profesionales asistenciales ante los peritajes de las atenciones que se puedan presentar. Del mismo modo, permite un mayor conocimiento, análisis y seguimiento de los casos. Es decir, los usuarios de la consulta externa de psiquiatría serán beneficiados al mejorar la calidad de atención, y los profesionales asistenciales serán beneficiados al verse protegidos ante los peritajes.

1.4. Delimitación del estudio:

El estudio se delimitó a evaluar la calidad del registro de las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del Perú, en el período mayo a julio del año 2015.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivos General

Evaluar la calidad del registro de las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la calidad del registro de los “datos clínicos” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.

2. Determinar la calidad del registro “diagnóstico” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.
3. Determinar la calidad de registro del “plan de trabajo” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.
4. Determinar la calidad de registro de la “evolución médica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.
5. Determinar la calidad de los “atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

Se han encontrado antecedentes históricos de la auditoría desde el año 1750 a.c. El rey Hammurabi de Babilonia, castigaba drásticamente a los galenos cuyos pacientes tuvieran una pobre evolución. El reconocimiento de haber realizado la primera auditoría clínica ha sido otorgado a Florence Nightingale, por su labor durante la guerra de Crimea en 1853, quien mejora los estándares de limpieza reduciendo notablemente la mortalidad de los pacientes, luego de haber realizado una auditoría. Ernest Codman es considerado el primer auditor médico al haber realizado un monitoreo continuo a los resultados quirúrgicos en 1912(3,4).

En 1955 Virgil N. Slee, socializa y difunde el procedimiento de la auditoría como parte de la Educación Médica Continua, considerándola un recurso para menguar la morbilidad general. En 1963, se llegó a aplicar la Auditoría Médica hasta en 281 Hospitales de 41 Estados de Estados Unidos, con lo que se amplía notablemente el alcance logrado en 1950 de sólo 15 establecimientos. En 1980 se logra generalizar la auditoría a todos los hospitales modernos, utilizando métodos básicos que se estandarizan con resultados satisfactorios (3).

En cuanto al Reino Unido, el reporte Cogwheel de 1967 sobre mortalidad materna y el servicio de consejería hospitalaria en 1969 (HAS: Hospital Advisory Service), constituyen los primeros esfuerzos de implementar la auditoría, siendo el escrito “Trabajando para los pacientes” un hito en la historia del desarrollo de la Auditoría Médica (3).

En Perú inician los reportes de auditoría en la década del 70. Los reportes fueron realizados en el Hospital General Base de Abancay en el año 1971 y en el año 1979 en el Hospital Nacional Manuel Núñez Butrón de Puno. Existen compendios como “El libro de resúmenes del Seminario Taller sobre Auditoría Médica” desarrollado

por el Colegio Médico del Perú y la Escuela Nacional de Salud Pública en agosto de 1979, el cual compagina los reportes realizados, recalcando la falta de material estándar para escribir en la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica, la propuesta de aprobación de un formato de una historia clínica por el Colegio Médico y la propuesta de organizar Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica a cargo del Consejo Nacional del Colegio Médico (3,5).

La primera referencia de haberse efectuado una propuesta para el inicio de una Auditoría Médica se da en 1987 en el Hospital Almenara, a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, y generó una reestructuración del archivo de historias clínicas. Adicionalmente, asesoran al Hospital María Auxiliadora en el adecuado registro clínico y al Hospital San Bartolomé sobre la historia clínica perinatal simplificada (3, 5).

Con estos antecedentes, José Piscoya, el Directorio del Hospital Almenara y la Junta Directiva del Cuerpo Médico establecen las bases de un Servicio de Auditoría Médica, y es el referente obligado a nivel nacional con sus doce publicaciones sobre temas de la especialidad (3).

En el territorio nacional, el marco normativo que actualmente rige la Auditoría es la “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” NT N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 aprobada con Resolución Ministerial N.º 502-2016/MINSA, decretado el 15 de Julio del 2016. La norma incluye la evaluación de los registros asistenciales y las auditorías de caso (6), sin embargo, al igual que su predecesora, la NT N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.01 del año 2005, no cuenta con parámetros específico para realizar auditorías por especialidades (7).

La “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” es aplicable a todas las instituciones prestadoras de salud (IPRESS). El Hospital “Víctor Larco Herrera”, al ser una institución prestadora en salud especializada en salud mental, categorizada como nivel III – 1 por la Dirección de Salud Lima Centro en el año 2006 (8), se encuentra dentro del ámbito de aplicación de la norma.

La Organización Mundial de la salud (OMS) considera la atención en salud mental una prioridad y en el año 2012, la 65.a Asamblea Mundial de la Salud acoge la resolución “WHA65.4. Carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países”. Al estar constituida por una población vulnerable, se busca garantizar el acceso a una atención de calidad, respetando el derecho a la salud de las personas. A raíz de esta resolución, la OMS elabora el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, el cual repercute en las políticas, leyes, planes, estrategias y programas de los estados miembros (9). Actualmente la salud mental forma parte de la lista de problemas sanitarios que deben priorizarse en el Perú, acorde al cumplimiento de la agenda internacional y el análisis situacional en salud nacional (10).

El Hospital Víctor Larco Herrera tiene el privilegio de ser la primera institución especializada en salud mental creada en Latinoamérica y en el Perú. Fue creado en el año 1918 por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y en el año 1966 se incorpora al Ministerio de Salud (11). Otro punto relevante en la historia del Hospital Larco Herrera fue el convenio con el Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2013. Si bien la cobertura SIS le permitió al país elevar el acceso de los pacientes a la atención en salud mental, el cambio en el modelo de atención generó serios problemas administrativos a los hospitales, ya que expuso las debilidades en los sistemas informáticos. El cambio fue drástico, de pronto los errores en el registro de las historias clínicas, formatos o digitación tendrían consecuencias económicas para la institución. Esto generó una presión para implementar mejoras, sin embargo, hubo resistencia a los cambios en muchos profesionales, señalando que la mayor documentación de los casos aumentaría su carga administrativa. No obstante, las instituciones y el SIS continuaron con las capacitaciones y sensibilización que permitieron la implementación del SIS y mejoras de sistema informático (12,13).

El hospital, como parte del Ministerio de Salud, debe alinearse a sus políticas de gestión de la calidad en salud, resaltando la sexta política de “implementación del

sistema de gestión de la calidad en salud” en las instituciones prestadoras de salud (14). Este sistema de gestión de la calidad está compuesto por 4 componentes: planificación, información, organización y garantía con mejoramiento. Dentro del componente de garantía y mejoramiento encontramos a la auditoría, la cual debe ser realizada para la evaluación del proceso de atención en salud, a fin de promover la calidad y mejora continua de las prestaciones (15).

Se han dado políticas para la priorización de la salud mental en el país que incluyen la creación de centros comunitarios en salud mental (16), sin embargo, la todavía escasa oferta de servicios de salud mental, afecta al Hospital Víctor Larco Herrera, generándole una gran demanda de servicios, pudiendo repercutir en la calidad de los servicios prestados. Según el compendio Estadístico del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del año 2014, existen 511 hospitales a nivel nacional (17), sin embargo, sólo dos de ellos son especializados en Salud Mental y un instituto (Hideyo Noguchi). La Defensoría del Pueblo ha realizado informes de supervisión en materia de salud mental en el Perú, evaluando los cuatro componentes del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad. El informe menciona que, si bien el Ministerio de Salud reportaba 55 hospitales con oferta de servicios de salud mental, sólo 26 de ellos contaban con especialistas en psiquiatría, lo cual reafirma la escasa oferta de servicios de salud mental en el país (18).

En cuanto a la evaluación del componente calidad, el informe de la Defensoría del Pueblo evalúa el consentimiento informado para los tratamientos e internamientos en las historias clínicas del Hospital Víctor Larco Herrera, los cuales encuentra deficientes de acuerdo a las exigencias de Norma Técnica de Gestión de las Historias clínicas, lo cual estaría relacionado con la calidad del registro en las historias clínicas de la institución. (18)

2.2. Investigaciones relacionadas con el tema

Se presentan 16 estudios como antecedentes. Diez internacionales, de los cuales sólo dos fueron realizados en hospitales de salud mental, y seis nacionales realizados en hospitales generales. No se evidencian antecedentes de estudios sobre la calidad de los registros médicos en las historias clínicas realizados en hospitales de salud mental a nivel nacional.

- Thalitaya et al. (2015), realizaron un estudio titulado “medical record documentation in a learning disability in-patient unit”, con el objetivo de evaluar la documentación de registros médicos en la unidad de internamiento para pacientes con trastorno del aprendizaje, en el Hospital psiquiátrico Coppice de Londres (Reino Unido). En cuanto a la metodología, se evaluaron los registros de los pacientes internados durante el periodo Octubre – Noviembre del año 2014, totalizando 6 historias clínicas y 51 notas médicas. Las variables a evaluar fueron nombre, fecha de nacimiento, número de seguro, nombre del responsable del paciente en todas las hojas, nombre, firma y sello del médico en todas las notas, fecha y hora, registros adicionales refrendados y con hora, espacios en blanco soberrrayados, errores soberrrayados, firmados y con hora. Como resultados encontraron que los nombres de los pacientes se documentan al 100%, la fecha de nacimiento en un 96%, el nombre del responsable del paciente en un 94%, la fecha de la atención en el 100%, la hora en 77.3%, el nombre del médico en la evolución 86.4% y la firma del médico en un 100%. En el 28.6% de los errores de registro corregidos se señaló la fecha de corrección y el 85.7% de estos fueron firmados. Del total de espacios en blanco solo el 41.1% fueron soberrrayados. Se concluye que la mayoría de parámetros se cumplen de manera adecuada y ligeros errores fueron detectados en la fecha de nacimiento, nombre del responsable del paciente, horas y firmas. (19)
- Narvaez E (2015) realizó un estudio titulado “calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén 2014” (Perú), con el objetivo de

evaluar la documentación de las historias clínicas (HC). En cuanto a la metodología, el estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo; con una muestra aleatoria de 384 historias clínicas de los 4 servicios durante el periodo enero-diciembre 2014. Los criterios a evaluar son tomados de la ficha de auditoria de registro de la norma técnica de auditoría de calidad en salud del MINSA del año 2005. La documentación se consideró como “aceptable” si los registros médicos eran $\geq 80\%$ y “por mejorar” $<80\%$. Como resultados encontraron que, de manera general, las historias estudiadas mostraron un registro “aceptable” en el 67.5% (259 HC). Medicina tuvo el mejor resultado en registro “aceptable” (69.5%). En el registro por mejorar, resalta el resultado de Gineco-Obstetricia con 58.4% (73 HC). Medicina y Pediatría presentan un resultado superior en las frecuencias absolutas de registro “aceptable” comparado a “por mejorar”, lo opuesto se observó en Gineco-Obstetricia y Cirugía. Concluye que la calidad del registro de las historias clínicas de los servicios de hospitalización fue principalmente aceptable. Por áreas médicas, Medicina tuvo la mejor calidad de registro, y la más deficiente fue Gineco-Obstetricia (20).

- Saravi et al. (2014) realizaron un estudio titulado “Documentation of Medical Records in Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2014: a Quantitative Study”, con el objetivo de evaluar la documentación de los registros médicos en 16 hospitales de la Universidad de Ciencias Médicas de Mazandaran (Irán). En cuanto a la metodología, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo, con una muestra aleatoria de 381 historias clínicas. La documentación se consideró “buena” si los registros médicos superaban el 95 - 100%, “promedio” si los registros médicos se encontraban entre 75 – 94%, y “pobre” si los registros médicos se encontraban por debajo del 75%. Se evaluó el registro de las historias clínicas mediante 4 parámetros: los datos de admisión, resumen, historia médica y las notas de evolución. Como resultados encontraron que el 62% de los registros médicos se encontraban en la categoría de “pobre”, y no hubo gran diferencia en el promedio de registros de los hospitales evaluados.

Se concluye que la documentación de los registros médicos se encuentra en la categoría de “pobre” y se debe realizar esfuerzos para mejorar la condición (21).

- Matzumura J et al. (2014) realizaron un estudio titulado “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”, cuyo objetivo es acorde al título del estudio. En cuanto a la metodología, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Se obtienen 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, sometidas a una ficha de auditoría de 10 ítems para un total de 100 puntos. Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas “aceptables”, las restantes como “falta mejorar”. Como resultados encontraron que el 63,8% (206 HC) de las historias tenían una calidad de registro “aceptable”, mientras que el 36,2% (117 HC) tuvo una calidad de registro “falta mejorar”. Las variables “diagnóstico” y “tratamiento completo” fueron las que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en las historias con registro “aceptable” (64,6% y 62,6% respectivamente) como en aquellas con registro “falta mejorar” (20,5% y 23,1% respectivamente). La “firma y sello del médico tratante” fue la variable mejor registrada en ambas categorías (99,5% en las historias clínicas con registro “aceptable” y 93,2% en las historias con registro “falta mejorar” respectivamente). Concluyen que más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro “aceptable” (22).
- Zafra J et al. (2013) realizaron un estudio titulado “Calidad de Registro en Historias Clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú” con el objetivo de evaluar la calidad de registro de las historias clínicas. En cuanto a la metodología, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo; con una muestra por conveniencia de 91 historias clínicas de los consultorios externos de Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología. Se aplicó el instrumento de auditoría de registro aprobado en la “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” del año 2005 de 39 variables, considerando “aceptable” aquellas

historias clínicas que obtuvieron 50 o más puntos, y aquellas con menor de 50 puntos se consideraron “por mejorar”. Como resultados encontraron que el 85,7% de las historias clínicas calificaron “por mejorar” y el 14,3% calificaron como “aceptable”. Resalta que las variables de la sección evolución presentan un registro >85%. Se concluye que la calidad de registro de las historias clínicas del Centro de Salud se encuentra en la categoría “por mejorar” y sugiere la revisión del instrumento de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, con el fin de adaptarlo a cada especialidad (23).

- Bastidas M, Benavides E y Mera J (2012) realizaron un estudio titulado “Auditoría a la calidad Técnica de la Historia Clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E”, con el objetivo de evaluar la calidad técnica del registro dentro de las historias clínicas por parte del personal médico en un hospital de Valencia, España. En cuanto a la metodología, se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó un muestreo aleatorio probabilístico sistemático por servicios, obteniendo historias clínicas de consulta externa (67 HC), hospitalización (67 HC), Urgencias (67 HC), Cirugía (67 HC) y los servicios de Unidad de Cuidados intensivos neonatales (63 HC) y pediátricos (58 HC). El registro de las historias clínicas se consideró “óptimo” si superaba el 85%, “aceptable” si cumple con 75% al 84%, “deficiente” con el 64% al 74% y “muy deficiente” si cumple con menos del 64%. Se consideraron 3 parámetros de evaluación: Datos de identificación del usuario, registros específicos de la atención y la calidad del registro. Como resultados encontraron que el registro de la historia clínica por servicios fue la siguiente: cirugía 82%, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales 68%, Urgencias 67%, hospitalización 64%, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 62% y Consulta externa 54% (incumplimiento del registro de riesgos, conciliación medicamentosa, signos vitales y medidas antropométricas). Se concluye que el servicio con mayor adherencia al diligenciamiento de la historia clínica es cirugía con un 82% y el de menor adherencia es Consulta externa con un 54%. Dentro de las recomendaciones

sugieren actualizar los folios de las historias clínicas y determinar los parámetros de obligatorio cumplimiento (24).

- Reyes et al. (2012) realizaron un estudio titulado “Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria” con el objetivo de evaluar la calidad del registro en las historias clínicas informatizada en un Centro de Salud de Zaidín Sur en Granada, España. En cuanto a la metodología, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realiza un muestreo sistemático aleatorio, obteniendo 300 historias clínicas. Los parámetros evaluados fueron: conjunto mínimo de datos clínicos (CMDC) en hojas de seguimiento (HS), CIE-9, actualización de hoja de problemas (HP), registro de alergias (RA) y la hoja de enfermería (HE). Como resultados encontraron que el Conjunto Mínimo de Datos Clínicos estaba completo en el 6% de las historias clínicas, CIE-9 en el 72,7%, Hoja de Problemas actualizada en el 16,7%, alergias en el 77% y sólo el 13% de las Hojas de Enfermería tuvieron un registro óptimo. El 60% de los defectos de calidad lo computa “actualización de Hoja de Problemas” y “Hojas de Enfermería”. Se concluye que la calidad del registro es variable, aceptable en “codificación diagnóstica” y “registro de alergias” y pobre en “Hoja de Problemas” y “Conjunto Mínimo de Datos Clínicos”, a pesar del alto cumplimiento (>95%) de las variables “motivo de consulta” y “juicio clínico” (25).
- Rocano E (2008) realizó un estudio titulado “Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General”, con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima, Perú. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo en 86 historias clínicas entre los meses de enero y febrero del 2008. Seleccionaron 33 criterios de evaluación acorde a la norma de auditoría peruana. Como resultados encontraron que todas las historias clínicas (HC) tuvieron un rango de calificación regular entre el 48 y 64%. Entendiéndose como “regular” cuando el promedio de

registro de las 33 variables evaluadas en las historias clínicas se encontraba entre el 40 y 69%. Las variables incompletas en todas las historias clínicas fueron “datos de filiación” y “Enfermedad Actual”. No hubo énfasis en el “motivo de consulta” en el 70% de las HC y ninguna registró la codificación CIE10. No se registró el nombre completo del paciente en cada formato en el 77% de las HC y más del 50% no registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) o el comentario y/o apreciación de los mismos. Concluyen que las historias clínicas auditadas calificaron como regulares (26).

- Gomez R y Gonzales M (2008) realizaron un estudio titulado “evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-CABECERA”, con el objetivo de evaluar la calidad de las historias clínicas y registros asistenciales en el consultorio externo de Medicina de la Unidad Básica de atención (UBA) Coomeva - Cabecera, Colombia. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo. Mediante muestreo aleatorio simple se obtiene una muestra de 384 historias del consultorio externo de medicina, período julio – diciembre del 2007. Consideran “óptimo” al registro que supera el 90%, “regular” entre 70 y 89% y “malo” <70%. Evalúan la estructura de la historia clínica con 12 parámetros. Como resultados encontraron que el 25.5% (98 HC) presentan un registro “óptimo”, el 28% (109 HC) presentan un registro “regular” y el 46.5% (177 HC) presenta un registro “malo”. Por variables, el registro de los datos de identificación estuvo presente en el 52% de las historias clínicas, motivo de consulta en el 96%, enfermedad actual en el 90%, revisión por sistemas en el 42%, antecedentes personales en el 82%, antecedentes familiares en el 54%, factores de riesgo en el 51%, factores biopsicosociales en el 41%, signos vitales en el 75%, examen físico positivo en el 94%, y fecha de laboratorio en el 73%. Concluyen que se han identificado deficiencias en la estructura (factores de riesgo, factores biopsicosociales y revisión por sistemas), sin embargo, resalta la fortaleza en los registros de motivo de consulta y enfermedad actual (27).

- Llanos L, Mayca J y Navarro G (2005) realizaron un estudio titulado “Auditoría Médica de Historias Clínicas en Consulta Externa de Cuatro Hospitales Públicos Peruanos”, con el objetivo de evaluar la calidad de registro en 4 hospitales públicos de las provincias Lambayeque, Ica, Junín y Amazonas del Perú. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, en la población de pacientes nuevos en consulta externa. Mediante muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra de 390 Historias Clínicas del Hospital de Lambayeque, 396 del hospital de Ica, 384 del hospital de Junín y 396 del hospital de Amazonas. Las variables evaluadas fueron: registro de funciones vitales, síntomas o anamnesis, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes de laboratorio, fecha y hora, e identificación del médico tratante. Se consideró una medición dicotómica (presencia o ausencia) de cada variable. Como instrumento para recolectar la información, se usó una ficha de registro del Proyecto de Apoyo de la Seguridad Alimentaria (PASA)/MINSA. Como resultados encontraron que las variables se encontraban registradas de la siguiente manera: funciones vitales en 8,75%, síntomas en 91,08%, examen físico en 56,63%, diagnóstico en 97,43%, tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, fecha y hora en 13,70%, y firma y sello del profesional en 54,65% de las historias clínicas evaluadas. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. Concluyeron que el llenado de la Historia Clínica es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostraran valores elevados de registro en aquellos aspectos que los profesionales consideran son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario (28).

- Perata et al. (2006) realizaron un estudio titulado “Auditoría Médica en la Consulta Externa Pediátrica” con el objetivo de evaluar los datos registrados en las historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en consultorio externo de Pediatría General, en el Hospital Cayetano Heredia – Lima, Perú. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio transversal, descriptivo de corte retrospectivo. Se realizó un muestreo aleatorio simple con reemplazo, obteniendo 384 historias clínicas. Se evaluó: datos del paciente, anamnesis, examen físico, diagnóstico,

plan de trabajo, tratamiento e identificación del médico tratante. La medición de las variables fue dicotómica (presencia o ausencia). Como resultados encontraron que las variables “motivo de consulta”, “peso y talla” eran registradas en todas las historias clínicas. Las variables “fecha”, “edad”, “examen físico” y “diagnóstico” se encontraban presentes en más del 90% de las historias clínicas, y plan de trabajo en el 84.6%. Por otro lado, el “nombre y número de historia” y la “identificación del médico” se encontraban registrado en menos del 50% de las historias clínicas, “funciones biológicas”, “funciones vitales” en menos del 20% y el “tratamiento farmacológico” se encontraba completo en sólo el 7,4%. Concluyen que la calidad del registro en las Historias Clínicas de atención ambulatoria de pacientes nuevos de Pediatría General en el Hospital Nacional Cayetano Heredia es deficiente (29).

- Soto C, Kleinman K y Simon S (2002) realizaron un estudio titulado “Quality and correlates of medical record documentation in the ambulatory care setting”, con el objetivo de evaluar la calidad de registro de las historias clínicas electrónicas en 14 centros de salud de Massachusetts, Estados Unidos. En cuanto a la metodología, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Se seleccionó una muestra aleatoria de las historias clínicas del año 1998, compuesta por 5 historias clínicas por cada uno de los 167 médicos (117 internistas y 50 pediatras), obteniendo 834 historias clínicas. Se seleccionó 5 variables consideradas las más importantes para valorar la calidad de registro en la atención ambulatoria: antecedente de fumador, medicación, seguimiento, alergias medicamentosas, e inmunizaciones. La medición del registro fue dicotómica (si/no). Como resultados encontraron que el grupo de internistas registra las variables inmunizaciones en un 96.2% de las historias clínicas, medicación en el 91.6%, seguimiento en el 88%, alergias medicamentosas en el 61.6%, y antecedente de fumador en el 37.8%. En el grupo de pediatras se registra inmunizaciones en un 100%, 84.8% para medicación, 90.8% para seguimiento, 50.4% para alergias medicamentosas, y 20.4% para antecedente de fumador. Concluyen que el registro varía dependiendo de la variable, con espacio para mejorar en la mayoría de ellas (30).

- Mira J et al (1997) realizaron un estudio titulado “Resultados de una auditoría de historias clínicas en salud mental”, con el objetivo de auditar las historias clínicas de las unidades de salud mental de un área de salud de Valencia - España. En cuanto a la metodología, se realizó un muestreo sistemático, seleccionando 783 historias clínicas (31). La auditoría se basó en un cuestionario estructurado de 13 elementos, 11 de los cuales habían sido consensuados por expertos en la materia como elementos que definen a una historia clínica excelente en salud mental (32) y 2 elementos para evaluar el número de profesionales que intervenían en la confección del documento y el diagnóstico del paciente. Como resultados encontraron que “la escritura es legible” en el 98,4%, el “curso clínico tras la consulta” es registrado en el 74,9%, y el “motivo de consulta del paciente” es registrado en el 85,2%. Un 66,4% ha sido “diagnosticado” y los “antecedentes personales de enfermedad mental” aparecen registrados en el 50.7% de los casos. El “plan terapéutico” no aparece detallado en el 50.3% de las historias clínicas (aunque sí se describe el “tratamiento farmacológico prescrito” en el 54.9%) y en el 55,4% no aparecen detalladas las recomendaciones dadas al paciente, subiendo al 63,5% de no cumplimiento si se trata de las recomendaciones dadas a los familiares. Las variables “se lleva al día el curso clínico”, y “motivo de alta” son registrados correctamente en más del 82%. Concluyen que hay un registro adecuado de los datos en la historia clínica, escritura legible y alta especificidad del registro de tratamiento farmacológico. Del mismo modo, sugiere puntos de mejora en la descripción del “plan terapéutico” y “recomendaciones dadas al paciente y sus familiares” (31).

- Carpintero et al. (1994) realizaron un estudio titulado “Grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias como indicadores de la calidad asistencial” con el objetivo de conocer el nivel de registro de la historia clínica en el servicio de urgencias del complejo hospitalario de San Millán - San Pedro de Logroño en La Rioja, España. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio descriptivo, con una muestra aleatoria simple de 400 historias clínicas y 14 variables dicotómicas (sí/no). Las variables fueron agrupadas por categorías: categoría administrativa

(filiación, fecha, hora entrada), categoría facultativa (hora de salida, antecedentes personales, alergias, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, impresión clínica, tratamiento, administrado en urgencias, instrucciones por escrito para el paciente, identificación del médico) y variables independientes (tipo de urgencia y hora de asistencia). Como resultados encontraron que el 99% de las historias clínicas fueron legibles. Las variables administrativas se registraron en más del 99% de los casos. De las variables facultativas, la “hora de salida” se registró en el 19,4%, la “identificación del médico” en el 39,5% y la “anamnesis” en el 91,2% de las historias clínicas. El horario de asistencia del paciente no influyó significativamente en el cumplimiento del registro de las variables. Los “antecedentes personales”, las “alergias” y la “exploración física” se registraron de forma significativa en menor número de casos. Concluyen que la calidad asistencial medida por el grado de cumplimiento de registro de la historia clínica es globalmente aceptable, presentando un registro superior al 80% (33).

- Barrie J y Marsh D (1992) realizaron un estudio titulado “Audit in Practice. Quality of data in the Manchester orthopaedic database”, con el objetivo de evaluar la documentación y precisión de los datos en el sistema computarizado de información clínica de una Unidad Ortopédica Hospitalaria en Manchester, Reino Unido, comparándolos con la información disponible en el análisis de actividad hospitalario. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. La muestra fue aleatoria de 200 historias clínicas del sistema computarizado (periodo octubre 1988 a marzo 1990), y 121 historias clínicas de admisiones hospitalarias (periodo abril 1989 a marzo 1990), 71 de las cuales fueron incluidas en la muestra previa. Como resultados encontraron que la documentación en la base de datos ortopédica fue del 62% y precisa en el 96% de los casos. La información era más completa en las historias de hospitalización que en las historias de ambulatorio (69,9% vs 53.7%). En cuanto a las historias del sistema de actividad del hospital, la información se encontraba completa en el 90.5% de las historias y era exacta en 69.5% de los casos. Concluyen que incluso

en un sistema designado para captar la información de manera simple y eficiente, la adherencia del usuario fue pobre (34).

- Buitrago et al. (1991) realizaron un estudio titulado “Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud” con el objetivo de realizar tres revisiones al cumplimiento del registro de las historias clínicas (años 1986, 1988 y 1989) en atención primaria en salud, del Centro de Salud “La Paz”. La Paz, Bolivia. En cuanto a la metodología, las muestras fueron aleatorias: 146 historias clínicas del año 1986, 158 del año 1988, y 454 del año 1989. Se evaluaron los siguientes criterios: carpeta familiar, carpetilla individual, resumen de patologías, antecedentes familiares, antecedentes personales, exploración física, tensión arterial, vacado de analítica, peso y talla, e índice de Quetelec. Se consideró como “estándar adecuado” al 90% de cumplimiento de los criterios. Los resultados muestran que 3 de los criterios evaluados (carpeta familiar, anamnesis y antecedentes personales) descendieron en el grado de cumplimiento: del 15% al 8,5% y 0,6%, respectivamente, entre la primera y la última revisión. Los criterios restantes aumentaron su cumplimiento, seis de ellos con diferencias estadísticamente significativas: carpeta individual (37% de registros en 1989), resumen de patología (56,4%), antecedentes familiares (38,4%), tensión arterial (69,16%), vaciado de analítica (66,9%) e índice de Quetelec (26,6%). Concluyen en la gran utilidad y necesidad del auditor médico en los Equipos de Atención Primaria, como una de las vías para garantizar la calidad de la información manejada. Siendo una experiencia internacional y a pesar de ser un estudio con más de 15 años, resalta que los puntos más bajos de cumplimiento de registro de la historia clínica tienden a estar en los antecedentes (35).

2.3. Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1. La auditoría en el campo de la salud

Otro proceso relevante al desarrollo de este estudio es la auditoría y sus diferentes aplicaciones en salud.

2.3.1.1. Auditoría Médica.

Definida como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. La finalidad de la auditoría es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad (3).

Es una herramienta que busca garantizar las habilidades técnicas de los profesionales, permitir el uso eficiente de los recursos disponibles, y lograr la satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas. Es un proceso interdisciplinario, siendo el cuerpo médico el que realiza la evaluación del acto médico, siempre con el objetivo de mejorar la práctica médica, la calidad de la atención y ser un medio de educación continua (5). Son fuentes de información para la auditoría médica: historia clínica, los protocolos de diagnóstico y tratamiento, y los protocolos de exámenes de ayuda diagnóstica (5, 28).

2.3.1.2. Auditoría de la atención en salud.

Al trabajar con los registros de lo efectuado, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada. La revisión sistemática de la historia clínica, su confrontación con protocolos de diagnóstico y tratamiento, constituye la piedra angular de la auditoría y contribuye a retroalimentar el conocimiento médico, facilitando la superación de inconsistencias para lograr una buena calidad de atención médica (5, 28, 36).

2.3.1.3. Clasificación de la auditoría.

La auditoría se puede clasificar en función al objeto a auditar (28):

- A. Auditoría de casos (para las diferentes especialidades médicas)
- B. Auditoría de fuentes secundarias (historias clínicas, prescripciones, exámenes de laboratorio, etc.)

C. Auditoría de la calidad de registro de las fuentes secundarias (dependientes de la información existente)

D. Auditoría basada en evidencia (se evalúa las atenciones de la persona en un período).

La auditoría también se puede clasificar en función a la temporalidad: auditorías retrospectivas, auditorías prospectivas o concurrentes (28).

El presente estudio se enfoca en la auditoría de registro de las historias clínicas, por tal motivo, se expone el concepto.

2.3.1.4. Auditoría de registro.

La auditoría de registro se debe diferenciar de la "auditoría de caso", ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro en la historia de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados.

Es una 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 comunican a los servicios clínicos, y se corrigen en un plazo de tiempo determinado. 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, su registro, y otros aspectos tales como el orden de las mismas. 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.

Las revisiones cuantitativa y cualitativa son análisis de la documentación de las historias clínicas diseñados para ayudar al personal sanitario a mejorar su registro. La revisión cuantitativa y cualitativa da como resultado un mayor

cumplimiento en los registros de las historias clínicas y contribuye a una mejora práctica en su uso (37).

La "auditoría de registro" es un proceso que incluye la revisión de la historia clínica y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando (36).

Se puede decidir trabajar sobre el total de registros o trabajar en base a una muestra seleccionada estadísticamente (37). La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada comité auditor concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de salud, en donde se deben considerar entre otros los siguientes aspectos: registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento y el orden cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la historia clínica en relación a la atención del paciente (4).

Los objetivos fundamentales de la auditoría de registro de la historia clínica son dos: (36)

A. Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.

B. Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "auditor médico" y luego debe ser sometido a una revisión de "un equipo de pares" o de expertos.

2.3.1.5. Ciclo de auditoría

Existe un Ciclo de Auditoría, ya que la auditoría debe ser realizada en un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad. Este ciclo consta de las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio,

implementación de los cambios necesarios y monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar (28,38, 39, 40, 41, 42, 43).

Uno de los aspectos críticos en este ciclo de auditoría es la definición de los criterios de evaluación y sus estándares. Fraser y col, establecen cuatro criterios para la auditoría: basado en evidencias, prioridad, susceptible de ser medido y apropiado a la realidad (38).

En cuanto a iniciativas de calidad en los hospitales de Estados Unidos, se han identificado cuatro procesos que están relacionados con un impacto a largo plazo de la auditoría (39,44):

A. Una estrategia de reconocer la actividad de la auditoría, combinada con un plan de mejora de la calidad.

B. Una cultura que apoya el concepto de auditoría constante, que lleva a mejoras de calidad que son conocidas y apoyadas por toda la organización.

C. Un sistema informático, que brinde información adecuada acerca de la organización, que permita realizar decisiones delicadas implicadas con la auditoría y si los cambios han tenido los efectos deseados.

D. Estructuras apropiadas para apoyar e implementar cambios que son sugeridos.

Las estrategias de socialización, como capacitaciones o envío de información por email, han demostrado ser poco eficientes para cambiar el comportamiento profesional. Intervenciones más complejas, como el uso de visitas, o participación de los líderes locales, tienden a ser desde moderadamente hasta muy efectivas, con una reducción del 20% al 50% del rendimiento inadecuado (45).

Resumiendo, la auditoría médica consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos que comparan las características o calidad de la atención brindada y observada con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a

critérios y normas preestablecidas (28). Se concibe como una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias negativas (a través del análisis de incidentes-accidentes) y positivas, para introducir en forma gradual correcciones y mejoras en cada uno de los procesos de atención, y para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus familiares, buscando cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a nuestras instituciones de salud (38,39).

La auditoría no es una acción fiscalizadora ni punitiva, mantener esa percepción, no hace más que opacar el proceso. La auditoría es una intervención donde se identifican problemas, con la intención de implementar medidas que conlleven a mejoras en la calidad de atención y el empleo de recursos (4,38,39, 46).

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

En el cumplimiento de estos requerimientos, la auditoría médica se constituye en (47, 48):

A. Un sistema de educación y perfeccionamiento continuo, preocupado de la calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.

B. Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.

C. Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo.

Para finalizar, la auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo y no se da un cambio en la estructura y proceso prestacional. Haciendo auditoría se aprende, los médicos deben convencerse de su valor como una herramienta educativa y para la utilización con eficiencia y equidad de los recursos. Solo así conseguirá ser una manera útil de mejorar la calidad de la práctica médica (6, 38, 45, 48).

2.3.2. La historia clínica

Es importante para el presente estudio profundizar sobre las características de la historia clínica. Según la Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historias clínicas, se define como el “*documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial, e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud brindan al paciente*” (49). La norma técnica ha sido recientemente actualizada, y no ha habido gran variación con su predecesora del año 2006 (50). La historia clínica es uno de los elementos fundamentales para el trabajo médico, y es la pieza clave en toda auditoría médica. Es importante por cuanto contiene datos acerca de lo que se ha encontrado en un paciente, lo que se ha pensado y lo que se ha hecho por su atención.

2.3.2.1. Propósitos de la historia clínica

Los datos de la historia clínica pueden tener varios propósitos (5, 28):

A. Es un instrumento para transmitir la información acerca de un paciente, permitiendo su conocimiento por varios especialistas, convirtiéndose en relato sobre la biografía médica del paciente.

B. Un segundo propósito de la historia clínica es la investigación científica, sirviendo como elemento base para la colección de datos con respecto a diagnóstico, tratamiento, o procedimientos realizados.

C. Se emplean además las historias clínicas en el campo administrativo, con muchos propósitos entre ellos el pago de servicios prestados, por ejemplo.

D. La historia clínica es un instrumento médico legal, especialmente en casos derivados del ejercicio inadecuado de la profesión.

2.3.2.2. Contenido de la historia clínica

La historia clínica es el instrumento más útil para valorar la calidad de atención médica brindada a los pacientes, pues es la biografía médica de ellos. Por estas razones los datos en las historias clínicas deben estar debidamente organizados. La organización de los datos va a depender del enfoque, existiendo autores como Weed quien refiere que la historia clínica debe estar orientada hacia los problemas del paciente, facilitar el trabajo médico y la comunicación entre especialistas (5).

El contenido tradicional de la historia clínica comprende diferentes tipos de datos: (32)

- A. Demográficos (características personales del paciente y su entorno).
- B. Datos clínicos (síntomas y signos del paciente).
- C. Datos paraclínicos (información de exámenes de apoyo al diagnóstico).
- D. Datos terapéuticos (descripción del régimen dietario, indicaciones médicas, procedimientos indicados, etc.)
- E. Miscelánea (información administrativa y otros como evaluaciones por asistencia social, seguros, referencias, etc.)

A nivel nacional, la Norma Técnica de Salud para la gestión de historias clínicas da los parámetros para administrar la historia clínica, y los datos mínimos a ser registrados para garantizar una apropiada documentación de la atención del paciente (49,50).

2.3.3. La calidad en la salud

Para entender la relación entre calidad y la historia clínica es necesario partir de los conceptos de calidad. Para Deming la calidad significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfactorios

adecuados a sus necesidades, con una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo(46).

La American Society for Quality Control define la calidad como *“la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del cliente”*. Un equilibrio entre las necesidades de los usuarios y la oferta de servicios por parte de las instituciones. Resalta la filosofía de calidad que mantiene, la cual nunca debe dejar de enfocarse en el usuario, el cual constituye la razón de ser de los proveedores (51).

La calidad en el campo de la salud fue descrita por Donabedian, quien ha dado grandes aportes en el tema. Donabedian define la calidad sanitaria como *“el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud”*. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la asistencia sanitaria es *“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso”* (52).

2.4. Definiciones de términos básicos

Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. - Evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares de calidad de los procesos de atención. Su finalidad es la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. No tiene motivaciones o fines punitivos (4, 6, 53).

Auditoría de Caso. -Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención (6, 53).

Auditoría de Gestión Clínica. -Evalúa indicadores de rendimiento, calidad de registros, aplicación de normas, y evaluación de procesos administrativos propios. Orientado a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende auditoría de registros, seguros, etc. (53).

Evaluación de Calidad del Registro. -Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la historia clínica. Constituye una de las herramientas para la auditoría de la gestión clínica (3, 37, 53).

Auditoría en Salud. -Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud sobre todo el proceso o un aspecto en particular de la atención realizada; es llevada a cabo por profesionales de salud. Puede incluir aspectos administrativos (3, 5, 53).

Auditoría Médica. -Auditoría sobre un acto médico, realizada por médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Revisión de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada (3, 6, 53).

Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. -Constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento, ejecutan las auditorías en salud del plan anual de auditoría, en coordinación con la oficina de gestión de la calidad (6, 53, 54).

Auditoría Interna. -Tipo de auditoría realizada por el comité de auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo (4, 53).

Auditoría Externa. -Tipo de auditoría realizada por un comité de auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada (4, 53).

- 2.5. **Hipótesis.** Existe una calidad de registro “por mejorar” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera.

2.6. Variables. Todas las variables son cualitativas e independientes. No hay una relación de causalidad entre las variables. En auditoría las variables son dicotómicas, anotándose la presencia o ausencia de las mismas.

A cada una se le otorgará un valor de 1 punto para la respuesta positiva y en la opción no aplica, 0 punto para la negativa (55, 56). En el presente estudio se utilizaron un total de 42 variables.

DIMENSION VARIABLES	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	CRITERIOS	CODIFICACION
Datos Identificación	Es la sección o parte de la historia clínica que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de historia clínica	Se consigna en forma legible nombres y apellidos completos del paciente, en concordancia con DNI, en todas las hojas de la HC	1. Nombre y apellido	Si (presente) = 1 No (ausente) = 0 No aplicable (NA) = 1
		Se consigna en forma legible dirección actual del paciente, en concordancia con DNI	2. Dirección	
		Se consigna en forma legible el N° de DNI del paciente	3. DNI	
		Se consigna en forma legible la edad del paciente, en concordancia con el DNI	4. Edad	
		Se consigna en forma legible el sexo del paciente, en concordancia con el DNI	5. Sexo	
		Se consigna en forma legible el estado civil del paciente, en concordancia con el DNI	6. Estado civil	
		Se consigna en forma legible la fecha y lugar de nacimiento del paciente, en concordancia con el DNI	7. Fecha de nacimiento	
			8. Lugar de nacimiento	
		Se consigna el N° de historia clínica en todas las hojas de la HC.	9. N° de HC	
		Se consigna en forma legible el grado de instrucción del paciente	10. Grado de instrucción	
		Se consigna en forma legible la ocupación del paciente	11. Ocupación	
		Se consigna el nombre completo, DNI, dirección y teléfono del apoderado o apoderados.	12. Apoderado (s)	

DIMENSION VARIABLES	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	CRITERIOS	CODIFICACION
Datos clínicos	Es la sección o parte de la historia clínica que contiene el registro de la parte clínica de la atención de salud que se le brinda al paciente.	Se consigna la queja o motivo de consulta.	13. Motivo de consulta	Si (presente) = 1 No (ausente) = 0 No aplicable (NA) = 1
		Se consignan los síntomas principales	14. Síntomas principales	
		Se consigna el tiempo desde el inicio de enfermedad.	15. Tiempo de enfermedad	
		El relato se consigna con secuencia cronológica	16. Relato cronológico	
		Registra examen físico Preferencial (neurológico)	17. Examen físico	
		Registra examen mental completo	18. Examen mental	
		Todos los datos. Adultos: FC, FR, PA. Peso y Talla. Niños: FC, FR, T°, peso y talla	19. Funciones vitales y Somatometría	
		Consigna antecedentes personales	20. Antecedentes personales	
		Consigna antecedentes patológicos	21. Antecedentes patológicos	
		Consigna antecedentes familiares	22. Antecedentes familiares	
Diagnóstico	El diagnóstico médico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).	Consigna impresión diagnóstica	23. Diagnóstico presuntivo	Si (presente) = 1 No (ausente) = 0 No aplicable (NA) = 1
		Consigna diagnóstico en relación a la enfermedad actual	24. Diagnóstico definitivo	
		Consigna diagnóstico por ejes de Psiquiatría	25. Diagnóstico por ejes	
		Usa codificación internacional de enfermedades	26. Uso CIE 10	

DIMENSION VARIABLES	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	CRITERIOS	CODIFICACION
Plan de trabajo	Debe consignar y justificar el tratamiento, los estudios complementarios y pedidos de interconsulta, necesarios para determinar el origen y/o magnitud de los problemas del paciente, y confirmar (o rechazar) las hipótesis diagnósticas.	Incluye nombre del medicamento, tipo, dosis, forma de administración y tiempo	27. Tratamiento	Si (presente) = 1 No (ausente) = 0 No aplicable (NA)= 1
		Si necesita se registra e informa	28. Exámenes auxiliares e imágenes	
		Si necesita se registra e informa	29. Interconsultas	
		Se debe especificar la fecha de la próxima cita, de lo contrario consignar alta	30. Seguimiento	
Evolución medica	El "comentario" evolutivo es la expresión del criterio, del pensamiento clínico del médico o del equipo de asistencia y evidencia los conocimientos científicos, la madurez, profundidad, sagacidad, rigor y profesionalidad de éstos y permite a una tercera persona penetrar en la esencia del juicio que sobre el enfermo y su padecimiento hizo el equipo de asistencia.	Se debe consignar favorable o desfavorable, si hubiera complicaciones o eventos adversos	31. Notas de control/evolución	
		Figura el alta al definir o superar el problema, se va con diagnóstico, debe indicar tratamiento médico, dieta, identificación de signos de alarma medidas preventivas, fecha de control.	32. Indicaciones Alta	
		Consigna motivo y lugar de referencia	33. Referencia	
		Consigna las recomendaciones dadas al familiar	34. Recomendaciones a la familia del paciente	
Atributos de la historia clínica	Es la sección o parte de la ficha de auditoría de la historia clínica donde se valora la pulcritud, orden, legibilidad y uso de abreviaturas en la historia clínica.	Registra fecha de atención	35. Fecha	Si (presente) = 1 No (ausente) = 0 No aplicable (NA)= 1
		Registra hora de atención	36. Hora	
		Historia clínica limpia y ordenada	37. Pulcritud	
		Letra clara y legible	38. Legibilidad	
		No uso de abreviaturas	39. No uso de abreviaturas	
		Consigna nombre y apellidos en todas las hojas	40. Nombres, apellidos y N.º de HC en todas las hojas	
		Registra descanso medico (diagnostico, días, fecha de inicio y termino)	41. Registra descanso medico (días, fecha inicio y termino)	
		Registra nombres y apellidos de profesional que realiza la atención	42. Firma y sello	

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo, método y diseño de la investigación

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal, de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Se ha elegido el presente tipo y diseño de investigación ya que permite dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos planteados, con un enfoque cuantitativo debido a la necesidad de realizar un conteo de los datos. La finalidad del estudio es puramente descriptiva y suscrita aun período de tiempo determinado. Este tipo y diseño de estudio también ha sido utilizado en investigaciones previas relacionadas con el tema. (22,42, 53, 55).

3.2. Población y muestra

Población: 10608 Historias clínicas de las atenciones de consulta externa psiquiatría del periodo mayo, junio y julio del año 2015 del Hospital Víctor Larco Herrera.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes nuevos y continuadores de consulta externa de psiquiatría.
- Historias clínicas del periodo de atención mayo, junio y julio del 2015 de consulta externa psiquiatría.
- Historias clínicas disponibles en el archivo activo.

Muestra: 371 historias clínicas. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación de una proporción en el método aleatorio simple para tamaño de población finita (número aproximado de atenciones en un lapso de tres meses basado en la estadística de atenciones de años anteriores al estudio). (36, 55):

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

Donde:

n	Tamaño de la muestra calculado mediante la fórmula.	Corresponde al número de historias clínicas de la muestra= 371
P	Es la estimación de la frecuencia relativa. Es una proporción.	Corresponde a la frecuencia de historias clínicas por mejorar en el proceso de auditoría. En la estimación de la muestra se utiliza un p equivalente a 50% (o p= 0,5).
Q	Es el complemento de la frecuencia relativa (1-p). Es una proporción.	Corresponde a la frecuencia de historias clínicas halladas como aceptables en el proceso de auditoría. En la estimación de la muestra se utiliza un q equivalente a 50% (o q=0.5).
E	Es el error absoluto	Corresponde al máximo error aceptado para el estudio (0.05)
N	Es el tamaño de la población en estudio	Corresponde al total aproximado de consultantes en el Servicio de Consulta externa psiquiatría en un lapso de 3 meses de acuerdo a la estadística de años anteriores al estudio = 10231
Z	Constante obtenida de la distribución normal estándar en función de la seguridad (1- α) elegida para el estudio.	Para una seguridad de 95% se tiene que z=1.96.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La auditoría de registro de las historias clínicas es una situación especial, en la que se comprueba la presencia o ausencia de un determinado elemento, es decir variable dicotómica (4, 6, 28, 32, 36, 40, 42, 53).

Para la auditoría de las historias clínicas se utilizó una ficha técnica. (Anexo 4).

Para la elaboración de la ficha se tomó en consideración los criterios establecidos en la Norma Técnica de Gestión de Historias Clínicas, la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en Salud del Ministerio de Salud y estudios realizados a nivel internacional (31, 32).

Para la validación de la ficha, se realizaron dos procesos: se solicitó la evaluación de la aplicabilidad por parte de 8 expertos y se realizó una prueba piloto en 30 historias clínicas. Los expertos emitieron opinión en base a una escala de calificación de 7 criterios, pudiendo registrar sugerencias (anexo 6). Se aplicó una prueba binomial a la opinión de los expertos y se obtienen valores de $P < 0,05$, por lo que se considera que el instrumento (ficha) tiene una validez de contenido aceptable (anexo 6). Originalmente,

la ficha constaba de 40 variables, las cuales fueron ampliadas a 42 en base a las sugerencias de los expertos (incluir antecedentes patológicos y recomendaciones a la familia del paciente). Posteriormente, se realizó una prueba piloto en 30 historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría con la ficha validada, sin presentar dificultades.

La ficha está dividida en 6 secciones: datos de identificación, datos clínicos, diagnóstico, plan de trabajo, evolución médica, atributos de la historia clínica. Las 6 secciones agrupan un total de 42 criterios a evaluar. Cada criterio es una variable.

Estas variables son dicotómicas, anotándose la presencia o ausencia de las mismas. Para cada variable puede haber tres posibilidades: Si (presente) = 1 punto, No (ausente) = 0 puntos, no aplicable (NA) = 1 punto.

Esta ficha se aplicó a cada una de las historias clínicas seleccionadas. Se evaluó la existencia o no de cada uno de los criterios que son las variables a medir.

La puntuación máxima es de 42 puntos para la historia clínica, si contiene todos los criterios evaluados. Se anota el puntaje parcial obtenido por historia clínica al final de cada una de sus respectivas fichas en base al máximo de 42 puntos.

El puntaje total corresponde al promedio obtenido de todas las historias clínicas. Se considera, como una calidad de registro aceptable 80% o más por tratarse de criterios básicos de cumplimiento (4, 21).

3.4. Recolección de datos

Se contó con el permiso del Hospital Víctor Larco Herrera (anexo 2). Las historias clínicas se encuentran numeradas en forma correlativa y se conocen los números, desde el primero al último de las atenciones realizadas por consulta externa. Dicha información es registrada por la Oficina de Estadística de la institución.

Se solicitó el informe de las historias clínicas de los pacientes atendidos por consulta externa psiquiatría de un periodo de 3 meses a la oficina de Estadística del Hospital Víctor Larco Herrera, siendo proporcionado por la entidad el reporte de atenciones de mayo, junio y julio del año 2015. Se calcula la muestra representativa usando la fórmula

previamente descrita (ver 3.2. población y muestra). Se obtiene un tamaño muestral de 371 historias clínicas.

Se seleccionaron las historias clínicas a ser auditadas mediante un muestreo sistemático. La primera historia clínica se seleccionó utilizando una tabla de números aleatorios, a partir de ese punto se seleccionó la número 10, y se continua la selección de 10 en 10 en forma ascendente. (Anexo 5). Tres (03) historias clínicas seleccionada no se encontraron disponibles hasta en 2 ocasiones al momento de solicitud debido a razones administrativas internas del hospital. Se opta por cerrar la auditoría en 368 historias clínicas, al seguir siendo una cantidad representativa.

Se verificó el cumplimiento y calidad de las 42 variables (ítems previstos) en cada historia clínica seleccionada, y se registra la información pertinente en las fichas respectivas, (1 ficha por cada historia clínica auditada) anotando la puntuación obtenida. En los casos de pacientes continuadores se auditó la historia clínica inicial y las 8 últimas evoluciones.

3.5. Descripción de procedimientos de análisis

Cada ficha fue revisada antes de ser ingresada a la base de datos. La base de datos fue elaborada en Microsoft Excel 2010. Para el análisis estadístico se utilizan intervalos de confianza del 95% para estimar proporciones y promedios, se elaboran tablas de frecuencias absolutas y porcentajes de una y de dos variables, asimismo gráficos circulares con el programa estadístico SPSS 22,0 para Windows 10.

Aspectos éticos: El presente estudio se limita a la recolección de datos de las historias clínicas auditadas, se ha mantenido el anonimato de los pacientes y la confidencialidad de la información revisada. Adicionalmente, no se realizó ninguna intervención en animales o seres humanos. Por tal motivo, no se aplica el uso de consentimiento informado.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

Se auditaron las historias clínicas seleccionadas de consultorio externo psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. De la muestra de 371 historias clínicas, finalmente son auditadas 368 por disponibilidad de historias clínicas.

Tabla 1. Resultado general de la auditoría de registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

<i>CALIFICACION</i>	<i>TOTAL DE HC</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>ACEPTABLE</i>	169	46%
<i>POR MEJORAR</i>	199	54%
<i>TOTAL</i>	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas en consultorio externo de psiquiatría, el 54% (199) presentó un registro “por mejorar” y el 46% (169) presentó un registro “aceptable”.

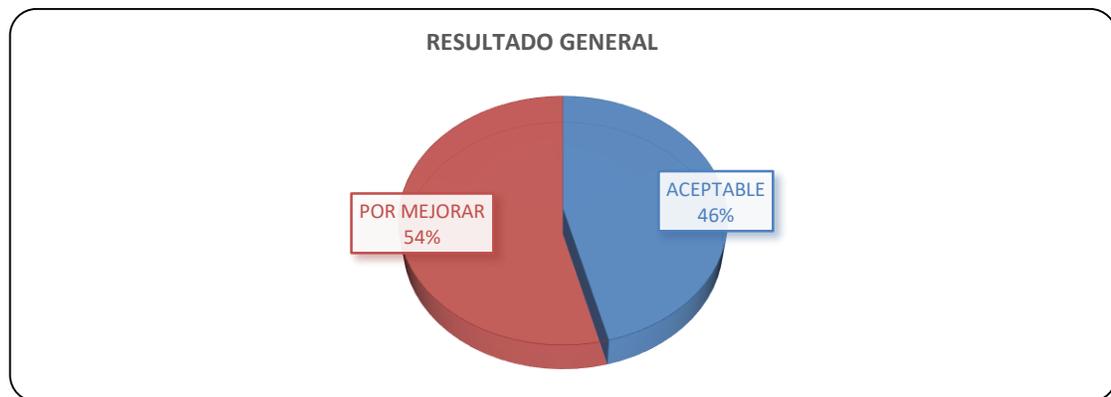


Gráfico 1. Resultado general auditoría de registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

Fuente: elaboración propia

En la tabla y gráfico 1 se encuentran representados los resultados obtenidos para el objetivo general “evaluar la calidad del registro de las historias clínicas de la consulta

externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015". De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 54% (199) presentó un registro "por mejorar" y el 46% (169) presentó un registro "aceptable".

Para lograr la calificación de "aceptable", las historias clínicas auditadas deben presentar un registro \geq al 80% de las 42 variables evaluadas. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica "aceptable" debe ser \geq 34, lo cual se equipara al registro \geq 80%.

Sólo el 46% (169) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 34, logrando la calificación de registro "aceptable".

El 54% de las historias clínicas auditadas (199) obtuvieron una puntuación \leq 33, por lo que se les atribuye la calificación "por mejorar".

Los objetivos específicos están orientados a la evaluación de la calidad del registro por secciones: datos clínicos, diagnóstico, plan de trabajo, evolución y atributos de la historia clínica. Se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 2. Registro de los "datos clínicos" en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

<i>CALIFICACION</i>	<i>DATOS CLINICOS</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
<i>ACEPTABLE</i>	144	39%
<i>POR MEJORAR</i>	224	61%
<i>TOTAL</i>	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 61% (224) presentó un registro "por mejorar" en la sección "datos clínicos". El 39% (144) presentó un registro "aceptable".

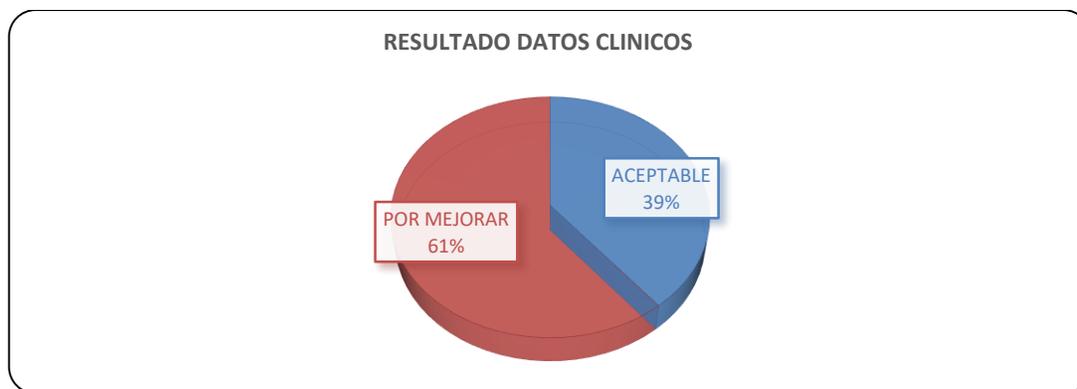


Gráfico 2. Registro de “datos clínicos” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

Fuente: elaboración propia

La tabla y gráfico 2 muestran el resultado relacionado al objetivo específico n° 01: “*determinar la calidad de registro de los datos clínicos en la historia clínica*”. Observamos que sólo el 39% (144) de las historias clínicas auditadas presentan un registro “aceptable” en la sección “datos clínicos”.

La sección “datos clínicos” está compuesta por 10 variables: motivo de consulta, síntomas principales, tiempo de enfermedad, relato cronológico, examen físico preferencial, examen mental, funciones vitales y somatometría, antecedentes personales, antecedentes patológicos y antecedentes familiares.

Para lograr la calificación de registro “aceptable” en la sección de “datos clínicos”, las historias clínicas auditadas deben presentar un registro \geq al 80% de las 10 variables que la componen. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica con registro “aceptable” en la sección “datos clínicos” debe ser ≥ 8 , lo cual se equipara al registro $\geq 80\%$.

Sólo el 39% (144) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 8 en la sección “datos clínicos”, logrando la calificación de registro “aceptable”.

Tabla 3. Registro de “Diagnóstico” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

CALIFICACION	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE (%)
ACEPTABLE	195	53%
POR MEJORAR	173	47%
TOTAL	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 53% (195) presentó un registro “aceptable” en la sección “diagnóstico”. El 47% (173) presentó un registro “por mejorar”.

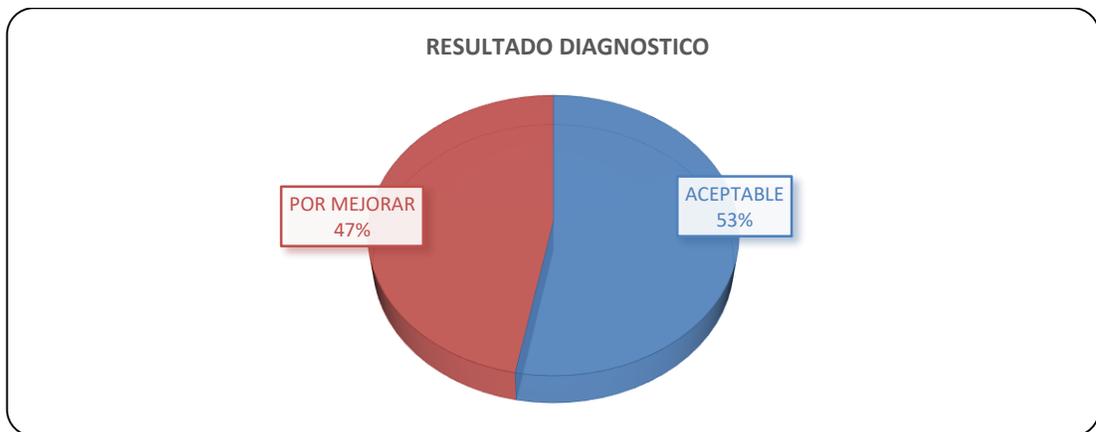


Gráfico 3. Registro de “Diagnóstico” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría H. Larco Herrera 2015.

Fuente: elaboración propia

La tabla y gráfico 3 muestran el resultado correspondiente al objetivo específico n° 02: “determinar la calidad del registro diagnóstico en la historia clínica”. Observamos que el 53% (195) de las historias clínicas auditadas presentan un registro “aceptable” en la sección “diagnóstico”.

La sección “diagnóstico” está compuesta por 4 variables: diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, diagnóstico por ejes y uso de CIE 10.

Para lograr la calificación de registro “aceptable” en la sección de “diagnóstico”, las historias clínicas auditadas deben presentar un registro \geq al 80% de las 04 variables que la componen. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica con registro “aceptable” en la sección “diagnostico” debe ser \geq 3.

El 53% (195) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 3 en la sección “diagnóstico”, logrando la calificación de registro “aceptable”.

Tabla4. Registro de “Plan de Trabajo” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría H. Larco Herrera 2015.

CALIFICACION	PLAN DE TRABAJO	PORCENTAJE (%)
ACEPTABLE	313	85%
POR MEJORAR	55	15%
TOTAL	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 85% (313) presentó un registro “aceptable” en la sección “plan de trabajo”. El 15% (55) presentó un registro “por mejorar”.



Gráfico 4. Registro de “Plan de Trabajo”, en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

Fuente: elaboración propia

La tabla y gráfico 4 muestran el resultado correspondiente al objetivo específico n° 03: “determinar la calidad del registro del plan de trabajo en la historia clínica”. Observamos que el 85% (313) de las historias clínicas auditadas presentan un registro “aceptable” de la sección “plan de trabajo”.

La sección “plan de trabajo”, está compuesta por 4 variables: tratamiento, exámenes auxiliares, interconsultas y seguimiento.

Para lograr la calificación de registro “aceptable” en la sección de “plan de trabajo”, las historias clínicas auditadas deben presentar un registro \geq al 80% de las 04 variables que la componen. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica con registro “aceptable” en la sección “plan de trabajo” debe ser ≥ 3 .

El 85% (313) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 3 en la sección “plan de trabajo”, logrando la calificación de registro “aceptable”.

Tabla 5. Registro de “evolución” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

CALIFICACION	EVOLUCIÓN	PORCENTAJE (%)
ACEPTABLE	325	88%
POR MEJORAR	43	12%
TOTAL	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 88% (325) presentó un registro “aceptable” en la sección “evolución”. El 12% (43) presentó un registro “por mejorar”.

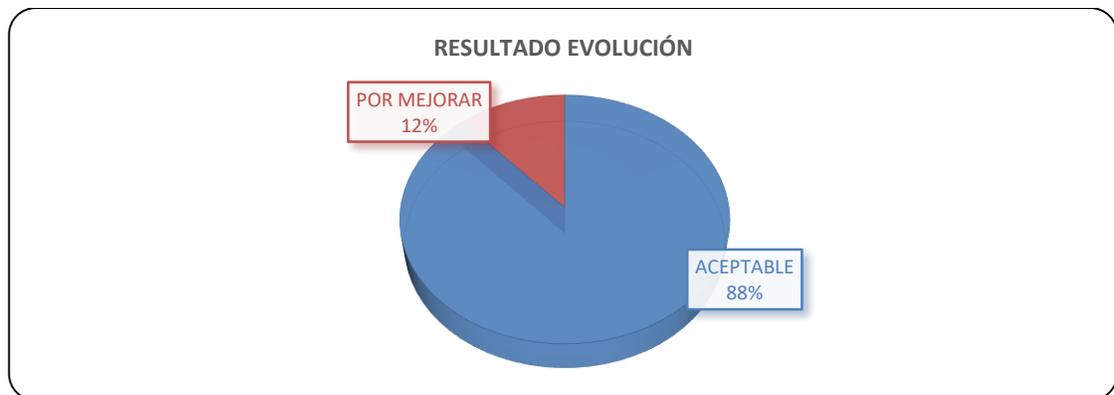


Gráfico 5. Registro de “evolución” en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015.

Fuente: elaboración propia

La tabla y gráfico 5 muestran el resultado correspondiente al objetivo específico n° 04: *“determinar la calidad del registro de la evolución médica en la historia clínica”*. Observamos que el 88% (325) de las historias clínicas auditadas presentan un registro “aceptable” en la sección “evolución”.

La sección “evolución” está compuesta por 4 variables: notas médicas de control/evolución, indicaciones de alta, referencias y recomendaciones a la familia del paciente.

Para lograr la calificación de registro “aceptable” en la sección de “evolución”, las historias clínicas auditadas deben presentar un registro \geq al 80% de las 04 variables que la componen. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica con registro “aceptable” en la sección “evolución” debe ser ≥ 3 .

El 88% (325) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 3 en la sección “evolución”, logrando la calificación de registro “aceptable”.

Tabla 6. Registro de “Atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de consulta externa psiquiatría H. Larco Herrera 2015.

CALIFICACION	ATRIBUTOS DE LA HISTORIA	PORCENTAJE (%)
ACEPTABLE	220	60%
POR MEJORAR	148	40%
TOTAL	368	100%

Fuente: elaboración propia

De las 368 historias clínicas auditadas de consultorio externo de psiquiatría, el 60% (220) presentó un registro “aceptable” en la sección “atributos de la historia clínica”. El 40% (148) presentó un registro “por mejorar”.

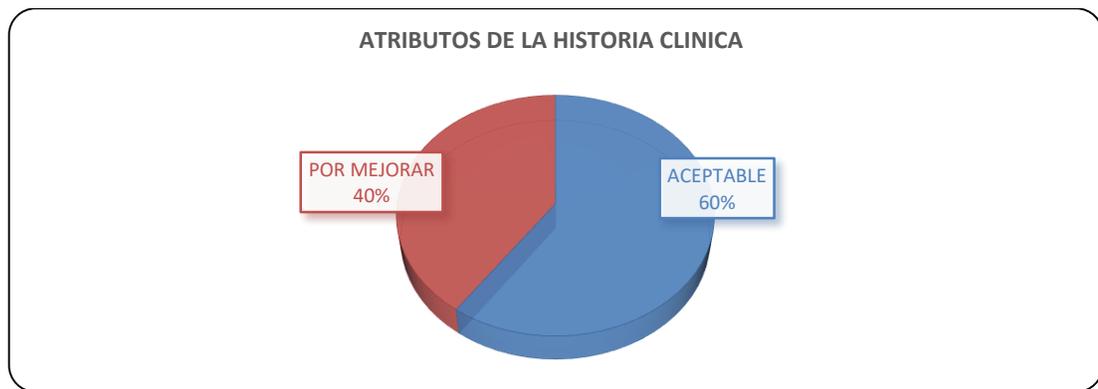


Gráfico 6. Registro “Atributos de la historia clínica”, en las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

Fuente: elaboración propia

La tabla y gráfico 6 muestran el resultado correspondiente al objetivo específico n° 05: “determinar la calidad de los atributos de la historia clínica en la historia clínica”. Observamos que el 60% (220) de las historias clínicas auditadas califican como “aceptables” en la sección “atributos de la historia clínica”.

La sección “atributos de la historia clínica” está compuesta por 8 variables: fecha, hora, pulcritud, legibilidad, no uso de abreviaturas, nombres y apellidos en todas las hojas, registra descanso médico, sello y firma del médico.

Para lograr la calificación de registro “aceptable” en la sección de “atributos de la historia clínica”, las historias clínicas auditadas deben presentar un cumplimiento \geq al

80% de las 08 variables que la componen. Considerando que a cada variable se le asignó el valor de 1 punto, la puntuación de una historia clínica con registro “aceptable” en la sección “atributos de la historia clínica” debe ser ≥ 6 .

El 60% (220) de las historias clínicas auditadas obtuvieron una puntuación \geq de 6 en la sección “atributos de la historia clínica”, logrando la calificación de registro “aceptable”.

Tabla 7. Registro de las variables “Datos de identificación” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>DATOS DE IDENTIFICACION</i>		
<i>VARIABLES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
Nombre y apellido	368	100%
Dirección	366	99.5%
DNI	293	80%
Edad	363	98.6%
Sexo	367	99.7%
Estado civil	366	99.4%
Fecha de nacimiento	366	99.4%
Lugar de nacimiento	354	96.1%
N° de HC	368	100%
Grado de instrucción	360	97.8%
<i>Ocupación</i>	363	98.6%
<i>Nombre Apoderado (s)</i>	366	99.4%

Fuente: elaboración propia

Las 12 variables de la sección “datos de filiación” presentaron un registro “aceptable” \geq 80%.

Tabla 8. Registro de variables “datos clínicos” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>DATOS CLÍNICOS</i>		
<i>VARIABLES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
Motivo consulta	324	88%
Síntomas principales	186	50.5%
T. enf.	141	38.3%
Relato	276	75%
Ex. Físico pref	319	86.6%
Ex. Mental	301	81.8%
FV y somat.	128	34.7%
Ant. Pers.	218	59.2%
Ant. Pat.	190	51.6%
Ant. Fam.	199	54%

Fuente: elaboración propia

Las variables motivo de consulta, examen físico preferencial y examen mental de la sección “datos clínicos” presentaron un registro “aceptable” $\geq 80\%$.

Tabla 9. Registro de variables “diagnóstico” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>DIAGNOSTICO</i>		
<i>VARIABLES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
<i>D. presuntivo</i>	218	59.2%
<i>D. definitivo</i>	23	63%
<i>D. por ejes</i>	71	19.3%
<i>CIE 10</i>	198	53.8%

Fuente: elaboración propia

Las 4 variables de la sección “diagnóstico” presentaron un registro “por mejorar” $< 80\%$.

Tabla 10. Registro de variables “plan de trabajo” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>VARIABLES</i>	<i>PLAN DE TRABAJO</i>	
	TOTAL	%
<i>Tratamiento</i>	311	84.5%
<i>Ex. Aux</i>	328	89.1%
<i>Interconsultas</i>	328	89.1%
<i>Seguimiento</i>	150	40.7%

Fuente: elaboración propia

Las variables tratamiento, exámenes auxiliares e interconsultas de la sección “plan de trabajo” presentaron un registro “aceptable” $\geq 80\%$.

Tabla 11. Registro de variables “evolución” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>VARIABLES</i>	<i>EVOLUCIÓN</i>	
	TOTAL	%
Notas medicas	329	89.4%
Alta	325	88.3%
Referencia	325	88.3%
Recomend. Famil.	226	61.4%

Fuente: elaboración propia

Las variables notas médicas, alta y referencia de la sección “evolución” presentaron un registro “aceptable” $\geq 80\%$.

Tabla 12. Registro de variables “atributos de la historia clínica” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría. H. Larco Herrera 2015

<i>VARIABLES</i>	<i>ATRIBUTOS HC</i>	
	TOTAL	%
<i>Fecha</i>	328	89.1%
<i>Hora</i>	162	44%
<i>Pulcritud</i>	270	73.3%
<i>Legibilidad</i>	330	89.7%
<i>No abreviat.</i>	84	22.8%
<i>Nombre y n° hc en las hojas</i>	191	51.9%
<i>Registra descanso medico</i>	324	88%
<i>Firma y sello</i>	301	81.8%

Fuente: elaboración propia

Las variables fecha, legibilidad y registro de descanso médico de la sección “atributos de la historia clínica” presentaron un registro “aceptable” $\geq 80\%$.

4.2. Análisis de resultados

El presente estudio fue realizado en el hospital Víctor Larco Herrera, institución especializada en salud mental. La mayoría de las investigaciones previas relacionadas al tema de estudio, fueron realizadas en hospitales generales. Por tal motivo, el análisis de resultados incluye una comparación con los estudios realizados en hospitales generales y de salud mental.

El 54% de las historias clínicas auditadas obtuvieron la calificación de registro “por mejorar”, similar a lo encontrado en los estudios de Saravi et al ²¹ y Rocano²⁶, donde la mayoría de las historias clínicas auditadas calificaron como “pobre” y “regular”, respectivamente.

Saravi et al²¹ evaluaron la documentación de los registros médicos en las historias clínicas de hospitalización de 16 hospitales generales de Irán, encontrando que, de las 381 historias clínicas evaluadas, el 62% calificó como categoría de registro “pobre”. Entendiéndose como “pobre” cuando el promedio de registro de los 4 parámetros evaluados en las historias clínicas se encontraba por debajo del 75%.

Rocano²⁶ evalúa la calidad de los registros de las historias clínicas en el servicio de emergencias del Hospital Arzobispo Loayza, encontrando que el 100% de las 86 historias clínicas auditadas calificaron como “regulares”. Entendiéndose como “regular”

cuando el promedio de registro de las 33 variables evaluadas en las historias clínicas se encontraba entre el 40 y 69%.

El resultado global obtenido en el presente estudio contrasta con lo encontrado en el estudio de Narvaez²⁰, donde la mayoría de las historias clínicas auditadas calificaron como “aceptables” (67.5%).

Narvaez²⁰ evalúa la documentación de las historias clínicas en los servicios de hospitalización del hospital de Jaén, encontrando que sólo el 32.5% de las 384 historias clínicas auditadas calificaron como “por mejorar”. Entendiéndose como “por mejorar” cuando el promedio de registro de las variables evaluadas en las historias clínicas era <80%.

Siendo más específicos y comparando con estudios que también evaluaron la calidad del registro de las historias clínicas en los servicios de consulta externa, el resultado del presente estudio se asemeja a lo encontrado por Bastidas y colab²⁴, Gómez y Gonzales²⁷ y Llanos y colab²⁸, sin embargo, difiere de lo encontrado por Matsumura y colab²².

Bastidas y colab²⁴ evaluaron la calidad del registro en un hospital general de Valencia, encontrando que el 46% de las 67 historias clínicas de consulta externa evaluadas calificaban como “muy deficiente”. Entendiéndose como “muy deficiente” cuando el promedio de documentación de los 3 parámetros evaluados en las historias clínicas era <64%.

Gómez y Gonzales²⁷ por su parte, evaluaron la calidad de los registros de las historias clínicas del consultorio externo de medicina de la unidad básica de atención COOMEVA, encontrando que el 46.5% de las 384 historias clínicas evaluadas calificaron como “malas”. Entendiéndose como “malo” cuando el promedio de documentación de los 12 parámetros evaluados era < al 70%.

El estudio de Llanos y colab²⁸ es un antecedente importante con resultado similar, ya que también evaluó la calidad de registro en las historias clínicas de consulta externa y se desarrolló en 04 hospitales nacionales. Llanos y colab²⁸ encontraron que la calidad del registro era “pobre” para la mayoría de las 7 variables evaluadas en la muestra de 1566 historias clínicas de los 4 hospitales²⁸. No obstante, el estudio nacional de

Matsumura y colab²² obtuvo mejores resultados, aunque a diferencia del presente estudio y el realizado por Llanos²⁸, que fueron desarrollados en hospitales públicos nacionales, el estudio de Matsumura y colab²² se desarrolló en una clínica privada nacional. Matsumura y colab²² evaluaron la calidad del registro de las historias clínicas de consulta externa de medicina interna, encontrando que la mayoría de las 350 historias clínicas auditadas (64%) calificaron como “aceptable”, y sólo el 36% calificaron como “falta mejorar”. Entendiéndose como “falta mejorar” cuando el puntaje de las 10 variables evaluadas era < 80, siendo el puntaje máximo posible 100.

Los únicos antecedentes de estudios que evalúan la calidad de registro de las historias clínicas en hospitales de salud mental son los de Mira et al³¹ y Thalitaya et al¹⁹, cuyos resultados difieren de los encontrados en el presente estudio.

El estudio de Mira y colab³¹ evaluó 783 historias clínicas en las unidades de salud mental de Valencia España, encontrando que existe un “muy adecuado” registro de los datos en la historia clínica. Asimismo, describen que 7 de 11 criterios preestablecidos como elementos de una historia clínica excelente han sido completados satisfactoriamente. Este resultado difiere del obtenido en el presente estudio, donde la mayoría de historias clínicas califica “por mejorar” (tabla y gráfico 1).

Thalitaya y colab¹⁹ evaluaron la documentación de los registros médicos en la unidad de internamiento para pacientes con trastorno del aprendizaje del Hospital psiquiátrico Coppice de Londres (Reino Unido), encontrando que la mayoría de los 9 parámetros evaluados se cumplen de “manera adecuada” en las 6 historias clínicas y 51 notas médicas auditadas. Este resultado difiere del obtenido en el Hospital Víctor Larco Herrera donde la mayoría de historias clínicas califica “por mejorar” (tabla y gráfico 1).

En el presente estudio se evaluó la calidad del registro global y por secciones de las historias clínicas. Si bien existe una sección de “datos de identificación”, estos datos ya han sido pre ingresados por el área de admisión, por lo que se encuentran completos en las historias clínicas, con un registro por encima del 80% (tabla 7).

Las 5 secciones que si han sido registradas por los profesionales de la salud y han sido evaluadas son: datos de identificación, datos clínicos, diagnóstico, evolución, plan de

trabajo y atributos de la historia clínica. Los resultados obtenidos en estas 5 secciones dan respuesta a las preguntas formuladas en base a los objetivos específicos planteados (tablas 2, 3, 4, 5 y 6).

La sección “datos clínicos” (tabla 2) fue la que presentó el menor porcentaje de historias clínicas “aceptables”. Sin embargo, resalta el alto nivel de registro de “motivo de consulta” y “examen mental” (tabla 8), Estudios como los de Llanos²⁸, Perata²⁹, Mira³¹ y Gomez²⁷ presentaron resultados similares para la variable “motivo de consulta”, registrada correctamente en el 91%, 100%, 85%, y 96% de las historias clínicas auditadas respectivamente.

En cuanto a la variable “examen mental”, sólo es comparable con el estudio de Mira³¹, quien también reporta un registro significativo de “examen mental” en el 72% de las historias clínicas auditadas.

Las variables de esta sección con menor nivel de cumplimiento son “funciones vitales”, “tiempo de enfermedad”, “síntomas principales” y los antecedentes (tabla 8).

Resultados similares pueden observarse en el estudio de Llanos²² para la variable “funciones vitales” (8.7%). Bastidas²⁴ también reporta un registro bajo de “funciones vitales” (51%). Sin embargo, el estudio de Zafra²³ reportan un registro de “funciones vitales” superior al 83% y Gomez²⁷ reporta el registro de esta variable en el 75% de las historias clínicas auditadas, lo cual contrasta con el resultado del 34% obtenido en el presente estudio.

En cuanto a la variable “tiempo de enfermedad”, Zafra²³ y Gomez²⁷ reportan un registro en las historias clínicas auditadas que difiere del obtenido en el presente estudio. Zafra reporta el registro de esta variable en el 60% de las historias clínicas auditadas y Gomez²⁷ en el 90%.

Por último, los estudios que también reportan un bajo registro de “antecedentes” en las historias clínicas auditadas son los realizados por Zafra²³ (46%), Bastidas²⁴ (21%) y Mira³¹ (51%).

En cuanto a la sección “diagnóstico” (tabla 9), el resultado de la variable “diagnóstico definitivo” difiere con los resultados de Llanos²⁸, Perata²⁹ y Zafra²³ para “diagnóstico”, quienes encontraron un registro superior al 93% de esta variable. Es relevante señalar

que sus estudios no abarcaron diagnósticos de salud mental, al haber sido desarrollados en hospitales generales. Por otro lado, el estudio Mira y colab³¹ es realizado en unidades de salud mental, reportando un registro de “diagnóstico” del 66%, resultado muy similar al nuestro.

Para la variable “CIE 10”, Zafra y colab²³ reportan prácticamente el mismo nivel de registro (55%). Cabe mencionar que la variable con menor nivel de cumplimiento en el presente estudio es “diagnostico por ejes de psiquiatría”. Siendo un tipo de diagnóstico específico de la especialidad, resalta su ausencia en las historias clínicas auditadas.

A diferencia del presente estudio que evalúa “plan de trabajo” como una sección, otros estudios lo evalúan como una variable individual. No obstante, el resultado es similar al obtenido por Llanos²⁸ y Perata²⁹.

Otros estudios como los de Matsumura²², Mira³¹ y Bastidas²⁴, la encontraron registrada en sólo el 63%, 50% y 60% de las historias clínicas auditadas respectivamente, lo cual contrasta con el resultado del presente estudio.

De las variables individuales de la sección “plan de trabajo” (tabla 10), “tratamiento” es una de las más importantes en el registro de la historia clínica y estuvo presente en la gran mayoría. Contrasta con los estudios de Matsumura²² y Mira³¹, quienes reportan un registro de “tratamiento” en sólo el 48% y 54% de las historias clínicas auditadas respectivamente.

La única variable de la sección “plan de trabajo” que califica “por mejorar” es “seguimiento”. El estudio de Soto y colab³⁰ también reporta un nivel bajo de registro de “seguimiento”, presente en sólo el 61% de las historias clínicas auditadas.

La sección “evolución” (tabla 5) presentó el mayor porcentaje de historias clínicas “aceptables”. Las variables “notas médicas”, “alta” y “referencia” presentan un alto registro (tabla 11), coincide con los resultados de Zafra y colab²³ para “notas controles”, registrados correctamente en el 85.7% de las historias clínicas auditadas.

Coincide con los resultados de Mira y colab³¹ para las variables “se lleva al día el curso clínico”, y “motivo de alta” registrados correctamente en más del 82% de las historias clínicas auditadas.

La única variable de la sección “evolución” que califica “por mejorar” es “Recomendaciones a la familia”, presente en el 61% de las historias clínicas auditadas. En comparación, el estudio de Mira y colab³¹, reporta un registro aún más bajo de esta variable (27.5%). Siendo frecuente que los pacientes con diagnósticos de salud mental requieran de un responsable o tutor, es necesario reforzar la documentación de las recomendaciones que se brindan a los familiares de los pacientes durante la consulta médica, los cuales son participantes importantes en el manejo y cuidado de los pacientes.

La sección de “atributos de la historia clínica” tiene un alto nivel de registro en las variables “fecha”, “legibilidad”, “registra descanso medico” y “firma y sello”.

El resultado para “firma y sello” es similar al obtenido por Zafra²³ y Matsumura²² y Thalitaya¹⁹, quienes reportan la presencia de esta variable en el 95%, 97% y 100% de las historias clínicas auditadas respectivamente. Sin embargo, contrasta con los estudios de Llanos²⁸ y Perata²⁹, quienes reportan la presencia de la variable “firma y sello” en el 54% y 49% de las historias clínicas auditadas respectivamente.

En cuanto a la variable “legibilidad”, el estudio de Mira y colab³¹ también reporta un alto nivel de cumplimiento (98%). Sin embargo, contrasta con el estudio de Zafra²³ quien reporta el cumplimiento de esta variable en sólo el 31% de las historias clínicas auditadas. Con menor cumplimiento tenemos al “no uso de abreviaturas”, “hora”, “nombre y n° de historia clínica en todas las hojas” (tabla 12).

El resultado del registro de la variable “hora” del presente estudio es similar al obtenido por Zafra²³, y difiere del obtenido por Thalitaya¹⁹.

En cuanto a la variable “no uso de abreviaturas”, Bastidas²⁴ también reporta un cumplimiento bajo, presente en sólo el 54% de las historias clínicas auditadas.

Si analizamos posibles motivos que generan una calidad de registro “por mejorar”, especialmente en la sección de “datos clínicos”, debemos considerar que la historia clínica no es el único documento que debe ser registrado durante la consulta por el profesional de la salud. Existe la hoja HISS, las recetas, el formato único de atención del seguro integral de salud (FUA), y los formatos de solicitud de exámenes auxiliares (si amerita el paciente). Además, existe un tiempo establecido de atención de las consultas de salud mental para pacientes continuadores (30 minutos) y pacientes nuevos (40

minutos), con una tendencia a la disminución para poder dar respuesta a la alta demanda de los establecimientos. El profesional de la salud se enfrenta de manera diaria a la disyuntiva de mayor exigencia por parte de los órganos rectores en salud para el llenado de numerosos formatos (aparte de la historia clínica) y brindar una atención en un tiempo limitado, cada vez más acortado. La exigencia normativa debe ir de la mano con la entrega de recursos y tecnología a las instituciones prestadoras de salud que permita dar cumplimiento a lo normado.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.1.1. La calidad del registro en consulta externa psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera califica “por mejorar” en el 54% de las historias clínicas auditadas, y el 46% califico como registro “aceptable”, no alcanzando los promedios esperados de aceptabilidad nacionales e internacionales del 80%.

5.1.2. La calidad del registro de la sección “datos clínicos” en las historias clínicas de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, es el más bajo de las secciones evaluadas, siendo aceptable en sólo el 39% de las historias clínicas auditadas.

5.1.3. La calidad del registro de la sección “diagnóstico” en las historias clínicas de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera es aceptable en el 53% de las historias clínicas auditadas, e incluye la variable con el menor registro del estudio “diagnósticos por ejes de psiquiatría”.

5.1.4. La calidad de registro de la sección “plan de trabajo” en las historias clínicas de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera presenta una calificación aceptable en el 85% de historias auditadas, siendo una de las secciones con mejor resultado del estudio.

5.1.5. La calidad de registro de la sección “evolución médica” en las historias clínicas de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera es el más alto de las secciones evaluadas, siendo aceptable en el 88% de las historias clínicas auditadas.

5.1.6. La calidad de la sección “atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera es aceptable en el 60% de las historias clínicas auditadas.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Convocar reuniones de trabajo entre la administración y las jefaturas asistenciales que permitan consolidar las dificultades presentada por el personal al momento de registrar las historias clínicas, quienes son los que están involucrados directamente en la prestación.

5.2.2. Implementar mejoras informáticas y un sistema de control de registros posterior y concurrente para el monitoreo del cumplimiento de los acuerdos en las reuniones de trabajo.

5.2.3. Plantear al comité de historias clínicas la actualización de los formatos de historias clínicas, para la simplificación del registro, con opinión de los servicios asistenciales.

5.2.4. Capacitar al personal asistencial sobre el marco normativo vigente, las implicancias medico legales y económicas relacionadas a la calidad de los registros.

5.2.5. Promover una conciencia colectiva y la identidad de la organización en el personal de salud, que permitan un mayor compromiso y estar alineados con los objetivos de mejora de la calidad de la institución.

5.2.6. Promover en la institución la entrega de cartas de reconocimiento, o resoluciones de felicitación a los servicios y personal que logren mejoras en los registros, a manera de motivación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital Víctor Larco Herrera. (2015). *Informe de Evaluación Anual del Plan Operativo 2014* (pp. 1- 89). Lima. Recuperado de: https://www.larcoherrera.gob.pe/images/documentos/transparencia/02%20Planeamiento%20y%20organizacion/poa/evaluación_anual_2014_poa_hvlh.pdf.
2. Hospital Víctor Larco Herrera. (2015). *Análisis de Situación de Establecimientos Hospitalarios año 2014*. (pp. 1- 171). Lima. Recuperado de: http://larcoherrera.gob.pe/images/documentos/estadisticas/epidemiologia/2015/ASEH_2014.pdf.
3. Piscocoya, J. (2000). Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. *Anales De La Facultad De Medicina*, 61(3), 227. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/Cal_aten_Salu.htm.
4. Fonseca, J., Rivero, E., Baltazar, J., Ñamendys, S., Domínguez, G. (2009). Auditoría médica. *Med Int Mex*, 25(1):23. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim091e.pdf>.
5. Garaycochea, V. (2000). Auditoría Médica. *Paediátrica*, 3(1), 27-28. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/auditor%C3%ADa.Htm.
6. Perú. Ministerio de Salud. (2016). *Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud*. (Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA). Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284837-normatecnica-de-salud-de-auditoria-de-la-calidad-de-la-atencion-en-salud>.
7. Perú. Ministerio de Salud. (2005). *Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud*. (Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA). Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/108_nortecauditoria.pdf.
8. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad (2006). *Categorización al Hospital Víctor Larco Herrera con Categoría III-1, Hospital del Tercer Nivel de Atención, órgano desconcentrado de la DISA V Lima Ciudad*. (Resolución Directoral N° 406-2006-DG-DESP-DISA V LC). Recuperado de: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00006214#>.

9. Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
10. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2012). *Análisis de situación de salud del Perú 2012*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>.
11. Portocarrero F., Sanborn C. (2003). De la caridad a la solidaridad: filantropía y voluntariado en el Perú. Tarazona B. *El Larco Herrera ¿Hospital o asilo?* Lima, Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
12. Seguro Integral de Salud (2013). *Convenio de gestión para el incremento de la cobertura poblacional y prestacional suscrito entre la Unidad Ejecutora 148 - Hospital Víctor Larco Herrera y el Seguro Integral de Salud*. Recuperado en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/transparencia/convenios.html>.
13. World Bank Group(2018). *Healing minds, changing lives. A movement for community-based mental health care in Peru. Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013–2016*. Recuperado en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/407921523031016762/Healing-minds-changing-lives-a-movement-for-community-based-mental-health-care-in-Peru-delivery-innovations-in-a-low-income-community-2013-2016>.
14. Perú. Ministerio de Salud. (2009). *Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud*. (Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA). Recuperado en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/gestion/politica_nacional_calidad.pdf.
15. Perú. Ministerio de Salud. (2006). *Sistema de Gestión de la Calidad en Salud*. (Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA). Recuperado en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM519-2006.pdf>
16. Perú. Ministerio de Salud. (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. (Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA). Recuperado en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/153_lineamsm.pdf
17. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Compendio Estadístico Perú 2014. Capítulo Salud*. Recuperado en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1173/cap06/ind06.htm

18. Perú. Defensoría del Pueblo (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. (Informe Defensorial N° 140). Recuperado en: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>.
19. Thalitaya, MD., Thyagarajan, S., Tirumalaraju, V., Mihaylov, E., Mihaylova, M. (2015). Medical Record Documentation in a Learning Disability In-patient Unit. *Psychiatr Danub*, 27 (Suppl 1): 468-472.
20. Narvaez, 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*. (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. Lima. Recuperado de: http://www.psiquiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol27_sup1/dnb_vol27_sup1_468.pdf.
21. Saravi, B., Asgari, Z., Siamian, H., et al. (2016). Documentation of Medical Records in Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2014: A Quantitative Study. *Acta Inform Med*. 24 (3),202-206.
22. Matzumura, J., Gutiérrez, H., Sotomayor, J., Pajuelo, G. (2014). 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* 75 (3), 251-257.
23. Zafra, J., Veramendi, L., Villa, N., Zapata, M., Yovera, E., Urbina, G., Ayala, R. (2013). Calidad de Registro en Historias Clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev. perú. med. exp. Salud pública*, 30 (4), 714-728.
24. Bastidas, M., Benavides, E., Mera, J. (2013) *Auditoria a la calidad Técnica de la Historia Clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E*. (Tesis de Posgrado). UniversidadEscuela de Administración de Negocios -EAN. Popayán. Recuperado en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/4884/2/BastidasMarta2013.pdf>.

25. Reyes-García, E., Rodríguez, A., Thomas, E., Raya, L., Gastón, J., Molina, R. (2012). Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Med fam Andal*, 13(2), 126-135.
26. Rocano, E (2008). Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna*, 21 (2), 51-54.
27. Gomez, R., Gonzales, M. (2008). Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-CABECERA. (Tesis de Posgrado). Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga. Recuperado en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/handle/10946/1729>.
28. Llanos, L., Mayca, J., Navarro, G (2006). Auditoría Médica de Historias Clínicas en Consulta Externa de Cuatro Hospitales Públicos Peruanos. *Rev Med Hered*, 17 (4), 220-226.
29. Perata, M., Llanos, L., Cabello, M., Mayca, P. (2006). Auditoría Médica en la Consulta Externa Pediátrica. *Rev Med Hered*, 17(1), 35-41.
30. Soto, C., Kleinman, K., Simon, S. (2002). Quality and correlates of medical record documentation in the ambulatory care setting. *BMC Health Serv Res*, 2(1), 22.
31. Mira, J., Pérez, E., García, S., Estévez, C., Palacios, M. (1997). Resultados de una auditoría de historias clínicas en salud mental. *Clínica y Salud*, 8(3), 511-519.
32. Mira, J. (1997). ¿Qué caracteriza a una historia clínica excelente en salud mental? Aplicación de la técnica Delphi para la mejora de la calidad de los procesos asistenciales. *Revista de Calidad Asistencial*, 12(6), 394-400.
33. Carpintero, J., Ochoa, F., Acitores, J., Ferrús, J., Fernández, J. (1997). Grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias como indicadores de la calidad asistencial. *Emergencias*, 9(1), 26-30.
34. Barrie, J., Marsh, D. (1992). Audit in Practice. Quality of data in the Manchester orthopaedic database. *BMJ* 304 (1), 159-62.
35. Buitrago, F., Guillén, J., Mentía, J., Agudo, B., García, M., Molina, L. (1991). Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. *Rev San Hig Púb*, 65(5), 421-427.

36. Osorio, S., Sayes, V., Fernández, M., Araya, C., Poblete, M. (2002). Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. méd. Chile*, 130(2), 226-229.
37. Renau, J., Pérez-Salinas, I. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos*, 10(1), 32-40.
38. Llanos, L. (2000). Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Rev Med Hered*, 11 (3) ,107-12.
39. National Institute for Clinical Excellence - NICE. (2002). *Principles for Best practice in Clinical audit*. London, United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd.
40. Shaw, C. (1990). Criterion based audit. *BMJ*, 300 (6725), 649-51.
41. Redfern, S., Norman, I. (1996). Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model. *Int J Qual Health Care*, 8(4), 331-40.
42. Tarko, D. *Auditoria médica y calidad de atención en el programa de atención domiciliaria de ESSALUD*. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe> > bibvirtualdata > Tesis > Salud > tarco_vd > tarco_vd.
43. Lokuarachchi, S. (2006). Clinical Audit - What is it and how to do it?. *Galle Medical Journal*, 11(1), 41-43.
44. Shortell, M., Bennett, C., Byck, G. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624.
45. Oxman, A., Thomson, M., Davis, D., Haynes, R. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*, 153(10), 1423-31.
46. Jiménez, M., Ortega, M., Cruz, G., Cruz, M., Quintero, M., Mendoza, E., Antúnez, M., Solís, M., Hernández, M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev Mex Enf Cardiol*, 11 (2), 58-65.
47. Batstone, G. (1990). Educational aspects of medical audit. *BMJ*, 301(6747):326-8.
48. Ortega-Benito, J. (1995). La auditoría médico-clínica (III). *Facetas. Med Clin (Barc)*, 104 (1), 25-28.

49. Perú. Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica*. (Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA). Recuperado en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/187487-214-2018-minsa>.
50. Perú. Ministerio de Salud. (2006). *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia clínica*. (Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA). Recuperado en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM597-2006.pdf>.
51. Abaunza de Gonzales, M. (2007). ¿El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado? *Av.enferm*, 25 (2), 141-147.
52. Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, España: Díaz de Santos.
53. Seguro Social de Salud – ESSALUD. (2010). *Normas y Procedimientos para la Auditoria Medica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud*. (Directiva N° 003-GCPS-ESSALUD). Recuperado en: <http://repositorio.essalud.gob.pe/handle/ESSALUD/757>.
54. Ortega-Benito, J. (1995). La auditoría médico-clínica (y IV). Perspectivas. *Med Clin (Barc)*, 104 (3), 103-104.
55. Riondet, B. (2007). *Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General De Agudos Gral. San Martín de la Plata*. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Recuperado en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5391>.
56. Antolinez, J., Espinoza, S., Marín, A., Olarte, S., Salazar, P. (2009). *Herramienta para la Auditoria de Calidad de Registro en las historias clínicas*. (Tesis de posgrado). Universidad CES. Medellín-Antioquia. Recuperado en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/339/1/Herramienta%20auditoria_calidad%20_registro.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Declaración de Autenticidad

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando:
Flores Vento, Diana Guisselle

en condición de egresado del Programa de Posgrado de la Universidad Ricardo Palma:
Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:
Calidad del registro de las Historias Clínicas en Consultorio Externo Psiquiatría Hospital
Víctor Larco Herrera.

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe
plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación
(tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o
jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

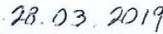
Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el
trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas
por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la
Internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y
asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente
de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto
en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.

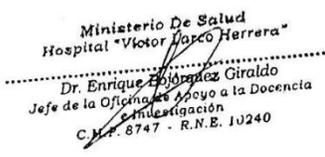


Firma del graduando



Fecha

Anexo 2: Autorización Hospital Víctor Larco Herrera

 PERÚ Ministerio de Salud	"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"
C A R G O	
	
Magdalena del Mar, 27 de agosto del 2014	
MEMORANDO N° 117-2014-OADI/HVLH	
A	: ABOG. HIPOLITO CASTRO LÁZARO Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
De	: DR. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Asunto	: Facilidades para Estudio de Investigación
<hr/>	
Es grato saludarlo, y a través del presente informarle que la Dra. Diana Guiselle Flores Vento , ha sido autorizada por la Dirección General, para fines de tener acceso a las Historias Clínicas para el desarrollo de su Tesis " Calidad del Registro de las Historias Clínicas en Consultorio Externo, Hospital Víctor Larco Herrera "; por lo que mucho agradeceré se sirva otorgar las facilidades correspondientes.	
Atentamente,	
 Ministerio De Salud Hospital "Víctor Larco Herrera" Dr. Enrique Bojorquez Giraldo Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación C.N.P. 8747 - R.N.E. 10240	
EBG/mbrg. c.c. Archivo	
www.larcoherrera.gob.pe	Av. El Ejercito N° 600 Magdalena del Mar, Lima 17, Perú Telef. (511) 2617970

Anexo 3: Matriz de consistencia

Título de la investigación: Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera.						
PROBLEMA	Objetivo General	Hipótesis General	Variables		Indicador	Instrumento
¿Cuál es la calidad del registro de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015?	Evaluar la calidad del registro de las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015	Existe una calidad de registro “por mejorar” de las historias clínicas de consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera.	Todas las dimensiones, ítems 1 al 42		Acceptable $\geq 80\%$ Por mejorar $< 80\%$	Ficha técnica
Problemas específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas (Si corresponde)	Dimensiones	Ítems	Indicador	Instrumento
1. ¿Cuál es la calidad del registro de los “datos clínicos” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?	1. Determinar la calidad del registro de los “datos clínicos” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.		Dimensión prellenada de datos de identificación	Dimensión datos identificación (prellenada): criterios/ítems 1 al 12	Acceptable $\geq 80\%$ Por mejorar $< 80\%$	Ficha técnica
2. ¿Cuál es la calidad del registro “diagnóstico” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?	2. Determinar la calidad del registro “diagnóstico” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.		Dimensión 1: Datos clínicos	Dimensión 1: Criterios/ítems 13 al 22		
3. ¿Cuál es la calidad de registro del “plan de trabajo” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?	3. Determinar la calidad de registro del “plan de trabajo” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.		Dimensión 2: Diagnóstico	Dimensión 2: criterios/ítems 23 al 26		
4. ¿Cuál es la calidad de registro de la “evolución médica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?	4. Determinar la calidad de registro de la “evolución médica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.		Dimensión 3: Plan de trabajo	Dimensión 3: criterios/ítems 27 al 30		
5. ¿Cuál es la calidad de los “atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015?	5. Determinar la calidad de los “atributos de la historia clínica” en las historias clínicas de la consulta externa de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera del año 2015.		Dimensión 4: Evolución medica	Dimensión 4: criterios/ítems 31 al 34		
			Dimensión 5: Atributos de la historia clínica	Dimensión 5: criterios/ítems 35 al 42	Acceptable $\geq 80\%$ Por mejorar $< 80\%$	

Anexo 4: Instrumento utilizado

FICHA DE AUDITORIA DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA			
A. CONSULTORIO:		B. N° DE FICHA:	
C. COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE:		D. CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA:	
E. FECHA DE LA CONSULTA:		F. FECHA DE LA AUDITORIA:	
		G. DIAGNOSTICO:	
SECCIONES	VARIABLES (ITEMS)	PUNTUACIONES: (si =1) (no=0) NA	
1. DATOS DE IDENTIFICACION	1. Nombre y apellido		
	2. Dirección		
	3. DNI		
	4. Edad		
	5. Sexo		
	6. Estado civil		
	7. Fecha de nacimiento		
	8. Lugar de nacimiento		
	9. N° de HC		
	10. Grado de instrucción		
	11. Ocupación		
	12. Nombre Apoderado (s)		
2. DATOS CLÍNICOS	13. Motivo de consulta		
	14. Síntomas principales		
	15. Tiempo de enfermedad		
	16. Relato cronológico		
	17. Examen físico preferencial		
	18. Examen mental		
	19. Funciones vitales y somatometría		
	20. Antecedentes personales		
	21. Antecedentes patológicos		
	22. Antecedentes familiares		
3. DIAGNOSTICO	23. Diagnóstico presuntivo		
	24. Diagnóstico definitivo		
	25. Diagnóstico por ejes		
	26. Uso CIE 10		
4. PLAN DE TRABAJO	27. Tratamiento		
	28. Exámenes auxiliares		
	29. Interconsultas		
	30. Seguimiento		
5. EVOLUCION	31. Notas médicas de control /evolución		
	32. Indicaciones de alta		
	33. Referencias		
	34. Recomendaciones a la familia del paciente		
6. ATRIBUTO DE HISTORIA CLINICA	35. Fecha		
	36. Hora		
	37. Pulcritud		
	38. Legibilidad		
	39. No Uso de abreviaturas		
	40. Nombre y apellidos en todas las hojas		
	41. Registra descanso médico		
	42. Firma y sello		
BUENO O ACEPTABLE	Igual o mayor de 34		
POR MEJORAR	Menor de 33		

Instructivo: De acuerdo a la operalización de variables, la técnica y procedimientos para la recolección de datos.

Anexo 5: Tabla de Números Aleatorios.

800831	770936	009603	498510	442188	646033	500457	731599	558058	500674
227336	430861	983152	909483	770660	479127	581644	502935	328039	550159
221253	317891	338263	641320	555374	114511	928368	795804	149963	519842
562416	990120	298864	927890	781157	726690	344195	063570	968181	163372
493782	855573	711722	307495	544331	921446	226819	495489	180774	304012
950835	387939	200289	985400	077520	785394	314956	940527	379875	389117
028031	261900	811749	279046	849438	571818	521372	688648	945491	777107
425463	615100	572663	844164	543552	748187	656738	989411	243335	454259
601987	003282	022333	480326	146098	633955	137593	219710	640009	204042
555364	896009	432387	111028	906208	311730	223578	152524	145694	983412
164857	416197	578148	187473	283120	936879	030216	206681	459747	637714
816344	471353	922102	310222	508009	263368	856220	740930	348992	716442
752816	851848	676723	497868	207302	431611	953722	281604	824401	027574
453168	210843	137438	485174	010759	420917	930250	922620	423288	516212
999851	815370	805665	693971	535092	023362	851267	496409	251964	211459
230504	340653	334740	944980	912982	035958	585872	961493	476804	305612
718046	028355	467635	869882	192043	272789	162872	850178	681681	613483
564611	276407	184550	504627	912587	554247	364631	491247	064672	134843
264091	044568	471720	166863	989514	777342	933420	508274	600207	028201
345795	531617	294019	140763	190371	830615	469121	160747	680144	717793
533260	523177	413988	614701	574920	447303	346028	405895	124091	008185
644541	156270	144442	267880	410242	314986	474235	432077	635013	210431
126158	353575	854832	830153	795365	565467	947420	389417	368326	705505
231724	228671	876205	416101	642243	713060	375042	970152	820658	407108
963102	865554	878510	037491	404741	208349	981702	871680	230271	670845
072223	922009	830954	544851	683381	480629	228700	110530	935733	831857
707368	365391	643106	239481	463994	455137	458210	934691	955330	919413
531407	752811	423025	265868	180956	972621	695181	239087	630826	152516
335201	992868	754404	293188	804950	926465	039211	605343	069464	757503
550416	292268	296024	802546	110991	050996	513591	280848	666908	723439
102659	401213	761454	558111	197679	604288	056456	951405	768692	980900
148643	147100	201583	965460	443663	701621	026423	941663	819817	446696
308414	478099	774661	328795	658201	998894	083219	554065	386421	100763
227639	148072	152502	282323	736211	257258	318932	779678	235119	752106
150945	851767	398579	261853	996842	311660	493698	310070	349502	776789
964647	508244	039070	960292	087480	115804	377474	373103	802529	937960
399951	270839	004605	615497	354191	033958	602734	348808	161273	589988
708686	673986	488630	724278	107770	731451	593415	383388	251853	079133
528602	669829	107420	411374	842741	599265	887913	666932	435831	748062
541968	329464	935568	083288	149692	741940	146380	892528	888888	648995
880677	895964	079780	862767	615517	007903	426677	992552	201132	376933
838392	851571	900960	316875	054461	891654	183089	367989	483332	740245
035690	708246	971793	677435	584540	808916	466135	659304	844260	249579
358970	954159	975113	454384	417374	130660	273818	663205	727484	026425
856583	883679	165706	737563	609691	693669	916070	495318	000540	095174
232845	908562	857112	635059	572544	076307	925618	903460	197865	262074
384547	107865	707847	437412	011114	568102	677336	250300	397656	797517
439476	944782	160679	233960	031714	074822	640764	222964	957605	887922

Anexo 6: Tabla Prueba binomial para validación del instrumento.

CRITERIOS	JUECES								VALOR DE P*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,03516
2	1	1	1	1	1	0	1	1	0,03516
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0,03516
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
7	1	1	1	1	1	0	1	1	0,03516
TOTAL									

1= de acuerdo

0= desacuerdo

* Obtenido mediante la prueba binomial. Siendo los valores de $P < 0,05$, se considera que el instrumento tiene validez de contenido aceptable.

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACION
1 El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2 El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3 La estructura del instrumento es adecuada (membretado A-F y secciones 1,2,3,4,5,6)			
4 Los items del instrumentos responde a la operacionalización de la variable.			
5 La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6 Los items son claros y entendibles. (items 1 al 40)			
7 el número de items es adecuado para su aplicación (items 1 al 40)			

1= de acuerdo 0= desacuerdo

SUGERENCIAS

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)