



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA
EXTERNA EN UN CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES**

PRESENTADA POR
ANA MERCEDES BERROCAL CANCHO

ASESOR
MGTR. JORGE LUIS MEDINA GUTIÉRREZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN
ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD DE AUDITORÍA MÉDICA

LIMA – PERÚ
2018



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA EXTERNA
EN UN CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES**

**TESIS
PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA
CALIDAD DE AUDITORÍA MÉDICA**

PRESENTADA POR

ANA MERCEDES BERROCAL CANCHO

**ASESOR
MGTR. JORGE LUIS MEDINA GUTIÉRREZ**

LIMA, PERÚ

2018

JURADO

Presidente: Mauro Rivera Ramírez, doctor en Gestión en Salud y doctor en Educación

Miembro: Ricardo Aliaga Gastelumendi, maestro en Executive Master of Business Administration

Miembro: Paúl Rubén Alfaro Fernández, doctor en Medicina

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo, Jimmy Portocarrero, por su sacrificio y esfuerzo, por darme todo su apoyo y creer en mi capacidad; aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome comprensión, cariño y amor.

A mi amado hijo, Jimmy Daniel, por ser fuente de inspiración y motivación para superarme cada día más y así luchar para que la vida le depara un futuro mejor.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores y amigos presentes, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos para la elaboración de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	10
1.1 Antecedentes	
1.2 Bases teóricas	
1.3 Definición de términos	
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
2.1 Formulación de la hipótesis	
2.2 Variables y su operacionalización	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo y diseño	
3.2 Diseño muestral	
3.3 Procedimiento de recolección de datos	
3.4 Procesamiento y análisis de datos	
3.5 Aspectos éticos	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	20
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	
1. Estadística complementaria	
2. Instrumentos de redacción de datos	
3. Consentimiento informado	

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio buscó evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se incluyó una muestra aleatoria representativa de pacientes nuevos atendidos en un centro de salud ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores que totalizan 80 historias clínicas. La unidad de muestreo y análisis fue la historia clínica de pacientes atendidos en consultorios. El instrumento de medición se construyó en base a los objetivos del estudio. Una vez construido el instrumento preliminar se procedió a la validación por expertos, para analizar el contenido del instrumento y si guarda concordancia con los objetivos del estudio. Para ello se consultó a tres expertos para analizar su grado de acuerdo. Finalizado el trabajo de campo los datos fueron codificados para ingresar la información en una base de datos, para ello se tomó en cuenta el nivel de medición de los indicadores.

Resultados: Entre los resultados más resaltante se encontró que el registro de funciones vitales es 38% de las historias clínicas, registro de síntomas de consulta en 90%, registro de examen físico en 79%, registro de diagnóstico del paciente en 91%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 80%, registro de fecha y hora en 14%, y registro de la firma y sello del profesional en 61%.

Conclusión: Se concluye que el llenado de historia clínica es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostraran valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario.

Palabras claves: Historia clínica, consulta externa

ABSTRACT

Objective: The present study sought to evaluate the filling of clinical records (HC) of external consultation, allowing to identify errors or information gaps.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was carried out. We included a representative random sample of new patients seen in a health center located in the district of San Juan de Miraflores, totaling 80 medical histories. The unit of sampling and analysis was the clinical history of patients seen in offices. The measurement instrument was constructed based on the objectives of the study. Once the preliminary instrument was constructed, it was validated by experts, to analyze the content of the instrument and if it is consistent with the objectives of the study. For this, three experts were consulted to analyze their degree of agreement.

Results: After the fieldwork, the data was coded to enter the information in a database, for which the level of measurement of the indicators was taken into account. Among the most outstanding results, it was found that the registry of vital functions is 38% of the clinical histories, registration of symptoms of consultation in 90%, registry of physical examination in 79%, record of diagnosis of the patient in 91%, registry of the treatment or work plan in 80%, date and time record in 14%, and record of the signature and stamp of the professional in 61%.

Conclusions: It is concluded that the filling of the clinical history is poor for most of the evaluated variables. It was expected that the findings would show high values in aspects that in the opinion of the professionals are substantive for a good quality of attention to the user.

Keywords: Clinical history, outpatient consultation

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los noventa el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha desarrollado diversas normas, metodologías y herramientas con la finalidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, introduciendo entre ellas, la auditoría médica.¹

La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes. Es pues, un recurso para evaluar el acto médico que permita mejorar la práctica médica, y comprende una serie de procesos que implican la identificación de criterios e indicadores, la recolección y análisis de datos, cuyos resultados son insumos para un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud.²

Como se ha mencionado, desde 1990 se desarrollaron en el MINSA, protocolos de manejo materno-infantil, de sistemas de supervisión, de manuales de visitas domiciliarias, de sistemas y manuales de auditoría, los cuales fueron utilizados temporalmente, sin llegar a institucionalizarse en los establecimientos de salud.

En ese mismo esfuerzo del MINSA por los temas de la calidad de atención de salud, las universidades mostraron también su interés en el tema, y empezaron y continúan formando recursos humanos con competencias en el campo de la calidad de atención de salud y la auditoría médica.

A la fecha se dispone de una norma técnica de auditoría emitida por el MINSA, sin embargo en los servicios públicos, su uso es limitado porque se le ve como un manual aislado y no como herramienta útil, parte de un sistema de mejora de la calidad de atención de salud; por el contrario, en el sector privado, la auditoría médica forma parte de los procedimientos de búsqueda y mejora continua de la calidad de atención de salud.²

En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que pueden ser remediadas. La auditoría tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas.^{3,4}

Por lo mencionado es que el presente estudio pretende utilizar la auditoría médica en un establecimiento de salud público que permita aproximarnos a la calidad de atención médica brindada a sus usuarios. Dicho establecimientos de salud es el Centro de Salud “Manuel Barreto” ubicado en el populoso distrito de San Juan de Miraflores, parte del cono sur de Lima metropolitana, cuyo ámbito territorial es de 23.98 kilómetros cuadrados de superficie.

El centro de salud Manuel Barreto atiende población de los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo y tiene asignada una población de 4,499, 000 habitantes, ofreciéndoles servicios de Medicina General, su población usuaria está en incremento, son principalmente migrantes andinos, agrupados en algunos casos en núcleos según su procedencia, por ejemplo en Zona de Pamplona Alta existen población procedente de Puno en su gran totalidad en un 90%, y en un 10% de Ayacucho.

Es pertinente mencionar que, como muchos servicios de salud públicos ubicados en zonas populares, el centro de salud Manuel Barreto tiene una serie de carencias; presupuesto insuficiente, deficiencia en infraestructura, equipamiento, materiales, insumos médicos de primera línea y déficit en los recursos humanos del personal de Salud, especialmente médicos especialistas, siendo referidos los pacientes al Hospital General María Auxiliadora, establecimiento de mayor capacidad resolutive.

El presente estudio tiene como antecedentes los siguientes estudios:

Llanos-Zavalaga et al. (2006) evaluaron el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, identificando errores o vacíos de información. Utilizaron un diseño transversal descriptivo e incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque -390 HC) y sur (Ica -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas -396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios externos. Entre los resultados más resaltantes se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del

tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. Los autores concluyen que el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa. ⁵

Foy R, et al. (2005) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar una evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos en Argentina. Utilizó una revisión documental, y se revisaron 150 historias clínicas, teniendo en cuenta una ficha de datos. Se empleó técnicas estadísticas descriptivas para el análisis de datos. Entre los resultados se destaca que el Indicador Básico de Calidad tuvo un aumento significativo (76%), pero este es muy pobre para un servicio de Clínica Médica, el mínimo aceptable debe ser de 80% siendo deseable el 100%. Hay criterios importantes que están influyendo en ese resultado ellos son: enfermedad actual (63%), razonamientos diagnósticos, comentarios sobre la terapéutica y los estudios complementarios en la evolución (43%, 60% y 46% respectivamente) y en el informe de alta el resumen clínico (65%). El autor concluye que los cambios positivos obtenidos en los indicadores se lograron con el empleo de estrategias mínimas. El descenso en el grado de cumplimiento de la hoja de enfermería se debió a la falta de acuerdo en quién debe colocar este documento en la historia clínica, este es un tema que deberá corregirse en el futuro y llegar a un consenso entre el personal administrativo y enfermería.

Atienza F, (2013) realizó una investigación sobre “Historia Clínica Informática Única. Una herramienta en la mejora de procesos en Salud Pública”, Argentina. El autor refiere que un sistema de Información se puede definir como el conjunto de personas, normas, procesos, procedimientos, datos y recursos tecnológicos que funcionan articuladamente y que buscan facilitar la gestión. El reto actual de las Administraciones públicas y privadas es su modernización, entendiendo esta como el proceso continuo de adaptación a las exigencias del entorno, efectuando la transición de un sistema burocrático a otro de gestión, capaz de definir objetivos, optar por la mejor forma de alcanzarlos y evaluar los resultados obtenidos. La historia clínica es el registro ordenado y metódico de todos los resultados de los exámenes clínicos realizados a un paciente con motivo de evaluación de su salud, la realización de diagnósticos y la prescripción de los tratamientos. El disponer de un sistema de registro adecuado es fundamental para el equipo de APS porque su existencia, Por este motivo el objetivo fue el desarrollo de un sistema de gestión de historias clínicas informático que pueda mejorar los procesos del sistema de atención de salud público. El nuevo modelo de gestión de información adoptando conceptos nuevos permitió redireccionar el proceso en la administración de la información que condujo a un mejor ordenamiento y control de nuestra gestión. Dicho documento es la fuente que, además de recoger todo un informe de salud, comunica el pensamiento médico, registra observaciones, diagnósticos e intervenciones que reflejan uno o varios problemas; sin embargo, su formato tradicional enfrenta diversas dificultades, como es su deterioro o pérdida, debido a que la historia convencional, en su formato de papel, sólo puede existir en un lugar y en un momento determinado, en condiciones determinadas, así como la presencia de una escritura pobre, ilegible e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar.⁷

Matzumura K, et al.(2014) realizaron una investigación para evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de Consultorios Externos del Servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Se realizó en los consultorios externos del Servicio de Medicina Interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Material: Historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Medicina Interna. Se evaluó 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, las cuales fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, cada uno calificado con 10 puntos, para un total de 100 puntos: fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo y firma y sello del médico. Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como 'aceptables'; las restantes como 'falta mejorar'. Principales medidas de resultados: Historias auditadas aceptables o falta mejorar. Se destaca que el 63,8% (206) de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% (117) de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente). Conclusiones: Más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares en la Clínica Centenario Peruano Japonesa.⁸

Gómez F, et al. (2014), auditaron el cumplimiento de los registros de las historias clínicas de hospitalización de 80 pacientes hospitalizados en la E. S. E. Hospital local

del Municipio de Lebrija entre diciembre de 2013 a Mayo de 2014. Empleando el muestreo aleatorio simple para la selección de dichas historias clínicas, se realizó un estudio retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo y una ficha de verificación de cumplimiento de los requisitos que contó con trece criterios. Se determinó las variables de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, para la evaluación de la calidad del registro de la historia clínica en cada proceso asistencial de la institución. De un total de 192 historias clínicas se tomaron 80 historias clínicas, realizando la verificación en la base de datos para analizar el cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica, obteniendo como resultado general que 60% (n=48) está dentro del rango óptimo, el 17% (n=11) aceptable y el 13% (n=7) muy deficiente. Esto indica que se deben tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad.⁹

Quispe J, et al. (2016) determinaron las características de registro de las historias clínicas de hospitalización en el Hospital III Yanahuara en Arequipa, Perú. El estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se evaluaron 225 historias clínicas de hospitalización en el mes de noviembre del 2015. Se utilizó una ficha que consta de 15 ítems; cada ítem se evaluó mediante una escala en: "muy mal", "mal", "aceptable", "bien" y "muy bien". Se hizo un análisis descriptivo a través del cálculo de frecuencias. Entre los resultados, se resalta que los ítems con mayor proporción de datos de registro aceptable fueron: indicación terapéutica clara (84%), evolución (74,7%), juicio clínico (70,7%), indicación terapéutica completa y ordenada (54,2%), enfermedad actual (50,2%), y exploración física (43,1%). Los ítems muy bien registrados fueron: indicación de pruebas y procedimientos (97,3%), identificación de médico (91,1%) y alergias (67,1%). Los ítems muy mal registrados fueron: motivo de ingreso (91,1%), hábitos vitales (72,9%) y tratamiento previo (38,2%). Los autores concluyen que la mayoría de las historias clínicas de hospitalización se caracteriza

por un registro aceptable de la mayoría de los ítems evaluados; sin embargo, presentan deficiencias notables en algunos ítems.¹¹

Teniendo en cuenta los antecedentes arriba mencionados, el objetivo del presente estudio fue describir la calidad del registro de datos en las historias clínicas de la consulta externa de pacientes nuevos que asisten al Centro de Salud Manuel Barreto ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio fue de tipo cuantitativo porque se utilizó un tamaño de muestra estadísticamente representativa de todos los usuarios de consulta externa que asisten al Centro de Salud Manuel Barreto.

Fue de tipo descriptivo porque el alcance del estudio no fue demostrar relación causal.

Fue de tipo transversal porque las mediciones de las variables se hicieron por única vez.

Fue de tipo observacional porque las variables no fueron manipuladas por el investigador

Fue de tipo prospectivo porque se recolectaron los datos una vez aprobado el plan de tesis correspondiente.

La población universo fueron los pacientes que asisten a la consulta externa de un servicio de salud público.

La población de estudio fueron los pacientes de la consulta externa atendidos en el Centro de Salud Manuel Barreto durante el año 2016, la que constó de 380 historias de pacientes nuevos en la consulta externa.

La unidad de análisis que la historia clínica de la consulta externa del Centro de Salud Manuel Barreto

El tamaño de muestra fue calculado por el programa GRANMO teniendo un nivel de confianza de 95%, precisión de 5%, estimación de la proporción de las variables en la población de 50% y una pérdida de pacientes de no aceptación a realizar el llenado

de cuestionarios del 25% y considerando una población finita de usuarios (380). El resultado de este cálculo es de 85 historias clínicas.

La selección de la muestra se realizó en forma aleatoria simple teniendo como marco muestral, la relación de historias clínicas de los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud Manuel Barreto.

Los criterios de inclusión fue: la historia clínica de pacientes varones y mujeres de cualquier grupo etario que son usuarios de la consulta externa del Centro de Salud Manuel Barrero

Los criterios de exclusión fueron: las historias clínicas de emergencia no participaron en el presente estudio.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos tipo lista de cotejo elaborada por el investigador, instrumento que pasó por un proceso de validación a través del juicio de expertos.

Con respecto al procesamiento y análisis de datos, previa codificación de los datos y organizados en una base Excel, fueron procesados con el programa SPSS versión 24, procediendo a los siguientes análisis estadísticos: obtención de frecuencias relativas, medias y desviación estándar y tablas univariadas.

Respecto a los aspectos éticos, en todo momento se tuvo cuidado de manejar con confidencialidad y discreción, la información consignada en las historias clínicas de los pacientes participantes en el presente estudio.

RESULTADOS

Tabla 1: Registro de funciones vitales de las historias clínicas

RESPUESTA	n	%
SÍ	3	38.8
NO	4	61.3
Total	8	100.0



Figura 1. Proporción de registro defunciones vitales en la historia clínica

Se observa que el registro de funciones vitales se presentó en el 39% del total de historias clínicas revisadas.

Tabla 2. Registro de síntomas en la historia clínica

RESPUESTA	n	%
SÍ	7	90.0
NO	8	10.0
Total	8	100.0



Figura 2. Proporción de síntomas en la historia clínica

Se observa que el registro de los síntomas durante la consulta externa se presentó en el 90% del total de historias clínicas revisadas.

Tabla 3. Registro de examen físico

RESPUESTA	n	%
SÍ	6	78.8
NO	1	21.3
Total	8	100.0



Figura 3. Proporción de registro de examen físico en la historia clínica

Se observa que el registro de examen físico se presentó en el 79% del total de historias clínicas revisadas

Tabla 4: Registro de diagnóstico de paciente

RESPUESTA	n	%
SÍ	3	91.3
NO	7	8.8
Total	8	100.0

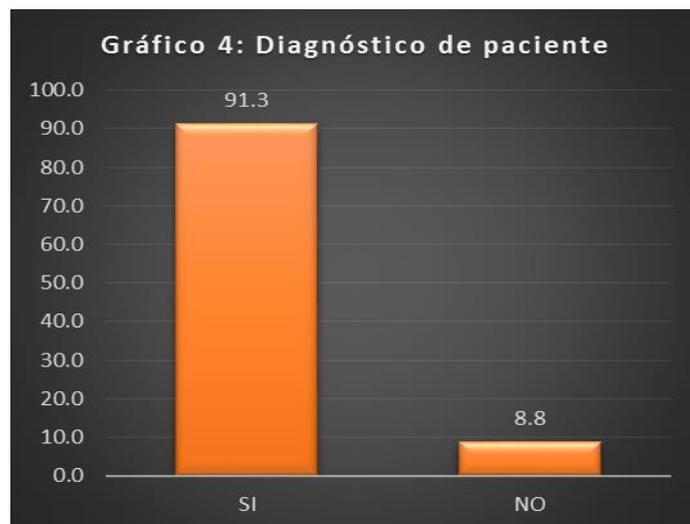


Gráfico 4. Registro de diagnóstico de paciente

Se aprecia que el registro de diagnóstico de paciente se presentó en el 91% del total de historias clínicas revisadas.

Tabla 5: Registro de plan de trabajo

RESPUESTA	n	%
SÍ	4	80.0
NO	1	20.0
Total	8	100.0



Gráfico 5. Registro del plan de trabajo en la historia clínica

Se observa que el registro de trabajo se presentó en el 80% del total de historias clínicas revisadas.

Tabla 6. Registro de fecha y hora

RESPUESTA	n	%
SÍ	1	13.8
NO	6	86.3
Total	8	100.0



Gráfico 6. Registro de fecha y hora en la historia clínica

Se aprecia que el registro de fecha y hora se presentó en el 14% del total de historias clínicas revisadas.

Tabla 7: Registro de firma y sello

RESPUESTA	n	%
SÍ	4	61.3
NO	3	38.8
Total	8	100.0



Gráfico 7. Registro de firma y sello

Se observa que el registro de firma y sello se presentó en el 61% del total de historias clínicas revisadas.

DISCUSIÓN

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos¹¹. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. Por lo mencionado, es posible afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.¹²

Los antecedentes revisados muestran que usualmente el diseño de estudio de la historia clínica más utilizado son los diseños de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal; en este aspecto el presente estudio de investigación ha usado el mismo diseño asegurando el tamaño y la selección muestral que asegure la confiabilidad y la respectiva representatividad de los resultados respecto a las características de la historia clínica de la consulta externa atendida en el Centro de Salud Manuel Barreto.

El presente estudio consideró como referente, las normas dadas por el Ministerio de Salud, que establece que cada atención debe registrar de manera legible, como mínimo: fecha de consulta; motivo de consulta; hallazgos clínicos importantes (mínimo los controles vitales y el examen físico dirigido); diagnóstico – problema (apreciación diagnóstica); tratamiento y recomendaciones (plan de trabajo); e identificación precisa de la persona que brindó la atención (nombre, firma y colegiatura).^{13,14}

Especificar que dichas normas técnicas establecidas por el MINSA, instancia rectora de la atención de salud en el Perú, precisan que las historias clínicas se deben registrar: Fecha y hora de la atención, Funciones Biológicas, Examen Físico, Diagnostico (según clasificación CIE 10), Tratamiento, Exámenes Auxiliares, Referencia si fuera el caso, Fecha de próxima cita, Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención.

Dichas normas detallan lo siguiente: en el registro de funciones vitales: se considera la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, y presión arterial.

En el registro de los síntomas o anamnesis se incluye examen físico que incluye examen físico general y examen físico regional.

En el registro del diagnóstico: se consigna el diagnóstico asignado por el médico.

En el ítem plan de trabajo se considera las indicaciones médicas -próxima cita, referencia a su centro de salud o final de seguimiento-, exámenes de laboratorio, o radiológicos solicitados por el médico.

En lo que respecta a la identificación del médico tratante, se considera la firma del médico, sello o número de Colegio Médico del Perú, con nombre y apellidos del médico.

Agrega que en la historia clínica debe quedar constancia cuando el paciente ha concluido el tratamiento por el episodio de atención ambulatoria, además, las

diferentes especialidades y programas de salud podrán incluir cualquier otra información que considere conveniente.^{13, 14}

En comparación a lo establecido por las normas sanitarias, los resultados del presente estudio muestran que el llenado de las historias clínicas es bastante pobre para funciones vitales (39%), para fecha y hora de consulta (14%), para firma y sello del prestador (61%). Al respecto Llanos-Zavalaga et al. (2006) el estudio realizado en hospitales públicos de cuatro ciudades del país: Lambayeque, Ica, Junín y Amazonas, también reportan resultados similares a los encontrados en nuestro estudio: pobre llenado de la historia clínica y consideran que la institucionalización de la auditoria médica sea entendida por el profesional médico como una herramienta educativa.^{2, 15}

Los hallazgos encontrados en el centro de salud Manuel Barreto podrían tener relación con las carencias de insumos y equipos, la precariedad y descuido de sus instalaciones y la sobrecarga de usuarios pues la población de cono sur de Lima se ha incrementado significativamente en comparación al poco crecimiento de la oferta de servicios de salud.¹⁵

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, se estaría esperando valores más elevados para la descripción de síntomas, el examen físico, la apreciación diagnóstica y el plan de trabajo. Ello debido a que estos son aspectos básicos que todos los profesionales deben registrar para una mínima calidad de atención de salud al usuario.¹⁶

Cabe precisar el estudio de Foy R et al. (2005) reportó pobre llenado de la historia clínica y que las mejoras en su uso están vinculadas a estrategias integrales de mejora continua de la calidad.

Estudios como el de Atienza F, (2013), respecto a historias clínicas electrónicas son importantes porque la gestión de un sistema informático de historias clínica podría contribuir a un mejor ordenamiento y control, cumpliendo dos objetivos: educación formativa continua al equipo de salud y bloquear los posibles errores y negligencias en el registro de datos de los usuarios.⁷

Destacar también el estudio de Matzumura K, et al.(2014) quienes evaluaron la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos de un servicio de salud privado, sus resultados refieren que las historias obtuvieron una valoración mayoritaria de “aceptable”, sin embargo un 36.2% “faltaba mejorar”.⁸

Estudios que reportan niveles aceptables de buenos registros en la historia clínica son: el estudio Gómez et al. (2014) realizado en un hospital municipal de la ciudad de Nebrija, y el estudio de Quispe J, et al. (2016) realizado en el hospital público de Yanahuara en Arequipa. Ciertamente que ambos estudios también reportan algunas deficiencias, pero en general alcanzan puntaje de aceptables.^{9,10} Dichos resultados podrían estar asociados a estrategias sostenidas de mejoramiento continuo de la calidad.^{16,17}

Diversos artículos de expertos sostienen que mientras no se evidencie un apropiado nivel de llenado de las historias clínicas (del 80%) no es razonable usar recursos para evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas. Para garantizar que la historia

clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica.^{18, 19,20}

Dentro de políticas integrales de mejora de la calidad, se reconoce que el llenado de la historia no está directamente asociado con la calidad de la atención; pues se puede observar buenas prácticas clínicas independientes del llenado de las historias clínicas; sin embargo es un instrumento que contribuye a ello.^{21,22,23}

Esta asociación llenado de la historia clínica y mejor calidad de atención aún no está demostrada en nuestro país, por lo que es uno de los argumentos de los prestadores para criticar la pertinencia y utilidad de las auditorías médicas, al momento que se realizan.^{24, 25,26}

Un argumento humano, es que al momento de escribir la persona sigue un proceso de ordenamiento y sistematización de las percepciones e ideas, lo cual permitiría mejorar los procesos mentales al interior del profesional y la comunicación médico-paciente.

Publicaciones recientes señalan que el proceso de mejoramiento de la calidad busca mejorar la calidad del cuidado del paciente y su impacto (*outcome*), a través de revisiones sistemáticas del cuidado considerando criterios explícitos y la

implementación de cambio y acompañada de procesos de retroalimentación a los proveedores. En este sentido, la auditoría médica es un recurso que contribuye en los procesos de mejoramiento de calidad arriba mencionados.^{27, 28, 29}

Es pertinente enfatizar que el uso correcto de la historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que ayudan al médico a plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico, por lo que debe ser considerada como un documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. En esta perspectiva, el llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica. De otro lado, el adecuado llenado de la historia clínica es reconocido por su influencia como instrumento para la mejora de los estándares de atención⁸, cumpliendo una función educativa para los profesionales de la salud.^{24, 26, 29}

Por todo lo mencionado es que la auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad, y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educativas.^{19, 20}

La participación en la auditoría médica es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes.^{20, 25, 26}

Los expertos y la experiencia internacional evidencian que las intervenciones de auditoría han sido sostenibles y han conseguido resultados satisfactorios, cuando hay retroalimentación continua. En el caso de nuestro país, debería pensarse en escenarios creativos, incentivos y reforzadores positivos no dinerarios, que permitan mejorar el llenado de HC y consecuentemente, mejorar la calidad del acto médico, que respete los derechos laborales y promueva una competencia sana entre los prestadores. Asimismo, para la adecuada evaluación de las HC debe existir en todo establecimiento de salud un comité de gestión de la calidad que tenga como finalidad velar por garantizar y mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente.^{19, 20, 29}

CONCLUSIONES

El llenado de historia clínica en la consulta del centro de salud Manuel Barreto es pobre para la mayoría de las variables evaluadas.

El registro de funciones vitales es 38% de las historias clínicas, registro de síntomas de consulta en 90%, registro de examen físico en 79%, registro de diagnóstico del paciente en 91%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 80%, registro de fecha y hora en 14%, y registro de la firma y sello del profesional en 61%.

El pobre llenado de la historia clínica en la consulta externa del Centro de Salud Manuel Barreto podría estar relacionada a las carencias de insumos y equipos, la precariedad y descuido de sus instalaciones y la sobrecarga de usuarios

La auditoría médica podría mejorar los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa.

RECOMENDACIONES

Establecer un comité de gestión de la calidad en el Centro de Salud Manuel Barreto, el cual incluya dentro de sus actividades, la revisión y evaluación periódica de las historias clínicas.

Instalar Comité de Auditoria, como órgano dependiente de la Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad, ubicado dentro del Área de Garantía y Mejora de la Calidad, encargado de realizar auditorías de modo regular y continuo de las historias clínicas de los servicios y de los casos de eventos centinelas y de otros de interés para la institución o que sean solicitados por la Dirección General de la organización de salud por alguna razón en particular.

Instalar un comité multidisciplinario para la mejora de la historia clínica, ello en el marco de las prioridades, y uso de guías y de normas técnicas vigentes; en la perspectiva futura de digitalizar las historias clínicas.

Continuar y profundizar en estudios de la historia clínica que puedan establecer relaciones causales significativas que explique su adecuado o inadecuado llenado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Diseño de Sistema de Auditoría Médica y de Gestión. Lima: MINSA; 2000
2. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica peruana de auditoría en salud para el mejoramiento de la calidad de los servicios.
Disponible: www.minsa.gob.pe/portalminsa/publicaciones

Revisado: diciembre 2005.
3. Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.
4. National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Oxford:Radcliffe Medical Press Ltd. NICE; 2002.
5. Llanos-Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered 2000; (11:107-12).
6. Foy R, Eccles MP, Jamtvedt G, Young J, Grimshaw JM, Baker R. What do we know about how to audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. BMC Health Serv Res 2005; (5: 50).
7. Atienza O. Historia clínica informática única una herramienta en la mejora de los procesos en salud pública. Tesis de maestría. Córdoba, Argentina.2013.
8. Matzumura P, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3:251-7)
9. Gómez F, Domínguez M, Ramos, D. Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el Servicio de Hospitalización del Hospital Local del

Municipio Lebrija, Departamento de Santander entre diciembre 2013 a mayo 2014. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

10. Quispe-Juli C, Navarro-Navides R, Velásquez-Chahuares L, Pinto-Martínez F, Olivares-Alegría E. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. *Horiz. Med.* [Internet]. 2016 Oct; 16(4 : 48-54)
Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400008&lng=es.

Revisado: Sept 2018

11. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991; (303: 398-402)
12. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III): Facetas. *Med Clin (Barc)* 1995; (104: 25-8)
13. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Auditoría de Historias Clínicas de Hospitalización ISE - EPS. Primera Revisión. Lima: SEPS; 2000.
14. Ministerio de Salud del Perú, Oficina de Estadística e Informática. Dirección General de Salud de las Personas. Escuela Nacional de Salud Pública. Normas técnicas para la administración de las historias clínicas. Lima: MINSA; 2000.
15. Llanos-Zavalaga L, Mayca J, Navarro G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered.* 2006; 17(4).
16. Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. *Evidence-based audit in general practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998. (pág. 1- 15)

17. Bowling A. Evaluating health services. En: Research methods in health: Investigating health and health services. Buckingham: Open University Press. 1997; (pág. 5-16)
18. Batstone GF. Educational aspects of medical audit. BMJ 1990; (301: 326-8)
19. Shaw CI. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. BMJ 1980; (280:1443-6)
20. Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II).Definiciones y tipología. Med Clin (Barc) 1994; (103: 741-4)
21. Bhopal RS, Thomson R. A form to help learn and teach about assessing medical audit.BMJ 1991; (303: 1520-2)
22. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health 1995; (4: 55-64).
23. Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995; (274: 700-5)
24. Kelman S. Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational changes. New York: Human Science Press. 1980; (pág. 13-43)
25. Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. Quality in Health Care 1995; (4: 231-2)
26. Buntix F, Knottnerus JA, Crebolder HFJM, Esses GGM. Reactions of doctors to various form of feedback designed to improve the sampling quality of cervical smears. Quality Assurance in Health Care. 1992; 4(2: 161-166)

27. Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does E. Influencing behavior of physicians ordering laboratory test: a literature study. Med Care 1993; (31:784-794)

28. Lawrence M. Medical audit in primary health care. Oxford: Oxford University Press; 1993.

29. MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Medical audit rationale and practicalities. Cambridge: Cambridge University Press. 1993; (pág. 26-36)

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

MODELO DE FICHA PARA AUDITORÍA MÉDICA

Auditoría Médica n.º

200

33

Fecha de Revisión:

Evaluador:

Centro Asistencial:

Paciente:

H. C. N°

Médico Tratante:

C.M.P.:

Lugar:

Servicio:

Fecha:

Consulta

Externa

Hospitalización

Emergencia

De

a

Fallecido

Fecha

De acuerdo a la Historia Marque con una X lo que corresponda

VARIABLE	SÍ	NO
----------	----	----

REGISTRO DE FUNCIONES VITALES		
SÍNTOMAS O ANAMNESIS		
EXAMEN FÍSICO		
DIAGNÓSTICO		
PLAN DE TRABAJO		
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE		

HISTORIAS CLÍNICAS DE INGRESO INCLUYE

	SÍ	NO
● LLa letra legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● SSe registra la firma del Médico tratante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● SSe registra la firma de la enfermera responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● SSe registra la hora de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● LLa historia clínica se lleva a cabo en el formulario correspondiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

De acuerdo a los porcentajes obtenidos dentro de los puntos del formulario, la historia clínica se califica como (Marque con una X la casilla correspondiente).

EXCELENTE

90-100%

BUENA

70 - 89 %

REGULAR

40 - 69 %

MALA

0 - 39 %