



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y  
SUPERVISIÓN DOCENTE CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA  
UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2016-2018**

PRESENTADO POR

**FERNANDO MAURICIO ESPADA SALGADO**

TESIS PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD

ASESOR

**DR. MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y  
SUPERVISIÓN DOCENTE  
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE  
TACNA 2016-2018**

**TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE  
SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR  
FERNANDO MAURICIO ESPADA SALGADO**

**ASESOR  
DR. MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi

**Miembro:** Mg. Paul Fernando Cuellar Villanueva

**Miembro:** Mtra. Cybill Andrea Chavez Rivas

## **DEDICATORIA**

A Dios, por siempre estar en cada paso que doy en mi vida;  
a mis padres que son mi soporte; y a mis hermanos que siempre están para  
apoyarme

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia en general, en especial a mi tía Camucha y a María, por su apoyo incondicional.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	
<b>Jurado</b>	II
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. METODOLOGÍA</b>	31
<b>III. RESULTADOS</b>	34
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	39
<b>CONCLUSIONES</b>	43
<b>RECOMENDACIONES</b>	44
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	45
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1. Estadística complementaria	
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	
Anexo 3. Consentimiento Informado	

## RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre la calidad del registro de la historia clínica y la supervisión docente de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

Se realizó un estudio tipo cuantitativo debido a que se investigó sobre la calidad del registro de las historias clínica y supervisión docente, la investigación fue no experimental porque no se manipularon las variables, siendo un estudio transversal de tipo observacional porque se analizaron las variables en un periodo de tiempo sobre la muestra utilizando la norma técnica de salud de auditoria de la calidad de atención en salud de odontología del Minsa Perú- 2016, se considera retrospectivo debido que las historias clínicas evaluadas fueron elaboradas entre los años 2016-2018 y se hizo el estudio posteriormente. La población de estudio está constituida por 4898 historias clínicas electrónicas validadas, mediante muestreo aleatorio simple se seleccionaron 363 historias clínicas. Se utilizaron los siguientes programas: Word, Excel, SPSS 25. Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados fueron que el 74.1 % de historias clínicas validadas se encuentran “por mejorar”, son “satisfactorias” con 24.2 % y “deficiente” 1.7 %. La supervisión del docente fue catalogada como “normal” con 92.1 %

Se concluye que existe relación significativa entre la calidad del registro de la historia clínica y la supervisión del docente. No existe una satisfactoria calidad de registro de las historias clínicas debido que la supervisión del docente no es buena.

**Palabras claves:** Calidad de registro, supervisión docente, historia clínica.

## ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between the quality of the medical history record and the teaching supervision of the dental clinic of the Private University of Tacna.

A quantitative type study was carried out because it investigated the quality of the registration of clinical records and teaching supervision, the research was non-experimental because the variables were not manipulated, being a cross-sectional study of observational type because the variables were analyzed over a period of time on the sample using the technical health standard of auditing the quality of health care in dentistry of the Minsa Peru- 2016, it is considered retrospective because the evaluated clinical records were prepared between the years 2016-2018 and the study was done later. The study population consisted of 4898 validated electronic medical records; 363 medical records were selected by simple random sampling. The following programs were used: Word, Excel, SPSS 25. Absolute and relative frequency distribution tables were prepared to process the information.

The results were that 74.1 % of validated clinical histories are "to be improved", 24.2 % are "satisfactory" and 1.7 % are "deficient". Teacher supervision was rated as "normal" with 92.1 %.

It is concluded that there is a significant relationship between the quality of the medical records and teacher supervision. There is not a satisfactory quality of medical records due to poor supervision by the teacher.

**Keywords:** Record quality, teacher supervision, clinical history

## I. INTRODUCCIÓN

Cuando se emprende una investigación en el área de ciencias de la salud, específicamente en odontología, uno de los instrumentos más utilizados es la historia clínica; de allí, su correcta aplicación y uso, <sup>(1)</sup> sobre todo por ser un documento médico – legal. Al saber su importancia nos conlleva a realizarla satisfactoriamente y es en la universidad mediante la supervisión docente que se enseña al estudiante a elaborarla correctamente. Los estudiantes de odontología de una universidad Saudi consideran que los atributos de desempeño son más importantes que los atributos de personalidad para su aprendizaje exitoso, se valoran más las habilidades educativas de los profesores que los atributos, que no se conectan directamente con el proceso de aprendizaje de los estudiantes. <sup>(2)</sup>, esto nos demuestra la interrelación que debe tener el docente con el alumno.

En el ámbito internacional, los registros clínicos en España demuestran que existen deficiencias en el llenado de las historias clínicas, pero tratan de mejorar debido a que entienden la importancia de la misma. <sup>(3)</sup>. En América Latina, Brasil uno de los países más representativos de Sudamérica no es exento a fallas en el registro de historias clínicas, se encuentra un 64% aproximadamente de registros llenados regularmente <sup>(4)</sup>. En Perú, los antecedentes de investigación demuestran que la calidad del registro de las historias clínicas es de más del 50% deficiente en diferentes universidades de pre grado. <sup>(6) (8) (9)(10) (11) (12)</sup>

La evaluación de la calidad del registro de la historia clínica y la identificación de las historias que se encuentren incorrectamente realizadas, permitirá a la clínica tomar las medidas adecuadas para revertirlas, tener un mejor diagnóstico al conocer la relación existente entre la calidad de registro y la supervisión de los docentes en las historias clínicas; y establecer el adecuado plan de tratamiento.

Por lo tanto, la investigación pretendió identificar y analizar la calidad de registro de las historias clínicas y la supervisión del docente en la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna. Por tanto, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la calidad del registro de la historia clínica y la supervisión del docente en la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna 2016-2018? y el **objetivo general** es determinar la relación entre la calidad del registro de la historia clínica y la supervisión del docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016-2018. Así como los **específicos**: evaluar la **calidad del registro de la historia clínica**, evaluar la **supervisión docente**, evaluar el registro de la **anamnesis**, evaluar el registro del **examen clínico**, evaluar el registro del **plan de trabajo**, evaluar el registro de los **exámenes auxiliares e interconsultas**, evaluar el Registro del **diagnóstico**, evaluar el registro del **tratamiento**, evaluar el registro del **consentimiento informado**, evaluar el registro de **indicación de alta básica odontológica** y evaluar el registro de los **atributos de la historia clínica** de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

Las justificación de esta investigación es evaluar la relación entre la calidad del registro de la historia clínica realizada por el educando con la supervisión docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna y así comprobar si existen deficiencias en la estructura y el correcto llenado de la historia por parte del alumno y la supervisión del docente; debido que la experiencia clínica devela que hay ítems que no son llenados correctamente, otros que no se llenan e inclusive faltan datos importantes por preguntar, lo que conlleva a propiciar riesgos para el paciente. Se considera también que los pacientes, muchas veces, no saben datos importantes sobre su salud, como su tipo de sangre, su peso, talla, etc. Esto es un reflejo negativo para poder llegar a un correcto diagnóstico es por eso que al realizar la evaluación se quiere demostrar donde hay falencias y mejorar estos problemas, proponer nuevas formas para realizar un óptimo diagnóstico, evitando complicaciones en la atención al paciente, el cual estará mucho mejor informado sobre su salud general.

Para asegurar que la historia de la clínica de la institución sea un documento que garantice la autenticidad del registro acerca de la atención brindada al paciente, que sirva de seguimiento y control, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, evaluación docente, gestión de la calidad, es necesario hacerle una correcta evaluación de la historia clínica. La investigación fue viable y factible al poder tener autorización del Director de la Escuela de Odontología de la Universidad Privada de Tacna; mediante una solicitud con fines académicos, se recibió la autorización.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación:**

Alcocer Ortega AF, Besantes Montoya MG y Naranjo Rosas LD (2019) en su estudio denominado: Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de consulta externa. Unidad Anidada Chunchi, Chimborazo 2018. Ecuador. Su objetivo de estudio fue: conocer el grado de cumplimentación de la historia clínica en el Servicio de Consulta Externa de una Unidad de Primer Nivel de Atención, para evaluar áreas de mejora. Realizó un estudio descriptivo transversal, con análisis del porcentaje de cumplimentación de veinte variables en 147 ingresos atendidos en la consulta externa de la Unidad Anidada Chunchi durante 6 meses. Para el análisis de datos se creó una base de datos en Microsoft Excel 2016; de las 20 variables analizadas en el presente estudio se encontró que, en cuanto a la calidad de la documentación clínica utilizada, los datos clínico-estadísticos y la fecha de atención estaban presentes en el 100%, antecedentes familiares (73%), antecedentes personales de interés (82%), hábitos tóxicos (8%), motivo de consulta (95%), el diagnóstico, las órdenes terapéuticas y los signos vitales (100%). El 96% de las historias incluían las hojas de evolución. El 86% de las historias clínicas tenían realizadas el post consulta por parte de enfermería. El 59% de la documentación revisada es legible sin dificultad y el 41% es legible con alguna

dificultad. El 68% de las historias clínicas poseían los formularios llenados de manera correcta de acuerdo con la edad. La calidad del registro es variable, aceptable en codificación diagnóstica, datos estadísticos y fecha de atención y deficitaria en antecedentes personales, hábitos, a pesar de la alta cumplimentación (>95%) de motivo de consulta y juicio clínico, se subraya la relevancia del incumplimiento del llenado documentario en un 41 % con datos legibles y comprensibles. <sup>(5)</sup>

Cruz Rosales I. en el 2019 realizó la investigación que tuvo como objetivo determinar la calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestres 2018 I – II. Metodológicamente el trabajo de investigación es de un enfoque cualitativo, no experimental, observacional, retrospectivo y transversal. Se trabajó con una muestra integrada por 574 historias clínicas, seleccionadas con la técnica probabilística de tipo aleatorio simple utilizando el programa epidat. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada para la investigación. Para determinar la calidad de registro de las historias clínicas se estimó mediante la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en Salud otorgada por el MINSA en el año 2016. La información se registró en una hoja de cálculo Excel versión 2010. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 24.0, se utilizó la estadística descriptiva con distribuciones de frecuencia y tendencia central. Los resultados permitieron determinar que el 74.5% de las historias clínicas se encuentran por mejorar, el 23% presentan un llenado satisfactorio y el 1.6% se encuentran deficientes. <sup>(6)</sup>

Vega A. (2017) en su investigación denominada: Evaluación de las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública, pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016, Guayaquil, Ecuador. Su objetivo fue: evaluar la calidad del registro de datos en las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSG B2016. En los materiales y métodos trabajó con una muestra de 167 historias clínicas donde se evaluaron 12 variables basándose en el formulario 033 del MSP. En resultados encontró que el 13% de las historias clínicas son llenadas

correctamente, el 84% tienen errores y sólo el 3% de las historias se encuentran incompletas, comprobó que la anamnesis del paciente se realiza de manera completa 72.2%, parcialmente completo 17.4% y de manera incompleta 10.6%. Y que los signos vitales se registran completos en un 42.3%, parcialmente incompleto 2,3% e incompleto 11%, por lo que llegó a las conclusiones: que las Historias clínicas son llenadas en su mayoría con errores 84% y existe una relación directa entre el ciclo que cursa el estudiante y la anotación correcta de los datos en la historia clínica. <sup>(7)</sup>

Carbajal L y Samaniego E, en 2017, su estudio fue analizar la calidad del registro de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, siendo elaboradas por los alumnos del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, utilizaron la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del MINSA Perú - 2016. Y en cuanto a los resultados, de las 82 historias clínicas, son "deficientes" a su registro el 70.7% de la muestra, y "por mejorar" el 29.3%; así mismo las historias de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II fueron "deficientes" en un 36.6%, mientras que en la clínica estomatológica. Concluyeron que la calidad del registro de las historias clínicas integrales, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los alumnos del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 70.7% "deficiente", y 29.3% "por mejorar". <sup>(8)</sup>

Ramírez Sh, en 2017, determinó la calidad con la cual se registran las historias clínicas en el área de odontología de las universidades de la ciudad de Trujillo. Su estudio fue retrospectivo, transversal, comparativo y observacional. El muestreo fue compuesto por 384 historias clínicas iniciadas en el año 2016, se efectuó el estudio en 3 universidades por lo tanto se fraccionó el muestreo total, la Universidad Privada Antenor Orrego 140 historias clínicas, Universidad Alas Peruanas 44 historias clínicas, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 199 historias clínicas. Para la valoración de la calidad se empleó un instrumento creado únicamente para este estudio, siendo este validado por un estudio piloto, con buena fiabilidad (Alfa de Cronbach: 0.627), para la

evaluación de los resultados se empleó estadística descriptiva de tipo tablas de frecuencia, porcentajes y gráficos estadísticos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Excel 2016. Los resultados evidenciaron que en el nivel Satisfactorio sobresale la Universidad Privada Antenor Orrego con 55%, mientras la Universidad Alas Peruanas y Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote alcanzaron un 25%. Así mismo, en el nivel por mejorar la Universidad Alas Peruanas logró 70%, seguida por Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 62%, y la Universidad Privada Antenor Orrego 44% y en el nivel deficiente, el mayor porcentaje lo consiguió la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 26%, seguido de un 5% de la Universidad Alas Peruanas y sólo un 1% en el caso de Universidad Privada Antenor Orrego. <sup>(9)</sup>

Gómez J, 2017, se basó en la Auditoria de Fichas estomatológicas del Servicio de Odontología durante el periodo 2012- 2016, en el Centro de Salud de Bellavista de la ciudad de Abancay-2017, conforme a las exigencias del Ministerio de Salud y sus normas técnicas es imprescindible evaluar cada una de las partes de las historias clínicas siendo un estudio de tipo retrospectivo, corte transversal y observacional, teniendo como finalidad la evaluación de las fichas estomatológicas del servicio de Odontología durante el periodo 2012-2016, en el Centro de Salud de Bellavista de Abancay- 2017, se registraron 240 historias clínicas demostrando que 80 pertenecieron a fichas estomatológicas del niño, 80 al grupo del adolescente, adulto y adulto mayor y los otros 80 faltantes al grupo de las gestantes, todas las fichas estomatológicas se organizaron de forma igualitaria por años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016. La información adquirida se analizó con el programa SPS versión 12 y hojas Excel, los resultados fueron que no hubo ficha estomatológica que cumpliera con el registro de todos los ítems estandarizados en la norma técnica, habiendo en cada grupo un leve cambio en el cumplimiento de los ítems. En esta investigación se concluyó que las fichas estomatológicas fueron llenadas de forma regular con porcentajes entre 51.24%, 64.55%, 66.5% para el niño, adulto y gestante respectivamente, las fichas estomatológicas de los periodos 2013 y 2014 alcanzaron más ítems registrados en vista de que se observa un mínimo aumento en estos dos años de los porcentajes, al final se obtuvo que

las fichas estomatológicas del grupo niño representan menor cantidad de ítems registrados. <sup>(10)</sup>

Manrique G, 2014, evaluaron la calidad de registro o llenado de historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en una Clínica Dental Docente durante el período de enero a julio de 2012 empleando la auditoría odontológica como herramienta sistematizada. El muestreo fue de 140 historias clínicas de pacientes nuevos de las cuales se evaluó la frecuencia y porcentaje de registro de los diversos aspectos que componen la historia clínica. Se encontró que el 78% de las historias clínicas registradas fueron incompletas en los diversos puntos analizados, se encontró que, de los 17 puntos evaluados, 9 registran entre 11% y 29%, resultando entre un 89% y un 71% de historias que no registraron estos aspectos. Se establecieron tres aspectos que se registran entre 84% y 86% (número de historia, cuestionario de salud y examen estomatológico), 4 aspectos consignan entre 94% y 98% (fecha de ingreso, asignación de operador, odontograma y filiación) y sólo 1 aspecto se registró al 100% (evolución del tratamiento) del todas las historias clínicas auditadas. En conclusión, más del 45% de las historias clínicas evaluadas en la presente investigación tuvieron deficiencias en el registro de los datos. <sup>(11)</sup>

Espada Salgado Fernando Mauricio, 2013, Evaluó la calidad de registro en las historias clínicas de 2009-2012. Se realizó un estudio cualitativo, observacional, transversal y retrospectivo, analizando las variables: Encabezado de las historias clínicas, anamnesis, examen clínico, odontograma, exámenes complementarios, diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación, epicrisis, consentimiento informado. La población de estudio estuvo constituida por 7047 historias clínicas de la Clínica Odontológica de la UPT año 2009-2012. Se realizó muestreo aleatorio simple, N=364, Se evaluó mediante el test Qui- Cuadrado. Los errores más frecuentes en el llenado del *encabezado de las historia clínicas* fue 3.5%, en *la anamnesis* el error más frecuente en su ítems de filiación correspondieron a médico actual ,74.6%, en los ítems antecedentes de estado de salud general se encontró en cardiovascular, digestivo y hematología en ,81.90%, y en los ítems de antecedentes del estado de salud estomatológico, hábitos nocivos ,88.7%, en el llenado del examen

clínico se encontró un error de ,55.1%, en el llenado del *odontograma* error en índice de caries y índice de placa ,100 %, en el llenado de los exámenes complementarios correspondieron a examen de laboratorio ,97%, seguido de interconsulta con ,96.2%, y examen radiográfico con 94.7%. , en el llenado de diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación y epicrisis mayor error correspondió a epicrisis ,100.0%, seguida de medicación con 99.7% y realizadas correctamente correspondieron a diagnóstico clínico presuntivo ,97.3%, seguida de tratamiento, 45.7%, el error más frecuente en consentimiento informado fue el 99.7% del total de historias clínicas evaluadas. Se concluyó que el registro de Historias clínicas es deficiente para la mayoría de variables analizadas obteniendo un porcentaje global de error máximo de 54.47%. <sup>(12)</sup>

Tania M. Gerzina, Ph.D.; Tim McLean, B.D.S.; Jo Fairley, B.A. (Hons) (2005). En su investigación: Enseñanza clínica dental: percepciones de Estudiantes y profesores en la Universidad de Sidney, Australia. El objetivo de este estudio fue explorar las percepciones de los estudiantes de odontología clínicos y profesores clínicos sobre la enseñanza clínica dental para proporcionar datos primarios para investigadores y educadores dentales. Los datos del grupo focal del estudiante proporcionaron antecedentes para el desarrollo de un cuestionario que exploró tres temas relacionados con la enseñanza clínica. Veintiún profesores y cuarenta y cinco estudiantes respondieron al cuestionario de veinticinco puntos en 2003. En el tema de la relación profesor/estudiante, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las percepciones del profesor y del grupo estudiantil. En el tema de la teoría educativa aplicada en la enseñanza clínica dental, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de profesores y estudiantes en el valor de la instrucción preclínica en los años clínicos superiores y en el valor de un libro de registro clínico. En el tema de las habilidades requeridas para la práctica dental clínica, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el profesor y los grupos de estudiantes en el valor de una apreciación crítica de la práctica basada en la evidencia como una de las habilidades. El estudio en general indica que el entorno de aprendizaje clínico dental apoya

una estrecha conformidad perceptiva entre estudiantes y profesores clínicos con respecto a lo que cada grupo considera una "buena práctica" en la enseñanza clínica. Los hallazgos de este estudio indican que algunas técnicas que se han defendido para mejorar el aprendizaje clínico, como los métodos de enseñanza basados en la evidencia, requieren una mayor investigación. <sup>(13)</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS:**

### **Evaluación de la calidad de la historia clínica <sup>(14)</sup>**

#### **Conceptos**

La calidad de la historia clínica es la piedra angular de todo el sistema de información hospitalario. <sup>(15)</sup> Siguiendo este contexto la calidad de la historia clínica se podría definir como el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente, para ello se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas, se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia (servicio clínico) <sup>(16)</sup>.

La necesidad de evaluar la historia clínica es porque es un documento esencial para la asistencia, con implicancias legales y además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. <sup>(17)</sup> Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, orden lógico, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto. <sup>(18)(19)</sup> Para respaldar que la historia clínica sea un medio de información del paciente, que garantice y evidencie su evolución, enfermedades, tratamientos, fines legales, docencia, gestión de calidad e investigación, se debe controlar la calidad de la historia clínica.

Los estudios acerca de la calidad de la historia clínica se pueden clasificar en función de las siguientes características:

#### **Momento de la revisión** <sup>(14)</sup>

- Evaluación retrospectiva: En centros hospitalarios la revisión se suele revisar de forma retrospectiva tras finalizar la asistencia. Se realiza en el archivo de historias clínicas o en la comisión de historias clínicas y tiene la ventaja que se revisa la historia completa, aunque se produce una demora en corregir o completar la documentación.
- Evaluación concurrente: La revisión se realiza mientras se atiende al paciente. Se ha comprobado que mejora el porcentaje de historias completas lo que facilita el uso de la información de las historias, si bien el coste es mayor, pues su implantación puede requerir personal adicional, así como un ambiente adicional para poder realizarlo. En hospitales o centros de larga estancia, las evaluaciones se realizan durante el período de residencia de los pacientes, de forma quincenal, mensual o trimestral.

#### **Ámbito o cobertura del análisis** <sup>(14)</sup>

- Revisión únicamente de determinados documentos: A determinados documentos de la historia clínica se le otorga una mayor importancia bien por constituir en sí mismos un resumen del resto, informe de alta, o por la trascendencia de los datos que en los mismos se registran, informe de la intervención, informe histopatológico.
- Revisión por muestreos seleccionados: Se realiza la revisión de una muestra del total de las historias.
- Revisión de todos los documentos de la historia clínica

## **Periodicidad**<sup>(14)</sup>

- Estudios puntuales: En determinadas situaciones o cuando no es posible la realización de una evaluación sistemática, se realizan estudios de calidad, siendo procesos de evaluación con objetivos muy definidos y limitados en el tiempo. <sup>(20)</sup>
- Monitorización: La revisión de historias se transforma en vigilancia sistemática y continuada de determinados parámetros establecidos a priori. Consiste en una revisión permanente de determinados indicadores para los que se establecen niveles óptimos y donde se vigila permanentemente su cumplimiento. <sup>(21)</sup>

## **Objetivos de la revisión** <sup>(14)</sup>

Es la evaluación de la calidad de la documentación de las historias para detectar los déficits y proponer medidas correctoras para futuras situaciones.

## **Diseño del estudio** <sup>(14)</sup>

Los estudios de calidad de las historias clínicas suelen realizarse mediante diseño transversal y revisión retrospectiva. El tipo de diseño puede variar en función de cada caso. Las evaluaciones concurrentes utilizan métodos de muestreos no probabilísticos mientras que, las evaluaciones retrospectivas emplean métodos probabilísticos. <sup>(22)</sup> La técnica de muestreo deberá diseñarse de forma que asegure que la muestra de historias incluida represente adecuadamente a la totalidad de las historias., se utilizan las técnicas de muestreo probabilístico. Los muestreos que se realizan para la revisión de historias son las siguientes:

- Muestreo aleatorio simple: El primer paso es preparar una lista completa de las unidades de muestreo (historias). A continuación, se calcula el tamaño de la muestra necesario y se seleccionan las unidades necesarias mediante un sistema como el de la tabla de números aleatorios o de un proceso informatizado.

- Muestreo sistemático: Se selecciona la muestra según un proceso periódico eligiendo uno cada "k" individuos, en nuestro caso historias (K = constante de muestreo). La constante se calcula dividiendo el tamaño de la población por el de la muestra necesaria. A esta constante se le denomina fracción de muestreo.
- Muestreo estratificado: La población se divide en subgrupos (estratos) según ciertas características, posteriormente se extrae una muestra al azar de cada uno de los estratos. Así se logra que la distribución de los sujetos de la muestra, según las variables por las que se estratifica, sea similar a la de la población.

### **Tamaño de la muestra** <sup>(14)</sup>

Algunos autores han sugerido que es suficiente la revisión con micromuestras (30 o 40 historias) <sup>(23)</sup> mientras que, otros autores desaconsejan el empleo de las mismas. <sup>(24)</sup> Estas divergencias vienen en parte motivadas por los problemas de orden metodológico y económico que supone la revisión de las historias clínicas. En todo caso, conviene recordar que la representatividad de la muestra no se halla garantizada por el aumento del tamaño sino por el método de muestreo. <sup>(25)</sup>

Se puede aseverar que en la revisión realizada en estudios puntuales se debe calcular el tamaño de la muestra; mientras que, en la monitorización, dado su objetivo y procedimiento (revisión permanente) el tamaño de la muestra es menos relevante. <sup>(24)</sup>

Para calcular el tamaño de la muestra debe conocerse: La variabilidad del parámetro que se desea evaluar. Si no se conoce, se obtiene una aproximación a partir de la literatura, datos propios o estudio piloto. La precisión con que se desea obtener la estimación, esto es, la amplitud deseada del intervalo de confianza. El nivel de confianza deseado. Habitualmente se fija en el 95%, que corresponde a un valor  $\alpha = 0,05$ . De estos tres elementos, sólo uno debe ser conocido, ya que tanto la precisión como el nivel de confianza lo fijaremos nosotros.

La fórmula para el cálculo del número de historias necesarias es la siguiente:

$$N = [Z^2 \alpha/2 \pi (1 - \pi)] / (i^2)$$

N = Número de historias necesarias.

$Z_{\alpha/2}$  = Valor de Z correspondiente al riesgo  $\alpha$  fijado (El valor de  $Z_{\alpha/2}$  es 1,96 para un riesgo  $\alpha$  del 5%).

$\pi$  = Valor de la proporción que se supone existe en la población del parámetro que deseamos evaluar.

$i$  = Precisión con que se desea estimar el parámetro ( $2i$  es la amplitud del intervalo de confianza).

Si no se conoce el valor aproximado del parámetro puede adoptarse la postura de máxima indeterminación, que consiste en suponer que el porcentaje se sitúa alrededor del 50%.

La utilización de estas técnicas asegura que la estimación tenga la precisión deseada. Si las ausencias de los informes o historias no hallados para su revisión no se han producido aleatoriamente, los informes revisados no son representativos de la población y puede aparecer un sesgo de selección de la muestra que comprometa la validez interna del estudio. El problema de la ausencia de historias de la muestra radica no tanto en su número o en el porcentaje que suponen respecto a la muestra, sino en los motivos de la misma. Si la ausencia de las historias está asociada o se halla relacionada de alguna forma, con el hecho que se pretende evaluar, el resultado obtenido no se corresponderá con el verdadero valor en el total de las historias.

## **Revisión cuantitativa** <sup>(14)</sup>

### **Concepto**

Es la revisión de la historia clínica para garantizar que está completa y reúne los estándares establecidos para ella (establecidos de forma institucional o normativa). <sup>(17)</sup>

La realización de este análisis es responsabilidad del servicio de documentación médica. La revisión de las historias clínicas tiene lugar mediante un procedimiento por escrito desarrollado de forma consensuada entre el departamento de documentación médica y los servicios clínicos de acuerdo con las normas de la institución. Requiere estándares y normas de procedimiento previos. Por tanto, hay que establecer un protocolo de análisis de los distintos documentos de forma muy precisa.

### **Objetivo** <sup>(14)</sup>

El propósito es la detección, de forma rutinaria, de omisiones evidentes en la cumplimentación de la historia, que se puedan corregir de forma fácil en el normal desarrollo de la actividad hospitalaria. Lo que se persigue es que las historias se hallen más completas.

### **Resultados** <sup>(14)</sup>

La detección de deficiencias específicas, y la corrección (completar la historia) por parte del médico que prestó la asistencia en un breve plazo de tiempo pactado.

### **Componentes de la revisión o análisis cuantitativo** <sup>(14)</sup>

El análisis cuantitativo comprende la revisión de los siguientes aspectos de la historia clínica:

1. Correcta identificación del paciente en todos los documentos.
2. Presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimentación.
3. Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
4. Normalización de documentos.
5. Ordenación de la historia.
6. Prácticas o uso de anotaciones correctas

### **Revisión de la identificación** <sup>(14)</sup>

Si se realiza de forma concurrente o retrospectiva, la revisión cuantitativa se inicia con la comprobación de la correcta identificación del paciente (al menos nombre del paciente y número de historia) en cada una de las hojas de la historia clínica. Ante la ausencia de datos identificativos en alguna hoja, se revisa la misma al objeto de determinar si pertenece al paciente cuya historia está siendo revisada. El análisis concurrente permite la corrección con mayor facilidad las ausencias o errores en la identificación de los documentos y de igual manera la presencia de todos los documentos necesarios y grado de cumplimiento de los mismos.

La historia clínica se halla integrada en parte por documentos de uso común, básicos y que deben ser habituales en cualquier historia del centro. Así, en el episodio del ingreso de un paciente en el hospital debe existir la hoja de anamnesis, la de examen físico, notas de evolución, informe de alta, etc. Por otra parte, la existencia de otros documentos dependerá del curso que haya seguido el paciente. Si al paciente se le realizaron pruebas diagnósticas, interconsultas o intervención quirúrgica, existirán documentos que informen de estas actividades. En todo caso se debe especificar qué documentos se revisan, y en qué momento.

Resulta habitual verificar:

La existencia de informe de alta con la cumplimentación del diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos. La presencia y grado de cumplimentación de: anamnesis y exploración física, informes de interconsultas cuando aparezca una petición de interconsulta, informe histopatológico cuando el informe quirúrgico indique que el tejido fue extirpado, informes preanestésico, anestésico y postoperatorio.

Existen diversas propuestas sobre qué documentos revisar y de qué ítems debemos evaluar su cumplimentación. <sup>(26) (27)</sup>

### **Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas** <sup>(14)</sup>

La revisión cuantitativa también debe comprobar que todas las anotaciones realizadas en la historia y los informes de la misma se hallen fechados y firmados. Así tras la realización del análisis cuantitativo se notificarán las ausencias al respecto.

### **Normalización documental** <sup>(14)</sup>

Se comprueba el grado de normalización en los formatos de los documentos, en la titulación de los mismos, en el espacio dedicado a la identificación del paciente.

### **Ordenación de la historia** <sup>(14)</sup>

Se comprueba el grado de ordenación de los documentos que integran la historia clínica, según el protocolo de ordenación adoptado o vigente en el centro.

### **Prácticas de buena documentación en las historias** <sup>(14)</sup>

Se refiere a una serie de aspectos de las anotaciones que se realizan en la historia clínica, como la forma de corregir los errores cometidos en la elaboración de la historia, la existencia de espacios en blanco entre los documentos de la historia que deben ser rayados completamente para evitar la interpolación posterior, especialmente en las notas de evolución y órdenes médicas. La corrección de los errores en la historia clínica es un aspecto particularmente importante de la documentación en los EE.UU. Las modificaciones o alteraciones de los datos en las historias en entornos como el norteamericano fácilmente dan lugar a demandas legales. Por ello, existen guías en las que se indica cómo se ha de proceder en estos casos. Así cuando es necesario corregir un error (esto sucede cuando el médico ha escrito en la historia clínica de un paciente equivocado), el facultativo o persona que escriba suele trazar una línea fina a través de las líneas o párrafo erróneo, la frase anotación errónea se añade una nota que explica el error (tal como historia clínica de paciente equivocada), fecha y su inicial, y posteriormente se inserta la anotación correcta en orden cronológico indicando a que anotación reemplaza ésta.

## **Revisión cualitativa** <sup>(14)</sup>

### **Concepto**

Es la revisión de la historia clínica para garantizar <sup>(17)</sup> que: 1. contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia; 2. todas las opiniones se hallan apoyadas en hallazgos; y 3. no existen discrepancias o errores. Por tanto, se revisa el contenido de la historia clínica para detectar inconsistencias y omisiones que pudieran significar que la historia clínica no es adecuada o se halla incompleta. La responsabilidad de este tipo de revisión recae en los facultativos y el comité de historias clínicas.

### **Objetivo** <sup>(14)</sup>

Esta revisión se realiza para hacer la historia clínica más completa, al igual que el cuantitativo, además, proporciona información para las actividades de gestión de calidad y gestión de riesgos. La práctica de este tipo de revisión favorece una mayor especificidad en la codificación de diagnósticos y procedimientos y la adecuada selección del diagnóstico principal <sup>(16)</sup>

### **Resultados** <sup>(14)</sup>

Detección de deficiencias corregibles, de patrones de mala documentación (no corregibles) y de sucesos potencialmente evitables.

### **Componentes del análisis cualitativo** <sup>(14)</sup>

1. Completa y coherente anotación de diagnósticos.
2. Coherencia en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente.
3. Descripción y justificación de la evolución.
4. Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesarias.
5. Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo.
6. Presencia de sucesos potencialmente evitables.

## **Completa y coherente anotación de diagnósticos** <sup>(14)</sup>

Cuando ingresa el paciente al centro hospitalario se produce un diagnóstico de ingreso que es la razón de la admisión. Tras la anamnesis y exploración física se documenta una impresión diagnóstica o diagnóstico provisional que habitualmente debe ser confirmado mediante estudios o pruebas complementarias. En muchas ocasiones, la impresión diagnóstica inicial no puede concretarse a un único diagnóstico provisional, sino que, puede tratarse de diferentes patologías con manifestaciones similares. Este hecho se refleja en la historia clínica como diagnóstico diferencial entre las distintas enfermedades o con expresiones del tipo: a descartar, sospecha de. En el caso de que se realice una intervención quirúrgica, se encontrará en la historia clínica el diagnóstico preoperatorio, que traduce la indicación de la cirugía y lo que se espera encontrar en el acto quirúrgico. En el informe de la intervención figurará el diagnóstico postoperatorio que describe los hallazgos clínicos producidos en la intervención. El informe quirúrgico deberá contener ambos diagnósticos: pre y postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico, cuando se haya realizado, completa el diagnóstico postoperatorio. Al finalizar el episodio, se documentan los diagnósticos y procedimientos en el informe de alta. En el que deben figurar el diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (complicaciones y comorbilidades relacionadas con el ingreso), procedimiento principal y otros procedimientos.

De lo que se trata es de la detección de inconsistencias o incoherencias obvias en la documentación en lo que se refiere a los diagnósticos. Para ello se realiza una revisión de las diversas expresiones diagnósticas que se hallan descritos a lo largo de la historia clínica, que reflejan el grado de comprensión del estado del paciente en el momento en el que fueron registrados. En todo caso debe existir cierta coherencia entre los diversos diagnósticos que se van describiendo desde el ingreso hasta el alta.

### **Coherencia en la información registrada** <sup>(14)</sup>

Otro aspecto en el que se realiza especial hincapié es en la coherencia de las anotaciones hechas en la historia por los distintos miembros del equipo asistencial participantes en la atención del paciente. Así, se revisa la historia para determinar si la documentación escrita por el personal sanitario muestra coherencia. Las áreas en la que, habitualmente, pueden existir inconsistencias son las notas de evolución del paciente escritas por diferentes miembros del equipo asistencial, las órdenes de tratamiento y el registro de la medicación suministrada.

### **Registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesarias** <sup>(14)</sup>

El médico debe dejar constancia en la historia de la información proporcionada al paciente para que éste de su consentimiento informado o su negativa al mismo.

### **Prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo** <sup>(14)</sup>

La evaluación de aspectos como la legibilidad y el uso de abreviaturas y acrónimos no normalizados en las historias clínicas entraña dificultad por la subjetividad del tema y la dificultad en la adopción de criterios con el que medir el grado de legibilidad. <sup>(28)</sup>

### **Presencia de sucesos potencialmente evitables** <sup>(14)</sup>

La revisión cualitativa puede detectar lo que se denomina sucesos potencialmente evitables. Con este término se denomina a aquellos sucesos adversos que se producen a lo largo de la asistencia o como resultado de ella y que pueden derivar en reclamación o demanda judicial.

### **Revisión legal** <sup>(14)</sup>

Algún autor <sup>(29)</sup> fundamentalmente norteamericano, habla de un tercer tipo de revisión de la historia clínica, al que denomina revisión legal. Ésta consiste en realidad en hacer hincapié en la revisión de aquellos aspectos de la historia con mayor repercusión legal. Se ha evidenciado que las demandas y pleitos por responsabilidad médica se asocian con la existencia de una documentación

incompleta e inadecuada en la historia clínica<sup>(30)</sup> Para ello, se comprueba: la legibilidad de las anotaciones, la forma de realizar la corrección de los errores en la documentación, si las anotaciones están firmadas por la persona que ha hecho la observación o quién realizó las pruebas o tratamiento, que los informes escritos por residentes o personal en formación estén firmados con el visto bueno del médico responsable, la ausencia de documentos mal archivados (de otras personas) y la presencia de todos los consentimientos informados.

### **Resultados de las revisiones de historias clínicas** <sup>(14)</sup>

En aquellas revisiones cuyo objetivo es la detección de déficits para la adopción de futuras medidas de mejora, los resultados del análisis se suelen ofrecer en forma de porcentajes de cumplimentación o puntuaciones en una escala numérica obtenida tras la valoración del grado de coincidencia de los distintos criterios con el estándar utilizado. <sup>(26) (27) (31) (32)</sup>

### **Los análisis de las historias clínicas como instrumento de acreditación** <sup>(14)</sup>

En el caso de que la evaluación se haya planteado para mejorar la calidad de las mismas historias que se revisan, práctica habitual en EE.UU., tras su revisión, a las historias clínicas con déficits concretos que puede completar el médico se les denomina historias clínicas incompletas. Se le notifica al médico que tiene historias clínicas incompletas y se cuenta con que las complete en un periodo de tiempo especificado. Cuando una historia clínica permanece incompleta tras expirar el plazo de tiempo definido para ello, se habla de historia clínica punible. Habitualmente, los centros sanitarios determinan y monitorizan su tasa de historias clínicas incompletas y su tasa de historias clínicas punibles <sup>(33)</sup> . Se ha de tener en cuenta que los resultados de las revisiones de las historias clínicas se utilizan como instrumento de acreditación del centro sanitario. Cuando en un hospital se produce un exceso de historias punibles puede suceder que el hospital reciba lo que se denomina Recomendación tipo I que es un aviso para que tome medidas y resuelva su situación si quiere seguir con la acreditación. Las guías indican que cualesquiera de las siguientes situaciones pueden dar lugar a que la institución reciba este tipo de aviso <sup>(29) (34)</sup>

- Cuando el número de historias punibles supera al 50% del número de altas de un mes.
- Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de anamnesis y exploración física excede del 2% de la media de altas.
- Cuando el número de historias clínicas punibles debidas a la ausencia de informe quirúrgico excede del 2% de la media de intervenciones quirúrgicas mensuales.

## **Supervisión docente**

### **Concepto:**

La supervisión docente se define según R.A.E: Como ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros. <sup>(35)</sup> También se define como el proceso técnico de orientación y asesoramiento, instituido, para optimizar las actividades pedagógicas en las instancias de gestión educativa descentralizada. Está centrada en el mejoramiento continuo de los procesos de aprendizaje, el desempeño profesional de los docentes, y el ofrecimiento de la oportuna y consistente información, para una acertada toma de decisiones. Entendida así, la supervisión pedagógica garantiza una acción más enriquecedora y formativa, facilitando un trato más humano con todos los agentes y actores educativos; dando pase a la creatividad y criticidad, dejando de lado la búsqueda de errores para mal juzgar y sancionar. <sup>(36)</sup>

Brigg (2000, p. 5) expresó que la supervisión es el acompañamiento pedagógico el cual es siempre usado por los directivos del plantel, siendo su propósito guiar por medio de técnicas el logro de competencias a su vez fomentar el respeto y empatía en las relaciones interpersonales. <sup>(37)</sup>

En este mismo sentido, Sovero (2007, p. 80) definió a la supervisión pedagógica como un procedimiento único y exhaustivo, cuyo proceder se encamina en aconsejar, apoyar y colaborar para que el educador en servicio, avance en su propio adiestramiento y desarrolle una mejor competencia del

ejercicio formativo, que le beneficie en su preparación y alcance los fines didácticos. <sup>(38)</sup>

El Perfil profesional del docente basado en competencias Martínez y colaboradores (2010) <sup>(39)</sup>, indican que la función del profesor es de origen complejo y que involucra varios aspectos, siendo el docente una fuente de información, que ofrece asesoría, es un proveedor del aprendizaje, evaluador y ejemplo de comportamiento ético y profesional, el profesor influye de manera esencial en el desarrollo del alumno.

La enseñanza en el ambiente clínico, se utiliza la definición de aprendizaje clínico de Lifshitz (2012) <sup>(40)</sup>. En la práctica clínica para que sea idónea la enseñanza deben interactuar el profesor y el estudiante, incluyendo la recolección de información, descifrarla, incursionando en el razonamiento terapéutico, pronóstico y diagnóstico, y dominando los tratamientos comunes de la práctica y obteniendo la seguridad del paciente, y la aceptación de su responsabilidad.

En la enseñanza clínica efectiva, Jahangiri, y col. (2008) <sup>(41)</sup>, Tiene como objetivo brindar conocimientos, destrezas y actitudes a los estudiantes que van a necesitar en su vida profesional, Gómez C (2008) <sup>(42)</sup> se destacan varias dimensiones de la docencia clínica efectiva:

a) Metodología empleada por el docente de clínica: Se evalúa el total de actos que realizará el profesor para la enseñanza del alumno en su actividad clínica para realizar sus prácticas profesionales. Que podrían ser efectuadas mediante diversas técnicas como son:

- El uso de simuladores, se desarrolla mediante una práctica en simuladores con dientes la cual en un futuro se realizará en pacientes posteriormente. Se ha demostrado el beneficio de la simulación siendo considerada como una herramienta para que los estudiantes puedan desarrollarse sin riesgos, tanto para ellos como para los pacientes. (Durante, 2012). <sup>(43)</sup>

- La demostración o aprendizaje por modelado, la conducta del docente consiste en el proceso del aprendizaje observacional, actuando como estímulo para las conductas del estudiante que analiza la actividad que realiza el docente con el modelo.

- Presentación de casos clínicos, permite la discusión entre el docente y el estudiante, además de realizar la revisión de la literatura y evaluar el tipo de patología que se debe tratar, aprender las características de la enfermedad a tratar, para establecer los procedimientos terapéuticos que debe realizar el alumno y así poder solucionar las situaciones clínicas.

b) Disponibilidad en la clínica: El docente debe tener máxima disponibilidad para resolver las dudas del alumno. Maroto (2011) <sup>(44)</sup> apreció que la labor del docente es acompañar al alumno en su aprendizaje.

c) Relación con el estudiante: Se basa en el respeto y comunicación entre el profesor y el estudiante, Vélez (2006) <sup>(45)</sup> consideró que los conocimientos interpuestos por el docente hacia los alumnos juegan un papel indispensable ya que van más allá de la transferencia de los conocimientos, y que la calidad de la educación influye en el clima institucional donde se dará el binomio enseñanza-aprendizaje.

En el estudio de Álvarez et al., en el 2011, <sup>(46)</sup> se concluyó la importancia de las relaciones interpersonales entre los profesores y los estudiantes que deben desarrollarse en un medio con armonía y cordialidad, aumentando la calidad educativa en la clínica.

d) Evaluación del aprendizaje, se define como las estrategias utilizadas por el profesor al momento de la calificación y también su retroalimentación. Para Durante (2012) <sup>(43)</sup> la evaluación es basada en la visualización del logro del alumno. Para Álvarez, en el 2011, <sup>(46)</sup> la evaluación es muy importante para el proceso educativo ya que la sociedad requiere profesionales competentes.

- e) Participación en la formación integral del estudiante, el docente debe aportar al desarrollo del estudiante, no solo enseñar actividades específicas de la carrera. Su adecuada formación en valores y su preparación científica permitirá al estudiante en adaptare y transformar la realidad, garantizando el desarrollo de su personalidad.

### **Métodos y técnicas de enseñanza (47):**

La metodología didáctica plantea formas de estructurar los pasos de las actividades didácticas así se orientarán adecuadamente el aprendizaje del educando. Según las circunstancias y el nivel de madurez del estudiante, la metodología didáctica puede plantear estructuras resaltantemente lógicas o preponderantemente psicológicas. No debe haber diferencias sustanciales entre método y técnica didáctica por ser ambos muy próximos, siendo su objeto común que el educando siga un esquema para una mayor eficiencia de su aprendizaje. Así, se establece una diferencia entre métodos y técnicas: El método es un procedimiento general basado en principios lógicos que pueden ser comunes a varias ciencias, la técnica es un medio específico usado en una ciencia determinada a un aspecto particular de la misma.

- El método debe ser lógicamente estructurado, pues debe presentar justificativos de todos sus pasos, a fin de que no esté basado en aspectos secundarios en lo que deba dirigir el aprendizaje de los estudiantes.
- En su aplicación, un método debe hacer uso de una serie de técnicas para la consecución de los objetivos que persigue.

Métodos y técnicas de enseñanza: Constituyen recursos necesarios de la enseñanza; son los vehículos de la realización ordenada, metódica y adecuada de la misma. Los métodos y técnicas tienen por objeto hacer más eficiente la dirección del aprendizaje, y así, pueden ser elaborados los conocimientos, adquiridas las habilidades e incorporados con menor esfuerzo los ideales y actitudes que la escuela pretende proporcionar a sus estudiantes.

- **Técnicas didácticas:** Es también un procedimiento lógico y psicológicamente estructurado, destinado a dirigir el aprendizaje del educando, pero en un sector limitado o en una fase del estudio de un tema, como la presentación, la elaboración, la síntesis o la crítica del mismo.
- **Técnica de enseñanza:** Tiene un significado que se refiere a la manera de utilizar los recursos didácticos para una efectividad del aprendizaje en el educando. Conviene al modo de actuar, objetivamente, para alcanzar una meta. Dentro de la ejecución de la práctica docente en el proceso de enseñanza, habitualmente se trabaja bajo ciertos métodos y técnicas ya definidas y utilizadas por la mayoría de instituciones de educación superior y docentes, en ese sentido los métodos de enseñanza son diferentes entre una materia y otra, ya que no se puede adoptar una técnica o método definido por su naturaleza misma de cada carrera

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:**

**Historia clínica** <sup>(48)</sup>: Es el documento el cual registra antecedentes biológicos de la persona siendo importante para la evaluación de la salud y las enfermedades, de mayor importancia médico legal, siendo el inicio del razonamiento médico y es el instrumento que sirve de nexo entre los profesionales de la salud.

**Calidad de la historia clínica** <sup>(16)</sup>: Es el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos previamente, para ello se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas, se corrigen en un plazo de tiempo determinado y pactado previamente con el autor de la historia (servicio clínico)

**Evaluación retrospectiva** <sup>(14)</sup>: Es la revisión de las historias clínicas tras finalizar la asistencia.

**Evaluación concurrente** <sup>(14)</sup>: Es la revisión que se realiza a las historias clínicas mientras se atiende al paciente.

**Revisión Cuantitativa** <sup>(17)</sup>: Es la revisión de la historia clínica para garantizar que está completa y reúne los estándares establecidos para ella (establecidos de forma institucional o normativa).

**Revisión Cualitativa** <sup>(17)</sup>: Es la revisión de la historia clínica para garantizar que contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia.

**Supervisión docente** <sup>(38)</sup>: Es el procedimiento único y exhaustivo, cuyo proceder se encamina en aconsejar, apoyar y colaborar para que el educador en servicio, avance en su propio adiestramiento y desarrolle una mejor competencia del ejercicio formativo, que le beneficie en su preparación y alcance los fines didácticos.

## **2.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:**

### **Hipótesis General:**

Ho: No existe relación entre la calidad de registro de la historia clínica y supervisión docente de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016 -2018.

H1: Existe relación entre a calidad de registro de la historia clínica y supervisión docente de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016 - 2018.

### **Hipótesis Específicas:**

- La evaluación de la calidad del registro de la historia clínica es correcta.
- La evaluación de la supervisión docente es buena.
- La evaluación del registro de la anamnesis es correcta.
- La evaluación del registro del examen clínico es correcta.
- La evaluación del registro del plan de trabajo es correcta.
- La evaluación del registro de los exámenes auxiliares e interconsultas es correcta.
- La evaluación del registro del diagnóstico es correcta.
- La evaluación del registro del tratamiento es correcta.
- La evaluación del registro del consentimiento informado es correcta.
- La evaluación del registro de indicación de alta básica odontológica.
- La evaluación del registro de los atributos de la historia clínica es correcta.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORIAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<b>1.Calidad de Registro de Historia Clínica</b>	Correcto llenado de las historias clínicas por los alumnos de Pre grado de la Universidad Privada de Tacna	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Satisfactorio	90-100 -%	Historia Clínica
					Por Mejorar	60-89 %	
					Deficiente	< 60%	
<b>2.Supervisión del Docente</b>	La verificación de la supervisión Docente en la calidad de registro de las historias clínicas de la Universidad Privada de Tacna 2016-2018	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Bueno	80-100 %	Historia Clínica
					Normal	50- 79 %	
					Deficiente	< 50 %	

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO POR SU NATURALEZA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>
<b>Anamnesis</b>	Interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Examen Clínico</b>	Es el conjunto de maniobras que usa el personal de salud para obtener información y evidencia física de capacidad o incapacidad funcional.	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Plan de Trabajo</b>	Es la planificación de trabajo para el diagnóstico definitivo.	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO POR SU NATURALEZA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>
<b>Exámenes Auxiliares e Interconsultas</b>	Estudios que aportan valiosa información al análisis médico, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología en cuestión.	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Diagnóstico</b>	Mediante el registro de los síntomas declarados por el paciente, así como los signos registrados por él durante la auscultación médica se llega a un diagnóstico presuntivo.  Mediante los exámenes auxiliares se llega al diagnóstico definitivo	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Tratamiento</b>	Se registra todos los procedimientos que se van realizando al paciente con la fecha de la atención	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO POR SU NATURALEZA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>
<b>Consentimiento Informado</b>	Autorización que emite una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud le puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información sobre los mismos	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Indicación de alta básica odontológica</b>	Se registra el nombre del profesional y fecha del alta odontológica	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica
<b>Atributos de la Historia Clínica</b>	Se registran datos como la pulcritud, fecha y hora de atención, apellidos y nombre del paciente, número de historia clínica y letra legible.	Cualitativo	Revisión de la Historia Clínica	Ordinal	Conforme No Conforme No aplica	Historia Clínica

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño Metodológico:

El enfoque del estudio fue cuantitativo.

- **Según la intervención del investigador:** Es de tipo observacional.
- **Según el alcance:** Es de tipo analítico.
- **Según el número de mediciones de las variables del estudio:** Es de tipo transversal.
- **Según el momento de la recolección de datos:** Es de tipo retrospectivo.

#### 3.2 Diseño Muestral

**Población de estudio:** La población de estudio fueron las historias clínicas del año 2016 al 2018 que está constituida por 4898 historias clínicas digitales validadas y realizadas por los internos del último año de carrera de dicha universidad.

#### **Muestra y muestreo:**

La obtención de la muestra se hizo de manera analítica porque se ha utilizado una fórmula cuantitativa para estimar el tamaño de la muestra

Se realizó muestreo aleatorio simple:

$$n: \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 (P) (Q)}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

Llamado también nivel de confianza.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

N:4898 Z: 1.96 P: 0.5 Q:0.5 D: 0.005

$$n = \frac{4898 \times 3.92 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 \times (4897) + 3.92 \times 0.25} = \frac{4800.04}{13.22} = 363$$

Se evaluará **363 H.C validadas**, comprendidas entre los años 2016 -2018

### **Criterios**

#### **Inclusión**

- Todas las Historias clínicas digitales realizadas por los internos de pregrado y validadas en el área de diagnóstico.

#### **Exclusión**

- Historias clínicas de pregrado que no han sido validadas por el docente del área de diagnóstico.

### **3.3. Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

Se utilizó una base de datos, extraída de la historia clínica que evalúa: Anamnesis, examen clínico, plan de trabajo, exámenes auxiliares e interconsultas, diagnóstico, tratamiento, consentimiento informado, indicación de alta básica odontológica y atributos de la historia clínica. Aplicando el formato de auditoría de la calidad de atención de odontología del MINSA <sup>(49)</sup>. Anexo (2).

### **3.4 Procedimiento y análisis de datos**

#### **Procedimiento y técnica:**

El estudio se hizo con la selección de las historias clínicas de una forma sistemática aleatoria simple empleando el programa web [www.generadordenumerosaleatorios.com](http://www.generadordenumerosaleatorios.com). La supervisión docente consistió en verificar si el docente revisó correctamente la historia clínica y verificó que el registro esté completo utilizando una escala de medición del trabajo de investigación “la supervisión de la práctica docente como instrumento de mejora de la calidad” de la Universidad Tecnológica de El Salvador <sup>(47)</sup> Anexo 4. Se utilizó la data y se almacenó en una base de datos en el programa Excel y se utilizó el programa SPSS 25 con los ítems seleccionados para su estudio. La forma de medición y evaluación de la calidad se hizo mediante la estadística a través de porcentajes.

Se elaboró tablas de contingencia con valores absolutos y relativos. La tamización de las variables se hizo explorando cada registro informático del investigador. Para el dicho estudio se utilizaron los siguientes programas: Word; como procesador de texto. Excel; para capturar la de base de datos y diseño de tablas. Para el análisis de los datos se procedió a clasificar la ficha de recolección de datos y elaborar una base de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: Excel. Para el análisis estadístico se utilizó los programas SPSS 25. Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

#### **3.5 Aspectos éticos:**

Se coordinó con la directora de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna para la autorización de realizar una revisión de las historias clínicas digitales, manteniendo confidencialidad de los datos y sin alterar la integridad de las mismas.

#### IV. RESULTADOS

Se demostró que la **calidad de registro de la historia clínica** obtuvo un resultado mayoritario de Por mejorar con 74.1 % (269), satisfactorio 88 (24.2) y deficiente 6 (1.7%).

**Tabla 1.** Calidad de registro de las historias clínicas, de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	6	269	88	363
<b>PORCENTAJE</b>	1.7 %	74.1 %	24.2 %	100.00%

Se demostró que la **Supervisión del docente** obtuvo un resultado mayoritario en el ítem normal con 92.1 % (334), y el ítem deficiente solo obtuvo 1.3 % (5)

**Tabla 2.** Supervisión del docente, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>SUPERVISIÓN DEL DOCENTE</b>	<b>BUENA</b>	<b>NORMAL</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	24	334	5	363
<b>PORCENTAJE</b>	6.61 %	92.1 %	1.3 %	100.00%

Se demuestra que el valor  $p=0.000$ , lo cual implica que con un nivel de confianza del 95%, existe suficiente evidencia para establecer una relación estadísticamente significativa entre las 2 variables.

**Tabla 3.** Prueba de chi cuadrado para determinar la relación entre calidad de los registros de la historia clínica y la supervisión de los docentes en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016-2018

	VALOR	GL	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	363,000 <sup>a</sup>	2	.000
Razón de verosimilitud	402.101	2	.000
Asociación lineal por lineal	333.851	1	.000
N de casos válidos	363		

Se determinó que existe una relación entre la calidad de registro de las historias clínicas y la supervisión docente en sus ítems intermedios “por mejorar” (74.1%) y Normal (92.1%) respectivamente, los cuales son los valores más altos en cada variable evaluada.

**Tabla 4.** Relación de la calidad de los registros de la historia clínica y la supervisión de los docentes en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016-2018

REGISTRO H.C* SUPERVISION		TOTAL	TOTAL	SUPERVISIÓN DOCENTE		
REGISTRO H.C	DEFICIENTE	Recuento % del total	6 1.7%	5 1.3%	Recuento % del total	DEFICIENTE
	POR MEJORAR	Recuento % del total	269 74.1%	334 92.1%	Recuento % del total	NORMAL
	SATISFACTORIO	Recuento % del total	88 24.2%	24 6.6%	Recuento % del total	BUENO
	<b>Total</b>	Recuento % del total	353 100.0%	363 100.0%	Recuento % del total	TOTAL

La investigación demostró que del total de los tres subítems evaluados del ítem **Anamnesis**. Los ítems **filiación y antecedentes** son satisfactorios con un 97.3 % (356) y 98.9 % (359), respectivamente, el ítem **enfermedad actual** solo obtuvo 70.7 % (255)

**Tabla 5.** Llenado del ítem anamnesis en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>ANAMNESIS</b>	<b>FILIACIÓN (F/P)</b>	<b>ANTECEDENTES (F/P)</b>	<b>ENFERMEDAD ACTUAL (F/P)</b>
<b>DEFICIENTE</b>	0 (0%)	1 (0.3%)	37 (10.2%)
<b>POR MEJORAR</b>	7 (1.9%)	3 (0.8%)	71 (19.6%)
<b>SATISFACTORIO</b>	356 (97.3%)	359 (98.9%)	255 (70.7%)
<b>TOTAL</b>	363 (100%)	363 (100%)	363 (100%)

La investigación demostró que el ítem **examen clínico** obtuvo un resultado mayoritario de por mejorar de 89.6 % (325), satisfactorio 35 (9.6%), y deficiente fue de 3 (0.8%)

**Tabla 6.** Llenado del ítem examen clínico en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	3	325	35	363
<b>PORCENTAJE</b>	0.8 %	89.6 %	9.6 %	100.00%

La investigación demostró que, el ítem **Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo** obtuvo un resultado mayoritario de deficiente con 58.8 % (217), satisfactorio 145 (39.9%) y por mejorar 1 (0.3%)

**Tabla 7.** Llenado del ítem plan de trabajo en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>PLAN DE TRABAJO</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	217	1	145	363
<b>PORCENTAJE</b>	59.8 %	0.3 %	39.9 %	100.00%

La investigación demostró que, en el ítem **Exámenes auxiliares e interconsulta de la historia clínica** obtuvo un resultado mayoritario de deficiente con 86.5 % (314), satisfactorio 49 (13.5%) y por mejorar 0 %.

**Tabla 8.** Llenado del ítem exámenes auxiliares e interconsultas en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>EXAMENES AUXIALIRES E INTERCONSULTA DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	314	0	49	363
<b>PORCENTAJE</b>	86.5 %	0.0 %	13.5 %	100.00%

La investigación demostró que, en el ítem **Diagnóstico** obtuvo un resultado satisfactorio de 67.5 % (245) y 32.5 (118) deficiente y por mejorar 0 %.

**Tabla 9.** Llenado del ítem diagnóstico, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	118	0	245	363
<b>PORCENTAJE</b>	32.5 %	0.0 %	67.5 %	100.00%

La investigación demostró que, en el ítem **Tratamiento** obtuvo un resultado satisfactorio de 67.2 % (244) y 32.5 (118) deficiente y por mejorar 1 (0.3%)

**Tabla 10.** Llenado del ítem tratamiento, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

<b>TRATAMIENTO</b>	<b>DEFICIENTE</b>	<b>POR MEJORAR</b>	<b>SATISFACTORIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FRECUENCIA</b>	118	1	244	363
<b>PORCENTAJE</b>	32.5 %	0.3%	67.2%	100.00%

La investigación demostró que, en el ítem **consentimiento informado** obtuvo un resultado satisfactorio de 68.3 % (248) y 31.7 (115) deficiente y por mejorar 0 %.

**Tabla 11.** Llenado del ítem consentimiento informado, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO	DEFICIENTE	POR MEJORAR	SATISFACTORIO	TOTAL
FRECUENCIA	115	0	248	363
PORCENTAJE	31.7 %	0.0 %	68.3 %	100.00%

La investigación demostró que, el ítem **Indicación de alta básica odontológica** obtuvo un resultado satisfactorio de 100.00 % (363), por mejorar y deficiente 0 %.

**Tabla 12.** Llenado de indicación de alta básica odontológica, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

INDICACIÓN DE ALTA BASICA ODONTOLÓGICA	DEFICIENTE	POR MEJORAR	SATISFACTORIO	TOTAL
FRECUENCIA	0	0	363	363
PORCENTAJE	0.0 %	0.0 %	100.00 %	100.00%

La investigación demostró que, el ítem **atributos de la historia clínica** obtuvo un resultado satisfactorio de 100.00 % (363), por mejorar y deficiente 0 %

**Tabla 13.** Atributos de la historia clínica, de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	DEFICIENTE	POR MEJORAR	SATISFACTORIO	TOTAL
FRECUENCIA	0	0	363	363
PORCENTAJE	0.0 %	0.0 %	100.00 %	100.00%

## V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se demostró que había una relación entre la calidad del registro de historia clínica con la supervisión docente la cual no es la correcta y en el estudio de Tania M. Gerzina, Ph.D.; Tim McLean, B.D.S.; Jo Fairley, B.A<sup>(13)</sup>, en su investigación: Enseñanza clínica dental: percepciones de estudiantes y profesores en la Universidad de Sidney, Australia, demostró que la teoría educativa aplicada en la enseñanza clínica dental, observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de profesores y estudiantes en el valor de la instrucción preclínica en los años clínicos superiores y en el valor de un libro de registro clínico.

En la investigación de Alcocer Ortega AF, Besantes Montoya MG y Naranjo Rosas L <sup>(5)</sup> en su estudio: Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de consulta externa. Unidad Anidada Chunchi, Chimborazo 2018.El 59% de la documentación revisada es legible sin dificultad y el 41% es legible con alguna dificultad siendo esto un inconveniente para llegar a un correcto diagnóstico, en nuestra investigación no se presentó eso debido que son historias clínicas electrónicas.

Una investigación que tiene resultados similares a esta investigación con mayor cantidad de muestra que la nuestra es la de Cruz Rosales I (2019)<sup>(8)</sup> en su estudio La calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestres 2018 I – II, evaluando 574 historias clínicas, utilizando el mismo instrumento mediante la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la atención en Salud otorgada por el MINSÁ, determinó que el 74.5% de las historias clínicas se encuentran por mejorar, el 23% presentan un llenado satisfactorio y el 1.6% se encuentran deficientes y el nuestro fue de 74.1%, 24.2% y 1.7 respectivamente con una evaluación de 363 historias clínicas.

En el presente estudio, respecto a la calidad de registro de las historias clínicas, en el nivel “por mejorar” se obtuvo poco más del 70% del total, evidenciando una diferencia notable al estudio de Carbajal Dionicio, Luis y Samaniego Torres, Elvira: “Calidad del Registro de Historias Clínicas en la Clínica Estomatológica de una Universidad Privada de Huancayo (2017) <sup>(9)</sup> donde obtuvo como resultado menos del 30% en la misma categoría. Teniendo en cuenta que Carbajal solo registró las 82 historias clínicas y en esta investigación se evaluaron 363. En el mismo nivel se obtuvo resultados similares a los de Ramírez Verástegui, Shannet Cristina (2017) <sup>(10)</sup> una valoración aceptable para ambos con más del 50% del total (excepción de la Universidad Privada Antenor Orrego con 44 %). A pesar que esta investigación realizó su estudio en una clínica docente asistencial y Verástegui realizó su estudio en tres, considerando además que los estudiantes de ambos estudios registraron las historias clínicas con supervisión de sus docentes, y la cantidad de la muestra es similar. En el estudio de Vega (2017) <sup>(6)</sup> en su estudio: Evaluación de las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública, pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016, Guayaquil, Ecuador; solamente se encontró un 13 % de historias clínicas correctamente registradas de una muestra de 167 historias clínicas siendo esta investigación una investigación con mayor error de registro de historias clínicas de nuestros antecedentes de investigación.

En relación con los resultados obtenidos en el ítem firma y sello del estudio de Gómez J <sup>(11)</sup>, en 2017, obtuvo un 100% a diferencia del presente estudio no aplico porque la historia clínica electrónica no contaba con la firma electrónica, sin embargo, el sistema del programa permitía que el usuario, que en este caso es el docente, podía validar la historia del alumno, si esta presentaba un buen registro de los ítems.

En el estudio de Manrique Jorge et al., en 2014, <sup>(12)</sup> se identificó que la “evolución de tratamiento” fue el único ítem de toda la investigación que se encuentra registrada en el 100% de historias evaluadas durante la auditoria odontológica, dato que se difiere en nuestro estudio, que obtuvo alrededor del 70 %, teniendo en cuenta que el ítem de nuestra investigación iba de la mano con el tratamiento, la cual, en ocasiones no se realizaba debido a la poca disponibilidad de tiempo de los pacientes.

En un estudio que realizó Espada F <sup>(13)</sup> a la misma Clínica Odontológica de La Universidad Privada de Tacna del presente estudio en el 2013 se determinó que en la anamnesis los errores más frecuentes son “médico actual” (75%), “antecedentes de salud general” (82%) y “hábitos nocivos” (89%) habiendo una gran diferencia en el estudio actual teniendo 30 % de no conformidad en el sub ítem de “tiempo de enfermedad” en el ítem de enfermedad actual, demostrando que existe una mejoría global en el correcto llenado de anamnesis pero que siendo esta de mucha importancia no debería haber error. Con respecto al examen clínico, la actual investigación representa la décima parte del resultado de la anterior investigación, siendo de mucha importancia estos datos antes de la atención del paciente, sobre todo aquellos que están siendo controlados por padecer alguna enfermedad. Dentro del ítem examen clínico, en el presente estudio el registro del apartado “índice de caries e índice de placa” que se evaluó dentro del sub ítem riesgo estomatológico mostró una mejoría mínima, debiéndose al hecho de tener que obviarlos porque el programa de la historia virtual no cuenta con las gráficas y la deficiencia de la investigación anterior se dio porque el examen requiere tiempo y apoyo para poder llenar los datos, siendo este uno de los errores de registro más resaltantes con 100.00%. En el ítem exámenes auxiliares e interconsultas se encontró que su sub ítem “exámenes auxiliares” de la actual investigación con respecto a la anterior, hubo una mejoría mínima pero aún se registra una no conformidad de 87%, ambas investigaciones están catalogadas como deficiente. Sin embargo, en el trabajo actual las interconsultas al especialista tienen una mejoría notable habiendo una diferencia del 95% con la anterior, denotando que en la

actualidad los estudiantes de la clínica odontológica valoran mucho la opinión de especialistas para la atención de sus pacientes.

En el ítem diagnóstico, en el apartado “diagnostico presuntivo”, tanto como en la anterior investigación y la actual su registro está catalogado como satisfactorio, notándose una mejoría del 2%, siendo este ítem uno de los más importantes antes de iniciar el tratamiento del paciente.

En el ítem tratamiento, en la anterior investigación obtuvo aproximadamente la mitad del total del resultado obtenido en la investigación actual, denotando una mejoría en el registro.

En el ítem consentimiento informado, el resultado del registro muestra que el trabajo actual tiene una diferencia del 65% favoreciendo a la actual investigación mostrando una gran mejoría en el documento de importancia legal para el odontólogo y el personal de salud en general.

En el ítem atributos de la historia clínica, la anterior investigación en el apartado “firma” presenta un correcto llenado del ítem valorado como satisfactorio, resultado que se contrapone a la actual investigación, que no aplica debido a que el programa utilizado no contiene la firma electrónica.

## VI. CONCLUSIONES

Se concluye que existe relación significativa entre la calidad del registro de la historia clínica y la supervisión del docente. No existe una satisfactoria calidad de registro de las historias clínicas debido que la supervisión del docente no es buena.

La **calidad de registro de historia clínica** no es correcta debido que se cataloga como “por mejorar”

La **Supervisión docente** no es buena debido que se cataloga como normal y necesita mejorar porque se desarrolla con algunas deficiencias.

El ítem **filiación** tiene una correcta calidad de registro y supervisión del docente en sus sub ítems: Filiación y antecedentes mas no en su sub ítem enfermedad actual.

El ítem **examen clínico** no tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas se encuentra en una condición de “por mejorar”.

El ítem **plan de trabajo** no tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas es deficiente.

El ítem **interconsulta de la historia clínica** no tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas es deficiente.

El ítem **diagnóstico** tiene una correcta calidad de registro y supervisión del docente en sub ítem: diagnóstico presuntivo menos en su sub ítem diagnóstico definitivo.

El ítem **tratamiento** no tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas no es satisfactoria.

El ítem **consentimiento informado** no tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas no es satisfactoria.

La **indicación de alta básica odontológica** tiene una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas es satisfactoria.

Los **atributos de la historia clínica** tienen una correcta supervisión del docente debido que su calidad de registro de las historias clínicas es satisfactoria

## VII. RECOMENDACIONES

Realizar auditorías periódicas de las historias clínicas.

Proponer un docente encargado exclusivamente para el área de diagnóstico.

Adjuntar al curso de medicina e histopatología Bucal, la realización de prácticas para el llenado de las Historias Clínicas.

Realizar charlas a los alumnos que van a rotar por el área de diagnóstico para concientizarlos en el correcto llenado de las historias clínicas.

Agregar el ítem pronóstico a la historia clínica.

Registrar la firma digital de los docentes en el sistema de las historias clínicas electrónicas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Brito N. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. *Acta Odontológica Venezolana* 2014; vol 52, num 2.
2. Al-Jobair A. M., AlSarheed M. A. Saudi dental students' opinions on the qualities and attributes of an effective dental teacher. *Adv Med Educ Pract.* 2016; 7: 533–539.
3. Martin G. M. Control de Calidad en Odontología Integrada de Adultos: Auditoría de historias clínicas. [En línea] Junio de 2004. [Citado el: 16 de Noviembre de 2016]. Disponible en: [http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/497/497\\_9047\\_0.pdf](http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/497/497_9047_0.pdf).
4. Grespan S. V, D'Innocenzo M. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica por medio de la auditoría. Junio 2009. [Citado el: 14 de Diciembre de 2016.] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en).
5. Alcocer Ortega A. F, Montoya. M. G, Rosas N. L.. Evaluación de la calidad de la historia clínica en el servicio de consulta externa. Unidad Anidada Chunchi, Chimborazo 2018. CD [Internet]. 27 de abril de 2019 [citado 18 de septiembre de 2020];3(2.1):85-2. Disponible en: <http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/433>
6. Cruz R.I. Calidad del registro de las historias clínicas en la clínica estomatológica Luis Vallejos Santoni de la universidad andina del cusco, semestres 2018 i - ii. 2019. Link disponible en: [http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3159/1/Ivan\\_Tesis\\_bachiller\\_2019.pdf](http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3159/1/Ivan_Tesis_bachiller_2019.pdf)
7. Vega A. Evaluación de las Historias Clínicas del Ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B. *J Dent Ciencia.* 2016; 40 (2): 33.

8. Carbajal Dionicio, L. D., & Samaniego Torres, E. M. *Calidad del Registro de Historias Clínicas en la Clínica Estomatológica de una Universidad Privada de Huancayo 2017*. [Internet]. 2017 Huancayo: Repositorio Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. [Citado el 19 julio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uroosvelt.edu.pe/xmlui/handle/ROOSVELT/88>
9. Ramirez Verástegui, S. C. *Calidad de Registro de Historias Clínicas Odontológicas Docentes Asistenciales de las Universidades de la Ciudad de Trujillo 2016*. [Internet]. 2017 [Citado el 19 julio de 2018]. Trujillo: Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3366>
10. Gomez Medina, J. J. *Auditoria de las Fichas Estomatológicas del Servicio de Odontología durante el Periodo 2012-2'16, en el Centro de Salud de Bellavista Abancay 2017*. [Internet]. 2017 [Citado el 19 julio de 2018]. Abancay: Repositorio Universidad Tecnológica de los Andes. Disponible en: <http://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/62>
11. Manrique Guzman, J., Manrique Chavez, J., Chavez Reategui, B., & Manrique Chavez, C. Evaluación de la Calidad de los Registros Empleando la Auditoría Odontológica en una Clínica Dental Docente. *Revista Estomatológica Herediana*, 2014 Ene- Mar;24 (1): 17-23
12. Espada Salgado, F. M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna 2009-2012. 2013.
13. Gerzina T .M , McLean T, Fairley J, Dental Clinical Teaching: Perceptions of Students and Teachers, *Journal of Dental Education*.2016; 69(12):1377-84
14. Renau J., Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas, *Papeles Médicos*, 2001; 10 (1): 32-40.
15. Terrada ML, Peris Bonet R. *Lecciones de Documentación Médica*. Valencia: Cátedra de Documentación Médica, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia, 1988.

16. Hayward J, Williams S. Management of Medical Record Content. In: Cofer J, editor. Health Information Management. Berwyn: Physicians' Record Company, 1994;223-46.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Guidelines for Medical Record Practice. Report N°.: WHO/HS/NAT.COM/80-370.
18. Servei Valencià de Salut. Guía de uso de la historia clínica de atención especializada. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, 1994.
19. Decreto 45/1988, de 17 de marzo, del Departamento de Sanidad y Departamento de Cultura del Gobierno Vasco, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias, BOPV, 1998.
20. Sañudo García S, Canga Villegas E. La historia clínica. En: López Domínguez O. editor. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 1999;339-80.
21. Sánchez JM, Vivas D, Salinas F. Sistema de información monitorizado para la detección de problemas en la dirección de centros hospitalarios. Control de Calidad Asistencial 1987;2: 23-7.
22. Bisbee WL, Lillback DH. Designing the Integrated Multidisciplinary Record Review. J AHIMA 1998;69(6):54-60.
23. Alastrué JI, Ortega B, Carpio ML, Bosch S. ¿Cuántas historias hay que revisar en un centro de salud al realizar una auditoría? Rev Calid Asist 1996; 11:54-9.
24. Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E. Auditoría de historias clínicas: ¿cuál es el tamaño adecuado de la muestra? Todo hosp 1997; 140:58-64.
25. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. Diseño de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Barcelona: Signo, 1997.

26. Rodríguez Rodríguez JP, Sastre Barceló J, Pérez Cascales CI, Ibarra Sánchez JM. Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. *Todo Hosp* 1994; 109:49- 53.
27. Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz JA, Gutiérrez Martí R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma, 1986.
28. Abad García MF. Investigación evaluativa en Documentación. Aplicación a la Documentación Médica. Valencia: Universitat de Valencia, 1997.
29. Wilde DJ. Data quality. In: Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA, Jacobs E. editors. *Health Information: Management of a Strategic Resource*. Philadelphia: Saunders Company, 1996; 132-77.
30. Wagner KD, Pollard R, Wagner RFJr, Shifren MD. Medical liability claims and lawsuits filed against the University of Texas System involving adult psychiatric patients. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994;22(3):459-69.
31. Alonso González M, García de San José S, Díaz González L, García Caballero J. Valoración de la calidad de las historias clínicas. *Gestion Hosp* 1996;4:44-9.
32. Galobart A, Casals A, Suñol L, Sicras A. Valoración de la calidad del informe de urgencias en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist* 1996;11(3):113-7.
33. Lewis KS. Medical record review for clinical pertinence. *Top Health Record Management* 1991;12(1):52-9.
34. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Illinois: Oakbrook Terrace, 1998.
35. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23<sup>o</sup> edición. Madrid, editorial Espasa Calpe, 2017, página 1396.
36. Programa de Acompañamiento Pedagógico. Para mejorar aprendizajes en las Instituciones educativas de áreas rurales. Consejo Nacional de Educación. Diciembre 2007

37. Brigg, L. (2000). La supervisión educativa. México DF: Mc Graw Hill
38. Sovero, F. (2007). Gestión Administrativa. Lima: Abedul. Recuperado de <http://www.perueduca.pe/documents/60563/ce664fb7-a1dd-450d-a43d-bd8cd65b4736>
39. Martínez A, S. M. Cuestionarios de Opinión del Estudiante sobre el desempeño del docente. Una estrategia institucional para la evaluación de la enseñanza en medicina. *REDIE* (online) 2010, vol12, n.1, pp 1-18 ISSN 1607-4041.
40. Lifshitz, A. La enseñanza de la clínica en la era moderna. *Inv Ed Med* 2012; 1(4): 210-217
41. Jahangiri L, M. T. Assessment of teaching effectiveness in U.S. dental schools and the value of triangulation. *J Dent Educ. Junio 2008, 72 (6), 707-718.*
42. Gómez, C. Desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar la docencia clínica odontológica. *Revista Odontológica Mexicana*, setiembre 2018, vol 12, num 13, pp120-125.
43. Durante, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. . *Revista de Docencia Universitaria*, vol. 10 (número especial) , 2012, pp 149-175, ISSN: 1887-4592
44. Maroto, O. Docencia de clínicas de odontología: un acercamiento hacia el perfil de sus docentes. *Publicación Científica Facultad de Odontología, UCR(13), 2011, 52.60.*
45. Velez, O. La relación profesor-alumno en el aula como espacio de formación ética en la Universidad. *Docencia Universitaria. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, Año 2, N°1 Nov. 2006 .
46. Álvarez C, N. R. Evaluación del aprendizaje en contextos clínicos-odontológicos. *Ciencia Odontológica. Vol. 8 N° 2 (Julio-Diciembre) 2011,* pp.112-119. ISSN 1317-8245/ Depósito legal pp 200402ZU1595.
47. Jaen De Ruiz C., Rodríguez Gómez C.A. (2011) La supervisión de la práctica docente como instrumento de mejora de la calidad. Tesis de maestría en docencia universitaria, Universidad Tecnológica de El Salvador, El Salvador. Disponible en:  
<http://repositorio.utec.edu.sv:8080/xmlui/handle/11298/130>

48. Costa, J A. *Universidad Privada del Nordeste*. [Internet]. Obtenido de Facultad de Medicina Humana. [Citado el 19 julio de 2018]. Disponible en

:[https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h\\_clini1.pdf](https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/MEDICINA-I/semio/h_clini1.pdf).

49. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud, nts [Internet]. n 029-minsa/digepres-v.o2. [Citado el 19 julio de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/norma-tecnica-de-salud-de-auditoria-de-la-calidad-de-la-atencion-en-salud/>

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>La calidad del registro de la historia clínica y la supervisión del docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2013-2017</p>	<p>¿Existe relación entre la calidad del registro de la historia clínica con la supervisión del docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2013-2017?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Evaluar la relación entre la calidad del registro de la historia clínica con la supervisión del docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2013-2017</p>	<p>Ho: La calidad de registro de la historia clínica y supervisión docente de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016-2018 tienen relación. H1: La calidad de registro de la historia clínica y supervisión docente de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna 2016-2018 no tienen relación.</p>	<p><b>DISEÑO</b> Cuantitativo, observacional, transversal y retro-prospectivo.</p> <p><b>AMBITO DE ESTUDIO</b> Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna</p>	<p>La población de estudio serán las historias clínicas del año 2016 al 2018 está constituida por 4898 historias clínicas electrónicas validadas. Se hará un nuevo conteo y se hará un estudio de los años 2013- 2017 Se realizará muestreo aleatorio simple:  <math display="block">n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}</math> <math display="block">d = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{(P)(Q)}</math></p>	<p>Ficha técnica de auditoria en odontología del MINSA</p>

## Anexo 2. Instrumento recolección de datos (ficha técnica de auditoría en odontología del MINSA)

I. DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA			
CIE 10			
II. OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
<b>FILIACIÓN</b>			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
Sub Total	14		
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
Sub Total	7		
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	
Relato cronológico	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
Sub Total	10		
<b>B) EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extraoral	4	0	
Examen intraoral	6	0	

Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
Subtotal	20		
<b>C) PLAN DE TRABAJO</b>			
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)	5	0	
Subtotal	20		

EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
<b>Sub Total</b>	<b>8</b>		
E) DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
<b>Sub Total</b>	<b>12</b>		
F) APRECIACIÓN DEL CASO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pronóstico	4	0	
<b>Sub Total</b>	<b>4</b>		
G) TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
J) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>2</b>		
K) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pulcritud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y	1	0	

fechas de inicio y término del mismo			
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>Total</b>	<b>100</b>		

<b>CALIFICACION</b>	
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO
III.- NO CONFORMIDAD	
IV.- CONCLUSION	
V.- RECOMENDACIONES	

**Anexo 3. Historia clínica odontológica (electrónica) universidad privada de Tacna**  
**HISTORIA CLINICA**

**I. ANAMNESIS**

**FILIACION**

DNI:	Teléfono:	Ocupación:
Nombre y apellido:	Email:	Medico actual:
Sexo:	Lugar y fechas de nacimiento	Persona responsable:
Raza:	Procedencia	Observaciones:
Estado Civil:	Domicilio:	Motivo de consulta:
Religión:	Grado de instrucción:	Historia de la enfermedad:

**ANTECEDENTES DEL ESTADO DE SALUD**

- |                                      |   |                          |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| a. ¿Le han indicado que tiene:       | e. ¿Le han realizado transfusiones sanguíneas?        | Nro. Hijos:              |
| b. ¿Ha sufrido o sufre de:           | f. ¿Está recibiendo medicación?                       | Complicaciones de parto: |
| c. ¿Alguna vez estuvo hospitalizado? | g. Para mujeres:<br>¿Usa algún método anticonceptivo? | h. Historia Familiar     |
| d. ¿Está bajo tratamiento médico?    | ¿Está gestando?                                       |                          |

ANTECEDENTES DEL  
ESTADO DE SALUD  
ESTOMATOLÓGICO

**Tratamientos  
odontológicos  
anteriores**

HÁBITOS NOCIVOS

---

Número de cepillado  
¿Usa seda Dental?  
¿Utiliza enjuague  
bucal?  
¿Usa cepillo  
interproximal?

HÁBITOS DE HIGIENE

II. EXAMEN CLINICO

EXAMEN FÍSICO GENERAL

ESTADO GENERAL:

Actitud:  
Fascias:  
Piel y Anexos:  
Grupo sanguíneo:  
Peso:  
Talla:

FUNCIONES VITALES

Presión arterial  
(mmHg):  
Respiración (insp. X  
1min):  
Temperatura (°C):  
Pulso (pul x 1min)

PSIQUICO  
ELEMENTAL  
Percepción:  
Orientación:  
Conducta:  
Lenguaje:

EXAMEN FISICO LOCAL O REGIONAL: SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. EXTRABUCAL
  - a. Cráneo:
  - b. Cara:
  - c. Cuello:
  - d. Simetría de las Fascias:
  - e. ATM
  - f. Musculatura:
  - g. Perfil:
  - h. Fonación
  - i. Deglución
  - j. Respiración
  - k. Hábitos

- d. Orofaringe:
- e. Piso de boca:
- f. Saliva:
- g. Carrillos:
- h. Frenillo:
- i. Paladar blando:
- j. Lengua:
- k. Gingiva:

OB: \_\_\_\_  
OJ: \_\_\_\_  
RM Der: \_\_\_\_ RM  
Der: \_\_\_\_  
RC Izq: \_\_\_\_ RC  
Izq: \_\_\_\_

2. INTRABUCA
  - L
  - a. Labios:
  - b. Vestíbulo:
  - c. Paladar duro:

OCLUSION

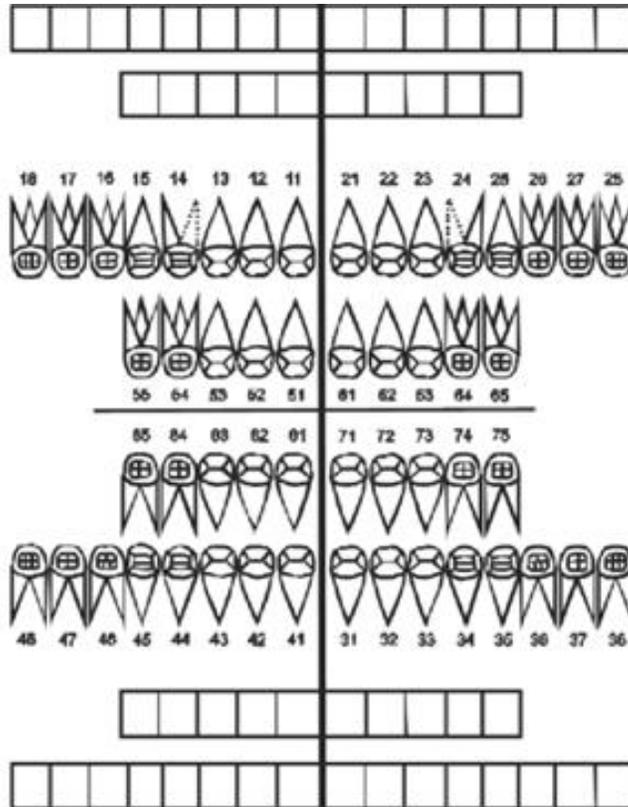
LM:

0	0
0	0

DIENTES  
Tipo de dentición  
Forma de diente:  
Forma de la arcada superior:  
Forma de la arcada inferior:  
Color:

**Patología  
generalizada:**

**ODONTOGRAMA DE DIAGNÓSTICO**



**ESPECIFICACIONES DEL  
ODONTOGRAMA**

**Higiene bucal:** \_\_\_\_\_

**Índice de caries:** \_\_\_\_\_

**Índice de placa:** \_\_\_\_\_

III. Diagnostico presuntivo

IV. Derivado a la clínica

V. Exámenes auxiliares

VI. Tratamiento

VII. Odontograma de evolución

#### Anexo 4. Instrumento de medición de la supervisión docente

Variable	Criterios	Conceptos	Operacional
Supervisión de la Práctica Docente	<p>Bueno = 80% - 100%</p> <p>Normal = 50% - 80%</p> <p>Deficiente = &lt; 50%</p>	<p>La Práctica Docente es la demostración experimental de capacidades para dirigir las actividades docentes, que se realizarán en el aula.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excepcional: Superación de expectativas</li> <li>• Necesita Mejorar: Se desarrollan con alguna eficiencia</li> <li>• Deficiente : Es inaceptable el desempeño en la realización de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de clase</li> <li>• Preparación de clase</li> <li>• Supervisión por asignatura</li> <li>• Es pertinente el método</li> <li>• Estrategias para lograr los objetivos</li> <li>• Coordinación de las medidas educativas (Uso de recursos)</li> <li>• Facilite la construcción reflexiva de la práctica docente</li> </ul>

**Anexo 5. Autorización de revisión de las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna.**

Tacna, 14 de diciembre del 2018

**CARTA N° 01-2018\FES**

Sra:

**DRA. NELLY KUONG GÓMEZ**

Directora de la Clínica Odontológica de la U.P.T

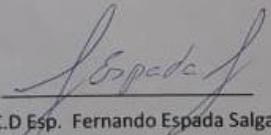
Presente

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T.**

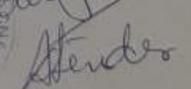
Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez manifestarle que vengo realizando mi tesis de maestría "Relación entre la calidad del registro de la historia clínica con la supervisión docente en la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna". Es por eso que solicito su autorización para poder hacer las revisiones correspondientes de las historias clínicas de dicho establecimiento con el fin de obtener datos verídicos que sirvan de evaluación y así mismo contribuir a la mejora de las historias clínicas.

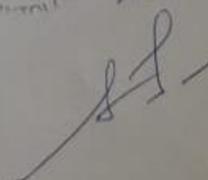
Agradeciendo anticipadamente la atención que la merezca la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis saludos.

Atentamente,

  
C.D Esp. Fernando Espada Salgado  
DNI 46823898





## Anexo 6. Tablas adicionales

**Tabla 1. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem anamnesis - filiación en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>ANAMNESIS</b>			
<b>FILIACIÓN</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>SEXO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>DOMICILIO ACTUAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>DOMICILIO DE PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>D.N.I</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>RELIGION</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>NOMBRE DEL PADRE, MADRE O APODERADO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	353	97.2
	NO CONFORME	10	2.8
	<b>Total</b>	363	100.0
<b>TELÉFONO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
CONFORME	357	98.3	
NO CONFORME	6	1.7	
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>	

**Tabla 2. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem anamnesis - antecedentes en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>ANAMNESIS</b>			
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>ANTECEDENTE GENERAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	361	99.4
	NO CONFORME	2	.6
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>ANTECEDENTE FISIOLÓGICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	NO APLICA	363	100.0
	<b>ANTECEDENTE INMUNOLÓGICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	NO APLICA	363	100.0
	<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	359	98.9
	NO CONFORME	4	.11
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	NO APLICA	363	100.0
	<b>ANTECEDENTE OCUPACIONAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	NO APLICA	363	100.0

**Tabla 3. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem anamnesis – enfermedad actual en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018.**

<b>ANAMNESIS</b>			
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>FECHA Y HORA DE ATENCIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	363	100.0
	<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	361	99.4
	NO CONFORME	2	.6
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	259	71.3
	NO CONFORME	104	28.7
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>SINTOMAS PRINCIPALES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	331	91.2
	NO CONFORME	32	8.8
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>RELATO CRONOLÓGICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	CONFORME	324	89.3
	NO CONFORME	39	10.7
	<b>Total</b>	363	100.0
	<b>FUNCIONES BIOLÓGICAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	NO APLICA	363	100.0

**Tabla 4. Porcentaje y frecuencia del correcto e llenado del ítem examen clínico en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>EXAMEN CLÍNICO</b>		
<b>ESTADO GENERAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	361	99.4
NO CONFORME	2	.6
<b>Total</b>	363	100.0
<b>SIGNOS VITALES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	357	98.3
NO CONFORME	6	1.7
<b>Total</b>	363	100.0
<b>EXAMEN EXTRAORAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	362	99.7
NO CONFORME	1	.3
<b>Total</b>	363	100.0
<b>EXAMEN INTRAORAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	362	99.7
NO CONFORME	1	.3
<b>Total</b>	363	100.0
<b>FICHA ODONTOLÓGICA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	359	98.9
NO CONFORME	4	1.1
<b>Total</b>	363	100.0
<b>RIESGO ESTOMATOLÓGICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	42	11.6
NO CONFORME	321	88.4
<b>Total</b>	363	100.0

**Tabla 5. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem plan de trabajo en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018.**

<b>PLAN DE TRABAJO</b>		
<b>PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	143	39.4
NO CONFORME	220	60.6
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 6. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem exámenes auxiliares e interconsultas en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS EN HISTORIA CLINICA</b>		
<b>EXAMENES AUXILIARES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	50	13.8
NO CONFORME	313	86.2
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>
<b>INTERCONSULTAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	357	98.3
NO CONFORME	6	1.7
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 7. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem diagnóstico, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<b>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	360	99.2
NO CONFORME	3	.8
<b>Total</b>	363	100.0
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	248	68.3
NO CONFORME	115	31.7
<b>Total</b>	363	100.0
<b>CIE 10</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO APLICA	363	100.0
<b>Total</b>	363	100.0

**Tabla 8. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem apreciación del caso, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>APRECIACION DEL CASO</b>		
<b>PRONÓSTICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO APLICA	363	100.0
<b>Total</b>	363	100.0

**Tabla 9. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem tratamiento, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>TRATAMIENTO</b>		
<b>NOMBRE DE MEDICAMENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0
<b>DOSIS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0
<b>FRECUENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0
<b>VIA DE ADMINISTRACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0
<b>MEDIDAS GENERALES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	245	67.5
NO CONFORME	118	32.5
<b>Total</b>	363	100.0

**Tabla 10. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem consentimiento informado, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>		
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	250	68.9
NO CONFORME	113	31.1
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	250	68.9
NO CONFORME	113	31.1
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 11. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado del ítem indicación de alta básica odontológica, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>INDICACION DE ALTA BASICA ODONTOLOGICA</b>		
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	363	100.0
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>
<b>FECHA DE ALTA ODONTOLÓGICA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO APLICA	363	100.0

**Tabla 12. Porcentaje y frecuencia del correcto llenado de atributos de la historia clínica, en las historias clínicas de la clínica odontológica de la universidad privada de Tacna, 2016-2018**

<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</b>		
<b>PULCRITUD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	363	100.0
<b>REGISTRO DE FECHA Y HORA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	363	100.0
<b>REGISTRO DE DESCANSO MÉDICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO APLICA	363	100.0
<b>REGISTRO APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE EN TODAS LAS H.C</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	363	100.0
<b>LETRA LEGIBLE</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CONFORME	363	100.0
<b>SELLO Y FIRMA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO APLICA	363	100.0