



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMO HERRAMIENTA DE
MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA
EXTERNA HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT, 2015**

PRESENTADA POR
JHENY CHARO ESPINOZA ÑAÑA

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA
DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA

LIMA – PERÚ

2015



**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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMO HERRAMIENTA DE
MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA
EXTERNA**

HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT, 2015

TESIS

**PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA
EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

PRESENTADA POR

JHENY CHARO ESPINOZA ÑAÑA

LIMA – PERÚ

2015

ASESOR

Javier Navarrete Mejía, Doctor en Salud Pública

JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública

Miembro: Manuel Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública

Miembro: Zoel Huatuco Collantes, Doctor en Medicina



DEDICATORIA

A mis padres que me inculcaron una formación íntegra y siempre me enseñaron con su ejemplo que uno debe superarse cada día más.

A mis hermanos, gracias al amor inmenso que les tengo hizo que dedicara mi tiempo para completar esta maestría.

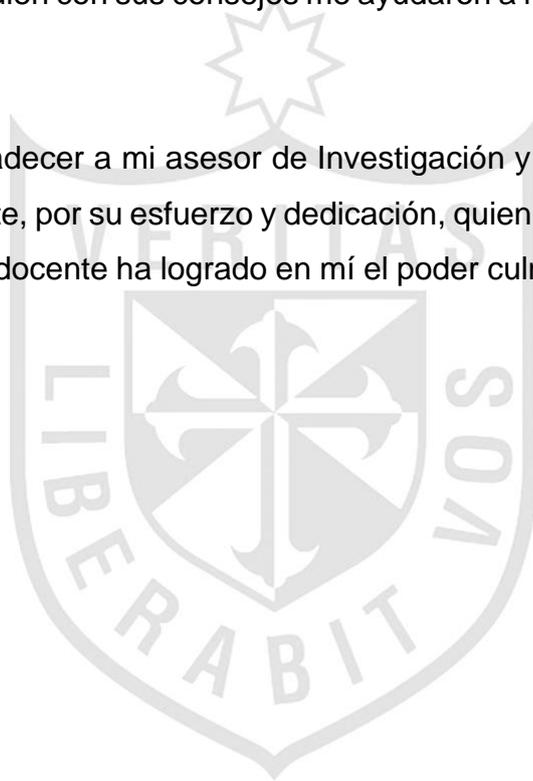


AGRADECIMIENTO

Tengo que agradecer a varias personas que con mucha paciencia han formado parte de mi vida personal y profesional a las que agradezco su amistad, apoyo y comprensión en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas permanecen a mi lado y otras a la distancia pero cerca de mi corazón.

Especial agradecimiento al Econ. Marcos Limo Gamarra, por su visión crítica en los diferentes aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su vida personal y desempeño laboral quien con sus consejos me ayudaron a formarme como persona e investigadora.

De igual manera agradecer a mi asesor de Investigación y de Tesis de Grado, Dr. Javier Pedro Navarrete, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia como docente ha logrado en mí el poder culminar con éxito mi tesis.



ÍNDICE

	Pág.
Asesor y jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes de la investigación	4
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos	9
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
2.1 Tipo de investigación	14
2.2 Diseño de investigación	14
2.3 Población y muestra	14
2.4 Método de recolección de datos. Instrumento	15
2.5 Procesamiento de datos	15
2.6 Aspectos éticos	15
CAPÍTULO III: RESULTADOS	16
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28

ANEXOS

Instrumento de medición

Ficha de recolección de datos



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar La historia clínica electrónica como herramienta de mejora en la calidad de atención en la consulta externa de cirugía en el Hospital Octavio Mongrut. Essalud 2015.

Se determinó el número de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica electiva y de estos se buscó la última consulta externa previa a la cirugía en el primer trimestre del año 2007 y en el primer trimestre del 2015. Usándose toda la población, sin ningún tipo de muestreo. La técnica que se empleó para evaluar la calidad del llenado de la historia clínica en consulta externa, fue mediante el Check List de este formato de la norma de prestaciones de salud en el seguro social de salud (EsSalud). Se trabajó con 250 historias clínica, 30 no se usaron por no cumplir los criterios de selección, y se depuraron al azar 30 de la población del 2007 para homogenizar la muestra en cada población a 90.

Los resultados determinaron que la media del puntaje global en la HCE fue significativamente mayor que las HCM. Las historias con puntaje aceptable fueron alto. La media del puntaje de filiación, antecedentes, consulta, presentación expediente del grupo de HCE es significativamente mayor que las HCM. La media del puntaje de Ayuda diagnóstica, tratamiento del grupo HCE es menor significativamente que las HCM.

El ítem que más se llenó en ambos grupos fue el de filiación y diagnóstico, y el de menor llenado es el de antecedentes. De los antecedentes el más llenado en ambos grupos fue el patológico y familiar, en presentación del expediente el menos llenado en la HCE fue el de firma y sello.

Palabras clave: Historia clínica electrónica, historia clínica manual, calidad de registro

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the electronic clinical report as an improvement tool concerning care quality in surgery outpatient service in Hospital Octavio Mongrut, ESSALUD 2015.

The number of patients who underwent elective surgery was determined, and from these, the last outpatient service prior to surgery in the first quarter of 2007 and in the first quarter of 2015 was searched, using the whole population, without any type of sampling.

The technique, which was employed to evaluate the quality of filling out clinical reports in outpatient service, was through Check List of this format of social security health insurance (ESSALUD) standards, attachment 6. The sample was from 250 clinical reports, 30 of them were not used since they did not meet the criteria, and from the whole population of 2007, 30 were randomly refined to homogenize the sample in each population at 90.

The results were the mean of the global score in electronic clinical report that was significantly more than in manual clinical report. The reports having acceptable score were high. The mean of score for filiation, medical histories, consultation and presentation of file corresponding to electronic clinical report group is significantly more than that corresponding to manual clinical report group. The mean of score for diagnostic assistance and treatment corresponding to electronic clinical report group is significantly less than that corresponding to manual clinical report group. The item which was the most completed in both groups was the filiation and diagnostic, and that which was the least completed was the medical histories.

From medical histories, the item which was the most completed in both groups was the pathologic and familiar. In presentation of file, the least completed one in electronic clinical report was the signature and seal.

Key words: Electronic clinical report, manual clinical report, care quality

INTRODUCCION

La necesidad de registrar la información referente a un paciente se considera un problema antiguo e importante en la Medicina. Los avances en esta dirección dependen de la posibilidad de contar con el soporte técnico adecuado.

El desarrollo tecnológico ha permitido evolucionar del concepto tradicional de la historia clínica en papel, como documento exclusivamente médico, limitado a recoger una información de un proceso concreto, habitualmente de enfermedad, en un tiempo y lugar específico, hacia una nueva denominación capaz de integrar toda la información referida al estado de salud de una persona, acumulada a lo largo de la vida del individuo, referida a los diferentes estados de salud y enfermedad y generada por todos los responsables de atención a la salud con los que se ha relacionado la persona en los diferentes niveles asistenciales.

La Historia clínica electrónica busca solventar las dificultades del modelo tradicional de la Historia Clínica y proporcionar como ventajas la solución, al menos, a ciertos problemas actuales: la información será legible, información inalterable y si se modifica quedara registrado, disponibilidad total, confidencial, ahorro espacio, permite su almacenamiento sin deterioro.

Se conoce beneficios relativos a su uso aunque no pueden ser cuantificados fácilmente, se busca demostrar que su implantación ha mejorado la calidad del llenado y por ende hay más información la cual puede ser usada no solo para mejorar la atención paciente , en la docencia y en la investigación, pero también en la gestión y planificación sanitarias y de salud pública , a la vez también se pretende concientizar a los usuarios de esta de la importancia de su implementación total, siendo fundamental la aceptación por parte de los profesionales sanitarios, ya que serán ellos los que alimentarán, mantendrán y desarrollarán este sistema, sin ellos estará llamada al fracaso.

Desde este enfoque el presente trabajo estableció ¿Cuál será el impacto de la Historia Clínica Electrónica como Herramienta de mejora en la Calidad de Atención en la Consulta Externa de Cirugía Hospital Octavio Mongrut. ESSALUD 2015.

Frente a esta problemática que por años se viene teniendo respecto a una deficiente llenado de la historia clínica que al ser una herramienta de calidad ya que contiene datos que nos ayudaran a mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente, es que este trabajo tuvo como objetivo general el de establecer el grado del impacto sobre la mejora en el llenado de la historia clínica electrónica sobre la historia clínica tradicional para la mejora de la calidad de la historia clínica y como objetivos específicos: en la que se estableció el grado en que la información de la historia clínica electrónica sirve como soporte para la gestión, la evaluación de la calidad del llenado de la historia clínica para detectar los defectos y proponer medidas correctoras para futuras situaciones y analizó las ventajas de la historia clínica electrónica como medio de almacenamiento de información del paciente versus el archivo manual.

Nuestro sistema de salud así como el resto del mundo se enfrenta a mayores retos por diversas causas; aumento de la demanda de servicios por mayor longevidad, más enfermedades crónicas, mayor exigencia de la calidad de atención que se brinda, la incorporación de nuevas tecnologías, menor presupuesto en salud ; para hacer frente a esto se busca incorporar un nuevo sistema de gestión salud incorporándose las tecnologías de la información en el cual el paciente es la fuente básica de información ,y los sistemas son integrados.

El avance de la ciencia computacional ha permitido mejorar la legibilidad, la accesibilidad y la estructura de la información contenida en la historia clínica, aunque demandan cuidados especiales en la recogida y conservación de los datos.

En nuestro país no hay estudios que demuestren la mejora de la calidad del llenado de la historia clínica con la aparición de la historia clínica electrónica.

El aporte que se brindó con el estudio es demostrar que la aparición e incorporación de la historia clínica electrónica ha mejorado la calidad y cantidad de información de la historia clínica y al ser la historia clínica un eje de la gestión en salud sobre la cual se forma o construye la información se verá reflejado en mejoras no solo en la atención del paciente ya que se contara con más información, sino también en el ámbito de la docencia, investigación, en la gestión permitiéndonos redireccionar las estrategias de salud.

El estudio se llevó a cabo en el servicio de cirugía: se usó la última consulta externa de todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica electiva en Hospital Octavio Mongrut, en dos periodos uno primer trimestre del año 2007 fecha en que se usaba historia clínica tradicional y el otro primer trimestre del 2015 donde se usa solo sistema electrónico.

La información para el desarrollo de la investigación y las autorizaciones están al alcance del investigador.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación.

No existen antecedentes nacionales, pero si estudios internacionales relacionado al objeto de investigación.

En España encontró que el mayor cumplimiento del llenado adecuado y completo se da en aquellos ítems donde el sistema informático de la historia clínica electrónica está diseñado para que si no es llenado no pueda ser cerrada la historia, independiente de si este dato es correcto o no; determinándose así la influencia de estos diseños sobre la calidad de la historia clínica.¹

Determino en un estudio en Cuba que la computarización del registro de la historia clínica permite mejorar la atención en salud y reducir los costos, además de ser una gran ayuda para la docencia médica, ser una fuente sobre las que se basa las tomas de políticas racionales de salud.. Siendo esto visible por el crecimiento rápido del sistema informático para la salud dentro de la industria del software.^{2, 3}

Un estudio en EEUU determino que el registro que tradicionalmente se realizaba en papel tiene muchas desventajas entre ellas es que este registro o parte de él pueden perderse con el tiempo como producto de la manipulación y almacenaje. Solo puede existir en un lugar, y en un momento determinado, asociado a una escritura ilegible, incompleta, pobre que dificulta la interpretación, y lo más importante es que solo contribuye de manera pasiva a la toma de decisiones dificultando el planeamiento de estrategias en salud.⁴

En nuestro ámbito en el cual se va determinando La ley N° 30024 crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas el marco de sus acciones para ver la forma como debe administrarse, organizarse, implementarse en cada establecimiento, manteniendo la confidencialidad y accesibilidad a sus datos. Los

establecimientos de Salud solo implementaran los sistemas de historias clínicas electrónicas que el Ministerio de Salud y la autoridad regional de salud acreditan.⁵

La ley 27269 marca los lineamientos en nuestro territorio y refiere que la historia clínica electrónica tiene el mismo valor que la historia clínica manuscrita, validez y eficacia jurídica como en aspectos clínicos.⁶

La ley N° 29733 establece que en nuestro ámbito nacional mediante esta ley garantiza la protección de los datos personales, que es un derecho fundamental previsto en el artículo 2 numeral 6 de la Constitución Política del Perú, y deben ser usados solamente en el momento de la atención, cualquier modificación y uso fuera de ella deberá ser con autorización del paciente y o su representante⁷.

El primer foro realizado en Lima sobre la historia clínica electrónica, determinó q debe ser una herramienta que proporcione formas de ser evaluada y a la vez ser un mecanismo de mejora continua. Esta información registrada en la historia medirá la realidad de la actuación clínica permitiéndonos evaluar los procesos y resultados⁸.

En el foro realizo en Lima el 2015 sobre la historia clínica electrónica se determinó que la historia clínica electrónica es de fácil uso, orientado al paciente y cumple con los ser confidencial, conteniendo toda la información de las atenciones del paciente con valor médico legal, sin embargo todavía hay dificultades en cuanto a escasa implantación en el medio y entorno relacionados, dificultad para la atención domiciliaria⁹.

Con la incorporación de la historia clínica electrónica se realizó un nuevo sistema de gestión de las historias clínicas que permitió re direccionar la información para un mejor ordenamiento y control de la gestión¹⁰.

La Historia clínica electrónica permite tener indudables ventajas no solo para la atención de la persona, sino también en la docencia, investigación, así como también en la gestión y planificación sanitaria y de la salud pública. Pero es

necesario mecanismos de seguridad, confidencialidad y disponibilidad para cumplir con las leyes y estén con plena validez legal¹¹.

Frente al crecimiento de la implantación de la historia clínica electrónica a distintas velocidades en los diversos países, se ha creado una Red para la cooperación y desarrollo de acciones que permita compartir experiencias y soluciones la cual es ejecutada por la fundación Julio Ricaldoni de Uruguay. Cuya misión es ayudar a los países a compartir experiencias y que esta repercuta en mejores resultados en el sector salud¹².

El fin último de la historia clínica electrónica debería ser más que la simple digitalización de sus datos un valor añadido como resultado de una interoperabilidad de estos para mejoras en todos los aspectos¹³.

La implementación de la historia clínica electrónica tiene aceptación alta por el personal de salud, en el estudio se encontró q un 39% le permite saber de las atenciones anteriores y examen de laboratorio y un 33 % manifestaba lo ordenado del sistema. Un 78 % se siente satisfecho en usar el sistema de historias clínicas electrónicas.¹⁰

La historia clínica electrónica trata de aportar material al conocimiento y se basan en el aprovechamiento de la gran capacidad de cálculo que poseen los ordenadores, los cuales son de ayuda por ser: instrumentos de ayuda a la gestión con los cuadros de mando que poseen ,son sistemas de ayuda a la asistencia ya que ayudan a la toma de decisiones, tiene la inteligencia artificial, como los sistemas expertos, que pueden permitir hacer predicciones, sugerencias y alternativas en la toma de decisiones, sirven como material para la docencia e investigación, aunque no pueden ser cuantificados fácilmente aumentan significativamente la proporción entre los beneficios y los costes de su implementación¹⁴.

Un estudio realizado en Cuba, se determinó las ventajas de la historia clínica electrónica son: que evita errores y duplicidades, agiliza la introducción de información ,genera informes, recordatorios o alertas, mejora y facilita el

seguimiento de protocolos y guías de práctica clínica, es un medio que sirve de soporte para la toma de decisiones, optimiza la gestión administrativa, facilita la farmacovigilancia, permite la evaluación de la calidad asistencial y sirve de soporte para la formación y la investigación².

Establece que para que se tenga mejoras más aceptables es necesario fomentar que se cumplan los estándares que mejoren y hagan posible la interoperabilidad de diferentes sistemas de información sanitaria y se establezca parámetros uniformes en todas áreas involucradas: ayuda diagnóstica, enfermería, códigos quirúrgicos, etc. en una reciente revisión sistemática de 26 estudios realizados entre 2000 y 2003 se demuestra que los sistemas informatizados aumentan la satisfacción de los usuarios y pacientes, aunque el efecto en los resultados clínicos no fueron concluyentes¹⁵.

1.2 Bases Teóricas.

En 1981 se creó en EEUU, el Instituto de Registro Médico (MRI) surgiendo en la década de los 90 una nueva concepción con la introducción del Registro Computarizado de Pacientes (Computer-based Patient Record, CbPR), como resultado de una propuesta realizada por el Instituto de Medicina (IOM), para la recopilación de toda la información del estado de salud de un individuo, a lo largo de su vida, identificado por un código de registro personal. El CbPR también es conocido en la literatura internacional como Sistema de Registro Electrónico de Pacientes (EPR). La comunidad de IM viene prediciendo desde la década del 60 la aparición de un registro médico sin papeles

Debido a la necesidad de solucionar problemas surge la Informática Médica (IM) como ciencia, definida como: El conjunto de aspectos teóricos y prácticos del proceso de la información sobre la base del conocimiento y experiencias derivadas de los procesos en medicina y la atención médica. Teniendo como tareas fundamentales el apoyo a la clínica a la investigación médica y a la Salud Pública y entre su diseño estudio esta:

Sistemas que tienen que ver con los datos sobre los pacientes (tema a los que está dedicado este artículo).

Sistemas basados en los conocimientos, para el apoyo del personal médico (que se apoyan en los datos que recogen los sistemas mencionados en el tipo I).

En el Perú ante la necesidad de estandarizar los datos y la información de las historias clínicas electrónicas, así como las características y funcionalidades de los sistemas de información y lograr la interoperabilidad en el sector salud se promulga la Ley N° 30024 el 23 marzo del 2013 y La Ley 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, y sus disposiciones reglamentarias. Que tiene por objetivo crear el Registro Nacional de Historias clínicas Electrónicas y establecer sus objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad. Donde define que la Historia clínica electrónica es la Historia clínica cuyo registro unificado y personal, multimedia, se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente.

Viendo la necesidad de que si no se hace una evaluación permanente **del que se hace y el cómo se hace**, como se atiende a la persona, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando, estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados por lo cual se aprueba la directiva N°003 GCPS –ESSALUD-2010 procedimientos para la auditoría médica de prestaciones de salud en el seguro social de salud (EsSalud) que va enmarcado dentro de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de atención en salud del MINSA , esta contiene normas y procedimientos para la realización de la auditoría médica, como instrumento técnico para la evaluación y análisis de las prestaciones asistenciales y educación continua en el servicio. Contribuyendo así a la mejora permanente de la calidad de las prestaciones asistenciales en EsSalud. Entendiéndose por calidad de atención es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (Donabedian 1980).

Una forma de medir estos procesos es la auditoría del llenado de la historia clínica la cual consiste en la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros

médicos y de los formatos asistenciales que debe contener la historia clínica, en relación a un determinado servicio asistencial.

Siendo uno de los finalidades de la auditoria médica la mejora continua, la cual no es más que buscar mejorar en los productos, servicios y procesos, siendo necesario las medidas correctivas, preventivas y el análisis de la satisfacción en los clientes, usando herramientas las que son técnicas que sirven para el análisis de datos y ayudan en la solución de los problemas. Siendo el mayor problema al que se enfrentan todas las instituciones la gran variabilidad las cuales buscan controlar con estas: de herramientas de mejora continua, algunas de las cuales son: causa y efecto, las 5m, hoja de verificación u hoja de chequeo.

1.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Historia clínica:** es el documento médico legal en el que se registran los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el medico u otros profesionales de salud brindan al paciente y que son refrendados con la firma manuscrita de los mismos. Las historias clínicas son administradas por los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo⁵.
- **Historia clínica electrónica:** es la historia clínica cuyo registro unificado y personal, multimedia, se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente⁵, cuyos objetivos son: disponibilidad, identificación y autenticación, autorización: integridad, no repudio y auditable²⁰.
- **Disponibilidad:** es acceder y tratar la información siempre que se necesario.

- **Identificación y Autenticación:** es la identificación del personal como del paciente, asimismo a los sistemas, servicios y ordenadores.
- **Autorización:** es determinar quién puede acceder a qué y para qué. Se fijan perfiles, roles y privilegios de cada posible usuario.
- **Integridad:** son las acciones que impiden que la información no se haya transformado durante su almacenamiento transporte.
- **No Repudio:** es el procedimiento para asegurar que ninguna de las partes puede negar haber participado en la transacción.
- **Auditable:** es la posibilidad de poder rastrear los accesos a la información por cada usuario, las transacciones que fueron hechas y las circunstancias en que ocurrieron.
- **Firma digital:** es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica y que valida y asegura la integridad del mensaje de datos a través de un código de confirmación, así como la vinculación entre el titular de la firma digital y el mensaje de datos⁵.
- **Formato electrónico de la historia clínica:** es una forma de documento digital, temporal sobre el cual se registra electrónicamente los a datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata. Requiere de la impresión, firma y sello del profesional responsable, para ser incluida en una historia clínica física⁵.
- **El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas:** contiene una base de datos de filiación de cada persona con la relación de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de apoyo que le han brindado atención de salud y generado una historia clínica electrónica. El Ministerio de Salud es el titular de dicha base de datos⁵.

- **Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas:** es un sistema de información que cada establecimiento de salud o servicio médico de apoyo implementa y administra para capturar, manejar e intercambiar la información estructurada e integrada de las historias clínicas electrónicas en su poder⁵.
- **Paciente o usuario de salud:** beneficiario directo de la atención de salud⁵.
- **Atención de salud:** conjunto de acciones de salud que se brinda al paciente, las cuales tienen como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud y son efectuadas por los profesionales de salud⁵.
- **Calidad de atención:** es la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos¹⁶.
- **Plataforma de interoperabilidad (PIDE):** es la infraestructura tecnológica que permite la implementación de servicios públicos por medios electrónicos y el intercambio electrónico de datos entre entidades del estado, a través de internet, telefonía móvil y otros medios tecnológicos disponibles⁵.
- **Computer-Based Patient Record, Cbpr:** Registro Computarizado de Pacientes⁵.
- **Auditoria de la calidad del Registro Asistencial:** es la verificación seriada o maestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la historia clínica en relación a un determinado servicio asistencial^{16,18}.
- **Auditoria de la calidad de Atención en salud:** es el mecanismo sistemático y continua de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida

mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evolución realizada se comunica en el denominada “Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”¹⁸.

- **Legibilidad:** es la mayor legibilidad en la escritura, se estima que el 5% de las indicaciones médicas son mal interpretadas, una receta realizada por un médico al momento de ser comprada en la farmacia el 5% es cambiada por otra medicación. La mala letra en muchas ocasiones es objeto de litigio, Incluso las indicaciones que le damos a los pacientes muchas veces no son cumplidas por no entenderse la letra.
- **Seguridad:** es una característica de un sistema (sea informático ó no) por la cual podemos decir que el sistema está libre de peligro, daño o riesgo y que es, de alguna manera, infalible. Centrado en el ámbito informático, podemos decir que seguridad sería la característica de un sistema que lo hace ser capaz de proteger sus datos frente a la destrucción, interceptación ó modificación no deseadas.
- **Requerimientos técnicos de soporte a la Historia Clínica Informatiza:**
Software: un software para un servidor es un programa especialmente diseñado para administrar y auditar conexiones concurrentes simultáneas. Valida los usuarios que ingresan y controla la información a la que debe acceder. En un servidor podemos tener información de todos los usuarios pero privada para cada uno. De modo que no todos los usuarios puedan acceder a toda la información.
Con estos programas podemos controlar el tiempo que permanece un usuario en la red, que información visita, y podemos segmentar los momentos en los que accede a la red, de modo que puedo evitar que ingrese en momentos que no tenga permiso. Básicamente existen en el mercado Windows NT y Servidores Linux entre los más conocidos.

- **Hardware:** es un servidor debe ser concebido desde su creación para ese efecto, nunca un servidor debe ser armado con el concepto de clon, es decir por partes y con elementos genéricos. El buen procesamiento de la información requiere de un equipo hecho para tal fin con procesadores de marca y placas bases que OAA.
- **Base de datos:** es el conjunto organizado de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.
- **Sistema de gestión de la seguridad de la información:** es la parte de un sistema global de gestión que, basado en el análisis de riesgos, establece, implementa, opera, monitorea, revisa, mantiene y mejora la seguridad de la información. Incluye una estructura de organización, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos.
- **Estándares:** son los documentos que contienen las especificaciones y procedimientos destinados a la generación de productos, servicios y sistemas confiables. Estos establecen un lenguaje común, el cual define los criterios de calidad y seguridad.
- **Administrar:** es el manejo de datos por medio de su captura, mantenimiento, interpretación, presentación, intercambio, análisis, definición y visibilidad.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación.

El presente estudio se enmarca en una investigación descriptiva, observacional, retrospectivo.

2.2 Diseño de Investigación.

El diseño de investigación es no experimental.

2.3 Población y muestra.

Se determinó el número de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica electiva y de estos se buscó la última consulta externa previa a la cirugía en el primer trimestre del año 2007 y en el primer trimestre del 2015.

Usándose toda la población, sin ningún tipo de muestreo.

Al encontrarse que había diferente muestra en cada segmento se determinó al azar seleccionar del primer grupo de muestras para quedar solo en 90 muestras en el año 2007 y de esta manera nuestras muestras sean iguales en ambos años.

PERIODO	HISTORIAS CLINICAS ORIGINALES	HISTORIAS CLINICAS HOMOGENIZADAS
2007	130	90
2015	90	90

2.4 Método de Recolección de Datos. Instrumentos.

La técnica que se empleó para evaluar la calidad del llenado de la historia clínica en consulta externa, fue mediante el Check List de este formato de la

norma de prestaciones de salud en el seguro social de salud (EsSalud), (Anexo 6).

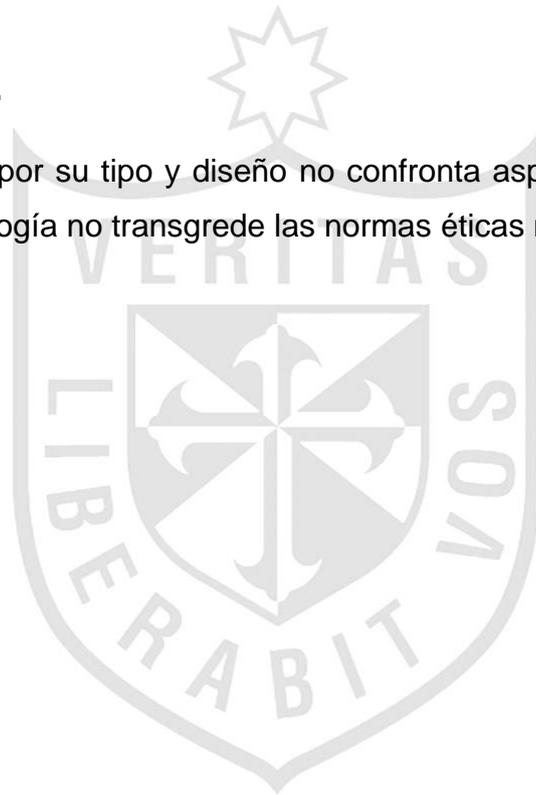
Donde consta de 35 ítems que corresponderían al 100% y se determina que el puntaje mayor a 50 % o 17 puntos es una calificación de aceptable y menor a este es por mejorar.

2.5 Procesamiento y Plan de Análisis de Datos.

Se utilizó el software SPSS v22 y Office 2013 en una PC I6. Para el análisis se usó la estadística descriptiva y las pruebas U Mann Whitney.

2.6 Aspectos Éticos.

La investigación por su tipo y diseño no confronta aspectos bioéticos, por su diseño y metodología no transgrede las normas éticas ni morales.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Del total de 250 Historias clínicas calculadas para la muestra 30 no fueron usadas debido a que algunos casos no se hallaron las Historias clínicas, no estaba registrado la atención, no se encontró la Historia clínica siendo el mayor grupo el de Historias clínicas manuales correspondiendo a 20, y 10 a las Historias clínicas electrónicas, de estas 40 del año 2007 fueron depuradas al azar para homogenizar la muestra a 90 por grupo de estudio.

El presente estudio muestra como resultado general una comparación de las medias de los ítems de evaluación de la calidad del registro de la historia clínica.

Tabla N° 01

Comparación de medias de los indicadores del formato de auditoria entre HCE y la HCM

	GRUPO	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	P
FILIACIÓN	HCE	90	17,0	0,0	0,000*
	HCM	90	13,9	0,3	
ANTECEDENTES	HCE	90	0,6	0,8	0,000*
	HCM	90	0,2	0,5	
CONSULTA	HCE	90	2,1	1,1	0,001*
	HCM	90	1,5	0,9	
AYUDA DIAGNOSTICA	HCE	90	1,0	1,3	0,007*
	HCM	90	0,6	1,0	
DIAGNOSTICO	HCE	90	1,0	0,0	0,08
	HCM	90	1,0	0,2	
TRATAMIENTO	HCE	90	0,5	0,5	0,004*
	HCM	90	0,7	0,5	
PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE	HCE	90	2,4	0,6	0,000*
	HCM	90	1,9	0,7	
CALIDAD DE REGISTRO	HCE	90	24,6	2,5	0,000*
	HCM	90	19,7	1,9	

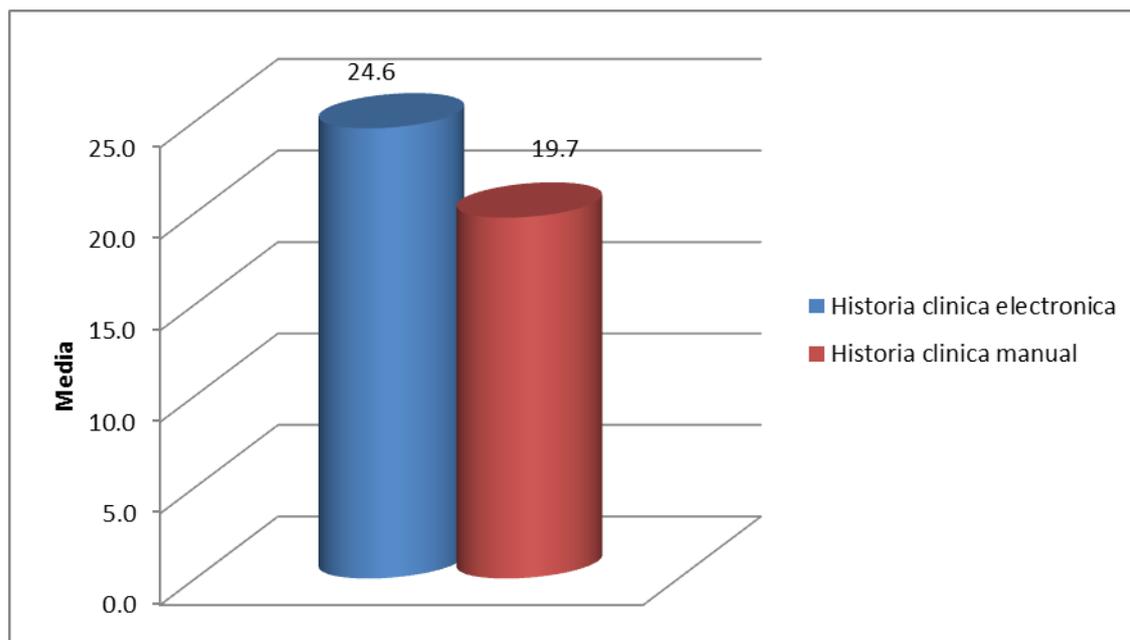
*p<0,05 existe diferencias significativas +Prueba no paramétrica de U Mann Whitney

Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut

De la tabla se aprecia que la media del puntaje filiación, Antecedentes, Consulta y Presentación del expediente en el grupo HCE es mayor significativamente (p<0,05) que la media del puntaje de HCM

Asimismo se aprecia que la media del puntaje tratamiento en el grupo HCE es menor significativamente ($p < 0,05$) que la media del puntaje HCM

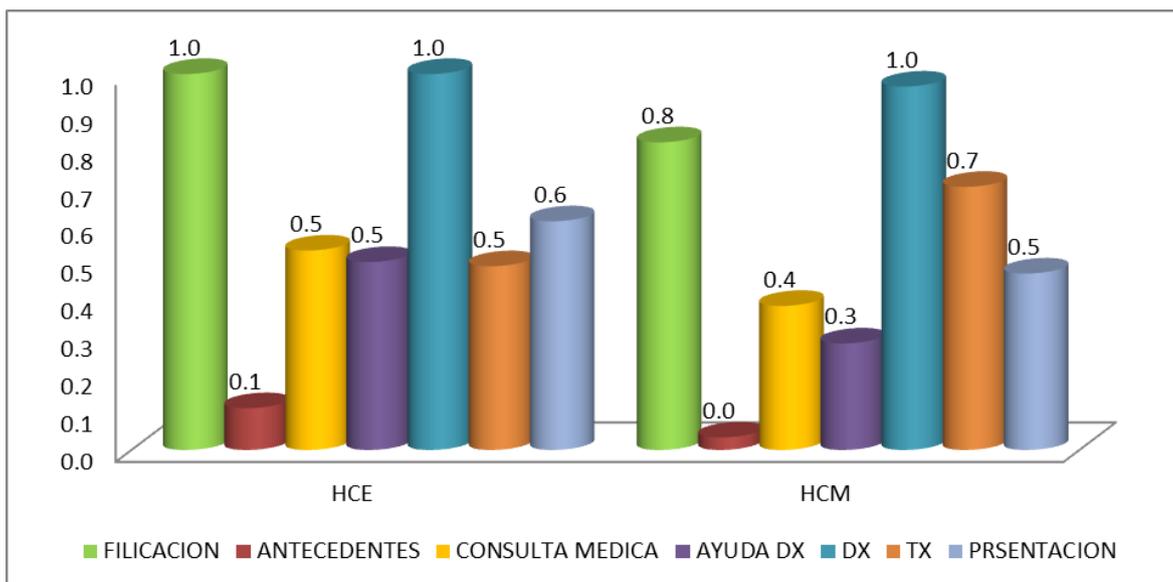
Gráfico N° 01
Media del Puntaje Total Asignado a las Historias Clínicas



Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut

Se encontró que la media del puntaje total asignado a las historias clínicas en el grupo HCE es mayor significativamente ($p < 0,05$) que la media del puntaje calidad de registro HCM.

Gráfico N° 02
Evaluación de la Variación de Cada ÍTEM del
Registro de la Calidad de la Historia Clínica, Según Grupo de Estudio.



Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut

En el grupo HCE el mayor indicador en ambos grupo es la Filiación y el DX, el menor indicador llenado en los dos grupos son los antecedentes.

Tabla N° 02
Evaluación del ITEM Registro de Antecedentes

	GRUPO	N	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	P
FISIOLOGICO	HCE	90	0	0	
	HCM	90	0	0	
IG	HCE	90	0	0	
	HCM	90	0	0	
PATOLÓGICO	HCE	90	0,33	0,47	0,000*
	HCM	90	0,08	0,27	
FAMILIAR	HCE	90	0,22	0,42	0,000*
	HCM	90	0,09	0,29	
EPIDEMIOLOGICO	HCE	90	0	0	
	HCM	90	0	0	

* $p < 0,05$ existe diferencias significativas +Prueba no paramétrica de Mann Whitney.

Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut.

De la tabla se aprecia que los único ítems llenados algunas veces son el Patológico, Familiar, y que la media de estos en el grupo HCE es mayor significativamente ($p < 0,05$) que la media del puntaje en HCM.

Tabla N° 03
Evaluación de la Calidad del Llenado de la
Presentación del Expediente

	GRUPO	N	MEDIA+	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	P
LETRA LEGIBLE	HCE	90	0,98	0,15	0,000*
	HCM	90	0,19	0,39	
ORDEN CRONOLÓGICO	HCE	90	0,93	0,25	0,3
	HCM	90	0,97	0,18	
FORMATO OFICIAL	HCE	90	0,32	0,47	0,000*
	HCM	90	0,08	0,27	
SELLO Y FIRMA	HCE	90	0,20	0,40	0,000*
	HCM	90	0,64	0,48	

*p<0,05 existe diferencias significativas +Prueba no paramétrica de Mann Whitney

Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut.

De la tabla se aprecia que la media del puntaje Letra legible, Formato oficial, en el grupo HCE es mayor significativamente ($p < 0,05$) que la media del puntaje en HCM.

De la tabla se aprecia que la media del puntaje Sello y firma, en el grupo HCE es menor significativamente ($p < 0,05$) que la media del puntaje en HCM.

No se encontró diferencia significativa en orden cronológico.

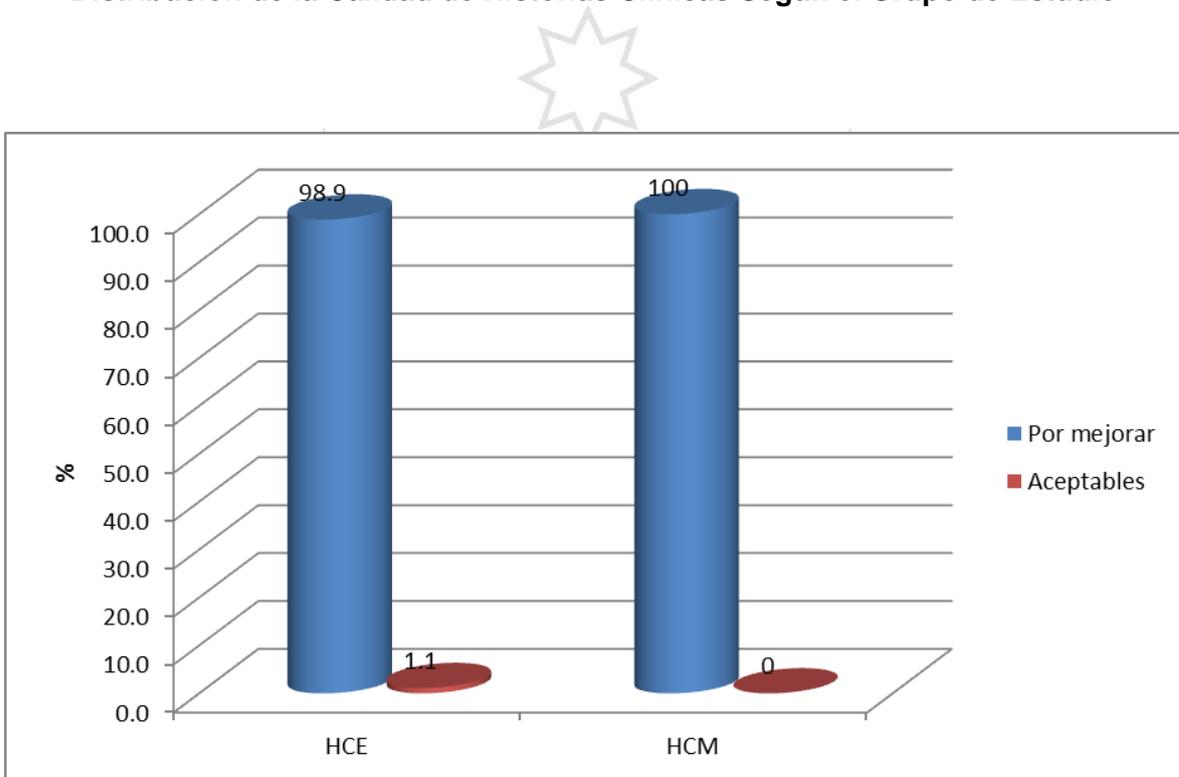
Tabla N° 04
Distribución de la Calidad de Historias Clínicas Según el Grupo de Estudio

CALIDAD DE REGISTRO	GRUPO				TOTAL	
	HCE		HCM			
	N	%	N	%	N	%
POR MEJORAR	89	98,9	90	100	179	99,4
ACEPTABLES	1	1,1	0	0	1	0,6
TOTAL	90	100	90	100	180	100

Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut

Gráfico Nº 03

Distribución de la Calidad de Historias Clínicas Según el Grupo de Estudio



Fuente: Historias clínicas Hospital Mongrut

Finalmente se halló que el nivel de calidad del registro de las historias clínicas con puntaje de por mejorar fue 98.9% en 100% HCM, de aceptable EL 1.1 % hallándose en la HCE, y 0% HCM, se encontró que el puntaje mínimo fue de 20 en la HCE y 15 n la manual. Y el puntaje máximo fue de 30 en la HCE y 25 en la HCM.

CAPÍTULO IV

DISCUSION

El presente estudio es sobre la calidad del registro de la historia clínica en la consulta externa de cirugía donde se realizó una evaluación en dos grupos de estudios comparando los hallazgos encontrados en la historia clínica electrónica y la manual para determinar el grado de impacto sobre la mejora en la calidad del registro del advenimiento de la era tecnológica en la salud. No se encontró ningún estudio similar al nuestro. Así mismo es el primer estudio realizado para evaluar la calidad de la HCE usándose el formato de auditoria de Essalud. Los estudios nacionales usaron el formato de MINSA que a diferencia del que usamos no consigna dentro de los ítems a evaluar fecha, hora consulta, registro de cada función vital, y otros ítems teniendo como parámetro 65 ítems a llenar a diferencia del nuestro que contiene 35 ítems.

Los hallazgos fueron que al evaluar en forma global ese encontró que en promedio se alcanzó 24.9 puntos la HCE, mientras que las HCM alcanzaron una media de 19.7. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en el estudio de Matzura en Lima donde encontró que la media fue de 77 y 87.33 en este caso el basal es el 100 puntos 53 y semejantes resultados a los hallados por Rocano que encontró calificación entre 48 y 64% lo que las califica como regulares. 56 La filiación en general es el que más puntaje tiene en ambos grupos de estudio teniendo una media de 1. En parte esto es explicable porque estos datos consignados son llenados automáticamente en la historia clínica por el personal administrativo al momento de la apertura la historia clínica. Sin embargo la HCE tiene un poco más alto este puntaje respecto al hallado en la HCM debido a que muchos datos de filiación son jalados del sistema y aparecen automáticamente en la hoja de consulta externa como son nombre paciente, número del acto médico, edad, fecha consulta,

núm. seguro, etc. No dependiendo directamente del médico que realiza la consulta. Estos hallazgos contrastan con los datos hallados en el estudio realizado por Bocanegra donde la falta de información sobre estos datos fue de 62.8 % 54. Concuera con los hallazgos encontrados por el estudio de Buitrago donde con el pasar del tiempo se ve una mejoría en el llenado de la carpeta familiar .55

En cuanto a la evaluación del llenado de los antecedentes se observa que tanto en la HCE como en la HCM hay un deficiente llenado, el cual no se ve mejorado con la HCE, siendo solo consignados el registro del antecedente patológico y familiar a diferencia de los otros antecedentes. Consideramos que siendo un estudio de la calidad de registro de la consulta externa de cirugía general donde se ven pacientes adultos no aportaría ninguna o poca a importancia consignar antecedentes fisiológicos, ocupacionales o epidemiológicos. Siendo nuestros resultados en cuanto a antecedentes similares a los resultados encontrados en el estudio de Bocanegra 87.5 % se hallaron incompletos 54, en el estudio de Rocano solo se registró antecedentes patológicos.56

El registro de la consulta médica evalúa 4 ítems hallándose una media mayor en el grupo de HCE frente a la manual de 2.1 a 1.5 el cual estadísticamente es significativo. Del ítem de funciones vitales ninguna historia consigna dicho dato. A diferencia del estudio de Matzumura que refiere encontrar que las funciones vitales consignados en 65.6%. 53 Según estudio de Buitrago hubo una variación significativa con respecto al estudio anterior el cual vario de 52.73 a 64.09 el registro de funciones vitales.55

En los resultados del registro del CIE 10 y diagnóstico no hubo una variación significativa en ambos grupos, a pesar que en la HCE este ítem es el único cuyo registro es obligatorio, ya que si no es llenado no es posible registrar la atención. Encontrándose en ambos grupos una media de 1. Similares resultados se hallaron con el estudio de Reyes Gracia en el que un 86.45 % registro este dato.¹ Resultado que contrarresta con los hallados por Matzumura en los que solo 48.6 % lo completaron correctamente ambos ítems. 53

En cuanto a los resultados de ayuda diagnóstica, tratamiento y al plan de trabajo es menor la media frente a la HCM. Según Matzumura .53

El Plan de trabajo adecuado se en un 62.5 % y un 48.3 % registro tratamiento adecuado. Contrarrestando con el estudio de Peralta y col que encontró registro tratamiento solo en 7.4 %

En los resultados de la presentación del expediente se encontró que el ítem que menos puntaje consigna fue de firma y sello en la HCE, a diferencia de la HCM que es alto. Esto en parte se debe a que por problemas logísticos ya sea falta de papel, tinta, falla en la impresora no se deja una copia física de la atención médica por lo cual la mayoría de las veces no se encontró dicha atención en físico. En este caso debería implantarse el sistema de firma y sello digital. En el estudio de Matzumura se encontró que 97.2 % se consignó ese ítem. A diferencia del estudio de Peralta y col que solo hallaron 49.7 % del registro de estos datos.⁵³

Estos hallazgos de nuestro estudio y de otros realizados sobre la calidad del registro de las historias clínicas mostraron las deficiencias que existen en el correcto llenado, el cual puede ser evaluado desde diversos puntos de vista: donde el personal, la falta de apoyo logístico, ambiente inadecuado para interrogatorio, información familiar insuficientes, alta afluencia de pacientes, etc. que convierten en factores importantes para obtener el resultado encontrado. Llama la atención que en dos estudios realizados sobre calidad de registro de la historia clínica en diferentes hospitales se encontró que el área de cirugía es el que cuenta con puntajes más bajos respecto a otros servicios. Si bien es cierto el presente estudio solo se realizó en el servicio de cirugía, cabe como tarea realizar un estudio comparando con otro servicio para contrastar los resultados hallados por otros autores.

CONCLUSIONES

- La calidad de registro de las historias clínicas evaluadas en el presente estudio halló que en el rango de aceptable solo se halló en el grupo de historias clínicas electrónicas. Determinándose que existe un impacto positivo del advenimiento de la era tecnológica al sistema de salud. Sin embargo este resultado no fue del grado que se esperaba. Probablemente

porque el sistema que usa nuestro hospital es un sistema digital de almacenamiento de parte de la historia clínica, más todavía no llegamos al nivel del sistema inteligente donde los datos son sincronizados y sirven como una base de datos que ayuda en la toma de decisiones y terapéutica Como lo es en muchos países.

- El ítem menos llenado en ambos grupos es el de antecedentes, el de registro de las funciones vitales. Al ser la población que se atiende adulta y que vienen por una dolencia específica que amerita tratamiento quirúrgico, probablemente el medico no considera ciertos antecedente de importancia como si lo serían en otras especialidades como medicina interna o pediatría.
- El mejor llenado es en ambos grupos es el de diagnóstico y CIE 10. Probablemente este resultado sea debido a que los médicos están concientizados que este es un dato muy importante, ya que si bien es cierto es un ítem que no puede ser saltado, ni dejado de llenar en la HCE ya que no permite pasar a guardar la HCE si no se registra este dato; pero igual es el más llenado también en la HCM sin que en esta exista obligatoriedad del llenado. Del ítem de presentación del expediente: el menos llenado en la HCE es el de firma y sello. Esto probablemente se deba a que no hay un archivo físico de las HCE, ni tampoco se ha establecido el uso de firma y sello digitalizado.
- Los datos de filiación tiene un alto grado de llenado en ambos grupos, siendo mayor en la HCE, esto probablemente se deba a que todos estos datos aparecen automáticamente al abrir la hoja de atención de la consulta y son jalados del sistema, sin depender directamente del médico.
- El tratamiento es uno de los ítems menos llenados en ambos grupos, teniendo un mayor registro en la HCM. Y que si bien es cierto no se puede determinar asociación ente la calidad de registro y la calidad de atención, pero es importante concientizar sobre la importancia del registro adecuado de todos los datos solicitados en la historia clínica médica.



RECOMENDACIONES

- Al Comité de auditoría médica y equipo de gestión: Evaluación del formato de auditoría de la institución y poner claro los parámetros de calificación, adecuarlos a cada servicio y difundir los para que sean conocidos y sobre todo aplicados, implementar un sistema de capacitación permanente y retroalimentación, sensibilización en el correcto llenado de las historias clínica y de la implicancia médico legal.

- A la institución: Gestione la mejora y la implantación de un nuevo sistema de HCE el cual permita no solo el almacenamiento electrónico de los datos, sino tener un sistema inteligente que ayude a la toma de decisiones. Que dote de los materiales necesarios para el uso de formatos adecuados de la institución, mantenimiento de los equipos, que facilite el almacenamiento físico o en su defecto se implemente la firma y sello digital. Se mejore el sistema de gestión de la historia clínica actual, donde se coloquen más ítems que su llenado sea obligatorio.
- Ampliar el estudio a otros servicios hospitalarios a fin de determinar un indicador de calidad global y así determinar el real impacto de la HCE como un instrumento de la mejora de la calidad.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Reyes E, Rodríguez A, Thomas E, Raya L, Gastón J, Molina R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de atención primaria. Granada – España Rev. Med. Fam. Andal.2012; 13 (2):42-51
2. Sánchez A, Martín O, Iglesias J, Hernández J. Registro Electrónico de Pacientes. Rev Cubana Educ Med Sup 1999;13(1):46-55s
3. Waegemann C. When will complete medical record systems exist. J. Health Manag Technol 1986; 17 (2):10.
4. Safran C, Morales A. Registro Médico Electrónico como Herramienta de Colaboración y su Vínculo con la Relación Médico-Paciente. Harvard Medical School, Boston, MA, USA, Clinician Support Technology, Inc, Newton, MA, USA
5. EL peruano. Miércoles 22 de mayo de 2013. Ley N° 30024 se promulga la ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas.
6. La Ley 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, y sus disposiciones reglamentarias.
7. Ley 2733 ley garantiza la protección de los datos personales.
8. Sánchez L. Utilidades de la historia clínica electrónica en la toma de decisiones asistenciales en los centros de salud.1er foro de historia clínica electrónica en el sistema nacional de salud. Febrero 2015.
9. Sociedades operadoras Villa María del triunfo y callao .Implementación de la historia clínica electrónica en los Complejo hospitalarios Guillermo Kaelin de la Fuente Y Alberto Leopoldo Barton Thompson. Febrero 2015. Tema libre

10. presentado en la Jornada Internacional sobre la historia clínica electrónica e interoperabilidad en el sector salud.
11. Atienza O. Historia clínica informática única una herramienta en la mejora de los procesos en salud pública. Tesis de maestría. Córdoba, Argentina.2013. 202pp
12. Carnicero J, Chavaría M, Escolar F, Garbayo J, García M, Sánchez M, et al. Informe SEIS De la historia clínica a la historia de la salud electrónica. Primera edición. Pamplona: ONA; 2003. 393
13. Barros F. Presentación de la red Americana de cooperación en salud electrónica. Lima 2015 tema libre presentado en la Jornada Internacional sobre la historia clínica electrónica e interoperabilidad en el sector salud.
14. Torralba V. Estandarización de la historia clínica electrónica [sitio en Internet]. 2004. Disponible en: <http://greco.dit.upm.es/~tomas/cursos/isi/trabajos/2003/vtorralba.pdf>
15. Neubauer A, S Prig linger, Ehrt O. Electronic versus paper-based patie records: a cost-benefit analysis. Ophthalmology 2001; 98: 1083-8.
16. Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J. A systematic review of computer- based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broker approach. Int J Quality. Health Care. 2004; 16: 407-16.
17. Directiva N°003 GCPS –ESSALUD-2010 Procedimientos para la auditoria medica de prestaciones de salud en el seguro social de salud (Essalud)
18. Directiva de gerencia general N°010 -GC- EsSalud 2010. Normas generales de telesalud en el seguro social de salud.
19. Norma técnica de auditoria de la calidad de atención en salud .Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de

20. Calidad en Salud-Lima: Ministerio de Salud, 2005 72P; ILUS NT N° 029SP-V.-MINSA / DGSP-V.01
21. El sistema de historia clínica digital del SNS Instituto de información sanitaria. 2010.
22. La Historia clínica electrónica, confidencialidad y protección de la información. Experiencias en Gestión Sanitaria. 20 de febrero 2008. Santiago de Compostela
23. Implementación de la Historia Clínica Electrónica en los Complejos Hospitalarios Guillermo Kaelin de la Fuente y Alberto Leopoldo Barton Thompson Lunes 23 de febrero. “Jornada internacional sobre la historia clínica electrónica e interoperabilidad en el sector salud” febrero 2015
24. Cubillas A. Experiencia en la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la Clínica Anglo Americana. Febrero de 2015
25. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud del programa Sanidad en Línea. Redes de Consejerías de sanidad de todas las comunidades autónomas. INGESA (Ceuta y Melilla) Ministerio de Sanidad y Consumo
26. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 2002, p.40126-40132.
27. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2003, p.20567-20588.
28. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 2002, p.40126-40132.

**29. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA COMO
HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA**

30. HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT, 2015

31. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1986, p. 15207-15224.
32. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1999, p. 43088-43099.
33. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 2008, p. 4103-4136.
34. Comisión Europea. Libertad, Seguridad y Justicia. Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29. Tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos. Disponible en la URL:http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_es.pdf
35. Etreros, J. Alonso, C. Marco, G. Cabronero, M. Alfaro, M. El sistema de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Accesibilidad y protección de la información como elementos clave. *Derecho y Salud*, 2009; 18(1): 99-110.
36. Atienza O, Cadile I, Onetti L, Barberis G, Gamron S, Onetti C. Registro Médico Electrónico Como Medio Para Un Mejor Análisis De La Información Médica. (2006) MV Comunicación. *Revista Argentina de Reumatología*. Año 16. N 1. 2005
37. Atienza O, Cadile I, Onetti L, Barberis G, Gamron S, Onetti C. Análisis Epidemiológicos De Datos Ingresados En El Sistema De Gestión De Historias

Clínicas Para Artritis Reumatoidea (2005) MV Comunicación. Revista Argentina de Reumatología. Año 16. N 1. 2005.

38. Atienza O, Cadile I, Onetti L, Barberis G, Gamron S, Onetti C. Estudio Comparativo De Datos Epidemiológicos Del Servicio De Reumatología 2005-2006. Procesado Por El Sistema De Gestión De Historias Clínicas (2006) MV Comunicación. Revista Argentina de Reumatología. Año 17. N 1. 2006
39. Alonso J. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. ACIMED, sep.-oct. 2005, vol.11, no.2, p.21-24. ISSN 1024-9435
40. Alonso J. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. ACIMED, sep.-oct. 2010, vol.13, no.5, p.1-1.
41. Bates DW, Gotlieb E, Zapp J, Mullins EM. A proposal for electronic medical records in U.S. Primary Care. J Am Med Inform Assoc 2003; 10(1): 1-10.
42. Gala B. Salud, proposición de un diseño y premisa teórica de una historia clínica computarizada para la atención hospitalaria. Rev Cubana Educ Med Sup 1999;13(1):46-55. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems07199.htm
43. Monteagudo L, Hernández C. Estándares para la historia clínica electrónica [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.seis.es/informes/2003/> [Consultado: 12 de mayo del 2005].
44. Otero J, Otero M. Auditoria de servicios de salud. Generalidades. Disponible en <http://www.gerenciasalud.com/art381.htm>
45. Pastor T, Navarro E, Luis. Diseño del Cuadro de mando integral para un Hospital Público desarrollado en base a modelos de excelencia. España. 2005.

46. Pico JC. Et al. (1998). La historia clínica informatizada apreciaciones sobre su viabilidad. AMA. V 110. N° 2.
47. Alonso M, García de San José S, Díaz L, García J. Valoración de la calidad de las historias clínicas. Gestión Hosp 1996;4:44
48. 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.
49. Shojania K, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. Efectos de los recordatorios en pantalla de computadoras en lugares de atención sobre los procesos y los resultados de la atención. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD001096.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
50. González E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7:37C-46C.
51. García L, Bravo R, Gervás J, Bonís J. Influencia de la informatización de la Atención Primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población. Aten Primaria. 2008; 40 (Supl 1): 11-14.
52. Jamtvedt G, Young J, Kristoffersen D, O'Brien MA, Oxman A. Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd .Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
53. Quesada M, Prat Gil N, Cardús E, Caula J, Masllorens G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización? Aten Primaria. 2001; 27: 83-7.

54. Buitrago RF, Guillén J, Mentía J, Agudo B, García M, Molina L. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud. Rev San Hig Púb. 1991; 65: 421-7.
55. Ortega A, Berriocha C, Sierra L, Ortega M. La historia clínica: herramienta fundamental en atención primaria. Aten Primaria. 1999; 24: 620-1.
56. Puesca P, Dias M. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. 2008-2010. Rev cuerpo med. HNAAA 5(2)2012
57. Matzumura J, Gutierrez H y col. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario peruano japonesa, 2010 - 2011. AN Fac med. 2014;75(3):251-7
58. Bocanegra S; Bocanera G, Alvarado V. Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. Rev. Med. Vallejana Vol 5 N 2 pag115-123
59. Buitrago J, Guillen J. Análisis y evolución de la calidad de las historias clínicas en un centro de salud .Rev San Hig Pub 1988; 34:21- 27
60. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Rev Soc Peru Med Interna 2008; vol 21 (2)

Anexo Nº 01
Historia Clínica Tradicional O Manual



ESALUD

HOSP. I OCTAVIO MONGRUT N.
PACIENTES ATENDIDOS

Fecha: 23/11/2015

Foa. : 1

Proc.: CEXT3700

Hora : 11:15:06

ATENCIONES MEDICAS

LCUCMO

DATOS DE LA ATENCION

CONSULTORIO : CIR2

SERVICIO : CIRUGIA GENERAL

TURNO : MAÑANA de (09 A 12)

FECHA H. : 16/02/2015

NOMBRE DEL MEDICO : HUAMANI HEREDIA JESUS LEO C.M. No. : 25590

HISTORIA CLINICA Nro. 299665 Acto Medico : 5130158

FILIACION DEL ASEGURADO

Fecha de Atencion : 20/02/2015

APELLIDOS Y NOMBRES: RUIZ VALDIVIEZO MIGUEL RA CARNET : 6103291RZVDM003

SEXO : MASCULINO EDAD : 54 Año(s). 07 mese(s), 25 dia(s)

ANAMNESIS :

PACIENTE OPERADO DE HERNIA INGUINAL COMPLICADA LAPAROTOMIA POR OBSTRUCCION INTESTINAL 27/09/14. REFIERE PRESENTAR DOLOR EN AREA DE CIATRIZ OX Y PRESENCIA DE TUMORACION OVOIDEA QUE AUMENTA CON LA MANIOBRA DE VALSALVA

ANTECEDENTES :

OPERADO DE LAPAROTOMIA SET /2014

NIEGA RAM

EXAMEN CLINICO :

ABDOMEN: CICATRIZ INFRAUMBILICAL DONDE SE ENCUENTRA DEFECTO HERNIARIO AMPLIO DE APROX 14 cm QUE AUMENTA A LA MANIOBRA DE VALSALVA

IMPRESION DIAGNOSTICA :

EVENTRACION ABDOMINAL

SS FRE O:

R43.9 HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA Definitivo

RESULTADO: Interconsulta Servicio: A21. 24/02/2015

RESULTADO: Interconsulta Servicio: 881. 25/02/2015

(N/R/C) al Policlí.: Nuevo (N/R/C) al Servicio: Nuevo

EXAMENES AUXILIARES

Examen de Imágenes

EXAMEN DE LABORATORIO

(330921) HEMOGRAMA

Formato de Evaluación de la Calidad del Llenado de la Historia Clínica

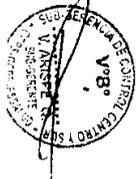
ANEXO 06

FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA CONSULTA AMBULATORIA

RED ASISTENCIAL	
CENTRO ASISTENCIAL	
DEPARTAMENTO	
SERVICIO	
Apellidos y Nombres del Auditor médico	
Fecha de auditoría	
Fecha de la consulta médica auditada	
Apellidos y Nombres del Médico tratante	
Apellidos y Nombres del Paciente	
Número de Historia Clínica	

Consignar: "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

	SI	NO	NO APLICA
A.- FILIACIÓN (Consignados en la consulta inicial)			
Registro del Número de Historia Clínica			
Registro del Número de Seguro Social (Autogenerado)			
Registro del Número de Acto Médico			
Registro de Nombres y apellidos completos			
Registro del Sexo y edad			
Registro de la Fecha de nacimiento			
Registro del Lugar de nacimiento			
Registro del Grado de instrucción			
Registro el Tipo de Seguro			
Registro de la Ocupación			
Registro de la Religión			
Registro de la Raza			
Registro del Estado civil			
Registro del Número de DNI			
Registro del Domicilio actual			
Registro del Lugar de procedencia			
Registro del grupo sanguíneo y RH			
B.- ANTECEDENTES:			
FISIOLÓGICOS: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación, sexualidad.			
INMUNOLÓGICOS: BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS			
PATOLÓGICOS: Incluyendo alergias, medicamentos de uso frecuente			
FAMILIARES: Diabetes mellitus, Hipertension Arterial, cancer: Mama, Cervix, Prostata			
EPIDEMIOLÓGICOS (viajes recientes, contacto con personas enfermas, consumo o contacto con elementos potencialmente tóxicos, crianza de animales domésticos).			
OCUPACIONALES:			
1. CONSULTA MEDICA			
1.1. Subjetivo			
Registra el motivo de la atención			
1.2. Objetivo			
Registro del examen clínico general			
Registro de funciones vitales completas			
1.3. Apreciación			
Registra Diagnóstico, comentarios e interpretación de Exámenes Auxiliares			
1.4. Plan			
Registro del Plan de trabajo y Tratamiento			
2. AYUDA DIAGNÓSTICA/PROCEDIMIENTO			
2.1. Exámenes de Ayuda al Diagnóstico			
Registro de solicitudes de los exámenes auxiliares en la H.C.			
2.2. Interconsultas/Procedimiento			
Registro de solicitudes de interconsultas/procedimientos			
3. DIAGNÓSTICOS			
Consigna el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos con el respectivo CIE 10			
4. TRATAMIENTO			
Prescripción completa del /os medicamento/s (nombre, dosis, frecuencia, vía de administración, medidas higiénico-dietéticas, preventivas)			
5. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE			
1. Letra legible			
2. Orden cronológico de la Historia Clínica (según directiva de historia clínica vigente)			
3. Uso de formatos oficiales correspondientes y no uso de abreviaturas (abreviaturas no reconocidas por la institución)			
4. Sello de la institución y firma del médico asistente			
OBSERVACIONES			
PUNTAJE TOTAL		0	
CALIFICACIÓN		POR MEJORAR	



FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR