



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS
ELABORADAS POR INTERNOS DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES, LAMBAYEQUE 2018**

**PRESENTADA POR
YOEL PEREZ ALTAMIRANO
JACKELINE MILAGROS YAMPUFE CANANI**

**ASESOR
DR. JUAN ALBERTO LEGUÍA CERNA**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ
2020**



**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

**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS POR
INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE
PORRES, LAMBAYEQUE 2018**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

PEREZ ALTAMIRANO, YOEL

YAMPUFE CANANI, JACKELINE MILAGROS

ASESOR

DR. LEGUÍA CERNA, JUAN ALBERTO

CHICLAYO - PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Índice	III
Resumen	4
Abstract	1
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	2
III. RESULTADOS	1
IV. DISCUSIÓN	1
V. CONCLUSIONES	1
VI. RECOMENDACIONES	1
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	1
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivos: Determinar la calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la USMP; Identificar la calidad del registro de historias clínicas según el área rotación. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo transversal; la ejecución del estudio se realizó al finalizar la segunda rotación de los internos, en el Hospital Provincial Docente Belén, Hospital Regional Docente las Mercedes y Hospital Regional de Lambayeque, en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia; Se incluyó un muestreo probabilístico aleatorio simple sin reemplazo y se evaluó 297 historias clínicas. **Resultados:** De las historias clínicas evaluadas, se encontró el 71% por mejorar. Por área de rotación, el servicio de Pediatría califico por mejorar en un 100%, los servicios de Gineco-Obstetricia y Medicina Interna calificaron mayormente por mejorar y el servicio de Cirugía General califico satisfactorio en un 57,1%. Las dimensiones que obtuvieron un mayor porcentaje de calidad como satisfactorio fueron en el tratamiento en un 90,2% y notas de evolución en un 89,2%; solo formatos especiales en un 84,5% califico como deficiente. **Conclusiones:** La calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la USMP calificó por mejorar. La calidad del registro de historias clínicas según el área de rotación, fue mayormente satisfactorio en el servicio de cirugía y por mejorar en el resto de servicios.

Palabras claves: historia clínica; calidad del registro; interno de medicina.

(Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objectives: Determine the quality of the record of medical records prepared by USMP Medical Interns; Identify the quality of the record of clinical histories according to the rotation area. **Materials and Methods:** A quantitative, observational, cross-sectional descriptive research was conducted; the execution of the study is done at the end of the second rotation of the inmates, at the Belén Provincial Teaching Hospital, Las Mercedes Regional Teaching Hospital and Lambayeque Regional Hospital, in the departments of Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics and Obstetrics and Gynecology; A simple randomized probalistic sample without replacement was included and 297 clinical histories were evaluated. **Results:** From the clinical histories evaluated, 71% were found to improve. By area of rotation, the pediatric service qualified to improve by 100%, the services of gynecology-obstetrics and internal medicine qualified mostly for improvement and the general surgery service qualified satisfactory by 57,1%. The dimensions that obtained a higher percentage of quality as Satisfactory were in the treatment in 90,2% and evolution notes in 89,2%; only special formats in 84,5% qualify as deficient. **Conclusions:** The quality of the record of medical records elaborated by Interns of medicine of the USMP qualified to improved. The quality of the record of clinical histories according to the area of rotation was mostly satisfactory in the surgery service and for improving in the rest of the services.

Key words: clinical history; quality of the record; internal medicine. (Source: MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

La evaluación de calidad del registro es una verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la historia clínica. Constituye una de las herramientas para la auditoría de gestión clínica ⁽¹⁾. Se ha considerado que el buen desarrollo de las historias clínicas influye y es un parámetro para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud ⁽²⁾. El acto médico que realiza el profesional tiene como sustento a la historia clínica, la misma que tiene que ser veraz y completa ^(3,4).

Rocano E. (2008; Lima, Perú), en un total de 86 historias clínicas, encontró que el 100% de las historias clínicas (HC) auditadas tenían calificación entre 48 y 64%; los datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la enfermedad actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico ; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC. Concluyendo que las historias clínicas auditadas calificaron como regulares ⁽⁵⁾.

Niquen E. (2012; Trujillo, Perú): en un total de 164 historias clínicas, determino que el 99,4% de las HC eran regulares; el reporte del examen clínico, deficiente en el registro de la somatometría y examen de genitales en más del 50%; en la sección de Anamnesis presento el más alto nivel de calidad de registro de datos (97,4%), en tanto que la anatomía patológica, el más bajo (43,42%) ⁽⁶⁾

Puecas P. et al. (2008-2010; Chiclayo, Perú): De una muestra de 226 historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital de EsSalud de Chiclayo; la mayor proporción de historias de buena calidad por servicio, fue 12,4% al servicio de Obstetricia y mayor proporción de historias de mala calidad al mismo servicio con 30,8% ^{(Matzumura J. et al. (2010-2011; Lima, Perú): Se evaluó 323 historias clínicas de consultorios externos de medicina interna; el 63,8% de las historias tenían una calidad de registro aceptable, mientras que el 36,2% de historias, la calidad del registro falta mejorar ⁽⁸⁾}

La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes. Además, ayuda a la recolección de datos para estudios de investigación, elaboración de estadísticas y sirve de enseñanza para estudiantes y profesionales ⁽⁹⁾

Las competencias clínicas adquieren especial significación y comienzan a desarrollarse al transitar el estudiante por el 3er. año de la carrera, en que recibe los conocimientos de Propedéutica Clínica y Medicina Interna que le permiten desarrollar el conjunto de habilidades necesarias para lograr estas competencias ⁽¹⁰⁾.

En la rotación por el área clínica el estudiante se enfrenta a situaciones de complejidad cada vez mayor, comienza a relacionarse con el proceso salud-enfermedad, interactúa con pacientes enfermos e inevitablemente la orientación del pensamiento científico lo obliga a aplicar los métodos clínico y epidemiológico en la situación de los diferentes problemas de salud reales ⁽¹⁰⁾.

El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica, en vista de que es reconocida la influencia de esta como instrumento para la mejora de los estándares de atención ⁽¹¹⁾, y de tener una función educativa para los profesionales de la salud ⁽¹²⁾.

Este estudio tiene como objetivo determinar la calidad del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres 2018.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación: El tipo de investigación realizado fue de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo transversal.

Diseño muestral: La ejecución del estudio se realizó al finalizar la segunda rotación de los internos, en el Hospital Provincial Docente Belén (HPDB), Hospital Regional Docente las Mercedes (HRDM) y Hospital Regional de Lambayeque (HRL), de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

Criterios de inclusión: fueron todas las historias clínicas de hospitalización elaboradas por internos de la facultad de medicina de la USMP-2018

Criterios de exclusión: las historias clínicas no elegibles o deterioradas.

Población: la distribución de los internos de la USMP por hospital fue de 14 en Hospital Belén, 8 en Mercedes y 5 en Regional, un total de 27 internos. Considerando que el promedio de historias clínicas registradas por cada interno en una semana es de 20 y fueron tomadas en 2 semanas (40): el total de la población sería: $40(27) = 1080$.

Unidad de análisis: Historias clínicas de hospitalización elaboradas por internos de la USMP.

Muestra: Se utilizó Epidat v.4.2, para el cálculo muestral con: proporción esperada de 50%, al no encontrarse antecedentes de registro de historias elaboradas por internos, precisión de 5% y nivel de confianza al 95%. Obteniéndose una muestra de 284 historias clínicas.

Muestreo: Se realizó un muestreo probalístico aleatorio simple sin reemplazo, al finalizar las 2 semanas, dando como resultado 10.51 (11) historias clínicas. Por cada uno de los internos (27), correspondía evaluar 11 historias clínicas que registraran, obteniéndose un total de 297 historias clínicas.

Previa a la evaluación, se realizó una prueba piloto con concordancia kappa de 0,85 comparando la evaluación de historias clínicas por los recolectores de datos y un docente médico internista.

Instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos se denominó ficha de recolección de datos y se basó en la Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de hospitalización propuesta por el Ministerio de Salud (MINSA) en su Norma Técnica (NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02) ⁽¹⁾. Esta ficha consta de dos partes. La primera sobre datos generales, y la segunda se relaciona con las observaciones que el investigador obtiene de la historia clínica en base a diez grandes ítems: anamnesis (consta de 18 subítems, valor subtotal:4,5) , enfermedad actual y antecedentes (consta de 7 subítems, valor subtotal: 10), examen clínico (consta de 4 subítems, valor subtotal: 7), diagnósticos (consta de 3 subítems, valor subtotal: 20), plan de trabajo (consta de 6 subítems, valor subtotal: 19), tratamiento (consta de 7 subítems, valor subtotal: 14), notas de evolución (consta de 8 subítems, valor subtotal: 4), especifica indicaciones de alta (consta de 3 subítems, valor subtotal: 3), atributos de la historia clínica (consta de 5 subítems, valor subtotal: 5) y formatos especiales (consta de 12 subítems, valor subtotal: 7.5). El puntaje máximo esperado es igual a 100. La calidad del registro se considerará satisfactoria si el puntaje máximo esperado es del 90 – 100%, por mejorar si es de 75 – 89% y deficiente si es menos del 75%. Esta Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención propuesta por el MINSA, al ser un documento (Norma Técnica) propuesto para el medio nacional, es considerado un instrumento validado por consenso de expertos y de aplicación práctica.

Una vez recolectado los datos, fueron ingresados a una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2016, para posteriormente ser analizados en el programa SPSS versión 24. Se realizó un análisis descriptivo en donde se halló tablas de distribución de frecuencias relativas y absolutas, y para variables cuantitativas se realizó medidas de tendencia central y de dispersión, la media y desviación estándar. Los resultados fueron presentados en cuadros de entrada simple y gráficos pertinentes. El departamento de desarrollo de la Investigación Básica - Clínica de la Dirección de Investigación del Hospital Regional de Lambayeque, consideró la factibilidad del área involucrada y el no tener implicancias éticas. La información recogida es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Se contó con los

permisos de las instituciones de salud designadas para poder realizar la investigación.

III. RESULTADOS

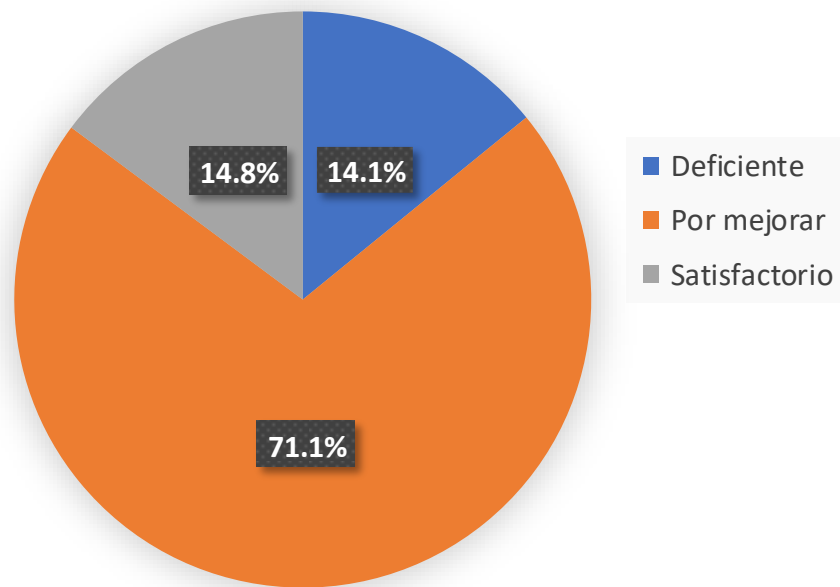


Gráfico 1: Calidad Global del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP. HPDB, HRL y HRDM. Lambayeque -2018.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP. Según sexo, área de rotación y hospital. Lambayeque - 2018.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Femenino	154	51,9
Masculino	143	48,1
Área rotación		
Cirugía general	77	25,9
Gineco-obstetricia	33	11,1
Medicina interna	110	37,0
Pediatria	77	25,9
Hospital		
HPDB	154	51,9
HRDM	88	29,6
HRL	55	18,5

HPDB: Hospital Provincial Docente Belén

HRDM: Hospital Regional Docente las Mercedes

HRL: Hospital Regional de Lambayeque

Tabla 2: Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP, según características sociodemográficas. Lambayeque - 2018.

Características demográficas	Calidad del registro			P
	Deficiente n(%)	Por mejorar n(%)	Satisfactorio n(%)	
Sexo				0,001
	Femenino	23(14,9%)	120(77,9%)	11(7,1%)
	Masculino	19(13,3%)	91(63,6%)	33(23,1%)
Área rotación				<0,05
	Cirugía	19(24,7%)	14(18,2%)	44(57,1%)
	Ginecología	1(3,0%)	32(97,0%)	-
	Medicina interna	22(20,0%)	88(80,0%)	-
	Pediatría	-	77(100,0%)	-
Hospital				<0,05
	BELEN	-	110(71,4%)	44(28,6%)
	HRDM	27(30,7%)	61(69,3%)	-
	HRL	15(27,3%)	40(72,7%)	-

En la tabla 2, se observa que la calidad del registro de historias clínicas tanto en varones (77,9%) como en mujeres (63,6%) calificó en su mayoría por mejorar. Según el área de rotación la calidad del registro de historias clínicas fue mayormente satisfactorio en el servicio de cirugía (57,1%) y por mejorar en el resto de servicios, entre tanto la calidad del registro de historias clínicas según el hospital resultó por mejorar en los tres hospitales.

Tabla 3: Puntaje del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP, según características sociodemográficas. Lambayeque - 2018.

Características demográficas		Media± Desv. Estándar	p
Sexo	Femenino	77,5 ± (7,37)	0,405*
	Masculino	78,3 ± (8,24)	
Área rotación	Cirugía	80,7 ± (11,56)	0,01**
	Ginecología	75,3 ± (2,8)	
	Medicina interna	76,1 ± (8,58)	
	Pediatría	78,9 ± (2,77)	
Hospital	BELEN	83,4 ± (4,38)	<0,01**
	HRDM	71,8 ± (6,67)	
	HRL	71,8 ± (7,85)	

* T-STUDENT

**ANOVA

Según la tabla 3, el valor p, en dos de las tres características: área de rotación y hospital, demostró que, existe diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes hospitales y áreas de rotación, sin embargo, no se encontró dicha diferencia entre los participantes de diferente género para el llenado adecuado de las historias clínicas por parte de los internos de la USMP.

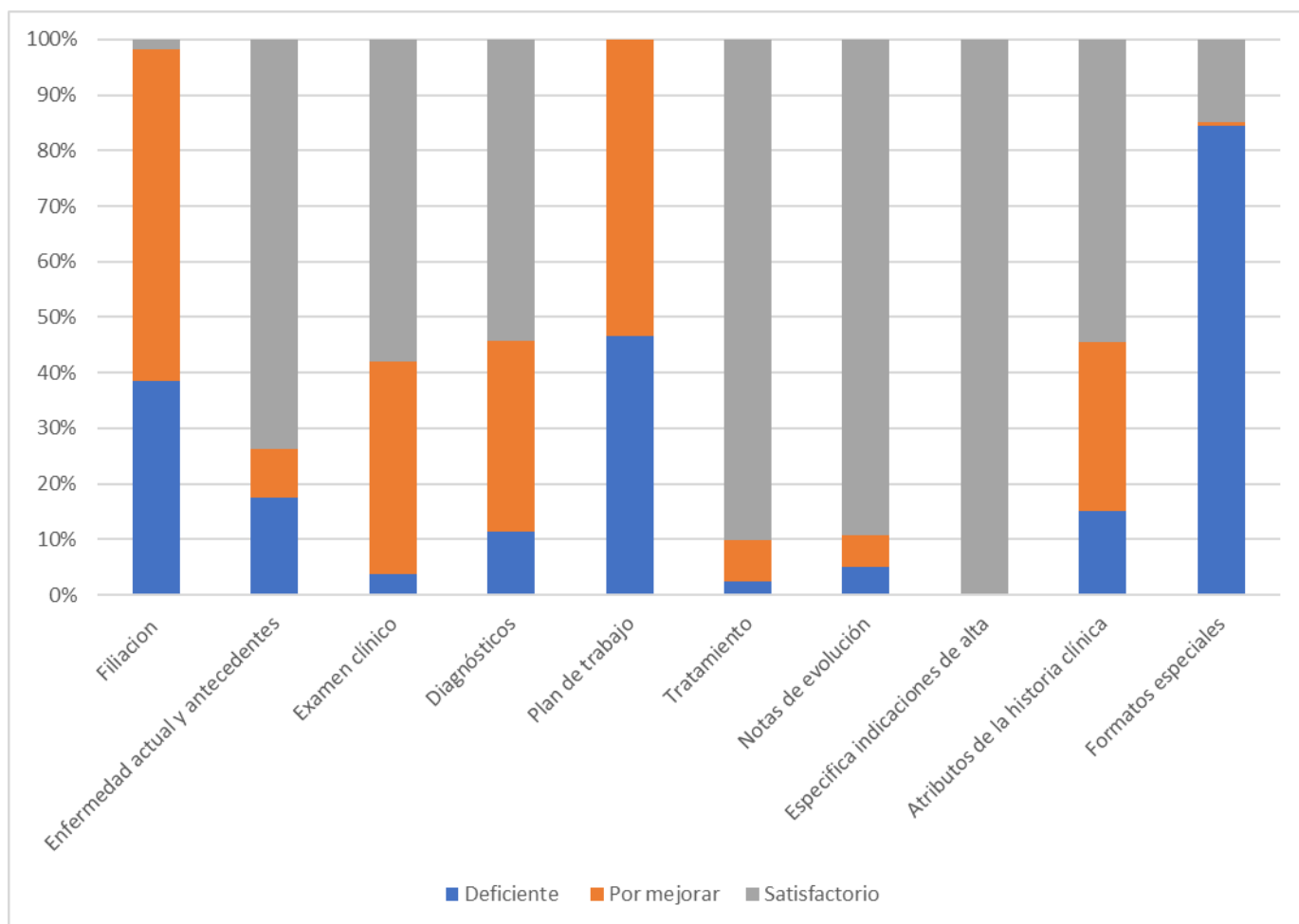


Gráfico 2: Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP, según dimensiones de la ficha de recolección de datos. HPDB, HRL y HRDM. Lambayeque -2018.

Según las dimensiones de la ficha de recolección de datos, las dimensiones que obtuvieron un mayor porcentaje de calidad como satisfactorio fueron en indicaciones de alta 297(100%), tratamiento 268(90,2%) y notas de evolución 265(89,2%). Resultando, el único caso, de calidad como deficiente los formatos especiales 251(84,5%).

Tabla 4: Puntaje del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP, según dimensiones de la ficha de Recolección de datos. HPDB, HRL y HRDM. Lambayeque -2018.

Dimensiones	Estadística
Filiación	Media (D. Estándar) 3,43± (0,57)
Enfermedad actual y antecedentes	Media (D. Estándar) 9,01± (1,79)
Examen clínico	Media (D. Estándar) 6,52± (0,65)
Diagnósticos	Media (D. Estándar) 17,37± (3,55)
Plan de trabajo	Media (D. Estándar) 13,99± (2,48)
Tratamiento	Media (D. Estándar) 13,74± (0,86)
Notas de evolución	Media (D. Estándar) 3,91± (0,27)
Específica indicaciones de alta	Media (D. Estándar) 3,0± (0,0)
Atributos de la historia clínica	Media (D. Estándar) 4,31± (0,96)
Formatos especiales	Media (D. Estándar) 2,56± (2,4)

IV. DISCUSIÓN

Los resultados, referidos a la Calidad del correcto llenado de historias clínicas, elaboradas por internos de la USMP, demuestran que la mayoría de las historias clínicas tienen una Calidad de llenado por mejorar (gráfico 1); similar al resultado obtenido por Zafra J. et al ⁽¹³⁾, en un estudio de historias clínicas de un Centro de Salud del Callao, y con Niquén E ⁽⁶⁾, de la evaluación de historias clínicas elaboradas por internos del Hospital Regional Docente de Trujillo. Además, concuerda con el estudio de Guevara C y La Serna P ⁽¹⁴⁾. de historias clínicas de una Clínica de Chiclayo, que calificaron el llenado como regular; debemos tener en cuenta, como diferencias, que en los dos últimos estudios mencionados el instrumento con el cual se realizó la recolección de datos, si bien se basó en la NTS del MINSA, utilizó una escala de porcentajes diferente para la medición de calidad.

Contrario a nuestro resultado fue el obtenido por Narváez E. ⁽¹⁵⁾ de las historias clínicas del servicio de Hospitalización, del Hospital General de Jaén, donde se observó una Calidad de llenado aceptable; esta distinción se podría explicar principalmente porque, en este estudio, no se evaluó el registro de historias elaboradas por los internos sino por la institución sanitaria a modo general.

Asimismo, nuestro hallazgo de la calidad del registro de historias clínicas por mejorar también resultó contrario al estudio de Quispe C. et al ⁽¹⁶⁾, de historias clínicas de un Hospital del Sur de Perú, que se caracterizó por un registro aceptable, la variante con relación a este estudio se expone porque, la ficha de recolección de datos que se utilizó, en ese caso, aunque fue una adaptación de la NTS del MINSA se basó en un estudio previo en España. Según el estudio de Díaz C. ⁽¹⁷⁾, Errores en el registro de información en un hospital de alta complejidad, también se podrían explicar estas diferencias por registros que pueden alterar la calidad de la información para elaborar el perfil de morbilidad, como la concordancia del código registrado en historia clínica, registro de los códigos Z00-Z99, uso de códigos R00-R99 para síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y uso de códigos adicionales como diagnósticos principales.

Del mismo modo en contraposición Matzumura J. et al ⁽⁸⁾, concluyó que más de la mitad de las historias clínicas cumplieron con una calidad de registro aceptable,

aunque se debe tener en cuenta que las historias evaluadas fueron tomadas de consultorio externo y no de hospitalización como en nuestro estudio.

Contrario a nuestros resultados, Reyes A. et al ⁽¹⁸⁾, evaluó historias de pacientes ingresados por cardiopatía isquémica, resultando 78,5% de las HC disponen de suficientes datos, sin embargo, cómo se concluye en este mismo estudio, las diferencias entre hospitales son importantes y deben tenerse en consideración antes de realizarse estudios sobre calidad clínica.

Por lo demás los resultados hallados por Pinto F.⁽¹⁹⁾ de un estudio de comparación del cumplimiento de estándares de calidad de historias clínicas entre los Hospitales Goyeneche y Yanahuara de Arequipa, contrastaron con nuestros resultados en lo referente, a los obtenidos, del Hospital Goyeneche, que calificaron el llenado de historias con calidad satisfactoria, y fueron similares en cuanto, a las historias clínicas del Hospital Yanahuara donde más de la mitad calificaron con un llenado incompleto.

Al evaluar el llenado de las historias clínicas, según el sexo de los internos, se observó, que, tanto en varones como mujeres, más de la mitad de su registro, de historias clínicas, obtuvieron una calidad de llenado por mejorar, siendo ligeramente mayor en las internas (tabla 2).

De acuerdo al hospital en que se encontraban realizando el internado, se observó que la calidad del llenado de historias clínicas en los tres hospitales resulto por mejorar (tabla 2).

Por otro lado, según el área de rotación de los internos, un poco más de la mitad de las historias clínicas registradas, en el servicio de Cirugía General, se reportó con una calidad de llenado satisfactoria (tabla 2), y en los tres servicios restantes se reflejó un llenado por mejorar, contrario al resultado de Narváez E. ⁽¹⁵⁾ donde Medicina Interna fue la mejor en cuanto al llenado aceptable y en Gineco-Obstetricia el más deficiente.

En cuanto a lo correspondiente a las dimensiones, de la ficha de recolección de datos, el tratamiento y notas de evolución son los que obtuvieron mayor calidad como satisfactorio (gráfico 2), similar con lo obtenido por Quispe C. ⁽¹⁶⁾ quien halló estos ítems como aceptable; mientras que, solo concuerda con un ítem (notas de

evolución), del estudio realizado por Pinto F. ⁽¹⁹⁾ (Hospital Goyeneche – Arequipa), que observó un llenado completo en más de la mitad. En contraposición los resultados obtenidos por los estudios de Matzumura J. et al ⁽⁸⁾, Guevara C y La Serna P ⁽¹⁴⁾, y el de Pinto F. ⁽¹⁹⁾ (Hospital Yanahuara-Arequipa) reflejaron estos tres ítems con calidad deficiente.

De igual manera difieren con los resultados del estudio de Romero A, donde arrojaron que los datos cumplidos con mayor frecuencia fueron: legible, fecha, hora, apreciación subjetiva, apreciación objetiva y plan de trabajo, sin embargo, hay que tener en cuenta que en dicho estudio solo se evaluó la evolución y epicrisis de los internos y se utilizó otro tipo de ficha de recolección de datos centrada en esos ítems. ⁽²⁰⁾

En nuestro estudio el único caso, de calidad como deficiente fue el llenado de los formatos especiales (gráfico 2), en contraste con lo obtenido por Rocano E⁽⁵⁾, en el cual, el llenado de datos de filiación fue el más deficiente en casi la totalidad de las historias clínicas; la diferencia entre ambos recae en que las historias clínicas evaluadas por dicho estudio provenían del servicio de emergencia, la falta de apoyo logístico, el ambiente inadecuado para el interrogatorio y, muchas veces, la información familiar insuficiente, se convierte en factores importantes para las deficiencias de registro de información. De igual manera Reyes A. et al ⁽¹⁸⁾ concluye que existe un déficit de datos en las historias de los pacientes procedentes del ámbito rural y el déficit de información se asocia a las historias de los pacientes con menor comorbilidad.

No tan alejado a nuestros resultados donde los atributos de la historia clínica (pulcritud, legibilidad, firma y sello, orden de las hojas), calificaron como satisfactorio en apenas la mitad (gráfico 2), el estudio de Zafra J. et ⁽¹³⁾ obtuvo un gran número de historias que no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden. En contraposición, Pinto F. ⁽¹⁹⁾ (hospital Yanahuara-Arequipa) determinó que, en casi la totalidad de historias clínicas el llenado era completo en cuanto a estos ítems.

Si bien en los hospitales del MINSA el llenado de historias clínicas recae mayoritariamente en el interno de medicina, la limitación del estudio estaría en que los ítems de: plan de trabajo, tratamiento e indicaciones de alta se encuentran

a cargo del médico, y no netamente por el interno, por lo que estos ítems podrían producir variabilidad de los resultados.

Debemos considerar que nuestra investigación tuvo limitaciones según el diseño establecido y el tiempo para el registro y análisis de los datos, así como en la presentación de nuestros resultados, los cuales se basaron estrictamente en los objetivos planteados.

También se debe tener en cuenta que la nueva norma técnica 2018, podría cambiar el sistema de puntuación, ya que encontramos que algunos ítems se han agregado y se encuentra de manera más detallada.

Hay que considerar que el estudio se limita solo auditoría de historias clínicas manuales y no de tipo electrónica.

V. CONCLUSIONES

1. La calidad del registro de historias clínicas elaboradas por Internos de medicina de la USMP calificó Por mejorar.
2. Se determinó que la calidad del registro de historias clínicas por sexo calificó Por mejorar.
3. La calidad del registro de historias clínicas según el área de rotación fue mayormente Satisfactorio en el servicio de cirugía y Por mejorar en el resto de los servicios.
4. La calidad del registro de historias clínicas según el hospital fue Por mejorar en los tres hospitales.

VI. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el estudio se realice haciendo una comparación entre los internos provenientes de todas las universidades de Lambayeque, realizarles un seguimiento y toma de datos en diferentes tiempos.
- Asimismo, exhortamos a una mejor consolidación del llenado de historias clínicas durante las estancias y rotaciones del ciclo clínico, y la necesidad de potenciar su perfeccionamiento durante la educación clínica.
- Sería necesario estudios que incluyan tanto estudiantes de medicina del área clínica como a internos aplicando un instrumento, adaptado especialmente, para la evaluación de sus habilidades en el llenado de historias clínicas.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud-Lima: Ministerio de Salud 2016 [Internet] 2016 [citado 05 de Enero 2020]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/2017/AUDITORIA_v02_2016.pdf
2. Kasano J, Crespo H, Salas J, Carrasco G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. Revistas de investigación UNMSM [revista en Internet] 2014 [citado 05 de Enero 2020]; 75(3):251-7. Disponible en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9781>
3. Rodríguez L, Río L, Parra M, Moreno J, Rodríguez L. et al. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. Revista Cuidarte [revista en Internet] 2016 [citado 05 de Enero 2020]; 7(1):1195-203. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732016000100007
4. Manrique JA, Manrique JE, Chávez B, Manrique C. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Revista Estomatológica Herediana [revista en Internet] 2014 [citado 05 de Enero 2020]; 24(1):17. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2111/2101>
5. 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 Perú Med Interna [revista en Internet] 2008 [citado 05 de Enero 2020]; 21(2):51-54. Disponible en: http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_21_2_2008/01.pdf
6. Niquen E. Nivel de Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo 2012. Repositorio Institucional UNITRU [revista en Internet] 2013 [citado 05 de Enero 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/299?show=full>

7. Puescas P, Díaz M, Díaz C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. Rev Dialnet [revista en Internet] 2012 [citado 05 de Enero 2020]; 5(2):5-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4030561>
8. Matzumura J, Gutiérrez H, Sotomayor J , Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An. Fac. med. [revista en Internet] 2014 [citado 05 de Enero 2020]; 75(3):251-257. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000300007
9. Chero D, Cabanillas A, Fernández J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. Elsevier [revista en Internet] 2016 [citado 05 de Enero 2020]; 32: 115-116. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
10. Gómez O, Segredo A, Hernández L. Evaluación de habilidades clínicas en estudiantes del Nuevo Programa Formación de Médicos. EducMedSuper [revista en Internet] 2011 [citado 05 de Enero 2020]; 25(4):486-495. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400009&lng=es.
11. Lazcano J, Sigarroa E, Torres J, Silva S, Cherrit G. Auditoria médica. Med Int Mex. [revista en Internet] 2009 [citado 05 de Enero 2020]; 25(1):23-30. Disponible en: https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55685&id_seccion=1480&id_ejemplar=5637&id_revista=47
12. Etcheverry G, Dominguez M, Espósito N, Mayon P, Morales M. et al. Auditoria clínica: una herramienta para el seguimiento de errores preanalíticos en el laboratorio. Acta Bioquim Clim Latinoam. [revista en Internet] 2007 [citado 05 de Enero 2020]; 41(1):51-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/535/53541107.pdf>
13. Zafra J, Veramendi L, Villa N, Zapata M. Calidad de registro en historias clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú 2013. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [revista en Internet] 2013 [citado 05 de Enero 2020]; 30(4): 714 728. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400032

14. Guevara C, La Serna P. Calidad del Registro de las Historias Clínicas en una Clínica de la Ciudad de Chiclayo - Perú, 2016. Revista Científica Salud & Vida Sipanense. [revista en Internet] 2017 [citado 05 de Enero 2020]; 4(2). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/701>
15. Narvaez E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén 2014. Repositorio UPAO [revista en Internet] 2015 [citado 05 de Enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1733?mode=full>
16. Quispe C, Navarro R, Velásquez L, Pinto F, Olivares E. Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. Scielo.org.pe. [revista en Internet] 2016 [citado 05 de Enero 2020]; 16(4):48-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400008
17. Díaz C. Errores en el registro de información en un hospital de alta complejidad. Elsevier [revista en Internet] 2019 [citado 05 de Enero 2020]; 34: 219-220 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919300314>
18. Reyes A, Palma A, Montero G, Rojas M, Pérez M. et al. La historia clínica en la evaluación de la calidad asistencial de la cardiopatía isquémica: ¿es una fuente de información válida? Elsevier [revista en Internet] 2001 [citado 05 de Enero 2020]; 201(10), 563-567. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256501709149?via%3Dihub>
19. Pinto F. Comparación del cumplimiento de estándares de calidad entre un hospital del ministerio de salud y un hospital de la seguridad social. Arequipa 2018. Repositorio Institucional UNSA [revista en Internet] 2018 [citado 05 de Enero 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5579>
20. Romero A. Calidad de la historia clínica en la evolución y epicrisis en internos de medicina de dos hospitales - provincia de Chiclayo, período agosto a noviembre, 2016. Repositorio académico USMP [revista en Internet] 2018 [citado 05 de Enero 2020]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3201/3/romero_pal.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Formato de evaluación e Instructivo

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA					
NÚMERO DE AUDITORIA					
FECHA DE AUDITORIA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN					
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de Instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de Inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	6	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	6	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				

ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA		COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta		1			0	
Medicamentos prescritos		1			0	
Cuidados generales e Indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa		1			0	
SUBTOTAL		3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA		COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante		1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica		1			0	
Pulcritud		1			0	
Legibilidad		1			0	
No uso de abreviaturas		1			0	
SUBTOTAL		5				
FORMATOS ESPECIALES		COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de Interconsulta		0.5			0	NA
Formato de orden de Intervención quirúrgica		0.5			0	NA
Reporte operatorio		0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica		0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía		1			0	NA
Hoja de anestesia		0.5			0	NA
Hoja post anestésica		0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes		0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica		0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado		1			0	NA
Formato de retiro voluntario		0.5			0	NA
Epicrisis		1			0	NA
SUBTOTAL		7.5				
TOTAL		100				
CALIFICACIÓN						
SATISFACTORIO		90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR		75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE		<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
III.- NO CONFORMIDAD						
IV.- CONCLUSION						
V.- RECOMENDACIONES						

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de ellos auditores
NUMERO DE AUDITORIA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORIA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	Fecha de la atención
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y síntomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran ellos datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta No existe: No se registra el dato.
FORMA DE INICIO	Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clínica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se registra ningún dato.
ANTECEDENTES	Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos: personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), (la PA en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse. No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma Incompleta.
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. No existe: No se registran los datos o se registran de forma Incompleta.
EXAMEN CLÍNICO GENERAL	Completo: Se registran este dato estado de gravedad, fascies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos. No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma Incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma Incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total. Incompleto: se registran en forma parcial. No existen: No se registran
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra

CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código Internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: Se registra el CIE 10 en forma parcial los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA(LABORATORIO)	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de patología clínica.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes.
INTERCONSULTAS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica. Completas: cuando se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. En exceso: se solicitan además de las pertinentes, otras no concordantes. No existen: no se solicitan interconsultas.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros no concordantes. No existen: no se solicitan.
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y con la Guía de Práctica Clínica. Se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). Incompleto: Se prescribe el tratamiento de manera parcial y/o no se registran en su totalidad los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existe: No se registra los ítems señalados o no es coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Completas: Se registran todos los ítems señalados en la ficha de auditoría (8) y consigna funciones vitales e información sobre procedimientos realizados. Incompletas: Se registran de forma parcial los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existen: No se registran los datos señalados o no son concordantes con el caso.
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA *	Completa: Cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación correspondiente. No existe: No cuenta con los ítems señalados o no se encuentran correctamente llenados.
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Completo: Se registran los datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (Alta, observación, hospitalización, Morgue) y cuenta con epícrisis. No existe: No se registran los datos señalados.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Completo: la Historia Clínica cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No existe: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
FORMATOS ESPECIALES	Se evaluarán los formatos especiales y se otorgará el puntaje correspondiente a completo, si los formatos se encuentran correctamente llenados.
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará las fichas de evaluación correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejor o satisfactorio".	
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMES CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMES Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA. Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Anexo 2. Constancia de aprobación de comité de ética

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
UNIDAD EJECUTORA 403 HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HRL

Id seguridad: 3120741

Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional

Chiclayo 17 julio 2018

OFICIO 000035-2018-GR.LAMB/HRL-CE [2895641 - 1]

HEBER SILVA DIAZ
DIRECTOR DE INVESTIGACION
DIRECCION DE INVESTIGACION HRL - UE 403 HRL

ASUNTO: SOLICITA ACREDITACIÓN DE NO TENER IMPLICANCIAS ÉTICAS A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA: OFICIO 000034-GR.LAMB/GERESA/HRL-DDIB [2895641-0]

Sirva la presente para saludarlo y a la vez comunicarle que recibido el documento de referencia, el Comité de Ética en Investigación ha realizado de manera expedita y conjunta con el Departamento de Investigación Básica Clínica, la revisión de la relación de proyectos adjunta.

En este sentido, el Comité de Ética manifiesta lo siguiente:

- Los proyectos citados en la relación adjunta, no pasaron revisión ante el Comité de Ética en pleno, pues no se consideran con Implicancia Ética Mayor, dado que no involucran en su desarrollo la participación de Niños, Pacientes ni Personas Vulnerables, ni el uso de instrumentos y prácticas que causen algún daño o perjuicio a sus participantes.
- Cabe mencionar que en su momento y previa a la ejecución de sus proyectos, todos los autores de firman una declaración jurada de confidencialidad y reserva de información. Comprometiéndose a guardar los criterios éticos que amerite cada investigación.

Se hace de su conocimiento que, el Comité de Ética en Investigación se rige bajo las normas de Buenas Prácticas Clínica y las normas internacionales/nacionales de protección a los Derechos Humanos y guías de procedimiento que gobiernan este comité.

Se adjunta la relación de proyectos revisada, debidamente sellada y firmada por Comité de Ética.

Es propicia la oportunidad para expresarle mi consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente
EMMA VANESA ARRIAGA DEZA
PRESIDENTE
17-07-2018 / 11:55:02



10:00 am
18/07/18

N°	Código	Apellido Paterno	Nombre	Fecha de registro	Fecha de aprobación metodológica	Fecha de aprobación ética	Título de la Investigación
1	0221-026-16	RODRIGUEZ	NESTOR	16/04/16	04/11/16	-	Comparación del Manejo Fisioterapéutico de la cervicalgia en los Hospitales Regional Lambayeque y Luis Heysen Inchaustegui, Ch
2	0221-053-16	DAVILA	DIEGO	19/09/16	04/11/16	-	Presencia de los componentes recomendados por las guías de práctica clínica en historias clínicas de pacientes con nefropatía dia
3	0221-054-16	NUÑEZ	DIANA	19/09/16	09/12/16	-	Tiempos de atención y características de los pacientes que acuden a medicina interna del área de emergencia del Hospital Region
4	0321-055-16	MARIN	PEDRO	19/09/16	15/11/16	-	Factores asociados a hospitalización prolongada en el servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel de Lambayeque
6	0212-058-16	ABARCA	MARÍA	03/10/16	27/01/16	-	Asistencia Médica en la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque en diciembre del año 2016
7	0222-060-16	BENITES	CLAUDIA	03/10/16	04/11/16	-	Frecuencia de Adherencia a la Guía Nacional de Atención de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el servicio de emergencia
8	0212-061-16	MALCA	LUCERO	12/10/16	23/11/16	-	Características de la gestión de los proyectos de Investigación de la Dirección de Investigación del Hospital Regional Lambayeque
10	0221-070-16	SAMILLAN	RAUL	29/11/16	14/11/17	-	Porcentaje de acierto entre el tratamiento empírico y resultado de antibiograma en pacientes con infección de tracto urinario de
11	0211-007-17	ANGULO	SEGUNDO	23/01/17	30/03/17	-	Diseño de un sistema de transferencia automática de energía eléctrica con monitoreo de parámetros eléctricos para el grupo ele
12	0221-0106-17	TARRILLO	MIGUEL	17/04/17	14/11/17	-	Estudio ambispectivo de la etiología y perfil de susceptibilidad bacteriana en muestras del tracto respiratorio inferior, Hospital Re
13	0211-043-17	SALGADO	FLOR	29/05/17	13/12/17	-	Riesgos ocupacionales en el profesional de enfermería de la unidad de hemodiálisis del hospital regional Lambayeque. Chiclayo
14	0211-053-17	PUYEN	VICENTE	17/07/17	14/11/17	-	Modelo de gestión de riesgos basados en la norma ISO/IEC 27005 y metodología MAGERIT para mejorar la gestión de la seguridad
15	0211-076-17	VILLALOBOS	DANIEL	29/07/17	14/11/17	-	Calidad de llenado de certificado de defunción en Hospital Regional Lambayeque y Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo
16	0221-079-17	RAMIREZ	AMADO	13/10/17	02/07/18	-	Factores de riesgo de las complicaciones infecciosas en pacientes pos operados de cirugía abdominal del Hospital Regional Lamb
17	0224-081-17	GARCÍA	FELIX	18/10/17	17/11/17	-	Saturación en el servicio de emergencias del Hospital Regional Lambayeque, noviembre 2017
18	0211-085-17	YAMPUFE	JACKELINE	24/10/17	13/12/17	-	Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la universidad de San Martín de Porres
19	0321-086-17	TELLO	RICARDO	31/10/17	14/12/17	-	Giardiasis asociada a gastroparesia en pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital Regional Lambayeque
20	0211-097-17	GOMEZ	EDU	06/12/17	10/01/18	-	Estimación de costos directos por infección urinaria intrahospitalaria en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Lam
21	0321-100-17	BARTUREN	KRISTEL	12/12/17	02/02/18	-	Factores pronóstico de evolución de preeclampsia leve a preeclampsia con criterios de severidad
22	0211-103-17	FUENTES	CARLA	12/12/17	28/02/18	-	Factores asociados al estudio de las prioridades nacionales de investigación en salud en los proyectos de tesis de internos de me
23	0221-105-17	FACHO	JAIME	15/12/17	20/03/18	-	Frecuencia y características clínico-laboratoriales de pancreatitis aguda post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en
24	0221-106-17	CORONEL	KAROLEN	15/12/17	02/02/18	-	Complicaciones posoperatorias en pacientes con cáncer gástrico intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional Lambaye
25	0811-008-18	PERLECHE	ESTEFHANY	09/01/18	15/02/18	-	Prácticas de autocuidado en los profesionales de enfermería de un hospital del MINSA-Chiclayo 2017
	0221-010-18	PERALTA	EDISON	11/01/18	15/02/18	-	Características Clínico Epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos en pacientes con accidentes de tránsito atendidos
	111-18	CUBAS	JAMES	18/01/18	26/02/18	-	Estrategia de gestión administrativa para cumplir plazos de los procedimientos de selección en el Hospital Regional Lambayeque





GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
Gerencia Regional de Salud
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES"
CHICLAYO



N° 620/17

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente "Las Mercedes", autoriza a:

JACKELINE MILAGROS YAMPUFE CANANI
YOEL PÉREZ ALTAMIRANO

Para realizar el Proyecto de Tesis titulado: "CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS ELABORADAS POR INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, LAMBAYEQUE 2018", el cual se ejecutará en los:

**DEPARTAMENTOS DE CIRUGÍA, MEDICINA,
GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA**

Durante el mes de Enero – Marzo 2018.

Chiclayo, Diciembre del 2017

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES" - CHICLAYO

Mg. *Medina Saldana*
C.E.P. 21773
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



"Año del buen servicio al ciudadano"

Chiclayo, 13 de diciembre del 2017

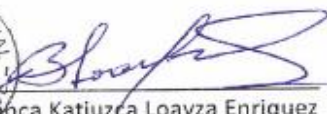
CONSTANCIA DE APROBACIÓN

El Departamento de Desarrollo de la Investigación Básica - Clínica de la Dirección de Investigación del Hospital Regional Lambayeque; después de considerar la factibilidad del área involucrada, de no tener implicancias éticas y de contar con la aprobación metodológica de la universidad de procedencia del Proyecto de Investigación titulado: "Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la universidad San Martín de Porres, Lambayeque 2018", presentado por:

- Yoel Pérez Altamirano
- Jackeline Milagros Yampufe Canini

Y que, habiendo cumplido con los requisitos emite una Constancia de Conformidad de Aprobación para la ejecución del mismo en área/departamento/servicio: **Dirección de Docencia, Departamento de Emergencias y Áreas Críticas, Departamento de Áreas Quirúrgicas, Departamento de Áreas Clínicas.** Durante el periodo **15 de diciembre 2017 hasta 15 de febrero del 2018.**




M^{ra}. Blanca Katiuzca Loayza Enriquez
Jefe del Departamento del Desarrollo
de la Investigación Básica – Clínica



HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LAMBAYEQUE

“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

Reg N° 20- PI- 2018

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “BELÉN”
DE LAMBAYEQUE.

HACE CONSTAR:

Que, los estudiantes **JACKELINE MILAGROS YAMPUFE CANANI** y **YOEL PÉREZ ALTAMIRANO**, estudiantes de la Universidad San Martín de Porres – Filial Norte, han sido aceptados para recolectar información para realizar su proyecto de investigación, denominado: **“CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS ELABORADAS POR LOS INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, LAMBAYEQUE”**.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estimen conveniente.

Lambayeque, 15 de Marzo del 2018



EVB/mjm
DHPDBL/UADI
C.c. Archivo
Expediente: 2765320-0



“SALUD NUEVA ACTITUD”
Av. RAMON CASTILLA N.º 597- TELEFAX. 283481