

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA
GARCILASO DE LA VEGA, EN EL AÑO 2017**

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE CIRUJANO- DENTISTA**

PRESENTADO POR EL:

Bach. Luis Alberto, TREJO MENA

Lima - Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:

CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA
GARCILASO DE LA VEGA, EN EL AÑO 2017

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Mg. Edgar Tomar Aranibar del Carpio	Presidente
Mg. Sara Maturana Morante	Secretario
Mg. Carlos Temoche Rosales	Vocal

A Dios por haberme permitido lograr mis objetivos y haberme dado salud.

A mis Padres por haberme apoyado en todo momento, por su amor, por sus consejos, sus valores y por la motivación que me ha permitido llegar hasta este punto.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis agradecimientos a Dios, que me ha dado la vida y la salud, así como la oportunidad de disfrutar y compartir con mi familia este y muchos logros más adelante, que fue importante para desarrollar mi tesis.

A mis Padres por haberme apoyado en todo momento, por su amor, por sus consejos, sus valores y por la motivación que me ha permitido llegar hasta este punto, de elaborar la presente investigación.

Mi agradecimiento al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por la supervisión de la tesis que la hizo en forma desinteresada, con mucha voluntad, profesionalismo y conocimientos que tiene sobre investigación, para lograr la culminación del estudio.

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron para el desarrollo del estudio.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Historia Clínica	1
1.1.2 Calidad	42
1.1.3 Universidad	46
1.1.4 Odontograma	47
1.1.5 Norma Técnica de Salud para el uso del Odontograma	49
1.2 Investigaciones	66
1.3 Marco Conceptual	70

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	73
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	73
2.1.2 Definición del problema	75
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	77
2.2.1 Finalidad	77

2.2.2	Objetivo General y Específicos	77
2.2.3	Delimitación del estudio	79
2.2.4	Justificación e importancia del estudio	80
2.3	Variables e Indicadores	81
2.3.1	Variables	81
2.3.2	Indicadores	81
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO		
3.1	Población y Muestra	84
3.1.1	Población	84
3.1.2	Muestra	84
3.2	Diseño a utilizar en el Estudio	85
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	86
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	86
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	86
3.4	Procesamiento de Datos	90
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1	Presentación de los Resultados	91
4.2	Discusión de los Resultados	103
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	110
5.2	Recomendaciones	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		116
ANEXOS		120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Calidad de los Registros en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	92
N° 02	Calidad de los Registros de Anamnesis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	93
N° 03	Calidad de los Registros del Examen Clínico General de las Historias en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	94
N° 04	Calidad de los Registros del Examen Clínico Estomatológico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	95
N° 05	Calidad de los Registros en los Exámenes Complementarios en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	96
N° 06	Calidad de los Registros del Diagnóstico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	97
N° 07	Calidad de los Registros del Pronóstico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	98
N° 08	Calidad de los Registros del Plan de Tratamiento en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	99
N° 09	Calidad de los Registros de la Evolución en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	100
N° 10	Calidad de los Registros del Odontograma Final en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	101
N°11	Calidad de los Registros de la Alta y/o Epicrisis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
N° 01	Calidad de los Registros en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	92
N° 02	Calidad de los Registros de Anamnesis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	93
N° 03	Calidad de los Registros del Examen Clínico General de las Historias en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	94
N° 04	Calidad de los Registros del Examen Clínico Estomatológico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	95
N° 05	Calidad de los Registros en los Exámenes Complementarios en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	96
N° 06	Calidad de los Registros del Diagnóstico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	97
N° 07	Calidad de los Registros del Pronóstico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	98
N° 08	Calidad de los Registros del Plan de Tratamiento en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	99
N° 09	Calidad de los Registros de la Evolución en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	100
N° 10	Calidad de los Registros del Odontograma Final en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	101
N°11	Calidad de los Registros de la Alta y/o Epicrisis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017	102

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de los registros en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017. Se realizó una investigación de tipo descriptiva, prospectiva, de corte transversal. El instrumento fue una ficha de recolección de datos verificada y basada en la Norma Técnica para la Gestión de la Historia clínica. La muestra fue de 446 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, donde se estudió la calidad de los registros en las historias clínicas en base al porcentaje de cada dimensión. Resultados: las historias presentan un nivel de calidad Registrado con un porcentaje de 64.57%; el 26.68% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto. El 8.74% de historias tienen un nivel de calidad de Mal registrado. Esto demuestra que en mayor porcentaje están registrada la información del paciente en las Historias Clínicas por parte de los estudiantes que hacen sus prácticas en la Clínica Estomatológica y verificada por el docente. Conclusión: Se determinó que el nivel de la Calidad de los registros en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2017 es Registrado.

Palabras Claves:

Calidad, Historias Clínicas, Clínica Estomatológica, Universidad.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the quality of the records in the clinical records of the Stomatology Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2017. A descriptive, prospective, cross-sectional investigation was carried out. The instrument was a data collection card verified and based on the Technical Standard for the Management of the Clinical History. The sample was of 446 clinical histories of patients treated at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University, where the quality of the records in the clinical histories was studied based on the percentage of each dimension. Results: the stories present a level of quality. Registered with a percentage of 64.57%; 26.68% of medical records have an Incomplete quality level. 8.74% of the stories have a quality level of Mal registered. This shows that the highest percentage is registered in the patient information in the Clinical Histories by students who do the practices in the Stomatological Clinic and verified by the teacher. Conclusion: It was determined that the level of the Quality of the records in the Clinical Stories of the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University during the year 2017 is Registered.

Keywords:

Quality, Medical Records, Dental Clinic, University.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento médico, legal y de carácter reservado, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud, el acto médico y los demás procedimientos ejecutados por el equipo profesional de salud que intervienen en la atención del paciente. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros en los casos de orden judicial, previa autorización del paciente o de sus familiares en caso de incapacidad física, mental o legal.

En la historia clínica se transcriben datos del paciente con el objetivo de obtener un diagnóstico correcto y el mejor plan de tratamiento respetando sus creencias, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo y su orientación sexual; además integra la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

El origen de las historias clínicas data desde la época griega donde se cuenta la historia de Asclepio el fundador de los templos “Asclepiom” donde dicen que los dioses inspiraban a los sacerdotes-médicos, mediante el sueño terapéutico del paciente.

Sabiendo la importancia de este documento para los profesionales de la salud, se enseña su elaboración tanto para tener un conocimiento apropiado como también para el correcto uso del lenguaje científico desde los primeros ciclos en todas las carreras de salud tanto del Perú como del mundo.

La calidad de atención que se brinda al paciente no solo es con el trato que se le da, también es al realizar un registro correcto de la historia clínica, pues se busca

hallar un buen diagnóstico y que se puede optar por el mejor tratamiento posible; además esta información puede ser leída por otro profesional, como también puede ser objeto de evaluación de los organismos que controlan la calidad de los registros en las historias clínicas.

Este estudio es importante para demostrar que la Universidad Inca Garcilaso de la Vega siempre busca dar la mejor enseñanza a sus alumnos y también brindar la mejor calidad de atención al paciente que se atiende en la Clínica del Adulto.

También es importante el estudio por ser la primera investigación que se hace en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega sobre el tema.

La presente investigación busca comprobar la calidad de los registros de las historias clínicas realizadas por parte de los estudiantes que realizan sus prácticas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega con el fin de promover mejora en la elaboración de las historias clínicas en las prestaciones de los servicios de salud.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Historia Clínica

Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.¹

a. Origen de Las Historias Clínicas en Grecia

Asclepio hijo de Apolo y Cornide una mortal, se le confió al centauro Quirón quien le instruyó en el poder de la sanación; este se mostró siempre muy habilidoso y llegó a dominar incluso el arte de la resurrección. Devolvió la vida a un gran número de personas importantes entre las que se encuentra Hipólito, hijo de Teseo².

Practicó la medicina con gran éxito por lo que le levantaron santuarios en diversos puntos de Grecia. Zeus quien temía que podría alterar el orden de las cosas, termino su vida mediante un rayo. Llamado por los romanos

como Esculapio ascendió al cielo y se convirtió en la constelación de Serpentario y dios de la Medicina.²

Tuvo varias hijas e hijos entre las cuales esta Macaón y Polidario, siendo este último quien se encargó, de curar a Menelao, herido por una flecha; comenzó por examinar al enfermo y después de retirar la flecha, desvistió al herido, succionó la sangre de la herida y le aplicó medicamentos; que le fueron ofrecidos por el centauro Quirón a Asclepio, quien se los entregó a Macaón².

b. Prehistorias Clínicas

La medicina griega tiene un origen mítico-religioso; en los templos “Asclepiom” donde los dioses inspiran a los sacerdotes-médicos, “asclepiadeas”, mediante el sueño terapéutico o incubación del paciente. Los asclepisdeas transmitían las consultas en forma de “oráculo” y recibían a cambio donativos.³

En el templo de Epidauro existen las primeras lápidas votivas donde consta por escrito el nombre del enfermo que hace la ofrenda y el mal que padece. Estos documentos podrían considerarse como las primeras “prehistorias clínicas”³.

c. Historia Clínica Hipocrática

Hipócrates perteneciente a la generación número 28 de Asclepio funda una escuela que separa la medicina de las otras ciencias y la recopila en el

“Corpus Hippocratium” en esta serie de libros se encuentran las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas están recogidas en “Las epidemias I y III”.³

Para Hipócrates todos los enfermos se parecen por estar enfermos, llamando “Eidos” a las formas similares de enfermar de los individuos. Se analizaban las similitudes y las diferencias de las enfermedades, llamando “tropos” a la manera de establecer semejanzas. Cada semejanza se podía separar de dos formas: desde el punto de vista del médico llamado “Semion” (signo) y desde el punto de vista del paciente “páthema” (síntoma). Ambos puntos de vista constituye el “nousos” (forma de enfermar propia de cada paciente). Dicha descripción da forma a la historia clínica³.

La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetitiva que consta de numeración ordinal del enfermo dentro del grupo según lo dominante y esencial, localización social, breve referencia, datos de anamnesis. Terminando con la “Katarsis” (purificación) o “Thánatos” (muerte no violenta) del paciente. Siempre realizadas por un médico quien es quien revisa al paciente y en algunos casos hay un breve relato sobre el caso⁴.

Hipócrates hizo las historias como textos didácticos, para enseñar cómo usarla ordenadamente y de forma minuciosa ante un paciente.⁴

Con galeno la clasificación de enfermedades en géneros y especies alcanza su mayor plenitud y tanto él como los médicos bizantinos y arábigos hablan y describen de su experiencia sobre dichas enfermedades⁴.

d. Edad Media: “Consilea”

En el siglo XIII, ya existían las Universidades y se decreta la obligatoriedad del estudio de medicina en las facultades pero dichos estudiantes solo sabían la teoría.⁵

Por lo que se volvió a usar a la historia clínica como documento escrito "consilium" para ayudar en la práctica, que comenzó a circular por Europa como manuscritos y luego impresos.⁵

Bartolomeo Montagna en 1435 publica una recopilación, cada “consilium” estaba formado por cuatro apartados: Título o “Epígrafe”, nombra el proceso que define; “Primera Sectio” donde se hable sobre la persona y los síntomas enumerados ordinalmente; “Segunda Sectio” dividida en “Sumae”, “Capitula” y “Sermones” que recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas y una fórmula final del tipo “Haec ad lauden amen” en la que se ofrece a la divinidad su acción terapéutica y busca su colaboración⁵.

e. Renacimiento: “Observatio”

Durante el siglo XV las Facultades de Medicina comienzan a exigir visitas a enfermos bajo dirección técnica, por lo que comienzan a coordinar con los hospitales las lecciones clínicas para estudiantes, surgiendo así en el s. XVI las “Observatio” que se mantuvieron durante todo el Renacimiento y principios del XVII.⁵

Todo este cambio hace que historia clínica sea un relato preciso, objetivo, con reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, se hace mención del resultado óptimo (Exitus) o a la muerte (Exitus letalis).

Se mejora el estilo literario y se añade coherencia narrativa a la descripción clínica⁶.

f. Historia Clínica De Sydenham

Reinterpretó las enseñanzas del Corpus Hipocraticum, por lo que exponía con claridad los fenómenos de cada enfermedad sin usar hipótesis ni agruparlos de forma forzada.

En el “Observationes medicae” redactó meticulosamente las historias clínicas pues su trabajo fue de estrecho contacto con el paciente y expuso un programa para construir una nueva patología basado en la descripción de todas las enfermedades ordenando los casos igual forma como lo hacían los botánicos de la época.

Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares (propios de la enfermedad), constantes (aparecen siempre pero no son propios) y accidentales (añadidos por la naturaleza del enfermo, edad, sexo, temperamento, otras enfermedades, etc.), define los grandes Síndromes, Ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración: agudo y crónico y por el momento en que aparecen (curso clínico).

Reúne casos individuales de forma abstracta definiendo lo que es propio de cada enfermedad y los casos raros los considera aberraciones. Anhela tratamientos específicos.⁵

g. Método Anatomoclínico

Desde el siglo XVIII se desarrolla el “método anatomoclínico” en el que aparece la lesión anatómica como fundamento de la enfermedad y surge la necesidad de encontrar el dato explicativo “premortem”. Con el uso del microscopio y el inicio de la anestesia, aparecen las técnicas de obtención de tejidos pudiendo así a diagnosticar de mejor forma una enfermedad.⁶

h. Mentalidad Fisiopatológica

A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión (Corvisant) y auscultación (Laenec); aparecen nuevos inventos como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro.³

Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrollan los laboratorios y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales.⁶

Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna.⁶

i. Documento Multidisciplinar

Desde el comienzo del siglo XX nace la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia la visión que tiene el paciente de su enfermedad, y la influencia que tiene en el propio curso de la enfermedad. Todo esto hace que la anamnesis como la relación entre el médico y el paciente obtenga mayor importancia.³

Con el desarrollo de la radiología y sus primeras técnicas de diagnóstico, hay un aumento de los exámenes complementarios. Con las especialidades médicas se comenzaron a incluir en la historia clínica informes de pruebas especializadas.

La enfermería adquiere mayor importancia con la Segunda Guerra Mundial y finalizando el siglo XX se organiza y se regulan sus funciones documentando y recogiendo de forma paralela a la historia médica los registros de enfermería.⁶

Con la nueva tecnología, mayor importancia a otras carreras de salud, la creación de servicios nacionales de salud y la construcción de grandes hospitales, la historia clínica se convierte en un documento multidisciplinar, elaborado por múltiples profesionales de la salud que atienden al paciente y archivándolos en servicios de documentación.⁶

j. Perspectiva Legal

Influidos por la corriente americana basada en la Sanidad privada surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento.⁷

Comienzan a elaborarse leyes que aumentan el protagonismo del paciente en su relato y en la toma de decisiones, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital.⁶

Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia, entendiéndose de esta manera, también por las leyes, la necesidad de la historia individual del paciente como método científico para el desarrollo y aprendizaje de la medicina.⁶

k. Informe de Alta

Durante el siglo XX se decide a realizar un informe de alta para los ingresos hospitalarios debido a la necesidad del paciente de poseer un documento comprensible y actualizado que describa su condición clínica, las pruebas realizadas y el tratamiento recomendado para los ingresos hospitalarios.³

l. Perspectivas de Futuro

Desde el siglo XXI aparecen diversas innovaciones entre ellas la Historia Clínica Electrónica, dando origen a un nuevo concepto llamado historia de salud o "patobiografía" completa del paciente que es un concepto más amplio que el de la historia clínica tradicional y se puede definir como el registro longitudinal de todos los acontecimientos relativos a la salud de una persona, tanto preventivos como asistenciales, desde el nacimiento, hasta su fallecimiento. Los adelantos en medicina genética harán que ésta se refiera también a datos anteriores al nacimiento.³

m. Historia Clínica en Estomatología

La historia clínica es un documento vital en el campo de la estomatología. Tiene un papel principal como material de trabajo para los estomatólogos porque a través de la comunicación con el paciente, recogen todos los datos necesarios para trazar un diagnóstico presuntivo que con las pruebas complementarias como las tomas radiográficas hallara el diagnóstico definitivo y trazara el mejor plan de tratamiento para el paciente.⁸

n. Estructura de la Historia Clínica

- **Identificación del Paciente**

Es la parte que contiene los datos de identificación del paciente, incluyendo el número de su Historia Clínica y datos sobre el Establecimiento de Salud.¹

- **Registro de la Atención de Salud**

En esta sección en la cual se utiliza los formatos para consignar la información de la atención según naturaleza del servicio que presta.¹

- **Información Complementaria**

Sección de los exámenes auxiliares, así como todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al paciente en el proceso de atención, tales como el consentimiento informado, documentos de referencia y contrarreferencia, documentación de seguros, y otros que se considere pertinente.¹

o. Formatos de la Historia Clínica

1. Formatos Básicos

- **Formatos en Consulta Externa**

La historia clínica e consulta externa será diferente según el nivel de atención. En esta historia se agregan los datos relacionados a la atención médica del paciente, los hechos que justifican el tratamiento anotado en orden cronológico así como los resultados finales.

Las variaciones están relacionadas con el tipo de atención, según el profesional que realiza la atención, sea de medicina general o de atención especializada.¹

- **Formatos de Consulta Externa en el I Nivel de Atención**

En la consulta externa, en el I Nivel de atención, se utilizarán los formatos por etapas de vida.

Formato de Atención Integral del Niño

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre, acompañante o cuidador
- Antecedentes personales: antecedentes perinatales, patológicos, alimentación
- Antecedentes familiares
- Esquema de vacunación
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo
- Datos en el triaje: signos vitales, descarte de signos de alarma
- Anamnesis: motivo de consulta, forma de inicio, tiempo de enfermedad
- Preguntas sobre problemas frecuentes en la infancia

- Evaluación sobre la alimentación actual
- Examen físico
- Diagnóstico, incluyendo diagnóstico nutricional
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos, que son los mismos para todos los formatos por etapas de vida:

- Fecha y hora
- Edad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención
- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral.¹

Formato de Atención Integral del Adolescente

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, centro educativo, estado civil, ocupación, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI de la madre, padre o acompañante o cuidador
- Antecedentes personales: perinatales, crecimiento, desarrollo, vacunas, patológicos
- Antecedentes familiares
- Antecedentes psicosociales
- Salud sexual y reproductiva
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención
- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

- Hoja de seguimiento de factores de riesgo.¹

Formato de Atención Integral del Adulto

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación u oficio, grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, DNI del acompañante
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Alergia a medicamentos
- Sexualidad
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención
- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral

- Hoja de seguimiento de factores de riesgo: diferenciada por sexo.¹

Formato de Atención Integral del Adulto Mayor

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha
- N° de Historia Clínica
- Datos generales: apellidos y nombres, sexo, edad, DNI, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, procedencia, grado de instrucción, estado civil, ocupación grupo sanguíneo y factor Rh, nombre, edad, DNI y parentesco del familiar o cuidador responsable
- Antecedentes personales y familiares
- Alergia a medicamentos
- Valoración geriátrica: valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, estado socio-familiar
- Categorías del adulto mayor
- Motivo de consulta
- Tiempo de enfermedad
- Funciones biológicas
- Examen físico
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Exámenes auxiliares
- Referencia si fuera el caso
- Fecha de próxima cita
- Firma, sello y colegiatura del profesional que presta la atención

- Hoja de lista de problemas y Plan de Atención Integral
- Hoja de seguimiento de factores de riesgo.¹

- **Formato de Consulta Externa en el II y III Nivel**

El Formato de la primera atención, contendrá como mínimo:

- Fecha y hora de la atención
- Número de Historia Clínica
- Nombre y apellidos del paciente
- Enfermedad Actual: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas y signos principales, funciones biológicas
- Antecedentes: personales y familiares
- Examen Físico: funciones vitales, examen general, examen regional.
- Diagnóstico:
 - Diagnóstico motivo de consulta o de daño, para lo cual se utilizará el CIE-10
 - Dependiendo si se confirma el diagnóstico, será:
 - Diagnóstico presuntivo
 - Diagnóstico definitivo
 - Diagnóstico de discapacidad o estado funcional.
 - Otros diagnósticos, según el caso lo requiera o corresponda:
 - Diagnóstico de riesgo
 - Diagnóstico nutricional
 - Diagnóstico de Salud Mental
 - Diagnóstico de causa externa de morbilidad
 - Otros

- Plan de Trabajo
- Exámenes de ayuda diagnóstica
- Procedimientos especiales
- Interconsultas
- Referencia a otro establecimiento
- Tratamiento
- Fecha de la próxima cita
- Nombre y apellido, número de colegiatura, firma y sello del Médico
Tratante o del Profesional que realiza la atención

La evolución, debe contener los siguientes puntos:

- Fecha y hora de la evolución
- Síntomas y signos más importantes
- Diagnóstico anterior
- Tratamiento recibido
- Resultado del tratamiento
- Evaluación
- Diagnóstico y nuevo tratamiento
- Próxima cita.¹

- **Formatos en Emergencia**

Toda atención de emergencia debe ser registrada en la Historia Clínica, siendo responsabilidad del médico tratante, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2002/SA.

El Contenido mínimo del formato de atención es:

- Fecha y hora de atención
- Filiación
- Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta
- Antecedentes
- Examen físico
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico presuntivo
- Plan de Trabajo
- Terapéutica y seguimiento
- Firma, sello del médico tratante.

Debe incluirse también:

- Hoja de consentimiento informado de ser el caso
- Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico, de ser el caso
- Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica.¹

- **Formatos en Hospitalización**

- **Anamnesis**

En la anamnesis se consignan los siguientes datos:

- Fecha y hora de la atención.
- Enfermedad actual: síntomas y signos principales, forma de inicio, curso y relato de la enfermedad, funciones biológicas.
- Antecedentes personales: generales, fisiológicos y patológicos.
- Antecedentes familiares. ¹

- Examen Clínico

Los datos deben anotarse de acuerdo con la siguiente secuencia:

- Controles vitales
- Examen general: aspecto general, examen de piel y faneras, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, aparato locomotor
- Examen regional: cabeza, cuello, tórax y pulmones, mamas, aparato cardiovascular, abdomen, aparato genitourinario, sistema nervioso.

Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el motivo por el cual no se realiza.

- Diagnóstico

- Diagnóstico(s) presuntivo(s) o de ingreso que deberá reflejar la condición del paciente en el momento de la admisión
- Diagnóstico(s) definitivo(s)
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.

- Tratamiento

- Fecha y hora
- Indicaciones terapéuticas prescritas: dieta, cuidados de enfermería que sean considerados necesarios, medicamentos consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración
- Nombres y apellidos, sello, firma del médico y colegiatura.¹

- **Plan de Trabajo**

- Exámenes auxiliares: laboratorio e imagenología.
- Pruebas especiales.
- Interconsultas.
- Procedimientos médicos.
- Procedimientos quirúrgicos.

Debe registrarse la fecha y hora de solicitud y recepción del examen auxiliar, procedimiento o interconsulta.¹

- **Evolución**

La frecuencia con que se escriben las notas de evolución es de al menos una vez al día, pudiendo ser mayor dependiendo del estado del paciente. Deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora
- Apreciación subjetiva
- Apreciación objetiva
- Verificación del tratamiento y dieta
- Interpretación y comentario
- Decisiones
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico.¹

- **Hoja de Autorización de Ingreso**

- Nombre del establecimiento

- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el ingreso, en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- El texto deberá expresar que el paciente o su representante legal autoriza la hospitalización o internamiento y la puesta en práctica de aquellas medidas diagnósticas o terapéuticas que se consideren oportunas y que no precisen de un consentimiento informado por escrito
- Firma del paciente o su representante legal, huella digital si fuera analfabeto y DNI
- Nombres y apellidos, número de colegiatura, sello y firma del médico que indica el internamiento u hospitalización.¹

- Epicrisis

Debe ser preparado por el médico al egreso del paciente. Debe resumir el cuadro clínico que presentó el paciente en la atención recibida. Contiene la siguiente información:

- Fecha y hora de ingreso
- Servicio
- Número de cama
- Diagnóstico de ingreso

- Resumen de la enfermedad actual, del examen físico, de los análisis, estudios e interconsultas realizadas y del tratamiento prescrito
- Procedimientos terapéuticos y procedimientos diagnósticos realizados, con sus respectivos códigos
- Complicaciones
- Fecha del egreso, hora del egreso, estadía total
- Tipo de alta, condición de egreso, pronóstico al alta
- Diagnóstico de egreso: diagnóstico principal y secundario con sus respectivos códigos
- Información sobre mortalidad (si fuera el caso): indicar si se realizó necropsia y causas de muerte
- Nombres y Apellidos, firma, sello del médico consignando el número de su colegiatura.¹

- **Epicrisis Materno Perinatal**

Contiene además de los datos descritos en la epicrisis general anterior: Información sobre el nacimiento y muerte fetal/perinatal si fuera el caso¹.

• **Ficha Familiar**

La primera hoja de la ficha familiar corresponde a la carátula de la carpeta familiar, esta contiene datos de identificación del establecimiento, el N° de ficha familiar y la dirección de la familia. El contenido mínimo de la ficha es el siguiente:

- Dirección Regional de Salud
- Red/Microrred de Salud
- Establecimiento de salud
- N° de Ficha Familiar
- Dirección de la vivienda
- Calificación para el Seguro Integral de Salud (MINSa)
- Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud
- Idioma predominante
- Datos de las visitas domiciliarias: fecha, responsable resultado
- Datos de los integrantes del hogar: nombre y apellido, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, seguro médico, movimientos migratorios
- Familiograma
- Riesgos familiares
- Datos para la definición de riesgo como grupo familiar
- Datos de vivienda y entorno
- Seguimiento de problemas identificados.¹

2. Formatos Especiales

Representan el resto de formatos no consignados dentro de la categoría de básicos.

- **Formato de Identificación / Filiación**

Se usa en el II y III Nivel de Atención de salud. En el primer nivel los datos contenidos en este formato, se encuentran en la Ficha Familiar.

El contenido mínimo es el siguiente:

- Nombre del establecimiento
- Código del establecimiento (Si corresponde)
- Categoría del establecimiento
- Número de Historia Clínica
- Nombres y apellidos del paciente
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo
- Domicilio actual
- Domicilio de Procedencia
- Teléfono
- Documento de identificación (DNI, Carné de extranjería)
- N° de seguro social, SIS, SOAT
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Religión
- Nombre de la persona acompañante o responsable
- DNI de la persona acompañante o responsable
- Domicilio de la persona acompañante o responsable
- Parentesco de la persona acompañante o responsable
- Teléfono de la persona acompañante o responsable.¹

- **Notas de Enfermería**

- Notas de ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente
- Funciones vitales
- Funciones biológicas
- Estado general
- Evolución en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento realizado
- Debe anotarse en los tres turnos: mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma.¹

- **Hoja de Control de Medicamentos o Kardex**

- Nombre y apellido del paciente
- Nº de Historia Clínica
- Nombre del medicamento suministrado
- Fecha de inicio y fecha en que se discontinuó
- Las horas diarias en que se administra
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.¹

- **Gráfica de Signos Vitales**

- Nombres y apellidos del paciente
- Número de Historia Clínica
- Servicio y N° de cama
- Temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.¹

- **Hoja de Balance Hidro - Electrolítico**

- Nombres y apellidos del paciente
- Fecha
- Peso
- Registro de ingresos y egresos, según turnos y el total del día.
- Número de cama
- Servicio
- Nombres y apellidos, firma de la enfermera, sello y número de su colegiatura.¹

- **Formato de Interconsulta**

Es un formato que deberá constar con dos secciones:

- La solicitud de la Interconsulta
 - Datos de Filiación del paciente
 - Breve resumen de enfermedad actual y examen clínico
 - Motivo de la interconsulta
 - Diagnóstico presuntivo
 - Fecha y hora de la solicitud

- Nombres y apellidos, cargo y firma del profesional solicitante.
- Informe de la Interconsulta
 - Descripción de los hallazgos
 - Exámenes y/o procedimientos realizados
 - Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y recomendaciones
 - Nombres y apellidos, cargo, firma y colegiatura del profesional que realiza la atención
 - Fecha y hora de la respuesta.¹

- **Orden de Intervención Quirúrgica**

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, Servicio, N° cama)
- Diagnóstico del paciente
- Procedimiento quirúrgico
- Fecha de solicitud
- Fecha de programación
- Nombres y apellidos del médico cirujano
- Nombres y apellidos del 1er ayudante
- Grupo sanguíneo
- Hemoglobina
- Tipo de anestesia prevista
- Firma y sello del médico cirujano
- Firma y sello del jefe del servicio o del departamento.¹

- **Informe Quirúrgico**

Debe contener como mínimo:

- Identificación del paciente: nombres y apellidos, número de h.c., edad, sexo
- Servicio, N° cama
- Tipo de anestesia empleada
- Duración. Fecha y hora de inicio y término
- Operación Programada y operación efectuada
- Diagnóstico pre y post-operatorio
- Hallazgos operatorios
- Descripción de la técnica o procedimiento utilizado
- Incidencias o complicaciones ocurridas durante la intervención quirúrgica
- Identificación de cirujanos, anesthesiólogos, instrumentistas y circulantes
- Estado y destino del paciente al salir del quirófano
- Indicación de sí se ha solicitado o no examen anatomopatológico y/o bacteriológico del material extraído en la intervención
- Nombre, firma, sello y colegiatura del médico que realiza el informe.¹

- **Formatos de Anestesia**

Deberá incluirse el resumen del reconocimiento pre-operatorio, así como las actuaciones que se produzcan antes, durante y en el postoperatorio inmediato mientras esté bajo responsabilidad del anesthesiólogo.

Hoja de pre-anestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombre y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, servicio, N° cama.
- Antecedentes clínicos de interés para la administración de la anestesia.
- Resumen de la enfermedad actual asociada, tratamiento actual y otros datos que pudieran influir en la elección de la anestesia.
- Datos importantes del examen físico.
- Tipo de anestesia prevista.
- Riesgo anestesiológico.
- Conclusiones.
- Fecha, firma y sello del anesthesiologo.

Hoja de anestesia, su contenido mínimo será:

- Identificación del paciente (nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama).
- Diagnóstico pre operatorio e intervención quirúrgica.
- Medicación pre anestésica utilizada.
- Resumen de la valoración pre- operatoria.
- Hora de comienzo y finalización de la anestesia.
- Descripción de la técnica anestésica.
- Medicación administrada, indicando presentación, dosis, frecuencia vía y momento de administración.
- Características de la ventilación mecánica, si la hubiere.
- Gráfica minutada de constantes vitales durante la intervención.

- Incidencias de interés en relación con el estado vital del Paciente.
- Balance hídrico.
- Estado clínico del paciente durante y al final de la intervención.
- Fecha, firma y sello del anestesiólogo responsable de la intervención.

Hoja de post anestesia, debe contener como mínimo:

- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de H. C., edad, sexo, peso, Servicio, N° cama.
- Fecha, hora de ingreso y hora de egreso.
- Registro del control de funciones vitales monitorizadas.
- Condición de ingreso.
- Anotaciones referentes al seguimiento del estado de conciencia, motilidad, respiración, dolor y pérdidas.
- Balance hídrico.
- Tratamiento administrado.
- Condición de egreso.
- Firma y sello del profesional.¹

- **Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica**

Para el registro de la atención materna perinatal se utilizará el Formato de la Historia Clínica Perinatal Básica, el formato de la historia contiene los siguientes datos:

- Datos de identificación de la paciente, edad y caracterización socio cultural.
- Antecedentes personales, obstétricos y familiares.

- En el sector embarazo contiene datos y exámenes que deben ser anotados y recordados en cada control prenatal.
- En el sector parto o aborto, incluye la información básica para el control del periodo de dilatación, así como los datos más importantes del parto y alumbramiento.
- En el sector recién nacido, incluye los datos fundamentales del examen que deberá realizarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido.
- En el sector puerperio, contiene datos de control de la puérpera.
- Egreso del recién nacido, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso e identificación del responsable de la atención.
- Egreso materno, contiene la fecha de egreso, condición y diagnóstico de egreso, además datos de contracepción.
- Identificación del responsable de la atención.¹

- **Formato de Partograma**

Complemento de la Historia Clínica Perinatal, en donde se gráfica la evolución del trabajo de parto. Contiene los siguientes datos:

- Nombres y apellidos del paciente.
- Número de Historia Clínica.
- Fecha y Hora de inicio del trabajo de parto.
- Posición fetal.
- Paridad.
- Características de las membranas.

- Gráfico para la construcción de la línea de alerta incluye datos de dilatación cervical, horas reales, planos de Hodge y variedad de posición, frecuencia de las contracciones, rotura de membranas.
- Datos de presión arterial, pulso y posición materna, intensidad y duración de las contracciones.¹

- **Notas de Obstetricia**

- Nota de ingreso; consignar la fecha, la hora y el estado en que el paciente ingresó y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones vitales.
- Funciones biológicas.
- Estado general.
- Evolución en el transcurso de la hospitalización.
- Debe anotarse en los tres turnos: Mañana, tarde y noche y en los casos especiales.
- El tratamiento aplicado.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora, nombre y apellidos del profesional de obstetricia, número de su colegiatura, firma y sello.¹

- **Fichas Estomatológicas**

Ficha estomatológica del niño. Contiene lo siguiente:

- Edad
- Centro educativo, grado y sección
- Evaluación Odontológica

- Odontograma inicial y final
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Estado clínico de higiene dental
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha Estomatológica del adolescente, adulto y adulto mayor contiene lo siguiente:

- Edad
- Evaluación odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Uso de cepillo
- Índice de higiene oral simplificado
- Índices de Placa Blanda y Placa Calcificada
- Estado de higiene
- Riesgo estomatológico
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional

Ficha estomatológica de la gestante. Contiene lo siguiente:

- Edad
- Semana de gestación
- Evaluación Odontológica
- Odontograma
- Índice de caries
- Índice de higiene oral simplificado
- Índice de hemorragia gingival
- Estado de higiene
- Uso de cepillo
- Diagnóstico
- Tratamiento efectuado
- Alta básica odontológica con fecha
- Firma y sello del profesional.¹

- **Formato de Laboratorio**

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud de examen y otro de informe de resultados.

- **La solicitud del examen**

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio o N° de cama y servicio
- Breve historia clínica en el caso de estudios especiales y cultivos.
- Diagnóstico presuntivo

- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura
- Fecha y hora de solicitud del análisis
- Fecha y hora de toma de muestra N° de registro del procedimiento

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado.¹

- El informe de laboratorio

- Datos del paciente. Nombres, edad, sexo, número de HC, consultorio o N° de cama y servicio
- Fecha y hora de emisión de resultado
- Los resultados serán emitidos por el área respectiva en formatos separados
- El formato contendrá los resultados del paciente y los valores normales según metodología utilizada
- Firma, sello y N° de colegio profesional del ejecutor
- Firma, sello y N° de colegio del médico que avala los resultados.¹

• Informe de Diagnóstico por Imágenes

Son dos tipos de formatos: uno de solicitud del examen y otro de informe de resultados.¹

- **La solicitud del examen**

- Datos del paciente Nombres, apellidos, edad, sexo, número de HC, consultorio, N° de cama y servicio
- Breve historia clínica
- Diagnóstico presuntivo
- Nombres y apellidos del médico solicitante con firma, sello y colegiatura
- Fecha y hora de solicitud del examen

Estos formatos son de tipo cerrado y según el nivel de atención.

- **El informe del examen**

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° de Historia Clínica, consultorio, o N° de cama y servicio
- N ° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe
- Fecha y hora de ejecución del informe.¹

• **Formato de Anatomía Patológica**

Deberá contar con dos secciones:

- **La solicitud del examen**

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio o N° de cama de hospitalización y servicio

- Breve resumen de historia clínica
- Diagnóstico presuntivo.
- Fecha y hora de solicitud del análisis
- Fecha y hora de toma de muestra
- N° de registro del procedimiento
- Nombres y apellidos, cargo y firma, sello y colegiatura del profesional solicitante.

El Formato contendrá todos los exámenes que se ejecuten en el laboratorio, de acuerdo al nivel de atención. Estos formatos son de tipo cerrado, conteniendo ítem para marcar el examen requerido.

- El informe de Anatomía Patológica

- Datos del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, N° Historia Clínica, consultorio o N° de cama de hospitalización y servicio
- N° de informe del examen
- Resultado: descripción de los hallazgos y el diagnóstico
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegio profesional del que elabora el informe
- Fecha y hora de ejecución del informe.¹

• Formato de Consentimiento Informado

En el caso de tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para

lo cual se utiliza un formato cuyo contenido se describe en la presente norma. Se exceptúa de lo dispuesto en situaciones de emergencia.

En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal.¹

El formato de consentimiento informado será de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional y deberá contener lo siguiente:

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Nombres y apellidos del paciente
- N° de Historia Clínica
- Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento especial a efectuar
- Descripción del mismo en términos sencillos
- Riesgos personalizados, reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica
- Nombres y apellidos del profesional responsable de la intervención o procedimiento
- Conformidad firmada en forma libre y voluntaria por el paciente o su representante legal según sea el caso, consignando nombres, apellidos y N° de DNI. En caso de analfabetos se coloca su huella digital

- Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la atención
- Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, donde se exprese esta voluntad con nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente, o representante legal de ser el caso.

- **Formato de Retiro Voluntario**

- Nombre del establecimiento de salud
- Fecha
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, número de Historia Clínica, Servicio, N° cama
- El texto deberá expresar que se informó al paciente, o sus representantes legales, sobre los riesgos que implica la decisión de retiro contra la indicación del médico y se precise el descargo de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al establecimiento de salud
- Nombre y apellidos, firma, sello y número de colegiatura del médico que dio información sobre los riesgos que implica el retiro del paciente
- Datos de identificación de la persona legalmente responsable que solicita el alta en caso que no fuera el paciente: nombres y apellidos, DNI
- Firma del paciente o representante legal, huella digital si fuera analfabeto y N° DNI.¹

- **Formato de Referencia**

De acuerdo a la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Deberá tener la siguiente información:

- Fecha, Hora
- Identificación del establecimiento de origen
- Identificación del establecimiento destino
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la Historia Clínica.: anamnesis, examen físico, examen auxiliares, diagnóstico y tratamiento
- Datos de la referencia: coordinación de la referencia, UPS de destino, especialidad de destino
- Condiciones del paciente al inicio del traslado
- Nombre firma y sello del responsable de la referencia
- Nombre firma y sello del responsable del establecimiento
- Nombre firma y sello del personal que acompaña
- Nombre firma y sello del personal que recibe
- Condiciones del paciente a la llegada al establecimiento destino de la referencia.¹

- **Formato de Contrarreferencia**

De acuerdo a las Norma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia vigente. Debe tener la siguiente información:

- Fecha, Hora
- Identificación del establecimiento que contrarrefiere
- Identificación del establecimiento destino de la contrarreferencia
- Datos sobre aseguramiento: tipo de seguro, N° de seguro, planes de atención
- Datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, sexo, edad, dirección
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la historia clínica: fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento y/o procedimientos realizados, se adjuntar informes y reportes de procedimientos
- Datos de la contrarreferencia: origen de la referencia, calificación preliminar de la referencia, UPS que ordena la contrarreferencia, especialidad que ordena la contrarreferencia
- Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento
- Condición del usuario contrareferido
- Responsable de la contrarreferencia: nombre, N° de colegiatura, firma y sello.¹

1.1.2 Calidad

Cuando se utiliza el término calidad se espera un excelente producto o servicio, que cumple o rebasa nuestras expectativas. Estas expectativas se basan en el uso que se pretende dar y en el precio de venta.

La American Society for Quality (ASQ) define la calidad como un término subjetivo por el cual todas las personas y sectores tienen su propia definición. La calidad puede tener 2 significados: las características de un producto o servicio que inciden en su capacidad para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas, o un producto o servicio que está libre de deficiencias.

Otra definición aparece en la norma ISO 9000:2000. En la cual la calidad se define como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumplen los requisitos. *Grado* da a entender que se puede usar adjetivos como malo, bueno y excelente. Sus *características* pueden ser cuantitativas o cualitativas. Un requisito es una expectativa o necesidad que se especifica; en general está implícita o es obligatoria en las organizaciones, clientes y demás interesados.⁹

a. Calidad en Salud

El concepto de calidad en salud más aceptado es la de Avedis Donabedian. Que dice: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se

espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario".

La referencia de atención médica se debe entender como la atención que proporcionan todos aquellos profesionales de la salud que intervienen en la atención de los usuarios en los servicios de salud que también pueden ser sus acompañantes de los usuarios e incluso el personal de los establecimientos de salud.

Además hay otras consideraciones a tenerse en cuenta, respecto a la definición de calidad en los servicios de salud:

- La calidad en salud tiene su fundamento en la calidad de vida, porque es la aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos.
- La calidad en los servicios de salud debe ser idéntica en los establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
- Siendo el usuario el juez de la calidad (necesidades y expectativas), es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país. Por ello, es básico un enfoque de diálogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.
- La calidad depende de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es mensurable a través de métodos cualitativos y cuantitativos.

- La calidad en los servicios de salud involucra a toda la institución y depende de todos.¹⁰

b. Dimensiones de la Calidad

De las diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, la presentada por Avedis Donabedian es la de mayor aceptación cuando propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales, que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

La comprensión y manejo de tales dimensiones pueden expresarse de la siguiente manera:

- **Dimensión técnico-científica**, referida a los aspectos científico-técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
 - **Efectividad**, logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
 - **Eficacia**, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
 - **Eficiencia**, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
 - **Continuidad**, prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.

- **Seguridad**, determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
- **Integralidad**, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que también se exprese un interés por la condición de la salud del acompañante.¹⁰

- **Dimensión humana**, referida al aspecto interpersonal de la atención, tiene las siguientes características:
 - Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
 - Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
 - Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es asimismo válido para el usuario interno.
 - Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
 - Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios de los trabajadores de la salud.¹⁰

- **Dimensión del entorno**, Se refiere al nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.¹⁰

1.1.3 Universidad

El Diccionario de la Academia la define en su primera acepción como el instituto público donde se cursan todas o varias de las facultades de Derecho, Medicina, Farmacia, Filosofía y Letras y Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, y se confieren los grados correspondientes.

Esa definición se encuentra ya atrasada por cuanto en las universidades se enseñan otras muchas disciplinas que no son las limitativamente señaladas por la Academia. Inclusive en algunos países se está dando categoría universitaria a carreras o profesiones de importancia más secundaria, aun cuando sean de utilidad evidente.

Tradicionalmente la enseñanza universitaria y, sobre todo, la colación de grados es función y monopolio del estado, pero se tiende a la creación de universidades privadas, autorizadas y, en cierto modo, fiscalizadas por el Estado. Sobre la conveniencia de estas instituciones privadas existen profundas discrepancias.¹¹

- **Universidad Inca Garcilaso de la Vega**

La Universidad Inca Garcilaso de la Vega fue fundada el 21 de diciembre de 1964. Iniciando sus actividades académicas como Universidad Pedagógica a través de seis Facultades con Decreto Supremo N° 74 y 26-A de diciembre de 1964. Posteriormente amplía sus servicios educativos en otras áreas del conocimiento científico conformando un total de diez

facultades, diecisiete Carreras Profesionales y una Escuela de Posgrado con quince secciones de Maestrías y siete Doctorados.¹²

1.1.4 Odontograma

En el odontograma se representa gráficamente cada uno de los dientes, con todas las superficies coronales, sobre las cuales se efectúan las oportunas anotaciones y descripciones, que posteriormente se plasmarán de forma literal y detallada.

En el Odontograma se representan las cinco caras del diente, en el caso de una pieza inferior, serían mesial, distal, vestibular, lingual y oclusal. Si fuese un diente superior, las caras se llamarían igual con excepción de la interna, que se denomina palatina.

En cada cara se representan las distintas patologías presentes, tales como caries o una fractura y los tratamientos realizados, expresados con distintos signos. Hay diversos tratamientos dentales reflejados en el odontograma.¹³

1.1.5 Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma

- **Aparato Ortodóntico Fijo**

El dibujo será en color azul cuando el aparato se encuentre en buen estado y en color rojo cuando se encuentre en mal estado. Se detallará en el ítem de especificaciones el tipo de aparatología encontrada.

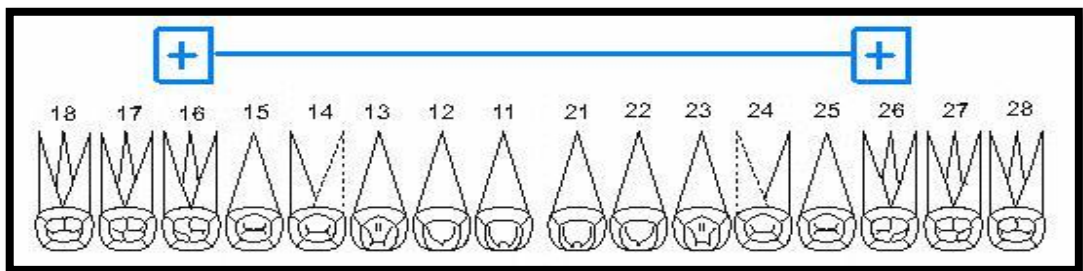


Figura N° 02
Aparato Ortodóntico Fijo

- **Aparato Ortodóntico Removible**

Se debe dibujar una línea en zigzag de color azul a la altura de los ápices de las piezas dentarias del maxilar en tratamiento. La línea será de color rojo cuando el aparato se encuentre en mal estado.

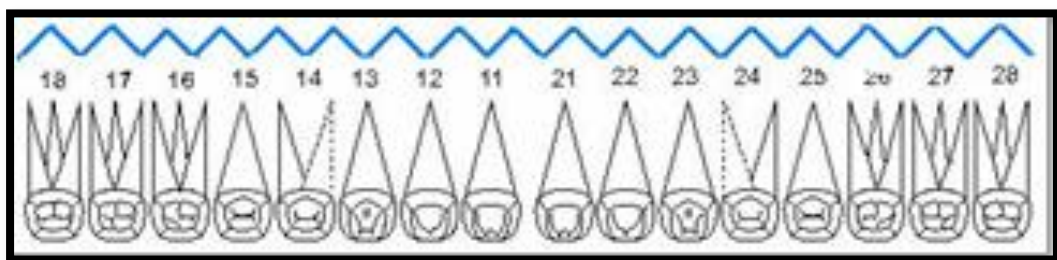


Figura N° 03
Aparato Ortodóntico Removible

- **Caries**

Se debe dibujar la lesión cariosa siguiendo su forma en las superficies dentarias comprometidas y será totalmente pintada de color rojo.¹⁴

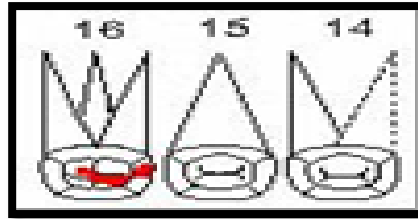


Figura N° 04
Caries

- **Corona Definitiva**

Se dibujará una circunferencia de color azul, que encierre la corona de la pieza dentaria que presenta este tratamiento. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de corona en letras mayúsculas y de color azul.

Corona Completa	CC (Sólo Coronas Metálicas)
Corona Fenestrada	CF
Corona Metal Cerámica	CMC (Corona metálica revestida completamente con material estético)
Corona Parcial	3/4, 4/5, 7/8 (Sólo corona parcial metálica)
Corona Veneer	CV (Corona metálica con frente estético)
Corona Jacket	CJ (Corona estética libre de metal)

En el ítem de especificaciones se debe registrar el color del metal de la corona, dorada o plateada.¹⁴

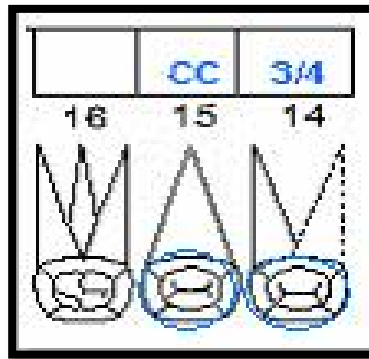


Figura N° 05
Corona Definitiva

- **Corona Temporal**

Se debe dibujar una circunferencia de color rojo, que encierre la corona de la pieza dentaria que presente este tratamiento.

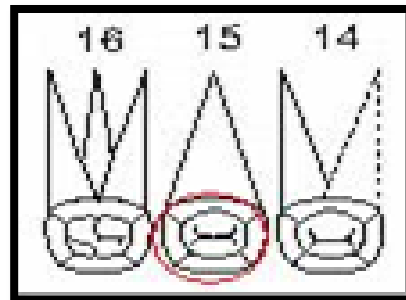


Figura N°06
Corona temporal

- **Diastema**

Se debe dibujar el signo del paréntesis invertido de color azul entre las piezas dentarias que presenten esta característica.

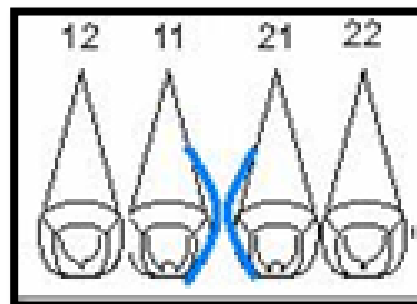


Figura N° 07
Diastema

- **Diente Ausente**

Se debe dibujar un aspa de color azul sobre la figura de la pieza dentaria que no se observa.¹⁴

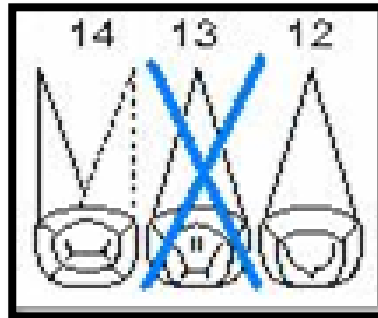


Figura N° 08
Diente Ausente

- **Diente Discrómico**

Se debe registrar las siglas “DIS” en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.¹⁴

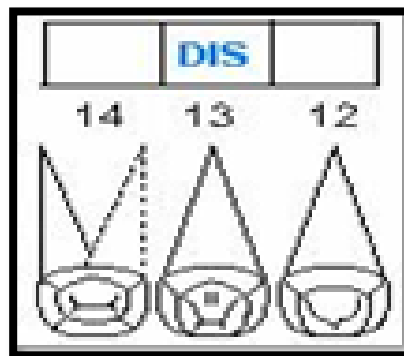


Figura N° 09
Diente Discrómico

- **Diente Ectópico**

Se debe registrar con la letra “E” en mayúscula, de color azul, dentro del recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta

característica. Se detallará en especificaciones la ubicación del diente ectópico.

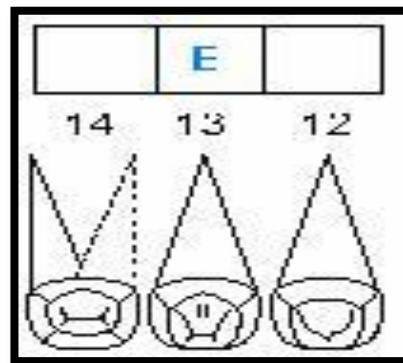


Figura N°10
Diente Ectópico

- **Diente en Erupción**

Se debe dibujar sobre la gráfica de la pieza dentaria una flecha en zigzag de color azul, dirigida hacia el plano oclusal de la pieza que presenta esta característica.¹⁴

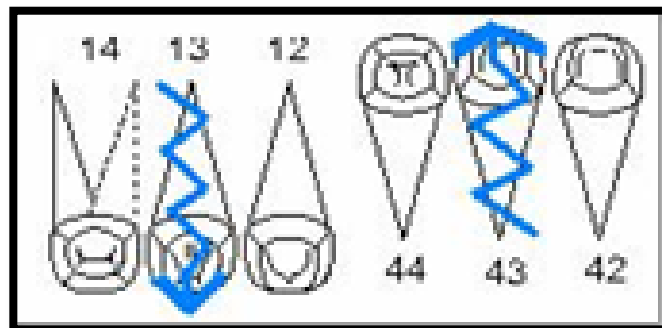


Figura N°11
Diente en Erupción

- **Diente en Clavija**

Se debe dibujar un triángulo de color azul, circunscribiendo el número que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.

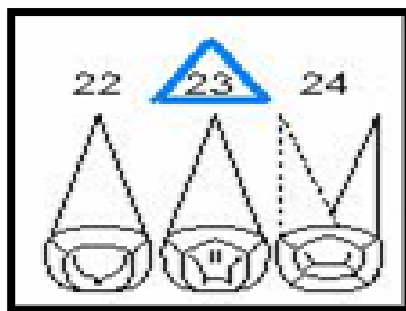


Figura N°12
Diente en Clavija

- **Diente Extruido**

Se debe dibujar fuera del gráfico de la pieza dentaria, una flecha recta vertical de color azul, dirigido hacia la zona oclusal de la pieza que presenta esta característica.¹⁴

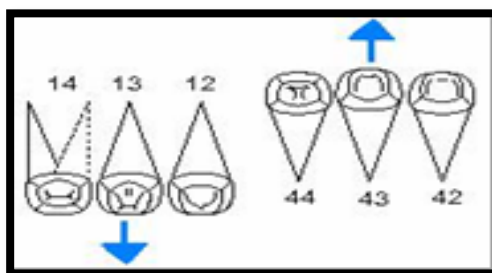


Figura N°13
Diente Extruido

- **Diente Intruido**

Se debe dibujar fuera del gráfico de la pieza dentaria, una flecha recta vertical de color azul, dirigida hacia la zona apical de la pieza dentaria que presenta esta característica.

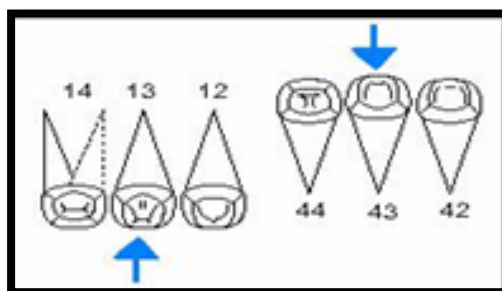


Figura N°14
Diente Intruido

- **Edéntulo Total**

Se debe dibujar una línea recta horizontal de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias ausentes del maxilar edéntulo.¹⁴

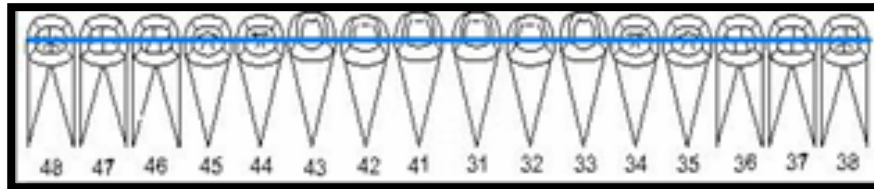


Figura N°15
Edéntulo Total

- **Fractura**

Se debe dibujar una línea recta de color rojo, en el sentido de la fractura sobre la figura de la corona y/o la raíz según sea el caso.

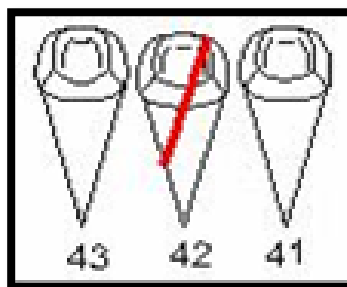


Figura N°16
Fractura

- **Geminación/Fusión**

Se debe dibujar dos circunferencias interceptadas de color azul, encerrando los números que corresponden a las piezas dentarias que presentan estas características.¹⁴

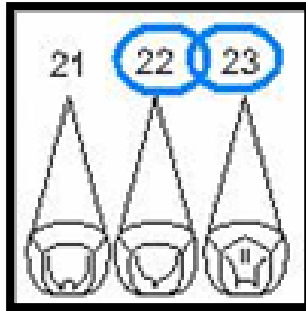


Figura N°17
Geminación/Fusión

- **Giroversión**

Se debe dibujar una flecha curva de color azul siguiendo el sentido de la giroversión a nivel de la zona oclusal.¹⁴

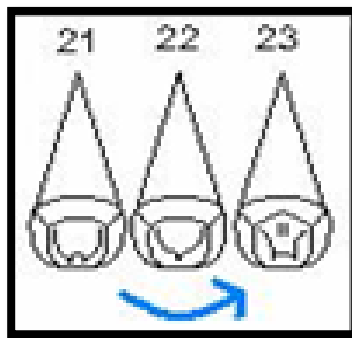


Figura N°18
Giroversión

- **Impactación**

Se debe registrar la letra "I" en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.

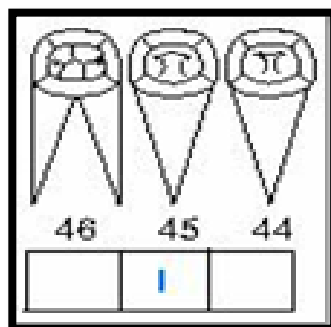


Figura N°19
Impactación

- **Implante**

Se debe registrar la sigla “IMP” en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria reemplazada.¹⁴

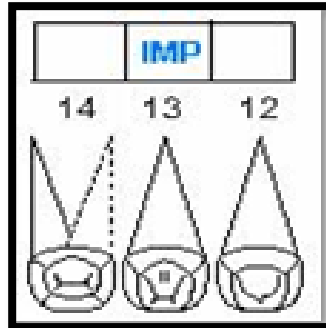


Figura N°20
Implante

- **Macrodoncia**

Se debe registrar con la sigla “MAC” en mayúscula, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.

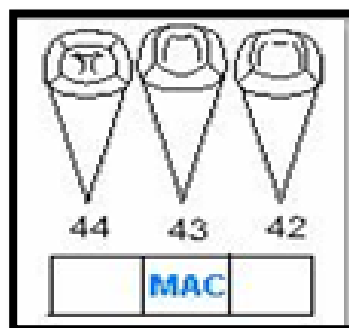


Figura N° 21
Macrodoncia

- **Microdoncia**

Se debe registrar con la sigla “MIC” en mayúscula, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.¹⁴

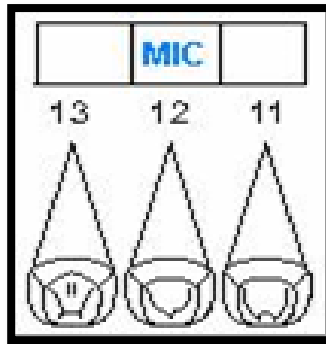


Figura N°22
Microdoncia

- **Migración**

Se debe dibujar una flecha recta horizontal de color azul siguiendo el sentido de la migración, a nivel del plano oclusal.

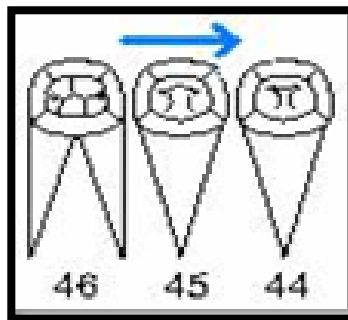


Figura N°23
Migración

- **Movilidad**

Se debe registrar en color azul, con la letra "M" en mayúscula, seguida del número arábigo que representará el grado de movilidad dentaria, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica. En el ítem de especificaciones se anotará el tipo de clasificación utilizada.¹⁴

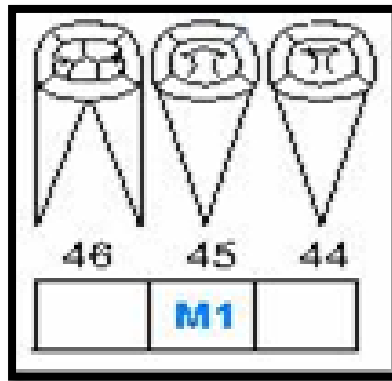


Figura N° 24
Movilidad

- **Perno Muñon / Espigo Muñon**

Se debe dibujar de color azul, una línea vertical en la raíz unida a un cuadrado en la corona. Si el tratamiento está en mal estado debe ser dibujado de color rojo.¹⁴

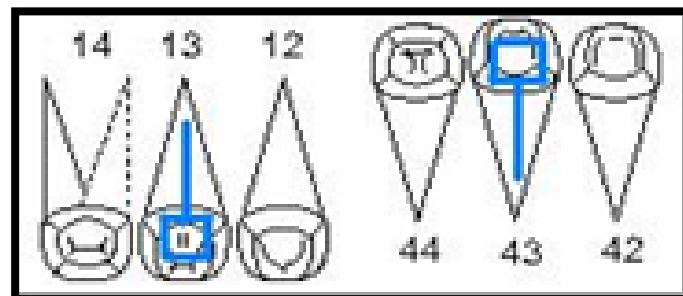


Figura N° 25
Perno Muñon/ Espigo Muñon

- **Prótesis Fija**

Se debe dibujar una línea recta horizontal de color azul que indica la extensión del puente, con líneas verticales sobre los pilares. Estará graficado a nivel de los ápices de las piezas dentarias comprometidas. Si la prótesis está en mal estado debe ser dibujado de color rojo.

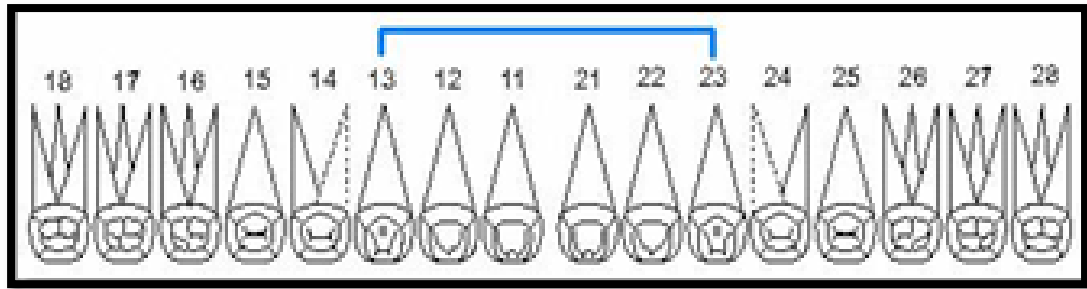


Figura N°26
Prótesis Fija

- **Prótesis Removible**

Se debe dibujar en color azul dos líneas horizontales paralelas a nivel de los ápices de las piezas dentarias reemplazadas. Si la prótesis está en mal estado las líneas serán de color rojo. El tipo de material será registrado en el ítem de especificaciones.¹⁴

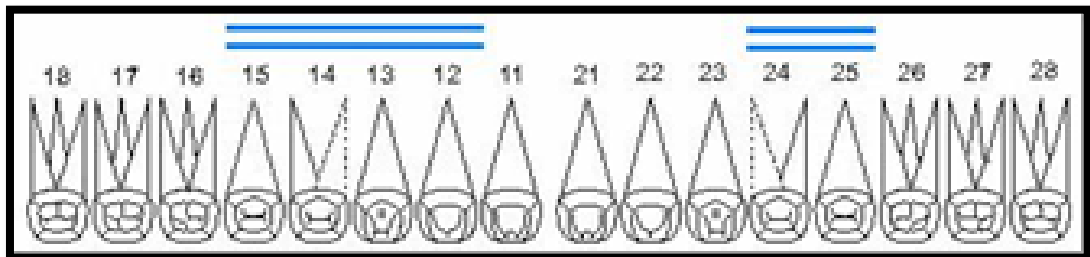


Figura N°27
Prótesis Removible

- **Prótesis Total**

Se debe dibujar dos líneas rectas paralelas y horizontales de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias del maxilar que presenta este tratamiento. Si la prótesis está en mal estado se debe dibujar en color rojo. El tipo de material será registrado en el ítem de especificaciones.¹⁴

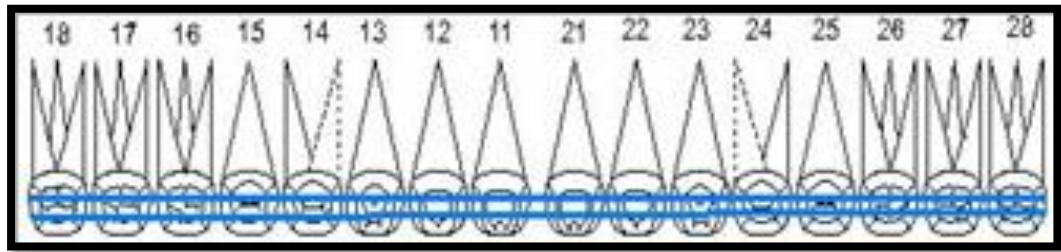


Figura N°28
Prótesis Total

- **Remanente Radicular**

Se debe registrar la sigla “RR” en mayúscula, de color rojo, sobre la raíz de la pieza dentaria correspondiente.

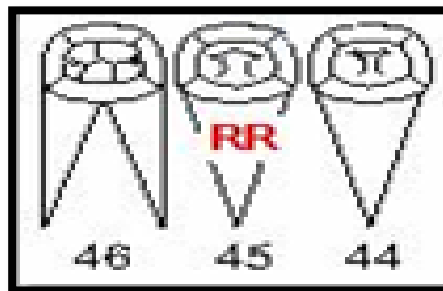


Figura N°29
Remanente Radicular

- **Restauración Definitiva**

Se debe dibujar la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas y será totalmente pintado de color azul. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de material empleado, en letras mayúsculas y de color azul.¹⁴

Amalgama	=	AM
Resina	=	R
Ionómero de Vidrio	=	IV

Incrustación Metálica = IM
 Incrustación Estética = IE
 Carilla de Porcelana = CP

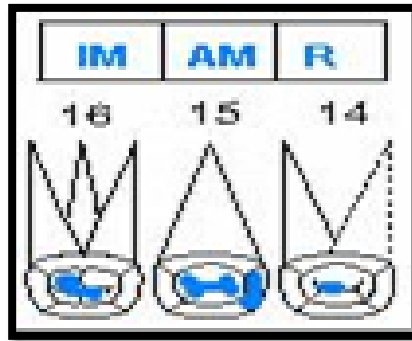


Figura N°30
Restauración Definitiva

- **Restauración Temporal**

Se debe dibujar en rojo el contorno de la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas.

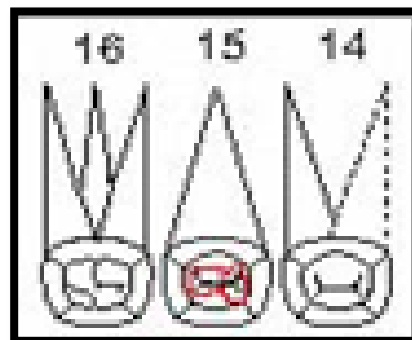


Figura N°31
Restauración Temporal

- **Sellantes**

Se debe dibujar en azul el contorno del sellante siguiendo la forma de las fosas y fisuras selladas.¹⁴

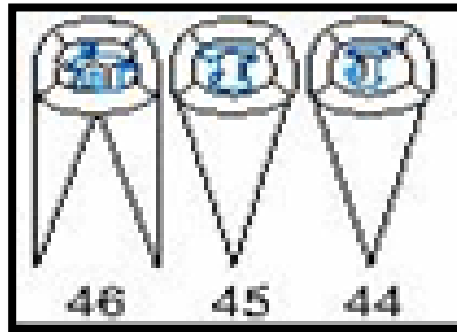


Figura N° 32
Sellantes

- **Semi-Impactación**

Se debe registrar la sigla “SI” en mayúscula, de color azul, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica.

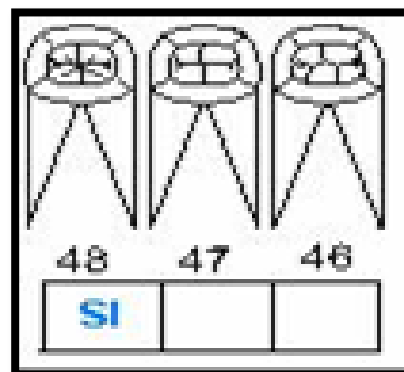


Figura N°33
Semi-Impactación

- **Superficie Desgastada**

Se debe registrar la sigla “DES” en mayúsculas, de color azul, en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica.¹⁴

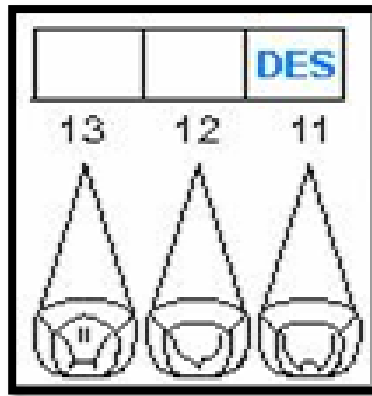


Figura N° 34
Superficie Degastada

- **Supernumerario**

Se debe registrar con la letra “S” mayúscula encerrada en una circunferencia de color azul, localizada entre los ápices de las piezas dentarias adyacentes al diente supernumerario.

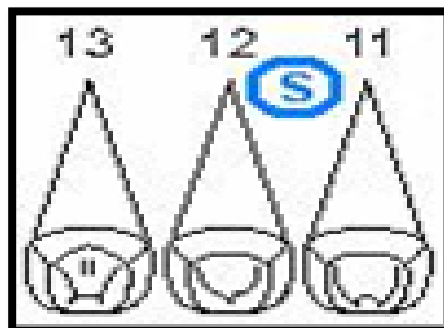


Figura N°35
Supernumerario

- **Transposición**

Se debe dibujar dos flechas curvas de color azul entrecruzadas, a la altura de los números de las piezas dentarias que presentan esta característica.¹⁴

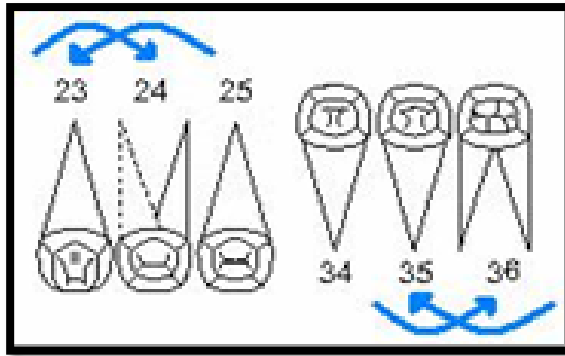


Figura N° 36
Transposición

- **Tratamiento Pulpar**

Se debe dibujar una línea recta vertical de color azul en la raíz de la pieza dentaria que presenta este tratamiento. En el recuadro correspondiente se anotará las siglas del tipo de tratamiento pulpar, en letras mayúsculas y de color azul.

TC = Tratamiento de conductos

PC = Pulpectomía

PP = Pulpotomía

Sólo se registrará este tratamiento cuando se observe clínicamente los conos de gutapercha o si se evidencian radiográficamente.¹⁴

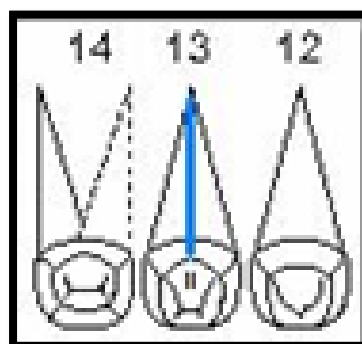


Figura N° 37
Tratamiento Pulpar

1.2 Investigaciones

Niquén E. (2013), realizó un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo. Materiales y Métodos: Estudio Cuantitativo, Descriptivo, Transversal y Retrospectivo. Población constituida por pacientes de ambos sexos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, se tomó una muestra de 1266 historias, el estudio fue durante el año 2012. Se empleó el muestreo aleatorio simple para la selección de las historias de dichos pacientes y una Ficha de Verificación de Calidad de las mismas, elaborada en base a la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”. Resultados: La evaluación de la calidad demostró que el 99,4% de las historias clínicas eran regulares. Los formatos específicos tuvieron un mayor porcentaje de cumplimiento (85,47%) en el registro de datos, con respecto a los formatos especiales (77,69%). La sección de Anamnesis presentó el más alto nivel de calidad de registro de datos (97,4%), en tanto que la de Anatomía Patológica, el más bajo (43,42%). Conclusión: El nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina en el Hospital Regional Docente de Trujillo es bueno.¹⁵

Zegarra C. (2013), realizó un estudio cuyo objetivo es caracterizar la presencia o ausencia de calidad en la historia clínica odontoestomatológica en relación al diseño y en relación al aspecto cualitativo. Material y Métodos: Se trató un estudio longitudinal retrospectivo, incluyendo 300 Historias Odontoestomatológicas, correspondiente a pacientes titulares, familiares, y particulares del año 2012. Resultados : Se encontró en el diseño de los formatos aspectos en los que se

cumple con la norma de manera total como es el caso de espacio para anotar respuesta 100%, pero existen otros donde el cumplimiento solo alcanza un 95% y 93% como es el caso de Espacio, registró – nombres - N° Historias Odontológicas y Rotulación de formatos respectivamente, de igual manera vemos criterios donde el cumplimiento de la norma es menor y oscila entre el 76 % y 83 % , es el caso de los criterios Tipo de papel impresión del mismo y tamaño de letra. Respecto al contenido de las historias clínicas, se encontró en la dimensión (formato) del campo de Identificación 13 campos alcanzan y sobrepasan el estándar de 16 campos ; en la dimensión enfermedad actual 3 de 4 campos alcanzan el estándar; en la dimensión examen clínico propio odontológico 5 de 8 campos alcanzan el estándar. Aspectos complementarios como enmendaduras, abreviaturas incumplen las normas en 30% y 35%, mientras que tipo de letra (77%), tipo de material para escribir (65%), cumplen las normas, pero sin alcanzar el estándar, es decir por debajo de 80%. Conclusiones: La calidad de la Historia Odontoestomatológica en relación al diseño es “excelente” en el indicador de espacio para anotar respuesta, superando el estándar; “buena” en tres de sus indicadores, tamaño de letra, rotulación de formatos, registró – nombres - N° Historia Odontoestomatológica; los que alcanzan el estándar “aceptable” en el indicador del tipo de papel e impresión del mismo ¹⁶

Suárez K. (2014), realizo un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de calidad de la historia clínica del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, de corte transversal. Se determinó el nivel de calidad de las historias clínicas de 385 pacientes de

hospitalización del Servicio de Cirugía General en el Hospital Regional Docente de Trujillo de Enero a Junio del 2013. Asimismo se utilizó una Ficha de Verificación de Calidad, tomada de Bocanegra S, Alvarado V, Bocanegra G y elaborada en base a la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”. El nivel de calidad del registro de éstas se determinó en base a los puntajes de los formatos y atributos de las mismas. Resultados: Se halló que los 22 formatos y los 5 atributos generales evaluados registraron algún grado de deficiencia en su llenado, encontrándose 359 (93.25%) historias clínicas de nivel regular, 17 (4.42%) historias clínicas de nivel Malo, tan sólo 9 (2.34%) de nivel bueno y ninguna historia clínica calificada como excelente. Conclusión: Se concluye que el nivel de calidad de las historias clínicas de hospitalización de los pacientes antes señalados es regular. Se recomienda fomentar una cultura de evaluación permanente de la calidad de este documento clave en la atención médica.¹⁷

Vega A. (2017), realizó un estudio cuyo objetivo era evaluar las historias clínicas en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, el método utilizado fue descriptivo esta investigación se tomó como muestra 167 historias clínicas donde se evaluó 12 variables basándose como instrumento en el formulario 033 del MSP. Los resultados fueron que el 13% de las historias clínicas son llenadas correctamente. El 84% tienen errores y únicamente el 3% de las historias se encuentran incompletas y se comprobó que la anamnesis del paciente se realiza de manera completa 72.2%, parcialmente completo 17.4% y de manera incompleta 10.6% y que los signos vitales se registran completos en un 42.3%, parcialmente Bueno 2,3% e Bueno 11%. Con

esto se comprobó que las Historias clínicas son llenadas en su mayoría con errores 84% y que hay una relación directa con el ciclo que cursa el estudiante.¹⁸

Ramírez S. (2017), realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la calidad con la cual se redactan las historias clínicas en el área de odontología de las universidades de la ciudad de Trujillo. El estudio fue retrospectivo, transversal, comparativo y observacional. Materiales y Métodos: La muestra estuvo conformada por un total de 384 historias clínicas aperturadas en el año 2016, se realizó el estudio en 3 universidades por lo tanto se dividió la muestra total, Universidad Privada Antenor Orrego 140 historias clínicas, Universidad Alas Peruanas 44 historias clínicas, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 199 historias clínicas. Para la evaluación de la calidad de utilizó un instrumento elaborado especialmente para este estudio, con buena confiabilidad (Alfa de Cronbach: 0.627), para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva; tal como tablas de frecuencia y porcentajes, así como gráficos estadísticos. Los resultados mostraron que se observa que en el nivel Satisfactorio sobresale la Universidad Privada Antenor Orrego con 55%, mientras la Universidad Alas Peruanas y Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote obtuvieron un 25%. Así mismo, en el nivel por mejorar la Universidad Alas Peruanas obtuvo 70%, seguida por Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 62%, y la Universidad Privada Antenor Orrego 44% y en el nivel deficiente, el mayor porcentaje lo obtuvo la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 26%, seguido de un 5% de la Universidad Alas Peruanas y sólo un 1% en el caso de Universidad Privada Antenor Orrego.¹⁹

1.3 Marco Conceptual

- **Anamnesis**

Se refiere al historial de enfermedad y lesiones basado en la memoria del paciente o la evocación en el momento de una entrevista y exploración médica o dental.²⁰ Es la forma en que se inicia la relación profesional-enfermo. Además obliga al profesional a comprender las características del paciente, su sensibilidad y el nivel de comprensión para establecer la empatía necesaria con el fin de mejorar la calidad de atención.²¹

- **Filiación**

Son los datos del paciente registrados en la historia clínica como el nombre completo, edad, sexo, raza, lugar de nacimiento, domicilio, ocupación, estado civil, dirección, teléfono y centro de trabajo.^{22, 23}

- **Motivo de Consulta**

Es el motivo por el cual la persona consulta. Es un breve relato que permite decir en forma resumida cuál es la naturaleza del problema. No solo puede llegar a la consulta por dolor también puede acudir por un trastorno funcional, alteraciones de la salivación, halitosis, tumoraciones, hemorragia gingival o de otra índole, sensación de alargamiento o movilidad de los dientes, mal posición dental o para una revisión rutinaria en relación con la salud bucal, entre otras muchas razones.²⁴

- **Antecedentes Odontológicos**

Son los aspectos relacionados con la salud bucal del paciente, como la última visita al odontólogo, tratamientos y experiencia anteriores, presencia de aparatos en boca, educación en salud oral, frecuencia de cepillado y uso de la seda dental, aplicación previa de flúor y sellantes.²⁵

- **Antecedentes Médicos**

Se refiere al interrogatorio que se realiza al paciente acerca de las enfermedades sistémicas que haya padecido o padezca. Se debe realizar anotando el diagnóstico y el tratamiento. También debe preguntarse acerca de procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones, alergias. Si es mujer se debe preguntar si existe embarazo o lactancia en edad fértil. En pacientes pediátricos interrogar acerca del embarazo, parto, lactancia y vacunas.²⁵

- **Ectoscopía**

Es la observación global y metódica de las particularidades del paciente, morfológicas y dinámicas. Es la primera observación que se tiene del paciente, teniendo en cuenta el estado de gravedad, edad aparente y signo o signos destacados.²⁵ Se inicia tan pronto afrontamos al paciente; durante el interrogatorio y después de éste para ser reconocido.²⁶

- **Funciones Vitales**

Es la parte de la historia que recoge la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la intensidad del dolor. Los datos relativos a la ingesta y la diuresis se pueden registrar en este documento.²⁷

- **Examen Extraoral**

Exploración preliminar de cabeza, cuello y cara, que suele realizarse en combinación con la exploración intraoral para reconocer anomalías que puede influir en la salud de paciente; puede requerir observación, escucha, palpación y olfato.²⁴

- **Examen Intraoral**

Examen de todas las estructuras dentro de la cavidad oral como la mucosa labial y de la mejilla, fondo de vestíbulo, lengua (bordes, dorso y cara ventral), piso de boca, paladar (duro y blando), encía (superior, inferior, vestibular, lingual/palatina), faringe (pilares amigdalianos).²⁴

- **Epicrisis**

Es la sección donde se incluyen las fechas de ingreso y egreso al hospital, el número total de días de estadía y los diagnósticos al egreso con sus correspondientes codificaciones de acuerdo a la clasificación estadística internacional de enfermedades de la OPS (OMS). Además un comentario de todo lo sucedido en el curso de la intervención, donde se exponen los fundamentos que motivaron las conclusiones del caso y el pronóstico de la enfermedad. También se especificara las causas del alta y se detallara las prescripciones hechas al paciente.²⁸

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La historia clínica es un documento médico legal y académico usado por el profesional de la salud, donde se transcriben datos privados del paciente con el objetivo de obtener un diagnóstico correcto y el mejor plan de tratamiento respetando sus creencias, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo y su orientación sexual; además es un documento que integra la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

En el mundo la historia clínica es un documento obligatorio realizado por los profesionales de la salud, pues está reglamentado en la mayoría de países a nivel global que establecen como derecho fundamental del ser humano al mejor gozo de la salud, por lo que lo hace un documento imprescindible y relevante en diferentes áreas.

En América las legislaciones sobre la elaboración de las historias clínicas son similares pero con algunas diferencias puntuales, así como en algunos países no poseen normas o códigos donde se hable de manera específica sobre el

realizamiento de las historias clínicas como es en el caso de Brasil y El Salvador; o que posean leyes provinciales que generan diferencias al momento de manejar legalmente la historia pues las disposiciones varían.

En el Perú existe un Código de Ética y Deontológico en el cual presenta una sección sobre todos los documentos médicos y sobre cómo realizar las historias clínicas en los distintos servicios y dependencias. Pero es en la norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado donde se clasifica la historia clínica según el tipo de prestación, el nivel de atención, la etapa de vida del paciente y su manejo según el punto de vista.

Sin embargo en la práctica tanto en el Perú como en otros países la elaboración de las historias clínicas es deficiente pues en la mayoría de los casos hay falta de pulcritud, legibilidad, exactitud y vacíos de información. Esto es debido a una falta de conocimiento sobre el llenado o porque se considera que se pierde demasiado tiempo al hacer una historia clínica.

Sabiendo la importancia que tiene este documento para el profesional de la salud, la Universidad Inca Garcilaso de la Vega viene enseñando sobre cómo elaborar una historia clínica desde los primeros ciclos de la carrera desde el curso de medicina, con el fin que el estudiante pueda realizar una historia con el conocimiento apropiado y correcto uso del lenguaje científico.

Si este estudio no se hubiese realizado no se hubiera podido hallar el porcentaje de las partes de la historia clínica que si están bien registradas o no. Por lo que, no se podría corregir a los estudiantes, saldrían egresados con una mala formación en lo correspondiente a la calidad del registro de las historias clínicas y si una está mal elaborada no se podría determinar un diagnóstico definitivo correcto, ni muchos menos el tratamiento ideal para el caso.

El beneficio de realizar este estudio, es demostrar la calidad tanto del aprendizaje del estudiante de la Carrera de Estomatología al momento de hacer una historia clínica, como también demostrar la calidad con la que se atienden a los pacientes que acuden a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cuál es la calidad de los registros en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?

2.1.2.2 Problemas Específicos

A. ¿Cuál es la calidad de los registros en la anamnesis en las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?

- B.** ¿Cuál es la calidad de los registros del examen clínico general en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- C.** ¿Cuál es la calidad de los registros del examen clínico estomatológico en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- D.** ¿Cuál es la calidad de los registros de los exámenes complementarios en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- E.** ¿Cuál es la calidad de los registros del diagnóstico en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- F.** ¿Cuál es la calidad de los registros del pronóstico en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- G.** ¿Cuál es la calidad de los registros del plan de tratamiento en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?

- H. ¿Cuál es la calidad de los registros de la evolución en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- I. ¿Cuál es la calidad de los registros del odontograma final en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?
- J. ¿Cuál es la calidad de los registros de la calidad del Alta y/o epicrisis en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación buscó comprobar si es buena la calidad de los registros de las historias clínicas por parte de los estudiantes que realizan sus prácticas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con el fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.

2.2.2 Objetivos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la calidad de los registros de las historias clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

- A.** Establecer la calidad de los registros de la anamnesis en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- B.** Establecer la calidad de los registros del examen clínico general de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- C.** Establecer la calidad de los registros del examen clínico estomatológico de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- D.** Establecer la calidad de los registros de los exámenes complementarios de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- E.** Establecer la calidad de los registros del diagnóstico de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- F.** Establecer la calidad de los registros del pronóstico de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- G.** Establecer la calidad de los registros del plan de tratamiento de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- H.** Establecer la calidad de los registros de la evolución de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- I.** Establecer la calidad de los registros del odontograma final en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- J.** Establecer la calidad de los registros del Alta y/o epicrisis de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

2.2.3 Delimitación del Estudio

Delimitación Espacial

El estudio se efectuó geográficamente en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el Distrito de Pueblo Libre en Lima, Perú.

Delimitación Temporal

El este estudio se utilizó las Historias Clínicas realizadas solo durante el año 2017.

Delimitación Social

La presente investigación buscó comprobar sobre el llenado de las historias clínicas por parte de los estudiantes que realizan sus prácticas en la Clínica Estomatológica con el fin de promover la calidad en los registros y la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud, en base a una correcta elaboración de acuerdo a la Norma Técnica del MINSA.

Delimitación Conceptual

La calidad hace referencia al valor de los conjuntos de características inherentes que cumplen con los requisitos del cliente. La historia clínica es un documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada y secuencial por parte del profesional de la salud.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

La calidad de atención al paciente no es solo con el trato que se le da, también es al realizar una correcta historia clínica, pues con ella se logra hallar el diagnóstico correcto y se puede optar por el mejor tratamiento posible ya que esta información puede ser leída por otro profesional, como también puede ser objeto de evaluación de los organismos que controlan la calidad del registro de las historias clínicas.

El estudio buscó evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas utilizadas por los estudiantes de la Clínica Estomatológica, para identificar y

corregir en caso amerite. Para seguir manteniendo y mejorar en los Items no favorables, sobre el correcto llenado de la Historia Clínica.

Este estudio es importante para demostrar que la Universidad Inca Garcilaso de la Vega siempre busca dar la mejor enseñanza a sus alumnos y también brindar la mejor calidad de atención al paciente que se atiende en la Clínica del Adulto de la Facultad de Estomatología.

También es importante el estudio por ser la primera investigación que se hace en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega sobre el tema.

2.3 Variable e Indicadores

2.3.1 Variable

Calidad de los registros en las historias clínicas de la Clínica Estomatológica.

Definición conceptual

Se refiere a la elaboración de la historia clínica por parte del estudiante de estomatología, que cumplan en registrar todos los datos obtenidos para un mejor tratamiento, que satisfaga o supere las expectativas del paciente.

2.3.2 Indicadores

Los indicadores reúnen los ítems relacionados en cada una de las dimensiones que se proponen en el estudio de la N° 01 a la N° 10.

1. Para la dimensión de la calidad de los registros de la Anamnesis de la Historia Clínica los indicadores son las valoraciones de los ítems: filiación, motivo de consulta, antecedentes odontológicos y antecedentes médicos de la ficha de recolección de datos.
2. Para la dimensión de la calidad de los registros del Examen Clínico General de la Historia Clínica los indicadores son las valoraciones de los ítems: ectoscopía, peso-talla, funciones vitales y piel-anexos de la ficha de recolección de datos.
3. Para la dimensión de la calidad de los registros del Examen Clínico Estomatológico de la Historia Clínica los indicadores son las valoraciones de los ítems: examen extraoral, examen intraoral y odontograma de diagnóstico de la ficha de recolección de datos.
4. Para la dimensión de la calidad de los registros de los Exámenes Complementarios de la Historia Clínica el indicador es la valoración del ítem de exámenes complementarios de la ficha de recolección de datos.
5. Para la dimensión de la calidad de los registros del Diagnóstico de la Historia Clínica el indicador es la valoración del ítem del diagnóstico de la ficha de recolección de datos.
6. Para la dimensión de la calidad de los registros del Pronóstico de la Historia Clínica el indicador es la valoración del ítem del pronóstico de la ficha de recolección de datos.
7. Para la dimensión de la calidad de los registros del Plan de Tratamiento el indicador es la valoración del ítem del plan de tratamiento de la ficha de recolección de datos.

- 8.** Para la dimensión de la calidad de los registros de la Evolución el indicador es la valoración del ítem de evolución de la ficha de recolección de datos.
- 9.** Para la dimensión de la calidad de los registros del Odontograma Final el indicador es la valoración del ítem de odontograma final de la ficha de recolección de datos.
- 10.** Para la dimensión de la calidad de los registros del Alta y/o epicrisis el indicador es la valoración del ítem de alta y/o epicrisis de la ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población con la cual se realizó el estudio son las historias clínicas de pregrado elaboradas en la Clínica del Adulto en el año 2017, las cuales fueron 1140 en su totalidad.

3.1.2 Muestra

La muestra que se tomó para el estudio fue de 446 historias clínicas de los pacientes que se atendieron en la Clínica del Adulto, elegidos mediante el muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z_a^2 \times pq}$$

Donde:

n= Tamaño Muestral

N=Total de Población

Z_a=Valor correspondiente a la distribución de gauss, Z_a=0.05=1.96 (si la seguridad es del 95%)

P= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, en caso de desconocerse (P=5%=0.05), que hace mayor el tamaño muestral.

Q= 1-p (en este caso 1-0.05=0.95)

E= Error que se prevé cometer si es del 5%, e=0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.95 \times 1140}{0.05^2 \times (1140 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.95}$$

$$n = \frac{2080.2264}{2.8475 + 1.82476}$$

$$n = \frac{2080.2264}{4.67226}$$

$$n = 445.229$$

Muestra de historias clínicas 446

3.2 Diseño a Utilizar

3.2.1 Diseño

Descriptivo

3.2.2 Tipo de Investigación

Observacional, transversal y prospectivo.

3.2.3 Enfoque

Cuantitativo

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el proyecto en la Oficina de Grados y Títulos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para su aprobación y así poder desarrollar el estudio. Luego se solicitó la autorización del Sr. Decano de la Facultad de Estomatología, para poder realizar la ejecución de la presente investigación.

Posteriormente, se solicitó autorización a la Dirección de la Clínica para poder ejecutar la investigación en el área de archivo de historias clínicas. El estudio se realizó en el ambiente de archivos donde se encuentran las historias clínicas.

Se tomó una muestra de 446 historias clínicas de los pacientes que se atienden en la Clínica del Adulto de la Facultad de Estomatología. Los datos se registraron en una Ficha de Recolección de Datos.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento consistió en una ficha para medir el nivel de la calidad de los registros en las historias clínicas realizadas en la Clínica Estomatológica del Adulto. Dicho instrumento fue elaborado por el investigador para los fines específicos y fue validado por tres expertos con grado académico de Doctor o Magister y con experiencia en el manejo de historias clínicas (Juicio de Expertos).

La primera parte consistió en llenar el N° de Historia Clínica y la fecha de apertura de dicha historia clínica, no se solicitó otro dato para este rubro de la ficha.

La segunda parte consistió en darle un grado de valor a cada uno de las diez dimensiones y a sus respectivas divisiones correspondientes. Los criterios de la valoración son:

- **Registrado (1)**

El valor se encuentra registrado correctamente en la historia clínica.

- **No Registrado (2)**

Faltan datos, los datos no aportan para hallar un diagnóstico definitivo correcto.

- **Incompleto (3)**

Información deficiente, no utilización de los términos técnicos científicos correctos.

- **Mal Registrado (4)**

No hay ningún valor Registrado para el ítem

ÍTEM	VALORACIÓN
1. Calidad de la anamnesis 2. Calidad del examen clínico general 3. Calidad del examen clínico estomatológico 4. Calidad de los exámenes complementarios 5. Calidad del diagnóstico 6. Calidad del pronóstico 7. Calidad del plan de tratamiento 8. Calidad de la evolución 9. Calidad del odontograma final 10. Calidad del Alta y/o epicrisis	1 = Registrado 2 = No Registrado 3 = Incompleto 4 = Mal Registrado

1. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión de la Anamnesis se les dará a los indicadores una valoración correspondiente a cada uno de los ítems de filiación, motivo de consulta, antecedentes odontológicos y antecedentes médicos, que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
2. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Examen Clínico General se les dará a los indicadores una valoración correspondiente a cada uno de los ítems de ectoscopía, peso-talla, funciones vitales y piel-anexos, que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
3. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Examen Clínico Estomatológico se les dará a los indicadores una valoración correspondiente a cada uno de los ítems de examen extraoral, examen intraoral y odontograma de diagnóstico, que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
4. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión los Exámenes Complementarios se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
5. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Diagnóstico se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.

6. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Pronóstico se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
7. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Plan de Tratamiento se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
8. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión de la Evolución se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
9. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Odontograma Final se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.
10. Para hallar la calidad de los registros de la dimensión del Alta y/o epicrisis se le dará una valoración que puede ser: Registrado, Incompleto, Mal registrado y No registrado.

La calidad de los registros de las Historias Clínicas se va evaluar por un conteo de los valores de cada ítem de las dimensiones con sus respectivos porcentajes Estos resultados servirán para comparar con las investigaciones previas y dar la conclusión de este estudio.

3.4 Procesamiento de Datos

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las codificaciones planteadas por el investigador.

Para esta investigación se utilizó una computadora con procesador marca LENOVO con un procesador Intel ® Core ™ i5-4440 CPU @ 3.10GHz., con memoria RAM instalada: de 8.00GB, con un sistema operativo de 64 bits con sistema operativo de Windows 10.

La información recolectada será analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión 24.0; en la cual se llevará a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición.

Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales serán expresadas mediante tablas y gráficos. Los resultados muestrales serán inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INSTRUMENTOS

4.1 Presentación de Resultados

El propósito del estudio fue determinar la calidad de los registros de las historias clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017. Después de realizada la ejecución y habiéndose obtenido los resultados, el análisis de estos resultados se hizo mediante la estadística descriptiva de acuerdo a las dimensiones e inferencias, que se muestran a continuación mediante tablas y gráficos.

Tabla N° 01
Calidad de los Registros en las Historias Clínicas de la Clínica
Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	288	64.57
NO REGISTRADO	0	0
INCOMPLETO	119	26.68
MAL REGISTRADO	39	8.74
TOTAL	446	100

En la tabla N° 01, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 288 (64.57%) presentan un nivel de calidad registrado; 119 (26.68%) tienen un nivel de calidad incompleto, 39 (8.74%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 0 (0%) tienen un nivel de calidad no registrado.

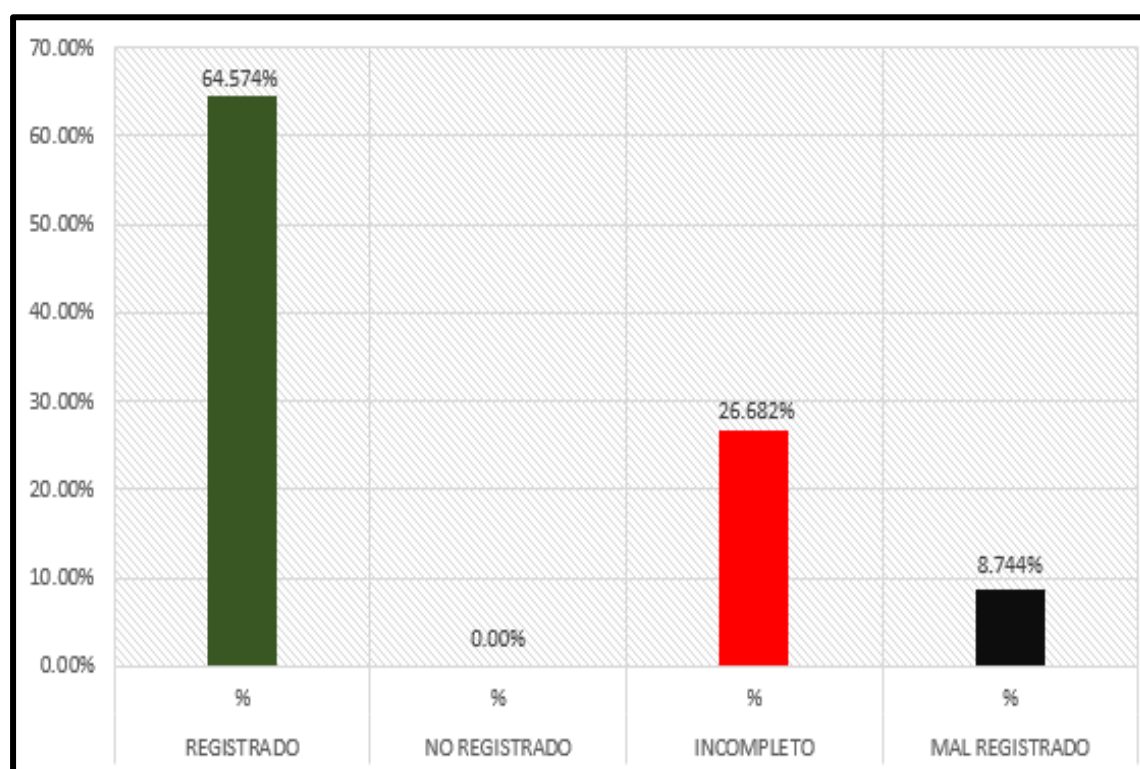


Gráfico N° 01
Calidad de los Registros en las Historias Clínicas de la Clínica
Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Tabla N° 02
Calidad de los Registros de Anamnesis en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

	N	%
REGISTRADO	305	68.39
NO REGISTRADO	2	0.45
INCOMPLETO	135	30.27
MAL REGISTRADO	4	0.9
TOTAL	446	100

En la tabla N° 02, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 305 (68.39%) presentan un nivel de calidad registrado; 135 (30.27%) tienen un nivel de calidad incompleto, 04 (0.9%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 2 (0.45%) tienen un nivel de calidad no registrado.

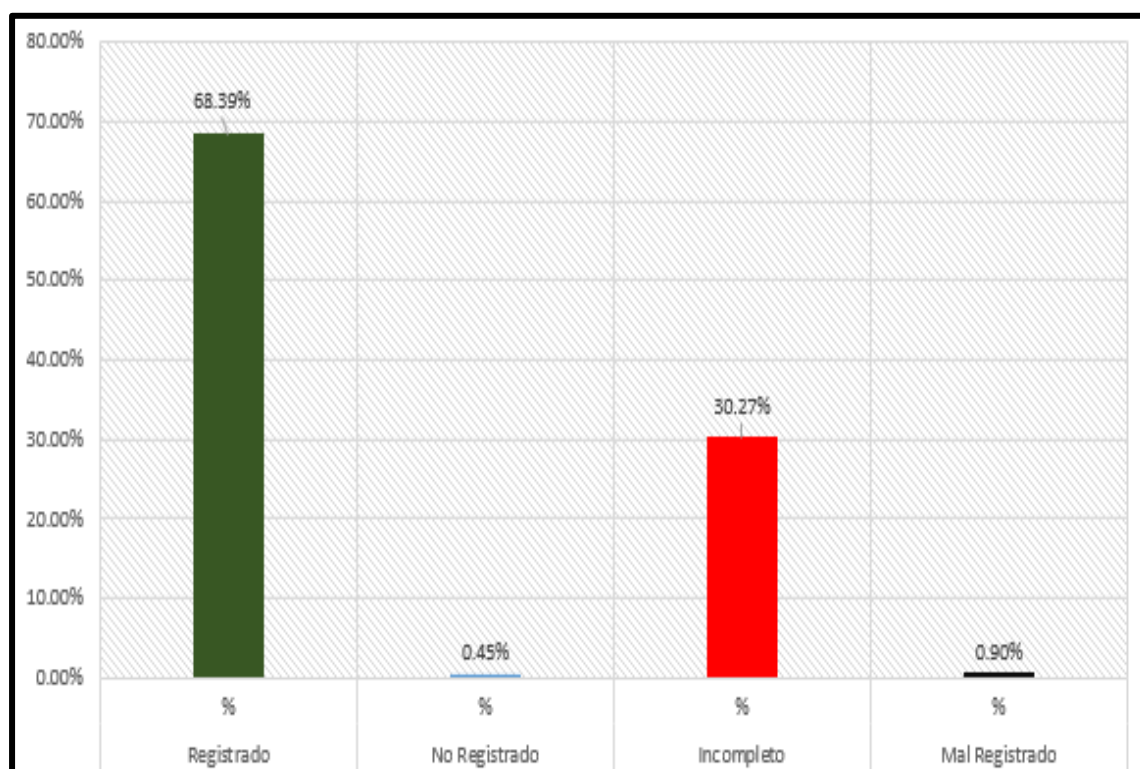


Gráfico N° 02
Calidad de los Registros de Anamnesis en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

Tabla N° 03
Calidad de los Registros del Examen Clínico General de las Historias en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	296	66.37
NO REGISTRADO	0	0
INCOMPLETO	148	33.18
MAL REGISTRADO	2	0.45
TOTAL	446	100

En la tabla N° 03, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 296 (66.37%) presentan un nivel de calidad registrado; 148 (33.18%) tienen un nivel de calidad incompleto, 02 (0.45%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 0 (0%) tienen un nivel de calidad no registrado.

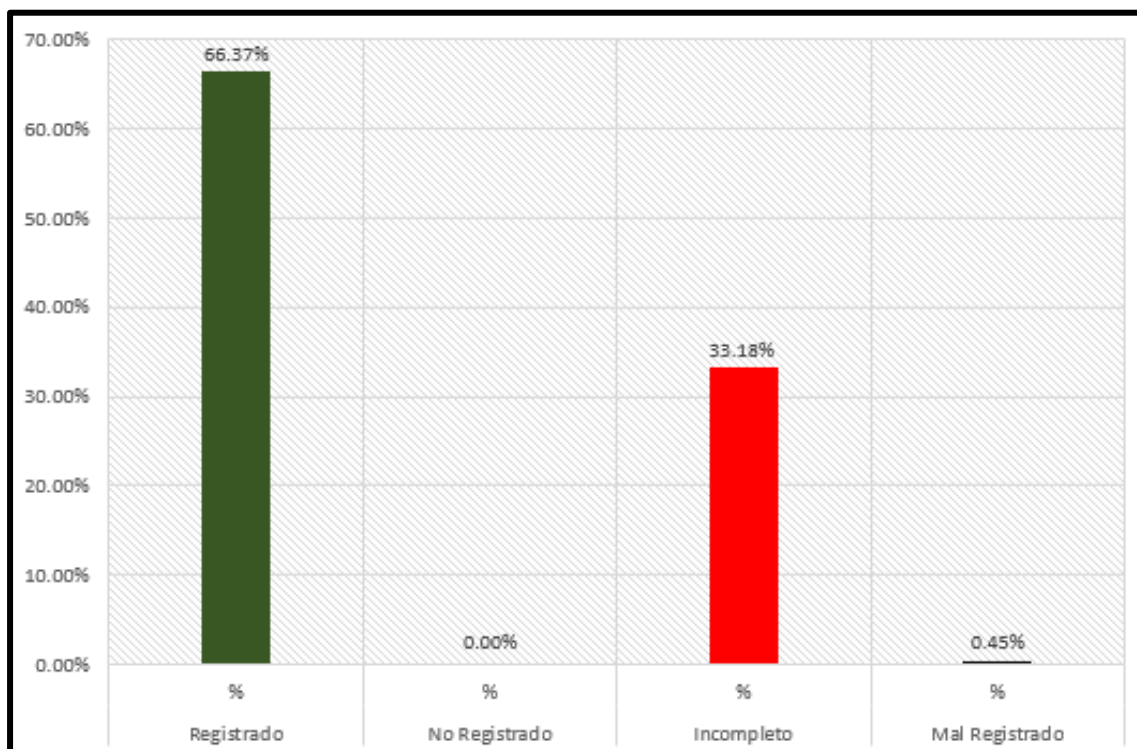


Gráfico N° 03
Calidad de los Registros del Examen Clínico General de las Historias Clínicas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Tabla N° 04
Calidad de los Registros del Examen Clínico Estomatológico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	296	66.37
NO REGISTRADO	0	0
INCOMPLETO	142	31.84
MAL REGISTRADO	8	1.79
TOTAL	446	100

En la tabla N° 04, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 296 (66.37%) presentan un nivel de calidad registrado; 142 (31.84%) tienen un nivel de calidad incompleto, 08 (1.79%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 0 (0%) tienen un nivel de calidad no registrado.

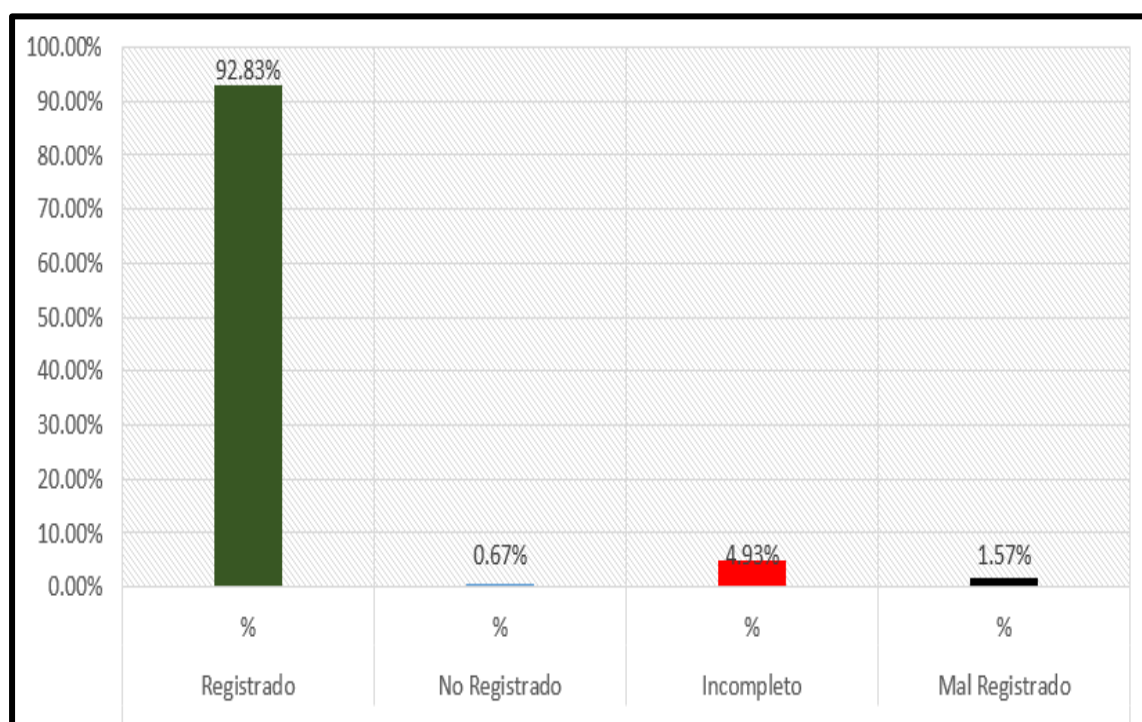


Gráfico N° 04
Calidad de los Registros del Examen Clínico Estomatológico en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Tabla N° 05
Calidad de los Registros en los Exámenes Complementarios en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	376	84.30
NO REGISTRADO	70	15.70
INCOMPLETO	0	0
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 05, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 376 (84.30%) presentan un nivel de calidad registrado; 0 (0%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 70 (15.70%) tienen un nivel de calidad no registrado.

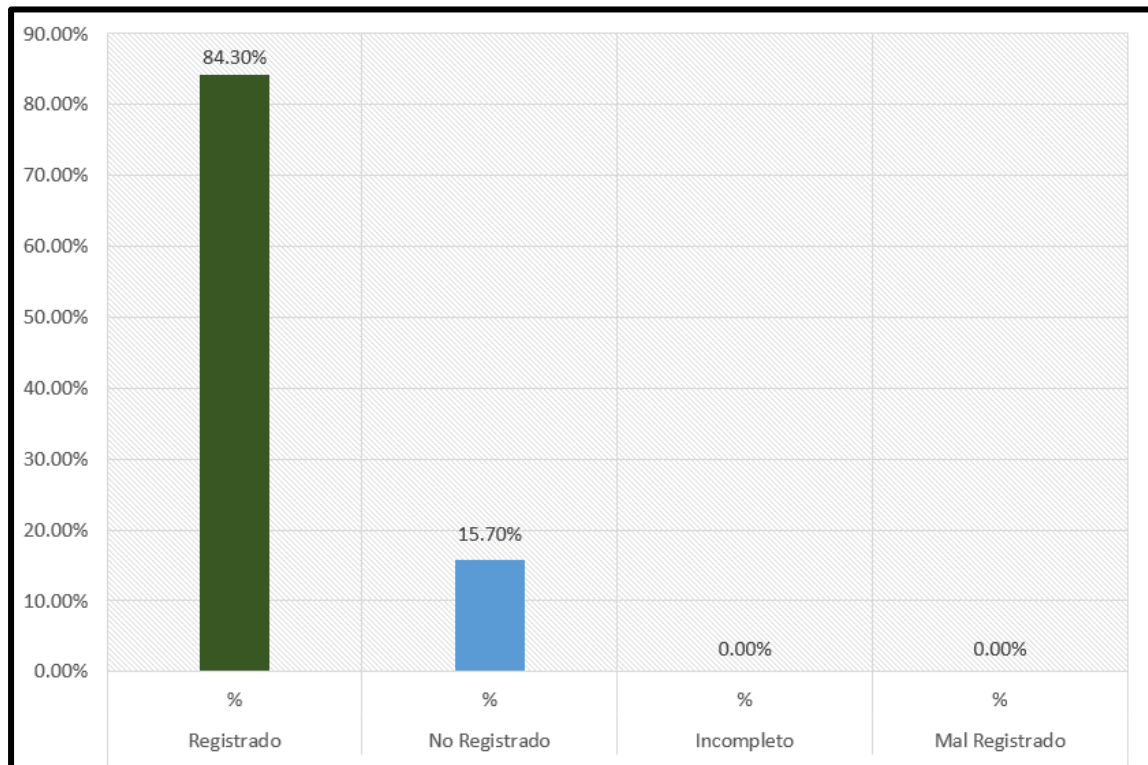


Gráfico N° 05
Calidad de los Registros en los Exámenes Complementarios en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Tabla N° 06
Calidad de los Registros del Diagnóstico en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

	N	%
REGISTRADO	368	82.51
NO REGISTRADO	3	0.67
INCOMPLETO	72	16.14
MAL REGISTRADO	3	0.67
TOTAL	446	100

En la tabla N° 06, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 368 (82.51%) presentan un nivel de calidad registrado; 72 (16.14%) tienen un nivel de calidad incompleto, 3 (0.67%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 3 (0.67%) tienen un nivel de calidad no registrado.

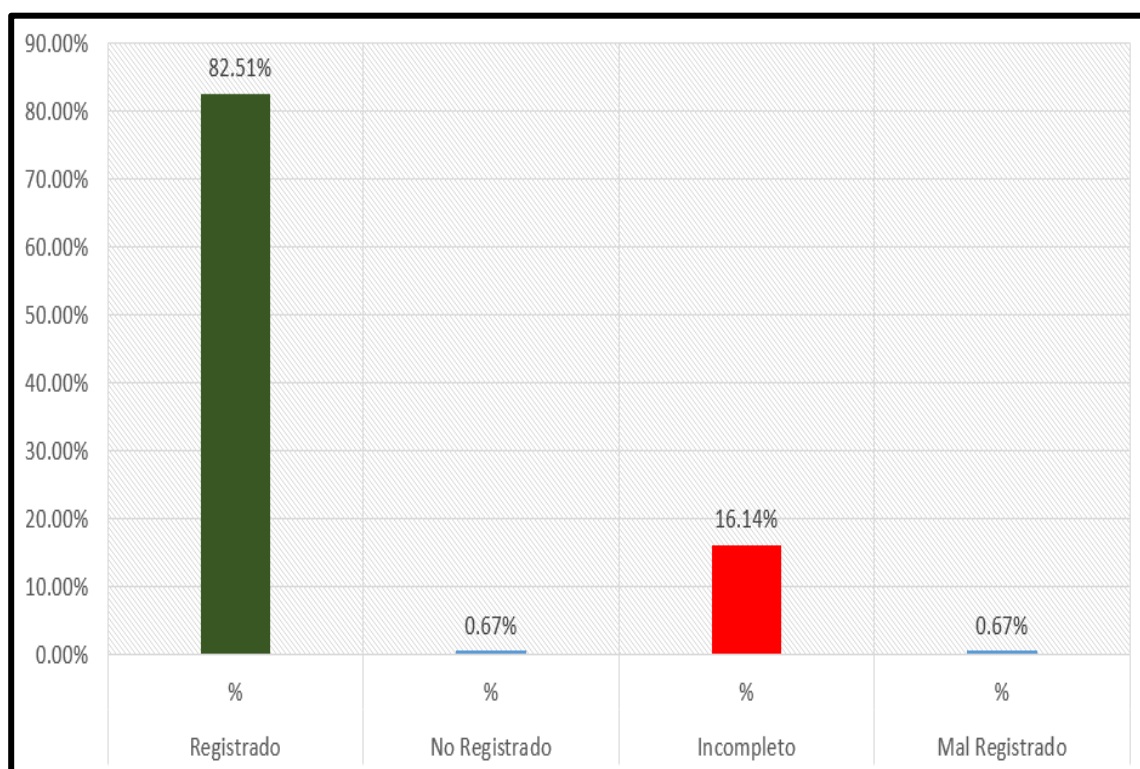


Gráfico N° 06
Calidad de los Registros del Diagnóstico en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

Tabla N° 07
Calidad de los Registros del Pronóstico en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

	N	%
REGISTRADO	0	0
NO REGISTRADO	446	100
INCOMPLETO	0	0
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 07, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 0 (0%) presentan un nivel de calidad registrado; 0 (0%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 446 (100%) tienen un nivel de calidad no registrado.

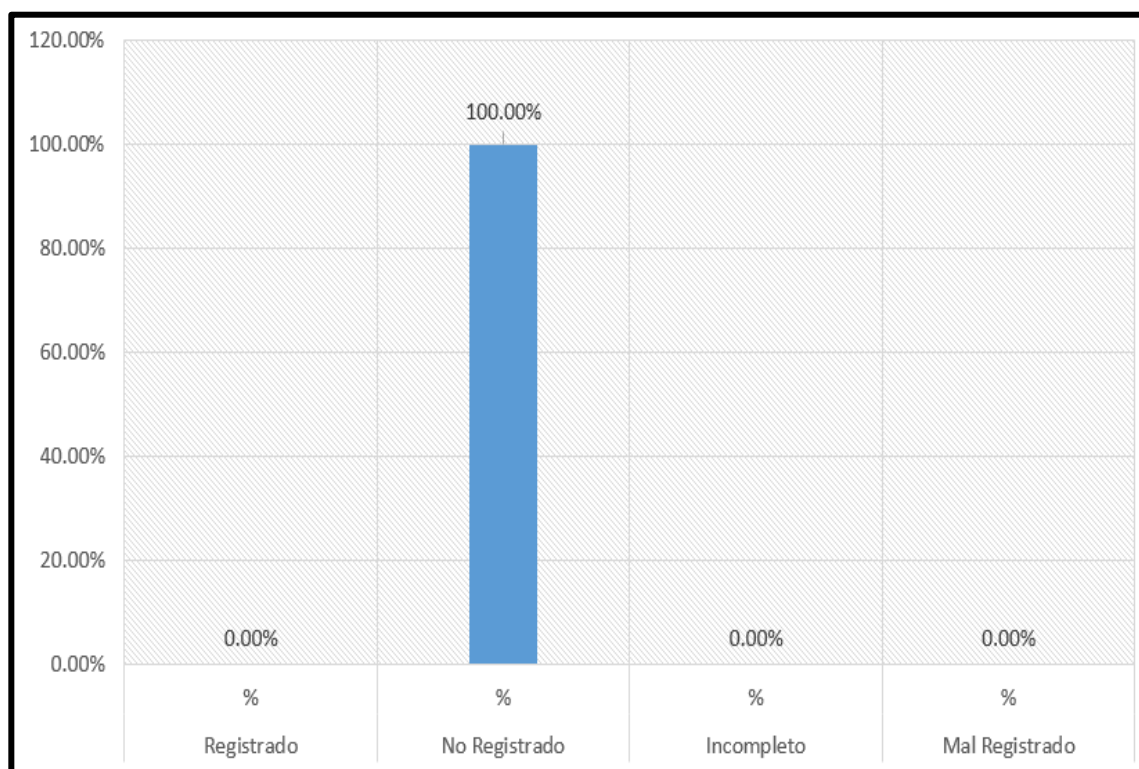


Gráfico N° 07
Calidad de los Registros del Pronóstico en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

Tabla N° 08
Calidad de los Registros del Plan de Tratamiento en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	398	89.24
NO REGISTRADO	2	0.45
INCOMPLETO	46	10.31
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 08, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 398 (89.24%) presentan un nivel de calidad registrado; 46 (10.31%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 2 (0.45%) tienen un nivel de calidad no registrado.

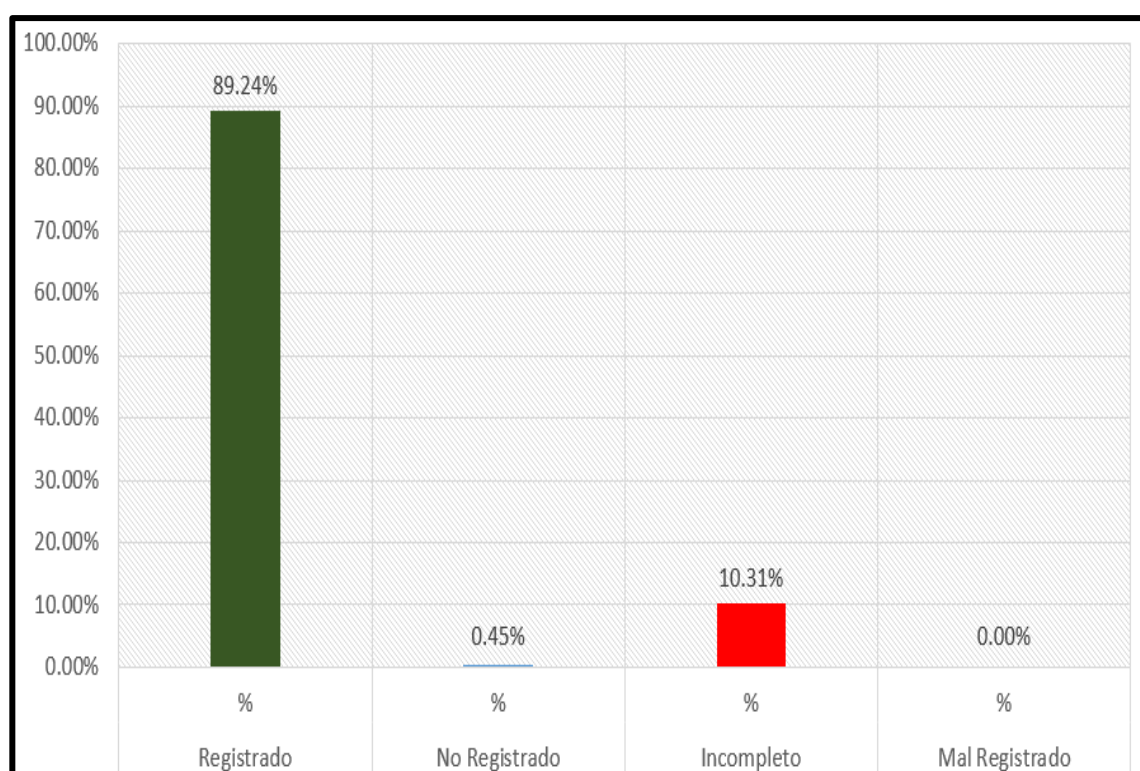


Gráfico N° 08
Calidad de los Registros del Plan de Tratamiento en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Tabla N° 09
Calidad de los Registros de la Evolución en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

	N	%
REGISTRADO	436	97.76
NO REGISTRADO	6	1.35
INCOMPLETO	4	0.90
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 09, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 436 (97.76%) presentan un nivel de calidad registrado; 4 (0.90%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 6 (1.35%) tienen un nivel de calidad no registrado.

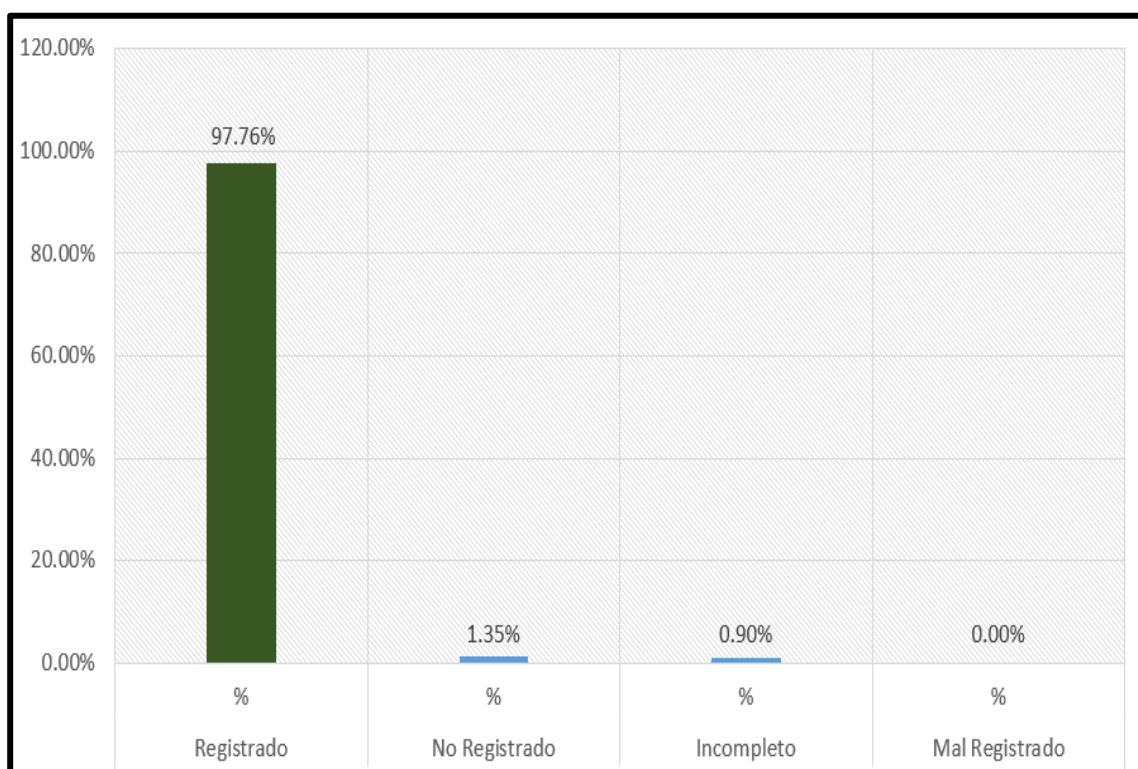


Gráfico N° 09
Calidad de los Registros de la Evolución en las Historias Clínicas de la
Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año
2017

Tabla N° 10
Calidad de los Registros del Odontograma Final en las Historias Clínicas de
la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el
año 2017

	N	%
REGISTRADO	0	0
NO REGISTRADO	446	100
INCOMPLETO	0	0
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 10, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 0 (0%) presentan un nivel de calidad registrado; 0 (0%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 446 (100%) tienen un nivel de calidad no registrado.

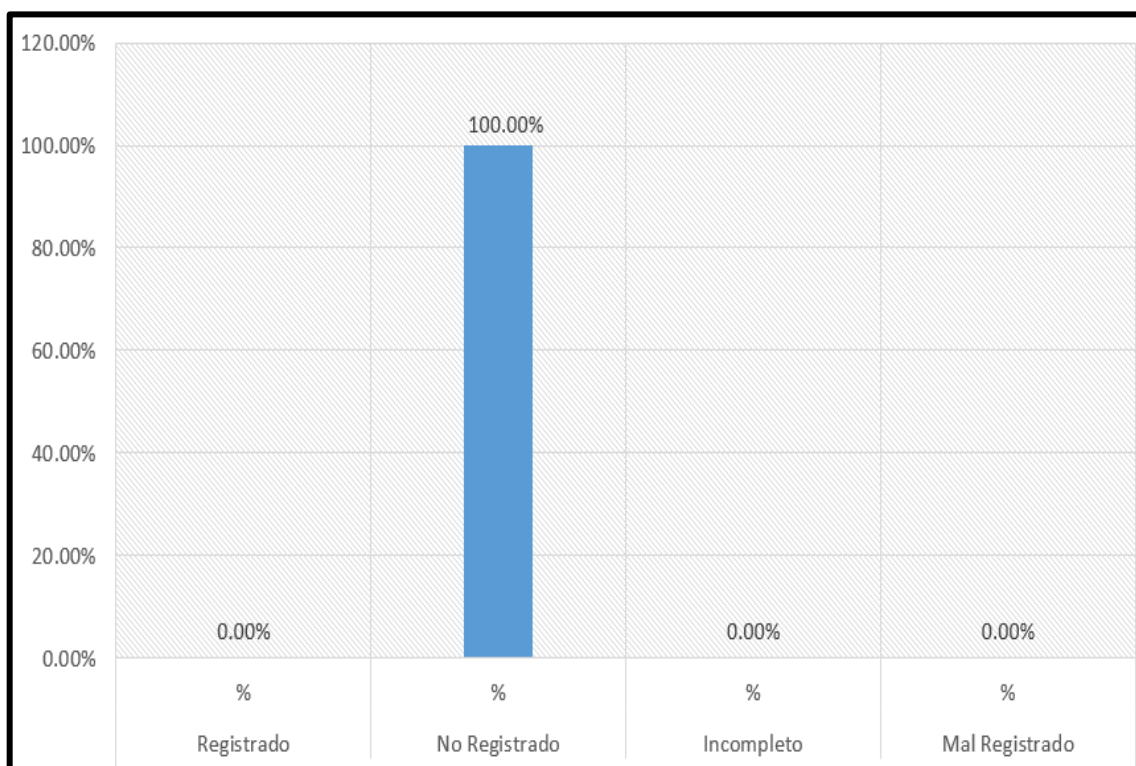


Gráfico N° 10
Calidad de los Registros del Odontograma Final en las Historias Clínicas de
la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el
año 2017

Tabla N° 11
Calidad de los Registros de la Alta y/o Epicrisis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

	N	%
REGISTRADO	0	0
NO REGISTRADO	446	100
INCOMPLETO	0	0
MAL REGISTRADO	0	0
TOTAL	446	100

En la tabla N° 11, se observa que del total de la muestra que corresponde a 446 (100%) historias clínicas, 0 (0%) presentan un nivel de calidad registrado; 0 (0%) tienen un nivel de calidad incompleto, 0 (0%) tienen un nivel de calidad mal registrado y 446 (100%) tienen un nivel de calidad no registrado.

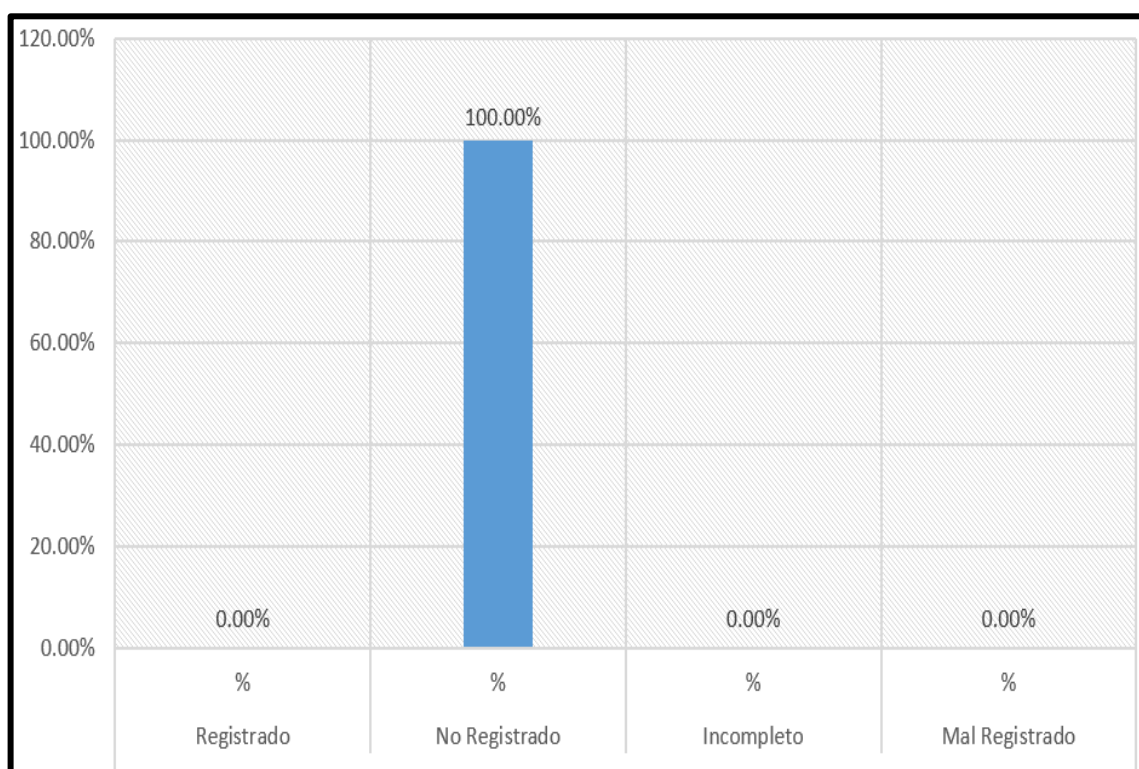


Gráfico N° 11
Calidad de los Registros de la Alta y/o Epicrisis en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

4.2 Discusión de los Resultados

En el presente estudio se plantea como objetivo determinar la Calidad de los registros de las Historias Clínicas realizadas en el año 2017, en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Con una muestra de 446 historias clínicas. En los resultados se observa que en su mayoría, las historias clínicas presentan un nivel de calidad de Registrado en un numero de 288 con un porcentaje de 64.57%; así mismo en un número de 119 historias clínicas con un porcentaje de 26.68%, tienen un nivel de calidad Incompleto. Además en un numero de 39 Historias clínicas con un porcentaje de 8.74%, tienen un nivel de calidad de Mal registrado. Los resultados muestran que en mayor porcentaje las historias clínicas se encuentran registradas la información que da el paciente por parte de los alumnos que realizan el llenado de las historias clínicas y que luego son supervisadas por los docentes que laboran en la Clínica Estomatológica, habría que mejorar para que un mayor porcentaje pueda hacer bien el registro en las Historias Clínicas, que sería beneficioso para el paciente.

En cuanto a la calidad de los registros de la anamnesis en las historias clínicas elaboradas en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En los resultados se observa que en su mayoría en un numero de 305 con un porcentaje de 68.39%, presentan un nivel de calidad Registrado; así mismo en un numero de 135 con un porcentaje de 30.27% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto; luego en un numero de 4 con un porcentaje de 0.9% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Mal registrado; y solo en un numero de 2 con un porcentaje de 0.45% de historias clínicas tienen un nivel de calidad

No registrado. Esto significa que si bien es cierto que la mayoría tienen un nivel de calidad Registrado, existe un gran número que presentan un nivel de calidad Incompleto y un pequeño número de historias clínicas con nivel de Mal registrado al no encontrarse en ellas un llenado completo en los ítems de antecedentes odontológicos y antecedentes médicos. Esto podría llevar a cometer un mal manejo del tratamiento del paciente, ya que no se conocería si este sufre de alguna alteración que podría interactuar de manera negativa con el tratamiento recomendado al paciente.

En la dimensión de Examen Clínico General se observa que en un número de 296 con un porcentaje de 66.37% de historias clínicas, presentan un nivel de calidad de Registrado; luego en un número de 148 con un porcentaje de 33.18% de historias clínicas, tienen un nivel de calidad Incompleto. También en un número de 2 con un porcentaje de 0.45% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Mal registrado. Se observa en los resultados que la mayoría tienen un nivel de calidad Registrado, existe un gran número que presentan un nivel de calidad Incompleto, además de tener un mínimo de Mal registrado y No registrado en los ítems de talla - peso y funciones vitales lo que podría llevar a cometer una mala administración de medicamento en cuanto a los pacientes o exceder la dosis máxima de anestesia que pueda soportar un paciente.

En la dimensión de Examen Clínico Estomatológico se observa que en un número de 296 con un porcentaje de 66.37% de historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado; luego, en un número de 142 con un porcentaje de 31.84% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto; también, en un número de

8 con un porcentaje de 1.79% de historias clínicas tienen un nivel de calidad Mal registrado. Los resultados muestran que existe una cantidad significativa de historias con calidad Incompleta en los ítems de examen extraoral y sobretodo en el examen intraoral. En esta dimensión se debe de aumentar la cantidad de Registrado debido a que el examen clínico estomatológico forma parte esencial de nuestro tratamiento y es el pilar esencial de nuestra carrera.

En la dimensión de Exámenes Complementarios se observó que en un número de 376 con un porcentaje de 84.30% de las historias clínicas presentaban un nivel de calidad Registrado; y en un número de 70 con un porcentaje de 15.70% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad No registrado. En esta dimensión se debe lograr en nivel de calidad de Registrado, porque los exámenes complementarios ayudan a confirmar o rechazar el diagnóstico presuntivo.

En la dimensión de Diagnóstico se observó que del total de la muestra, en un número de 368 con un porcentaje de 82.51% de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado; luego, en un número de 72 con un porcentaje de 16.14% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto; asimismo, en un numero de 3 con un porcentaje de 0.67% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad Mal registrado y No registrado. En los resultados si bien se observa que hay un elevado porcentaje de historias clínicas con el nivel de calidad Registrado en este ítem, se debe lograr un 100% ya que de esto depende la elección del tratamiento a realizar, que mejoraría el plan de tratamiento del paciente.

En la dimensión del Pronóstico se observó que en un número de 446 con un porcentaje de 100% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad No registrado. Esta dimensión debe ser agregada a la historia clínica de la Clínica Estomatológica, debido a que junto con el diagnóstico y el plan de tratamiento permite emitir un juicio objetivo a los cambios que pueden ocurrir inesperadamente durante el realizamiento del tratamiento, el tiempo de duración afectado del tratamiento y un posible plan alterno.

En la dimensión de Plan de Tratamiento se observó que en un número de 398 con un porcentaje de 89.24% de historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado; asimismo, en un número de 46 con un porcentaje de 10.31% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto; luego, en un número de 2 con un porcentaje de 0.45% historias clínicas tienen un nivel de calidad No registrado. En los resultados si bien se observa que hay un elevado porcentaje de historias con el nivel de calidad Registrado, se debe lograr un 100%, ya que el plan de tratamiento es la parte práctica donde se busca solucionar lo que agobia al paciente, eliminando factores etiológicos, signos y síntomas; recuperando la función y la estética; estableciendo medidas preventivas o de mantenimiento y dando finalmente conformidad psicológica.

En la dimensión de la Evolución se observó que en un número de 436 con un porcentaje de 97.76% de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado; luego, en un número de con un porcentaje de 0.90% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto y finalmente en un número de con un porcentaje de 1.35% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad No

registrado. En los resultados si bien se observa que hay un elevado porcentaje de historias clínicas con el nivel de calidad Registrado, se debe lograr un 100% ya que la evolución es un registro acerca de las observaciones del paciente, anotaciones de los tratamientos realizados y como un documento médico – legal.

En la dimensión de Odontograma Final se observó que en un número de cero con un porcentaje de 100% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad No registrado. Esta dimensión debe ser agregada para cumplir con la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y por la importancia que tiene el odontograma final, como el último registro gráfico del paciente, que sirve para un proceso legal o como registro final del plan de tratamiento pasado del paciente.

En la dimensión de Alta y/o Epicrisis se observó que en un número de cero con un porcentaje de 100% de las historias clínicas tienen un nivel de calidad No registrado. Esta dimensión debe ser agregada para cumplir con la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y por su importancia, sirve para tener un resumen de la historia clínica, el transcurso de la evolución del paciente, así como de la medicación prescrita, siendo el corolario del Alta del paciente.

Niquén en el año 2013, realizó un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo, se tomó una muestra de 1266 historias. Se empleó el muestreo aleatorio simple para la selección de las historias de dichos pacientes y una Ficha de Verificación de Calidad de las mismas, elaborada en base a la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”. Los

formatos específicos tuvieron un mayor porcentaje de cumplimiento (85,47%) en el registro de datos.¹⁵ En la presente investigación, se determinó que 288 (64.57%) presentan un nivel de calidad Registrado.

Suárez en el año 2014, realizó un estudio cuyo objetivo era determinar el nivel de calidad de la historia clínica del paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, de corte transversal. Se determinó el nivel de calidad de las historias clínicas de 385 pacientes de hospitalización del Servicio de Cirugía General en el Hospital Regional Docente de Trujillo de Enero a Junio del 2013. Asimismo se utilizó una Ficha de Verificación de Calidad, tomada de Bocanegra S, Alvarado V, Bocanegra G y elaborada en base a la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”. El nivel de calidad del registro de éstas se determinó en base a los puntajes de los formatos y atributos de las mismas. Se halló que los 22 formatos y los 5 atributos generales evaluados que registraron algún grado de deficiencia en su llenado, encontrándose 359 (93.25%) historias clínicas de nivel regular.¹⁷ En el presente estudio, 119 (26.68%) historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto, 39 (8.74%) tienen un nivel de calidad Mal Registrado.

Vega en el año 2017, realizó un estudio cuyo objetivo era evaluar las historias clínicas en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, el método utilizado fue descriptivo esta investigación se tomó como muestra 167 historias clínicas donde se evaluó 12 variables basándose como instrumento en el formulario 033 del MSP. Los resultados fueron

que el 13% de las historias clínicas son llenadas correctamente. El 84% tienen errores y únicamente el 3% de las historias se encuentran incompletas.¹⁸ En el presente estudio, 119 (26.68%) historias clínicas tienen un nivel de calidad Incompleto, 39 (8.74%) tienen un nivel de calidad Mal registrado.

Ramírez en el año 2017 realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la calidad con la cual se redactan las historias clínicas en el área de odontología de las universidades de la ciudad de Trujillo. El estudio fue retrospectivo, transversal, comparativo y observacional. Materiales y Métodos: La muestra estuvo conformada por un total de 384 historias clínicas aperturadas en el año 2016, se realizó el estudio en 3 universidades. Para la evaluación de la calidad se utilizó un instrumento elaborado especialmente para este estudio. Los resultados mostraron que se observa que en el nivel Satisfactorio sobresale la Universidad Privada Antenor Orrego con 55%, mientras la Universidad Alas Peruanas y Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote obtuvieron un 25%. En la presente investigación, se determinó que en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 64.57% presentan un nivel de calidad Registrado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con respecto a determinar la Calidad de los registros en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2017, se concluye que el nivel de calidad es Registrado.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. Con respecto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en su dimensión de Anamnesis, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.
2. Con respecto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión del Examen Clínico General, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.

3. En relación a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en su dimensión del Examen Clínico Estomatológico, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.
4. En cuanto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión del Exámenes Complementarios, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.
5. Con respecto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión de Diagnóstico, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.
6. Con respecto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión de Pronóstico, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad No Registrado.
7. Con respecto a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión del Plan de tratamiento, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.

8. En relación a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión de Evolución, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad Registrado.

9. En relación a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión de Odontograma Final, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad No registrado.

10. En relación a determinar el nivel de Calidad de los registros en la Historia Clínica en la dimensión de Alta y/o Epicrisis, se concluye que la mayoría de las historias clínicas presentan un nivel de calidad No registrado.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Con respecto a la Calidad de los Registros en las Historias Clínicas de la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega del año 2017, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para que se pueda mejorar la calidad de los registros en las Historias Clínicas; se lograría el registro correcto de las historias clínicas por ser un documento importante y de carácter médico legal.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

1. Referente a la calidad de los Registros en la dimensión de la Anamnesis, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para lograr un mayor control acerca del llenado de las historias clínicas, la calidad de las mismas y así lograr un correcto diagnóstico y plan de tratamiento en beneficio de los pacientes y de la institución.
2. Referente a la Calidad de los Registros en el Examen Clínico General, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para poder utilizar toda la información de este ítem por ser un indicador funcional del organismo del paciente lográndose un correcto diagnóstico y plan de tratamiento en beneficio de los pacientes y de la institución.
3. Referente a la Calidad de los Registros del Examen clínico estomatológico, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para que haya un buen registro de lo recolectado mediante el examen intraoral y el examen extraoral, ya que son de vital importancia con el fin de lograr un correcto diagnóstico y plan de tratamiento en beneficio de los pacientes y de la institución.
4. Referente a la Calidad de los Registros de Exámenes complementarios, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para poder revelar otros hallazgos que no se pueden observar clínicamente y así lograr un correcto diagnóstico y plan de tratamiento en beneficio, sobretodo, de los pacientes y seguridad para el profesional.

5. Referente a la Calidad de los Registros del Diagnóstico, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para poder efectuar un buen plan de tratamiento como paso siguiente, lográndose poder cumplir con la necesidad del paciente con el objetivo de recuperar su óptimo estado de salud bucal.

6. Referente a la Calidad de los Registros del Pronóstico, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para poder así lograr que se implemente este ítem, logrando que se cumpla con la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” ya que está estipulado en ella.

7. Referente a la Calidad de los Registros del Plan de Tratamiento, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que el docente no permita realizar al estudiante ningún tratamiento mientras no tenga esta sección completa pues es de vital importancia; lográndose así un mayor beneficio de los pacientes.

8. Referente a la Calidad de los Registros de la Evolución, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para mantener la tendencia porque en esta sección se registran los procedimientos ya realizados en el paciente , lográndose una mejor calidad en los registros de las historias clínicas beneficiando al paciente.

9. Referente a la Calidad de los Registros del Odontograma Final, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para poder así lograr que se implemente este ítem, logrando que se cumpla con la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” ya que está estipulado en ella, se lograría registrar todos los tratamientos realizados en la cavidad bucal del paciente, se lograría que sirva como un documento de tipo legal.

10. Referente a la Calidad de los Registros del Alta y/o Epicrisis, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para poder así lograr que se implemente este ítem, para poder así lograr que se cumpla con la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” ya que está estipulado en ella.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. [Internet]. Lima-Perú 2007 [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/98486083/Norma-Tecnica-022-MINSA>
2. Souli S. Mitología Griega. Atenas: Toubis Editions; 1995.
3. line.do [Internet]. Antecedentes de la historia Clínica [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <https://line.do/es/linea-del-tiempo-de-historia-clinica/v22/vertical>
4. Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Editorial Salvat; 1978.
5. Laín Entralgo P. La Historia clínica. Madrid: Editorial Triacastela: 1998.
6. M^a José Fombella Posada, M^a José Cereijo Quinteiro. Historia de la Historia Clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Lucus Augusti. SERGAS.Lugo. [en línea].Galicia Clin 2012; 73. [Citado: 2017 Noviembre 21](1):21-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4056927.pdf>
7. Criado del Río M T. Aspectos Médico Legales de la Historia Clínica. Madrid: Editorial Colex; 1999.
8. www.cop.org.pe [Internet]. Perú: Colegio Odontológico del Perú [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.cop.org.pe/historia-clinica>

9. Dale H.Besterfield., Control de Calidad. 8°ed: México: Pearson, 2009. pag:2
10. Ministerio de Salud. sistema de gestión de la calidad en salud; Documento Técnico: RM 519-2006/MINSA [Internet]. Lima-Perú 2007. [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/ger/links_sgc/5_%20SGC%20MINSA%20RM%20519-2006.pdf
11. conf.unog.ch [Internet] Manuel Ossorio, Diccionario de Ciencias Jurídicas Políticas y Sociales. 1°ed electrónica, 2006. Guatemala: [Citado el 12 de Diciembre del 2017]. Disponible en : https://conf.unog.ch/tradfraweb/Traduction/Traduction_docs%20generaux/Diccionario%20de%20Ciencias%20Juridicas%20Politicasy%20Sociales%20-%20Manuel%20Ossorio.pdf
12. www.uigv.edu.pe [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Citado el 26 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.uigv.edu.pe/wp/semblanza-historica/>
13. Cartagena pastor, Donat laporta, Barrero alba, Tena, Cartagena-Daudén, Miró Seoane. Manual de Medicina Legal para Juristas. 1°ed.República Dominicana: cooperación española, 2016. pág.: 251-252.
14. Ministerio de Salud Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma.NTS N° -MINSA/DGSP-V.O1.,[Internet] Lima-Perú 2006 [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Normas-tecnicas-del-Odontograma.pdf>
15. Niquén Vera, Nivel De Calidad Del Registro De Historias Clínicas Elaboradas Por Internos De Medicina Del Hospital Regional Docente De Trujillo 2012. [Tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2013. [Citado el 23 Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/299>

16. Zegarra Alarcón, Calidad de las Historias Odontoestomatológicas del Servicio de Odontología del Hospital Militar Regional. [Tesis en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. escuela de postgrado; 2013. [Citado el 23 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4575>
17. Suárez Agreda, Evaluación De La Calidad De Historias Clínicas De Pacientes Hospitalizados En El Servicio De Cirugía General - Hospital Regional Docente De Trujillo. Enero - Junio 2013. [Tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2014. [Citado el 23 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3190>
18. Vega Paillacho Allisson Jessica. Evaluación de las Historias Clínicas del ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016. [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Odontología; 2016. [Citado el 23 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7525/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-256.pdf>
19. Ramirez Verastegui, Shannet Cristina. Calidad de Registro de Historias Clínicas en las Clínicas Odontológicas Docentes Asistenciales de las Universidades de la Ciudad de Trujillo - 2016. [Tesis en Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana, Escuela de Estomatología. [Citado el 23 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3366>
20. Mosby. Diccionario de Odontología. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
21. Giglio Máximo j., Nicolosi Liliana, Semiología en la práctica de la odontología. Chile: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
22. www.legalitas.com [Internet]. [Citado el 23 de Diciembre del 2017]. Disponible en: <https://www.legalitas.com/abogados-para-particulares/actualidad/consultas-frecuentes/contenidos/Que-es-la-filiacion>

23. Horacio A. Argente, Marcelo E. Álvarez. Semiología Médica, Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza - Aprendizaje Centrada en la Persona. 2º Edición. Argentina: Editorial Panamericana; 2013.
24. Chimenos Kustner, La Historia Clínica en Odontología. Barcelona: Masson;1999
25. Díaz de Andrade,Ranali José. Emergencias Médicas en Odontología. Brasil – Sao Paulo: Editorial Panamericana; 2004.
26. es.slideshare.net [Internet]. [Citado el 23 de Diciembre el 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/melissaamoraromeroaliaga/ectoscopia-49892370>
27. <http://www.mailxmail.com> [Internet]. [Citado el 21 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-enfermeria-profesional-tecnicas-fundamentos/enfermeria-historia-clinica-signos-vitales>
28. Valera Carlos, Semiología y Propedéutica clínica. 3ºed:Buenos Aires: editorial Atlante s.r.l; 2007

ANEXOS

ANEXO N° 01



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Ficha N°: _____

Fecha: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS ESTOMATOLÓGICAS

N.º de Historia Clínica: _____

Fecha de Apertura de la Historia Clínica: _____

CRITERIO DE VALORACION

- Registrado (1) : El valor se encuentra registrado correctamente en la historia clínica.
- No registrado (2) : No hay ningún valor registrado para el ítem.
- Incompleto (3) : Faltan datos, los datos no aportan para hallar un diagnóstico definitivo correcto.
- Mal registrado (4) : Información deficiente, no se utiliza los términos técnicos científicos correctos.

DIMENSIÓN	ITEM	VALORACIÓN
1. ANAMNESIS	Filiación	
	Motivo de consulta	
	Antecedentes odontológicos	
	Antecedentes médicos	
2. Examen Clínico General	Ectoscopía	
	Peso y talla	
	Funciones vitales	
	Piel y anexos	
3. Examen Clínico Estomatológico	Examen extraoral	
	Examen intraoral	
	Odontograma de diagnóstico	
4. Exámenes Complementarios		
5. Diagnóstico		
6. Pronóstico		
7. Plan de tratamiento		
8. Evolución		
9. Odontograma final		
10. Alta y/o epicrisis		