

Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas

Quality of the registrations of the clinical histories in the Surgical Emergency Service of an Armed Forces Hospital

Evert José Reyes Armas^{1,*}; Juan Pedro Matzumura Kasano²;
Hugo Gutiérrez Crespo²

¹ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Nacional Dos de Mayo, Parque Historia de la Medicina Peruana S/N Alt. Cdra. 13 Av. Grau, Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Av. Grau 755, Lima, Perú.

* Autor correspondiente: evertjose@hotmail.com (E. Reyes)

RESUMEN

La historia clínica permite una recolección ordenada del acto médico, imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir terapéutica, debiendo reunir requisitos básicos. Objetivo: Evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas del Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Centro Médico Naval. Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Se aplicó ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencia, creada por Ministerio de Salud, encontrada en Norma Técnica de Calidad de Atención en Salud, a 359 historias clínicas seleccionadas a través de muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se clasificó en dos categorías: "aceptable" cuando es mayor o igual a 80% del puntaje total, o "por mejorar", si es menor de 80%. Resultados: El 73,8% de las historias clínicas tuvieron una calidad de registro "por mejorar". Notas de Enfermería y Estudio Clínico obtuvieron los más bajos puntajes (20,3% y 62,0%), consideradas como "por mejorar". Tratamiento y Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas obtuvieron 65,9% y 75,8%. Atributos de la historia clínica, Evolución y complicaciones, Diagnósticos obtuvieron los más altos puntajes (90,0%, 87,9%, 80,1% respectivamente), considerados como "aceptable". Conclusión: Más de las dos terceras partes de las historias clínicas obtuvieron calidad de registro "por mejorar".

Palabras clave: Calidad de registro; historia clínica; emergencia quirúrgica.

ABSTRACT

The clinical history allows an orderly collection of the medical act, indispensable to elaborate the diagnosis and to choose therapy, should gather basic requirements. Objective: To evaluate the quality of the registrations of the Clinical Histories of the Surgical Emergency Service of the Naval Medical Center. Material and Methods: Study descriptive, retrospective, traverse court. Record of Audit of the Quality of Attention of Emergency was applied, created by Ministry of Health, found in Technical Standard of Health Care Quality, to 359 clinical histories selected through systematic random probabilistic sampling. Was classified in two categories: "acceptable" when it is greater than or equal to 80% of the total score, or "to improve", if it is less than 80%. Results: 73,8% of the clinical histories had a registration quality "to improve". Nursing Notes and Clinical Study obtained the lowest scores (20.3% and 62.0%), considered as "to improve". Treatment and Evolution notes, complementary exams and interconsultations obtained 65.9% and 75.8%. Attributes of the clinical history, Evolution and complications, Diagnoses obtained the highest scores (90.0%, 87.9%, 80.1% respectively), considered as "acceptable". Conclusion: More than the two thirds of the clinical histories obtained registration quality "to improve."

Keywords: Registration quality; clinical history; surgical emergency.

1. INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el documento que permite una recolección ordenada de datos de filiación, síntomas, signos y otros elementos, es decir en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para poder elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica. Es considerado un documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y es apreciada como una guía metodológica para la identi-

ficación integral de los problemas de salud de cada persona. La historia clínica constituye, además, un medio de prueba judicial que protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento; además de favorecer la investigación y docencia, debiendo reunir requisitos básicos tales como uso de letra legible; registros completos, oportunos y pertinentes; e información clara, concisa y ordenada, para permitir un análisis eficiente. (Guzmán y Arias, 2012)

El hecho de que la historia clínica se encuentre correctamente llena con el mayor número de datos disponibles influye de forma positiva sobre la seguridad del paciente, dado que puede recogerse explícitamente información relevante a fin de evitar que se produzcan efectos adversos (De Wet y Bowie, 2011). El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. (Velito y Tejada, 2010)

El estudio de calidad de registro de las historias clínicas es una forma de auditoría médica, la cual constituye uno de los diversos métodos utilizados en el proceso de control, función fundamental del proceso gerencial. (Scales et al., 2011). La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad y, sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales. La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (Vodstrcil et al., 2011).

Un estudio realizado por Bastidas et al. (2012), donde se evalúa la calidad técnica del registro de la historia clínica en un hospital de Colombia, encontró adherencia al diligenciamiento de la historia clínica en el servicio de cirugía 82%, seguido del proceso de urgencias 67%, siendo dentro de éste, las áreas de urgencias adultos y ginecológicas las que cumplen con la mayoría de los criterios. Asimismo, en las historias clínicas informatizadas de un establecimiento de salud de Andalucía, España, se encontró que la calidad del registro es variable, aceptable en codificación de diagnóstico y registro de alergias y deficitaria en hoja de problemas y conjunto mínimo de datos clínicos, a pesar del correcto llenado del motivo de consulta y de la valoración clínica, campos obligatorios del sistema informático, subrayando la relevancia del diseño del sistema en la práctica profesional (Reyes-García et al., 2012).

En nuestra realidad también se han realizado algunos estudios, solo para mencionar, la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas en consultorios externos del Servicio de Medicina Interna en una clínica de Lima, donde encontraron que más de la mitad de las historias estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares establecidos por esta institución (Matsumura et al., 2014). De la misma forma, un estudio realizado por Zafra et al. (2013), que evaluó la calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, evidenció que el 85,7% de éstas fueron calificadas como historias clínicas por mejorar.

El Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Centro Médico Naval, al atender a una población que se incrementa progresivamente con el tiempo, conlleva a que pueda disminuir la calidad de registro y por consiguiente la calidad de atención y trascender esto en problemas médico - legales tanto para la institución como para el personal asistencial, por lo que no es ajeno a este problema, motivo por lo que surgió el interés por evaluar la calidad de registro de las historias clínicas en este Servicio, más aun, considerando que este hospital y, en general, las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas a nivel nacional, como se ha podido observar previamente, casi no cuentan con este tipo de investigaciones.

Esta investigación proporcionará el conocimiento sobre la magnitud de las deficiencias de la calidad de registro de la información de las historias clínicas, lo que brindará elementos claves que permitirán establecer las estrategias que contribuyan a la sensibilización de los profesionales de la salud y, por lo tanto, al mejoramiento continuo de la calidad de atención y registro, proponiéndose que en un futuro próximo se amplíe a evaluaciones en las diferentes especialidades médicas. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Centro Médico Naval, Callao.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Objeto de Estudio

El tipo de investigación de este estudio fue descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. El ámbito de investigación comprendió el Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital Centro Médico Naval.

El material de estudio estuvo conformado por el total de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital Centro Médico Naval. Los criterios de inclusión fueron las historias clínicas de los pacientes que por lo menos presentaron una atención en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas durante el periodo de estudio. Se excluyó las historias clínicas aperturadas sin atención médica del referido servicio, historias clínicas que físicamente se encontraron muy maltratadas y no permitieron la evaluación de su contenido, historias clínicas no encontradas en el archivo, historias que se encontraron en procesos médico legales o solicitadas para informes médicos.

En el Servicio de Emergencias Quirúrgicas se cuenta con una base de datos de las historias clínicas de los pacientes que se han atendido; estimándose el tamaño muestral, considerando: Población $N = 5584$ historias clínicas. Entonces, para una población finita, $n = 359$ historias clínicas, donde Z es la confiabilidad al 95% (1,96), $p = 0.5$ (prevalencia o proporción de la variable para un máximo tamaño muestral posible), q es $(1 - p)$, N es el número de historias clínicas totales realizadas en el periodo citado y error de precisión de 5% (error máximo permitido). Para la selección se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático.

2.2 Medios

El Servicio de Estadística proporcionó, según listado, las historias clínicas seleccionadas, para su evaluación a cargo de los investigadores, haciendo uso de la “Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencia”, creada por el Ministerio de Salud, encontrada en la Norma Técnica de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01, 2005 (NT, 2005). Este instrumento consta de dos partes, la primera consigna la codificación de la historia clínica y la fecha; la segunda parte contiene siete dimensiones: Estudio Clínico: filiación, antecedentes contributivos, antecedentes ocupacionales, enfermedad actual, funciones vitales, examen clínico, plan de trabajo; Diagnósticos: presuntivos, definitivos, pronóstico; Notas de Evolución, Exámenes Complementarios e Interconsultas: identificación de problemas en evolución, examen clínico de evolución, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, diagnósticos de evolución, plan de trabajo de evolución, interconsultas; Notas de enfermería: evoluciones de enfermería, hoja de funciones vitales, hoja de balance hídrico; Tratamiento: tratamiento de soporte o sintomático, etiológico; Evolución y Complicaciones: evolución, complicaciones, estancia, especifica indicaciones del alta; y, Atributos de la historia clínica: pulcritud, registro de la hora de atención, letra legible, sello y firma del médico. Un total de treinta indicadores, cada uno de los cuales fueron valorados en las historias clínicas que se evaluaron, asignándose un puntaje de acuerdo al cumplimiento (completa, incompleta o no existen) de cada uno de los indicadores especificados en la ficha.

2.3 Métodos y Técnicas

Se realizó una sumatoria del puntaje de cada uno de los indicadores y se observó si la historia clínica, tanto en su totalidad como en cada una de sus dimensiones, clasificó en dos categorías: “aceptable” cuando el puntaje obtenido es mayor o igual a 80% del total, o “por mejorar”, si el puntaje es menor de 80%, tomando como elementos de sustento la escala valorativa de la referida Norma Técnica aprobada por el Ministerio de Salud. No se informó a los profesionales sobre la evaluación de las historias clínicas, para mantener los hábitos cotidianos de llenado. Asimismo, no se realizó identificación de los médicos que atendieron la consulta por emergencia descrita en la historia clínica.

2.4 Análisis e interpretación de la información

Las variables consignadas en el formato para la recolección de información, fueron digitalizadas en una base de datos elaborada para tal fin. Para el análisis univariado se emplearon las distribuciones de frecuencia representadas por las medidas de tendencia central y de dispersión en el caso de las variables continuas y las proporciones en las variables categóricas. El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con los programas Microsoft Excel 2007 y SPSS versión 20.0.

2.5 Consideraciones éticas

En todos los casos se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada. Para tal efecto, se codificaron previamente, siendo manejada dicha información exclusivamente por los investigadores; asimismo, solo se documentaron en el informe final los números de registro de cada caso, respetando los hallazgos con la más absoluta veracidad. Además, se respetaron los principios de respeto a la dignidad humana, beneficencia y de justicia del Reporte Belmont, asimismo, del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvo un total de 359 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital Centro Médico Naval que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; de las cuales el 41,8% (150) fueron de Cirugía General, 39% (140) de Traumatología, 8,6% (31) de Oftalmología, 4,5% (16) de Otorrinolaringología, 4,2% (15) ginecológicas y 1,9% (7) correspondieron a Urología.

En los resultados que corresponden a la dimensión Estudio clínico, se observa que los indicadores con menor porcentaje de cumplimiento lo obtuvieron los *antecedentes ocupacionales* (6,4%) y el examen clínico (28,1%), mientras que los antecedentes contributivos y la filiación obtuvieron los mayores porcentajes de cumplimiento (82,7% y 67,4% respectivamente) (Figura 1).

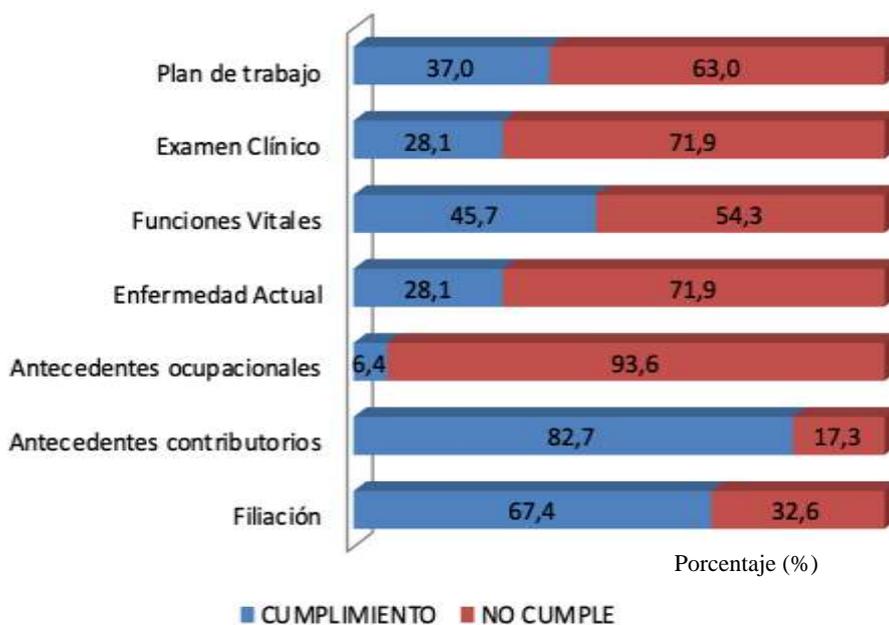


Figura 1. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Estudio clínico. Fuente: Elaboración propia.

Llama la atención que se obvian o estén incompletos datos valiosos en relación con esta dimensión. En el caso del relato cronológico de la enfermedad actual, esta deficiencia se repite en un estudio realizado en cuatro hospitales del interior del país (Llanos et al., 2006); asimismo, concuerda con lo hallado en la investigación realizada en un centro de salud del Callao (Shishido, 2013), donde también se evidenció que el interrogatorio básico está dirigido solo a la enfermedad actual, sin considerar antecedentes básicos que puedan explicar los signos y síntomas actuales. Tal como se consigna en el estudio referido, esta omisión refleja que el profesional le resta importancia a dichos datos al escribir lo mínimo posible, por la demanda de pacientes que buscan atención en el más breve plazo posible, evidenciado en las entrevistas a profundidad de la mencionada investigación. La deficiencia en el registro de los antecedentes también se aprecia en la evaluación de las historias clínicas de emergencia de un hospital nacional (Salas, 2011), donde los antecedentes patológicos se registraron en un 42%.

Los indicadores, funciones vitales y examen clínico, muestran deficiencias en su registro (45,7% y 28,1% de cumplimiento), lo cual no difiere con lo encontrado en la evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, donde no se enfatizó el estado general o de conciencia en un 50% (Pablo-Rocano, 2008). En relación con un estudio que se realizó en consultorios externos de un establecimiento de salud privado, en donde se encontró un cumplimiento adecuado de signos vitales y examen físico de 66% y 64%, respectivamente (Matzumura et al., 2014), se aprecia que se obtiene valores aún menores a éstos, a pesar de que en el Centro Médico Naval, el personal de enfermería apoya en la toma de funciones vitales como parte del triaje de esta área; además, al tratarse de un Servicio de Emergencia, debería ser prioritario el registro de éstas, ya que puede estar en riesgo la vida del paciente; sin embargo, no alcanza una óptima puntuación.

El indicador plan de trabajo fue registrado de manera adecuada en el 37,0% de las historias clínicas revisadas, estando por debajo del valor promedio (62%) obtenido en otros estudios. (Matzumura et al., 2014; Shishido, 2013)

En la dimensión Diagnósticos, el indicador definitivo se cumple en el 78,3% (281) de las historias clínicas, seguido de pronóstico que cumple en el 73,8% (265), mientras que el indicador presuntivo obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento (61,0%). En relación a éste último, se encontró un valor superior a lo hallado en el estudio de Salas (2011), donde el diagnóstico presuntivo fue registrado en un 50%. Asimismo, se obtienen valores más elevados respecto a lo encontrado por Matzumura et al. (2014), donde el 48,6% de las historias clínicas lo consignaron correctamente. Sin embargo, es fundamental mencionar que en la investigación referida se consideró el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, lo cual no se ha podido evaluar en el presente trabajo, por no estar incluido dicho aspecto en el instrumento usado. Es necesario referir que todas las historias clínicas, al derivarse al área de archivo, se les consignan los códigos de CIE 10 en su integridad, lo cual servirá para universalizar los diagnósticos hallados; pero tomando en cuenta el estudio de Pestana (2005), cuyo objetivo fue determinar la compatibilidad del diagnóstico registrado por los médicos con los códigos asignados por el personal de estadística de acuerdo al CIE 10, encontrando un valor de 49,2% de compatibilidad, se demuestra la importancia de que el código CIE 10 sea registrado junto con el diagnóstico por el mismo médico, lo cual debe valorarse en este caso, considerando que se trata de un servicio de emergencia.

En relación con la dimensión Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas, se evidencia que los indicadores exámenes radiológicos y exámenes de laboratorio cumplen su registro en el 97,8% (351) y 95,5% (343) de las historias clínicas respectivamente, mientras que el *plan de trabajo de evolución* y la *identificación de problemas en evolución* obtienen los menores porcentajes de cumplimiento (52,1% y 54,3%) (Figura 2).



Figura 2. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Notas de evolución, exámenes complementarios e interconsultas. Fuente: Elaboración propia.

Los exámenes radiológicos se cumplen con un buen registro (97,8%) y 95,5% en los exámenes de laboratorio. No se encontraron valores disgregados para comparación, pero si para el registro de exámenes auxiliares en global, tal como se menciona en el estudio de Matzumura et al. (2014), donde se observó que fueron registrados en 73,1% de las historias clínicas. Además, en la evaluación realizada por Zafra et al. (2013), se halló un registro de exámenes de laboratorio/radiológicos del 84,6% y de interconsultas de 87,9%, siendo éste último más elevado respecto a la presente investigación (76,0%); sin embargo, es necesario referir que los estudios mencionados se realizaron en consultorio externo.

La dimensión Notas de enfermería, se encontró que todos sus indicadores tienen bajos porcentajes de cumplimiento, el indicador *hoja de balance hídrico* se cumple en el 2,2% (8) de las historias clínicas; asimismo, *hoja de funciones vitales* cumple en el 4,5% (16) de las historias clínicas, mientras que el indicador *evoluciones de enfermería* obtuvo un 26,2% de cumplimiento. Con respecto al indicador de funciones vitales, está incluso debajo del 13% encontrado en un estudio de calidad de registro en la historia clínica informatizada. (Reyes-García et al., 2012)

Por otro lado, en la dimensión Tratamiento, el indicador tratamiento de soporte o sintomático se cumple en el 61,0% (219) de las historias clínicas, mientras que *etiológico* obtuvo un 47,9% de cumplimiento; es decir, que consignan el tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos, nombre de la medicación, dosis, vía de administración, frecuencia; el resto, tuvieron la ausencia de alguno, varios o todos estos criterios. En contraste con lo obtenido por Bocanegra et al. (2008), donde 91,4% de historias clínicas tuvieron un registro explícito del tratamiento aplicado; asimismo, con lo reportado por Matzumura et al. (2014), donde se observó que el 48,3% de las historias cumplieron con los criterios de un tratamiento adecuado. La diferencia de los valores obtenidos en los diversos estudios, puede deberse a que se consideran otros parámetros para su evaluación lo que dificulta la comparación.

En lo referente a la dimensión Evolución y complicaciones, se obtuvo que el indicador, *especifica indicaciones del alta*, cumple su registro en el 17,3% (62) de las historias clínicas, mientras que los demás indicadores cumplieron en cerca al 90% de las historias clínicas (Figura 3).

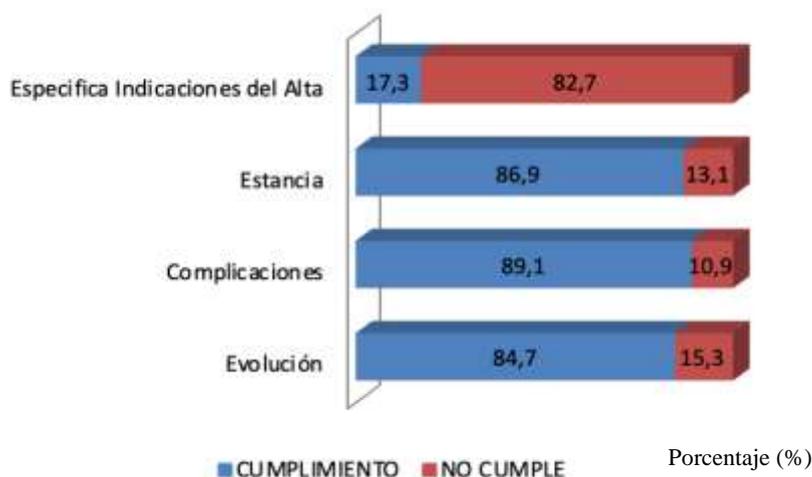


Figura 3. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Evolución y complicaciones. Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a complicaciones (cumplimiento en su registro del 89,1%), está acorde con lo encontrado en el estudio de Zafra et al. (2013) (85,7%). Asimismo, de las historias clínicas revisadas cumplen con específica indicaciones del alta, un porcentaje menor a lo hallado en una evaluación de un Servicio de Medicina Interna de España, donde aparece el informe de alta completo en el 87,7% de las historias clínicas; sin embargo, es necesario hacer la salvedad que este último estudio se realizó en un servicio de hospitalización. (Delgado et al., 2014)

Además, en la dimensión Atributos de la historia clínica, se evidencia que el indicador con mayor porcentaje de cumplimiento lo obtuvo registro de la hora de atención (97,8%), mientras que *letra legible* obtuvo el menor porcentaje de cumplimiento (82,7%) (Figura 4).

Todos los indicadores de esta dimensión superan el 80% de cumplimiento. Sin embargo en el trabajo de Riondet (2007), sobre la evaluación estadística de la calidad de la historia clínica, se concluye que la falta de datos clínicos o que sean ilegibles, no importa que tan grande o pequeño sea ese porcentaje, debe llamar a la meditación e interpelar a la conciencia general sobre las implicaciones de los registros incompletos y mal estructurados en la calidad de la atención, en la investigación y la buena utilización de los recursos económicos y humanos con que cuentan los prestadores de servicios de salud. Además, es importante mencionar que el registro de la hora de atención obtuvo 97,8% de cumplimiento, lo cual no coincidiría con el estudio realizado en cuatro hospitales del Perú donde hallaron que el llenado de las historias clínicas es bastante pobre para la fecha y hora de atención (13,7%) (Llanos et al., 2006). Probablemente, esta diferencia se deba a que el Registro de la hora de atención en el Centro Médico Naval está a cargo del personal de Admisión, que se encuentra contiguo al Servicio de Emergencia, siendo requisito que esté llenado dicho aspecto para empezar la atención.

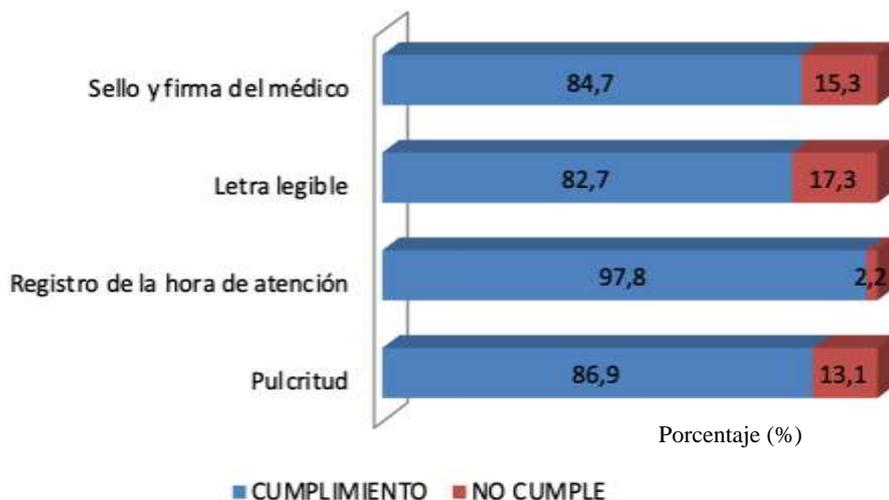


Figura 4. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas en la dimensión Atributos. Fuente: Elaboración propia.

La consigna del Sello y firma del médico fue encontrada en 84,7% de las historias clínicas evaluadas, lo cual difiere a lo obtenido en el estudio de Matzumura et al. (2014) (97,2%) y en el extremo contrario lo observado en otra investigación. (54,7%) (Llanos et al., 2006)

Adicionalmente en la Figura 5, se muestra el promedio de puntaje total de la calidad de registro de las dimensiones de la historia clínica, donde se puede observar que las dimensiones con mayor porcentaje de registro la obtuvieron Atributos de la historia clínica (90,0%), Evolución y complicaciones (87,9%) y Diagnósticos (80,1%), mientras que Notas de enfermería y Estudio clínico, obtuvieron los menores porcentajes de registro (20,3% y 62,0% respectivamente).

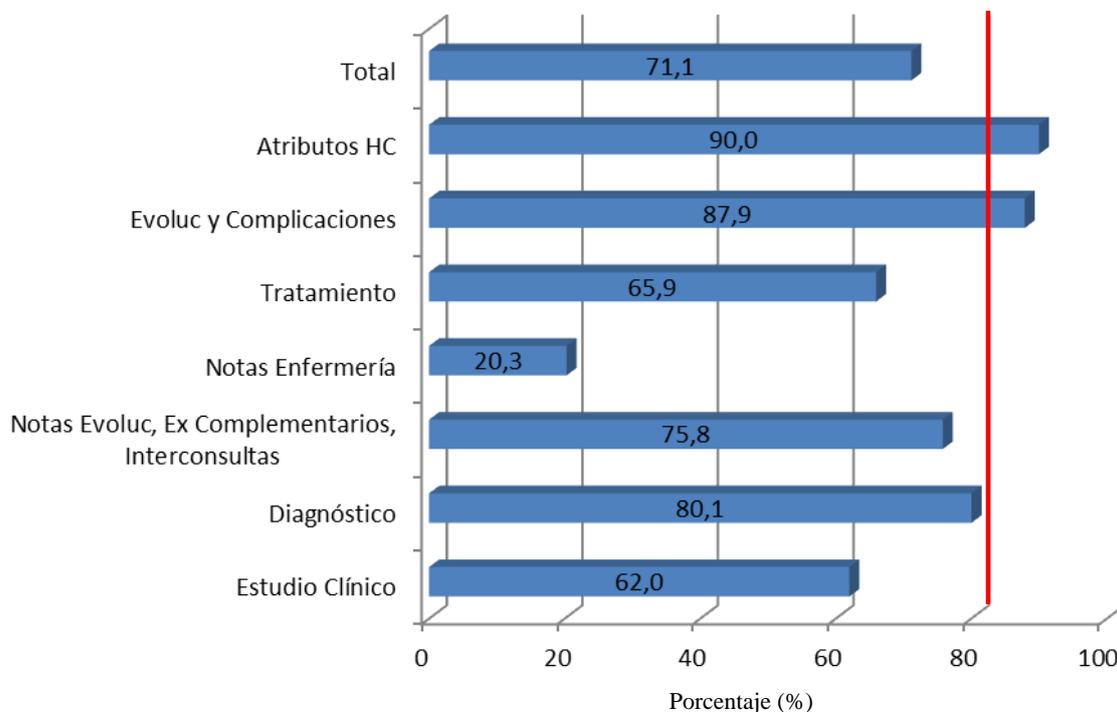


Figura 5. Resultados de la calidad de registro de las historias clínicas por dimensiones. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la calidad de registro de las 359 historias clínicas del Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital Centro Médico Naval, dieron como resultado que solo el 26,2% (94) obtuvo una calificación de “aceptable”, mientras que el resto, 73,8% (265), obtuvieron una calidad de registro “por mejorar”; por lo que hay que tomar en cuenta que el registro de casi todas las dimensiones de la historia clínica debe mejorar, lo cual no demostraría directamente una deficiencia en la atención de los profesionales, pero sí reflejaría una deficiencia en el seguimiento posterior y una inadecuada organización en el acopio de datos relevantes para futuras acciones de salud (Pablo-Rocano, 2008). Una de las razones de la poca consideración del uso de los criterios de las historias clínicas, es la discrepancia que existe entre lo que dicta la norma técnica versus lo que demuestra la calidad de los formatos usados, tal como es referido en la percepción de los profesionales entrevistados (Shishido, 2013), mencionando éstos que dicha norma es inflexible, muy larga y que no se adapta a la realidad. Otro motivo podría estar relacionado a que se dispone de escaso tiempo para la atención individualizada. Dicha percepción se expone en los diversos estudios en diferentes niveles de atención, que se repite a nivel de Latinoamérica (Pablo-Rocano, 2008), apoyado esto en el alto volumen de la población usuaria de estos servicios de salud. Peor aún, que, en la práctica, se percibe como un factor de retraso y entorpecedor de la atención, por la “formatería” que se debe llenar según sea el caso. Este aspecto debería ser considerado por las autoridades correspondientes, pues debe permitírseles a los profesionales las facilidades para el desarrollo de los objetivos planteados, de brindar atención de calidad, pero con registros de calidad.

El incorrecto registro de las historias clínicas se puede evaluar desde diferentes puntos, donde la falta de capacitación y sensibilización del personal, la falta de apoyo logístico, el ambiente inadecuado para el interrogatorio y, muchas veces, la información familiar insuficiente, se convierten en factores importantes para obtener este resultado. (Pablo-Rocano, 2008). Por otro lado, entre las alternativas de solución que se plantean en las diferentes investigaciones, se encuentra el contar con protocolos de manejo de pacientes, elaborados por consenso y aprobados a nivel de cada establecimiento de salud (Llanos et al., 2006); asimismo, interiorizar el valor intrínseco de la historia clínica en el personal de salud.

4. CONCLUSIONES

Las dimensiones Atributos de la historia clínica, Evolución y complicaciones y Diagnósticos superan el 80% del puntaje de la calidad de registro, mientras que Notas de enfermería y Estudio clínico obtuvieron los menores porcentajes de registro. El 73,8% de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Centro Médico Naval – Callao, tuvieron una calidad de registro “por mejorar” respecto al estándar.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a los directores del Hospital Centro Médico Naval, al personal del área de archivo de historias clínicas, por el apoyo brindado durante el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastidas, M. L.; Benavides, E.; Mera, J. S.; Imelda, C. 2013. Auditoría de la calidad técnica de la historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2012. Facultad de Postgrados. Universidad EAN. Popayán, Cauca, Colombia.
- Bocanegra, S.; Bocanegra, G.; Alvarado, V. 2008. Nivel de calidad del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el Hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. *Rev. Med. Vallejiana*, 5 (2): 115-124.
- De Wet, C.; Bowie, P. 2011. Screening electronic patient records to detect preventable harm: a trigger tool for primary care. *Qual Prim Care*, 19: 115-25.
- Delgado, A.; Polo, M.; Villa, J.; Andreu, M.; Fernández, V.; Hernán, C. 2014. Evaluación de la Calidad de la historia clínica en un Servicio de Medicina Interna. *Gest y Eval Cost Sanit*, 15 (1): 33-9.
- Guzmán, F.; Arias, C. A. 2012. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir* 27: 15-24.
- Llanos, L.; Mayca, J.; Navarro, G. 2006. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered*, 17 (4): 220-26. doi: 10.20453/rmh.v17i4.882.
- Matzumura, J. P.; Gutiérrez, H.; Sotomayor, J.; Pajuelo, G. 2014. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. *An Fac med*, 75 (3): 251-7. doi: 0.15381/anales.v75i3.9781

- Ministerio de Salud. 2005. Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01. Lima, Perú. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/108_NORTECAUDITORIA.pdf
- Pablo-Rocano, E. 2008. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna*, vol 21 (2): 51-4.
- Pestana, R.; Llanos, L.; Cabello, E.; Lecca, L. 2005. Concordancia entre el diagnóstico médico y la codificación de informática, considerando el CIE-10, en la consulta externa de pediatría en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. *Rev Med Hered*, 16 (4): 239-45. Doi: 10.20453/rmh.v16i4.802
- Reyes-García, E.; Rodríguez, A.; Thomas, E.; Raya, L.; Gastón, J.; Molina, R. 2012. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. *Med fam Andal*, 13 (2): 126-135.
- Riondet, B. 2007. Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de La Plata, Argentina. doi: 10.35537/10915/5391
- Salas, M. 2011. Evaluación de la calidad de las historias clínicas de emergencia elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. 40p. LILACS | ID: lil-682702
- Scales, D.; Dainty, K.; Hales, B.; Pinto, R.; Fowler, R.; Adhikari, N.; Zwarenstin, M. 2011. A Multifaceted Intervention for Quality Improvement in a Network of Intensive Care Units: A Cluster Randomized Trial. *JAMA*, Jan, 305 (4): 363-72. doi: 10.1001/jama.2010.2000
- Shishido, S. 2013. Calidad de los Registros de Consulta Externa del C.S. Manuel Bonilla - Callao y sus Determinantes, 2009. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima.
- Velito, A.; Tejada, S. 2010. La historia clínica como instrumento de calidad. En *Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán* (págs. 1-26). Buenos Aires, Argentina.
- Vodstreil, LA; Hocking JS; Cummings R; Chen MY; Bradshaw CS; Read TR; Sze JK; Fairley CK. 2011. Computer assisted self interviewing in a sexual health clinic as part of routine clinical care; impact on service and patient and clinician views. *PloS One*. Mar; 6(3):1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0018456.
- Zafra, J.; Veramendi, L.; Ayala, R. 2013. Calidad de Registro en Historias Clínicas en un Centro de Salud del Callao, Perú 2013. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30 (4): 714-728.