

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO
MENOR DE TRES AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CLAS:
SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO -
AYACUCHO 2016.**

Tesis para optar el título profesional de:

LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. CÓRDOVA HUAMÁN, Chris Karen

Bach. HUAMANÍ PALOMINO, Edgar

AYACUCHO - PERÚ

2016

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Resolución decanal N° 196-2016 – FCSA - UNSCH

Bachiller Chris Karen Córdova Huamán.

Bachiller Edgar Huamaní Palomino.

En la ciudad de Ayacucho, siendo las diez de la mañana con quince minutos, del día dieciséis de setiembre del año dos mil dieciséis, se reunieron los miembros del jurado evaluador en el auditorio de la escuela profesional de enfermería conformado por:

Dra. Iris Jara Huayta (Por Delegación)	Presidente
Mg. Héctor Huaraca Rojas.	Miembro
Dra. Angélica Ramírez Espinoza.	Miembro
Dra. Marizabel Llamocca Machuca.	Miembro
Lic. Arturo Morales Silvestre.	(Asesor)

El presente, es presidido por el primer de los nombrados por encontrarse el titular en otro acto académico similar.

A continuación la Sra. Presidenta del jurado evaluador, solicito a la secretaria docente (e) Lic. Rosa María Muñoz Pizarro, dar lectura al expediente que obran en mesa:

- Expediente constituida por registro N° 03806 de fecha de setiembre dos mil dieciséis.
- Resolución decanal N°196- 2016-FCSA-UNSCH.

Acto seguido la Sra. presidenta del jurado evaluador solicita a los Bachilleres exponer la tesis "calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016"; el mismo que deberá ser sustentada en el tiempo establecido según Reglamento. Concluida la exposición, la presidenta del jurado invita a los miembros del jurado evaluador a formular las preguntas pertinentes a la tesis sustentada.

Finaliza la etapa de preguntas y respuestas invita a los sustentantes y al público en general abandonar el auditorio para la deliberación del jurado evaluador a la correspondiente calificación final.

Luego de una amplia deliberación el jurado evaluador arriba los siguientes resultados:

Bach. Chris Karen Córdova Huamán	Nota texto	Nota Exp.	Nota Resp.	Nota Prom.
Dra., Iris Jara Huayta	17	18	16	17
Mg. Héctor Huaraca Rojas	17	18	16	17
Dra. Angélica Ramírez Espinoza	17	18	16	17
Dra. Marizabel Llamocca Machuca	17	18	16	17
Lic. Arturo morales silvestre	16	18	17	17
Promedio	17			

Bach. Edgar Huamani Palomino	Nota texto	Nota Exp.	Nota Resp.	Nota Prom.
Dra., Iris Jara Huayta	17	18	16	17
Mg. Héctor Huaraca Rojas	17	18	16	17
Dra. Angélica Ramírez Espinoza	17	18	16	17
Dra. Marizabel Llamocca Machuca	17	18	16	17
Lic. Arturo Morales Silvestre	16	18	17	17
Promedio	17			

Observaciones:

Metodología: aclarar la definición de tipo de investigación aplicativo, retirar la palabra cuasi experimental e incluir el término descriptivo; retirar la palabra plan.

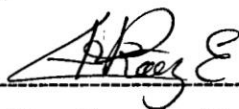
Siendo las doce con quince minutos del mismo día, se concluye con el presente acto académico; firman al pie:



Dra. Iris Jara Huayta
Presidenta



Mg. Hector Huaraca Rojas
Miembro



Dra. Angélica Ramírez Espinoza
Miembro



Dra. Marizabel Llamocca M.
Miembro



Lic. Arturo Morales Silvestre
Asesor



Lic. Rosa M. Muñoz Pizarro
Secretario Docente (e)

CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE TRES AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CLAS: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

Bach. CÓRDOVA HUAMÁN, Chris Karen y Bach. HUAMÁNÍ PALOMINO, Edgar

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto – Ayacucho 2016. **Material Y**

Métodos: La presente investigación es de enfoque cuantitativo, tipo aplicado de nivel descriptivo y diseño descriptivo-transversal. La población de estudio fue 2589 historias clínicas de niños(as) sanos menores de 3 años de los establecimientos de salud mencionados en el párrafo anterior. La muestra considerada fue 140 historia clínicas de niños(as) sanos menores de tres años.

El tipo de muestreo fue probabilístico - sistemático. **Resultados:** el 100% de las historias clínicas se registraron de forma deficiente. Respecto al personal de enfermería se encontró según sexo, el 88% femenino; el 12% masculino. El 70.0% habla español- Quechua y el 30.0% habla español. Según la condición laboral, el 52% labora más de 5 años, el 27.0% entre 1 a 4 años y el 21.0% menor de un año. Finalmente el 88% cuenta con grado de licenciatura, el 12.0% tiene maestría. Respecto a los formatos se encontró: Plan de atención integral; 97,9% deficiente, el 2.1% regular, Antecedentes; 96,43% deficiente y el 3.57% regular, Factores de riesgo; 70,71% óptimo y 29.29% deficiente, Alimentación; 92.86% deficiente y 7.14% óptimo, consulta; 99.3% deficiente, el 1.0% regular, Curvas de crecimiento el 86.4% deficiente, el 13.6% óptimo, Evaluación del desarrollo el 97.9% deficiente, el 2.1% óptimo, formato de Tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil; 87.9% deficiente, el 7.1% regular y el 5.0% óptimo.

Conclusiones: existen historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años con un registró deficiente, lo que no ayuda a conocer adecuadamente la evaluación del niño(a), no permite tomar las decisiones correctas.

Palabras claves: Historia Clínica, Registro, Calidad, Crecimiento, Desarrollo.

QUALITY OF REGISTRATION OF CLINICAL HISTORIES OF CHILD (A) HEALTHY UNDER THREE YEARS IN THE OFFICES OF CHILD IN THE CLAS: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BETHLEHEM AND CARMEN ALTO -AYACUCHO 2016.

Bach. CÓRDOVA HUAMÁN, Chris Karen and Bach. HUAMANÍ PALOMINO, Edgar

SUMMARY:

OBJECTIVE: To determine the quality of registration of medical records of the child (a) healthy child under 3 years in child clinics in the CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Bethlehem and Carmen Alto - Ayacucho 2016. **Methods:** this research is quantitative approach, application type of descriptive level and descriptive-cross-sectional design. The study population was 2589 under 3 years of health facilities mentioned in the previous paragraph healthy medical histories of children (as). The sample was considered clinical history of 140 children (as) healthy under three years. The sampling was probabilistic - systematic. **Results:** 100% of the medical records were recorded poorly. Regarding the nurses he was found by sex, 88% female; 12% male. 70.0% Spanish- speaking Quechua and 30.0% speak Spanish. According to the employment status, 52% work more than 5 years, 27.0% between 1 to 4 years and 21.0% less than a year. Finally, 88% have a bachelor's degree, 12.0% have expertise. Regarding formats found: Comprehensive Care Plan; Poor 97.9%, 2.1% regularly Background; 96.43% 3.57% poor and fair, Risk Factors; 70.71% 29.29% optimal and poor, Food; 92.86% and 7.14% poor optimal consultation; 99.3% poor, 1.0% regular growth curves 86.4% poor, 13.6% optimal development evaluation 97.9% poor, 2.1% optimum format Tamizaje- family violence and child abuse; 87.9% poor, 7.1% and 5.0% Regular optimal. **Conclusions:** There are medical records of the child (a) healthy child under 3 years with a recorded deficient, which does not help adequately meet the child's assessment (a), not allowed to take the right decisions.

Keywords: Medical Records, Registration, Quality, Growth, Development

DEDICATORIA

Ante todo Agradezco a Dios por darme la dicha de vivir. El más profundo Agradecimiento a mis queridos padres, Hermanos y familiares fuente de estímulo para mi superación y seguir alcanzando mis metas propuestas.

Chris Karen

A Dios nuestro, guía y luz en nuestras vidas. A mis queridos padres, por su amor y comprensión, porque todo lo que somos o esperamos ser, se debe a su inmenso cariño, sacrificios y desvelos. Por tenernos paciencia y ayudarnos a salir adelante hasta conseguir nuestras metas.

Edgar

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en su aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestro asesor, por habernos guiado la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
RESUMEN	ii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
INDICE	vi
CAPITULO I:	
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO II:	
REVISION DE LA LITERATURA	14
CAPITULO III	
MATERIAL Y METODOS	36
CAPITULO IV:	
RESULTADOS	40
CAPÍTULO V:	
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
ANEXOS	70
ARTICULO CIENTIFICO	104

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el profesional de enfermería interviene en la prestación de los servicios de salud, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, para ello hace uso de registros para dar a conocer el estado y evolución de la salud del niño(a), la respuesta a la terapéutica y las intervenciones ante los problemas y necesidades encontradas en el niño(a).

La historia clínicas es formal y representa una constancia escrita de los hechos realizados en el niño(a) menor de tres años, toda vez que puede contribuir al desarrollo disciplinario y profesional; permitiendo mostrar al resto del equipo de salud, que la acción cuidadora se desarrolla a través de la autonomía profesional, mejorando la calidad de atención prestada y permitiendo diferenciar la actuación propia del resto del equipo de salud.

Dulanto E. Hace mención que la historia clínica constituye un documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los niños(as), así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del niño(as), del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia (1).

Así mismo la historia clínica es documento básico en todas las etapas del modelo de la atención y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada niño(a), considerando

que el adecuado llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial (2).

Sin lugar a dudas, la historia clínica es el elemento clave para el ejercicio profesional de enfermería, tanto del punto de vista asistencial, pues actúa como guía en el manejo clínico del niño(a), como desde el investigador y el docente, permitiendo el análisis retrospectivo de desempeño de profesionales de enfermería.

En estudios referentes a la calidad de las historias clínicas se encontró como referente principal el estudio realizado de Ayala y Col. , de las 404 historias clínicas evaluadas, 56% de historias clínicas obtuvieron una calificación de aceptable, 30% historias clínicas calificaron como deficiente, 10 % historias clínicas se calificaron como adecuadas, mientras el 1% tuvieron una calificación inaceptable (3).

Así mismo, estudio realizado por Rocano, tuvo como resultado del 100% de historias clínicas auditadas una calificación entre 48 y 64% (de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro), lo que las califica como regulares, a su vez los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las historias clínicas auditadas, el 100% de historias clínicas registró en forma incompleta los ítems de enfermedad actual y 70% no enfatizó el motivo de consulta, sólo se consignó los antecedentes patológicos a pesar de que en el formato existe un ítem para llenar otros antecedentes, el 90% de historias clínicas se consignó de forma completa las funciones vitales, el 13% de historias clínicas no había un examen físico dirigido, no hubo una sola historias clínicas en la que se registró la codificación CIE10, el 5% de historias clínicas no hubo identificación del personal de salud tratante, el 13% de historias clínicas no se registró la hora de atención, el 60% de las historias clínicas no se utilizó los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos, el 77% de las historias clínicas no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la historias clínicas (4).

En el estudio realizado por Zafra y Col, de las 91 historias clínicas encontraron; el 85,7% calificadas como historias por mejorar, y el 14.3% fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy

heterogénea, siendo las medidas higiénicas lo menos registrado 16,5%. Por su parte un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, en 45% se encontró un registro bajo de hora de atención y 32% letra legible, y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal (5).

En un estudio realizado por Bocanegra, hace mención que el nivel de calidad del registro de la mayoría de los formatos de las historias clínicas de hospitalización de los pacientes es deficiente (6).

Maniobo D. refiere que los registros representan una fuente de docencia e investigación, ya que permite el análisis de información contribuyendo al desarrollo de nuestra profesión. Por otro lado facilita las acciones de auditoría con el fin de corregir las fallas encontradas o errores en su elaboración y que permita ofrecer recomendaciones para mejorar la calidad de registro (7).

Así mismo el registro de la historia clínica del niño(a) en los consultorios niño(a) de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, permite conocer la importancia del crecimiento y desarrollo en la primera infancia. En ese sentido, los niños menores de tres años mientras no reciban atención de calidad y los cuidados necesarios, las consecuencias son acumulativas y prolongadas.

Con referencia al párrafo anterior se sustenta en la "norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años aprobado por R.M. N° 990-2010/MINSA, todos los establecimientos de salud, realizan control del crecimiento y desarrollo, según el nivel de atención correspondiente. Los establecimientos del segundo y tercer nivel hacen actividades de control de crecimiento y desarrollo de niñas y niños con riesgo detectado o con diagnóstico de alteración/trastorno del crecimiento o desarrollo (8).

Por ello el control de crecimiento y desarrollo del niño(a) menor de tres años tiene un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado del niño(a). Por lo tanto el profesional de enfermería utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de

laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico y neurológico (8). Los aspectos en mención en líneas anteriores son registrados en la historia clínica del niño que sirven como insumos para monitorizar el crecimiento y desarrollo y tomar decisiones oportunas en la atención del niño(a) sano.

Durante nuestras prácticas de Pre - Grado comunitario en los establecimientos de salud, se identificó que el registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, son documentos médico legal y fundamentales para la toma de decisiones del personal de enfermería y que estas garanticen un proceso de monitoreo de la evolución del crecimiento y desarrollo. Se observó la falencia en el registro de las historias clínicas del niño(a), que están determinados por registros; inadecuados e incompletos en cada formato que contiene la historia clínica, letras no legibles, historias clínicas con borrones, omiten información de importancia para el tratamiento, registran actividades antes de ser ejecutadas o los datos no corresponden a lo ejecutado, diagnósticos incoherentes que no responden al problema y necesidad del niño(a), registran inadecuadamente las gráficas de antropometría. Además los registros no se adecuan a lo estipulado en la normas técnica vigente; los cuales efectivamente conllevan a la falta de seguimiento de la evolución del niño(a) en cuanto a su crecimiento y desarrollo.

Al consultar a las enfermeras refieren: "falta de tiempo, demanda de los programas que lleva a su cargo y las visitas domiciliarias que realizan, el poco interés de actualización en el área niño (CRED), que brinda la dirección regional de salud-Ayacucho (DIRESA) y la Red de salud Huamanga. Por otra parte la enfermera no reconoce la importancia de la historia clínica del niño(a) para la toma de decisiones, sino lo considera como un documento legal.

El surgimiento de la nueva tecnología y los avances significativos en los diferentes ámbitos hacen necesario que los profesionales de enfermería demuestren competencia ante los nuevos retos. Por ello creemos que el personal de enfermería debe ser competente para ofrecer una atención de calidad y que estén plasmados en los registros de calidad de las historias clínicas, con una muestra fiable y efectiva de las actividades que realiza durante la atención del

paciente. Sin embargo aun cuando en los últimos años la enfermera realiza actividades de mayor complejidad, no se ha logrado demostrar esta ardua labor.

Las referencias señaladas, la experiencia, la observación motivaron la realización del estudio sobre La calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, en los consultorios de niño(a) en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016. Con el presente trabajo de investigación se pretende responder el enunciado del problema: ¿Cuál es la calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016?, del cual se plantearon los siguientes objetivos:

General:

Determinar la calidad de registro de las historias clínicas en niño(a) sano menor de 3 años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto – Ayacucho 2016.

Específico:

- ✓ Identificar las características demográficas y educativas del personal de enfermería (sexo, edad, idioma, condición laboral, tiempo de servicio y estudios académicos).
- ✓ Evaluar la calidad de registro del plan de atención integral de salud del niño(a) sano, registro de datos de filiación, antecedentes y factores de riesgo y registro de evaluación de alimentación.
- ✓ Evaluar la calidad de registro y manejo del formato de consulta en la atención del niño(a) sano menor de 3 años.
- ✓ Verificar el registro y manejo de las curvas de crecimiento, instrumento de evaluación del desarrollo en el niño(a) menor de 3 años.
- ✓ Identificar la calidad de registro y manejo respecto a la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

Con referencia a la hipótesis de nuestra investigación, la calidad de registro de las historias clínicas en la atención del niño(a) sano menor de tres años, en el consultorio niño, de los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén de la ciudad de Ayacucho, son incompletas e inconsistentes

que limita la toma de decisiones del profesional de enfermería. Por lo que nosotros al ejecutar el proyecto se comprobó que las historias clínicas del niño son incompletas e inconsistentes, siendo esta una de las causas que no permita tener un conocimiento real del crecimiento y desarrollo del niño.

Según la “Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica”, nos define que la historia clínica es un documento médico legal, que registra los datos, de identidad y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el medico u otro profesional brinda al paciente(9).

Mediante la calidad de registro de la historia clínica del niño(a) se busca identificar de manera adecuada y oportuna los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento. Y de este modo, evitar secuelas, incapacidad y prevenir la muerte. Por ello es importante que se realice la intervención correspondiente para la edad del niño, ejecutando las actividades programadas según la norma técnica de salud vigente.

Con este estudio se busca encontrar las falencias en el llenado de la historia clínica del niño(a), debiendo ser estos pertinentes y concisos, reflejar los problemas, necesidades y capacidades del paciente. El registro debe ser preciso y completo, registrando con exactitud el estado del niño(a), mencionando los hechos que se observan y nunca haciendo conjeturas, e implementar intervenciones para solucionar las falencias y mejorar la calidad de los registros. Beneficiándose de esta manera los diferentes establecimientos de salud (Santa Elena, Carmen Alto, San Juan Bautista y Belén) y también el profesional de enfermería al disminuir el riesgo para el niño y evitar problemas de índole legal latente en la práctica profesional.

Se podrá comprobar las falencias del personal de enfermería mediante una revisión de historias clínicas, de esta manera tomaremos en cuenta los errores para no volver a cometerlos y así reducir los riesgos de un problema legal.

Los registros de historia clínica del niño(a) son documentos de mayor valor y confiabilidad que la enfermera utiliza para comunicarse con el equipo de salud, reconocido por la norma técnica de niño vigente como el único medio idóneo capaz de acreditar un hecho de relevancia legal y administrativo, que refleja la

cantidad y calidad del trabajo de enfermería brindado. Por lo expuesto, se considera de vital importancia realizar buen registro en las historias clínicas del niño(a) capaces de evidenciar la calidad del cuidado prestado por el personal de enfermería.

La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, de nivel descriptivo, de diseño descriptivo- transversal mediante el instrumento: ficha de cotejo. El área de estudio fue en los CLAS de los distritos metropolitanos (Santa Elena, San Juan Bautista, Carmen Alto, Belén) de la ciudad de Ayacucho, se encuentra a 2746 m.s.n.m. situada en la sierra centro sur; la población de estudio fue por 2589 (100%) historias clínicas de niños(as) sano menor de 3 años en los en los consultorios de niño en los CLAS: Santa Elena (372 historias clínicas), San Juan Bautista (1162 historias clínicas), Carmen Alto (678 historias clínicas), Belén (377 historias clínicas) Ayacucho-2016, la muestra estuvo considerada de 140 historia clínicas de niños(as) sanos menores de tres años en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016. El tipo de muestreo fue probabilístico-sistemático. La técnica de recolección de datos fue la observación, revisión de historias clínicas mediante la ficha de cotejo.

Finalmente se concluye existen historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años con un registró deficiente, lo que no ayuda a conocer adecuadamente la evaluación del niño(a), no permite tomar las decisiones correctas.

La presente investigación se consigna en capítulos: CAPITULO I, Introducción. CAPITULO II, Revisión de la literatura, antecedentes y base teórica. CAPITULO III, Material y Métodos. CAPITULO IV, Resultados. CAPITULO V, Constituido por la discusión, finalmente se consigna las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Al revisar la literatura correspondiente, se han encontrado las siguientes investigaciones tanto a nivel internacional, nacional, regional y no así datos locales que precisen sobre la investigación.

Ayala, Pérez, Pineda, y Díaz, (2007) en el estudio descriptivo - retrospectivo "Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional", en Bucaramanga–Santander Colombia"(3), el objetivo fue evaluar la calidad de la historia clínica a través de las normas para el diligenciamiento, manejo, control y evaluación de los documentos que hacen parte de la historia clínica de cada uno de los pacientes que consultaron durante el I semestre del 2007, de un tamaño poblacional de 15 mil historias clínicas con una proporción esperada de buen diligenciamiento de 50%, para un nivel de confianza del 95%. Efecto de diseño 1.0, para una precisión del 5%. Tamaño estimado de la muestra mínima requerida, 375 historias clínicas y tamaño de la muestra final de 404 historias clínicas, de donde se evaluaron atributos de las historias clínicas en el diligenciamiento administrativo y clínico, tomando como parámetros: optimo, adecuado, aceptable, deficiente e inaceptable. El estudio arrojó resultados de ausencia de rango optimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un

trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las historias clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención.

Gómez, Domínguez y Ramos, (2014) en el estudio retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo "Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local del municipio Lebrija, departamento de Santander, entre diciembre 2013 a mayo 2014", Universidad Autónoma de Bucaramanga en Colombia (10). El objetivo fue auditar el proceso de diligenciamiento, calidad y registro de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local San Juan de Dios del Municipio de Lebrija Santander entre diciembre 2013 a mayo 2014. De un total de 192 historias clínicas se tomaron 80 historias clínicas, realizando la verificación en la base de datos para analizar el cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica, obteniendo como resultado general que 60% está dentro del rango óptimo, el 17% aceptable y el 13% muy deficiente. Esto indica que se deben tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad.

Lilian M. (2005), en el estudio descriptivo-retrospectivo "Análisis de registros, calidad de los datos y propuesta de mejoramiento de la historia clínica perinatal en la maternidad del Hospital Ramón Carrillo", Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas. En Córdoba-Argentina (11). el objetivo es perfeccionar el llenado de la historia clínica perinatal y describir cuáles son los datos faltantes o incorrectos más frecuentemente, determinar la implicancia que tiene la falta o incorrección de esos datos, proponer normas, medidas y acciones, que tiendan a corregir las deficiencias encontradas en el llenado de la historia clínica perinatal. Para el presente estudio se considera población y muestra todas las historias clínicas perinatales pertenecientes a pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad. El estudio arrojó resultados de un elevado porcentaje de falta de datos (20,3%), sobre todo en lo referido al recién nacido (31,8%) y al egreso del mismo (40.5%), lo que hace rehacer la responsabilidad en los profesionales de neonatología. Además falta de integración en equipo por parte de neonatólogos y obstetras. También se detectó significativas falencias en el registro del control prenatal (15.3%) y datos del embarazo (25.9%).

Bautista, Vejar, Pabón, y col, (2015) en el estudio descriptivo de corte transversal "Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería" Universidad de Santander, en Colombia (12). La muestra estuvo conformada por 105 auxiliares de enfermería y 15 profesionales de enfermería que laboran en una institución de salud de IV nivel de complejidad, para la recolección de la información se utilizó una lista de chequeo y un test de conocimientos basado en el protocolo de registros de la institución. Resultados: El nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con 29%. La aplicabilidad es buena en un 14% y un 54% del personal profesional y auxiliar de enfermería tiene mala aplicabilidad al protocolo, encontrándose que no se diligencian completamente los formatos que se incluyen en la historia clínica. El nivel de adherencia es bueno para el 30% del personal profesional y auxiliar de enfermería.

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". Hospital Loayza, en Lima-Perú (4). El objetivo fue evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del servicio de emergencia de un hospital general. Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de emergencia del Hospital Loayza de Lima. Donde el 100% de las historias clínicas auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos 100%; registró incompleto de la enfermedad actual 100%; no énfasis en el motivo de consulta 70%; no se enfatizó el estado general o de conciencia 50%; en ninguna historia clínica se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de historia clínica registró la epicrisis; sólo el 15% de las historia clínica tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las historia clínica no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las historia clínica no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la historia clínica; y, en más del 50% de historia clínica no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos.

Matzumura, Gutiérrez, Sotomayor y Pajuelo, (2010-2011) en su estudio descriptivo de corte transversal "Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, en Lima-Perú"(13). Objetivo: evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de consultorios externos del servicio de medicina interna en la clínica Centenario Peruano Japonesa. Se evaluó 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, las cuales fueron sometidas a una ficha de auditoría que comprendía 10 ítems, cada uno calificado con 10 puntos, para un total de 100 puntos: fecha y hora de atención, pulcritud y legibilidad, anamnesis adecuada, signos vitales, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, exámenes auxiliares, tratamiento completo y firma y sello del médico. Las historias que obtenían un puntaje total mayor o igual de 80 fueron calificadas como 'aceptables'; las restantes como 'falta mejorar'. Obteniendo como resultados: El 63,8% de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnóstico y tratamiento completo fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia, tanto en aquellas historias que cumplían un registro aceptable (64,6% y 62,6% llenadas de modo completo, respectivamente) como en aquellas con registro falta mejorar (20,5% y 23,1%, respectivamente). La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente).

Zafra, Veramendi, Espinoza y col, (2013) en su estudio descriptivo transversal "Calidad de registro en historias clínicas en el centro de salud del Callao, en Lima-Perú"(5). De 91 historias clínicas de consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia y se consideró como "aceptable" aquellas que poseían 50 o más puntos y el resto, como "por mejorar". De los cuales el 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica dietéticas lo menos registrado (16,5%). Por su parte un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%), y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal. Si bien

se realizan capacitaciones anuales, cabe resaltar que el personal profesional que labora en este centro varía con frecuencia debido a que el centro es plaza para servicio rural urbano Marginal de Salud (SERUMS). Este problema podría estar sucediendo en otros establecimientos similares, donde la evaluación periódica de estos indicadores debe ser tomado en cuenta.

Niquén E. (2013), en el estudio descriptivo-transversal-retrospectivo "Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del hospital regional docente de Trujillo 2012". Universidad nacional de Trujillo-Perú (14). Determinar el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo del año 2012. Siendo la población constituida por pacientes de ambos sexos hospitalizados en el servicio de medicina Interna, 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, elaborado en base a la "norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica". Se analizó los datos obtenidos por medio del programa Excel. Donde el resultado 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%).

2.2 BASE TEÓRICA.

CALIDAD DE REGISTRO:

Según Fernández A. calidad de registro es una serie de documentos que recogen los resultados de la gestión de la calidad, recopilando información resultante de la aplicación y puesta en marcha del sistema; esta información, además de servir como evidencia de su implantación, sirve como fuente de datos para los análisis y estudios. Reflejan los datos sobre la calidad de un producto, proceso o servicio, sirviendo como base para la mejora continua. Estos registros son determinados y enunciados como tal, por los autores de cada uno de los procedimientos genéricos y operativos. Dada la trascendencia de estos registros, su control debe ser tal que permita evitar que se dañen o se pierdan (15).

Consiste en evaluar, verificar, identificar, los registros de los diversos documentos legales, aplicando una serie de instrumentos como (fichas de cotejo, entrevista, etc) de este modo ayudara a identificar problemas, el cual permitirá ofrecer diversas soluciones. Del mismo modo es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

CALIDAD:

Según MINSA: la calidad no es sinónimo de lujo o complejidad, sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención. La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo es medible a través de métodos cualitativos y cuantitativos (16).

El diccionario de la Real Academia Española: define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que as restantes de la misma especie”(17).

Fernández A. menciona que la calidad es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado (15).

Según Hernández, la calidad es el cumplimiento de ciertas proposiciones impuestas para garantizar la resolución de una necesidad, evaluando las propiedades inherentes de cualquier cosa y para llegar a esta es necesario emplear un plan de mejora continua con el propósito de ir mejorando para finalmente alcanzar lo propuesto (18).

REGISTRO:

Jiménez J. Menciona que un registro es un tipo de dato estructurado con un número fijo de componentes (no todos necesariamente del mismo tipo) a los que se accede por su nombre, no por su posición o índice. Cada uno de los componentes de un registro recibe el nombre de campo (19).

Según Carballo Y. registro es una estructura de datos formada por una colección finita de elementos llamados campos, no necesariamente homogéneos (del mismo tipo) y que permiten almacenar una serie de datos relacionados entre sí bajo un nombre y una estructura común (20).

Del mismo modo un registro es una información cualquiera y concreta como puede ser el apunte de un nombre y un apellido y la pertinente hora en la cual se espera a esa persona en el caso de tratarse de una cita con el médico. Esta anotación podrá realizarse de forma escrita en un cuaderno destinado a tal menester o bien puede hacerse en forma mecánica, más concretamente a través de la computadora y haciendo uso de una base de datos relacional que se haya creado con ese objetivo.

CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS:

Potter, sugiere las siguientes directrices o características necesarias que deben cubrir un registro (21):

- **Real:** un registro contiene información descriptiva y objetiva sobre los que la enfermera ve, escucha, palpa y huele. Una descripción objetiva es el resultado de las observaciones y la determinación directa de las acciones.
- **Exacta:** la información debe ser fiable. La utilización de determinaciones exactas garantiza que un registro es exacto, la exactitud como medio de establecer si la situación de un paciente ha cambiado. Para una información exacta puede hacerse uso de abreviaturas y símbolos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a reducir el tiempo de escritura, el tipo de abreviatura se utiliza y determina de acuerdo a lo preestablecido institucionalmente.

La ortografía o escritura correcta aumenta la exactitud del registro, ya que hay términos que pueden interpretarse de manera errónea. Al terminar las

- anotaciones en el registro del paciente debe incluirse la firma de la enfermera con nombre o primera inicial, apellido.
- **Completa:** la información registrada en un informe debe ser completa, conteniendo información concisa apropiada y total sobre el cuidado del paciente. Cuando los registros son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el profesional de enfermería es incapaz de demostrar que presto una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa a cerca de las necesidades del paciente.
 - **Actual:** las anotaciones a sus horas son esenciales en el cuidado continuo del paciente para aumentar la exactitud y disminuir la duplicación innecesaria. Pueden emplearse registro más específicos como:
 - Constante de signos vitales.
 - Administración de medicamentos.
 - Diagnósticos.
 - Tratamiento aplicado.
 - Respuestas del paciente.
 - Al describir los cuidados, la enfermera debe referirse al problema del paciente, al cuidado otorgado y a la respuesta del cuidado, lo más pronto posible, ya que la información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente.
 - **Organización:** los registros y la información contenida en ellos deben seguir un formato u orden a fin de explicar lo que sucede a manera clara y no provocar confusión.
 - **Confidencialidad:** dentro de las características de los registros este debe poseer como atributo la confidencialidad. Los registros contiene información confidencial, por lo que la enfermera no debe revelar el estado del paciente a otros pacientes o miembros no implicados en su atención, estado legal y éticamente obligada a considerar este derecho del paciente.

Potter, sugiere además las siguientes directrices legales para el registro (21):

- No borrar, utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro, la acción correcta es trazar una línea única sobre el error, escribir la palabra error sobre ella, después escribir la nota correctamente.

- Registrar todos los hechos.
- No dejar espacios en blanco en las historias clínicas, si es posible trazar un gráfico de forma consecutiva línea a línea.
- Registrar de forma legible y no utilizar lápiz.

HISTORIA CLÍNICA:

Según Brito N. la historia clínica es un instrumento, formato o expediente que sirve para recabar de forma ordenada datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que en el primer momento puede ser provisional, el cual se respaldará con los resultados de los análisis de laboratorio clínico, radiográficos u otro tipo, realizados al paciente. En tal sentido, se define como "...el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario". Es el documento básico en todas las etapas de la atención médica, es una guía metodológica para la identificación de problemas de salud integral de cada persona. "No sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada" (22).

CONSULTORIO DEL NIÑO SANO:

La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos. Usted realizará controles pediátricos de niños sanos con mayor frecuencia mientras el niño se más pequeño y esté desarrollándose más rápidamente. Cada consulta incluye un examen físico completo. En este examen, el médico verifica el crecimiento y desarrollo del bebé o del niño pequeño con el fin de encontrar o prevenir problemas. El médico registrará el peso, la estatura y otra información importante del bebé, asimismo la audición, la visión y otros exámenes serán parte de algunas consultas o controles.

PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD:

La OPS. Define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar,

en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (23).

Por su parte Gaviria S. Hace mención que la prestación de servicios de salud está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población (24).

Así mismo la prestación de salud es un término que se puede utilizar en diversos órdenes de la vida para hacer referencia a distintos tipos de servicios o asistencias que una persona puede recibir. La palabra o el concepto de prestación proviene del verbo prestar, que significa en este caso entregar, ofrecer, dar a otro. Así, la palabra prestación hace referencia a todo aquello que sea considerado como un servicio que una persona, una institución, una entidad otorga a otra persona, entidad, cliente, etc. En la mayoría de los casos, la palabra se utiliza para indicar aquellos servicios que tienen que ver con el área de la medicina, es decir, todas aquellas prestaciones que se otorgan a los pacientes con el objetivo de proteger y cuidar su salud.

ATENCION DE SALUD:

La OMS. Menciona que la atención de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (25). De otro lado es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud, donde este ámbito guía a los pacientes por todo el sistema de salud y las relaciones que existe entre pacientes y personal de salud, el cual los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, se crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes, donde se abre oportunidades a la promoción de la salud, prevención y detección temprana de enfermedades, por lo tanto se requiere un equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal

de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especialistas (26).

Cruz M. Recopila la declaración de Alma Ata (1978). El cual hace mención "...Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, pues está al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan acceder, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación..."(27).

ESTRUCTURA DE DISEÑO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO(A):

1. Plan de atención.
 - 1.1 Datos de filiación y antecedentes.
2. Evaluación de la alimentación.
3. Formato de consulta.
4. Gráfico de las curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T Y PC.
5. Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
6. Instrumento de evaluación del desarrollo del niño(a).

1.- PLAN DE ATENCIÓN (8):

Es un instrumento en el que se detallan las atenciones de salud requeridas para la satisfacción de las necesidades de salud de los niños(as) menores de tres años; este instrumento permite brindar las atenciones de salud en forma racional, continua y sistemática de acuerdo a la cartera de servicios de la red de salud correspondiente.

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niño(a) en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.

El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente.

El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que el niño(a) no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente.

1.1.- DATOS DE FILIACIÓN Y ANTECEDENTES (8):

Consiste en la recolección y organización de datos relacionados al niño(a), su familia y su entorno, para lo cual el prestador de salud utiliza estrategias e instrumentos como la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, entre otros, a fin de obtener la información adecuada o que le permita determinar los riesgos, problemas y necesidades de salud. Esta información es la base para las decisiones y actuaciones posteriores. En esta segunda fase del proceso se determina el estado de salud actual de la niña y del niño, sus necesidades de salud, así como las de su familia y entorno.

2.- EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS (8):

Para evaluar la alimentación utilizar el esquema que se encuentra en el formato de la historia clínica. Registrando la fecha de la evaluación y colocando un aspa (X) sobre la edad de la niña o niño. Consignar (Si) o (No) según corresponda. Así Utilizar los resultados para orientar en la consejería y negociar los acuerdos con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño. Evaluar la alimentación en cada contacto del niño o niña con los servicios de salud, poner especial cuidado en la alimentación durante los procesos de enfermedad.

2.1.- Suplementación con micro nutriente:

2.1.1.- Suplementación con hierro: Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad. El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro.

El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña o niño, por lo tanto paralelamente a éste debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C; el consumo de alimentos fortificados con hierro y evitar sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc.

2.1.2.- Suplementación con Vitamina A: La suplementación con Vit. "A" se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza.

3.- FORMATO DE CONSULTA (8):

A fin de garantizar la continuidad en la provisión de las atenciones de salud y fomentar la corresponsabilidad, es necesario definir de mutuo acuerdo entre la madre, padre o el adulto responsable del cuidado del niño, las fechas de entrega de estas atenciones.

También corresponde a la ejecución o puesta en práctica de los cuidados programados. La entrega de las prestaciones de salud estará orientada por las guías de práctica clínica y la norma técnica de atención integral de salud vigente del niño(a) menores de tres años.

Finalmente se evalúa el plan para determinar si se han cumplido con las actividades y/o acciones programadas y se logró el impacto deseado en la salud de la niña o el niño; de acuerdo a los resultados se debe reiniciar el proceso.

3.1.- ACTIVIDADES E INTERVENCIONES:

3.1.1.- Examen Físico: se evaluará la anatomía del ser humano de manera general como: cabeza, cabellos, cara, cuello, tórax, abdomen, columna vertebral, extremidades superiores e inferiores, genitourinario, ano, piel y anexos y además se realizará en examen neurológico.

- ✓ Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.

Además se incluirá:

- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación del crecimiento y la ganancia de peso.
- Evaluación de la alimentación y la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Verificación de la toma de muestra para el tamizaje neonatal y resultados de laboratorio de Rh y grupo sanguíneo, según norma específica.
- Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño o niña:
 - Factores biológicos: bajo peso, prematuros o malformaciones congénitas.
 - Factores ambientales: contaminación intradomiciliaria del aire, del agua; pobreza etc.
 - Factores familiares: violencia intrafamiliar, disfunción familiar, consumo excesivo de alcohol y/o drogas ilícitas de personas significativas para el cuidado del niño.
- Verificación de la inscripción temprana para la obtención del código único de identidad, partida de nacimiento y/o DNI.
- Verificación de vacunas del recién nacido según el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir.
- Verificar la afiliación del recién nacido al sistema de aseguramiento en salud según corresponda.

- Informar a la madre y familia sobre programas de apoyo social o protección de derechos a nivel local.

3.1.2.- Visita domiciliaria:

Actividad realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del menor, verificar y fortalecer prácticas clave en el cuidado del menor (lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto; identificación de signos de peligro y acciones a tomar).

3.1.3.- Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato: Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica.

3.1.4.- Detección de Enfermedades Prevalentes:

- ✓ La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI.
- ✓ La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.

3.1.5.- Detección de problemas visuales:

- La evaluación de la visión en todo niño(a) menor de tres años será realizada por el profesional de enfermería, el médico pediatra o médico general responsable del control de crecimiento y desarrollo.
- En el 100% de recién nacidos prematuros se verificará el cumplimiento de la prevención secundaria de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP), según lo precisado en la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01.

3.1.6.- Detección de problemas de la Audición:

Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención considerará como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente:

- ✓ No reacciona ante sonidos inesperados.

- ✓ No gira la cabeza en dirección al sonido de la voz.
- ✓ No comprende las órdenes.
- ✓ Pobre desarrollo del lenguaje. Si un niño no balbucea a los 11 meses debe remitirse inmediatamente para su estudio audiológico.
- ✓ Habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad.
- ✓ En edades preescolares trastornos del aprendizaje de distinto grado.
- ✓ Observación e impresiones familiares.

3.1.7.- Consejería Integral:

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado del niño(a) de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.

3.1.8.- Consejería Nutricional:

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.

4.- CURVAS DE CRECIMIENTO (8):

4.1.- CRECIMIENTO:

Se define como proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular; ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: la hiperplasia y la hipertrofia. Ambos mecanismos contribuyen al

crecimiento humano aunque operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida.

4.2.- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño(a); detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

4.3.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO: CARACTERÍSTICAS GENERALES Y PECULIARIDADES EN LAS DITINTAS ETAPAS DE LA VIDA: Características generales: este proceso tiene un conjunto de características generales, entre ellas se destacan las de ser:

4.3.1.- Multidimensional: se caracteriza por la ocurrencia de cambios que se producen al unísono en diferentes dimensiones: en el físico, en las habilidades motoras, en la capacidad de pensar, de razonar, de sentir y de relacionarse con los demás. Por ello, la descripción y evaluación de este proceso en los niños debe de tomar en cuenta todos los aspectos que este abarca.

4.3.2.- Integral: todos los componentes de este proceso se encuentran interrelacionados por lo que deben ser considerados en conjunto ya que las variaciones que ocurren en una dimensión influyen sobre el comportamiento de las otras y viceversa. Por ejemplo, la alimentación del niño - que es un elemento clave para su desarrollo físico - es un proceso social en el que, sobre todo en los primeros años de la vida, se produce una interacción entre el pequeño y su madre o la persona encargado de cuidarlo; si este proceso no funciona de manera adecuada, por dificultades en la salud social o psicológica de alguno de ellos, esto afectará el progreso del crecimiento del niño aun cuando la disponibilidad de alimento sea adecuada.

4.3.3.- Continuo: este proceso se inicia en el momento de la concepción y continúa a lo largo de toda la vida. Ello significa que cualquier cambio en las condiciones del medio en que un niño se desarrolla puede afectar o favorecer lo

que ya se ha logrado. Si un medio es permanentemente desfavorable, la afectación ocurrirá de forma acumulativa y el déficit consecuencia de ello llegará un momento en que no será recuperable; por el contrario, si se toman medidas adecuadas se podrá lograr una recuperación de este proceso.

4.3.4.- Ocurre en un proceso de interacción: el niño crece y se desarrolla en un medio físico y social con el cual interactúa, de ahí que la promoción de este proceso no puede estar constituida por acciones dirigidas solo al niño sino que es necesario actuar sobre el medio, las personas y los objetos con que él se relaciona.

4.3.5.- Único: aunque existen determinadas pautas o secuencias en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, el momento en que diferentes hechos ocurren, sus características y velocidad varían de un niño a otro. Esta variación es el resultado de la interacción entre las potencialidades genéticas del niño y el medio en que se desarrolla.

4.4.- EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO (8):

4.4.1.- Valoración antropométrica: peso, longitud/talla y perímetro cefálico:

Se realiza a todo niño(a) desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud.

- ✓ El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.
- ✓ Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

4.4.2.- Evaluación y monitoreo del crecimiento:

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud.

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad del niño(a) de acuerdo a los patrones de referencia.

4.5.- Crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

4.5.1.- Crecimiento adecuado o normal: condición en el niño(a) que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

4.5.2.- Crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento: condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

5.- FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (8):

5.1.- Detección de violencia familiar y maltrato infantil: La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto del niño(a) con los servicios de salud. Se deberá aplicar la "Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar".

- ✓ La detección del maltrato y violencia infantil se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia clínica, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc., esta información debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen a niños(as), presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas, etc.).

6.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO (8):

El instrumento para evaluación del desarrollo del niño de 3 y 4 años es el test abreviado o pauta breve, es una simplificación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor para niños de 0 a 24 meses (EEDP) y el Test de Desarrollo Psicomotor para la niña y el niño de 2 a 4 años (TEPSI). El Test consta de 55 ítems, los 45 primeros corresponden al EEDP y evalúa 4 áreas (Lenguaje, motricidad, coordinación y social). Los 10 ítems restantes corresponden al TEPSI y evalúa 3 áreas (Lenguaje, coordinación y motricidad).

6.1.- Desarrollo:

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

6.2.- Evaluación Del Desarrollo: La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño(a) desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad y es de responsabilidad del profesional de enfermería.

- ✓ La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto del niño(a) con los servicios de salud.
- ✓ La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo).

6.3.- Identificación de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño.

- ✓ Durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo es indispensable la identificación, registro y análisis de los factores condicionantes (protectores y de riesgo) de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y

crianza del niño(a); este proceso se realizará de manera conjunta entre el prestador y los padres o adultos responsables del cuidado del niño(a).

- ✓ La identificación de estos factores es clave para que la consejería sea efectiva y para orientar adecuadamente los acuerdos negociados con los padres. Su identificación de manera oportuna permitirá, estimular y garantizar aquellos factores protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo, que en un momento dado amenacen la salud, nutrición y desarrollo del niño(a). Asimismo, permitirá hacer la referencia oportuna.

6.4.- Riesgo Para Trastorno Del Desarrollo:

Es la probabilidad que tiene un niño(a) por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos.

6.5.- Trastorno Del Desarrollo:

Es la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente norma.

6.6.- Factores Condicionantes De La Salud, Nutrición Y Desarrollo Del Niño:

Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo del niño(a).

6.6.1.- Factores Protectores: Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con

la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo del niño(a).

6.6.2.- Factores De Riesgo: Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo del niño(a).

6.7.- Estimulación Temprana: Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención del niño(a), desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

6.8.- Programa De Crecimiento Y Desarrollo Colectivo: Actividades grupales con padres y madres cuyos hijos tengan la misma edad, para acompañarlos en el proceso de crecimiento de sus niños y demostrarles que la mejor forma de invertir en el futuro de la familia es a través de acciones de prevención que permitan mejorar las habilidades y el desarrollo de los más pequeños. Estas apuestan a fortalecer la comunicación, uniendo grupos etarios similares para mejorar la atención infantil en los establecimientos de salud a través de una actividad central y sub-actividades grupales, al igual que encuentros individuales. El modelo de gestión de control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, implementa una oferta individual y una colectiva, incluye al padre y se centra en el desarrollo de habilidades de crianza, cuidado y protección de los niños(as).

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque en la investigación las cosas o fenómenos fueron medibles y comprobadas.

3.2. TIPO DE INVESTIGACION

Aplicado, porque solucionan problemas prácticos sin tener en cuenta las teorías.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACION

Descriptivo, porque se determinó la calidad de registro y manejo de las historias clínicas de los niños(as) menores de tres años, creando así una base para futuras investigaciones.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - transversal

3.5. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación fue realizada en los CLAS de los distritos metropolitanos (Santa Elena, San Juan Bautista, Carmen Alto, Belén) de la ciudad de Ayacucho, el que se encuentra a 2746 m.s.n.m. situada en la sierra centro sur.

3.6. POBLACIÓN

La población de estudio fueron 2589 (100%) historias clínicas de niños(as) sano menor de 3 años en los CLAS de los distritos metropolitanos: Santa Elena (372 historias clínicas), San Juan Bautista (1162 historias clínicas), Carmen Alto (678 historias clínicas), Belén (377 historias clínicas).

3.7. MUESTRA

La muestra considerada fueron 140 historia clínicas de niños(as) sanos menores de tres años de los CLAS: (Santa Elena, San Juan Bautista, Carmen Alto, Belén), Distritos metropolitanos de la ciudad de Ayacucho.

$$\frac{N \times Z^2 \times pq}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times pq}$$

Donde:

N = total de la población

Z = 1.96 (si la seguridad es del 95 %)

p = proporción esperada = 0,90

q = 1-p (en este caso 1-0.90=0.10)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%) = 0,005

$$n = \frac{(2589) (3,8416) (0,90) (0,10)}{(0,0025)(2588) + (3,8416) (0,90) (0,10)}$$

$$n = \frac{895.131216}{6.815744} \quad n = 131.332 \quad n = 140$$

Así mismo la evaluación de las historias clínicas estuvieron distribuidas proporcionalmente según muestra por estratos de la siguiente manera: Santa Elena (20 historias clínicas), San Juan Bautista (63 historias clínicas), Carmen Alto (37 historias clínicas), Belén (20 historias clínicas).

3.8. TIPO DE MUESTREO.

Probabilístico – sistemático.

3.9. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Fueron las Historias clínicas de niños(as) sanos menores de 3 años.

3.10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Historias clínicas de niños(as) sanos menores de 3 años pertenecientes a los CLAS de los distritos metropolitanos.
- Historias clínicas seleccionadas que participan en la investigación.
- Historias clínicas de niños(as) sanos con controles regulares.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Historias clínicas de niños(as) mayores de 3 años de los CLAS de los distritos metropolitanos.
- ✓ Historias clínicas de niños(as) que no pertenecen a los CLAS.
- ✓ Historias clínicas de niños(as) que no participan en la investigación.
- ✓ Historias clínicas de niños(as) que no asisten a sus controles de forma regular.

3.11. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la observación, revisión de las historias clínicas de niños(as) sanos menores de 3 años mediante la ficha de cotejo, con el propósito de obtener datos de fuentes primarias como también de las fuentes secundarias.

3.12. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó con los siguientes pasos:

1. Se coordinó con el área niño de la RED Huamanga.
2. Se gestionó a nivel de las jefaturas de los establecimientos.
3. Se coordinó con el responsable de admisión o manejo de las historias clínicas.
4. Se evaluó y se clasificó las historias clínicas.

3.13. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recabada la información en función de la muestra definitiva se procesó una base de datos en la hoja de cálculo SPSS, y presentados en cuadros estadísticos de acuerdo a los objetivos. Se utilizó tablas, gráficos y alguna técnica tales como: Observación directa no participante a base de lista de cotejo en prueba.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los datos recolectados, aplicando la ficha de cotejo y la encuesta a la muestra estudiada, fueron procesados en una matriz y presentados en cuadros simples y dobles que permitan realizar el análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico, con la finalidad de hacer inferencias o sacar conclusiones de las relaciones observadas en la muestra.

TABLA 01

CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CENTROS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CALIDAD DE REGISTRO *			
	DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	63	45.0	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.3	20	14.3
BELÉN	20	14.3	20	14.3
TOTAL	140	100.0	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró el registro regular y el registro óptimo.

En el presente cuadro, muestra la calidad del registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende; que el 100% de las historias clínicas se registraron de forma deficiente; de la cual el 45% son del Centro de Salud San Juan Bautista, 26.4% del Centros de Salud Carmen Alto, 14.3% de los Centros de Santa Elena y Belén.

Asimismo no se encontró historias clínicas con registro regular ni registro óptimo.

TABLA 02

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO SANO MENOR DE TRES AÑOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA																			
	SEXO						EDAD						IDIOMA							
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		JOVEN ADULTO		ADULTO		ADULTO MAYOR		TOTAL		ESPAÑOL		ESPAÑOL- QUECHUA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SAN JUAN BAUTISTA	1	3	7	21	8	24	5	15	3	9	0	0	8	24	3	9	5	15	8	24
SANTA ELENA	0	0	10	30	10	30	3	9	6	18	1	3	10	30	2	6	8	24	10	30
CARMEN ALTO	1	3	6	18	7	21	1	3	6	18	0	0	7	21	3	9	4	12	7	21
BELÉN	2	6	6	18	8	24	5	15	3	9	0	0	8	24	2	6	6	18	8	24
TOTAL	4	12	29	88	33	100	14	42	18	55	1	3	33	100	10	30	23	70	33	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

En el presente cuadro, evidencia las características demográficas; de los profesionales de enfermería que atienden en los consultorios de niño según sexo del 100%, el 88.0% son del sexo femenino; de los cuales 30% son del centro de salud Santa Elena, 21.0% San Juan Bautista, 18% son de los centros de salud Carmen Alto y Belén. Asimismo el 12% son del sexo masculino; de los cuales 6.0% son del Centro de salud Belén, 3.0% son de los centros de salud San Juan Bautista y Carmen Alto.

La edad del personal de enfermería que atienden en los consultorios niños de los establecimientos de salud; indica del 100% (33), el 55.0% están en la edad adulta; de los cuales 18% son de los centros de salud Santa Elena y Carmen Alto, 9.0% San Juan Bautista y Belén. Asimismo el 42.0% son de la edad joven adulto; de los cuales 15.0% son del Centro de Salud San Juan Bautista y Belén, 9.0% de los centros de salud Santa Elena y 3.0% Carmen Alto. Finalmente el 3% son de la edad adulto mayor, esto se da en el establecimiento de salud santa Elena.

El idioma del personal de enfermería que atienden en los consultorios niños de los establecimientos de salud; indica del 100%; el 70.0% habla español - Quechua; de los cuales 24.0% son de los centros de salud Santa Elena, 18.0% Centro de salud Belén, Carmen Alto, 15.0% San Juan Bautista y 12.0% Belén. Asimismo el 30.0% hablan solamente español; de los cuales 19.0% son de los Centros de Salud San Juan Bautista y Carmen Alto, 6% son de los centros de Santa Elena y Belén.

TABLA 03

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO SANO MENOR DE TRES AÑOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA																					
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CONDICION LABORAL						TIEMPO DE SERVICIOS								ESTUDIOS						
	NOMBRADO		CONTRATADO		TOTAL		< DE 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		5 AÑOS A MAS		TOTAL		LIC.		MAESTRIA		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
SAN JUAN BAUTISTA	3	9	5	15	8	24	2	6	3	9	3	9	8	24	8	24	0	0	8	24	
SANTA ELENA	7	21	3	9	10	30	0	0	4	12	6	18	10	30	9	27	1	3	10	30	
CARMEN ALTO	4	12	3	9	7	21	2	6	0	0	5	15	7	21	5	15	2	6	7	21	
BELÉN	2	6	6	18	8	24	3	9	2	6	3	9	8	24	7	21	1	3	8	24	
TOTAL	16	48	17	52	33	100	7	21	9	27	17	52	33	100	29	88	4	12	33	100	

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

En el presente cuadro, respecto a las características educativas; del 100% del personal de enfermería según la condición laboral del personal de enfermería que atienden en los consultorios de niño de los establecimientos de salud; el 48% son nombrados; de los cuales el 21% son de Santa Elena, el 12% son de Carmen Alto, 9% de San Juan Bautista y 6.0% de Belén. Asimismo el 52% son contratados; de los cuales 18% son de los Centro de Belén, el 15% son de San Juan Bautista, el 9% son de los centros de salud Santa Elena y Carmen Alto.

Asimismo en relación al tiempo de servicio en el puesto de trabajo del personal de enfermería que atienden en los consultorios niño de los establecimientos de salud del 100%; el 52.0% labora más de 5 años; de los cuales 18.0% son del centro de salud Santa Elena, 15.0% Centro de salud Carmen Alto, 9.0% San Juan Bautista y Belén. Asimismo el 27.0% labora entre 1 a 4 años; de los cuales 12.0% son de los Centros de Salud Santa Elena, 9.0% San Juan Bautista y 6.0%son de los centros de Belén. Finalmente el 21.0% el tiempo laboral es menor a un año; de las cuales 9.0% son del centro de salud Belén, 6.0% son de San Juan Bautista y Carmen Alto.

En relación a los estudios que ostenta el personal de enfermería que atienden en los consultorios niño de los establecimientos de salud; del 100%; el 88% solo son licenciadas (enfermeras generales); de los cuales 27.0% son de los centros de salud Santa Elena, 24.0% San Juan Bautista, 21.0% Belén y 15.0% Carmen Alto. Finalmente el 12.0% tienen grado académico de magister; de los cuales 6.0% son de los centros de salud Carmen Alto, 3.0% Centros de salud Santa Elena y Belén.

TABLA 04

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE PLAN DE ATENCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.7	1	0.7	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	62	44	1	1	63	45
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0	20	14.3
TOTAL	137	97.9	3	2.1	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro óptimo.

El que antecede, muestra la calidad del registro de las historias clínicas del formato de atención integral de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende, que del 100%; el 97.9% de los registros del formato del plan de atención integral se registraron de forma deficiente; de lo cual el 44% son del centro de salud San Juan Bautista, 25.7% del Centros de Carmen Alto, 14.3% del Centro de Salud Belén y 13.6% Santa Elena.

Asimismo el 2.1% de los registros del formato del plan de atención integral se registraron de forma regular; de los cuales el 1.0% es del centro de salud San Juan Bautista, 0.7% corresponde a los Centros de Salud Carmen Alto y Santa Elena.

TABLA 05

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ANTECEDENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DE LA HOJA DE ANTECEDENTES*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.71	1	0.71	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	61	43.57	2	1.43	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.29	0	0.00	20	14.3
BELÉN	18	12.86	2	1.43	20	14.3
TOTAL	135	96.43	5	3.57	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro óptimo.

En la tabla, evidencia la calidad del registro de las historias clínicas del formato de antecedentes de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende; del 100% de las historias clínicas evaluadas; el 96,43% de los registros del formato de antecedentes se registraron de forma deficiente; de lo cual el 43.57% son del centro de salud San Juan Bautista, 25.71% del Centros de Salud Carmen Alto, 14,29% del Centro de Salud Santa Elena y 12.86% Belén. Asimismo el 3.57% de los registros del formato de antecedentes se registraron de forma regular; de los cuales el 1.43% corresponden a los Centro de salud San Juan Bautista y Belén, 0.71% del Centro de Salud Carmen Alto.

TABLA 06

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLACIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	19	13.57	18	12.86	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	6	4.29	57	40.71	63	45.0
SANTA ELENA	7	5.00	13	9.29	20	14.3
BELÉN	9	6.43	11	7.86	20	14.3
TOTAL	41	29.29	99	70.71	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro regular.

La tabla, referente a la calidad del registro de las historias clínicas del formato de factores de riesgo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, del 100%; el 70.71% de los registros del formato de factores de riesgo se registraron de forma óptimo; de lo cual el 40.71% son del centro de salud San Juan Bautista , 12.86% del Centros de Salud Carmen Alto, 9.29% del Centro de Salud Santa Elena y 7.86% Belén.

Finalmente el 29.29 % de los registros del formato de factores de riesgo se registraron de forma deficiente; de lo cual el 13.57% son del centro de salud Carmen Alto, 6.43% del Centro de Salud Belén, 5% del Centro de salud Santa Elena.

TABLA 07

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	33	23.57	4	2.86	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	57	40.71	6	4.29	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.29	0	0.00	20	14.3
BELÉN	20	14.29	0	0.00	20	14.3
TOTAL	130	92.86	10	7.14	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro regular.

En la tabla, con respecto a la calidad del registro de las historias clínicas del formato de alimentación de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa; del 100% de los formatos de alimentación evaluadas; el 92.86% de los registros del formato de alimentación se registraron de forma deficiente; de lo cual el 40.71% son del centro de salud San Juan Bautista, 23.57% del Centro de Salud Carmen Alto, 14.29% de los Centros de Salud Santa Elena y Belén.

Asimismo el 7.14% de los registros del formato de alimentación se registraron de forma óptimo; del cual el 4.29% es del centro de salud San Juan Bautista y 2.86% del Centro de salud Carmen Alto.

TABLA 08

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CONSULTA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE CONSULTA*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	0	0.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	63	45.0	0	0.0	63	45.0
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0.0	20	14.3
TOTAL	139	99.3	1	0.7	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro óptimo.

La tabla 08, muestra a la calidad del registro de las historias clínicas del formato de consulta de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se indica que del 100% de los formatos de consulta evaluadas; el 99.3% de los registros del formato de consulta se registraron de forma deficiente; de los cuales el 45.0% son del centro de salud San Juan Bautista , 26.4% del Centro de Salud Carmen Alto, 14.3% de los Centros de Salud Belèn, 13.6 del Centro de salud Santa Elena. Asimismo el 0.7% de los registros del formato de consulta se registraron de forma regular, siendo esta del Centro de salud Santa Elena.

TABLA 09

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	30	21.4	7	5.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	52	37.1	11	7.9	63	45.0
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0.0	20	14.3
TOTAL	121	86.4	19	13.6	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró registro regular.

En la tabla, concerniente a la calidad del registro de las historias clínicas del formato de curvas de crecimiento de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que del 100% de los formatos de curvas de crecimiento evaluadas; el 86.4% de los registros del formato de curvas de crecimiento se registraron de forma deficiente; donde el 37.1% son del centro de salud San Juan Bautista , 21.4% del Centro de Salud Carmen Alto, 14.3% de los Centros de Salud Belèn,13.6 del Centro de salud Santa Elena.

Finalmente el 13.6% de los registros del formato de curvas de crecimiento se registraron de forma óptimo; de la cual 7.9% es del centro de salud San Juan Bautista, 5.0% Carmen Alto, 0.7% Centro de salud Santa Elena.

TABLA 10

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.7	1	0.7	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	62	44.3	1	0.7	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.3	0	0.0	20	14.3
BELÉN	19	13.6	1	0.7	20	14.3
TOTAL	137	97.9	3	2.1	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

*No se encontró el registro regular.

El que antecede, evidencia la calidad del registro de las historias clínicas del formato de evaluación del desarrollo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que del 100%; el 97.9% de los registros del formato de evaluación del desarrollo se registraron de forma deficiente; de los cuales el 44.3% son del centro de salud San Juan Bautista , 25.7% del Centro de Salud Carmen Alto, 14.3% del Centro de Salud Santa Elena y 13.6% Belén.

Asimismo el 2.1% de los registros del formato de evaluación del desarrollo se registraron de forma óptima; de los cuales 0.7% corresponde a los centro de salud: San Juan Bautista, Carmen Alto y Belén.

TABLA 11

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL							
	DEFICIENTE		REGULAR		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	0	0.0	0	0.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	51	36.4	7	5.0	5	3.6	63	45.0
SANTA ELENA	18	12.9	1	0.7	1	0.7	20	14.3
BELÉN	17	12.1	2	1.4	1	0.7	20	14.3
TOTAL	123	87.9	10	7.1	7	5.0	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

La tabla preliminar, respecto a la calidad del registro de las historias clínicas del formato de tamizaje - violencia familiar y maltrato infantil de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende que del 100% de las historias clínicas evaluadas; el 87.9% de los registros del formato de Tamizaje - violencia familiar y maltrato infantil se registraron de forma deficiente; de los cuales el 36.4% son del centro de salud San Juan Bautista, 26.4% del Centro de Salud Carmen Alto, 12.9% Centro de Salud Santa Elena y 12.1% Belén.

Asimismo el 7.1% del formato de tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil se registró de forma regular; de las cuales, el 5.0% es del centro de salud San Juan Bautista, 1.4% Centro de salud Belén, 0.7% Centro de salud Santa Elena.

Finalmente el 5.0% de los registros del formato de tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil se registraron de forma óptimo; de la cual 3.6% son del centro de salud San Juan Bautista, 0.7% de los Centros de salud Santa Elena y Belén.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad es un “alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción de las necesidades de éste y produciendo un impacto final positivo en salud”.

Una adecuada calidad de registro de la historia clínica permite la recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al profesional de enfermería plantear un diagnóstico de acuerdo a las necesidades requeridas del niño(a). Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención del niño y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada niño(a). El registro de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. Es reconocida la influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención, y tener una función educativa para todos los profesionales de la salud.

Con relación a la calidad del registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años en los establecimientos de salud se hallaron registros de Historias Clínicas (HC) deficientes en los Centros de Salud: San Juan Bautista 45%, Carmen Alto 26.4%, Santa Elena y Belén 14,3% (**Tabla 01**).

Al respecto Zimer M y col. Manifiesta que para analizar la calidad de registro de la historia clínica del niño(a) se llevó a cabo con un enfoque de proceso aplicando la evaluación interna de las historias clínicas, en un importante

porcentaje de los casos registrados se observó dificultades en el registro del proceso asistencial. Esto evidenció la falta de comunicación entre los profesionales responsables de la atención de estos niños y la falta de aplicación de la norma técnica vigente para el registro de las historias clínicas (28).

Igualmente Gómez, Domínguez y Ramos, mostraron que la calidad de registro de la historia clínica, el 17% aceptable y el 13% muy deficiente (10). Este resultado es probablemente porque este estudio se realizó en Colombia donde los profesionales tienen mayor responsabilidad por las continuas auditorias y capacitaciones que se dan.

Asimismo Ayala, Pérez, Pineda, y Díaz, en su estudio encontraron resultados de ausencia de rango óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las historias clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención (3).

Por lo tanto los resultados hallados por los autores mencionados coinciden con nuestro estudio. Entonces la importancia del registro de las historias clínicas del niño debe contener suficiente información para identificar al niño y a los cuidadores de este, para así justificar el diagnóstico, tratamiento, y los compromisos del cuidador.

Además consideramos que todos los criterios establecidos en este estudio, deben registrarse en su totalidad, se cree que la falta de registro de éstos obedece a poca responsabilidad por parte de los profesionales de enfermería sobre la importancia de dicho registro, de la aplicación de las normativas vigentes y de la necesidad de unificar unos criterios mínimos en la atención del niño(a).

Esto indica que se deben de tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad de registro de la HC según Ministerio De Salud. Suponemos que este resultado se da por la recarga laboral, registrar otros tipos de registros como: HIS, FUAS (formato único de atención en salud), SIEN (Sistema De Información Del Estado Nutricional Del Niño), VEA (Vigilancia Epidemiológica Activa), exceso de demanda de atención de niños(as) y otros.

En la **Tabla 02**, respecto a las características demográficas; de los profesionales de enfermería que atienden en los consultorios niños según sexo, el 88% femenino; el 12% masculino.

López C. y Pérez Y. muestra del 100% de la población encuestada, el 4% corresponde a hombres y el 96% corresponde a las mujeres (29).

Este porcentaje muestra el predominio del género femenino en la profesión de enfermería en el área CRED, tal vez sea por la amabilidad, calidez, empatía, que tiene la mujer con el niño y el cuidador.

Asimismo la edad del personal de enfermería que atienden en los consultorios de niño de los establecimientos de salud; indica, el 55.0% están en la edad adulta, el 42.0% son de la edad joven adulto y el 3% son de la edad adulto mayor.

López C. y Pérez Y. encontró en relación a la edad el 35% del personal de enfermería oscila entre 27 a 35 años de edad, un 23 % con edades entre 36 a 39 años y en un mínimo porcentaje del 12% un rango de edades entre 41 a 54 años (29).

Se debe tener en cuenta que con el tiempo las necesidades en salud van cambiando y de igual manera la edad de las enfermeras va en aumento lo que se deduce que deberían de tener mayores conocimientos y destrezas en el área.

Finalmente en referencia al idioma del personal de enfermería que atienden en los consultorios de niño de los establecimientos de salud; indica, el 70.0% habla español- Quechua, asimismo el 30.0% hablan solamente español.

Se concluye el predominio del idioma quechua-castellano por parte del profesional de enfermería, porque el entorno donde labora éste es quechua hablante, permitiendo así a las madres sentirse en un ambiente de confianza donde puedan expresar sus dificultades sin temor a ser rechazados por el idioma que hablan.

Referente a las características educativos del personal de enfermería, según la condición laboral; 48% nombrados, 52.0% contratados, asimismo en relación al tiempo de servicio; el 52% labora más de 5 años, el 27.0% entre 1 a 4 años y el 21.0% menor a un año. Finalmente en relación a los

estudios académicos 88.0% cuentan con licenciatura, el 12.0% con maestría (Tabla 03).

Se puede afirmar que tal vez el registro de las historias clínicas es deficiente ya que el personal de enfermería parece no mostrarle demasiado interés en la constancia de capacitaciones, cursos de actualización, estudios en el área niño, posiblemente esto se da porque algunas enfermeras cuentan con el nombramiento lo cual les ofrece estabilidad laboral y dándose así el conformismo.

En relación a la **Tabla 04** de la calidad de registro del formato de atención integral de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, el 97,9% registraron de forma deficiente, el 2.1% regular.

Zimmer M. y col. Encontraron que la calidad de la información recogida de las historias clínicas lo que más afectó fue la hoja del Plan de acción para la prevención y promoción de la salud mental materno-infantil (niño menor 1 año), registrada en el 76,2% de forma incompleta (28).

A su vez Matzumura J y col, descubrieron que el 62.5% el plan de trabajo registrado fue el adecuado (13).

Asimismo Niquén E, halló en referencia al plan de trabajo que se registraron en un 78.1% de las historias clínicas (14).

Finalmente Gonzales C. refiere que el formato de plan de atención integral es el soporte documental donde queda plasmada la información sobre las actividades que se realizara con el niño en cada control (31).

Los resultados encontrados son parecidos a nuestro estudio; además según la norma técnica vigente, el plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del niño(a), en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada, en forma gradual y continua del niño (8).

Se concluye que el formato de plan de atención integral se debe registrar las actividades realizadas y por realizar, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños(as). Asimismo detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, conocer las fechas entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual.

La calidad del registro de las historias clínicas del formato de antecedentes de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende que, el 96,43% registraron de forma deficiente y el 3.57% regular (**Tabla 05**).

Ayala, Pérez, Pineda, y Díaz, encontró los siguientes atributos en rangos inaceptables: los antecedentes tanto personales como familiares, se cumplen en menos del 48% de historias clínicas revisadas (3).

Asimismo Matzumura J y col, hallaron que los antecedentes fueron registrados en un 61.6% (13).

Este resultado es respaldado por: Gonzales C. refiere que el camino no es simplemente encontrar una manera de registrar los antecedentes del niño(a) y antecedentes familiares, sino uno que conlleve a intentar encontrar mejores maneras de manejar y transformar la información para apoyar la práctica de enfermería referente al control de crecimiento y desarrollo, para definir la cantidad y calidad de la información básica a obtener de cada niño(a) a fin de facilitar el desarrollo de un sistema de anotación profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica (31).

Se concluye que los estudios realizados por los investigadores líneas arriba son parecidos a los resultados de nuestro estudio. Tal vez podríamos decir que el registro es deficiente porque creen que tienen los datos dentro del formato de plan de atención, dando así un menor valor a este formato que brinda información primordial del niño desde la concepción hasta el nacimiento, además reconocimiento de los antecedentes familiares y la identificación del lugar donde el niño se desarrollara en los próximos años.

En la **Tabla 06** la calidad del registro de las historias clínicas del formato de factores de riesgo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, el 70,71% registran de forma óptimo y un 29.29% deficiente.

Al respecto Gómez R. y Gonzales M. Hallaron que el ítem con más bajo porcentaje de diligenciamiento fue: factores de riesgo 1%. Por lo tanto se encuentran en el rango malo (32).

Asimismo Manrique J y Col. Muestran que el 78% no tiene completo el registro en los diferentes aspectos evaluados, referente a los factores de riesgo, solo se registra en 29% y el resto no lo registra (33).

Según la norma técnica del niño vigente refiere que los factores de riesgo son características, circunstancias o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño (8).

Además la “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud” El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en el niño y en la niña. (34)

Estos resultados encontrados por estos autores concuerdan con los hallados de la presente investigación, ya que en los estudios se demuestran que no hay interés en referencia a los factores de riesgo. Parece que los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho a diferencia de otros lugares muestran importancia en registrar los factores de riesgo, permitiendo una adecuada toma de decisiones y así realizar un adecuado control de crecimiento y desarrollo del niño(a). Además nos permitirá identifica el entorno prenatal y posnatal del niño(a).

En relación a la calidad del registro del formato de alimentación, el 92.86% registraron de forma deficiente, asimismo el 7.14% de forma óptimo (**Tabla 07**).

Al respecto Zimmer M y col, en su estudio encontraron que, el 80.1% registro las acciones del control nutricional de forma incompleta, el 15.6% medianamente completa y un 4.3% completa. Además se encontró 50.1% en la frecuencia de controles nutricionales que son inadecuadas (28).

Asimismo Zafra y Col, hallaron que la frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica dietéticas lo menos registrada en un 16,5% (5).

Según la norma técnica vigente: la evaluación del consumo de alimentos se realiza en cada control o contacto con el niño(a) de acuerdo a la edad. Puesto que el objetivo es indagar sobre las características de la alimentación e identificar factores de riesgo y así obtener los resultados que sirven como base para la consejería y la programación de visitas domiciliarias y sesiones demostrativas (8).

Los resultados encontrados son concordantes con nuestra investigación. Recordemos que el objetivo de registrar el formato de alimentación es identificar y conocer la toma de decisiones de los padres y personal de enfermería respecto a su alimentación, para conocer el crecimiento del niño si es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), y así mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

En relación a la **Tabla 08** del formato de consulta de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se indica que, el 99.3% se registraron de forma deficiente y el 1.0% regular. Además realizando un análisis minuciosos se encontró que; el 86.4% datos cronológicas registra de forma completa, 79% signos de peligro y factores de riesgo se registra de forma incompleta, el 70% la anamnesis lo registra de forma inadecuada, 81% registra de forma inadecuada el examen físico, 81% no registra el diagnóstico adecuado según NANDA, el 75% en cuanto a tratamiento no es correcto, 66% en cuanto acuerdos y compromisos el registro no es adecuado, el 51% registra de forma adecuada en los exámenes auxiliares, el 82% en cuanto a la próxima cita lo registra de forma adecuada, referente a los datos del personal de enfermería que brinda la atención registra de forma inadecuada en un 86%.

Al respectó Matzumura J y col. Muestran que los indicadores que se encontraron completos en más de 70% de las historias clínicas fueron la firma y sello, presentes en 97,2%, y los exámenes auxiliares, en 73,1%. La fecha y hora de consulta 59,1%. Tres o más signos vitales fueron consignados en 65,6%.El examen físico general y regional se encontró en 63,8%. El diagnóstico, incluido el CIE-10 solo figuraba en 48.6% y el tratamiento completo en 48,3%, registrando los más bajos porcentajes de la calidad de registro completa. El único indicador que se encontró incompleto en más del 50% de historias clínicas fue el diagnóstico (13).

Asimismo Niquén E, muestra que los signos y síntomas están incompletos en un 4.3% de historias, en relación al reporte de examen clínico, se observó una deficiencia del 50% de las historias clínicas. Se destaca que se consideró ausente la firma, selló y colegiatura del médico en un 60.4% (14).

Finalmente Ayala, Pérez y col. identificaron que la descripción de la enfermedad actual, tratamiento, signos vitales, diagnóstico, descripción del examen físico, el nombre, registro y sello del profesional que diligencio la historia

clínica, al igual que la legibilidad y la identificación, se encuentran en ítem de óptimo, siendo registrados en más del 95% de las historias clínicas evaluadas (3).

Además Gonzales C. hace mención que es posible que el incumplimiento en el diligenciamiento del registro esté relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería y es hacia ese factor de proceso donde deben dirigirse las intervenciones. La identificación de áreas de desempeño problemáticas o poco fiables en la práctica es un prelude necesario para la elaboración de estrategias e instrumentos útiles en apoyo a la toma de decisiones (31).

Los resultados no concuerdan en muchos indicadores del formato de consulta de nuestra investigación con los autores en mención, ya que el personal de enfermería parece no tomar la importancia de este formato, el cual nos indica cómo se encuentra el niño en referencia a su crecimiento y desarrollo. Asimismo es necesario tener en cuenta que cada uno de los datos que se registra debe ser de forma coherente, ya que cada uno de ellos están relacionados entre sí. Otro aspecto es el examen neurológico, donde ningún personal de enfermería enfatiza en realizar correctamente dicho examen de acuerdo a la norma técnica para luego registrarlo en este formato.

Finalmente el registro adecuado, permitirá a que el niño(a) reciba los cuidados adecuados, para promover y mantener la salud. Por el contrario, un manejo inadecuado del registro, no garantiza la continuidad del cuidado adecuado en el niño(a), afectando en gran medida su crecimiento y desarrollo normal.

En cuanto al registro del formato de curvas de crecimiento de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que, el 86.4% de los registros del formato de curvas de crecimiento se registraron de forma deficiente, el 13.6% óptimo (**Tabla 09**).

Al respecto Zimmer M y col, hallaron en relación con la frecuencia mínima de los controles antropométricos, el 39,1% de las historia clínicas no se cumplían con la norma adecuadamente (28).

Asimismo Ramón J. Justifica que las gráficas de crecimiento infantil permiten evaluar el incremento de peso y talla normal de los niños durante su periodo de crecimiento, también detectar aquellos problemas que ocurran en

este periodo tanto del punto de vista nutricional (desnutrición u obesidad) o de la talla (alta o baja) (35).

En Perú se utiliza la referencia de la OMS para la evaluación antropométrica. Estas tablas muestran los valores de referencia que orientan respecto al peso y estatura de acuerdo a la edad del niño principalmente. Las tablas son universales gracias a la tendencia de la población mundial a alcanzar similares patrones de crecimiento (35).

Este tipo de mediciones o percentiles permite descubrir los síntomas de algún problema que pueda sufrir el niño o realizar el seguimiento a aquellas complicaciones existentes. El estancamiento de la curva o la caída del canal de crecimiento generalmente representan un problema de salud (35).

Los resultados obtenidos con los autores en mención son concordantes a nuestros resultados. Por lo que se concluye que el registro de este formato al parecer no recibe la debida relevancia, como sabemos a través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia (8). Entonces podríamos afirmar que este es un factor que no permite reconocer el grado de desnutrición que tienen nuestros niños(as) en nuestra ciudad.

Referente a la calidad del registro del formato de evaluación del desarrollo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que, el 97.9% registraron de forma deficiente, asimismo el 2.1% óptimo (**Tabla 10**).

Zimmer M y col, hallaron que el 35,4% de la gráfica de la evolución del desarrollo del niño realizado durante el período de estudio fue discontinua (28).

Además Valenzuela A. hace mención que el cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo del niño(a) en todos sus aspectos y sin lugar a dudas, una importancia extraordinaria. Pues representa el futuro de nuestra sociedad (36).

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica (8).

Los resultados mostrados son concordantes a nuestros resultados mencionados en los párrafos anteriores, entonces vemos la gran importancia de este formato ya que permite identificar la alteración o trastorno que el niño puede tener y así tomar medidas y/o decisiones para poder prevenirlos.

En la **Tabla 11**, la calidad del registro del formato de tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende que, el 87.9% registraron de forma deficiente, el 7.1% regular y el 5.0% óptimo.

Valenzuela A. hace referencia que no se conoce con toda certeza cuál es la frecuencia real de maltrato en el país, así como las características del mismo en las diferentes zonas, el maltrato debe ser reconocido como una patología y no como algo inherente a nuestra cultura. Este formato nos permitirá diagnosticar o sospechar maltrato en todo paciente en el que se detecte alguno de los factores de riesgo, acompañado de signos físicos o psicológicos de maltrato evidentes. La identificación de los factores de riesgo más frecuentes para la presencia del síndrome del niño maltratado permitirá plantear estrategias de prevención y control del padecimiento, en un intento por detener este fenómeno social multicausal (36).

Se concluye que deberíamos de tomar en cuenta este formato ya que permite identificar el tipo de maltrato que recibe el niño(a), lo cual influirían en el desarrollo emocional del niño(a) y en la toma de decisiones tanto en la vida personal como en la emocional, lo cual no permitiría que el niño(a) tenga confianza y en una adolescencia próxima podría manifestar problemas de baja autoestima, lo que conllevaría a otros problemas sociales.

CONCLUSIONES

- El personal de salud que labora en el área de control de crecimiento y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén, en su gran mayoría son enfermeras generales(88%), de sexo femenino(88%), practican el idioma castellano-quechua(70%), condición laboral contratados(52%) y laboran más de 5 años(52%). Pudiendo decir que estas características conlleva a un deficiente registro de historias clínicas de niño(a).
- En cuanto al registro de los formatos: Plan de atención integral (97.9%), Antecedentes (96.43%), y Alimentación (92.86%) registran de manera deficiente, lo que podría conllevar a un mal control de crecimiento y desarrollo del niño(a), olvidándose registrar el número de; inmunizaciones, ingesta de micronutrientes, tamizajes, problemas y necesidades, antecedentes personales y familiares. Esto no permite tomar las decisiones correctas para un buen control de crecimiento y desarrollo.
- En cuanto a los Factores de riesgo (70.71%) registra de manera optimo, haciendo referencia que le dan mayor importancia a este formato ya que muestra de manera significativa la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo del niño(a).
- En el formato de consulta se encontraron (99.3%) deficiencias en cuanto al llenado y manejo de la normatividad para la calidad de registro, lo que se traduce en una deficiente visión y análisis integral del niño(a) lo que no permite identificar las necesidades que presenta su salud y plantear soluciones oportunas que conduzcan a la satisfacción del niño(a) y su entorno.
- En la evaluación de la calidad de registros de los formatos se encontraron registros deficientes respecto a: Curvas de crecimiento (86.4%) y Evaluación del desarrollo (97.9%), esto implica que al no tener un diagnóstico oportuno, no permite identificar la condición de crecimiento, estado nutricional y el diagnóstico del desarrollo psicomotor del niño(a).
- En el registro de calidad del formato de tamizaje-violencia familiar y maltrato infantil se registraron de forma deficiente (87.9%), lo que se podría decir que lleva a la disminución de las capacidades, competencias

y emociones que va adquiriendo el niño durante su desarrollo normal. Prediciendo tal vez en un futuro provocar problemas sociales (pandillaje juvenil, embarazos no deseados, drogadicción, etc.)

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a todas los establecimientos de salud, San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén, fortalecer la capacidad en el llenado y manejo de las historias clínicas de niño sano < de 3 años.
- Se recomienda a DIRESA, RED Huamanga a fortalecer los recursos humanos, en control de crecimiento y desarrollo, con cursos de actualización permanente, para el cumplimiento estricto en cuanto a estructura, normatividad, coherencia y pertinencia de la historia clínica del niño(a).
- Además se recomienda al gobierno regional y gobiernos locales enfatizar los problemas y las necesidades de todos los niños(a) menores de tres años.
- Se recomienda a la universidad realizar proyectos de investigación, referente a la calidad de registro de las historias clínicas en la atención del niño(a) sano menor de tres años, en el consultorio de niño(a) en Ayacucho.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Dulanto E. Departamento de pediatría del hospital nacional Cayetano Heredia. Mejorando la calidad de los registros asistenciales de la historia clínica [Tesis].Lima; 2013.
2. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoria medica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev. Medica Hered. Octubre de 2006.
3. Ayala S, Pérez A, y col. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional [Tesis].Bucaramanga – Santander Colombia; 2007.
4. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de emergencia de un hospital general [Tesis]. Hospital Loayza Lima- Perú; 2008.
5. Zafra-Tanaka, Veramendi, Espinoza y col. Calidad de registro en historias clínicas en el centro de salud del Callao [Tesis]. Lima-Perú; 2013.
6. Bocanegra S, Bocanegra G, Alvarado V. Nivel del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. Rev Med Vallejana.2008.
7. Maniobo, D. calidad de hoja de registro de enfermería en el servicio de internación del Instituto Nacional de oftalmología. Bolivia – 2009. p11
8. MINSA: Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA, dirección general de salud de las personas, ministerio de salud Lima–Perú 2011.
9. Dirección general de salud de las personas N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. Disponible en <http://www.minsa.go.pe>. Lima-Perú, 2005.
10. Gómez L, Domínguez D, Ramos D. Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local del municipio Lebrija, departamento de Santander [Tesis].Bucaramanga: Universidad ciencias de la salud CES; Colombia 2014.
11. Lilian M. Análisis de registros, calidad de los datos y propuesta de mejoramiento de la historia clínica perinatal en la maternidad del Hospital

- Ramón Carrillo Santiago del Estero Año 2005 [Tesis]. Argentina- Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
12. Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno JJ, Fuentes L, León K. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería [Tesis]. Colombia: Universidad de Santander, 2015.
 13. Matzumura J, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica centenario peruano japonesa [Tesis]. Lima-Perú; 2011.
 14. Niquén E. Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del hospital regional docente de Trujillo 2012 [Tesis]. Universidad nacional de Trujillo. Facultad de medicina; Trujillo-Perú, 2013.
 15. Fernández A. Manual y procedimientos de un sistema de calidad. 5ª ed. España: Instituto de Fomento Regional Editores; 2002.
 16. MINSA [internet, acceso ap.2011] Disponibilidad en: www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf
 17. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006.
 18. Universidad México [homepage en internet]. Hernández O. Métodos ágiles de programación ¿Qué es la calidad?" Disponible en: <http://ohernandezs.blogspot.pe/2015/04/que-es-la-calidad.html>.
 19. Jiménez J. Metodología y Tecnología de la Programación I tema 8. Registros. Definición de tipos de datos. España; 2008-2009.
 20. Carballo Y. "Programación Orientada A Objetos" Universidad de Venezuela; 2008.
 21. Potter A, Griffi A, Perry. fundamentos de enfermería, 5ª ed. Harcourt brace editores; 2002
 22. Brito N. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. 1ª ed Venezuela; 2014.
 23. Organización Panamericana de la Salud: La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2) Washington-EE.UU; 2008.

24. Gaviria S. Diálogos de planeación para la construcción regional de un nuevo país. Departamento Nacional de Planeación (DNP), Colombia; 2014-2018.
25. Organización mundial de la salud (OMS): "temas de salud", vía web en: [http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas de salud](http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas%20de%20salud).
26. Organización mundial de la salud La atención primaria de salud Más necesaria que nunca, Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra-Suiza; 2008.
27. Cruz M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias Declaración de Alma Ata (Art. VI). Bogotá-Colombia; 2011.
28. Zimmer M. y col. Evaluación de la calidad de la asistencia prestada a niños menores de 6 años en centros de salud en Salta [Tesis] Argentina; 2003
29. López C. y Pérez Y. Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención [Tesis] Cartagena; 2012
30. MINSA. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Lima; 2008
31. Gonzales C. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general [Artículo]. Villa-México; 2009
32. Gómez R y Gonzales M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-Cabecera [Tesis]. Bucaramanga - Colombia; 2008.
33. Manrique J y Col. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente [Tesis]. Lima; 2014.
34. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Chile; 2008.
- 35.35. Ramón J. Carnet de atención e integral de salud del niño y la niña [Artículo]. Lima; 2013.
36. Valenzuela A. Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención [Artículo]. México; 2015.

ANEXOS



ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

Buenos días/tardes Lic. En enfermería, estamos realizando un estudio de investigación en coordinación con la RED Huamanga y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, sobre calidad de registro de las historias clínicas de niños(as) sanos menores de tres años; por lo cual solicitamos a usted se sirva a responder en forma sincera las preguntas que se ha formulado, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

DATOS GENERALES

1.- SEXO: Masculino () Femenino ()

2.- EDAD:.....

3.- IDIOMA: Español () Quechua () Español - Quechua ()

4.- ¿CUÁL ES SU CONDICIÓN LABORAL EN SU ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Nombrado ()

Contratado ()

5.- ¿CUÁL ES EL TIEMPO DE SERVICIOS EN ACTUAL PUESTO DE TRABAJO?

Menor de 1 año () De 1 a 4 años () De 5 años a más ()

6.- ¿CUAL ES EL GRADO ACADÉMICOS CON EL QUE CUENTA USTED?

Licenciatura ()

Maestría ()

Doctorado ()

ANEXO B

**FICHA DE COTEJO DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA DEL
NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS**

1.- FICHA DE COTEJO DE PLAN DE ATENCION INTEGRAL

1.- Datos generales		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
2.- Problema, riesgo, necesidad		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
3.- Prestación de salud	Control CRED	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Administración de micronutrientes	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Sesión de estimulación temprana	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Consejería nutricional	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Administración de vacuna	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Detección, diagnóstico, tratamiento	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Salud bucal	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Visita familiar integral	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Tamizaje de salud mental	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Atención patologías prevalentes IRAS-EDAS	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Sesiones educativas	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	Sesiones demostrativas	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
otras (agudeza visual, audición)	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	

2.- FICHA DE COTEJO DE ANTECEDENTES

1.- Datos generales		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
2.- Antecedentes personales	2.1.- Antecedentes perinatales	Embarazo	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		Parto	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		Nacimiento	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	2.2.- Alimentación	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
2.3.- Patologías	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>		
3.- Antecedentes familiares		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
4.- Vivienda/saneamiento básico		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
5.- Inmunizaciones		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
6.- Control de crecimiento y desarrollo		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	
7.- Tamizaje		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	

1. FICHA DE COTEJO DE FACTORES DE RIESGO

1.- Factores de riesgo	completo	<input type="checkbox"/>	incompleto	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------

4.- FICHA DE COTEJO DE LA ALIMENTACION DEL NIÑO(A)

1.- Registro	completo	<input type="checkbox"/>	incompleto	<input type="checkbox"/>
2.- Consistencia	consistente	<input type="checkbox"/>	no consistente	<input type="checkbox"/>

5.- FICHA DE COTEJO DE LA HOJA DE CONSULTA

1.- Datos cronológicos		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
2.- Signos de peligro y factores de riesgo		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
3.- Anamnesis	3.1.- motivo de consulta	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
4.- Examen físico		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
5.- Diagnostico	5.1.- Diagnostico nosológico	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
	5.2.- Factores condicionantes	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
	5.3.- Condición del crecimiento y estado nutricional	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
	5.4.- Diagnostico del desarrollo	Psicomotor	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado
Observación		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
6.- Tratamiento		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
7.- Acuerdos y compromisos con el cuidador		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
8.- Exámenes auxiliares		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
9.- Referencia (lugar y motivo)		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
10.- Próxima cita		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
11.- Atención por el personal de salud	11.1.- Atendido por	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	11.2.- Firma y sello	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	11.3.- Colegiatura/DNI	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
12.- Alguna observación		Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>

6.- FICHA DE COTEJO DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO

CURVAS DE CRECIMIENTO	1.- Longitud para la edad del niño(a)	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
	2.- Peso para la edad del niño(a)	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
	3.- Peso para la longitud para la edad del niño(a)	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>

7.- FICHA DE COTEJO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO	1.- TAP (Evaluación del desarrollo del niño(a) de 0 a 30 meses).	Fecha	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		Actividad por meses	Adecuado	<input type="checkbox"/>	Inadecuado	<input type="checkbox"/>
		Nombre y apellido y N° HCL	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	2.- PB (Evaluación del desarrollo psicomotor del niño(a) de 0 a 4 años).	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	

8.- FICHA DE COTEJO DE TAMIZAJE-VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

1.- tamizaje-violencia familiar y maltrato infantil	1.-Datos Generales		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	2.-Preguntas al usuario		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	3.-Indicadores del maltrato	3.1.- Físico	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		3.2.-Psicologico	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		3.3.- Sexuales	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
		3.4.- Negligencias	Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
	4.-Fecha		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>
5.-Datos Generales del personal de salud		Completo	<input type="checkbox"/>	Incompleto	<input type="checkbox"/>	

ANEXO C

FORMATO DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS

1.- FICHA DE APOYO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

1.- Datos generales		Completo	Incompleto
		Quando todos los datos estén completos o estén registrados más del 50 %.	Quando menos del 50% de los datos no estén registrados.
2.- Problema, riesgo, necesidad		Adecuado	Inadecuado
		Identificación del problema de riesgo e identifica necesidad por cada control de atención.	Quando no expresa uno de ellos.
		Completo	Incompleto
3.- Prestación de salud	Control CRED	Quando de acuerdo a la edad están registrados completamente los datos de control de atención y ultimo control.	Quando no registra uno de ellos.
	Administración de micronutrientes	Quando de acuerdo a la edad está registrado la entrega de micronutrientes.	Quando no registra la entrega de micronutrientes.
	Sesión de estimulación temprana	Quando de acuerdo a la edad está registrado de forma sistemática y secuencial.	Quando no registra uno de ellos.
	Consejería nutricional	La consejería individual o grupal se abordará, de acuerdo a la edad del niño(a), sus requerimientos y los problemas relacionados a cada etapa del desarrollo.	Quando de acuerdo a la edad no está registrado uno de ellos.

Administración de vacuna	Cuando de acuerdo a la edad el esquema de vacunación este registrado de manera secuencial.	Cuando no registra uno de ellos.
Detección, diagnóstico, tratamiento	Cuando de acuerdo a la edad se registra el dosaje de hemoglobina y examen de seriado de heces.	Cuando no registra alguno de los exámenes auxiliares.
Salud bucal	Cuando de acuerdo a la edad registra el examen de cavidad bucal.	Cuando no registra algún examen de cavidad bucal.
Visita familiar integral	Cuando de acuerdo a la edad se registra las visitas domiciliarias.	Cuando no registra alguna visita domiciliaria.
tamizaje de salud mental	Cuando de acuerdo a la edad se registra la evaluación del tamizaje VIF.	Cuando no registra alguna evaluación del tamizaje VIF
Atención patologías prevalentes IRAS-EDAS	Cuando identifica y registra patologías prevalentes de acuerdo a la atención recibida.	Cuando no identifica y no registra patologías prevalentes.
Sesiones educativas	Cuando se registra las sesiones educativas concordantes a su edad y el registra en la ficha de consulta.	Cuando no registra alguna sesiones educativas.
Sesiones demostrativas	Cuando se registra sesiones demostrativas concordantes a su edad y registra en la ficha de consulta.	Cuando no registra algunas sesiones demostrativa.
Otras (agudeza visual, audición)	Cuando identifica, registra problemas de audición, visión.	Cuando no registra algún problema de audición, visión.

2.- FICHA DE APOYO DE ANTECEDENTES

			COMPLETO	INCOMPLETO
1.- Datos generales			Cuando todos los datos estén completos o estén registrados más del 50 %.	Cuando menos del 50% de los datos no estén registrados.
2.- Antecedentes personales	2.1.- Antecedentes perinatales	Embarazo	Cuando registra el tipo de embarazo, patología, N° de embarazo, atención prenatal, N° APN.	Cuando no registra alguno de ellos.
		Parto	Cuando registra el tipo, lugar y atención del parto.	Cuando no registra alguno de ellos.
		Nacimiento	Cuando registra el vaseado de los datos de la hoja de AIRN.	Cuando no registra algunos datos de la AIRN.
	2.2.- Alimentación		Cuando registra el tipo de alimentación de acuerdo a la edad.	Cuando no registra el tipo de alimentación.
	2.3.- Patologías		Registra si el niño tuvo como antecedente o no alguna patología.	Cundo No registra el antecedente patológico.
3.- Antecedentes familiares			Identificada los antecedentes familiares, registra en la historia clínica y existe concordancia respecto si posee antecedentes y quien de los familiares.	No registra algún antecedente familiar.
4.- Vivienda/saneamiento básico			Identificar y registra el tipo de saneamiento básico con que cuenta la familia.	No registra el tipo de saneamiento básico.
5.- Inmunizaciones			cuando registra la edad de acuerdo al calendario de vacunación	No registra alguna edad de acuerdo al calendario de vacunación.

6.- Control de crecimiento y desarrollo	Cuando registra la edad de acuerdo al esquema de CRED.	Cuando no registra alguna edad de acuerdo al esquema de CRED.
7.- Tamizaje	Cuando registra los exámenes auxiliares de Hb, examen de heces acuerdo a su edad y debe ser concordante con la Ficha de consulta.	No registra algún examen auxiliar.

3.- FICHA DE APOYO DE FACTORES DE RIESGO

	Completo	incompleto
1.- Factores de riesgo	Identificación y registro los problemas de riesgo en el primer control de atención y debe ser concordante con la Ficha de consulta en el rubro de Evaluación del Desarrollo.	No registra algún factor de riesgo en el primer control de atención.

4.- FICHA DE APOYO DE LA ALIMENTACION DEL NIÑO(A)

	Completo	Incompleto
1.- Registro	Cuando registra la fecha de evaluación y consigna la respuesta de SÍ o NO según corresponda a la edad. Conociendo que en esta edad se da la LME, y la alimentación complementaria.	Cuando no registra fecha de evaluación y las respuestas de SI o NO a los ítems que le corresponde.
	Consistente	No consistente
2.- Consistente	Cuando registra la fecha de evaluación y consigna la respuesta de SÍ o NO según corresponda a la edad.	Cuando registra fecha de evaluación y las respuestas con un X o cualquier otro icono y no registra con SI y NO a los ítems que le corresponde.

5.- FICHA DE APOYO DE LA HOJA DE CONSULTA

		Completo	Incompleto
1.- Datos cronológicos		Cuando registra la fecha, hora y edad.	Cuando falta uno de ellos.
2.- Signos de peligro y factores de riesgo		Consigna SÍ o NO según corresponda a la edad y signos de peligro, así mismo identifica el factor de riesgo.	No consigan alguno de ellos.
3.- Anamnesis	3.1.- motivo de consulta	Adecuado	Inadecuado
		Registra el nombre del niño(a), cuidador, N° de control, administración de vacuna, estimulación temprana.	Cuando no registra alguno de ellos.
4.- Examen físico		Registra; signos vitales completos, antropometrías, examen físico céfalo caudal, examen neurológico.	Cuando no registra alguno de ellos.
5.- Diagnostico	5.1.- Diagnostico nosológico	Registra diagnósticos adecuados según NANDA.	No registra diagnósticos adecuados según el NANDA.
	5.2.- Factores condicionantes de salud, nutrición y desarrollo	Identifica problemas de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrino, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionen de manera positiva o negativa al niño(a).	Cuando no registra alguno de estos factores.
	5.3.- Condición del crecimiento y estado nutricional	Adecuado	Inadecuado
Registra con un aspa el tipo de crecimiento y graficar la tendencia, encierra en un círculo el diagnóstico nutricional del niño tras graficar y		Cuando no registra y no grafica uno de ellos con	

		comparar con los indicadores P/E, T/E, y P/T con los valores de los patrones de referencia vigente según la edad. Debe estar en concordancia con la hoja de grafica de crecimiento.	coherencia a la gráfica de curva de crecimiento.
5.4.- Diagnostico del desarrollo	Psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando tiene el registro concordante con la evaluación del TAP Desarrollo Normal. • Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual, se cataloga como Trastorno del desarrollo. • Si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual, se cataloga como adelanto del desarrollo. • Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo se cataloga como Riesgo para Trastorno del Desarrollo. 	No registra con coherencia en relación al test.
	Observación	Registra los signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo, lo que no supone la presencia de una patología neurológica).	No registra algún signo de alerta aun identificado.
6.- Tratamiento		Adecuado	Inadecuado
		Registra tratamiento adecuado de acuerdo a las guías de práctica clínica vigente y necesidad, requerimiento del niño, registro del N° lote de la vacuna de acuerdo a la edad.	No registra tratamiento adecuado ni N° de lote de vacuna.

7.- Acuerdos y compromisos		Identificar y registrar los factores causales del crecimiento, desarrollo, estado nutricional inadecuado y analizarlos para establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado del niño(a).	Cuando no realiza acuerdo y compromisos con el cuidador aun identificando factores de riesgo.
8.- Exámenes auxiliares		Registra los exámenes de descarte de anemia y parasitosis, y en el RN el THS y otros.	Cuando no registra alguno de los exámenes solicitados según edad.
9.- Referencia (lugar y motivo)		Cuando registra si existe motivos o no para referir, así mismo este rubro debe ser concordante con el resto de los registros que se evalúa: aplicación TAP, antecedentes Personales, Estado Nutricional, Evaluación alimentaria.	Cuando la referencia no precisa del lugar y motivo.
10.- Próxima cita		Registrar la próxima cita de acuerdo a la edad y si presenta alguna alteración el control será con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr recuperación.	No registra próxima cita.
11.- Atención por el personal de salud		Completo	Incompleto
	11.1.- Atendido por	Registra nombres y apellidos completos del personal de salud que brinda la atención.	No registra datos completos del personal de salud que brinda la atención.
	11.2.- Firma y sello	Registra la firma y sello del personal de salud que brinda la atención.	No registra uno de ellos.
	11.3.- Colegiatura/DNI	Registra la colegiatura y el DNI del personal de salud que brinda la atención.	No registra alguno de ellos

12.- Alguna observación	Adecuado	Inadecuado
	Cuando reconoce y registra algún evento para la próxima cita.	Cuando no registra algún evento adverso identificado.

6.- FICHA DE APOYO DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO

Curvas de crecimiento		Adecuado	Inadecuado
		1.- Longitud para la edad del niño(a)	Registra con una línea denominada curva o carril, además la gráfica se da con puntos unidos, de esta manera identificas si el crecimiento es adecuado (tendencia es paralela al patrón de referencia que es de +2 a -2 DE) o inadecuado (la tendencia no es paralela al patrón de referencia).
2.- Peso para la edad del niño(a)	Registra con una línea denominada curva o carril, además la gráfica se da con puntos unidos, de esta manera identifica 3 parámetros: >+2(sobrepeso), +2 a -2(normal), <-2 a -3(desnutrición).	Cuando no grafica con puntos unidos la línea curva de acuerdo al esquema vigente de la norma técnica.	
3.- Peso para la longitud para la edad del niño(a).	Registra con una línea denominada curva o carril, además la gráfica se da con puntos unidos, de esta manera identifica 4 parámetros: >+3(obesidad), >+2(sobrepeso), +2 a -2(normal), <-2 a -3(desnutrición aguda) y <a-3 desnutrición severa.	Cuando no grafica con puntos unidos la línea curva de acuerdo al esquema vigente de la norma técnica.	

7.- FICHA DE APOYO DE LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)

			Completo	Incompleto
		Fecha	Cuando se registra el día que se realizó la evaluación de acuerdo a la edad.	Cuando no registra la fecha.

TEST PERUANO DEL DESARROLLO DEL NIÑO	1.- TAP (Evaluación del desarrollo del niño(a) de 0 a 30 meses).	Actividad por meses	Adecuado	Inadecuado
			<p>La evaluación comenzará con la columna de hitos del mes anterior; a la que corresponde la edad cronológica de la niña o niño en meses, a partir de ella se evaluará la línea de comportamiento horizontalmente y hacia la derecha hasta llegar al hito más alto que pueda obtenerse colocando en este último hito una marca (X).</p> <p>Encerrar en un círculo el mes correspondiente a la edad cronológica del niño(a). Una vez concluida la evaluación, se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados, mediante una línea que partirá desde la edad cronológica encerrada en el círculo hasta la última marca. Esta línea continua así obtenida será el perfil de desarrollo de la niña o niño evaluado; las desviaciones hacia la izquierda se considerarán retrasos y las desviaciones hacia la derecha, adelantos en el desarrollo de las líneas de comportamiento correspondientes. Los espacios en blanco del esquema, significan que el hito inmediato anterior todavía está desarrollándose durante el trecho de estos espacios y pueden ser marcados como correctos en el mes cronológico en que se está evaluando al niño, naturalmente si la ejecución del mencionado hito es exitosa.</p>	No se registra según el esquema vigente de la norma técnica.
		Nombre y Apellido y N° HCL	Completo	Incompleto
		Registrar el nombre del niño(a) y el N° Historia Clínica según corresponda.	Cuando no registrar el nombre del niño(a) y el N° Historia Clínica según corresponda.	

	<p>2.- PB (Evaluación del desarrollo psicomotor del niño(a) de 0 a 4 años).</p>	<p>Registra de acuerdo a la edad cronológica, aplicar todo los ítems que se encuentran consignados en el protocolo, el mismo que se encuentra incluido en la historia clínica. La evaluación del desarrollo se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <p>SI: Cuando la niña o el niño ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.</p> <p>NO: Cuando la niña o el niño NO ha logrado la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica.</p> <p>EP: En proceso, cuando la niña o el niño no ejecuta totalmente la conducta esperada en el período que corresponda según la edad cronológica. Encerrar en un círculo según el resultado obtenido y colocar la fecha en la evaluación.</p> <p>Normal (N): Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.</p> <p>Déficit (D): Cuando una o más de las conductas evaluadas en la niña o niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.</p>	<p>No registra según el esquema vigente de la norma técnica.</p>
--	---	---	--

8.-FICHA DE APOYO DE TAMIZAJE-VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

		Completo	Incompleto
tamizaje-violencia familiar y maltrato infantil	1.-Datos Generales	Cuando todos los datos estén completos o estén registrados más del 50 %.	Cuando menos del 50% de los datos no estén registrados.
	2.-Preguntas al usuario	Registra problemas de violencia familiar del niño y/o cuidador.	No registra los problemas de violencia familiar.
	3.- Indicadores	3.1.-Físico	Cuando registra con un aspa dentro del cuadro correspondiente identificara el maltrato físico que recibió del agresor.

	del maltrato	3.2.- Psicologico	Cuando registra con un aspa dentro del cuadro correspondiente identificara el maltrato psicológico que recibió del agresor.	Cuando no registra el tipo de maltrato aun siendo identificado.
		3.3.- Sexuales	Cuando registra con un aspa dentro del cuadro correspondiente identificara el maltrato sexual que recibió del agresor.	Cuando no registra el tipo de maltrato aun siendo identificado.
		3.4.- Negligencias.	Cuando registra con un aspa dentro del cuadro correspondiente identificara las negligencias que presenta el niño.	Cuando no registra el tipo de negligencia aun siendo identificado.
	4.-Fecha		Cuando se registra el día que se realizó la evaluación de acuerdo a la edad.	Cuando no registra la fecha.
	5.-Datos Generales del personal de salud		Cuando registra el nombre completo y firma del personal de salud que lo atendió. Y registrar el nombre de la persona quien derivo al EE.SS correspondiente.	No registra algún dato.

ANEXO D**MATRIZ DE PUNTAJE GENERAL****PLAN DE ATENCION INTEGRAL (10 puntos)**

ITEMS	PUNTAJE
Datos generales	2
Problema, riesgo, necesidad	3
Prestación de salud	5
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

ANTECEDENTES (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Datos generales	1
Antecedentes personales	2
Antecedentes familiares	1
Vivienda/saneamiento básico	1
Inmunizaciones	2
Control de crecimiento y desarrollo	2
Tamizaje	1
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

FACTORES DE RIESGO (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Factores de riesgo	10
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

ALIMENTACION DEL NIÑO(A) (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Registro	6
Consistencia	4
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

HOJA DE CONSULTA (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Datos cronológicos	0,5
Signos de peligro y factores de riesgo	1
Anamnesis	0,5
Examen físico	1,5
Diagnostico	1,5
Tratamiento	1,5
Acuerdos y compromisos con el cuidador	0,5
Exámenes auxiliares	0,5
Referencia (lugar y motivo)	0,5
Próxima cita	0,5
Atención por el personal de salud	1
Alguna observación	0,5
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

CURVAS DE CRECIMIENTO (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Longitud para la edad del niño(a)	3
Peso para la edad del niño(a)	3
Peso para la longitud para la edad del niño(a)	4
TOTAL	10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A) (10 puntos)

ITEMS		PUNTAJE
TAP (Evaluación del desarrollo del niño(a) de 0 a 30 meses).	Fecha	0.5
	Actividad por meses	5
	Nombre y apellido y N° HCL	0.5
PB (Evaluación del desarrollo psicomotor del niño(a) de 0 a 4 años).		4
TOTAL		10 puntos

- ✓ Optimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL (10 puntos)

ITEMS	PUNTAJE
Datos Generales	2
Preguntas al usuario	3
Indicadores del maltrato	3
Fecha	1
Datos Generales del personal de salud	1
TOTAL	10 puntos

- ✓ Óptimo :10 puntos
- ✓ Regular : 8 a 10 puntos
- ✓ Deficiente :< a 8 puntos

PUNTAJE GOBLAL

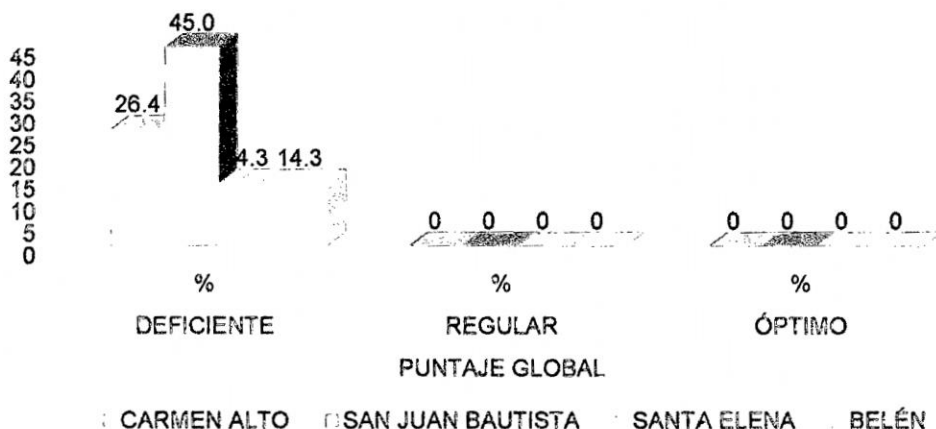
ITEMS	PUNTAJE
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	10 puntos
ANTECEDENTES	10 puntos
FACTORES DE RIESGO	10 puntos
ALIMENTACION DEL NIÑO(A)	10 puntos
HOJA DE CONSULTA	10 puntos
CURVAS DE CRECIMIENTO	10 puntos
EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)	10 puntos
TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	10 puntos
TOTAL	80 PUNTOS

- ✓ Optimo :80 puntos
- ✓ Regular : 60 a 80 puntos
- ✓ Deficiente :< a 60 puntos

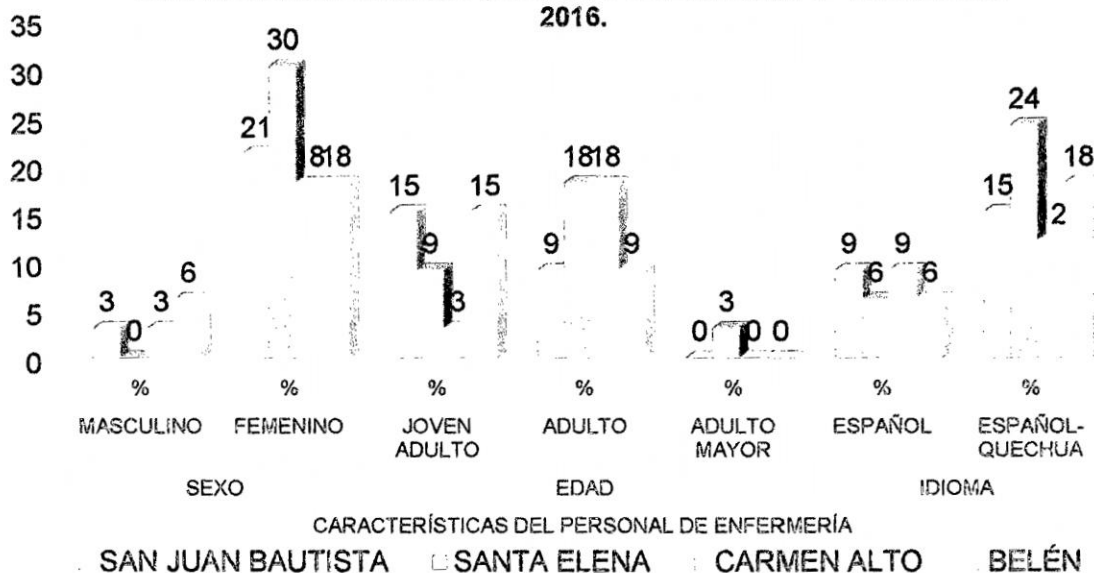
ANEXO E

GRÁFICO DE RESULTADOS

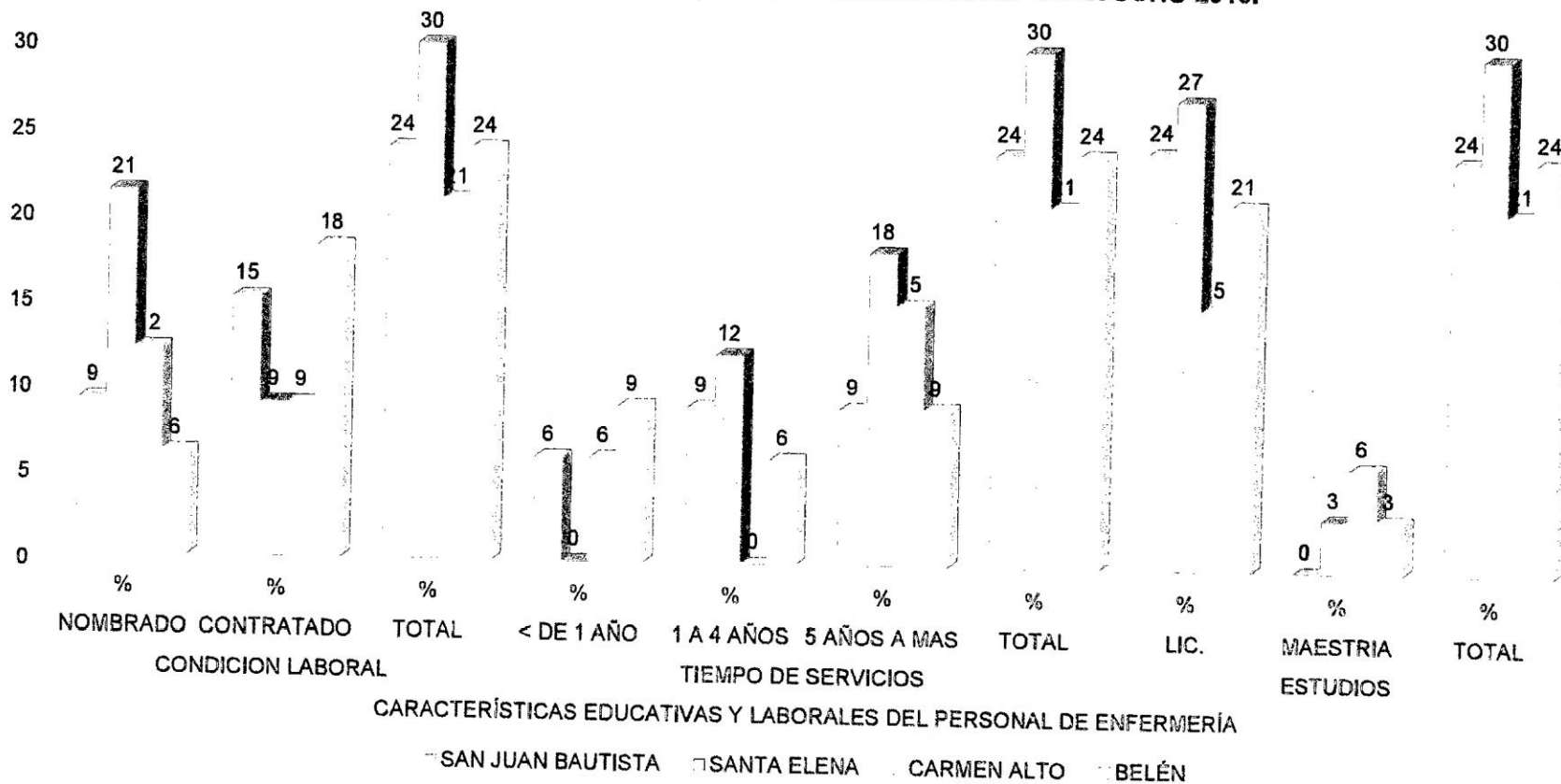
CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO > DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CENTROS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



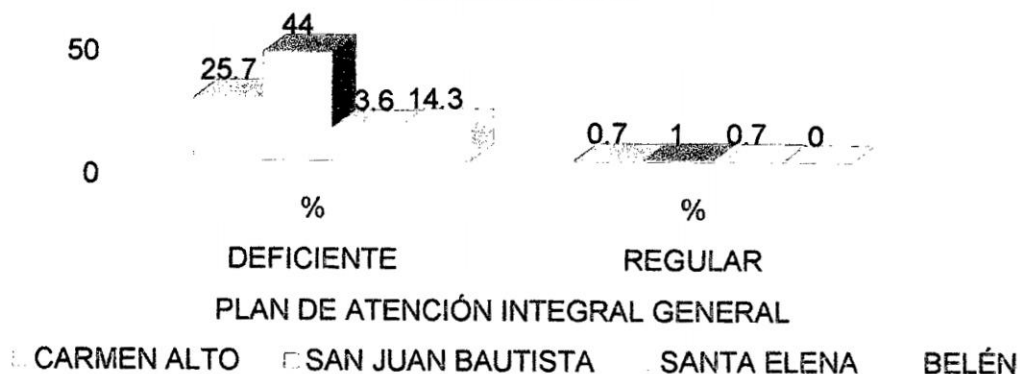
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO SANO MENOR DE TRES AÑOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



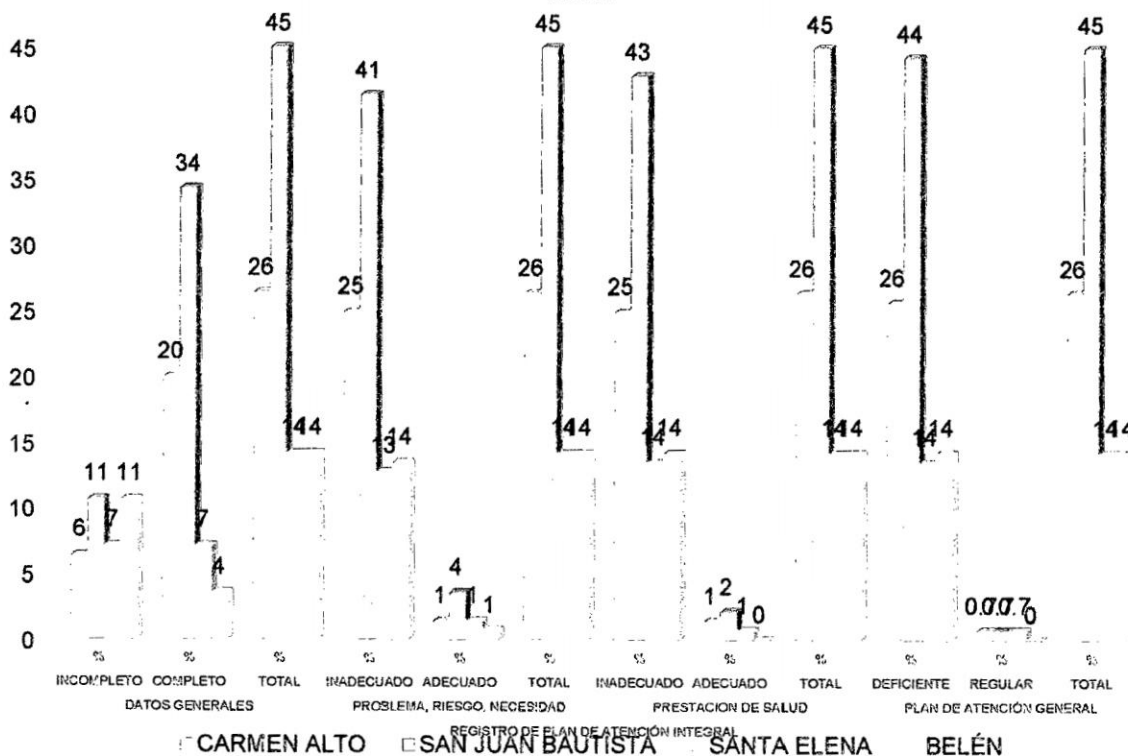
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS Y LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO SANO MENOR DE TRES AÑOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



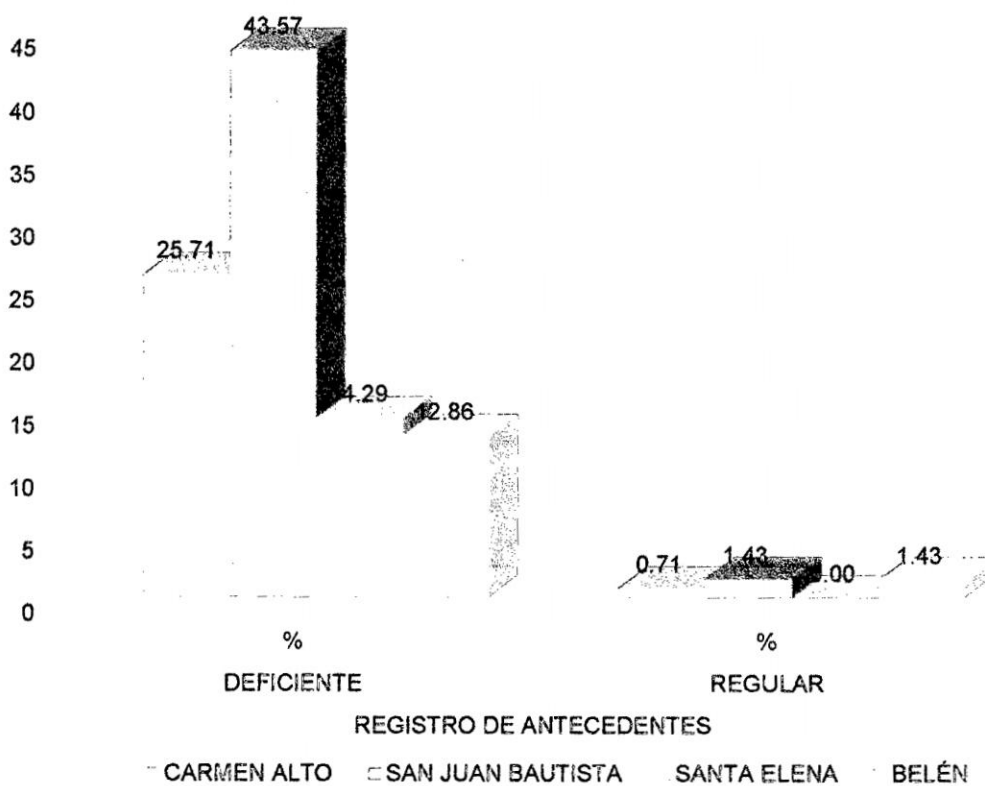
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE PLAN DE ATENCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



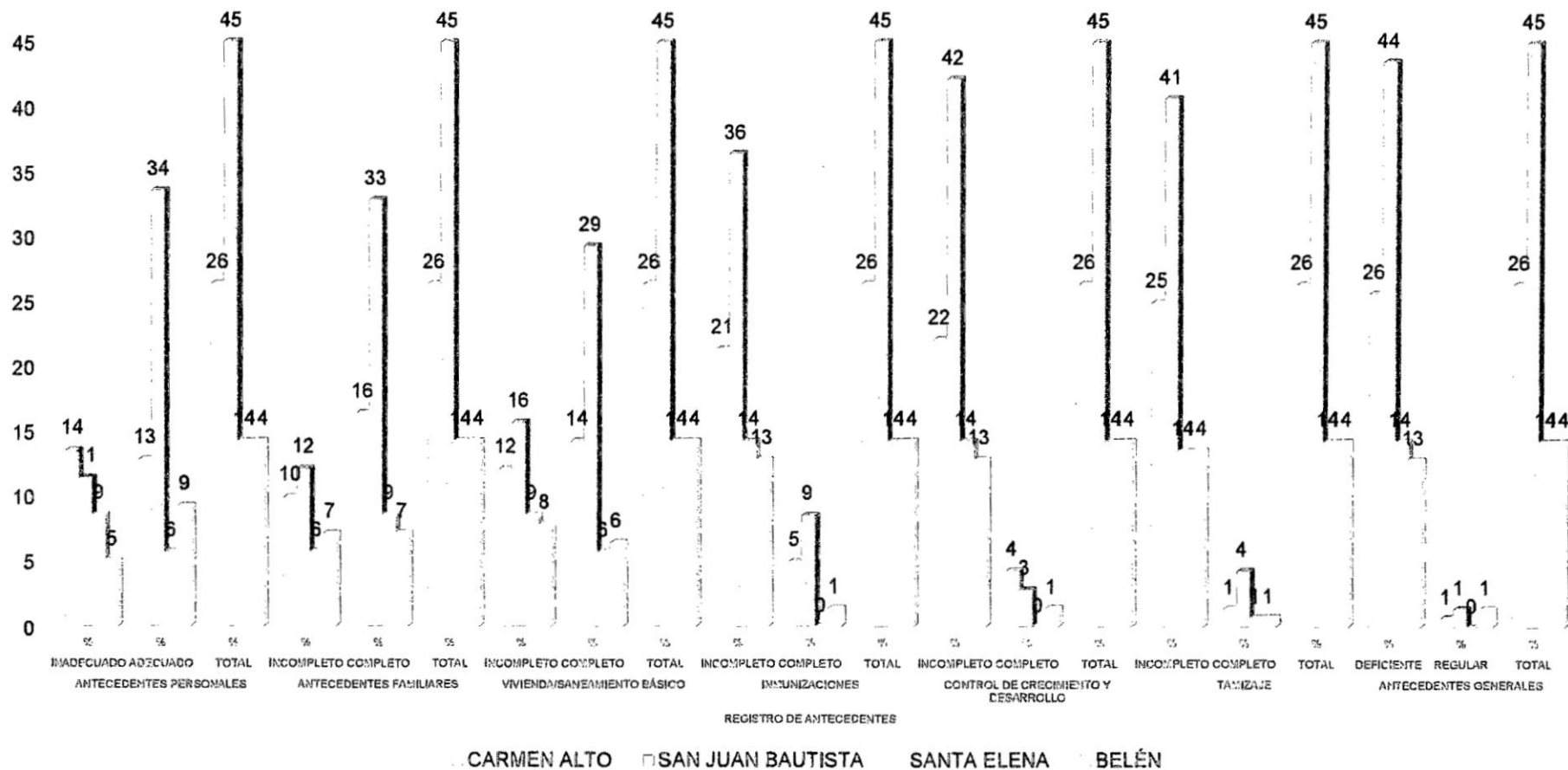
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE PLAN DE ATENCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



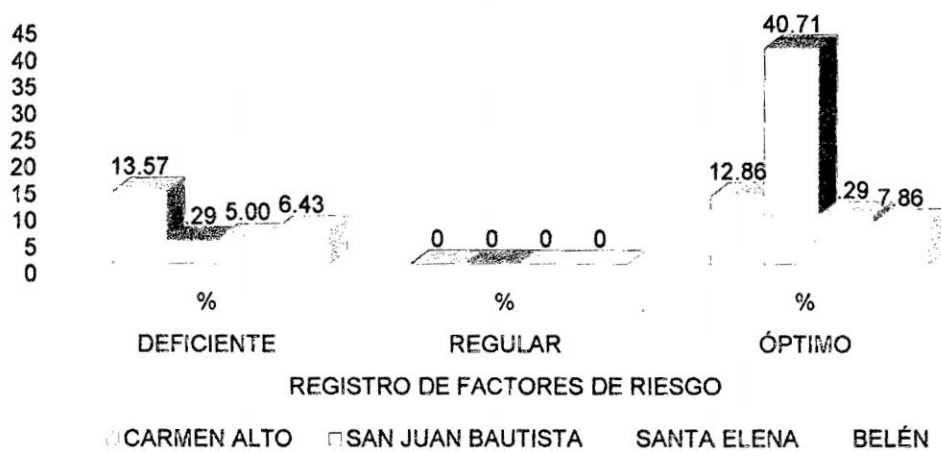
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ANTECEDENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉNY CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



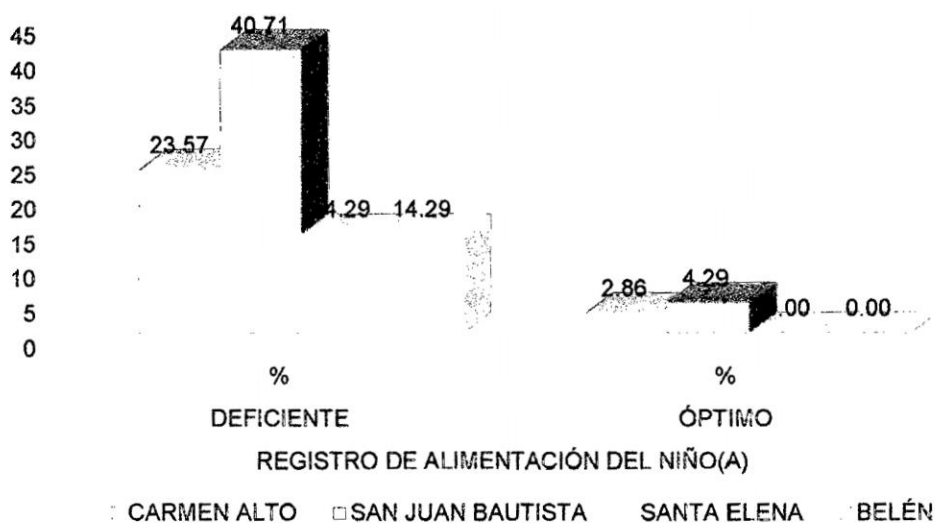
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ANTECEDENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



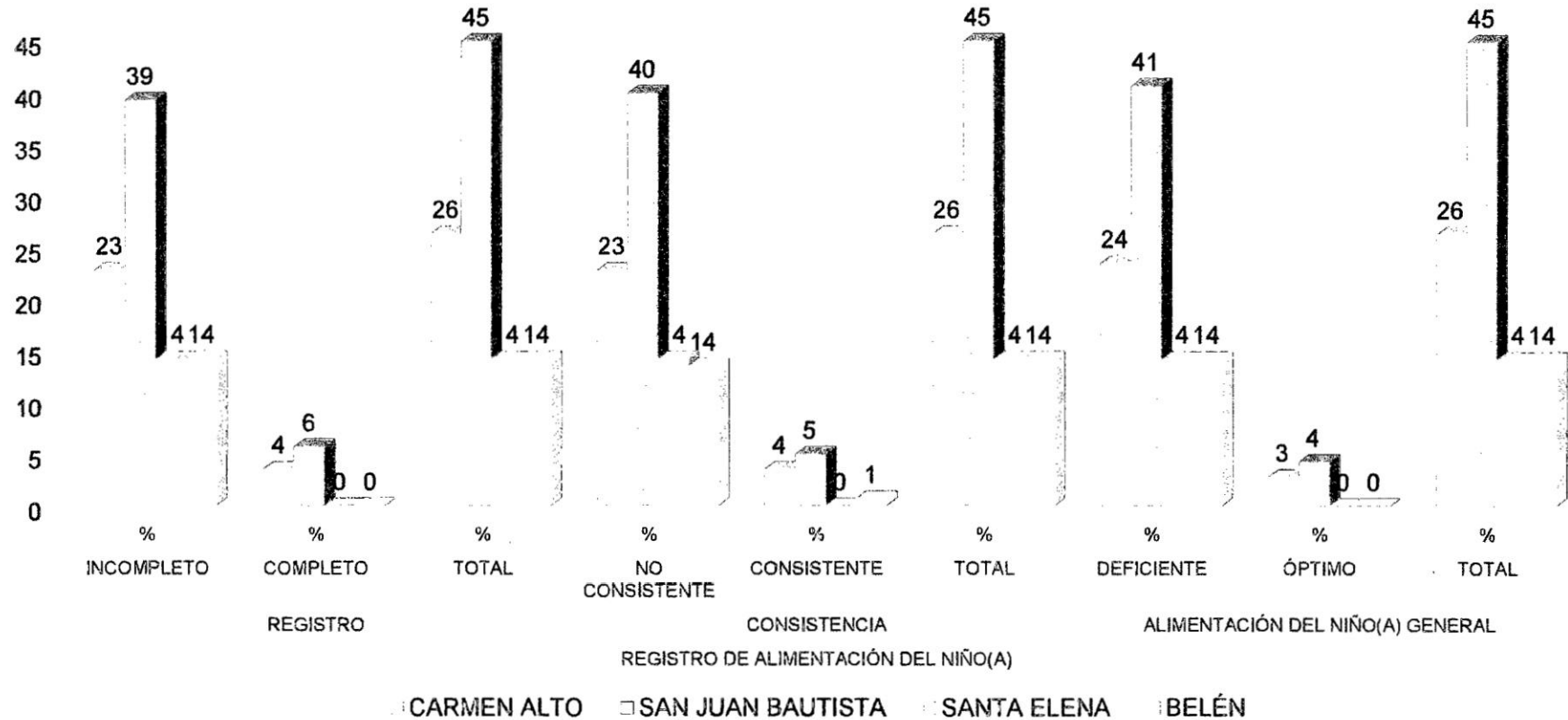
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



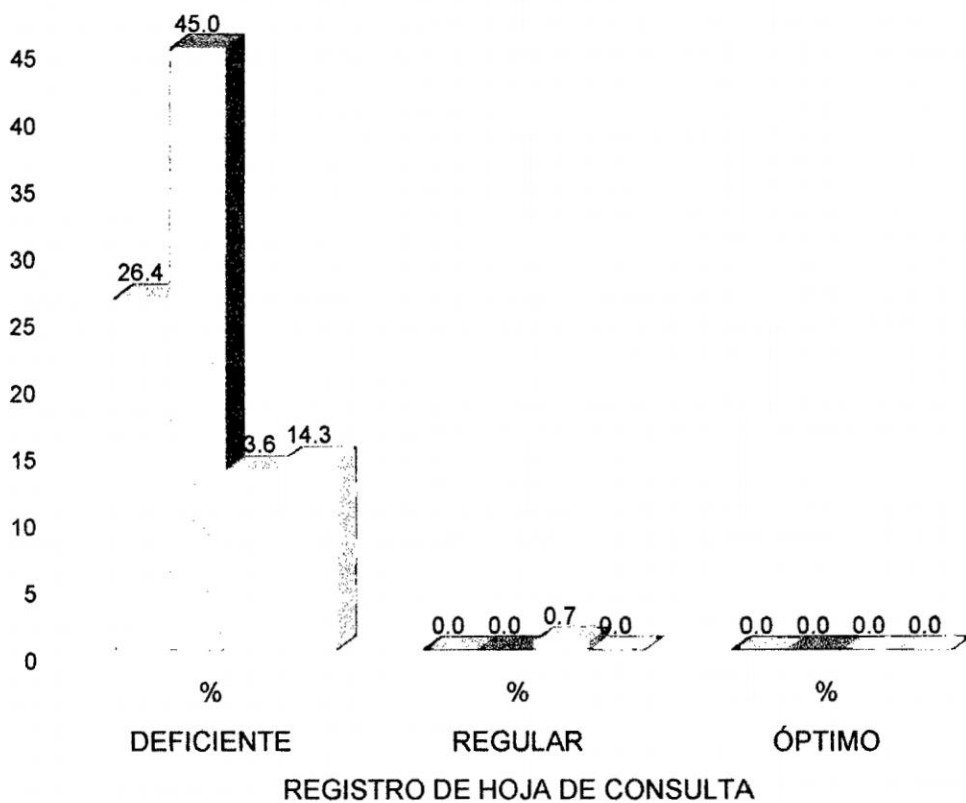
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

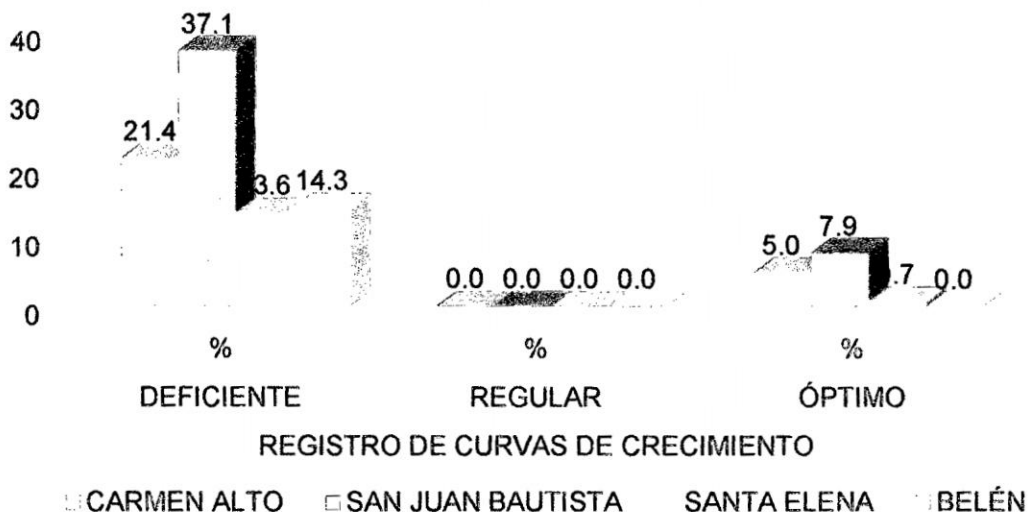


CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CONSULTA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

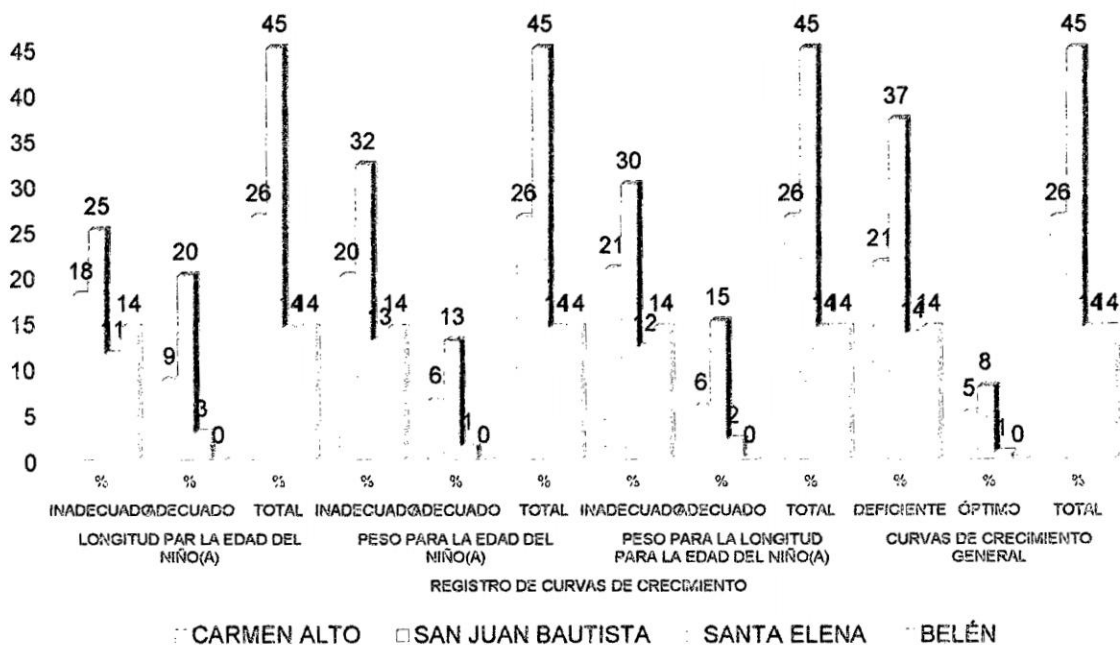


■ CARMEN ALTO ■ SAN JUAN BAUTISTA ■ SANTA ELENA ■ BELÉN

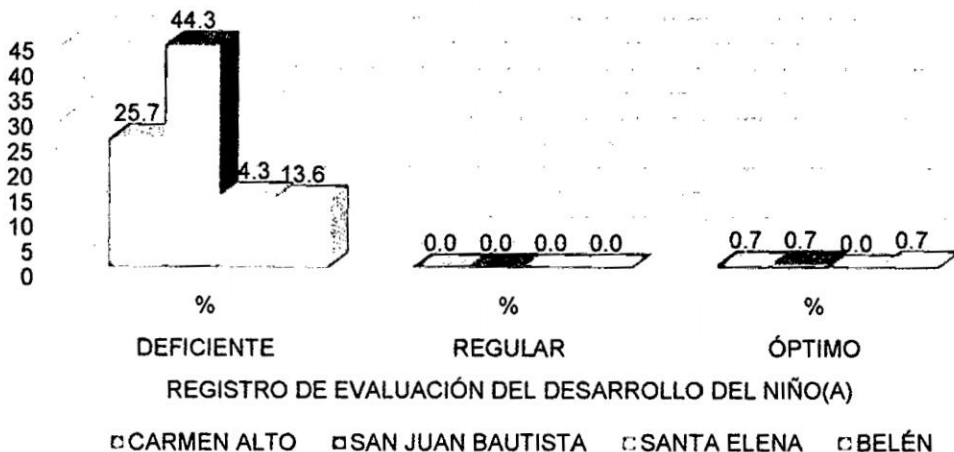
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



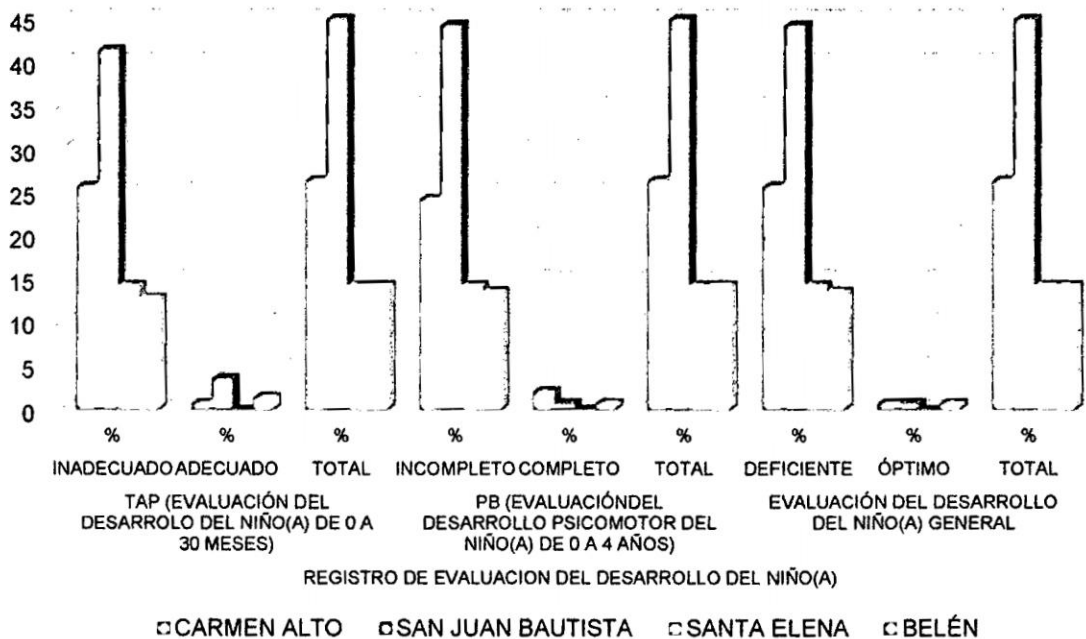
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



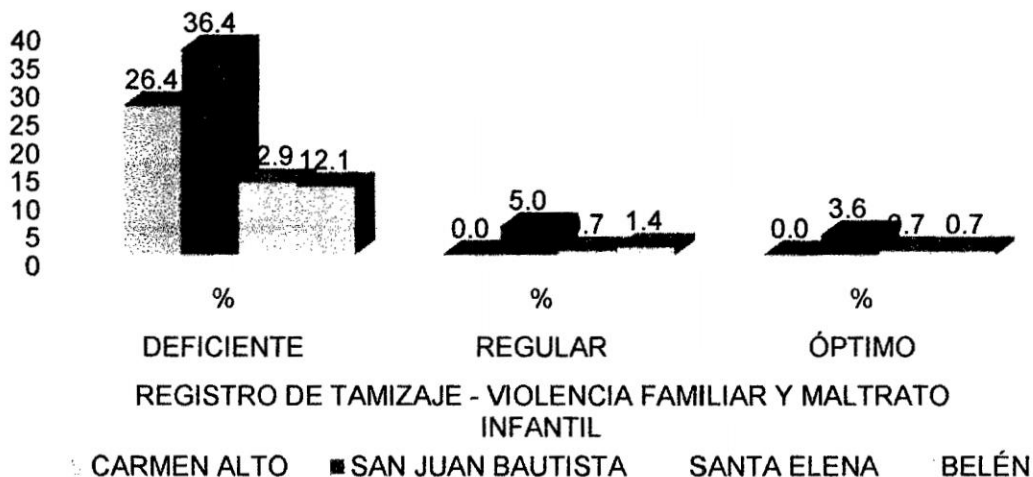
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.



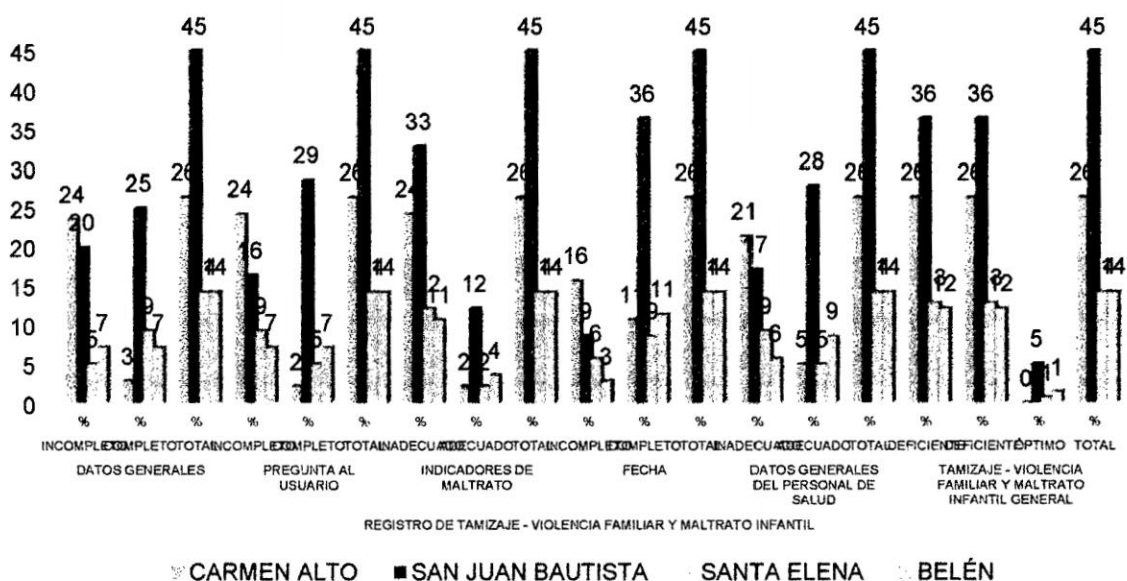
CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACION DEL DESARROLLO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

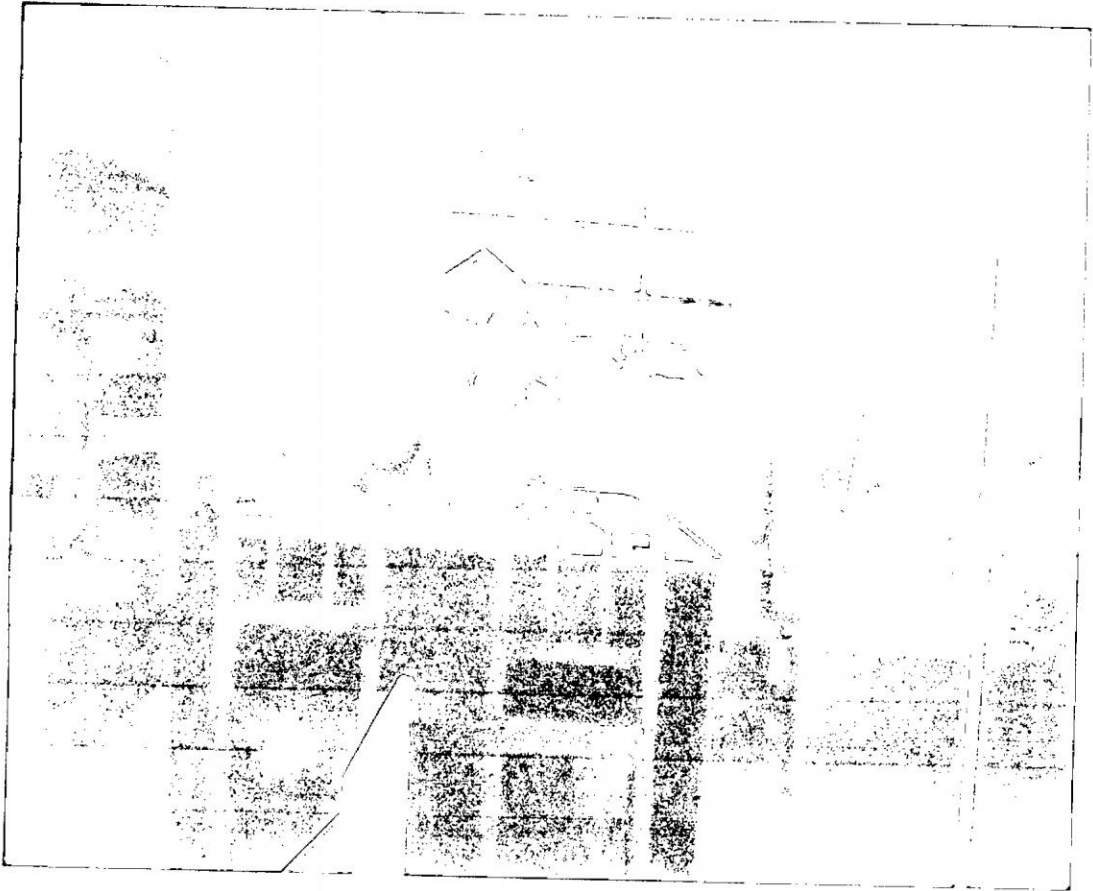


CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE- VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO -



CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE- VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO < DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO(A) EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO





UNSCH – Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela
Profesional de
Enfermería



ARTICULO ORIGINAL

Ayacucho 2016 * volumen 1, numero 1

“CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE TRES AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CLAS: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016”

Chris Karen, CÓRDOVA HUAMÁN- Edgar, HUAMANÍ PALOMINO

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto – Ayacucho 2016. **Material Y Métodos:** La presente investigación es de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo de nivel descriptivo y diseño descriptivo-transversal. La población de estudio fue 2589 historias clínicas de niños(as) sanos menores de 3 años de los establecimientos de salud mencionados en el párrafo anterior. La muestra considerada fue 140 historia clínicas de niños(as) sanos menores de tres años. El tipo de muestreo fue probabilístico - sistemático. **Resultados:** el 100% de las historias clínicas se registraron de forma deficiente. Respecto al personal de enfermería se encontró según sexo, el 88% femenino; el 12% masculino. El 70.0% habla español- Quechua y el 30.0% habla español. Según la condición laboral, el 52% labora más de 5 años, el 27.0% entre 1 a 4 años y el 21.0% menor de un año. Finalmente el 88% cuenta con grado de licenciatura, el 12.0% tiene maestría. Respecto a los formatos se encontró: Plan de atención integral; 97,9% deficiente, el 2.1% regular, Antecedentes; 96,43% deficiente y el 3.57% regular, Factores de riesgo; 70,71% óptimo y 29.29% deficiente, Alimentación; 92.86% deficiente y 7.14% óptimo, consulta; 99.3% deficiente, el 1.0% regular, Curvas de crecimiento el 86.4% deficiente, el 13.6% óptimo, Evaluación del desarrollo el 97.9% deficiente, el 2.1% óptimo, formato de Tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil; 87.9% deficiente, el 7.1% regular y el 5.0% óptimo. **Conclusiones:** existen historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años con un registró deficiente, lo que no ayuda a conocer adecuadamente la evaluación del niño(a), no permite tomar las decisiones correctas.

Palabras claves: Historia Clínica, Registro, Calidad, Crecimiento, Desarrollo

SUMMARY:

OBJECTIVE: To determine the quality of registration of medical records of the child (a) healthy child under 3 years in child clinics in the CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Bethlehem and Carmen Alto - Ayacucho 2016. **Methods:** this research is quantitative approach, application type of descriptive level and descriptive-cross-sectional design. The study population was 2589 under 3 years of health facilities mentioned in the previous paragraph healthy medical histories of children (as). The sample was considered clinical history of 140 children (as) healthy under three years. The sampling was probabilistic - systematic. **Results:** 100% of the medical records were recorded poorly. Regarding the nurses he was found by sex, 88% female; 12% male. 70.0% Spanish- speaking Quechua and 30.0% speak Spanish. According to the employment status, 52% work more than 5 years, 27.0% between 1 to 4 years and 21.0% less than a year. Finally, 88% have a bachelor's degree, 12.0% have expertise. Regarding formats found: Comprehensive Care Plan; Poor 97.9%, 2.1% regularly Background; 96.43% 3.57% poor and fair, Risk Factors; 70.71% 29.29% optimal and poor, Food; 92.86% and 7.14% poor optimal consultation; 99.3% poor, 1.0% regular growth curves 86.4% poor, 13.6% optimal development evaluation 97.9% poor, 2.1% optimum format Tamizaje- family violence and child abuse; 87.9% poor, 7.1% and 5.0% Regular optimal. **Conclusions:** There are medical records of the child (a) healthy child under 3 years with a recorded deficient, which does not help adequately meet the child's assessment (a), not allowed to take the right decisions. **Keywords:** Medical Records, Registration, Quality, Growth, Development

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el profesional de enfermería interviene en la prestación de los servicios de salud, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, para ello hace uso de registros para dar a conocer el estado y evolución de la salud del niño(a), la respuesta a la terapéutica y las intervenciones ante los problemas y necesidades encontradas en el niño(a).

La historia clínica es formal y representa una constancia escrita de los hechos realizados en el niño(a) menor de tres años, toda vez que puede contribuir al desarrollo disciplinario y profesional; permitiendo mostrar al resto del equipo de salud, que la acción cuidadora se desarrolla a través de la autonomía profesional, mejorando la calidad de atención prestada y permitiendo diferenciar la actuación propia del resto del equipo de salud.

Dulanto E. Hace mención que la historia clínica constituye un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los niños(as), así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del niño(as), del personal de salud y del establecimiento, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia (1).

Así mismo la historia clínica es documento básico en todas las etapas del modelo de la atención y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada niño(a), considerando que el adecuado llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial (2).

En estudios referentes a la calidad de las historias clínicas se encontró como referente principal el estudio realizado de Ayala y Col., de las 404 historias clínicas evaluadas, 56% de historias clínicas obtuvieron una calificación de aceptable, 30% historias clínicas calificaron como deficiente, 10 % historias clínicas se calificaron como adecuadas, mientras el 1% tuvieron una calificación inaceptable (3).

Así mismo, estudio realizado por Rocano, tuvo como resultado del 100% de historias clínicas auditadas una calificación entre 48 y 64% (de acuerdo al formato de calificación para auditoría de registro), lo que las califica como regulares, a su vez los datos de filiación estuvieron incompletos en el 100% de las historias clínicas auditadas, el 100% de historias

clínicas registró en forma incompleta los ítems de enfermedad actual y 70% no enfatizó el motivo de consulta, sólo se consignó los antecedentes patológicos a pesar de que en el formato existe un ítem para llenar otros antecedentes, el 90% de historias clínicas se consignó de forma completa las funciones vitales, el 13% de historias clínicas no había un examen físico dirigido, no hubo una sola historias clínicas en la que se registró la codificación CIE10, el 5% de historias clínicas no hubo identificación del personal de salud tratante, el 13% de historias clínicas no se registró la hora de atención, el 60% de las historias clínicas no se utilizó los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos, el 77% de las historias clínicas no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la historias clínicas (4).

En el estudio realizado por Zafra y Col, de las 91 historias clínicas encontraron; el 85,7% calificadas como historias por mejorar, y el 14.3% fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica lo menos registrado 16,5%. Por su parte un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, en 45% se encontró un registro bajo de hora de atención y 32% letra legible, y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal (5).

En un estudio realizado por Bocanegra, hace mención que el nivel de calidad del registro de la mayoría de los formatos de las historias clínicas de hospitalización de los pacientes es deficiente (6).

Maniobo D. refiere que los registros representan una fuente de docencia e investigación, ya que permite el análisis de información contribuyendo al desarrollo de nuestra profesión. Por otro lado facilita las acciones de auditoría con el fin de corregir las fallas encontradas o errores en su elaboración y que permita ofrecer recomendaciones para mejorar la calidad de registro (7).

Así mismo el registro de la historia clínica del niño(a) en los consultorio niño(a) de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, permite conocer la importancia del crecimiento y desarrollo en la primera infancia. En ese sentido, los niños menores de tres años mientras no reciban atención de calidad y los cuidados necesarios, las consecuencias son acumulativas y prolongadas.

Con referencia al párrafo anterior se sustenta en la "norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años aprobado por R.M. N°

990-2010/MINSA, todos los establecimientos de salud, realizan control del crecimiento y desarrollo, según el nivel de atención correspondiente. Los establecimientos del segundo y tercer nivel hacen actividades de control de crecimiento y desarrollo de niñas y niños con riesgo detectado o con diagnóstico de alteración/trastorno del crecimiento o desarrollo (8).

Por ello el control de crecimiento y desarrollo del niño(a) menor de tres años tiene un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado del niño(a). Por lo tanto el profesional de enfermería utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico y neurológico (8).

Durante nuestras prácticas de Pre-Grado comunitario en los establecimientos de salud, se identificó que el registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, son documentos médico legal y fundamentales para la toma de decisiones del personal de enfermería y que estas garanticen un proceso de monitoreo de la evolución del crecimiento y desarrollo. Se observó la falencia en el registro de las historias clínicas del niño(a), que están determinados por registros; inadecuados e incompletos en cada formato que contiene la historia clínica, letras no legibles, historias clínicas con borrones, omiten información de importancia para el tratamiento, registran actividades antes de ser ejecutadas o los datos no corresponden a lo ejecutado, diagnósticos incoherentes que no responden al problema y necesidad del niño(a), registran inadecuadamente las gráficas de antropometría. Además los registros no se adecuan a lo estipulado en la normas técnica vigente; los cuales efectivamente conllevan a la falta de seguimiento de la evolución del niño(a) en cuanto a su crecimiento y desarrollo.

Al consultar a las enfermeras refieren: "falta de tiempo, demanda de los programas que lleva a su cargo y las visitas domiciliarias que realizan, el poco interés de actualización en el área niño (CRED), que brinda la dirección regional de salud-Ayacucho (DIRESA) y la Red de salud Huamanga. Por otra parte la enfermera no reconoce la importancia de la historia clínica del niño(a) para la toma de decisiones, sino lo considera como un documento legal.

Las referencias señaladas, la experiencia, la observación motivaron la realización del estudio sobre La calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, en los consultorios de niño(a) en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016. Con el presente trabajo de investigación se pretende responder el enunciado del problema: ¿Cuál es la calidad de registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de tres años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016?, del cual se plantearon los siguientes objetivos:

General:

Determinar la calidad de registro de las historias clínicas en niño(a) sano menor de 3 años, en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016.

Específico:

- ✓ Identificar las características demográficas y educativas del personal de enfermería (sexo, edad, idioma, condición laboral, tiempo de servicio y estudios académicos).
- ✓ Evaluar la calidad de registro del plan de atención integral de salud del niño(a) sano, registro de datos de filiación, antecedentes y factores de riesgo y registro de evaluación de alimentación.
- ✓ Evaluar la calidad de registro y manejo del formato de consulta en la atención del niño(a) sano menor de 3 años.
- ✓ Verificar el registro y manejo de las curvas de crecimiento, instrumento de evaluación del desarrollo en el niño(a) menor de 3 años.
- ✓ Identificar la calidad de registro y manejo respecto a la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

Con referencia a la hipótesis de nuestra investigación, la calidad de registro de las historias clínicas en la atención del niño(a) sano menor de tres años, en el consultorio niño, de los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén de la ciudad de Ayacucho, son incompletas e inconsistentes que limita la toma de decisiones del profesional de enfermería. Por lo que nosotros al ejecutar el proyecto se comprobó que las historias clínicas del niño son incompletas e inconsistentes, siendo esta una de las causas que no permita tener un conocimiento real del crecimiento y desarrollo del niño.

Mediante la calidad de registro de la historia clínica del niño(a) se busca identificar de manera adecuada y oportuna los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento. Y de este modo, evitar secuelas,

incapacidad y prevenir la muerte. Por ello es importante que se realice la intervención correspondiente para la edad del niño, ejecutando las actividades programadas según la norma técnica de salud vigente.

Con este estudio se busca encontrar las falencias en el llenado de la historia clínica del niño(a), debiendo ser estos pertinentes y concisos, reflejar los problemas, necesidades y capacidades del paciente. El registro debe ser preciso y completo, registrando con exactitud el estado del niño(a), mencionando los hechos que se observan y nunca haciendo conjeturas, e implementar intervenciones para solucionar las falencias y mejorar la calidad de los registros. Beneficiándose de esta manera los diferentes establecimientos de salud (Santa Elena, Carmen Alto, San Juan Bautista y Belén) y también el profesional de enfermería al disminuir el riesgo para el niño y evitar problemas de índole legal latente en la práctica profesional.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, de nivel descriptivo y diseño descriptivo-transversal mediante el instrumento: ficha de cotejo. El área de estudio fue en los CLAS de los distritos metropolitanos (Santa Elena, San Juan Bautista, Carmen Alto, Belén) de la ciudad de Ayacucho, se encuentra a 2746 m.s.n.m. situada en la sierra centro sur; la población de estudio fue por 2589 (100%) historias clínicas de niños(as) sano menor de 3 años en los en los consultorios de niño en los CLAS: Santa Elena (372 historias clínicas), San Juan Bautista (1162 historias clínicas), Carmen Alto (678 historias clínicas), Belén (377 historias clínicas) Ayacucho-2016, la muestra estuvo considerada de 140 historia clínicas de niños(as) sanos menores de tres años en los consultorios de niño en los CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Belén y Carmen Alto - Ayacucho 2016. El tipo de muestreo fue probabilístico-sistemático. La técnica de recolección de datos fue la observación, revisión de historias clínicas mediante la ficha de cotejo.

TABLA 01

CALIDAD DE REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS CENTROS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CALIDAD DE REGISTRO *			
	DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	63	45.0	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.3	20	14.3
BELÉN	20	14.3	20	14.3
TOTAL	140	100.0	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 04

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE PLAN DE ATENCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.7	1	0.7	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	62	44	1	1	63	45
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0	20	14.3
TOTAL	137	97.9	3	2.1	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 05

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ANTECEDENTES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DE LA HOJA DE ANTECEDENTES*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.71	1	0.71	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	61	43.57	2	1.43	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.29	0	0.00	20	14.3
BELÉN	18	12.86	2	1.43	20	14.3
TOTAL	135	96.43	5	3.57	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 06

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	19	13.57	18	12.86	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	6	4.29	57	40.71	63	45.0
SANTA ELENA	7	5.00	13	9.29	20	14.3
BELÉN	9	6.43	11	7.86	20	14.3
TOTAL	41	29.29	99	70.71	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 07

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE ALIMENTACIÓN*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	33	23.57	4	2.86	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	57	40.71	6	4.29	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.29	0	0.00	20	14.3
BELÉN	20	14.29	0	0.00	20	14.3
TOTAL	130	92.86	10	7.14	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 08

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CONSULTA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE CONSULTA*					
	DEFICIENTE		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	0	0.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	63	45.0	0	0.0	63	45.0
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0.0	20	14.3
TOTAL	139	99.3	1	0.7	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 09

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE CURVAS DE CRECIMIENTO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	30	21.4	7	5.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	52	37.1	11	7.9	63	45.0
SANTA ELENA	19	13.6	1	0.7	20	14.3
BELÉN	20	14.3	0	0.0	20	14.3
TOTAL	121	86.4	19	13.6	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 10

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO*					
	DEFICIENTE		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	36	25.7	1	0.7	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	62	44.3	1	0.7	63	45.0
SANTA ELENA	20	14.3	0	0.0	20	14.3
BELÉN	19	13.6	1	0.7	20	14.3
TOTAL	137	97.9	3	2.1	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

TABLA 11

CALIDAD DE REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL NIÑO(A) SANO MENOR DE 3 AÑOS, EN LOS CONSULTORIOS DE NIÑO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: SAN JUAN BAUTISTA, SANTA ELENA, BELÉN Y CARMEN ALTO - AYACUCHO 2016.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGISTRO DEL FORMATO DE TAMIZAJE - VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL							
	DEFICIENTE		REGULAR		ÓPTIMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CARMEN ALTO	37	26.4	0	0.0	0	0.0	37	26.4
SAN JUAN BAUTISTA	51	36.4	7	5.0	5	3.6	63	45.0
SANTA ELENA	18	12.9	1	0.7	1	0.7	20	14.3
BELÉN	17	12.1	2	1.4	1	0.7	20	14.3
TOTAL	123	87.9	10	7.1	7	5.0	140	100

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación de la ficha de cotejo, elaborado por los investigadores - Ayacucho 2016.

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad es un "alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción de las necesidades de éste y produciendo un impacto final positivo en salud".

Una adecuada calidad de registro de la historia clínica permite la recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al profesional de enfermería plantear un diagnóstico de acuerdo a las necesidades requeridas del niño(a). Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención del niño y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada niño(a). El registro de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. Es reconocida la influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención, y tener una función educativa para todos los profesionales de la salud.

Con relación a la calidad del registro de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años en los establecimientos de salud se hallaron registros de Historias Clínicas (HC) deficientes en los Centros de Salud: San Juan Bautista 45%, Carmen Alto 26.4%, Santa Elena y Belén 14,3% (Tabla 01).

Al respecto Zimer M y col. Manifiesta que para analizar la calidad de registro de la historia clínica del niño(a) se llevó a cabo con un enfoque de proceso aplicando la evaluación interna de las historias clínicas, en un importante porcentaje de los casos registrados se observó dificultades en el registro del proceso asistencial. Esto evidenció la falta de comunicación entre los profesionales

responsables de la atención de estos niños y la falta de aplicación de la norma técnica vigente para el registro de las historias clínicas (28).

Igualmente Gómez, Domínguez y Ramos, mostraron que la calidad de registro de la historia clínica, el 17% aceptable y el 13% muy deficiente (10). Este resultado es probablemente porque este estudio se realizó en Colombia donde los profesionales tienen mayor responsabilidad por las continuas auditorías y capacitaciones que se dan.

Asimismo Ayala, Pérez, Pineda, y Díaz, en su estudio encontraron resultados de ausencia de rango óptimo en el diligenciamiento de las historias clínicas, con una media del 26% en el rango de aceptable, dejando entre dicho que se debe realizar un trabajo de sensibilización en el correcto diligenciamiento de las historias clínicas del personal del servicio de urgencias de la institución en mención (3).

Por lo tanto los resultados hallados por los autores mencionados coinciden con nuestro estudio. Entonces la importancia del registro de las historias clínicas del niño debe contener suficiente información para identificar al niño y a los cuidadores de este, para así justificar el diagnóstico, tratamiento, y los compromisos del cuidador.

Además consideramos que todos los criterios establecidos en este estudio, deben registrarse en su totalidad, se cree que la falta de registro de éstos obedece a poca responsabilidad por parte de los profesionales de enfermería sobre la importancia de dicho registro, de la aplicación de las normativas vigentes y de la necesidad de unificar unos criterios mínimos en la atención del niño(a).

Esto indica que se deben de tomar medidas de mejoramiento, control y evaluación en los procedimientos para el cumplimiento de los estándares de calidad de registro de la HC según Ministerio De Salud. Suponemos que este resultado se da por la recarga laboral, registrar otros tipos de registros como: HIS, FUAS (formato único de atención en salud), SIEN (Sistema De Información Del Estado Nutricional Del Niño), VEA (Vigilancia Epidemiológica Activa), exceso de demanda de atención de niños(as) y otros.

En relación a la **Tabla 04** de la calidad de registro del formato de atención integral de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, el 97,9% registraron de forma deficiente, el 2.1% regular.

Zimmer M. y col. Encontraron que la calidad de la información recogida de las historias clínicas lo que más afectó fue la hoja del Plan de acción para la prevención y

promoción de la salud mental materno-infantil (niño menor 1 año), registrada en el 76,2% de forma incompleta (28).

A su vez Matzumura J y col, descubrieron que el 62.5% el plan de trabajo registrado fue el adecuado (13).

Asimismo Niquén E, halló en referencia al plan de trabajo que se registraron en un 78.1% de las historias clínicas (14).

Finalmente Gonzales C. refiere que el formato de plan de atención integral es el soporte documental donde queda plasmada la información sobre las actividades que se realizara con el niño en cada control (31).

Los resultados encontrados son parecidos a nuestro estudio; además según la norma técnica vigente, el plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del niño(a), en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada, en forma gradual y continua del niño (8).

Se concluye que el formato de plan de atención integral se debe registrar las actividades realizadas y por realizar, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños(as). Asimismo detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, conocer las fechas entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual.

La calidad del registro de las historias clínicas del formato de antecedentes de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende que, el 96,43% registraron de forma deficiente y el 3.57% regular (**Tabla 05**).

Ayala, Pérez, Pineda, y Díaz, encontró los siguientes atributos en rangos inaceptables: los antecedentes tanto personales como familiares, se cumplen en menos del 48% de historias clínicas revisadas (3).

Asimismo Matzumura J y col, hallaron que los antecedentes fueron registrados en un 61.6% (13).

Este resultado es respaldado por: Gonzales C. refiere que el camino no es simplemente encontrar una manera de registrar los antecedentes del niño(a) y antecedentes familiares, sino uno que conlleve a intentar encontrar mejores maneras de manejar y transformar la información para apoyar la práctica de enfermería referente al control de crecimiento y desarrollo, para definir la cantidad y calidad de la información básica a obtener de cada niño(a) a fin de facilitar el

desarrollo de un sistema de anotación profesional eficiente basado en la suma de la experiencia acumulada y los avances teóricos que repercuten en la práctica (31).

Se concluye que los estudios realizados por los investigadores líneas arriba son parecidos a los resultados de nuestro estudio. Tal vez podríamos decir que el registro es deficiente porque creen que tienen los datos dentro del formato de plan de atención, dando así un menor valor a este formato que brinda información primordial del niño desde la concepción hasta el nacimiento, además reconocimiento de los antecedentes familiares y la identificación del lugar donde el niño se desarrollara en los próximos años.

En la **Tabla 06** la calidad del registro de las historias clínicas del formato de factores de riesgo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, el 70,71% registran de forma óptimo y un 29,29% deficiente.

Al respecto Gómez R. y Gonzales M. Hallaron que el ítem con más bajo porcentaje de diligenciamiento fue: factores de riesgo 1%. Por lo tanto se encuentran en el rango malo (32).

Asimismo Manrique J y Col. Muestran que el 78% no tiene completo el registro en los diferentes aspectos evaluados, referente a los factores de riesgo, solo se registra en 29% y el resto no lo registra (33).

Según la norma técnica del niño vigente refiere que los factores de riesgo son características, circunstancias o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño (8).

Además la "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud" El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en el niño y en la niña. (34)

Estos resultados encontrados por estos autores concuerdan con los hallados de la presente investigación, ya que en los estudios se demuestran que no hay interés en referencia a los factores de riesgo. Parece que los establecimientos de salud de la ciudad de Ayacucho a diferencia de otros lugares muestran importancia en registrar los factores de riesgo, permitiendo una adecuada toma de decisiones y así realizar un adecuado control de

crecimiento y desarrollo del niño(a). Además nos permitirá identificar el entorno prenatal y posnatal del niño(a).

En relación a la calidad del registro del formato de alimentación, el 92.86% registraron de forma deficiente, asimismo el 7.14% de forma óptimo (**Tabla 07**).

Al respecto Zimmer M y col, en su estudio encontraron que, el 80.1% registro las acciones del control nutricional de forma incompleta, el 15.6% medianamente completa y un 4.3% completa. Además se encontró 50.1% en la frecuencia de controles nutricionales que son inadecuadas (28).

Asimismo Zafra y Col, hallaron que la frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica dietéticas lo menos registrada en un 16,5% (5).

Según la norma técnica vigente: la evaluación del consumo de alimentos se realiza en cada control o contacto con el niño(a) de acuerdo a la edad. Puesto que el objetivo es indagar sobre las características de la alimentación e identificar factores de riesgo y así obtener los resultados que sirven como base para la consejería y la programación de visitas domiciliarias y sesiones demostrativas (8).

Los resultados encontrados son concordantes con nuestra investigación. Recordemos que el objetivo de registrar el formato de alimentación es identificar y conocer la toma de decisiones de los padres y personal de enfermería respecto a su alimentación, para conocer el crecimiento del niño si es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), y así mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

En relación a la **Tabla 08** del formato de consulta de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se indica que, el 99.3% se registraron de forma deficiente y el 1.0% regular. Además realizando un análisis minuciosos se encontró que; el 86.4% datos cronológicas registra de forma completa, 79% signos de peligro y factores de riesgo se registra de forma incompleta, el 70% la anamnesis lo registra de forma inadecuada, 81% registra de forma inadecuada el examen físico, 81% no registra el diagnóstico adecuado según NANDA, el 75% en cuanto a tratamiento no es correcto, 66% en cuanto acuerdos y compromisos el registro no es adecuado, el 51% registra de forma adecuada en los exámenes auxiliares, el 82% en cuanto a la próxima cita lo registra de forma adecuada, referente a los datos del personal de enfermería que brinda la atención registra de forma inadecuada en un 86%.

Al respectó Matzumura J y col. Muestran que los indicadores que se encontraron completos en más de 70% de las historias clínicas fueron la firma y sello, presentes en 97,2%, y los exámenes auxiliares, en 73,1%. La fecha y hora de consulta 59,1%. Tres o más signos vitales fueron consignados en 65,6%. El examen físico general y regional se encontró en 63,8%. El diagnóstico, incluido el CIE-10 solo figuraba en 48,6% y el tratamiento completo en 48,3%, registrando los más bajos porcentajes de la calidad de registro completa. El único indicador que se encontró incompleto en más del 50% de historias clínicas fue el diagnóstico (13).

Asimismo Niquén E, muestra que los signos y síntomas están incompletos en un 4.3% de historias, en relación al reporte de examen clínico, se observó una deficiencia del 50% de las historias clínicas. Se destaca que se consideró ausente la firma, selló y colegiatura del médico en un 60.4% (14).

Finalmente Ayala, Pérez y col. identificaron que la descripción de la enfermedad actual, tratamiento, signos vitales, diagnóstico, descripción del examen físico, el nombre, registro y sello del profesional que diligencio la historia clínica, al igual que la legibilidad y la identificación, se encuentran en ítem de optimo, siendo registrados en más del 95% de las historias clínicas evaluadas (3).

Además Gonzales C. hace mención que es posible que el incumplimiento en el diligenciamiento del registro esté relacionado con la falta de capacitación del personal de enfermería y es hacia ese factor de proceso donde deben dirigirse las intervenciones. La identificación de áreas de desempeño problemáticas o poco fiables en la práctica es un prelude necesario para la elaboración de estrategias e instrumentos útiles en apoyo a la toma de decisiones (31).

Los resultados no concuerdan en muchos indicadores del formato de consulta de nuestra investigación con los autores en mención, ya que el personal de enfermería parece no tomar la importancia de este formato, el cual nos indica cómo se encuentra el niño en referencia a su crecimiento y desarrollo. Asimismo es necesario tener en cuenta que cada uno de los datos que se registra debe ser de forma coherente, ya que cada uno de ellos están relacionados entre sí. Otro aspecto es el examen neurológico, donde ningún personal de enfermería enfatiza en realizar correctamente dicho examen de acuerdo a la norma técnica para luego registrarlo en este formato.

Finalmente el registro adecuado, permitirá a que el niño(a) reciba los cuidados adecuados, para promover y mantener la salud. Por el

contrario, un manejo inadecuado del registro, no garantiza la continuidad del cuidado adecuado en el niño(a), afectando en gran medida su crecimiento y desarrollo normal.

En cuanto al registro del formato de curvas de crecimiento de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que, el 86.4% de los registros del formato de curvas de crecimiento se registraron de forma deficiente, el 13.6% óptimo (Tabla 09).

Al respecto Zimmer M y col, hallaron en relación con la frecuencia mínima de los controles antropométricos, el 39,1% de las historias clínicas no se cumplían con la norma adecuadamente (28).

Asimismo Ramón J. Justifica que las gráficas de crecimiento infantil permiten evaluar el incremento de peso y talla normal de los niños durante su periodo de crecimiento, también detectar aquellos problemas que ocurran en este periodo tanto del punto de vista nutricional (desnutrición u obesidad) o de la talla (alta o baja) (35).

En Perú se utiliza la referencia de la OMS para la evaluación antropométrica. Estas tablas muestran los valores de referencia que orientan respecto al peso y estatura de acuerdo a la edad del niño principalmente. Las tablas son universales gracias a la tendencia de la población mundial a alcanzar similares patrones de crecimiento (35).

Este tipo de mediciones o percentiles permite descubrir los síntomas de algún problema que pueda sufrir el niño o realizar el seguimiento a aquellas complicaciones existentes. El estancamiento de la curva o la caída del canal de crecimiento generalmente representan un problema de salud (35).

Los resultados obtenidos con los autores en mención son concordantes a nuestros resultados. Por lo que se concluye que el registro de este formato al parecer no recibe la debida relevancia, como sabemos a través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia (8). Entonces podríamos afirmar que este es un factor que no permite reconocer el grado de desnutrición que tienen nuestros niños(as) en nuestra ciudad.

Referente a la calidad del registro del formato de evaluación del desarrollo de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se observa que, el 97.9% registraron de forma deficiente, asimismo el 2.1% óptimo (Tabla 10).

Zimmer M y col, hallaron que el 35,4% de la gráfica de la evolución del desarrollo del niño realizado durante el período de estudio fue discontinua (28).

Además Valenzuela A. hace mención que el cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo del niño(a) en todos sus aspectos y sin lugar a dudas, una importancia extraordinaria. Pues representa el futuro de nuestra sociedad (36).

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica (8).

Los resultados mostrados son concordantes a nuestros resultados mencionados en los párrafos anteriores, entonces vemos la gran importancia de este formato ya que permite identificar la alteración o trastorno que el niño puede tener y así tomar medidas y/o decisiones para poder prevenirlas.

En la **Tabla 11**, la calidad del registro del formato de tamizaje- violencia familiar y maltrato infantil de las historias clínicas del niño(a) sano menor de 3 años, se desprende que, el 87.9% registraron de forma deficiente, el 7.1% regular y el 5.0% óptimo.

Valenzuela A. hace referencia que no se conoce con toda certeza cuál es la frecuencia real de maltrato en el país, así como las características del mismo en las diferentes zonas, el maltrato debe ser reconocido como una patología y no como algo inherente a nuestra cultura. Este formato nos permitirá diagnosticar o sospechar maltrato en todo paciente en el que se detecte alguno de los factores de riesgo, acompañado de signos físicos o psicológicos de maltrato evidentes. La identificación de los factores de riesgo más frecuentes para la presencia del síndrome del niño maltratado permitirá plantear estrategias de prevención y control del padecimiento, en un intento por detener este fenómeno social multicausal (36).

Se concluye que deberíamos de tomar en cuenta este formato ya que permite identificar el tipo de maltrato que recibe el niño(a), lo cual influirían en el desarrollo emocional del niño(a) y en la toma de decisiones tanto en la vida personal como en lo emocional, lo cual no permitiría que el niño(a) tenga confianza y en una adolescencia próxima podría manifestar problemas de baja autoestima, lo que conllevaría a otros problemas sociales.

CONCLUSIONES

- El personal de salud que labora en el área de control de crecimiento y desarrollo de los diferentes establecimientos de salud CLAS: San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén, en su gran mayoría son enfermeras generales(88%), de sexo femenino(88%), practican el idioma castellano-quechua(70%), condición laboral contratados(52%) y laboran más de 5 años(52%). Pudiendo decir que estas características conlleva a un deficiente registro de historias clínicas de niño(a).
- En cuanto al registro de los formatos: Plan de atención integral (97.9%), Antecedentes (96.43%), y Alimentación (92.86%) registran de manera deficiente, lo que podría conllevar a un mal control de crecimiento y desarrollo del niño(a), olvidándose registrar el número de; inmunizaciones, ingesta de micronutrientes, tamizajes, problemas y necesidades, antecedentes personales y familiares. Esto no permite tomar las decisiones correctas para un buen control de crecimiento y desarrollo.
- En cuanto a los Factores de riesgo (70.71%) registra de manera óptimo, haciendo referencia que le dan mayor importancia a este formato ya que muestra de manera significativa la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo del niño(a).
- En el formato de consulta se encontraron (99.3%) deficiencias en cuanto al llenado y manejo de la normatividad para la calidad de registro, lo que se traduce en una deficiente visión y análisis integral del niño(a) lo que no permite identificar las necesidades que presenta su salud y plantear soluciones oportunas que conduzcan a la satisfacción del niño(a) y su entorno.
- En la evaluación de la calidad de registros de los formatos se encontraron registros deficientes respecto a: Curvas de crecimiento (86.4%) y Evaluación del desarrollo (97.9%), esto implica que al no tener un diagnóstico oportuno, no permite identificar la condición de crecimiento, estado nutricional y el diagnóstico del desarrollo psicomotor del niño(a).
- En el registro de calidad del formato de tamizaje-violencia familiar y maltrato infantil se registraron de forma deficiente (87.9%), lo que se podría decir que lleva a la disminución de las capacidades, competencias y emociones que va adquiriendo el niño durante su desarrollo

normal. Prediciendo tal vez en un futuro provocar problemas sociales (pandillaje juvenil, embarazos no deseados, drogadicción, etc.).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a todos los establecimientos de salud, San Juan Bautista, Santa Elena, Carmen Alto y Belén, fortalecer la capacidad en el llenado y manejo de las historias clínicas de niño sano < de 3 años.
- Se recomienda a DIRESA, RED Huamanga a fortalecer los recursos humanos, en control de crecimiento y desarrollo, con cursos de actualización permanente, para el cumplimiento estricto en cuanto a estructura, normatividad, coherencia y pertinencia de la historia clínica del niño(a).
- Además se recomienda al gobierno regional y gobiernos locales enfatizar los problemas y las necesidades de todos los niños(a) menores de tres años.
- Se recomienda a la universidad realizar proyectos de investigación, referente a la calidad de registro de las historias clínicas en la atención del niño(a) sano menor de tres años, en el consultorio de niño(a) en Ayacucho.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Dulanto E. Departamento de pediatría del hospital nacional Cayetano Heredia. Mejorando la calidad de los registros asistenciales de la historia clínica [Tesis].Lima; 2013.
2. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoria medica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev. Medica Hered. Octubre de 2006.
3. Ayala S, Pérez A, y col. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el servicio de urgencias de la clínica regional del oriente de la policía nacional [Tesis].Bucaramanga – Santander Colombia; 2007.
4. Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de emergencia de un hospital general [Tesis]. Hospital Loayza Lima- Perú; 2008.
5. Zafra-Tanaka, Veramendi, Espinoza y col. Calidad de registro en historias clínicas en el centro de salud del Callao [Tesis]. Lima-Perú; 2013.
6. Bocanegra S, Bocanegra G, Alvarado V. Nivel del registro de las historias clínicas de pacientes apendicectomizados en el hospital Belén de Trujillo de enero a junio de 2007. Rev Med Vallejana.2008.
7. Maniobo, D. calidad de hoja de registro de enfermería en el servicio de internación del Instituto Nacional de oftalmología. Bolivia – 2009. p11
8. MINSA: Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA, dirección general de salud de las personas, ministerio de salud Lima-Perú 2011.
9. Dirección general de salud de las personas N.T. N° 022-MINSA/DGSP- V.02 Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. Disponible en <http://www.minsa.go.pe>. Lima-Perú, 2005.
10. Gómez L, Domínguez D, Ramos D. Proyecto de auditoría a los registros de historias clínicas en el servicio de hospitalización del hospital local del municipio Lebrija, departamento de Santander [Tesis].Bucaramanga: Universidad ciencias de la salud CES; Colombia 2014.
11. Lilian M. Análisis de registros, calidad de los datos y propuesta de mejoramiento de la historia clínica perinatal en la maternidad del Hospital Ramón Carrillo Santiago del Estero Año 2005 [Tesis]. Argentina- Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; 2007.
12. Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno JJ, Fuentes L, León K. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería [Tesis]. Colombia: Universidad de Santander, 2015.
13. Matzumura J, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica centenario peruano japonesa [Tesis]. Lima-Perú; 2011.
14. Niquén E. Nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del hospital regional docente de Trujillo 2012 [Tesis]. Universidad nacional de Trujillo. Facultad de medicina; Trujillo-Perú, 2013.
15. Fernández A. Manual y procedimientos de un sistema de calidad. 5ª ed. España: Instituto de Fomento Regional Editores; 2002.
16. MINSA [internet, acceso ap.2011] Disponibilidad en: www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGeftiondelaCalidad.pdf
17. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006.
18. Universidad México [homepage en internet].Hernández O. Métodos ágiles de

- programación ¿Qué es la calidad?" Disponible en: <http://ohernandezs.blogspot.pe/2015/04/que-es-la-calidad.html>.
19. Jiménez J. Metodología y Tecnología de la Programación I tema 8. Registros. Definición de tipos de datos. España; 2008-2009.
 20. Carballo Y. "Programación Orientada A Objetos" Universidad de Venezuela; 2008.
 21. Potter A, Griffi A, Perry. fundamentos de enfermería, 5ª ed. Harcourt brace editores; 2002
 22. Brito N. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. 1ª ed Venezuela; 2014.
 23. Organización Panamericana de la Salud: La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2) Washington-EE.UU; 2008.
 24. Gaviria S. Diálogos de planeación para la construcción regional de un nuevo país. Departamento Nacional de Planeación (DNP), Colombia; 2014-2018.
 25. Organización mundial de la salud (OMS): "temas de salud", vía web en: [http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas de salud](http://www.who.int/topics/primary.health.care/es/OMS-temas%20de%20salud).
 26. Organización mundial de la salud La atención primaria de salud Más necesaria que nunca, Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra-Suiza; 2008.
 27. Cruz M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias Declaración de Alma Ata (Art. VI). Bogotá- Colombia; 2011.
 28. Zimmer M. y col. Evaluación de la calidad de la asistencia prestada a niños menores de 6 años en centros de salud en Salta [Tesis] Argentina; 2003
 29. López C. y Pérez Y. Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización en una clínica de tercer nivel de atención [Tesis] Cartagena; 2012
 30. MINSA. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Lima; 2008
 31. Gonzales C. Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería en el hospital general [Artículo]. Villa-México; 2009
 32. Gómez R y Gonzales M. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA COOMEVA-Cabecera [Tesis]. Bucaramanga - Colombia; 2008.
 33. Manrique J y Col. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente [Tesis]. Lima; 2014.
 34. MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Chile; 2008.
 35. Ramón J. Carnet de atención e integral de salud del niño y la niña [Artículo]. Lima; 2013.
 36. Valenzuela A. Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención [Artículo]. México; 2015.