

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



TESIS:

**Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas
de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del
Hospital Regional de Ayacucho, 2024**

Para optar el grado académico de:
MAESTRA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:
Bach. Aymín Rosita QUESADA MARTINEZ

ASESOR:
Dr. Víctor Alexander PALOMINO VARGAS

AYACUCHO - PERÚ

2026

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todos los profesionales de la salud que día a día entregan lo mejor de sí en favor del bienestar de la sociedad. Este esfuerzo académico representa un pequeño aporte para la mejora en la gestión de los servicios de salud, con el firme propósito de contribuir a una atención más humana, eficiente y de calidad.

A su vez, dedico este trabajo a quienes creen que la educación y la gestión responsable en salud son caminos para transformar la sociedad. A mi familia, por ser la base y el motor de mis logros, y a mis maestros, por transmitirme conocimientos y valores que hoy aplico en mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

INSTITUCIÓN

A mis docentes y compañeros de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, quienes con sus enseñanzas, aportes y experiencias enriquecieron mis conocimientos y fortalecieron mi compromiso con la mejora continua en los servicios de salud.

A mi asesor, por la orientación académica, las recomendaciones oportunas y el acompañamiento brindado durante el desarrollo de esta investigación.

A mi madre, Rosa Luz Martínez Ore, por ser mi guía, mi mayor ejemplo de esfuerzo y perseverancia, y por brindarme siempre su amor incondicional, apoyo y motivación en los momentos más difíciles. Este logro es también suyo.

A mi familia, por su comprensión y respaldo constante durante este proceso de formación profesional.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra forma hicieron posible la culminación de este trabajo, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	i
HOJA DE RESPETO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
I. Planteamiento del problema	13
II. Marco Teórico	19
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.1.1 Antecedentes internacionales	19
2.1.2 Antecedentes nacionales	24
2.2. Base teórico	28
2.2.1 La historia clínica	28
2.2.2 Componentes esenciales	28
2.2.3 Calidad de los registros de la historia clínica	30
2.2.4. Concepto de calidad en salud	30
2.2.5. Dimensiones de la calidad del registro de la historia clínica	30
2.2.6 Importancia de la calidad del registro de la historia clínica	40
2.2.7 El servicio de emergencia y sus particularidades	41
2.2.8 Desafíos en el registro de historias clínicas en el servicio de emergencia	41
2.2.9 Marco normativo	42
2.3. Marco Conceptual	45
2.4. Hipótesis	47
2.4.1 Hipótesis General	47
2.5. Variables	47
2.6. Operacionalización de las variables	48
III. Metodología	51
3.1. Enfoque de investigación	51
3.2. Tipo de investigación	51
3.3. Nivel de investigación	51
3.4. Diseño de investigación	51

3.5. Área de investigación	51
3.6. Población	51
3.7. Muestra	53
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.9. Recolección de datos	54
3.10. Procesamiento y análisis de datos	54
3.11. Consideraciones éticas	56
IV. Resultados	58
V. Discusión	72
VI. Conclusión	80
Recomendaciones	82
Referencias bibliográficas	83
Anexos	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	57
Figura 2.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	59
Figura 3.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	61
Figura 4.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Medicina) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	63
Figura 5.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	65
Figura 6.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	67
Figura 7.	Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (Otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	69

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Matriz de consistencia	77
Anexo 2.	Instrumentos de medición	78
Anexo 3.	Autorización del estudio	83
Anexo 4.	Acervo fotográfico	84
Anexo 5.	Constancia de similitud	85

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2024. Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal; en una muestra de 117 historias clínicas seleccionadas de manera probabilística distribuyéndose de forma proporcional al peso de cada tópico dentro de la población: 15 historias clínicas del tópico de Pediatría, 21 del tópico de Ginecología, 30 del tópico de Medicina, 15 del tópico de Cirugía, 21 del tópico de Traumatología y 15 correspondientes a otros tópicos. La técnica fue la revisión documentada y el instrumento, la ficha de observación contemplada en la norma técnica (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02). El porcentaje del cumplimiento de registro de las historias clínicas alcanzó los siguientes porcentajes: los datos de filiación 60,1%, la anamnesis 63,0%, el examen clínico 67,3%, el diagnóstico 80,4%, el plan de trabajo 76,1%, las especificaciones de alta 53,9%, el tratamiento 70,3%, las notas de evolución 59,5%, el registro de obstetricia/enfermería 75,6% y los atributos de la historia clínica 50,9%. Conclusión: Al integrar los puntajes de todos los componentes, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 65,7%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE.

Palabras Clave: Calidad, historias clínicas, servicio de emergencia.

ABSTRACT

This study aimed to determine the quality of clinical record documentation for patients treated in the emergency department of Hospital Regional de Ayacucho during 2024. It followed a quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional design. The sample consisted of 117 clinical records, selected through probability sampling and distributed proportionally according to each topic's weight within the population: 15 records from Pediatrics, 21 from Gynecology, 30 from Medicine, 15 from Surgery, 21 from Trauma, and 15 from other areas. Data were collected through documentary review, using the observation form established in the technical standard (NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02). Compliance rates for clinical record documentation were as follows: patient identification data, 60.1%; medical history, 63.0%; physical examination, 67.3%; diagnosis, 80.4%; treatment plan, 76.1%; discharge instructions, 53.9%; treatment, 70.3%; progress notes, 59.5%; obstetric/nursing records, 75.6%; and clinical record attributes, 50.9%. When all component scores were integrated, the overall average quality of clinical record documentation in the emergency department of Hospital Regional de Ayacucho during October 2024 reached 65.7%, indicating a POOR compliance level.

Keywords: Quality, medical records, emergency service

INTRODUCCIÓN

La gestión de la información clínica constituye la piedra angular de los sistemas de salud modernos, siendo la historia clínica el documento médico-legal por excelencia que garantiza la continuidad, seguridad y calidad de la atención al paciente. En el entorno crítico de los servicios de emergencia, la precisión y completitud de estos registros no solo representan un deber administrativo, sino que son determinantes para la toma de decisiones clínicas inmediatas y la mitigación de errores médicos que, a nivel global, impactan significativamente en la seguridad del paciente.

A nivel internacional, la literatura científica reporta una variabilidad crítica en la calidad de la documentación en emergencias, atribuida frecuentemente a la alta presión asistencial y la carga laboral. En el contexto peruano, el Ministerio de Salud ha establecido un marco normativo riguroso, destacando la Norma Técnica de Salud N.º 139-MINSA/2018/DGAIN y la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, las cuales estandarizan los criterios de integridad, veracidad y disponibilidad de los registros. No obstante, auditorías en hospitales nacionales de referencia han evidenciado que la brecha entre la norma y la práctica asistencial persiste, con niveles de cumplimiento que fluctúan entre regular y deficiente.

En la región Ayacucho, el Hospital Regional, como establecimiento de mayor complejidad, enfrenta desafíos similares en la estandarización de sus procesos documentales. La presente investigación surge de la necesidad de diagnosticar objetivamente la calidad de los registros en los diversos tópicos de su servicio de emergencia Pediatría, Ginecología, Medicina, Cirugía y Traumatología durante el año 2024. Evaluar estas dimensiones es fundamental para la Gerencia en Servicios de Salud, ya que permite identificar nudos críticos y proponer estrategias de mejora basadas en evidencia que fortalezcan la gestión institucional.

El estudio se estructuró bajo un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño transversal. El informe final se organiza en cinco capítulos: el primero detalla la aproximación al problema y los objetivos; el segundo sistematiza el marco teórico y la base normativa vigente; el tercero describe la ruta metodológica empleada; el cuarto presenta el análisis de los resultados y su

discusión frente a la literatura previa; y, finalmente, se exponen las conclusiones y recomendaciones orientadas a la optimización de los registros clínicos en nuestra región.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de los registros en las historias clínicas es fundamental para garantizar una atención médica segura, eficiente y basada en evidencia. Sin embargo, diversos estudios a nivel mundial han evidenciado deficiencias significativas en la calidad de estos registros, especialmente en los servicios de emergencia, donde la dinámica y la presión asistencial pueden afectar la documentación adecuada.

En un estudio realizado en servicios de emergencia de Irán, se encontró que la completitud de los datos en los formularios de triaje, atención prehospitalaria y registros médicos fue de 52,3%, 70% y 57,3%, respectivamente, indicando una calidad de datos insatisfactoria en estos entornos críticos¹.

Asimismo, en un hospital universitario de Egipto, se observó que la tasa de completitud de los registros médicos de pacientes con trauma fue de 61,9%, con deficiencias notables en campos administrativos y clínicos, lo que puede comprometer la continuidad y seguridad de la atención².

Por otro lado, un estudio en Irán evaluó la calidad de la información de pacientes en el servicio de emergencia y encontró que la completitud de los datos fue del 86.8%, mientras que la accesibilidad a la información fue del 62.1%, lo que sugiere que, aunque los datos pueden estar registrados, no siempre están fácilmente disponibles para su uso clínico³.

Estas deficiencias en la documentación pueden tener consecuencias graves. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los errores de medicación, muchos de los cuales están relacionados con una documentación inadecuada, causan al menos una muerte diaria y afectan a 1,3 millones de personas anualmente solo en los Estados Unidos⁴.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 42,8% de los países de la región aún se encuentran en etapas iniciales de adopción de sistemas de información en salud, lo que limita la calidad y disponibilidad de datos clínicos⁵.

La historia clínica es un documento esencial que respalda la atención médica, facilita la continuidad del cuidado y sirve como evidencia legal y administrativa. Su calidad es un indicador clave de la eficiencia y seguridad en los servicios de salud, especialmente en áreas críticas como los servicios de emergencia. Sin embargo, diversos estudios realizados en Perú han identificado deficiencias significativas en la calidad de los registros de las historias clínicas en estos servicios. Por ejemplo, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, una auditoría reveló que el 100% de las historias clínicas de pacientes fallecidos en el servicio de emergencia presentaban datos de filiación incompletos y registros inadecuados de la enfermedad actual, con una calificación general considerada como regular⁶. En el Hospital Regional Docente Las Mercedes, el 45,9% de los registros de enfermería en el servicio de emergencia fueron calificados como de mala calidad, destacando la omisión de datos esenciales como el nombre del paciente y la hora de ingreso⁷. Asimismo, en el Centro Médico Naval, el 73,8% de las historias clínicas del servicio de emergencias quirúrgicas fueron consideradas como "por mejorar", con puntuaciones bajas en notas de enfermería y estudios clínicos⁸.

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, el 62,42% de las historias clínicas evaluadas en el servicio de emergencia fueron clasificadas como deficientes, con omisiones en datos de filiación y diagnósticos⁹. Además, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se identificó que el 100% presentó mala

calidad respecto al criterio de legalidad en las anotaciones; solo el 19,6% tiene buena calidad¹⁰.

Estudios adicionales en el Hospital II de Abancay encontraron que tanto las historias clínicas manuales como las electrónicas presentaban una calidad de registro regular, con omisiones en anamnesis y exámenes auxiliares¹¹.

En el contexto regional, y específicamente en el Hospital Regional de Ayacucho, no se dispone de estudios recientes que evalúen la calidad de los registros de las historias clínicas en el servicio de emergencia. Esta falta de información impide identificar áreas críticas de mejora y desarrollar estrategias para optimizar la documentación clínica, lo cual es esencial para garantizar una atención médica segura y de calidad. Esta situación motivó a proponer la interrogante investigativa: ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?

Planteándose los siguientes problemas específicos:

- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Medicina) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?

- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?
- ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?

Se propuso el siguiente objetivo general: determinar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

Formulándose los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.
- Describir la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.
- Evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Medicina) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

- Conocer la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.
- Establecer la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.
- Conocer la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En función de los objetivos planteados, la metodología de estudio fue cuantitativa no experimental, transversal, descriptiva. De acuerdo a la investigación, la evaluación de las historias clínicas mostró diferencias en el nivel de cumplimiento entre las dimensiones analizadas. Los datos de filiación alcanzaron 60,1%, mientras que la anamnesis registró 63,0%. El examen clínico general y regional presentó un cumplimiento de 67,3%. En contraste, la dimensión de Diagnósticos obtuvo uno de los valores más altos, con 80,4%.

El Plan de trabajo alcanzó 76,1% de cumplimiento, mientras que las especificaciones médicas de egreso o alta presentaron una de las mayores limitaciones, con 53,9%. El registro del Tratamiento llegó a 70,3% y las notas de evolución temporal a 59,5%. Por su parte, los registros de obstetricia y/o enfermería alcanzaron 75,6%. El menor nivel correspondió a los atributos extrínsecos de la historia clínica, con 50,9%, principalmente en aspectos relacionados con legibilidad, firmas, sellos y autenticidad del registro.

El presente estudio realizado consta de la estructura siguiente: I. Introducción que incluye planteamiento del problema y objetivos. II. Marco teórico, que comprende antecedentes, bases teóricas, marco conceptual e hipótesis. III. Metodología IV. Resultados. V. Discusión. Conclusiones y recomendaciones Referencias bibliográficas y anexos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DEL ESTUDIO

2.1.1 Internacionales

Silva *et al.* desarrollaron una investigación orientada a valorar el nivel de completitud y la legibilidad de los registros consignados en historias clínicas en formato físico correspondientes a pacientes atendidos en un servicio de urgencias. Para ello implementaron un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, basado en la revisión retrospectiva de una muestra aleatoria de 450 historias clínicas. La evaluación se efectuó mediante una lista de verificación estandarizada compuesta por 20 ítems, adaptada según las guías nacionales de documentación clínica, considerando componentes esenciales como la identificación del paciente, motivo de consulta, antecedentes, hallazgos del examen físico, diagnóstico, tratamiento e indicaciones de alta. Asimismo, se valoró la claridad de la escritura. Los autores reportaron que el 70% de los registros presentaba una escritura legible. En cuanto a la completitud, encontraron variabilidad entre los ítems: el motivo de consulta se consignó en el 85% de los casos, mientras que los antecedentes clínicos relevantes aparecieron únicamente en el 55%. El tratamiento y el plan de alta estuvieron presentes en el 60% de las historias revisadas. Además, un 30% contenía abreviaturas no estandarizadas. El análisis mostró una asociación inversa significativa entre el número de pacientes atendidos por turno y la legibilidad de las anotaciones ($r = -0.32$; $p < 0.01$), lo que sugiere que una mayor carga asistencial podría afectar la claridad de los registros. No se observaron diferencias significativas en la

completitud entre los registros elaborados por médicos residentes y especialistas¹²

Johnson *et al.* en Londres, Reino Unido, realizaron una investigación orientada a examinar la calidad de la documentación registrada en las historias clínicas de pacientes pediátricos atendidos en los servicios de emergencia. El propósito central del estudio fue valorar el grado de exhaustividad y precisión de los registros clínicos en cinco hospitales pediátricos. Para ello aplicaron un diseño transversal y revisaron un total de 500 historias clínicas, evaluando específicamente la completitud de la anamnesis, los hallazgos del examen físico y el plan de manejo establecido. Los autores reportaron que, en promedio, los registros alcanzaron un 65% de completitud. Sin embargo, identificaron brechas importantes, particularmente en la documentación relacionada con las alergias y los antecedentes familiares, elementos que mostraron notorias deficiencias en su consignación¹³.

Papadopoulos *et al.* desarrollaron un estudio orientado a analizar el nivel de completitud de las notas de evolución médica registradas diariamente en las historias clínicas en papel de pacientes hospitalizados en un departamento de emergencia. Para ello implementaron un diseño observacional de carácter retrospectivo, revisando 200 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente, correspondientes a pacientes que permanecieron al menos 24 horas en dicho servicio. La evaluación se efectuó mediante una lista de verificación estructurada. Los hallazgos mostraron que el 70% de las notas incluía la fecha y la hora de registro, y el 80% contenía la firma del médico responsable. No obstante, solo la mitad de

las anotaciones cumplía con una estructura SOAP completa. Además, la documentación de la valoración clínica y del plan de manejo inmediato se observó en el 60% de los casos, mientras que las modificaciones terapéuticas fueron consignadas únicamente en el 45% de las notas revisadas¹⁴.

Al-Mansoori *et al.* realizaron un estudio centrado en evaluar la calidad de los registros de historias clínicas en un servicio de cirugía de un hospital de tercer nivel, con el propósito de determinar el grado de adherencia a los estándares establecidos para la documentación en casos quirúrgicos. Para ello revisaron 250 historias clínicas, analizando componentes fundamentales como la anamnesis, el examen físico, el plan de tratamiento quirúrgico y la evolución del paciente. Los autores reportaron que una proporción considerable de registros presentaba deficiencias, destacando que el 60% de los planes de tratamiento quirúrgico no incluía la documentación completa de los procedimientos programados o realizados¹⁵.

Wang *et al.* realizaron un estudio dirigido a valorar la completitud, legibilidad y coherencia de los registros consignados en las historias clínicas del servicio de ginecología. Para ello efectuaron una auditoría de 450 historias clínicas, centrada en la revisión de los principales atributos documentales exigidos para este tipo de registros. Los hallazgos evidenciaron que el 55% de las historias clínicas presentaba problemas de legibilidad, lo cual dificultaba la adecuada interpretación de los diagnósticos y de las intervenciones terapéuticas consignadas¹⁶.

Ahmed *et al.* desarrollaron una investigación en Egipto con el propósito de evaluar la calidad de la documentación clínica correspondiente a pacientes

pediátricos atendidos en el área de emergencia. Para ello aplicaron un diseño transversal en el que se analizaron 300 historias clínicas, revisando específicamente la completitud de la anamnesis, el examen físico y el plan de manejo establecido. Los resultados mostraron deficiencias importantes en la calidad de los registros. Entre los hallazgos más relevantes, se identificó que el 45% de las historias clínicas no consignaba un diagnóstico claro, lo que evidenciaba una limitación significativa en la precisión de la documentación clínica pediátrica en este entorno asistencial¹⁷.

Ramírez *et al.* realizaron un estudio con el propósito de evaluar la calidad de la documentación relacionada con las valoraciones e intervenciones de enfermería registradas en las historias clínicas físicas del servicio de emergencia. El trabajo correspondió a un diseño descriptivo y transversal, basado en la auditoría de 350 registros de enfermería de pacientes atendidos entre julio de 2021 y junio de 2022. Para la evaluación se empleó un instrumento compuesto por 20 ítems, orientado a valorar la completitud, precisión y oportunidad del registro de signos vitales, administración de medicamentos, valoración de enfermería, intervenciones efectuadas y actividades educativas brindadas al paciente. Los resultados mostraron que la consignación de signos vitales y la administración de medicamentos alcanzó un 92% de completitud. No obstante, únicamente el 70% de los registros describía las intervenciones de enfermería realizadas, y solo el 50% documentaba la respuesta del paciente frente a dichas intervenciones. Además, la información referente a la educación proporcionada al paciente previo al alta resultó insuficiente, registrándose solo en el 30% de las historias revisadas¹⁸.

Hernández *et al.* realizaron un estudio orientado a analizar la precisión y el nivel de completitud de los diagnósticos iniciales consignados en las historias clínicas en papel de pacientes pediátricos atendidos en un departamento de emergencia. El trabajo fue descriptivo y observacional, mediante la revisión de 280 historias clínicas. Como instrumento emplearon una lista de verificación que permitía comparar el diagnóstico inicial registrado con el diagnóstico final o de alta, además de evaluar si cada registro incluía una justificación diagnóstica sustentada en síntomas, signos clínicos y resultados de exámenes. Los autores encontraron que el 75% de los diagnósticos iniciales coincidía con el diagnóstico establecido al alta. Sin embargo, solo el 60% de las historias clínicas presentaba una justificación diagnóstica claramente documentada. Asimismo, la inclusión de diagnósticos diferenciales resultó limitada, registrándose únicamente en el 35% de los casos. El análisis ($p < 0.01$) reveló además que los médicos con más de cinco años de experiencia en pediatría tendían a formular diagnósticos iniciales más precisos y mejor sustentados¹⁹.

Singh *et al.* llevaron a cabo una investigación centrada en evaluar la calidad de la documentación en las historias clínicas del servicio de traumatología de un hospital de tercer nivel. El propósito del estudio fue determinar el grado de adherencia a los estándares establecidos para el registro clínico en casos de fracturas y politraumatismos. Para ello revisaron 400 historias clínicas, analizando aspectos esenciales como la anamnesis, el examen físico, los estudios de imagen y el plan de tratamiento quirúrgico. Los hallazgos evidenciaron deficiencias importantes, especialmente en la documentación del examen físico. La evaluación neurológica y vascular se

registró de manera incompleta en el 55% de los casos. Además, el plan de trabajo preoperatorio mostró limitaciones recurrentes, ya que con frecuencia carecía de los detalles necesarios para una adecuada planificación quirúrgica²⁰.

2.1.2 Nacionales

Flores *et al.* llevaron a cabo un estudio con la finalidad de analizar la calidad de la documentación registrada en las historias clínicas físicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia, específicamente en términos de completitud y legibilidad. El estudio adoptó un diseño observacional, descriptivo y transversal, sustentado en una auditoría retrospectiva de 380 historias clínicas físicas correspondientes a pacientes que acudieron al servicio de emergencia de un hospital de nivel III-1 en Lima, entre enero y diciembre de 2023. La selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple y la evaluación se efectuó utilizando una lista de verificación de 25 ítems, adaptada conforme a la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud. Dicho instrumento permitió examinar la presencia y calidad de información relativa a los datos de filiación, motivo de consulta, anamnesis, examen físico, diagnósticos, plan de trabajo, indicaciones de alta y legibilidad del registro. Los resultados indicaron que el 68% de las historias clínicas evaluadas presentaba una escritura legible. En cuanto a la completitud, se observó variabilidad entre los distintos componentes: el motivo de consulta se consignó en el 80% de los registros, mientras que la documentación de los antecedentes patológicos relevantes solo se encontró en el 58%. El plan terapéutico se registró de manera completa en el 65% de los casos y la firma del médico se halló en el 90% de

las historias clínicas. Asimismo, el 22% de los registros contenía abreviaturas no estandarizadas²¹.

Chávez *et al.* desarrollaron un estudio con el propósito de describir la percepción del personal médico y de enfermería respecto a la calidad del registro y la importancia de la historia clínica física en el servicio de emergencia. La investigación tuvo un enfoque descriptivo y empleó la aplicación de encuestas y grupos focales a 50 profesionales de la salud, 30 médicos y 20 enfermeros que laboraban en el servicio de emergencia de un hospital en Huánuco, durante el primer semestre de 2023. Para la recolección de información se utilizó un cuestionario estructurado con escalas tipo Likert que permitía evaluar la percepción sobre la completitud, legibilidad, relevancia de la información y el tiempo dedicado al registro. Los resultados mostraron que el 70% de los participantes consideraba que la calidad del registro en las historias clínicas era “regular” o “mala”. Asimismo, el 85% señaló que la falta de tiempo constituía un factor determinante que afectaba negativamente la calidad de la documentación, mientras que el 60% identificó la ilegibilidad como un problema frecuente. En los grupos focales, surgieron como principales barreras la ausencia de capacitaciones y la elevada demanda asistencial. En el análisis inferencial, se evidenció una asociación significativa entre la percepción de “tiempo insuficiente” y una menor autoevaluación de la calidad del registro ($p < 0.01$). No se hallaron diferencias significativas entre médicos y enfermeros, lo que sugiere una percepción compartida respecto a las limitaciones del proceso de registro clínico²².

Mamani *et al.* llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar el nivel de completitud de los datos registrados en las historias clínicas físicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia. El trabajo correspondió a un diseño descriptivo y transversal, basado en la auditoría de 320 historias clínicas de pacientes atendidos en un hospital de la Macro Región Sur (Arequipa) entre junio y diciembre de 2022. Para la recolección de información se empleó un formato estructurado que incluía los campos obligatorios establecidos por las normativas del Ministerio de Salud, evaluándose la presencia o ausencia de ítems como datos de filiación, anamnesis, examen físico, plan diagnóstico-terapéutico, evolución y epicrisis. Los autores reportaron que la completitud global promedio alcanzó el 62%. Algunos componentes mostraron porcentajes particularmente bajos, entre ellos el registro de alergias (45%), el detalle del plan de alta (50%) y la evolución diaria en estancias prolongadas (55%). En contraste, los datos de identificación del paciente y el motivo de consulta presentaron elevados niveles de completitud, alcanzando ambos el 95%²³.

Pérez *et al.* llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue identificar la frecuencia y los tipos de errores presentes en las prescripciones médicas registradas en las historias clínicas físicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia. Se trató de una investigación retrospectiva, descriptiva y analítica, basada en la revisión de 250 historias clínicas que contenían prescripciones médicas de pacientes atendidos en un hospital regional de Trujillo entre marzo y agosto de 2021. Para la auditoría se utilizó una lista de verificación que evaluaba aspectos como la dosis, vía de administración, frecuencia, duración, nombre del medicamento, firma del

prescriptor y legibilidad. Los resultados revelaron que el 35% de las prescripciones presentaba al menos un error. Entre los errores más frecuentes se encontraron la ilegibilidad de la escritura (20%), la consignación incompleta o incorrecta de la dosis (15%) y la ausencia de la firma del médico (10%). Asimismo, la omisión de la vía de administración se identificó en el 8% de los casos. El análisis inferencial ($p < 0,05$) mostró una asociación significativa entre la ilegibilidad de las prescripciones y la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la medicación²⁴.

Huamán *et al.* desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el grado de adherencia de los registros de historias clínicas físicas a la Norma Técnica de Salud N.º 139-MINSA/2018/DGIESP (o la versión vigente en 2022) para la gestión de la historia clínica. El estudio fue observacional, analítico y retrospectivo. Mediante la auditoría de 290 historias clínicas físicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia de un hospital de nivel II-E en Cusco, entre julio de 2021 y junio de 2022, se empleó una lista de verificación basada directamente en los criterios obligatorios establecidos por la Norma Técnica de Salud, evaluando la presencia, completitud y contenido de cada sección del registro clínico. Entre los resultados descriptivos hallaron que la adherencia global a la Norma Técnica fue del 55%. Los apartados con menor adherencia fueron el registro del consentimiento informado para procedimientos (30%), la identificación de riesgo al alta (40%) y la descripción de los planes de cuidados de enfermería (45%). En contraste, los elementos de identificación del establecimiento y del profesional responsable alcanzaron un 98% de cumplimiento. Asimismo, sus resultados inferenciales reportaron una asociación inversa significativa entre

el tiempo de servicio del personal de salud y la adherencia en el registro de nuevos procedimientos, encontrándose ($p=0,04$) que los profesionales con más de 10 años de experiencia presentaban menor cumplimiento normativo en esta sección²⁵.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. La historia clínica

La historia clínica es un documento fundamental en la práctica médica, cuya importancia trasciende lo puramente asistencial para adquirir dimensiones éticas, legales, científicas, administrativas, docentes e investigativas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la historia clínica es "el documento que contiene la información relevante sobre la salud del paciente, incluidos antecedentes médicos, hallazgos de exámenes físicos, resultados de pruebas diagnósticas, diagnósticos, planes de tratamiento y seguimiento"²⁶. En Perú, el Decreto Supremo N.º 016-2005-SA, Reglamento de la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, establece que la historia clínica es "el documento obligatorio y secreto, en el que se registra la información obtenida de la atención del paciente por el equipo de salud"²⁷. Esta definición resalta su naturaleza jurídica de documento médico-legal, propiedad del establecimiento de salud y, a la vez, con derecho del paciente a la información contenida en ella.

2.2.2. Componentes esenciales de la historia clínica en el servicio de emergencia

En el contexto de la emergencia, la historia clínica adquiere particularidades debido a la celeridad y criticidad de las atenciones. Aunque los componentes

generales son los mismos, la priorización y la síntesis son cruciales. Los elementos mínimos que debe contener una historia clínica, según la Resolución Ministerial N.º 139-2016/MINSA, "Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)", son:

- Identificación del paciente²⁸: Nombres y apellidos completos, fecha de nacimiento, sexo, número de documento de identidad, dirección, teléfono, persona de contacto y parentesco.
- Anamnesis o interrogatorio²⁸.:
 - Motivo de consulta o queja principal
 - Enfermedad actual: inicio, curso, síntomas asociados, factores que alivian o agravan
 - Antecedentes personales patológicos: enfermedades crónicas, cirugías previas, alergias, transfusiones, medicación habitual.
 - Antecedentes familiares de importancia
 - Antecedentes ginecoobstétricos (en mujeres)
- Examen físico²⁸:
 - Funciones vitales
 - Hallazgos relevantes por sistemas y aparatos
- Diagnósticos²⁸: Impresión diagnóstica y diagnósticos diferenciales
- Plan de trabajo²⁸:
 - Exámenes auxiliares solicitados
 - Tratamiento indicado (farmacológico y no farmacológico), dosis, vía, frecuencia
 - Procedimientos realizados
 - Interconsultas

- Evolución²⁸: Descripción de la respuesta al tratamiento, cambios en el estado del paciente, complicaciones²⁸.
- Epicrisis o informe de alta/referencia²⁸.: Resumen del caso, diagnósticos finales, tratamiento al alta, recomendaciones, plan de seguimiento²⁸.
- Identificación del profesional de salud²⁸: Nombre completo, firma, sello y número de colegiatura.

En el servicio de emergencia, la información debe ser concisa, clara y precisa, reflejando la toma de decisiones rápidas y el manejo inicial del paciente.

2.2.3. Calidad de los registros de la historia clínica

La calidad de los registros de la historia clínica es un pilar fundamental para garantizar la seguridad del paciente, la continuidad de la atención y la adecuada gestión de los servicios de salud.

2.2.4. Concepto de calidad en salud

La calidad en salud es un concepto multidimensional. Donabedian propuso un modelo clásico para evaluar la calidad de la atención médica a través de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado²⁹. En este marco, la calidad de los registros de la historia clínica se enmarcaría principalmente en la dimensión de proceso, al ser un componente inherente a la prestación del servicio.

La OMS define la calidad en salud como "el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual"³⁰. Aplicado a los registros, implica que la información contenida en la historia clínica debe ser veraz, completa y útil para lograr los mejores resultados para el paciente.

2.2.5. Dimensiones de la calidad de los registros de la historia clínica

La evaluación de la calidad de los registros de la historia clínica en el contexto de un servicio de emergencia se fundamenta en un concepto multidimensional. Este proceso se enmarca principalmente dentro de la dimensión de proceso del modelo clásico de Donabedian para la evaluación de la calidad en salud, al ser la documentación una actividad intrínseca a la prestación del servicio. La Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (NTS N.º 029), utilizada como marco metodológico y referencial para esta investigación, desglosa la variable en un conjunto estructurado de dimensiones e indicadores, a los cuales se les asigna un puntaje específico para determinar el nivel de cumplimiento.

- **Datos de filiación:** Se refieren a la información básica y de identificación del paciente. Según la norma, son los datos generales del paciente que permiten su identificación. Estos incluyen, pero no se limitan a, nombres y apellidos completos, fecha de nacimiento, sexo, número de documento de identidad (DNI u otro), dirección domiciliaria, número de teléfono, estado civil, grado de instrucción y ocupación. También suelen incluir datos de un contacto de emergencia y el parentesco. La exactitud de estos datos es fundamental para la correcta individualización del paciente y la gestión administrativa³¹. La dimensión de Datos de Filiación comprende el registro de la información básica y de identificación del paciente, elemento crucial para la individualización y la gestión administrativa correcta del caso. La normativa define estos datos como la información general del paciente que permite su identificación. Los indicadores que deben ser evaluados en el registro de emergencia incluyen, pero no se limitan a:

- ✓ Información de Identidad: Número de historia clínica (HC), nombres y apellidos del paciente, tipo y número de seguro, lugar y fecha de nacimiento, edad y sexo.
- ✓ Información Sociodemográfica y Contacto: Domicilio actual y de procedencia, documento de identificación, estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión.
- ✓ Información de Responsabilidad: Número de teléfono, acompañante y domicilio o teléfono de la persona responsable.

Cada uno de estos dieciséis (16) ítems tiene una ponderación de 0,5 puntos. La omisión o inexactitud en estos campos puede generar barreras significativas en la trazabilidad del paciente y en el manejo de información legal o administrativa.

- Anamnesis: Constituye la recopilación sistemática de la información proporcionada por el paciente o sus allegados sobre su salud. La norma la describe como "la información obtenida del paciente o de su representante legal que permite identificar los síntomas, antecedentes personales y familiares de importancia para el diagnóstico"³¹. Este componente es esencial para orientar el examen clínico y la formulación de hipótesis diagnósticas, abarcando el motivo de consulta, la enfermedad actual y los antecedentes patológicos y no patológicos relevantes. Errores o inexactitudes pueden llevar a decisiones médicas equivocadas.

La Anamnesis es el proceso sistemático de recolección de información clínica, obtenida directamente del paciente o de su representante legal, orientada a identificar los síntomas y antecedentes relevantes para el diagnóstico. La

exhaustividad y claridad en este registro son vitales para guiar el examen físico y formular hipótesis diagnósticas adecuadas.

Los indicadores que componen esta dimensión y sus respectivas ponderaciones son:

- ✓ Registro de Atención: Fecha y hora de la atención (2 puntos).
- ✓ Motivo de Consulta y Cronología: Tiempo de enfermedad (1 punto) y consignación de los signos y síntomas principales (2 puntos).
- ✓ Relato de la Enfermedad Actual: Desarrollo cronológico de la enfermedad (5 puntos), el cual debe ser claro, coherente y detallar la forma de presentación de los signos y síntomas.
- ✓ Antecedentes: Registro de antecedentes personales, fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes (3 puntos).

Un registro incompleto o incoherente en la anamnesis puede conducir a errores en las decisiones médicas, una problemática identificada frecuentemente en los servicios de emergencia.

- Examen Clínico: Hace referencia a la evaluación física sistemática del paciente realizado por el profesional de salud. La Norma Técnica lo define como la "exploración física que realiza el profesional de la salud con el fin de obtener signos clínicos que, junto con los síntomas, permiten establecer un diagnóstico"³¹. Incluye la inspección, palpación, percusión y auscultación, así como la medición de funciones vitales y la evaluación de

sistemas y aparatos, buscando identificar hallazgos objetivos relevantes para el estado de salud del paciente.

El Examen Clínico documenta la exploración física realizada por el profesional de salud con el objetivo de obtener signos clínicos objetivos que, junto con los síntomas, sustentan el diagnóstico. En la urgencia, este examen debe ser priorizado y dirigido, reflejando una evaluación rápida pero rigurosa del estado del paciente.

Los indicadores y sus puntajes asociados son:

- ✓ Funciones Vitales: Registro completo de Temperatura (T°), Frecuencia Respiratoria (FR), Frecuencia Cardíaca (FC), Presión Arterial (PA), y Saturación de Oxígeno (Sat O₂) si es pertinente (2 puntos).
- ✓ Evaluaciones de Gravedad: Puntaje de la Escala de Glasgow (1 punto) cuando el estado de conciencia lo requiera, y registro del peso (1 punto), aplicable en población pediátrica, salvo impedimento clínico.
- ✓ Evaluación General y Focalizada: Estado general (hidratación, nutrición, conciencia, piel y anexos) (2 puntos), y Examen clínico regional, donde se detallan los hallazgos positivos y negativos de los aparatos y sistemas pertinentes según la anamnesis (4 puntos).
- Diagnóstico: Es la identificación y denominación de la condición o enfermedad que afecta al paciente. La norma lo concibe como el "resultado de la interpretación de la anamnesis y el examen clínico, que permite la

identificación de la enfermedad o problema de salud"³¹. Puede expresarse como diagnóstico presuntivo, diferencial o definitivo, y debe ser el resultado de un razonamiento clínico basado en la información recopilada.

El Diagnóstico representa la culminación del razonamiento clínico, siendo el resultado de la interpretación de la anamnesis y el examen físico para identificar el problema de salud. Esta dimensión es la de mayor peso en la auditoría del registro.

Los indicadores se centran en la precisión y la estandarización:

- ✓ Diagnóstico Presuntivo: Registro coherente con la anamnesis y el examen clínico (8 puntos, si aplica).
- ✓ Diagnóstico Definitivo: Registro coherente con la anamnesis, el examen clínico y/o los resultados de los exámenes auxiliares (8 puntos, si aplica).
- ✓ Codificación: Uso correcto del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) en todos los diagnósticos consignados (4 puntos).

La alta puntuación asignada a esta dimensión subraya su papel fundamental en la toma de decisiones y en la coherencia de la atención.

- Plan de Trabajo: Se refiere a la estrategia de manejo del paciente, diseñada para confirmar diagnósticos, iniciar tratamientos o monitorear la evolución. La NTS lo describe como el "conjunto de actividades programadas para la atención del paciente, que incluyen exámenes auxiliares, interconsultas, procedimientos y medidas terapéuticas"³¹. Este

apartado detalla los pasos a seguir para abordar el problema de salud identificado, asegurando la continuidad y coherencia de la atención.

El Plan de Trabajo establece la estrategia programada para la atención subsiguiente del paciente, abarcando las pruebas diagnósticas, procedimientos y medidas terapéuticas necesarias. Su documentación completa asegura la continuidad y la lógica de la atención.

Los indicadores principales y sus puntajes son:

- ✓ Exámenes Auxiliares: Solicitud de exámenes de Patología Clínica (Laboratorio) pertinentes (4 puntos), y de Diagnóstico por Imágenes pertinentes (4 puntos).
- ✓ Consultas y Derivaciones: Solicitud de Interconsultas pertinentes (3 puntos) y Referencia oportuna (3 puntos).
- ✓ Procedimientos y Registros: Indicación de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes (3 puntos). Además, se audita la existencia de los informes correspondientes anexados a la HC, como los resultados de Laboratorio, Imágenes, respuestas de Interconsultas y registros de Procedimientos (0.5 puntos por cada uno, total 2 puntos).
- Tratamiento: Corresponde a las intervenciones terapéuticas específicas indicadas para el manejo de la condición del paciente. La norma lo define como las "medidas farmacológicas y no farmacológicas indicadas para la recuperación de la salud o alivio de los síntomas del paciente"³¹. Debe especificar el tipo de tratamiento (farmacológico, quirúrgico, rehabilitador,

etc.), dosis (si aplica), vía, frecuencia y duración, así como las indicaciones para su aplicación.

La dimensión Tratamiento evalúa el registro de las intervenciones terapéuticas específicas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, indicadas para el manejo del paciente. Un registro de tratamiento de calidad es esencial para la seguridad del paciente.

Los indicadores buscan la claridad y completitud de la prescripción:

- ✓ Medidas Generales: Inclusión de medidas generales, como régimen higiénico-dietético (2 puntos, si aplica).
- ✓ Detalles Farmacológicos: Documentación del nombre del medicamento bajo la Denominación Común Internacional (DCI) (2 puntos), consignación de la presentación (1 punto), la dosis (1 punto), la frecuencia (1 punto) y la vía de administración (1 punto).
- Especificaciones del Alta: Esta dimensión evalúa el registro del destino final del paciente y las indicaciones que garantizan la continuidad de su cuidado fuera del servicio de emergencia.

Los indicadores son (1 punto cada uno):

- ✓ Condición de Egreso: Registro del estado del paciente al egreso (alta, observación, hospitalización o referencia).
- ✓ Prescripción al Egreso: Medicamentos prescritos al momento del alta (si aplica).

- ✓ Instrucciones de Seguimiento: Cuidados generales e indicaciones para reevaluación posterior por consulta externa (si aplica).
- Notas de Evolución: Las Notas de Evolución recogen la respuesta del paciente a la terapia inicial y los cambios en su estado clínico, siendo fundamentales para la trazabilidad y la comunicación entre turnos.

Los indicadores se enfocan en la estructura y el contenido de la nota:

- ✓ Estructura Formal: Registro de fecha y hora de la evolución (1 punto).
- ✓ Contenido Clínico: Apreciación subjetiva (1 punto) y apreciación objetiva (1 punto).
- ✓ Manejo Activo: Verificación del tratamiento y dieta (1 punto, si aplica), interpretación de exámenes y comentario (2 puntos), y definición del plan de trabajo (2 puntos).
- ✓ Registro Físico: Consignación de funciones vitales (1 punto) y procedimientos realizados (1 punto, si aplica).
- Registro de Obstetricia y/o Enfermería Esta dimensión evalúa la calidad de la documentación especializada y de soporte clínico, esencial para el cuidado integral y la coordinación multidisciplinaria en un entorno de emergencia.

Los indicadores, valorados cada uno con 0.5 puntos, verifican la presencia y completitud de:

- ✓ Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería (si aplica).

- ✓ Notas de evolución de obstetricia y/o enfermería (si aplica).
- ✓ Hoja de funciones vitales (si aplica).
- ✓ Hoja de balance hídrico (si aplica).
- ✓ Kárdex (si aplica).
- ✓ Firma y sello del profesional (Enfermería y/u Obstetricia).

Es importante destacar que la NTS N° 029 establece que el registro de Enfermería y/u Obstetricia se considerará "Conforme" en el formato de emergencia solo si su calificación en una auditoría separada de los formatos anexos (Kárdex, balance hídrico, hoja gráfica de signos vitales) resulta ser "Por Mejorar" o "Satisfactorio".

- Atributos de la Historia Clínica: Son las características intrínsecas que determinan la calidad y utilidad de la historia clínica como documento y herramienta. La Norma Técnica de Auditoría de la Calidad, al referirse a la auditoría de registros, implícitamente subraya la importancia de estos atributos. Si bien la norma no los enlista explícitamente como "atributos de la historia clínica" en un apartado específico, a lo largo de su texto y en sus herramientas de auditoría se desprenden los siguientes criterios de calidad aplicables a los registros³¹:

Los Atributos de la Historia Clínica son aquellas características formales y extrínsecas que garantizan la utilidad, autenticidad y seguridad del documento clínico. Estos atributos se relacionan directamente con la claridad, la legalidad y el cumplimiento normativo.

Los indicadores verificados son (1 punto cada uno):

- ✓ Responsabilidad: Firma y sello del médico tratante.
- ✓ Priorización: Registro de la prioridad de atención (en el servicio de emergencia).
- ✓ Presentación: Pulcritud (limpieza, orden, ausencia de enmendaduras).
- ✓ Claridad: Legibilidad de la letra.
- ✓ Estandarización: No uso de abreviaturas no estandarizadas.

Estos criterios, aunque sumen un puntaje menor, son cruciales porque influyen directamente en la interpretación de la información y pueden ser causa de errores médicos si no se cumplen.

2.2.6. Importancia de la calidad del registro de la historia clínica

La calidad de los registros de la historia clínica tiene implicaciones profundas:

- Seguridad del Paciente³²: Registros incompletos, imprecisos o ilegibles son una causa significativa de eventos adversos y errores médicos. Un registro de calidad permite una identificación adecuada de riesgos y la continuidad de la atención.
- Continuidad Asistencial³³: Facilita la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud que atienden al paciente, asegurando que la información clave se transmita eficazmente en los cambios de turno, referencias o contrareferencias.
- Soporte Médico-Legal³⁴: Constituye la principal prueba documental en casos de responsabilidad profesional. Un registro de calidad protege tanto al paciente como al profesional de la salud.

- Planificación y Gestión de Servicios³⁵: La información agregada de las historias clínicas es esencial para la gestión de recursos, la planificación de servicios y la evaluación del desempeño de los establecimientos de salud.
- Docencia e Investigación³⁶: Las historias clínicas de calidad son una fuente invaluable para la formación de futuros profesionales y para la realización de investigaciones que mejoren la atención médica.

2.2.7. El servicio de emergencia y sus particularidades

El servicio de emergencia, en el contexto del sistema de salud peruano, se configura como una unidad asistencial clave y de alta complejidad, diseñada para la atención inmediata, oportuna y eficiente de pacientes que presentan una condición de salud que implica un riesgo inminente para su vida o que pueda generar un daño funcional grave si no es abordada de forma expedita.

- a) Volumen de Pacientes³⁷: Flujo constante y a menudo impredecible de pacientes, con diferentes niveles de complejidad y gravedad.
- b) Urgencia y Criticidad³⁸: La atención se centra en la resolución de problemas agudos y potencialmente mortales, lo que prioriza la intervención sobre el registro detallado inmediato en ciertas circunstancias.
- c) Multidisciplinariedad³⁹: Intervienen diversos profesionales (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) que deben coordinar su actuación y registrar sus intervenciones de forma integrada.
- d) Turnos Rotatorios⁴⁰: Implica múltiples cambios de turno y la necesidad de una comunicación efectiva para asegurar la continuidad del cuidado.

2.2.8. Desafíos en el registro de historias clínicas en emergencia

Estos factores intrínsecos al servicio de emergencia pueden generar desafíos en la calidad de los registros:

- Omisiones⁴¹: Debido a la urgencia, se pueden omitir datos que se consideran menos relevantes en el momento, pero que podrían ser cruciales posteriormente.
- Incompletitud⁴¹: Los registros pueden ser superficiales, careciendo de la profundidad necesaria para un análisis completo del caso.
- Ilegibilidad⁴¹: La prisa puede llevar a una caligrafía deficiente, dificultando la lectura de la información.
- Falta de Sincronización⁴¹: Los registros de diferentes profesionales pueden no estar bien coordinados o actualizados en tiempo real.
- Sobrecarga de Trabajo⁴¹: La alta demanda puede comprometer el tiempo disponible para un registro detallado y preciso.

2.2.9. Marco normativo vigente nacional

La calidad de los registros de historias clínicas está regulada por una serie de dispositivos legales y técnicos en el Perú.

Ley general de salud N° 26842

Esta ley establece los derechos y deberes de las personas en relación con su salud, incluyendo el derecho a la información sobre su estado de salud. En su Artículo 29°, consagra que "el paciente tiene derecho a que se le entregue copia de su historia clínica, sin costo alguno, si lo solicita, salvo en caso de contraindicación médica". Si bien no detalla los componentes, sienta las bases para la existencia y accesibilidad de la historia clínica⁴².

Decreto supremo N° 016-2005-SA - Reglamento de la Ley N° 26842, ley general de salud

Este reglamento desarrolla aspectos específicos de la Ley General de Salud. En su Artículo 22°, define la historia clínica y reitera su carácter de "documento obligatorio y secreto". Es crucial para establecer la validez legal y el manejo confidencial de la información²⁷.

Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

Esta ley refuerza el derecho del paciente a la información y a la historia clínica. En su Artículo 2°, inciso a), establece el derecho "a ser informado sobre su estado de salud, su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento". Implícitamente, esto requiere que la historia clínica contenga esta información de manera clara y comprensible⁴³.

Resolución Ministerial N° 139-2016/MINSA - Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)

Aunque el MAIS-BFC es un modelo de atención, en su anexo técnico se incluyen los "Criterios para la Organización de la Historia Clínica y su Contenido Mínimo Obligatorio"²⁸. Esta resolución es fundamental ya que detalla explícitamente los componentes que debe contener una historia clínica en cualquier nivel de atención en el Perú, y por ende, en el servicio de emergencia. Estos criterios sirven como una lista de verificación esencial para evaluar la completitud de los registros.

Resolución Ministerial N° 505-2019/MINSA - Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica

Esta norma técnica de salud es la más específica y relevante para el presente estudio. Establece los criterios y procedimientos para la gestión de la historia clínica en todos los establecimientos de salud del país⁴⁴. Aborda aspectos como:

- Definición de historia clínica: Reitera su carácter único por paciente y la obligación de su registro.
- Principios que rigen la historia clínica: como la unidad, integridad, autenticidad, confidencialidad, seguridad, disponibilidad y obligatoriedad.
- Contenido de la historia clínica: Detalla de manera más exhaustiva los componentes, incluyendo los específicos para servicios de emergencia.
- Responsabilidades: Define las responsabilidades de los profesionales de la salud y del establecimiento en la gestión y custodia de las historias clínicas.
- Manejo y conservación: Establece pautas para el archivo físico y electrónico.

Los principios de "integridad" (que la historia clínica contenga todos los datos necesarios para una adecuada atención), "autenticidad" (que garantice la veracidad de los registros y la identificación de quien los produce) y "disponibilidad" (que la información esté accesible cuando se requiera) son directamente aplicables a la evaluación de la calidad de los registros⁴⁴.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Calidad del registro de la historia clínica: Grado en que la información contenida en la historia clínica del paciente es completa, precisa, legible y oportuna, de acuerdo con los estándares y normativas vigentes en el Perú^{1,2}. Esta variable se evaluará mediante una lista de chequeo (check list) que incluye criterios relacionados con datos filiatorios, anamnesis, examen físico, plan de trabajo, evolución clínica y epicrisis. Se considerará una historia clínica como de calidad alta si cumple con más del 90% de los criterios, calidad media si cumple entre el 70% y el 89%, y calidad baja si cumple con menos del 70%.

- **Complejidad del registro:** Presencia de todos los apartados o campos obligatorios en el registro de la historia clínica, incluyendo datos del paciente, motivo de consulta, antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de tratamiento. La complejidad se valorará como completa si todos los campos requeridos están llenos y parcialmente completa si falta alguno³.
- **Precisión del registro:** Fidelidad de la información registrada en la historia clínica con respecto a los hallazgos clínicos del paciente. Se evaluará la concordancia entre los signos y síntomas reportados por el paciente, los hallazgos del examen físico y los diagnósticos y tratamientos consignados por el médico⁴. Se considerará precisa si la información es coherente y imprecisa si existen discrepancias significativas.
- **Legibilidad del registro:** Claridad y facilidad de lectura de la escritura manual en la historia clínica. Este término se refiere a la capacidad de un observador independiente para leer e interpretar la caligrafía del profesional de la salud. Se clasificará como legible o ilegible⁵.

- **Oportunidad del registro:** Consignación de la información de la historia clínica en el momento o dentro del plazo establecido por las normativas hospitalarias. La evaluación se centrará en si los registros de atención, evolución y notas de enfermería se realizaron de forma inmediata tras el acto médico⁶. Se valorará como oportuno o inoportuno.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis general

El presente estudio carece de hipótesis por ser de tipo observacional descriptivo⁴⁵.

2.5 VARIABLES

Variable 1. Calidad de los registros de la historia clínica

Dimensiones:

- Datos de filiación
- Anamnesis
- Examen clínico
- Diagnóstico
- Plan de trabajo
- Especificaciones del alta
- Tratamiento
- Notas de evolución
- Registro de obstetricia y/o enfermería
- Atributos de la historia clínica

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable identificada	Def. Conceptual	Def. Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de Medición y valor final
Calidad de los registros de las historias clínicas	Documento único, integrado, confidencial y legal, donde se registra toda la información relevante de la atención del paciente. En el Servicio de Emergencia, el cual debe ser Completos y detallados Legibles y comprensibles, Oportunos, confiable, Firmados y sellado (44).	La calidad del registro se medirá con el formato de evaluación de la calidad de registro en emergencia, contemplado en la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud (31).	Datos de filiación	• Número de historia clínica • Nombres y apellidos del paciente • Tipo y N° Seguro • Lugar y fecha de nacimiento • Edad • Sexo • Domicilio actual • Lugar de Procedencia • Documento de identificación • Estado Civil • Grado de instrucción • Ocupación • Religión • Teléfono • Acompañante • Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	Nominal – Satisfactorio (90-100% del puntaje máximo esperado) – Por mejorar 89-75% del puntaje máximo esperado – Deficiente <75% del puntaje máximo esperado
			Anamnesis	• Fecha y hora de atención • Tiempo de enfermedad • Signos y síntomas principales • Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato) • Antecedentes	
			Examen clínico	• Funciones vitales • Puntaje de Escala de Glasgow • Peso • Estado general • Examen clínico regional	

			Diagnostico	• Presuntivo coherente • Definitivo coherente • Uso del CIE 10	
			Plan de trabajo	• Exámenes de Patología Clínica pertinentes • Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes • Interconsultas pertinentes • Referencia oportuna • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes • Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica • Exámenes de Imágenes en Historia Clínica • Respuesta de interconsultas en Historia Clínica • Procedimientos en Historia Clínica	
			Especificaciones del alta	• Condición de egreso del paciente • Medicamentos prescritos • Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	
			Tratamiento	• Medidas Generales • Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI). • Consigna presentación • Dosis del medicamento • Frecuencia del medicamento • Vía de administración	

			Notas de evolución	• Fecha y hora de evolución • Nota de Ingreso • Apreciación subjetiva • Apreciación objetiva • Verificación del tratamiento y dieta • Interpretación de exámenes y comentario • Plan de trabajo • Consigna funciones vitales • Procedimientos realizados	
			Registros de obstetricia y/o enfermería	• Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería • Notas obstetricia y/o enfermería • Hoja de funciones vitales • Hoja de balance hídrico • Kardex • Firma y sello del Profesional	
			Atributos de la historia clínica	• Firma y sello del médico tratante • Prioridad de atención • Pulcritud • Legibilidad • No uso de abreviaturas	

III. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa, porque se recogen y analizan datos numéricos sobre el nivel de calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho^{45, 46}.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El aspecto retrospectivo permite recolectar datos en un punto específico del tiempo (octubre-2024), permitiendo así caracterizar el estado de la calidad de los registros de historias clínicas en dicho servicio^{47,48}.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Observacional-descriptivo puesto que el estudio permite la descripción de la información en los registros existentes en el servicio de emergencia^{47,48}.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, ya que el investigador no manipula las variables independientes ni controla directamente los factores del entorno^{47,48}.

3.5. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El área de estudio estuvo constituida por el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho. Esta institución de salud es de categoría II-2 y se ubica en el distrito Andrés Avelino Cáceres de la región Ayacucho.

3.6. POBLACIÓN

La población de estudio (N) se constituyó por la totalidad de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de octubre de 2024. Este universo fue identificado como finito y accesible, abarcando un total de 195 historias clínicas (N=195).

Justificación del Marco Muestral. Para optimizar la logística del estudio y asegurar la representatividad de las diversas condiciones de registro, se estableció un marco muestral específico basado en días y horarios clave. Este marco se restringió a las historias clínicas generadas durante los días martes y jueves en el turno vespertino (1:00 p.m. a 7:00 p.m.) de octubre de 2024.

Racionalidad Científica: Esta elección captura intencionalmente la variabilidad de la carga laboral y la transición de turnos, que son factores inherentes que influyen en la calidad del registro. Los días intermedios (martes y jueves) y el turno vespertino reflejan un patrón de demanda estable pero significativo, minimizando el sesgo asociado a picos extremos (ej. inicio de semana) o baja actividad.

3.6.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia correspondiente a los días martes y jueves en horario vespertino (1:00 pm – 7:00 pm) del mes de octubre del año 2024.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia y que se encuentre físicamente en los archivos de la institución

3.6.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas que se encontraron bajo resguardo legal
- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia correspondiente a otros días de la semana que no sean los días martes y jueves del mes de octubre del año 2024.

3.7. MUESTRA

El cálculo del tamaño muestral se efectuó utilizando la fórmula estadística para la proporción en poblaciones finitas, asegurando un alto nivel de fiabilidad para la extrapolación de los resultados.

Parámetro	Símbolo	Valor Asignado	Justificación
Tamaño de la Población	N	195	Total de historias clínicas en el periodo.
Nivel de Confianza	NC	95%	Estándar en investigación en salud.
Valor Z	Z	1.96	Correspondiente al 95% de nivel de confianza.
Proporción Esperada	p	0.748 (74.8%)	Basado en estudios previos de calidad de registro.
Proporción Complementaria	q	0.252 (25.2%)	Complemento de p (1-p).
Error Máximo Aceptable	e	0.05 (5%)	Margen de error estándar.

Aplicación de la Fórmula

La fórmula utilizada fue:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{195 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.748 \cdot 0.252}{(0.05)^2 \cdot (195 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.748 \cdot 0.252}$$
$$n \approx \frac{141.20}{1.2091}$$
$$n \approx 116.78$$

El cálculo arrojó un requerimiento de 116,78 unidades. Tras redondear al número entero inmediatamente superior, el tamaño de la muestra final quedó establecido en 117 historias clínicas (n=117). Este tamaño garantiza la validez interna del estudio con 95% de confianza y 5% de margen de error.

El tipo de muestreo: correspondió a un muestreo probabilístico estratificado, tomando como estrato el tópico de atención del servicio de emergencia (Pediatría, Ginecología, Medicina, Cirugía, Traumatología y otros tópicos), con

afijación proporcional al tamaño de cada estrato dentro de la población. 15 historias clínicas del tópico de Pediatría, 21 del tópico de Ginecología, 30 del tópico de Medicina, 15 del tópico de Cirugía, 21 del tópico de Traumatología y 15 correspondientes a otros tópicos.

3.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.8.1. TÉCNICA

La técnica empleada fue la revisión documentada para obtener información de la variable de interés.

3.8.2. INSTRUMENTOS

El instrumento aplicado fue la ficha de evaluación según lo estipulado en la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2)³¹, lo cual exime de la necesidad de validación y confiabilidad del instrumento.

3.9. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizaron los trámites administrativos conducentes a la autorización de la realización del estudio ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Ayacucho; posteriormente, se seleccionó la muestra mediante muestreo probabilístico estratificado por tópico de atención. Asimismo, se realizaron las coordinaciones administrativas respectivas para el recojo de la información; finalmente, se procedió a la codificación de los datos obtenidos.

3.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectada la información, se procedió a realizar la revisión de cada ficha de observación, para el filtro de las que pudieran estar incompletas o

inadecuadamente registradas. Posteriormente, se procedió a numerar las fichas válidas para su cuantificación. Finalmente, cada ítem se codificó según los criterios estipulados en la norma técnica para su almacenamiento en una hoja de cálculo Excel. Los resultados fueron procesados con estadística descriptiva y presentados en figuras porcentuales.

Para la evaluación de la calidad del registro en la historia clínica de emergencia se utilizó el procedimiento establecido en la Norma Técnica de Salud n.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Esta norma señala que la puntuación total de la auditoría parte de un valor máximo de 100 puntos. Sin embargo, cuando uno o más ítems del formato son considerados como “No aplica”, el puntaje máximo debe reajustarse. Para ello, se suman los puntajes máximos correspondientes a los ítems que no son aplicables y esta suma se resta del valor inicial de 100 puntos. Cabe resaltar que el puntaje máximo a obtener según cada dimensión también se encuentra contemplado en la norma técnica, quiere decir que la puntuación es:

- ❖ Filiación: 16 ítems
- ❖ Anamnesis: 5 ítems
- ❖ Examen clínico: 5 ítems
- ❖ Diagnósticos: 3 ítems
- ❖ Plan de trabajo: 9 ítems
- ❖ Especifica indicaciones de alta: 3 ítems
- ❖ Tratamiento: 6 ítems
- ❖ Notas de evolución: 9 ítems
- ❖ Registros de obstetricia y/o enfermería: 6 ítems
- ❖ Atributos de la historia clínica: 5 ítems

El resultado constituye el nuevo puntaje máximo esperado para ese registro. A partir de este puntaje reajustado, se calcula el porcentaje de cumplimiento obtenido por cada historia clínica, dividiendo el puntaje alcanzado entre el puntaje máximo esperado y multiplicándolo por 100. Este porcentaje permite clasificar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad definidos por la norma y comparar el desempeño entre los diversos componentes evaluados del registro clínico⁴⁹. (*Ver instructivo anexo 3*)

En consecuencia, el porcentaje de cumplimiento, o puntaje de calidad, se calculó mediante la siguiente relación, donde el puntaje total obtenido es la suma de los valores asignados a los ítems calificados como "Conforme":

$$\text{Puntaje de Calidad (\%)} = \left(\frac{\text{Puntaje Total Obtenido}}{\text{Puntaje Máximo Esperado (PME)}} \right) \times 100$$

La calificación final de la calidad de registro (Satisfactorio, Por Mejorar o Deficiente) para cada historia clínica, y para el promedio global, se estableció conforme a los umbrales definidos en el mismo formato de evaluación de la NTS.

Para obtener los promedios globales de cumplimiento por dimensión y el resultado consolidado del establecimiento, se utilizaron promedios simples de los valores correspondientes a los tópicos asistenciales evaluados. Esta decisión consideró a Medicina, Ginecología, Pediatría, Cirugía, Traumatología y otros tópicos como unidades operativas diferenciadas dentro del servicio de emergencia y con igual relevancia para el análisis.

El uso de un promedio simple permitió evitar que los tópicos con mayor número de historias clínicas, como Medicina, determinaran de manera predominante el resultado general y ocultaran las deficiencias presentes en

aquellos con menor representación muestral, como Pediatría o Cirugía. De esta manera, el análisis permitió comparar el cumplimiento documental entre los diferentes tópicos bajo un mismo criterio de evaluación.

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación en el ámbito de la salud exige una especial atención a la ética para proteger los derechos y los datos personales contemplados en las historias clínicas; en este sentido y para garantizar los aspectos éticos, en el presente estudio se consideraron los aspectos de confidencialidad y anonimato, no maleficencia, transparencia y honestidad.

IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

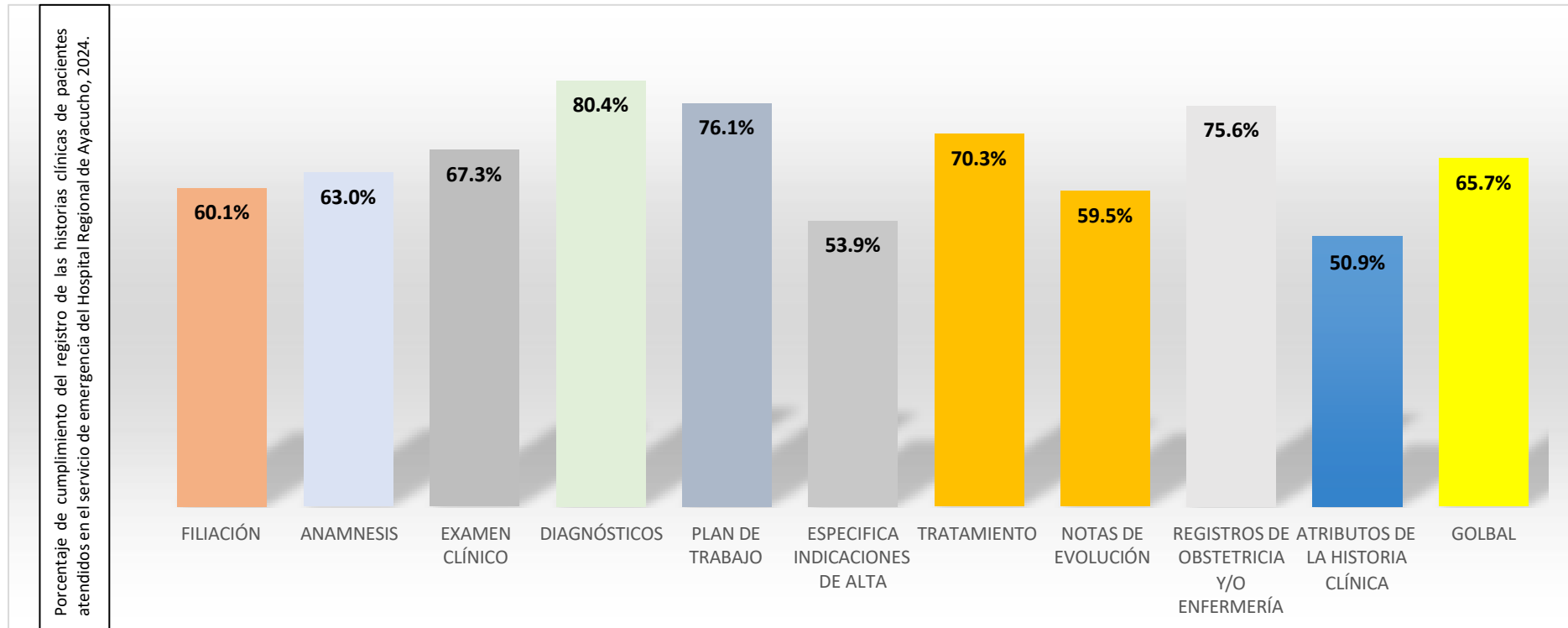


Figura 1. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

La figura 1, respecto al porcentaje de cumplimiento del registro de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024, evidencia que se revisaron 117 historias clínicas, lo que permitió obtener un panorama detallado del cumplimiento en cada dimensión. Los datos de filiación mostraron un cumplimiento del 60,1%, la anamnesis llegó al 63,0%, el examen clínico 67,3%, el diagnóstico 80,4%, el plan de trabajo alcanzo un 76,1%, mientras que las especificaciones de alta registraron un 53,9%, en tanto que el tratamiento alcanzó 70,3%, las notas de evolución un 59,5%, el registro de obstetricia / enfermería 75,6%, finalmente los atributos de la historia clínica 50,9%. Al integrar los puntajes de todos los componentes, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 65,7%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar, especialmente en atributos de la historia clínica, especificaciones del alta y notas de evolución.

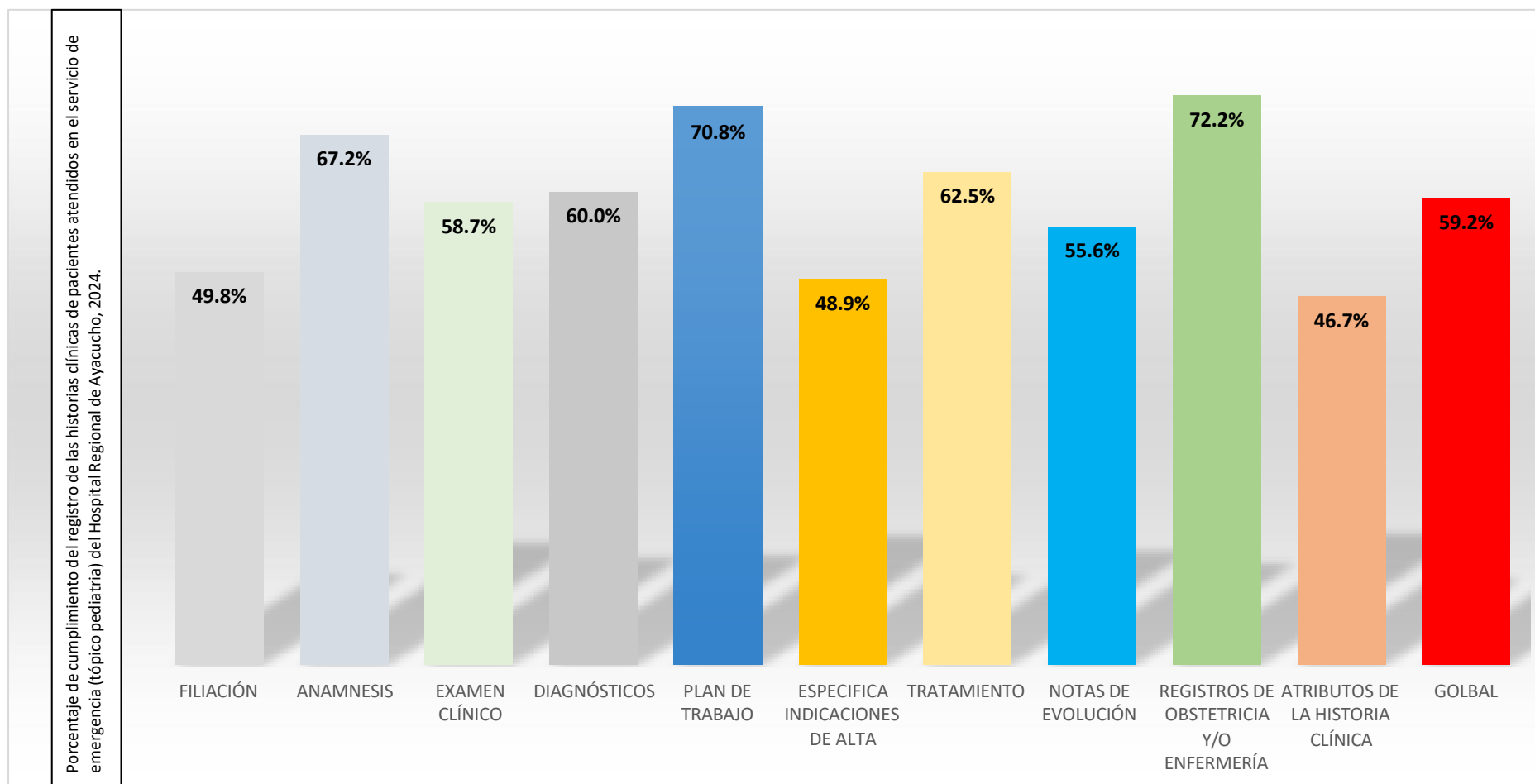


Figura 2. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En la figura 2, se aprecia que del 100,0% (15) de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Pediatría del servicio de emergencia, permitió obtener un panorama detallado del registro de dichas historias clínicas con sus respectivos porcentajes alcanzados en cada dimensión tales como: datos de filiación 49,8%, anamnesis 67,2%, examen clínico 58,7%, diagnóstico 60,0%, plan de trabajo 70,8%, especifica indicaciones de alta 48,9%, tratamiento 62,5%, notas de evolución 55,6%, registro de obstetricia y/o enfermería 72,2% y atributos de la HCL 46,7%. Al promediar los porcentajes de todas las dimensiones, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Pediatría del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 59,2%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar, especialmente en atributos de la historia clínica, especificaciones del alta y datos de filiación.

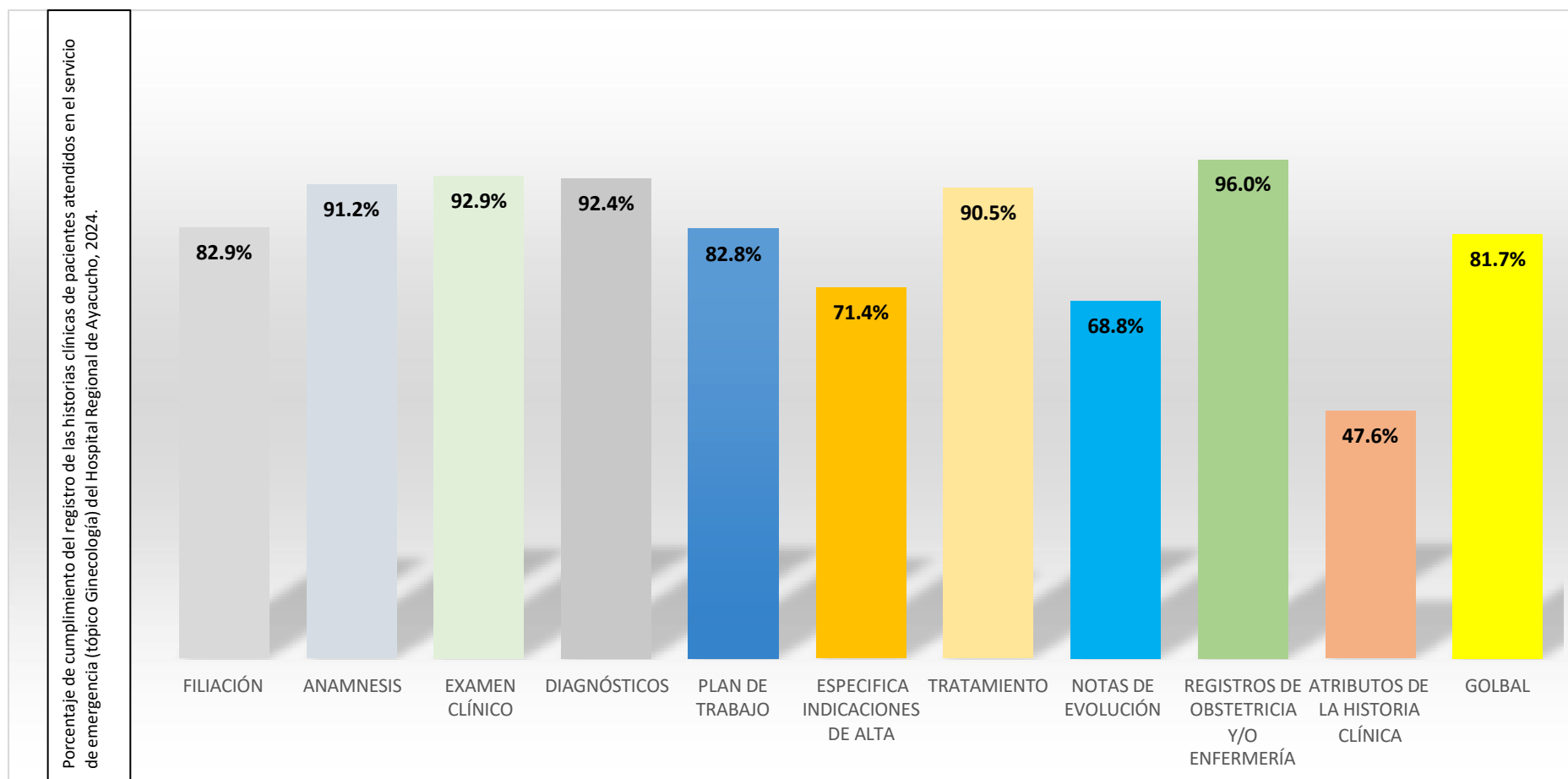


Figura 3. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En las 21 historias clínicas evaluadas en Ginecología, el cumplimiento global alcanzó 81,7%, correspondiente a la categoría “POR MEJORAR” y superior al promedio general del hospital. Por dimensiones, los mayores niveles de cumplimiento se encontraron en el examen clínico (92,9%) y los diagnósticos (92,4%). El registro de obstetricia y/o enfermería alcanzó 96,0%, seguido de la anamnesis (91,2%) y el tratamiento (90,5%).

Las principales limitaciones se observaron en el plan de trabajo, con 82,8% de cumplimiento, y en las especificaciones médicas de egreso o alta, que alcanzaron 71,4%. Las notas de evolución temporal presentaron 68,8% de cumplimiento. El menor resultado correspondió a los atributos extrínsecos y formales de la historia clínica, con 47,6%, debido principalmente a omisiones relacionadas con sellos, firmas y legibilidad del registro.

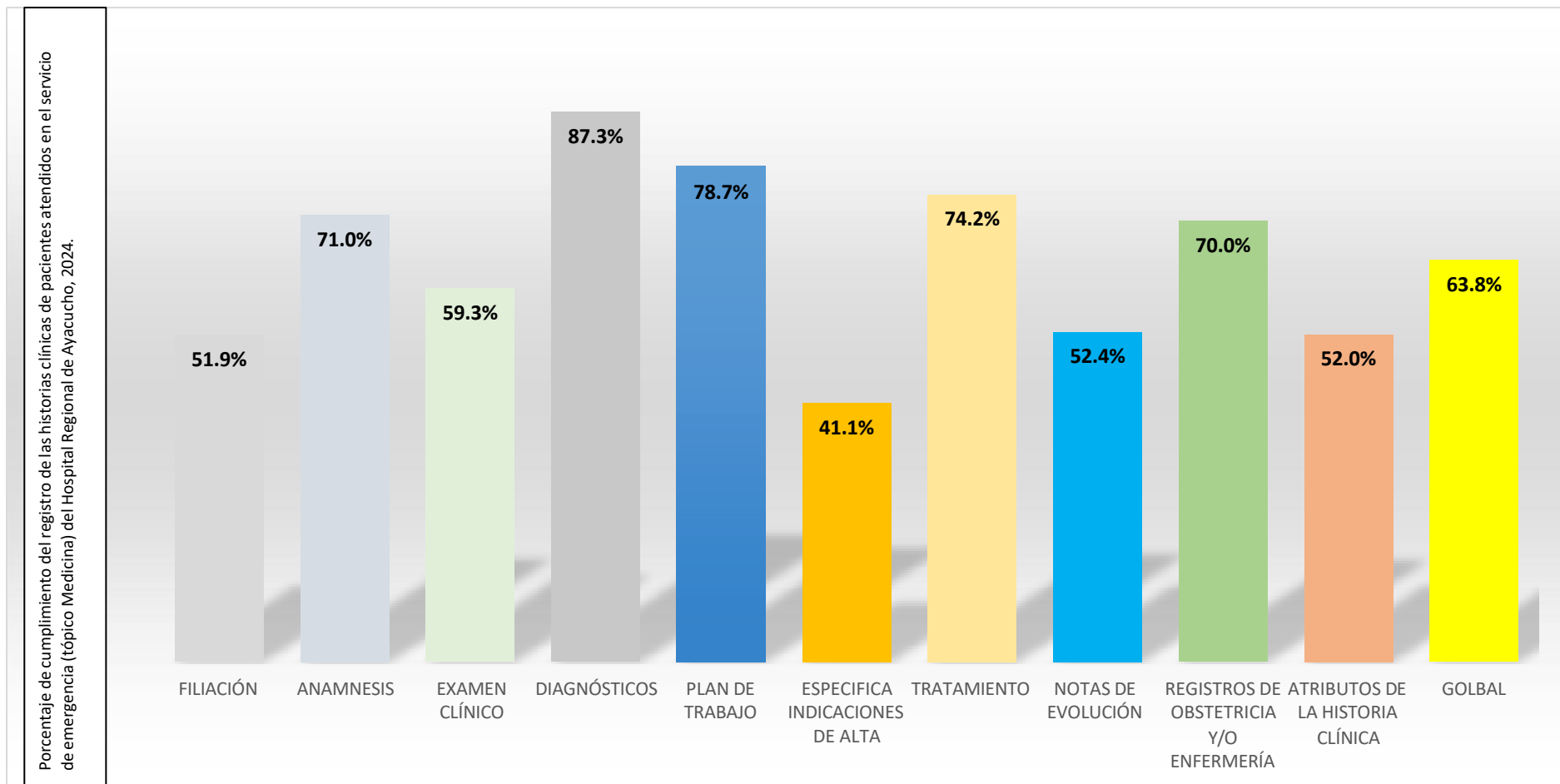


Figura 4. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Medicina) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En la figura 4, se aprecia que del 100,0% (30) de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Medicina del servicio de emergencia, permitió obtener un panorama detallado del registro de dichas historias clínicas con sus respectivos porcentajes alcanzados en cada dimensión tales como: datos de filiación 51,9 %, anamnesis 71,0%, examen clínico 59,3%, diagnóstico 87,3%, plan de trabajo 78,7%, especifica indicaciones de alta 41,1%, tratamiento 74,2%, notas de evolución 52,4%, registro de obstetricia y/o enfermería 70,0% y atributos de la HCL 52,0%. Al promediar los porcentajes de todas las dimensiones, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Medicina del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 63,8%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar especialmente en: especificaciones del alta, datos de filiación y atributos de la historia clínica.

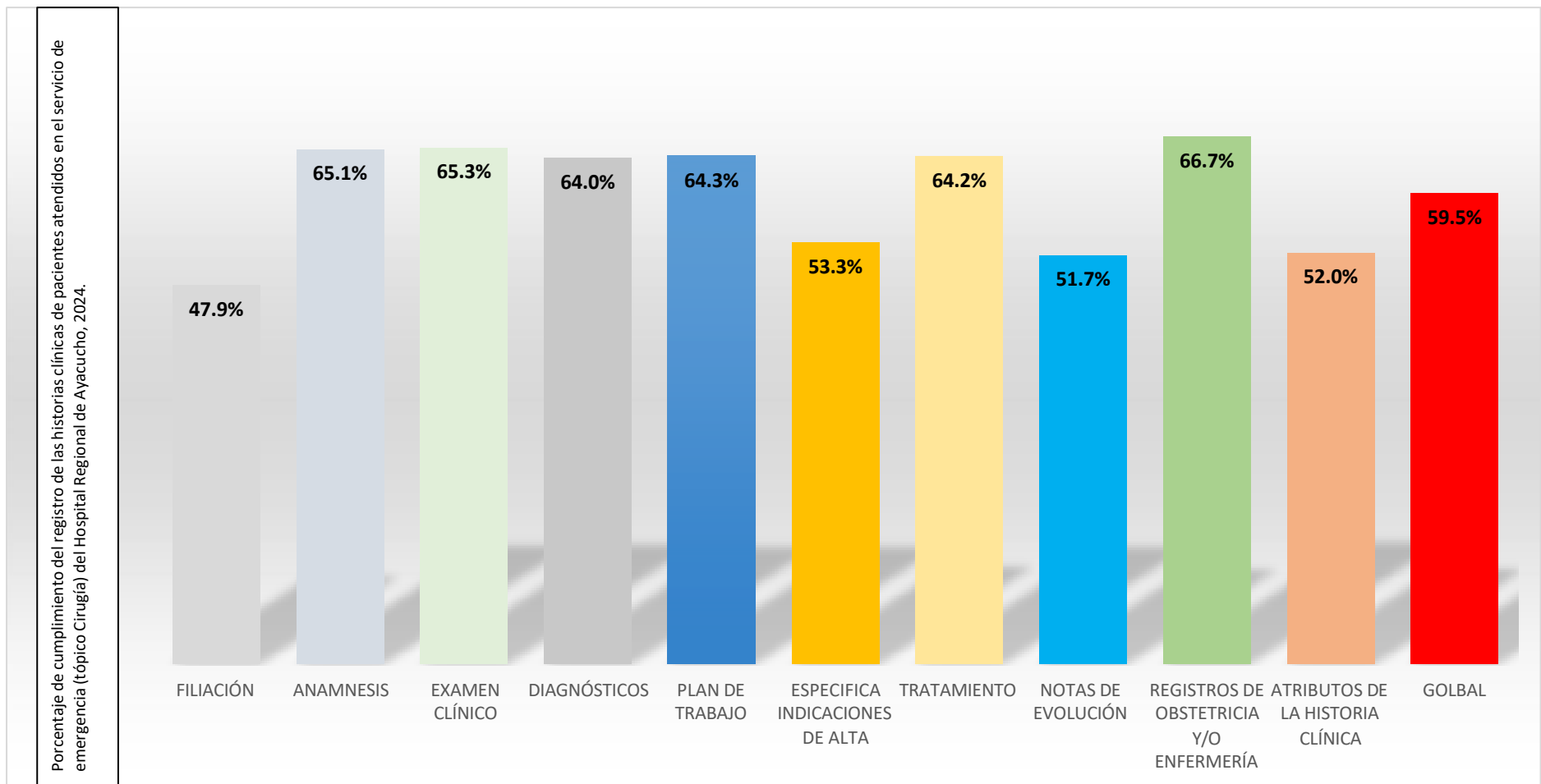


Figura 5. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En la figura 5, se aprecia que del 100,0% (15) de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Cirugía del servicio de emergencia, permitió obtener un panorama detallado del registro de dichas historias clínicas con sus respectivos porcentajes alcanzados en cada dimensión tales como: datos de filiación 47,9 %, anamnesis 65,1%, examen clínico 65,3%, diagnóstico 64,0%, plan de trabajo 64,3%, especifica indicaciones de alta 53,3%, tratamiento 64,2%, notas de evolución 51,7%, registro de obstetricia y/o enfermería 66,7% y atributos de la HCL 52,0%. Al promediar los porcentajes de todas las dimensiones, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Cirugía del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 59,5%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar especialmente en: datos de filiación, atributos de la historia clínica, notas de evolución y especificaciones del alta.

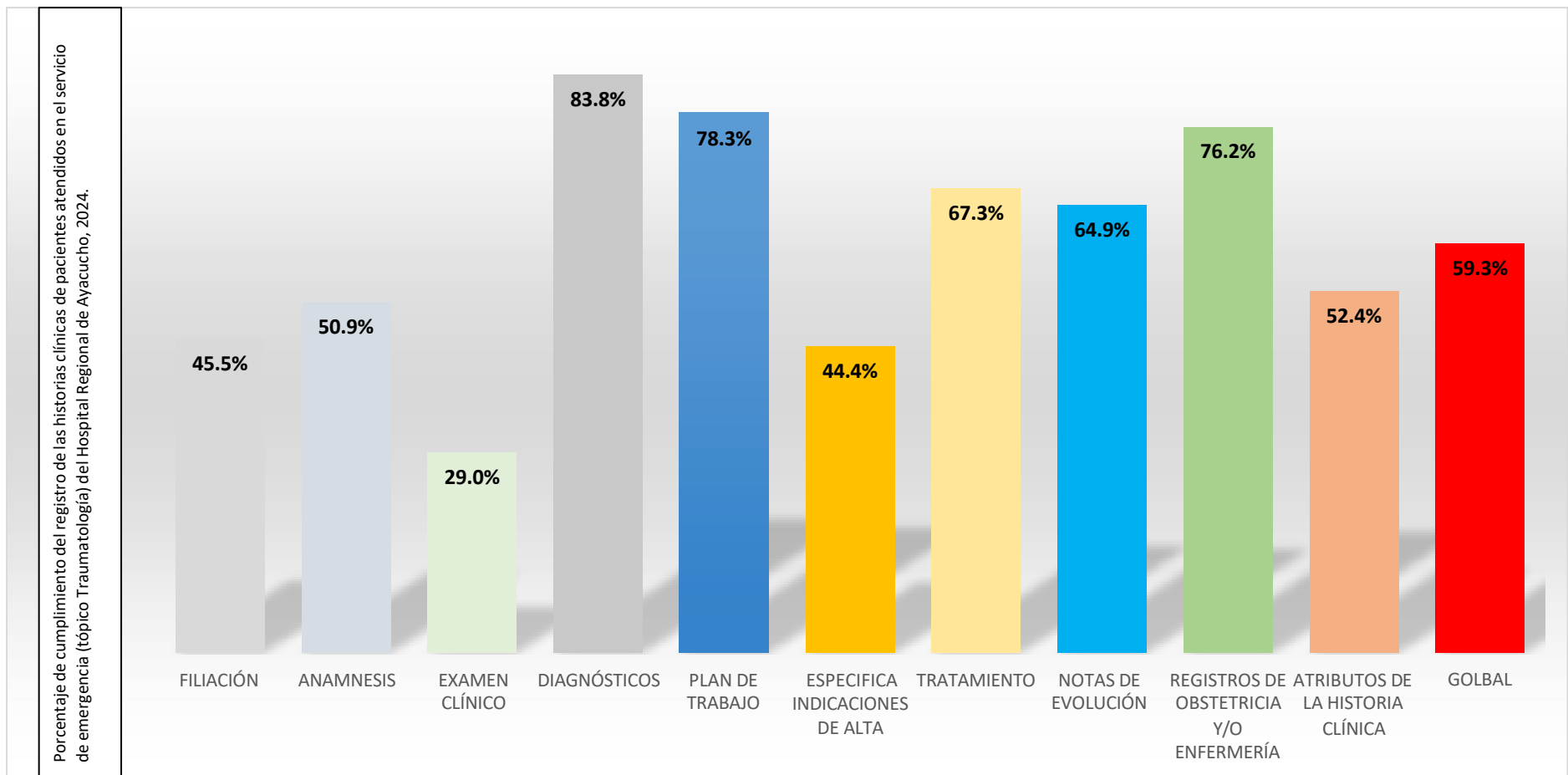


Figura 6. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En la figura 6, se aprecia que del 100,0% (21) de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Traumatología del servicio de emergencia, permitió obtener un panorama detallado del registro de dichas historias clínicas con sus respectivos porcentajes alcanzados en cada dimensión tales como: datos de filiación 45,5%, anamnesis 50,9%, examen clínico 29,0%, diagnóstico 83,8%, plan de trabajo 78,3%, especifica indicaciones de alta 44,4%, tratamiento 67,3%, notas de evolución 64,9%, registro de obstetricia y/o enfermería 76,2% y atributos de la HCL 52,4%. Al promediar los porcentajes de todas las dimensiones, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas pertenecientes al tópico de Traumatología del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 59,3%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar especialmente en: examen clínico, especificaciones del alta, datos de filiación y atributos de la historia clínica.

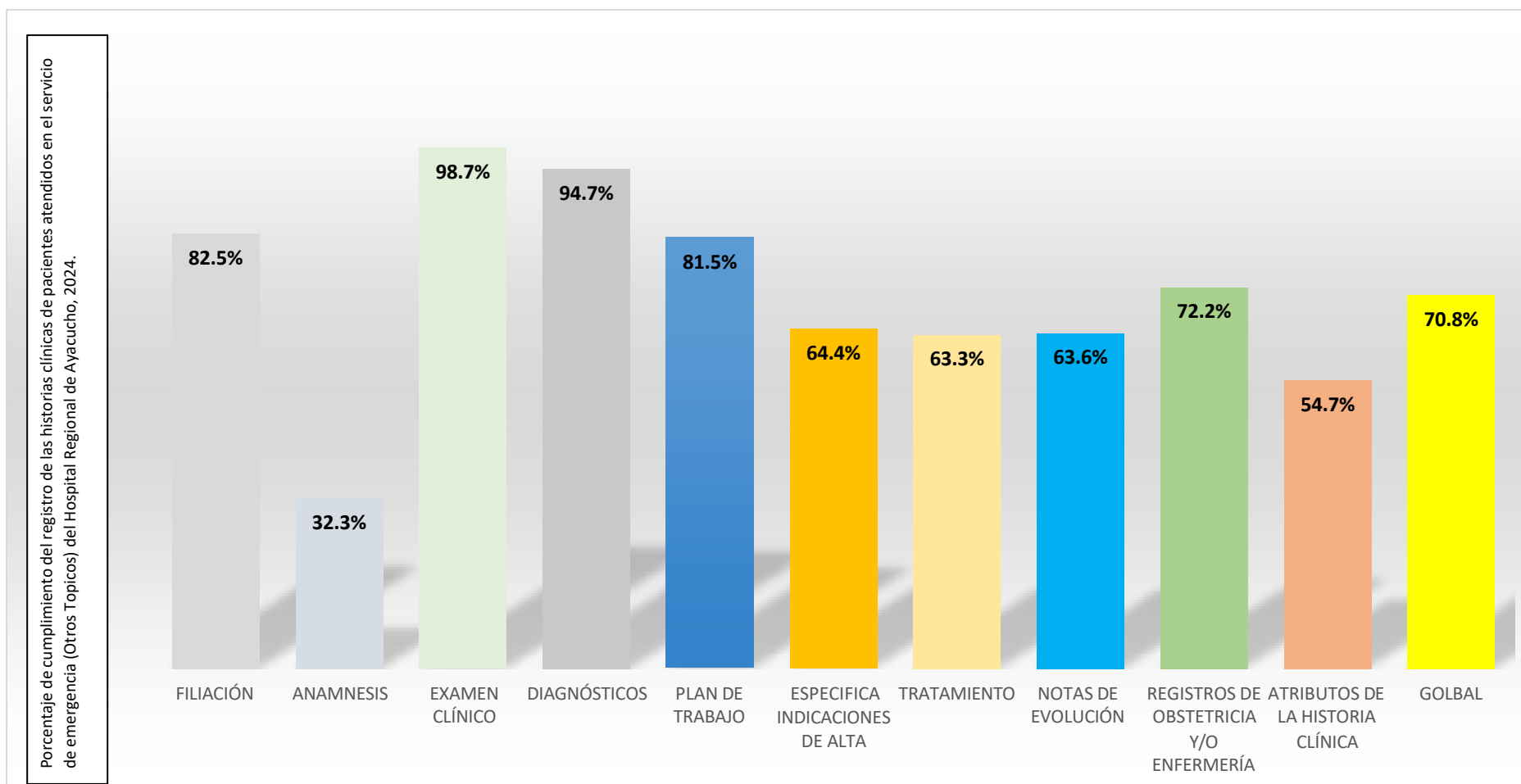


Figura 7. Calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (Otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.

En la figura 7, se aprecia que del 100,0% (15) de las historias clínicas evaluadas pertenecientes a otros tópicos del servicio de emergencia, permitió obtener un panorama detallado del registro de dichas historias clínicas con sus respectivos porcentajes alcanzados en cada dimensión tales como: datos de filiación 82,5%, anamnesis 32,3%, examen clínico 98,7%, diagnóstico 94,7%, plan de trabajo 81,5%, especifica indicaciones de alta 64,4%, tratamiento 63,3%, notas de evolución 63,6%, registro de obstetricia y/o enfermería 72,2% y atributos de la HCL 54,7%. Al promediar los porcentajes de todas las dimensiones, el promedio del porcentaje global de la calidad del registro de las historias clínicas evaluadas pertenecientes a otros tópicos del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre del 2024 fue de 70,8%, lo que refleja un nivel de cumplimiento DEFICIENTE, con dimensiones importantes por reforzar especialmente en: examen clínico, especificaciones del alta, datos de filiación y atributos de la historia clínica.

V. DISCUSIÓN

Respecto a la calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024 (Figura 1), evidencia que la calidad global del registro de las historias clínicas en el servicio de emergencia alcanza un 65,7%, lo que corresponde a un nivel deficiente. Las dimensiones más frágiles fueron los atributos de la historia clínica (50,9%), las especificaciones del alta (53,9%) y las notas de evolución (59,5%).

Esta tendencia refleja un problema estructural documentado en servicios de emergencia a nivel internacional. Estudios como el de Mashoufi y Khorasani-Zavareh en sistemas prehospitalarios encontraron brechas significativas en la completitud y consistencia de los registros, atribuidas a la alta carga asistencial y la ausencia de retroalimentación continua¹. De manera similar, El-Metwally et al. reportaron deficiencias sustanciales en la documentación del examen físico, evolución y datos administrativos en pacientes politraumatizados en Egipto². En otro análisis, Ghasemi et al. evidenciaron que la documentación clínica en emergencias suele ser heterogénea y vulnerable a omisiones, especialmente en componentes narrativos³. En el contexto latinoamericano, Pablo-Rocano observó que incluso en historias de pacientes fallecidos persistían vacíos críticos en filiación, evolución y decisiones clínicas⁶.

Estos patrones coinciden plenamente con los hallazgos del presente estudio y sugieren que la problemática no es aislada, sino inherente al funcionamiento de los servicios de emergencia, donde la presión por tiempos de respuesta, la

rotación del personal, la multiplicidad de eventos simultáneos y la falta de estandarización afectan directamente la calidad documental.

Este contraste entre la alta documentación de las decisiones clínicas y la limitada completitud de los aspectos formales sugiere una priorización de la acción terapéutica, en detrimento del rigor formal y la integridad del registro. Desde una perspectiva clínica–epidemiológica, un registro incompleto compromete la continuidad de la atención, aumenta el riesgo de errores diagnósticos, limita la evaluación del proceso asistencial, dificulta la trazabilidad y reduce la capacidad institucional de generar información válida para auditoría y mejora continua.

El análisis detallado por dimensiones reveló una heterogeneidad en el cumplimiento del registro de las historias clínicas (Figura 1), en este sentido:

Los datos de filiación alcanzaron un 60,1%, lo que refleja que el cumplimiento limitado podría deberse a la percepción de que estos datos no influyen en la resolución inmediata de la emergencia. Castro Montoya y Malca reportaron deficiencias similares en filiación en su evaluación de registros en Chiclayo⁷, lo cual afecta la identificación del paciente, la facturación, la referencia–contrarreferencia y la seguridad legal del documento.

En la anamnesis se reporta un 63,0% del cumplimiento de registro, lo que involucra que la calidad moderada de la anamnesis coincide con lo encontrado por Urcia Miranda, quien observó omisiones frecuentes en antecedentes y motivo de consulta durante la atención de emergencia⁹. La anamnesis insuficiente compromete la construcción del diagnóstico diferencial y aumenta la probabilidad de decisiones clínicas basadas en información incompleta.

El examen clínico logro registrar el 67,3% de la información. Estudios como el de Reyes et al. identificaron que en servicios quirúrgicos de emergencia la descripción del examen físico suele ser incompleta o poco precisa⁸. Esta deficiencia impacta la valoración del riesgo clínico y la priorización de intervenciones.

El diagnóstico alcanzó un 80,4% de registro, siendo uno de los componentes más sólidos. Esto coincide con lo observado por Antezana, quien evidenció mayor completitud en diagnósticos y procedimientos en registros de enfermería en emergencias¹⁰. La claridad diagnóstica permite decisiones más rápidas, aunque no suple la falta de información previa.

El plan de trabajo 76,1% fue la dimensión de mayor cumplimiento. Pérez¹¹ mostró patrones similares en comparación entre historias clínicas electrónicas y manuales, donde el plan terapéutico suele consignarse aun cuando otros elementos presentan omisiones. Esto refleja la orientación práctica de la atención de emergencia.

Especifica del alta 53,9% representa una de las dimensiones más deficitarias. Ramírez et al. mostraron que las indicaciones de alta suelen ser incompletas en servicios de emergencia, afectando el seguimiento ambulatorio y la adherencia terapéutica¹⁸. Esta brecha tiene implicancias directas en reingresos evitables y complicaciones.

El registro de tratamiento alcanzo un 70,3%, representa una dimensión con limitaciones. Papadopoulos et al. documentaron omisiones en órdenes médicas y prescripciones en emergencias de Grecia¹⁴. La ausencia de tratamiento detallado

limita la evaluación del manejo clínico y aumenta riesgo de errores en prescripción.

Notas de evolución 59,5%, siguen siendo un punto crítico. Al-Mansoori et al. encontraron deficiencias similares en servicios quirúrgicos, señalando que las evoluciones suelen ser breves y poco estructuradas¹⁵. Esto afecta la continuidad de la asistencia entre turnos.

Registro de obstetricia–enfermería 75,6%, presenta un cumplimiento limitado. Esto concuerda con Flores et al., quienes reportaron mayor rigurosidad en el registro de enfermería frente a otros componentes²¹. La enfermería tiende a cumplir mejor los protocolos documentales de MINSA.

Finalmente, los atributos de la historia clínica 50,9%, fue la dimensión más débil. Huamán et al. demostraron que la firma, sello, hora y fecha son recurrentemente omitidos en emergencias de hospitales de Cusco²⁵. Estos atributos son esenciales para la validez legal de la atención.

Tales resultados refuerzan la idea de que la calidad documental sigue siendo un desafío persistente incluso en sistemas sanitarios con mayor grado de estandarización lo cual es consistente con las limitaciones halladas. Los resultados del presente estudio, por tanto, no solo son congruentes con la literatura, sino que subrayan la urgencia de fortalecer la formación continua del personal, mejorar los mecanismos de supervisión y promover una cultura institucional orientada a la seguridad del paciente.

Los resultados a los que se arribaron, según tópicos enrolados en el estudio, permitieron analizar la casuística desde la siguiente óptica:

Un hallazgo significativo del estudio revela la calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024 (Figura 2), el cual se clasificó como DEFICIENTE con un puntaje de 59,2%, con debilidades marcadas en atributos de la historia clínica (46,7%), datos de filiación (49,8%) y específica del alta (48,9%). Resultados similares fueron descritos por Ahmed et al., quienes encontraron omisiones importantes en filiación, antecedentes y evolución en historias clínicas pediátricas en Egipto¹⁷. Asimismo, Hernández et al. en México identificaron que los registros pediátricos presentan alta variabilidad en precisión diagnóstica y completitud¹⁹. Epidemiológicamente, en pediatría el registro deficiente es crítico porque la información suele provenir de terceros, y un error documental puede retrasar el diagnóstico, afectar la dosificación de medicamentos y comprometer la seguridad del niño.

Respecto a la calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el tópico de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024 (Figura 3) mostró que dicho tópico registró una calidad POR MEJOR con un 81,7%. Las áreas más fuertes fueron el examen clínico (92,9%), diagnóstico (92,4%) y registro de obstetricia y/o enfermería (96,0%), mientras que persistieron debilidades en atributos de la historia clínica (47,6%) y notas de evolución (68,8%). Estos resultados se asemejan a los hallazgos de Wang et al., quienes identificaron que los servicios ginecológicos suelen registrar adecuadamente los componentes clínicos, pero fallan en

atributos formales¹⁶. La ausencia de atributos formales tiene implicancias legales relevantes en casos de violencia sexual, abortos en curso o complicaciones

Respecto a la calidad de los registros de las historias clínicas, expresada como porcentaje de cumplimiento, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el tópico Medicina del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024 (Figura 4), mostró que el tópico de Medicina se clasificó como DEFICIENTE con un puntaje de 63,8%. Las deficiencias más notables se identificaron en las siguientes dimensiones: específica del alta (41,1%), filiación (51,9%) y atributos de la historia clínica (52,0%). Esto coincide con lo descrito por Chávez et al., quienes señalaron que el personal de salud percibe como problemática la falta de uniformidad documental en emergencias²². Desde el punto de vista clínico, las malas especificaciones de alta incrementan el riesgo de retorno al servicio por desinformación del paciente, generando sobrecarga del sistema.

Con respecto a la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del área de Cirugía del Hospital Regional de Ayacucho, 2024 (Figura 5) la calidad de los registros de las historias clínicas alcanzó la clasificación de DEFICIENTE con un puntaje de 59,5%, con datos de filiación marcadamente deficiente (47,9%). Este patrón coincide a nivel internacional con lo reportado por Al-Mansoori y colaboradores, quienes documentaron que la calidad de los registros clínicos en servicios de cirugía de un hospital terciario era insuficiente, con vacíos en la información que podrían comprometer la atención¹⁵. A nivel nacional, Reyes y colaboradores evidenciaron que la documentación en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un hospital

de las Fuerzas Armadas mostraba deficiencias importantes, relacionadas con la falta de supervisión sistemática de los registros⁸. Estos hallazgos refuerzan la importancia de estrategias integrales para mejorar la calidad del registro clínico, garantizando seguridad y continuidad en la atención quirúrgica, mereciendo una atención inmediata, ya que impacta directamente en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención médica. El análisis detallado de cada componente de la historia clínica refuerza esta conclusión general. La deficiencia en la calidad del registro de la historia clínica en cirugía de emergencia puede atribuirse a múltiples factores. A menudo, en el entorno de emergencia, la premura y el alto volumen de pacientes pueden llevar a una priorización de la atención inmediata sobre la documentación completa. Sin embargo, esto no justifica la falta de rigor, ya que un registro inadecuado pone en riesgo la vida del paciente al dificultar el seguimiento, la toma de decisiones informadas y la continuidad del cuidado.

Con respecto a la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el tópico Traumatología del Hospital Regional de Ayacucho, 2024 (Figura 6) tenemos que presentó una calidad DEFICIENTE con un puntaje de 59,3%, con un examen clínico marcadamente deficiente (29,0%). Este patrón coincide con lo reportado por Singh et al., quienes encontraron que en traumatología las evaluaciones seriadas suelen omitirse o registrarse de forma incompleta²⁰. Un examen físico mal documentado en trauma puede conducir a diagnósticos perdidos, especialmente en lesiones internas, neurológicas o de columna.

Finalmente, la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en otros tópicos del servicio de emergencia en del Hospital Regional

de Ayacucho, 2024 (Figura 7) tenemos que alcanzó una calidad DEFICIENTE con un puntaje de 70,8%, con debilidades en anamnesis (32,3%), atributos de la historia clínica (54,7%) y tratamiento (63,3%), pese al alto desempeño del examen clínico (98,7%) y del diagnóstico (94,7%). Mamani et al. evidenciaron que la completitud documental varía ampliamente entre tópicos de emergencia, con mayor vulnerabilidad en servicios pequeños o con poca supervisión²³.

La variabilidad interna sugiere diferencias en capacitación, supervisión y carga asistencial entre tópicos,

CONCLUSIONES

1. La calidad global de los registros clínicos evaluados en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho fue “DEFICIENTE”, con un cumplimiento de 65,7% según los criterios establecidos en la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
2. En Pediatría, el cumplimiento alcanzó 59,2%, ubicándose en el nivel “DEFICIENTE”. Las principales limitaciones se concentraron en el registro de los antecedentes y los datos de filiación de los pacientes pediátricos.
3. Ginecología presentó el mayor nivel de cumplimiento entre los tópicos evaluados, con 81,7%, correspondiente a la categoría “POR MEJORAR”. Aunque mostró mejores resultados en el registro del examen clínico y los diagnósticos, persistieron deficiencias en los atributos formales de la historia clínica.
4. En Medicina, el cumplimiento fue de 63,8%, correspondiente a un nivel “DEFICIENTE”. Las principales dificultades se identificaron en el registro de las indicaciones y especificaciones relacionadas con el egreso del paciente.
5. Cirugía alcanzó un cumplimiento de 59,5%, también clasificado como “DEFICIENTE”, con mayores limitaciones en el registro de los datos de filiación y de la anamnesis.
6. En Traumatología, el cumplimiento global fue de 59,3%, correspondiente a un nivel “DEFICIENTE”. Destacó particularmente la baja frecuencia de registro de la evaluación neurovascular periférica y de otros componentes de la valoración regional.
7. Los registros correspondientes a otros tópicos alcanzaron un cumplimiento de 70,8%. Aunque este fue superior al observado en varios de

los tópicos específicos, permaneció dentro de la categoría “DEFICIENTE” según los criterios establecidos por la normativa nacional.

RECOMENDACIONES

Para abordar la deficiencia sistémica en la calidad del registro de la historia clínica en el servicio de emergencia, se requiere un enfoque multifacético que involucre la capacitación, la supervisión y la mejora de los procesos.

- **Implementar un Programa de Capacitación Continua:** El hospital debe establecer talleres obligatorios y recurrentes sobre la importancia de la calidad del registro clínico. Este programa no solo debe enfocarse en cómo llenar los formatos correctamente, sino también en el razonamiento clínico detrás de cada sección del registro (filiación, anamnesis, examen físico, diagnóstico y plan de tratamiento).
- **Fortalecer la Supervisión y la Auditoría Interna:** Es crucial designar un equipo de auditoría de calidad que realice revisiones periódicas y aleatorias de las historias clínicas. Los resultados de estas auditorías deben ser comunicados de manera constructiva al personal, identificando áreas de mejora y reconociendo el buen desempeño. La supervisión debe ser constante para asegurar que los estándares se mantengan.
- **Estandarizar los Protocolos de Registro:** Cada tópico (pediatría, ginecología, medicina, cirugía, traumatología y otros servicios) debe contar con protocolos claros y estandarizados para el registro de la información. Estos protocolos deben detallar qué información es crítica en cada especialidad y cómo debe ser documentada. Esto asegurará la coherencia y la integridad de los datos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Mashoufi M, Khorasani-Zavareh D. Data quality assessment in emergency medical services: an objective approach. BMC Emerg Med. 2023;23:10
2. El-Metwally A, Hassan A, Albarraq A, et al. Completeness of Medical Records of Trauma Patients Admitted to the Emergency Unit of a University Hospital, Upper Egypt. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(1):83
3. Ghasemi M, Shafiee M, Khajehnasiri F. Quality of patient information in emergency department. Int J Health Care Qual Assur. 2020;33(2):123-134
4. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente: hoja informativa. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
6. Pablo-Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;21(2):51-54.
7. Castro Montoya MA, Malca Suarez MB. Valoración de la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2022 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024
8. Reyes E, Matzumura J, Gutiérrez H. Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital

- de las Fuerzas Armadas. Rev Cienc Tecnol. 2020;16(1):45-50. Disponible en. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2880>
9. Urcia Miranda SP. Nivel de calidad de registro de historias clínicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, octubre - diciembre 2019 [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020
 10. Antezana L. Calidad y tiempo de llenado de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Emergencia de Lima – 2018. Rev Enferm Hered. [Internet]. 2021. [Citado el 16 de Mayo del 2025];12:20–5. Disponible <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3961/4506>
 11. Pérez A. Calidad del registro de historias clínicas manuales vs electrónicas en consulta externa – hospital II Abancay - Essalud, 2019 [Tesis]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2022
 12. Silva P, Costa R, Fernandes M. Evaluación de la calidad de la documentación médica en historias clínicas en papel en un servicio de urgencias de un hospital universitario en Portugal. Rev Port Saude Publica. 2023;41(3):210-217.
 13. Johnson PR, Smith A, Brown L. Quality of documentation in pediatric patient records in emergency services. J Pediatr Emerg Care. 2024;42(1):15-22.
 14. Papadopoulos D, Kontos S, Georgiou P. Evaluación de la completitud de las notas de progresión médica en historias clínicas en papel en un departamento de emergencia en Grecia. Arch Hellen Med. 2024;41(1):55-62.

15. Al-Mansoori SKA, Al-Badi Z, Al-Dahmani S. Quality of medical record documentation in surgery services: a study at a tertiary hospital. *Oman Med J*. 2023;38(4):301-308.
16. Wang L, Zhang Y, Liu Q. Attributes of the medical record in gynecology services: a case study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2022;62(5):789-795
17. Ahmed TM, Hassan M, Ali R. Quality of health records in pediatric emergency services. *Egypt J Hosp Med*. 2021;85(2):2234-2241.
18. Ramírez A, López M, García P. Calidad de la Documentación de Enfermería en Historias Clínicas Físicas en Unidades de Emergencia de un Hospital Público en Colombia. *Enferm Clin*. 2022;32(4):250-257.
19. Hernández R, Vargas S, Morales J. Precisión y Completitud de los Registros de Diagnóstico Inicial en Historias Clínicas en Papel en un Departamento de Emergencia Pediátrico en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2024;81(1):30-38.
20. Singh JT, Kumar R, Gupta A. Evaluation of the quality of health records in the traumatology department: a study at a tertiary hospital. *Indian J Orthop*. 2021;55(4):345-352.
21. Flores G, Quispe A, Vargas R. Calidad del Registro de Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital General en Lima, 2023. *Rev Med Hered*. 2024;35(1):45-52.
22. Chávez S, Quispe L, Rojas M. Percepción del Personal de Salud sobre la Calidad del Registro en Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital de Huánuco, 2023. *Rev Peru Investig Enferm*. 2024;26(1):10-18.

23. Mamani C, Laura D, Huanca E. Nivel de Completitud de las Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital de Arequipa, 2022. CIMEL. 2023;28(1):30-37.
24. Pérez J, Cárdenas L, Mendoza F. Errores en el Registro de Prescripciones Médicas en Historias Clínicas Físicas del Servicio de Emergencia de un Hospital de Trujillo, 2021. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2022;15(2):160-167.
25. Huamán P, Ccori D, Choque M. Evaluación de la Adherencia a la Norma Técnica de Salud en el Registro de Historias Clínicas Físicas del Servicio de Emergencia de un Hospital Nivel II-E en Cusco, 2022. Rev Fac Med Hum. 2023;23(4):80-87.
26. World Health Organization. Medical records manual: a guide for developing countries. Geneva: WHO; 2006.
27. Perú. Decreto Supremo N° 016-2005-SA. Reglamento de la Ley N° 26842, Ley General de Salud. El Peruano; 2005 Abr 18.
28. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 139-2016/MINSA. Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC). Lima: MINSA; 2016.
29. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
30. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
31. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, Volumen 2. NTS N° 029-MINSA/2016/DGIESP. Lima: MINSA; 2016.

32. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
33. Kripalani S, Jackson AT, Alsaquafi RF, et al. A review of the literature on the effectiveness of electronic health records in improving patient safety. *J Healthc Qual.* 2007;29(2):65-74.
34. Resnik RD. Medical record documentation and malpractice liability. *Med Clin North Am.* 1990;74(6):1489-502.
35. Braithwaite J, Hibbert PD, Halloran L, et al. A systematic review of the effectiveness of health information technology for improving patient safety in emergency departments. *J Patient Saf.* 2017;13(4):211-20.
36. Sittig DF, Singh H. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Qual Saf Health Care.* 2010;19 Suppl 3:i68-74.
37. Institute of Medicine. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
38. Asch DA, Bell MC, Khoury AL, et al. Does the emergency department make you sick? A systematic review of the relationship between emergency department crowding and patient outcomes. *Acad Emerg Med.* 2007;14(1):21-7.
39. May C. A rational framework for assessing patient safety and risk management in emergency care. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(4):263-8.
40. Arora V, Georgiou A. The impact of shift handovers on patient safety. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(3):195-200.
41. Hripcsak G, Knirsch C. The case for better clinical documentation. *J Am Med Inform Assoc.* 2017;24(6):1184-9.

42. Campbell DA Jr, Khuri SF, Daley J, et al. The effect of nurse staffing on patient outcomes in surgical patients. *Anesth Analg*. 2003;97(3):792-9.
43. Perú. Ley N° 26842. Ley General de Salud. *El Peruano*; 1997 Jul 20.
44. Perú. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. *El Peruano*; 2009 Oct 20.
45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
46. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales. 5ta ed. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2010.
47. Bernal C. Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4ta ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010.
48. Ávila Baray J. Metodología de la investigación. 3ra ed. México: McGraw-Hill; 2006.
49. MINSA. Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. Lima; 2016.

ANEXOS

Anexo N°1 Matriz de consistencia

TITULO	PREGUNTA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGIA
Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2024	Pregunta general ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? Preguntas específicas • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Medicina) del Hospital	Objetivo general Determinar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. Objetivos específicos • Analizar la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Pediatría) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. • Describir la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Ginecología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. • Evaluar la calidad de los registros de las historias	Calidad de los registros de las historias clínicas	Tipo: Cuantitativa, Observacional, descriptivo. Diseño: No experimental, retrospectivo. Población: Se constituye por 195 historias clínicas de los pacientes que acudieron a los servicios de emergencia para recibir atención de salud durante el mes de octubre del año 2024 Muestra: La muestra final fue de 117 Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (pediatría, ginecología, cirugía, medicina, traumatología, otros servicios) correspondiente al mes de octubre del año 2024. Técnica de recolección de datos: Se empleó la revisión documentada

	Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024? • ¿Cuál es la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024?	clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Medicina) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. • Conocer la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Cirugía) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. • Establecer la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (tópico de Traumatología) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024. • Conocer la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia (otros tópicos) del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de octubre de 2024.	Instrumento de recolección de datos: ficha de evaluación según lo estipulado en la norma técnica norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud (NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V. 02), Tratamiento estadístico: Se aplicó la estadística descriptiva y los resultados se presentan en figuras porcentuales.
--	--	---	---

Anexo N° 02 (Instrumentos de medición)

ANEXO N° 6			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		

EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con De-nominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFER- MERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			

Anexo N° 03 (Instructivo)

Instructivo del Anexo N° 6	
Formato De Evaluación De La Calidad De Registro En Emergencia	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio Profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se asignará un puntaje de 0.5 a cada ítem, y la ausencia de alguno de ello se califica como No Conforme. Si el paciente es NN se califica No Aplica.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Conforme: Se registra fecha y hora de la atención, No conforme: no se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Conforme: Signos y síntomas principales motivos de la evaluación por emergencia. No conforme: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Conforme: Se consigna el tiempo que refiere el paciente y/o acompañantes de iniciados los signos y síntomas y/o de la ocurrencia de los sucesos que motivan la atención por emergencia No Conforme: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Conforme: Claro, consigna características de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. No Conforme: no se registra/no está redactado de manera coherente/no está relacionado con los signos y síntomas principales
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Conforme: Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme: se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.
ANTECEDENTES	Conforme: Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica No Conforme: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°) , Frecuencia respiratorio(FR), Frecuencia cardiaca(FC), Presión arterial (PA), (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse No Conforme: No se registra ningún dato o se registra de forma parcial
ESCALA DE GLASGOW	Conforme: se registra en pacientes con deterioro del nivel de conciencia. No conforme: no se registra el dato cuando corresponda.
PESO	Conforme: Se registra el peso en población pediátrica excepto cuando el estado clínico del paciente no lo permita. No conforme: No se registra el dato correspondiente cuando corresponda.
ESTADO DE GRAVEDAD, POSTURA, HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA , PIEL Y ANEXOS	Conforme: Se registran estos datos como parte del examen físico general, No conforme: No se registran los datos o no se registran los prioritarios según la anamnesis.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Conforme: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional por aparatos y sistemas priorizados según la anamnesis. No conforme: No se registran los datos sobre el examen clínico regional o no se evalúan los aparatos y sistemas pertinentes según anamnesis.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. No conforme: No se registran los diagnósticos presuntivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No conforme: No se registra o no es concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Conforme: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. No conforme: No se registra el CIE 10 en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados

PLAN DE TRABAJO		
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABO- RATORIO)	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según el caso No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de apoyo al diagnóstico.	
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGE- NES	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de diagnóstico por imágenes.	
PROCEDIMIENTOS	Conforme: Se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios, según el caso. No conforme: No se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados.	
INTERCONSULTAS SOLICITADAS	Conforme: Se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No Conforme: No se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No aplica: El caso no amerita interconsultas.	
REFERENCIAS	Conforme: Se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No Conforme: No se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No aplica: el caso no amerita referencias.	
RESULTADOS DE EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados se encuentran anexados a la historia clínica. No Conforme: Los resultados de los exámenes de Apoyo al diagnóstico solicitado no se encuentran anexados a la historia clínica.	
RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Hojas de Interconsulta con la respuesta a la interconsulta se encuentran anexadas a la historia clínica. No Conforme: Las respuestas a las interconsultas no se encuentran ane- xadas a la historia clínica.	
TRATAMIENTO	Conforme: Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados y se consignan los ítems señalados en la "Ficha de auditoría de calidad de atención de emergencia". No conforme: No se registra el tratamiento prescrito o no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados.	
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Conforme: Registran datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, morgue) No conforme: No registran datos señalados o se registran de forma parcial.	
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: la historia cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No Conforme: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.	
SE APLICA A PACIENTE QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la ficha de auditoría (10) No conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial.	
TRATAMIENTO EN OBSERVACIÓN (HOJA TERAPEÚTICA)	Conforme: Concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7) No Conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial/el tratamiento no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. En cuanto a Medidas Generales se refiere a dieta, posición, reposo, etc.	
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFER- MERÍA *	Conforme: La Historia clínica cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación realizada a las fichas. Correspondientes No Conforme: No se registran los ítems señalados en la Ficha de auditoría o no se encuentran correctamente llenados.	
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará los forma- tos correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio"		
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIEN- TO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORIA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Anexo N° 04 Autorización



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Ayacucho 02 de julio del 2025

CARTA N° 016- 2025- HRA "MAMLL" A-DE/UDIC

Señor (a)

Lic. Edgar Américo Quispe Quintana
Jefe de la Unidad De Estadística E Informática

CIUDAD.

ASUNTO: AUTORIZA EJECUCIÓN DE
INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez comunicar que la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, **AUTORIZA** la realización de la Investigación titulada: "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2024" a desarrollarse por Aymin Rosita Quesada Martínez, egresada de la Maestría en Gerencia en servicios de la salud de la Universidad Nacional de san Cristóbal de Huamanga (Correo electrónico: ayminquesada@hotmail.com, Celular: 966160114), con el siguiente detalle:

Unidad de análisis	CIE – 10 de interés	Fecha de interés	Población / Muestra
HISTORIAS CLÍNICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA 2024	-	2024	117 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional de Ayacucho, 2024.

La presente autorización tiene una vigencia de 06 meses a partir de la fecha, para lo cual la responsable del estudio deberá coordinar con su jefatura las facilidades del caso.

Atentamente

C.c.
Archivo

Dr. Ibar Quintana Moscoso
CAMP: 023171 RMC: 018206
D.F.E.

Anexo N° 05



N° HISTORIA CLÍNICA
41968380

HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO
"MIGUEL A. MARISCAL LLERENA"

HISTORIA CLÍNICA

2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025

Marque con un aspa el año en que viene el paciente y actualice cada año

Alérgico No ☐ Si ☐

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

BCE031081983

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

"Cuidamos tu salud con amabilidad y Respeto"

Anexo N° 06
Base de datos (Tópico Pediatría)

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
FILIACIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Número de historia clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Tipo y N° Seguro	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edad	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Sexo	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Domicilio actual	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5
Lugar de Procedencia	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0.5
Documento de identificación	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0
Estado Civil	0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Grado de instrucción	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocupación	0.5	0.5	NA	NA	0	0	NA	0	NA	NA	0	0	0	0	0	0
Religión	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Teléfono	0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	0	0	0.5	0
Acompañante	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	8	5	3.5	5	4	3	4	3	3	3.5	3	3.5	3	2.5	3	3
Σ NA (CU=0.5)		1	1.5	1.5	1	1	1.5	1	1.5	1.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		7	6.5	6.5	7	7	6.5	7	6.5	6.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5
%		71.4	53.8	76.9	57.1	42.9	61.5	42.9	46.2	53.8	40.0	46.7	40.0	33.3	40.0	40.0
Σ% / N°Historias clínicas		49.8														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
ANAMNESIS	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	0	0	5	0	0	0	0	5	5	0	5	0	5	0
Antecedentes	3	3	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	0	0
SUBTOTAL	13	8	8	8	13	8	5	5	8	11	13	8	13	8	10	5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
%		61.5	61.5	61.5	100.0	61.5	38.5	38.5	61.5	84.6	100.0	61.5	100.0	61.5	76.9	38.5
Σ% / N°Historias clínicas		67.2														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2
Puntaje de Escala de Glasgow	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Peso	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0
Examen clínico regional	4	4	0	0	4	4	0	0	4	0	4	4	4	4	0	0
SUBTOTAL	10	9	5	5	8	9	4	3	9	4	7	6	7	5	5	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
%		90.0	50.0	50.0	80.0	90.0	40.0	30.0	90.0	40.0	70.0	60.0	70.0	50.0	50.0	20.0
Σ% / N°Historias clínicas		58.7														
NO CO+A2:Q17NFORME = 0																

NO APLICA = NA																
DIAGNOSTICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	8	0	0	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	0	0
b) Definitivo coherente	8	0	8	8	8	8	8	8	0	8	0	8	0	0	8	0
c) Uso del CIE 10	4	4	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	4	0	4
SUBTOTAL	20	4	8	16	16	16	16	16	8	20	12	20	12	4	8	4
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
%		20.0	40.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	40.0	100.0	60.0	100.0	60.0	20.0	40.0	20.0
Σ% / N°Historias clínicas		60.0														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	4	4	0	4	4	4	4	0	4	0	4	4	4	0
Interconsultas pertinentes	3	3	3	0	0	3	3	0	3	3	0	3	0	3	3	3
Referencia oportuna	3	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0	0	0
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL	19	14	15.5	12	7.5	16	15.5	13	15.5	11	13	11.5	11.5	14.5	15	11.5
Σ NA (CU=0.5)		0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		19	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	19	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5
%		73.7	83.8	64.9	40.5	86.5	83.8	70.3	83.8	57.9	70.3	62.2	62.2	78.4	81.1	62.2
Σ% / N°Historias clínicas		70.8														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
b) Definitivo coherente	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
c) Uso del CIE 10	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1
SUBTOTAL	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		66.7	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	66.7	66.7	33.3	33.3	66.7	33.3	66.7	66.7
Σ% / N°Historias clínicas		48.9														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

Tratamiento	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Medidas Generales	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Internacional (DCI).	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Consigna presentación	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis del medicamento	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Frecuencia del medicamento	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
Vía de administración	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0
SUBTOTAL	8	3	5	5	5	5	6	7	6	3	3	6	6	5	6	4
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		37.5	62.5	62.5	62.5	62.5	75.0	87.5	75.0	37.5	37.5	75.0	75.0	62.5	75.0	50.0
Σ% / N°Historias clínicas		62.5														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de evolución	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nota de Ingreso	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Apreciación subjetiva	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Apreciación objetiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Verificación del tratamiento y dieta	1	NA	NA	1	1	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2
Plan de trabajo	2	2	0	2	2	2	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Consigna funciones vitales	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
Procedimientos realizados	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	11	6	5	6	8	8	5	6	5	6	8	4	5	4	5	6
Σ NA (CU=0.5)		1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5
%		60.0	50.0	57.1	76.2	76.2	47.6	57.1	47.6	57.1	76.2	38.1	47.6	38.1	47.6	57.1
Σ% / N°Historias clínicas		55.6														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Hoja de funciones vitales	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5
Hoja de balance hídrico	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0
Kardex	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0
Firma y sello del Profesional	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL	3	2	2	2	2	2.5	2.5	2	2.5	2	2	2.5	2.5	2.5	2	1.5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		66.7	66.7	66.7	66.7	83.3	83.3	66.7	83.3	66.7	66.7	83.3	83.3	83.3	66.7	50.0
Σ% / N°Historias clínicas		72.2														

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
Tiempo de enfermedad	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
SUBTOTAL	5	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	2	3	3	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
%		40.0	40.0	60.0	40.0	40.0	40.0	60.0	60.0	60.0	40.0	20.0	40.0	60.0	60.0	40.0
Σ% / N°Historias clínicas		46.7														

Anexo N° 07
Base de datos (Tópico Ginecología)

NO CO+A2:Q17NFOR ME = 0																						
NO APLICA = NA																						
FILIACIÓN	CONFO RME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Número de historia clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Tipo y N° Seguro	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5
Edad	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Sexo	0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Domicilio actual	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Lugar de	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Procedencia																						
Documento de identificación	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Estado Civil	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5
Grado de instrucción	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Ocupación	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Religión	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Teléfono	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Acompañante	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL	8	6	6.5	6.5	7	5.5	5.5	6	4.5	5	6	7	6	6	6.5	5.5	6.5	6.5	6	7	7.5	7.5
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5
%		80.0	86.7	86.7	93.3	73.3	73.3	80.0	60.0	66.7	80.0	93.3	80.0	80.0	86.7	73.3	86.7	86.7	80.0	93.3	100.0	100.0
Σ% / N°Historias clínicas		82.9																				

NO CO+A2:Q17NF ORME = 0
NO APLICA = NA

ANAMNESIS	CON FOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de atención	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desarrollo cronológico de la enfermedad	5	5	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	0	5	5	5	5

(relato)																						
Antecedentes	3	3	3	0	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3
SUBTOTAL	13	13	8	10	13	13	13	13	13	10	13	13	13	10	8	13	13	8	13	13	13	13
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
% Σ% / N°Historias clínicas		100.0	61.5	76.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	76.9	100.0	100.0	100.0	76.9	61.5	100.0	100.0	61.5	100.0	100.0	100.0	100.0
		91.2																				

NO CO+A2:Q17NFOR ME = 0
NO APLICA = NA

EXAMEN CLÍNICO	CONF ORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Puntaje de Escala de Glasgow	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1
Peso	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Examen clínico regional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
SUBTOTAL	10	9	10	8	10	9	8	9	8	9	10	10	10	8	10	10	8	10	9	10	10	10

Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
%		90.0	100.0	80.0	100.0	90.0	80.0	90.0	80.0	90.0	100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	80.0	100.0	90.0	100.0	100.0	100.0
Σ% / N°Historias clínicas		92.9																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

DIAGNOSTICO	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
a) Presuntivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
b) Definitivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
c) Uso del CIE 10	4	4	4	4	0	4	4	0	4	4	4	0	4	0	0	4	0	4	0	4	4	0
SUBTOTAL	20	20	20	20	16	20	20	16	20	20	20	16	20	16	16	20	16	20	16	20	20	16
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
%		100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	80.0	80.0	100.0	80.0	100.0	80.0	100.0	100.0	80.0
Σ% / N°Historias clínicas		92.4																				

NO CO+A2:Q17NFOR ME = 0
NO APLICA = NA

PLAN DE TRABAJO	CONF ORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Interconsultas pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Referencia oportuna	3	NA	NA	NA	NA	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	0
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL	19	16	16	16	16	15.5	15	16	15.5	15.5	15	15.5	15.5	16	15.5	12	15.5	16	16	15.5	15.5	13
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		18.5	18.5	18.5	18.5	19	19	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5
% Σ% / N°Historias clínicas		86.5	86.5	86.5	86.5	81.6	78.9	86.5	83.8	83.8	81.1	83.8	83.8	86.5	83.8	64.9	83.8	86.5	86.5	83.8	83.8	70.3
		82.8																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
a) Presuntivo coherente	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1
b) Definitivo coherente	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Uso del CIE 10	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
SUBTOTAL	3	2	2	2	2	0	3	2	3	1	3	2	2	3	3	3	2	1	2	3	2	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
% Σ% / N°Historias clínicas		66.7	66.7	66.7	66.7	0.0	100.0	66.7	100.0	33.3	100.0	66.7	66.7	100.0	100.0	100.0	66.7	33.3	66.7	100.0	66.7	66.7
		71.4																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

Tratamiento	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Medidas Generales	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
Consigna presentación	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
Dosis del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1
Frecuencia del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Vía de administración	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL	8	6	7	8	7	8	8	7	7	7	8	7	7	8	8	7	8	7	7	8	7	5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		75.0	87.5	100.0	87.5	100.0	100.0	87.5	87.5	87.5	100.0	87.5	87.5	100.0	100.0	87.5	100.0	87.5	87.5	100.0	87.5	62.5
Σ% / N°Historias clínicas		90.5																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de evolución	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nota de Ingreso	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
Apreciación subjetiva	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
Apreciación objetiva	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0
Interpretación de exámenes y comentario	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0
Plan de trabajo	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	2	0
Consigna funciones vitales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Procedimientos realizados	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	11	9	7	10	9	9	4	7	8	8	8	5	7	8	8	8	9	5	10	7	9	4
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
%		81.8	63.6	90.9	81.8	81.8	36.4	63.6	72.7	72.7	72.7	45.5	63.6	72.7	72.7	72.7	81.8	45.5	90.9	63.6	81.8	36.4
Σ% / N°Historias clínicas		68.8																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Hoja de funciones vitales	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Hoja de balance hídrico	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Kardex	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Firma y sello del Profesional	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL	3	2.5	3	3	2.5	2.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
% Σ%/N°Historias clínicas		83.3	100.0	100.0	83.3	83.3	100.0	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		96.0																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de atención	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
Signos y síntomas principales	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	5	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	1	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
% Σ%/N°Historias clínicas		40.0	40.0	40.0	40.0	60.0	60.0	60.0	40.0	40.0	60.0	60.0	60.0	60.0	40.0	40.0	60.0	40.0	60.0	40.0	20.0	40.0
		47.6																				

Anexo N° 08

Base de datos (Tópico Medicina)

NO CO+A2:Q17NFOR ME = 0
NO APLICA = NA

FILIACIÓN	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
Número de historia clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Tipo y N° Seguro	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	5	0	5	0	0	5	5	0	5	0	0	0	0	5	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5	0	5	5	0	5	0
Antecedentes	3	3	3	3	3	0	0	3	0	0	3	3	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	3	0	3	0	3	3
SUBTOTAL	13	9	8	11	8	5	10	12	5	9	8	8	5	5	11	10	13	13	13	13	11	8	8	10	10	8	10	12	5	11	8
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
% Σ% / N°Historias clínicas		69.2	61.5	84.6	61.5	38.5	76.9	92.3	38.5	69.2	61.5	61.5	38.5	38.5	84.6	76.9	100.0	100.0	100.0	100.0	84.6	61.5	61.5	76.9	76.9	61.5	76.9	92.3	38.5	84.6	61.5
		71.0																													

NO CO+A2:Q17 NFORME = 0
NO APLICA = NA

EXAMEN CLÍNICO	CON FOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

[illegible]

c) Uso del CIE 10	4	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	4	4	4	4	4	0
SUBTOTAL	20	20	20	16	20	16	16	16	16	16	16	16	20	16	16	16	16	20	16	16	16	16	16	20	20	20	20	20	20	20	16
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
% Σ% / N°Historias clínicas		100.0	100.0	80.0	100.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	100.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	100.0	80.0	80.0	80.0	80.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	80.0
		87.3																													

NO CO+A2:Q17N FORME = 0
NO APLICA = NA

PLAN DE TRABAJO	CON FORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Interconsultas pertinentes	3	0	3	3	3	0	3	3	0	0	3	0	3	0	3	3	3	3	3	3	0	3	3	0	3	0	3	3	0	3	0
Referencia oportuna	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5
SUBTOTAL	19	13	16	15.5	16	13	15.5	14.5	12.5	12.5	16	12.5	16	13	15.5	15.5	16	16	15.5	15.5	13	16	16	12	15.5	12.5	15.5	16	12.5	15.5	12.5		
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
SUBTOTAL - Σ NA		18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5		
% Σ% / N°Historias clínicas		70.3	86.5	83.8	86.5	70.3	83.8	78.4	67.6	67.6	86.5	67.6	86.5	70.3	83.8	83.8	86.5	86.5	83.8	83.8	70.3	86.5	86.5	64.9	83.8	67.6	83.8	86.5	67.6	83.8	67.6	83.8	
		78.7																															

NO CO+A2:Q17NFO RME = 0
NO APLICA = NA

ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
a) Presuntivo coherente	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
b) Definitivo coherente	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
c) Uso del CIE 10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1

Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
% Σ% / N°Historias clínicas		66.7	66.7	33.3	66.7	33.3	33.3	66.7	33.3	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	66.7	33.3	33.3	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3
		41.1																											

NO CO+A2:Q17NFO RME = 0																															
NO APLICA = NA																															
Tratamiento	CONFOR ME	HC 1	H C 2	H C 3	H C 4	H C 5	H C 6	H C 7	H C 8	H C 9	H C 10	H C 11	H C 12	H C 13	H C 14	H C 15	H C 16	H C 17	H C 18	H C 19	H C 20	H C 21	H C 22	H C 23	H C 24	H C 25	H C 26	H C 27	H C 28	H C 29	H C 30
Medidas Generales	2	0	2	2	0	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	0
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2
Consigna presentación	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Frecuencia del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vía de administración	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL	8	6	7	7	5	7	7	7	4	5	4	7	7	7	7	5	7	5	7	5	7	6	5	5	5	7	5	5	7	5	5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
% Σ% / NºHistorias clínicas		75.0	7.5	7.5	2.5	7.5	7.5	7.5	0.0	2.5	0.0	7.5	7.5	7.5	7.5	2.5	7.5	2.5	7.5	2.5	7.5	5.0	2.5	2.5	2.5	7.5	2.5	2.5	7.5	2.5	2.5
		74.2																													

NO CO+A2:Q17N FORME = 0
NO APLICA = NA

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONF ORME	HC 1	H C 2	H C 3	HC 4	H C 5	H C 6	H C 7	H C 8	H C 9	H C 10	H C 11	H C 12	H C 13	H C 14	H C 15	H C 16	H C 17	H C 18	H C 19	H C 20	H C 21	H C 22	H C 23	H C 24	H C 25	H C 26	H C 27	H C 28	H C 29	H C 30	
Fecha y hora de evolución	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nota de Ingreso	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Apreciación subjetiva	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Apreciación objetiva	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	0	0	N A	0	0	0	N A	N A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N A	0	0	0	N A	0	0	0	0	N A	0	
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	2	0	2	0	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0
Plan de trabajo	2	2	0	0	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	2	2	0	2	2	2	0	0	0	2	0	2	2	0	
Consigna funciones vitales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	
Procedimientos realizados	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
SUBTOTAL	11	7	6	4	6	7	7	4	9	9	4	5	8	3	9	3	4	6	8	4	7	7	5	4	4	4	6	7	6	5	3	
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0	
SUBTOTAL - Σ NA		11	11	11	10.5	11	11	11	10.5	10.5	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	10.5	11	11	11	10.5	11	11	11	11	10.5	11	
% Σ% / N°Historias clínicas		63.6	54.5	36.4	57.1	63.6	63.6	36.4	85.7	85.7	36.4	45.5	72.7	27.3	81.8	27.3	36.4	54.5	72.7	36.4	66.7	63.6	45.5	36.4	38.1	36.4	54.5	63.6	54.5	47.6	27.3	
		52.4																														

NO CO+A2:Q17 NFORME = 0
NO APLICA = NA

REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Hoja de funciones vitales	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0	0.5	0
Hoja de balance hídrico	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5
Kardex	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0
Firma y sello del Profesional	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0
SUBTOTAL	3	2.5	2.5	2	2	2.5	2	2.5	1	3	2.5	2.5	2	2.5	2.5	1.5	1.5	2	2.5	2	1.5	2.5	2	1.5	2	2	2.5	1.5	2.5	1.5	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		83.3	83.3	66.7	66.7	83.3	66.7	83.3	33.3	100.0	83.3	83.3	66.7	83.3	83.3	50.0	50.0	66.7	83.3	66.7	50.0	83.3	66.7	50.0	66.7	66.7	83.3	50.0	83.3	50.0	66.7
Σ% / N°Historias clínicas		70.0																													

NO CO+A2:Q 17NFOR ME = 0
NO APLICA = NA

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	HC 22	HC 23	HC 24	HC 25	HC 26	HC 27	HC 28	HC 29	HC 30
Fecha y hora de atención	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
Tiempo de enfermedad	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	5	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
% Σ% / N°Historias clínicas		40.0	40.0	60.0	60.0	40.0	60.0	40.0	60.0	60.0	40.0	40.0	40.0	60.0	60.0	60.0	40.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	40.0	60.0	40.0	60.0	40.0	40.0	60.0
		52.0																													

Anexo N° 09
Base de datos (Tópico Cirugía)

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

FILIACIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Número de historia clínica	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Tipo y N° Seguro	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edad	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Sexo	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5
Domicilio actual	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0	0	0
Lugar de Procedencia	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Documento de identificación	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Estado Civil	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grado de instrucción	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0
Ocupación	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0.5	0.5
Religión	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5
Teléfono	0.5	0	0	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0	0.5
Acompañante	0.5	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	8	4	3	3.5	3.5	3.5	3.5	5	5.5	3.5	3.5	3.5	3.5	4	4.5	3.5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		50.0	37.5	43.8	43.8	43.8	43.8	62.5	68.8	43.8	43.8	43.8	43.8	50.0	56.3	43.8
Σ% / N°Historias clínicas		47.9														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ANAMNESIS	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	5	0	5	0	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	0
SUBTOTAL	13	8	11	8	11	8	13	11	13	8	6	6	6	5	8	5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
%		61.5	84.6	61.5	84.6	61.5	100.0	84.6	100.0	61.5	46.2	46.2	46.2	38.5	61.5	38.5
Σ% / N°Historias clínicas		65.1														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peso	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	0	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2
Examen clínico regional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	0	4	4	4
SUBTOTAL	10	7	6	7	9	6	7	8	6	6	4	6	4	8	6	8
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
%		70.0	60.0	70.0	90.0	60.0	70.0	80.0	60.0	60.0	40.0	60.0	40.0	80.0	60.0	80.0
Σ% / N°Historias clínicas		65.3														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

DIAGNOSTICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	8	8	8	8	8	0	8	8	0	8	8	8	0	8	8	8
b) Definitivo coherente	8	8	0	8	8	8	8	8	8	0	8	8	8	8	0	0
c) Uso del CIE 10	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
SUBTOTAL	20	16	12	16	16	8	16	16	8	8	16	16	8	16	8	12
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
%		80.0	60.0	80.0	80.0	40.0	80.0	80.0	40.0	40.0	80.0	80.0	40.0	80.0	40.0	60.0
Σ% / N°Historias clínicas		64.0														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	4	4	0	4	4	4	4	4	0	4	0	4	4	0
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	0	4	0
Interconsultas pertinentes	3	3	NA	0	3	0	NA	3	3	0	0	3	3	0	3	3
Referencia oportuna	3	NA	NA	NA	3	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0
SUBTOTAL	19	11	12	10	14	12.5	12.5	15.5	16	8	8.5	15	12	9	15	7.5
Σ NA (CU=0.5)		0.5	1	0.5	0	0.5	1	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		18.5	18	18.5	19	18.5	18	19	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5
%		59.5	66.7	54.1	73.7	67.6	69.4	81.6	86.5	43.2	45.9	81.1	64.9	48.6	81.1	40.5
Σ% / N°Historias clínicas		64.3														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0
b) Definitivo coherente	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0
c) Uso del CIE 10	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		66.7	66.7	33.3	33.3	66.7	66.7	33.3	66.7	66.7	33.3	33.3	66.7	66.7	66.7	33.3
Σ% / N°Historias clínicas		53.3														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

Tratamiento	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Medidas Generales	2	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	0
Consigna presentación	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Dosis del medicamento	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Frecuencia del medicamento	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
Vía de administración	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL	8	4	5	5	7	7	4	4	4	7	5	4	5	5	8	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		50.0	62.5	62.5	87.5	87.5	50.0	50.0	50.0	87.5	62.5	50.0	62.5	62.5	100.0	37.5
Σ% / N°Historias clínicas		64.2														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de evolución	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nota de Ingreso	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Apreciación subjetiva	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Apreciación objetiva	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0
Verificación del tratamiento y dieta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Interpretación de exámenes y comentario	2	2	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2	0	2

Plan de trabajo	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2
Consigna funciones vitales	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
Procedimientos realizados	1	NA	0	NA	0	1	0	0	NA	NA	0	0	1	0	1	0
SUBTOTAL	11	8	1	7	5	8	8	3	6	5	5	2	4	7	8	7
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10.5	11	10.5	11	11	11	11	10.5	10.5	11	11	11	11	11	11
%		76.2	9.1	66.7	45.5	72.7	72.7	27.3	57.1	47.6	45.5	18.2	36.4	63.6	72.7	63.6
Σ% / N°Historias clínicas		51.7														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

REGISTROS OBSTETRICIA ENFERMERÍA	DE Y/O	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Notas obstetricia y/o enfermería		0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0
Hoja de funciones vitales		0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5
Hoja de balance hídrico		0.5	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0
Kardex		0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0
Firma y sello del Profesional		0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0.5
SUBTOTAL		3	2	1.5	2.5	1.5	2	2	2.5	2.5	2.5	2	2	2	2	1.5	1.5
Σ NA (CU=0.5)			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%			66.7	50.0	83.3	50.0	66.7	66.7	83.3	83.3	83.3	66.7	66.7	66.7	66.7	50.0	50.0
Σ% / N°Historias clínicas			66.7														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	5	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
%		40.0	60.0	40.0	40.0	40.0	60.0	40.0	40.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0
Σ% / N°Historias clínicas		52.0														

Anexo N° 10

Base de datos (Tòpico Traumatología)

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

FILIACIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Número de historia clínica	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Tipo y N° Seguro	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Edad	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Sexo	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Domicilio actual	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0
Lugar de Procedencia	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0
Documento de identificación	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Estado Civil	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grado de instrucción	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0	0	0
Ocupación	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5
Religión	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5
Teléfono	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0
Acompañante	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0	0
SUBTOTAL	8	3.5	2.5	3	3.5	3	3.5	2.5	4	4.5	4.5	3	3.5	4.5	4.5	2.5	4	3	5.5	4	4.5	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		43.8	31.3	37.5	43.8	37.5	43.8	31.3	50.0	56.3	56.3	37.5	43.8	56.3	56.3	31.3	50.0	37.5	68.8	50.0	56.3	37.5
Σ% / N°Historias clínicas		45.5																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

ANAMNESIS	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de atención	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Signos y síntomas principales	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Antecedentes	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	3	3	0
SUBTOTAL	13	6	5	8	7	8	6	6	6	8	8	8	8	6	5	8	6	6	5	6	8	5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
% Σ% / N°Historias clínicas		46.2	38.5	61.5	53.8	61.5	46.2	46.2	46.2	61.5	61.5	61.5	61.5	46.2	38.5	61.5	46.2	46.2	38.5	46.2	61.5	38.5
		50.9																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																						
NO APLICA = NA																						
EXAMEN CLÍNICO	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puntaje de Escala de Glasgow	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
Peso	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Examen clínico regional	4	0	4	0	0	0	0	0	4	4	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	10	1	5	3	2	3	2	5	7	8	6	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	2
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
% Σ% / N°Historias clínicas		10.0	50.0	30.0	20.0	30.0	20.0	50.0	70.0	80.0	60.0	20.0	20.0	30.0	40.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	20.0
		29.0																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																						
NO APLICA = NA																						
DIAGNOSTICO	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
a) Presuntivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
b) Definitivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0
c) Uso del CIE 10	4	0	4	0	0	0	0	4	0	0	4	4	4	0	0	4	0	4	4	0	0	0
SUBTOTAL	20	16	20	16	16	16	16	20	16	8	20	20	20	16	16	20	16	20	20	16	16	8
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
%		80.0	100.0	80.0	80.0	80.0	80.0	100.0	80.0	40.0	100.0	100.0	100.0	80.0	80.0	100.0	80.0	100.0	100.0	80.0	80.0	40.0
Σ% / N°Historias clínicas		83.8																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																						
NO APLICA = NA																						
PLAN DE TRABAJO	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4
Interconsultas pertinentes	3	3	3	NA	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	NA	3	3
Referencia oportuna	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	0	3	3	3	3	0	3	3	0	3
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Procedimientos Historia Clínica	en	0.5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
SUBTOTAL		19	15.5	15.5	12.5	15.5	15.5	15.5	15.5	12.5	15.5	12.5	15.5	12.5	15.5	15.5	15.5	8.5	11.5	12.5	12.5	15.5	
Σ NA (CU=0.5)			1	1	1.5	1	1	1	1	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.5	0.5	0.5	
SUBTOTAL - Σ NA			18	18	17.5	18	18	18	18	18.5	18	18	18	18	18	18	18	18	18	17.5	18.5	18.5	
% Σ% / N°Historias clínicas			86.1	86.1	71.4	86.1	86.1	86.1	86.1	67.6	86.1	69.4	86.1	69.4	86.1	86.1	86.1	86.1	47.2	63.9	71.4	67.6	83.8
			78.3																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																						
NO APLICA = NA																						
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
a) Presuntivo coherente	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
b) Definitivo coherente	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
c) Uso del CIE 10	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
SUBTOTAL	3	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
% Σ% / N°Historias clínicas		33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	66.7	33.3	100.0	66.7	33.3	66.7	66.7	66.7	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3
		44.4																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																							
NO APLICA = NA																							
Tratamiento	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17		HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Medidas Generales	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2		2	0	2	0
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2																						
Consigna presentación	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
Dosis del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		1	1	1	1
Frecuencia del medicamento	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1		1	1	0	1
Vía de administración	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1
SUBTOTAL	8	6	5	7	5	7	7	4	7	4	5	4	7	5	6	6	3	6		7	5	4	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	8
% Σ% / N°Historias clínicas		75.0	62.5	87.5	62.5	87.5	87.5	50.0	87.5	50.0	62.5	50.0	87.5	62.5	75.0	75.0	37.5	75.0		87.5	62.5	50.0	37.5
NO CO+A2:Q17NFORM E = 0		67.3																					
NO APLICA = NA																							

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de evolución	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nota de Ingreso	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
Apreciación subjetiva	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
Apreciación objetiva	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0
Verificación del tratamiento y dieta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0

Plan de trabajo	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	0	0	2
Consigna funciones vitales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Procedimientos realizados	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
SUBTOTAL	11	6	8	4	8	9	7	9	9	8	4	9	6	8	6	5	7	8	6	5	6	5
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5	10.5
% Σ% / N°Historias clínicas		57.1	76.2	38.1	76.2	85.7	66.7	85.7	85.7	76.2	38.1	85.7	57.1	76.2	57.1	47.6	66.7	76.2	57.1	47.6	57.1	47.6
		64.9																				

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																							
NO APLICA = NA																							
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21	
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
Hoja de funciones vitales	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	
Hoja de balance hídrico	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	
Kardex	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	
Firma y sello del Profesional	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	
SUBTOTAL	3	3	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	1.5	2.5	2	2	2.5	2	2.5	2	3	2	1.5	2.5	2	2.5	2	
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
% Σ% / N°Historias clínicas		100. 0	83.3	83.3	83.3	83.3	83.3	50.0	83.3	66.7	66.7	83.3	66.7	83.3	66.7	100.0	66.7	50.0	83.3	66.7	83.3	66.7	
		76.2																					

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																						
NO APLICA = NA																						
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFOR ME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15	HC 16	HC 17	HC 18	HC 19	HC 20	HC 21
Fecha y hora de atención	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tiempo de enfermedad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1
Signos y síntomas principales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1																					
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	2	2	2	3	2	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
% Σ% / N°Historias clínicas		60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	40.0	20.0	40.0	60.0	40.0	40.0	40.0	60.0	40.0	60.0
		52.4																				

Anexo N° 11

Base de datos (Otros Tópicos)

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
FILIACIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Número de historia clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5
Tipo y N° Seguro	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0.5	0	0	0.5
Edad	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Sexo	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Domicilio actual	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5

Lugar de Procedencia	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5
Documento de identificación	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Estado Civil	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Grado de instrucción	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0
Ocupación	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Religión	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5
Teléfono	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Acompañante	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0	0.5
SUBTOTAL	8	6.5	7	7	5.5	6.5	7	6	6.5	6	7	7	6.5	7.5	6.5	6.5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		81.3	87.5	87.5	68.8	81.3	87.5	75.0	81.3	75.0	87.5	87.5	81.3	93.8	81.3	81.3
Σ% / N°Historias clínicas		82.5														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
ANAMNESIS	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	2	0	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	2	2	0	0
Tiempo de enfermedad	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
Signos y síntomas principales	2	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antecedentes	3	3	3	3	0	0	0	0	3	0	3	0	3	3	3	3
SUBTOTAL	13	4	5	5	4	3	3	3	5	5	4	3	6	5	5	3
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
%		30.8	38.5	38.5	30.8	23.1	23.1	23.1	38.5	38.5	30.8	23.1	46.2	38.5	38.5	23.1
Σ% / N°Historias clínicas		32.3														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Puntaje de Escala de Glasgow	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Examen clínico regional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
SUBTOTAL	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	9	10
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
%		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	90.0	100.0	100.0	100.0	90.0	100.0
Σ% / N°Historias clínicas		98.7														
NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
DIAGNOSTICO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
b) Definitivo coherente	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
c) Uso del CIE 10	4	4	0	4	4	4	4	0	0	4	0	4	4	4	4	4
SUBTOTAL	20	20	16	20	20	20	20	16	16	20	16	20	20	20	20	20
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
%		100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	80.0	80.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Σ% / N°Historias clínicas		94.7														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	0	4	4	4	4	4
Interconsultas pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	NA	3
Referencia oportuna	3	NA	NA	NA	NA	NA	3	NA	3	3	3	NA	NA	NA	NA	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0.5
SUBTOTAL	19	16	15.5	15.5	16	15.5	18.5	15	14	17.5	14.5	11.5	15	15.5	12	15.5
Σ NA (CU=0.5)		0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0	0	0	0.5	0.5	0.5	1	0.5
SUBTOTAL - Σ NA		18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	19	18.5	19	19	19	18.5	18.5	18.5	18	18.5
%		86.5	83.8	83.8	86.5	83.8	97.4	81.1	73.7	92.1	76.3	62.2	81.1	83.8	66.7	83.8
Σ% / N°Historias clínicas		81.5														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
a) Presuntivo coherente	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0
b) Definitivo coherente	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
c) Uso del CIE 10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1
SUBTOTAL	3	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		33.3	66.7	66.7	66.7	100.0	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	33.3
Σ% / N°Historias clínicas		64.4														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

Tratamiento	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Medidas Generales	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	0
Consigna presentación	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
Dosis del medicamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Frecuencia del medicamento	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0
Vía de administración	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
SUBTOTAL	8	7	6	3	6	7	4	5	4	6	5	6	7	3	3	4
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
%		87.5	75.0	37.5	75.0	87.5	50.0	62.5	50.0	75.0	62.5	75.0	87.5	37.5	37.5	50.0
Σ% / N°Historias clínicas		63.3														

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de evolución	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1
Nota de Ingreso	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1
Apreciación subjetiva	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0
Apreciación objetiva	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
Verificación del tratamiento y dieta	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0
Plan de trabajo	2	2	2	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0
Consigna funciones vitales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Procedimientos realizados	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0
SUBTOTAL	11	9	7	7	5	9	5	9	7	7	4	10	5	9	7	5

Σ NA (CU=0.5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
%	81.8	63.6	63.6	45.5	81.8	45.5	81.8	63.6	63.6	36.4	90.9	45.5	81.8	63.6	45.5	
Σ% / N°Historias clínicas	63.6															

NO CO+A2:Q17NFORME = 0
NO APLICA = NA

REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0	0	0.5	0.5	0.5	0.5
Hoja de funciones vitales	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5
Hoja de balance hídrico	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0	0.5	0.5
Kardex	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0.5
Firma y sello del Profesional	0.5	0	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0
SUBTOTAL	3	2	2.5	2.5	2	2	2	2	2.5	2.5	2	1.5	2	2	2.5	2.5
Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
%		66.7	83.3	83.3	66.7	66.7	66.7	66.7	83.3	83.3	66.7	50.0	66.7	66.7	83.3	83.3
Σ% / N°Historias clínicas		72.2														
NO CO+A2:Q17NFORME = 0																
NO APLICA = NA																

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	HC 1	HC 2	HC 3	HC 4	HC 5	HC 6	HC 7	HC 8	HC 9	HC 10	HC 11	HC 12	HC 13	HC 14	HC 15
Fecha y hora de atención	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
Tiempo de enfermedad	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0
Signos y síntomas principales	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0
Antecedentes	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0
SUBTOTAL	5	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	1

Σ NA (CU=0.5)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL - Σ NA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
%		60.0	40.0	60.0	60.0	60.0	40.0	60.0	60.0	60.0	60.0	40.0	60.0	80.0	20.0	
Σ% / N°Historias clínicas		54.7														

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2024.

Bach. Aymin Rosita Quesada Martínez

Unidad de Posgrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional

San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, Perú

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1958-8374>

Asesor: Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, Perú

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7823-6230>

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de los registros clínicos en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho durante octubre de 2024.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. De 195 historias clínicas se seleccionaron 117 mediante muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional: Medicina (30), Ginecología (21), Traumatología (21), Pediatría (15), Cirugía (15) y otros tópicos (15). La información se obtuvo mediante revisión documental, utilizando la ficha de evaluación establecida en la Norma Técnica de Salud NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Los ítems “No aplica” fueron descontados del puntaje máximo para obtener un Puntaje Máximo Esperado específico para cada historia clínica. Resultados: El análisis por dimensiones evidenció los siguientes niveles de cumplimiento: datos de filiación (60,1%), anamnesis (63,0%), examen clínico (67,3%), diagnóstico (80,4%), plan de trabajo (76,1%), especificaciones del alta (53,9%), tratamiento (70,3%), notas de evolución (59,5%), registros de obstetricia/enfermería (75,6%) y atributos formales de la historia clínica (50,9%).

La calidad varió notablemente entre especialidades, alcanzando en Ginecología un nivel "Por Mejorar" (81,7%), mientras que Medicina (63,8%), Cirugía (59,5%), Traumatología (59,3%), Pediatría (59,2%) y otros tópicos (70,8%) obtuvieron una calificación deficiente. Conclusión: La calidad global de los registros clínicos fue deficiente, con mayores limitaciones en aspectos relacionados con la validez formal, las indicaciones de egreso y la continuidad documentada de la atención. Los resultados respaldan la necesidad de fortalecer la auditoría de historias clínicas, la capacitación del personal y las estrategias orientadas a mejorar la calidad del registro.

Palabras clave: Calidad de la Atención; Historias Clínicas; Servicio de Emergencia; Auditoría Clínica; Seguridad del Paciente.

Abstract

Objective: To determine the quality level of clinical records in the Emergency Department of the Hospital Regional de Ayacucho during October 2024.

Methods: A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study was conducted. From a population of 195 medical records, 117 were selected through proportional stratified probability sampling: Medicine (30), Gynecology (21), Traumatology (21), Pediatrics (15), Surgery (15), and other clinical areas (15). Data were collected through documentary review using the assessment form established by the Peruvian Ministry of Health in Technical Health Standard NTS No. 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Items classified as "Not applicable" were deducted from the maximum score to obtain a specific Expected Maximum Score for each medical record.

Results: Dimension-specific compliance rates were: patient identification data (60.1%), medical history/anamnesis (63.0%), physical examination (67.3%), diagnosis (80.4%),

work plan (76.1%), discharge instructions (53.9%), medical treatment (70.3%), progress notes (59.5%), obstetric/nursing records (75.6%), and intrinsic attributes of the clinical record (50.9%). Quality varied significantly across clinical areas: Gynecology achieved a "To Improve" level (81.7%), whereas Internal Medicine (63.8%), Surgery (59.5%), Traumatology (59.3%), Pediatrics (59.2%), and other units (70.8%) were categorized as poor. Conclusion: The overall quality of clinical records was deficient, with the greatest limitations involving formal validity, discharge instructions, and documented continuity of care. These findings support the need to strengthen medical record auditing, staff training, and strategies aimed at improving the quality and completeness of clinical documentation.

Keywords: Quality of Care; Medical Records; Emergency Service; Clinical Audit; Patient Safety.

Introducción

La calidad de la información clínica es un componente importante para la seguridad y continuidad de la atención. La historia clínica no solo cumple una función administrativa, sino que constituye el principal documento médico-legal de la atención y facilita la toma de decisiones durante el proceso asistencial. Esta importancia es particularmente evidente en los servicios de urgencia y emergencia, donde la disponibilidad de registros completos y claros puede favorecer la continuidad de los cuidados y reducir riesgos asociados a la atención.

La literatura internacional muestra que persisten dificultades en la calidad de la documentación clínica en estos servicios. En Irán, Mashoufi y Khorasani-Zavareh [1] encontraron una completitud de 57,3% en los formularios clínicos de urgencias. En un hospital universitario de Egipto, El-Metwally et al. [2] reportaron

un 61,9% de historias de trauma completamente registradas, con omisiones en diferentes secciones administrativas y clínicas. Asimismo, Ghasemi et al. [3] observaron en Irán que, aunque algunos campos alcanzaban una completitud de 86,8%, la accesibilidad efectiva a información clínica relevante era de 62,1%, lo que podía dificultar su utilización durante la atención de pacientes en situaciones críticas.

Las deficiencias en la documentación clínica pueden tener implicancias para la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los errores de medicación, relacionados con registros ilegibles, ambiguos o incompletos, ocasionan al menos una muerte diaria y afectan a más de 1,3 millones de personas cada año únicamente en Estados Unidos [4]. En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que el 42,8% de los países aún se encuentra en etapas iniciales de adopción de sistemas estandarizados de información en salud, lo que limita la disponibilidad de datos clínicos con la calidad necesaria para una atención segura [5].

En el contexto peruano, las evaluaciones de las historias clínicas muestran brechas persistentes entre lo establecido por la normativa y la práctica documental. En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Pablo-Rocano [6] encontró deficiencias en el 100% de las historias clínicas de pacientes fallecidos en emergencia, principalmente por omisiones en los datos de filiación y en el relato de la enfermedad actual. En Chiclayo, Castro Montoya y Malca [7] reportaron que el 45,9% de las notas de atención fueron calificadas como de mala calidad. De manera similar, Reyes et al. [8] encontraron que el 73,8% de los expedientes de emergencia quirúrgica del Centro Médico Naval se ubicaron en la categoría “por mejorar”. En Cajamarca, Urcia Miranda [9] identificó un 62,42% de historias clínicas deficientes, mientras que Antezana [10] observó

incumplimiento de los parámetros de legalidad en el 100% de las anotaciones evaluadas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Por su parte, Pérez [11] reportó en el Hospital II de Abancay una calidad predominantemente regular tanto en los registros manuales como electrónicos, con omisiones en la anamnesis y los exámenes complementarios.

Para abordar estas deficiencias, el Ministerio de Salud del Perú ha establecido un marco normativo que comprende la Ley General de Salud N.º 26842 [42], el Decreto Supremo N.º 016-2005-SA [27], la Ley N.º 29414 [43], la Resolución Ministerial N.º 139-2016/MINSA sobre el modelo de atención integral [28], la Resolución Ministerial N.º 505-2019/MINSA, que aprueba la NTS N.º 139-MINSA/2018/DGIESP para la gestión de la historia clínica [44], y la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 para la auditoría de la calidad de la atención en salud [31,49]. Pese a este marco regulatorio, persisten deficiencias en la calidad del registro clínico en los establecimientos públicos de salud.

En Ayacucho, el Hospital Regional constituye un establecimiento de nivel II-2 que atiende una demanda amplia y diversa de urgencias y emergencias. Sin embargo, no se disponía de estudios locales actualizados que evaluaran de manera integral la calidad de la documentación clínica en sus diferentes tópicos asistenciales. En este contexto, la investigación buscó fue determinar la calidad de estos registros y generar evidencia local que contribuya a orientar acciones de mejora en la gestión de los servicios de salud.

Método

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, basado en historias clínicas físicas correspondientes a octubre de 2024 [45,46]. La población estuvo constituida por 195 historias clínicas físicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante el periodo de estudio

(N = 195). Para la selección se estableció un marco muestral correspondiente a los registros generados los martes y jueves, entre las 13:00 y 19:00 horas, considerando únicamente aquellos disponibles y ubicables físicamente en el archivo central o periférico de la unidad de emergencia. Se incluyeron las historias clínicas que cumplieran estas condiciones durante octubre de 2024 y se excluyeron aquellas bajo resguardo por procesos judiciales o auditorías legales externas, así como las correspondientes a otros días u horarios [47,48].

El cálculo arrojó un tamaño muestral de 116,78 historias clínicas, que se redondeó a 117 registros (n = 117). La selección se realizó mediante muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional, tomando como estratos los diferentes tópicos de atención asistencial. La distribución de la muestra quedó establecida de la siguiente manera:: Medicina (30), Ginecología (21), Traumatología (21), Pediatría (15), Cirugía (15) y otros tópicos (15). El tamaño muestral se calculó para estimar una proporción en población finita, con 95% de confianza, 5% de error, proporción esperada de calidad adecuada de 74,8% (p) y q = 25,2%, obteniéndose 116,82 registros, redondeados a 117 [47,48]. La calidad del registro se evaluó mediante revisión documental y auditoría retrospectiva, utilizando la ficha establecida en la Norma Técnica de Salud NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 [29], que comprende diez dimensiones y un puntaje ideal de 100 puntos. Los ítems “No aplica” se descontaron del puntaje máximo para obtener un Puntaje Máximo Esperado (PME) específico por historia clínica. El cumplimiento se expresó como porcentaje del puntaje obtenido respecto del PME y se clasificó como satisfactorio (90,0%–100,0%), por mejorar (75,0%–89,0%) o deficiente (<75,0%) [29].

Consideraciones Éticas

El estudio contó con la autorización administrativa de la Dirección Ejecutiva y la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ayacucho. Al tratarse de una revisión retrospectiva de historias clínicas, se protegió la confidencialidad mediante la codificación de los datos, sin registrar nombres, documentos de identidad u otros elementos identificatorios de pacientes o personal asistencial. El acceso a la información se restringió a los datos necesarios para los fines de la investigación.

Resultados

El cumplimiento global de los criterios de calidad del registro clínico fue de 65,7% en las historias clínicas evaluadas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho. De acuerdo con los puntos de corte establecidos en la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, este resultado corresponde a la categoría de calidad “deficiente”. Al analizar los resultados según las dimensiones evaluadas, se observaron diferencias en el nivel de cumplimiento (Tabla 1). Las mayores proporciones correspondieron a las dimensiones de Diagnósticos, con 80,4%; Plan de trabajo, con 76,1%; y Registro de obstetricia y/o enfermería, con 75,6%, todas clasificadas como “Por mejorar” según los criterios de la normativa. En contraposición, las dimensiones de validez formal y legal de la historia clínica (atributos extrínsecos, 50.9%), especificaciones de alta (53.9%) y notas de evolución médica de los pacientes en observación (59.5%) mostraron los niveles de cumplimiento más deficientes del hospital.

Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento global de la calidad de registro por dimensión clínica

Dimensión Evaluada (NTS N.º 029)	Porcentaje de Cumplimiento (%)	Nivel de Calidad (Categoría)
---	---	---

Diagnósticos	80.40%	Por Mejorar
Plan de Trabajo	76.10%	Por Mejorar
Registros de Obstetricia y/o Enfermería	75.60%	Por Mejorar
Tratamiento	70.30%	Deficiente
Examen Clínico	67.30%	Deficiente
Anamnesis	63.00%	Deficiente
Datos de Filiación	60.10%	Deficiente
Notas de Evolución (Observación)	59.50%	Deficiente
Especificaciones de Alta	53.90%	Deficiente
Atributos de la Historia Clínica (Forma/Legal)	50.90%	Deficiente
PROMEDIO GLOBAL	65.70%	DEFICIENTE

El análisis por tópicos asistenciales (Tabla 2) mostró diferencias en el nivel de cumplimiento de los registros clínicos. Ginecología presentó el mayor resultado global, con 81,7%, correspondiente a la categoría ***“Por mejorar”***. Sus mayores niveles de cumplimiento se observaron en los Registros de Obstetricia y/o Enfermería (96,0%), Examen Clínico (92,9%), Diagnósticos (92,4%) y Anamnesis (91,2%).

En los demás tópicos, el cumplimiento fue clasificado como ***“Deficiente”***. Medicina alcanzó 63,8%, seguida de Cirugía (59,5%) y Traumatología (59,3%). Pediatría presentó el menor cumplimiento global, con 59,2%, y registró los valores más bajos en Atributos de la Historia Clínica (46,7%), Especificaciones de Alta (48,9%) y Datos de Filiación (49,8%).

En Traumatología, el Examen Clínico alcanzó 29,0% de cumplimiento. Este resultado muestra una baja frecuencia de registro de las evaluaciones neurovasculares periféricas, aspecto relevante para la valoración de pacientes con lesiones traumáticas agudas.

Tabla 2. Cumplimiento por dimensión de calidad asistencial y tópicos de emergencia (%)

Dimensión Evaluada (%)	Pediatría	Ginecologia	Medicina	Cirugía	Trauma.	Otros	Global
Datos de Filiación	49.8	82.9	51.9	47.9	45.5	82.5	60.1
Anamnesis o Interrogatorio	67.2	91.2	71	65.1	50.9	32.3	63
Examen Clínico	58.7	92.9	59.3	65.3	29	98.7	67.3
Diagnósticos	60	92.4	87.3	64	83.8	94.7	80.4
Plan de Trabajo	70.8	82.8	78.7	64.3	78.3	81.5	76.1
Especificaciones de Alta	48.9	71.4	41.1	53.3	44.4	64.4	53.9
Tratamiento	62.5	90.5	74.2	64.2	67.3	63.3	70.3
Notas de Evolución médica	55.6	68.8	52.4	51.7	64.9	63.6	59.5
Registro Enfermería/Obstet.	72.2	96	70	66.7	76.2	72.2	75.6
Atributos de la Historia Clínica	46.7	47.6	52	52	52.4	54.7	50.9
Promedio Por Tópico	59.2	81.7	63.8	59.5	59.3	70.8	65.7

Discusión

La principal contribución teórica y de gestión sanitaria de esta investigación radica en evidenciar y estructurar la paradoja de la documentación clínica en emergencias. Esta paradoja describe un comportamiento sistemático del personal asistencial, consistente en priorizar y registrar de manera prolija aquellas secciones asociadas de forma directa a la toma de decisiones asistenciales de respuesta inmediata (tales como diagnósticos, 80.4%; y plan de trabajo, 76.1%), mientras que se omiten o cumplimentan con negligencia las dimensiones formales, legal-administrativas o de seguridad en la continuidad del cuidado (tales como atributos extrínsecos, 50.9%; y especificaciones de alta, 53.9%). Desde el enfoque de evaluación de la calidad de la atención propuesto por Donabedian [30], la historia clínica constituye una fuente relevante para valorar cómo se desarrollan los procesos asistenciales. En este marco, el nivel global de cumplimiento observado en el Hospital Regional de Ayacucho (65,7%) evidencia limitaciones en la calidad de los registros evaluados. Este resultado podría estar relacionado con las condiciones propias de la atención en emergencia, donde la presión asistencial, el volumen de pacientes y la necesidad de priorizar intervenciones clínicas pueden dificultar el registro completo y oportuno de la información. Esta posible relación ha sido señalada también en estudios previos que describen dificultades en el cumplimiento de los estándares documentales en contextos de elevada demanda asistencial [31, 32].

Las diferencias observadas entre las dimensiones evaluadas pueden estar relacionadas con las condiciones en las que se desarrolla la atención en los servicios de emergencia. La elevada demanda asistencial y la variabilidad en el flujo de pacientes pueden reducir el tiempo disponible para completar de manera detallada la documentación clínica, situación que ha sido descrita como un factor que dificulta el cumplimiento integral de los registros [33]. A ello pueden

sumarse las limitaciones propias del registro manual en historias clínicas físicas, particularmente cuando la atención se desarrolla bajo presión de tiempo, lo que puede favorecer omisiones o registros poco legibles [34, 35].

Aunque estos aspectos pueden parecer secundarios frente a la atención inmediata del paciente, la información consignada en la historia clínica cumple funciones asistenciales, administrativas y médico-legales. Por ello, las deficiencias en su registro pueden generar dificultades para reconstruir posteriormente las decisiones adoptadas durante la atención y constituir una fuente de vulnerabilidad tanto para el establecimiento como para los profesionales involucrados [36].

Al comparar el resultado global obtenido en el presente estudio con investigaciones realizadas en otros contextos, se encuentran valores de cumplimiento relativamente similares. En Portugal, Silva y colaboradores reportaron una completitud global de 60,0% en los registros de atención de emergencia y observaron una asociación inversa entre el número de pacientes atendidos por turno y la legibilidad de los registros [37]. Por su parte, Johnson y colaboradores, en el Reino Unido, informaron una completitud promedio de 65% en historias clínicas de emergencia pediátrica, con mayores omisiones en los apartados correspondientes a alergias y antecedentes familiares [38]. Estos resultados guardan cierta similitud con el nivel de cumplimiento de 63,0% encontrado en la dimensión de Anamnesis en nuestro estudio, aunque las diferencias en las poblaciones, contextos asistenciales e instrumentos de evaluación deben considerarse al interpretar esta comparación. En Grecia, Papadopoulos demostró que, aunque la firma del médico se halla en el 80% de los casos, solo la mitad de las notas de evolución médica cumplían con el formato

estructurado SOAP, coincidiendo con la fragilidad evidenciada en nuestra dimensión de Notas de Evolución en observación (59.5%) [39].

La variabilidad interservicios registrada en nuestro estudio también encuentra respaldo en auditorías internacionales. La pobre calidad de documentación hallada en nuestro tópico de Cirugía (59.5%) converge con los hallazgos de Al-Mansoori, quien en Omán reportó que el 60% de los planes de tratamiento quirúrgico carecían de descripciones de procedimientos indispensables [40]. Por el contrario, el tópico de Ginecología del Hospital Regional de Ayacucho, que alcanzó un nivel aceptable de 81.7%, se asemeja al comportamiento descrito por Wang, donde las especialidades de gineco-obstetricia demuestran mayor rigurosidad en el llenado debido al uso extendido de partogramas y formatos obstétricos semi-estructurados de marcado obligatorio [41]. El menor nivel de cumplimiento observado en Pediatría (59,2%), particularmente en las dimensiones de anamnesis y filiación, presenta similitudes con lo descrito por Ahmed en Egipto, quien identificó dificultades en la documentación de la atención pediátrica en los servicios de emergencia. Entre los factores señalados se encuentran la necesidad de actuar con rapidez y la dependencia de información proporcionada por familiares u otros acompañantes, condiciones que pueden dificultar la recopilación y el registro completo de los antecedentes del paciente [42].

En relación con los registros de enfermería, el cumplimiento alcanzó 75,6% en las historias clínicas evaluadas, ubicándose en la categoría de “Por mejorar”. Este resultado guarda relación con lo informado por Ramírez en Colombia, donde se observaron mayores niveles de completitud en el registro de funciones vitales y tratamientos por parte del personal de enfermería, mientras que la documentación de las orientaciones proporcionadas al paciente al

momento del alta presentó mayores limitaciones [43]. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el grado de cumplimiento puede variar según el tipo de información que debe registrarse y las actividades asistenciales desarrolladas por cada grupo profesional.

En el contexto nacional, los resultados obtenidos muestran que persisten brechas en determinados componentes del registro clínico que requieren atención. En Pediatría, la coincidencia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico definitivo alcanzó 75%, resultado comparable con lo informado por Hernández en México [44] y con los hallazgos descritos por Singh en el área de traumatología [45]. Estas similitudes deben interpretarse considerando las diferencias entre los establecimientos, poblaciones e instrumentos utilizados en cada investigación.

Una de las principales limitaciones identificadas en nuestro estudio correspondió al registro de la valoración regional vascular en Traumatología, cuyo cumplimiento fue de 29,0%. Esta omisión adquiere especial relevancia en pacientes con fracturas expuestas o traumatismos de mayor gravedad, debido a que la documentación de la perfusión distal y del estado neurológico constituye un elemento importante para valorar la evolución del paciente y reconocer oportunamente posibles complicaciones. En este sentido, la ausencia de estos datos en la historia clínica puede dificultar la reconstrucción del estado neurovascular del paciente durante la atención y limitar la continuidad de la evaluación clínica [45].

Los resultados obtenidos también presentan similitudes con investigaciones realizadas en otros establecimientos del país. En Lima, Flores encontró que 68% de las historias clínicas físicas evaluadas presentaban una letra legible, aunque persistían deficiencias en el registro de antecedentes de

alergias y medicamentos [46]. Este último aspecto puede relacionarse con las limitaciones observadas en la dimensión de Filiación en Ayacucho, cuyo cumplimiento alcanzó 60,1%, aunque las diferencias metodológicas entre ambos estudios impiden establecer una equivalencia directa.

En Arequipa, Mamani reportó un cumplimiento global de 62,0% y señaló al plan de alta como uno de los componentes con menor nivel de registro, con 50,0% de cumplimiento [47]. Este resultado resulta comparable con el 53,9% encontrado para este componente en nuestro estudio. Por otra parte, Pérez identificó errores en 35% de las prescripciones realizadas en un servicio de emergencia de Trujillo, hallazgo que permite contextualizar las dificultades encontradas en la dimensión de Tratamiento, cuyo cumplimiento fue de 70,3% en Ayacucho [48].

Finalmente, Huamán reportó en Cusco un cumplimiento global de 55,0% respecto de los atributos extrínsecos establecidos para la documentación clínica [49]. Este antecedente guarda relación con las deficiencias identificadas en Ayacucho en aspectos vinculados con la validez formal de los registros, particularmente la presencia de firmas, sellos, fechas y horas. La ausencia de estos elementos reduce la integridad del documento clínico y puede dificultar la identificación del profesional responsable y la reconstrucción cronológica de la atención, especialmente en documentos físicos.

Los resultados muestran que las deficiencias identificadas en el registro clínico tienen implicancias que trascienden el cumplimiento formal de la normativa. En particular, las limitaciones encontradas en la dimensión de Filiación pueden dificultar la adecuada identificación y trazabilidad de los pacientes, aspectos relevantes para la continuidad de la atención y la gestión de la información sanitaria. Del mismo modo, el cumplimiento de 53,9% en el

registro de las indicaciones al alta evidencia que una proporción importante de las historias clínicas no contiene de manera completa la información correspondiente al cierre de la atención. La ausencia o insuficiencia de indicaciones sobre signos de alarma, tratamiento y recomendaciones para el seguimiento puede limitar la disponibilidad de información necesaria para orientar al paciente después de su salida del establecimiento.

Una situación similar se observa en las notas de evolución, cuyo cumplimiento alcanzó 59,5%. La documentación incompleta de la evolución clínica puede dificultar la continuidad de la atención, especialmente durante los cambios de turno, cuando el equipo que recibe al paciente depende de la información registrada para conocer su evolución, las intervenciones realizadas y la respuesta al tratamiento. Por ello, aunque el presente estudio no permite establecer una relación causal entre las deficiencias documentales y la ocurrencia de eventos adversos o reingresos, los hallazgos identifican áreas del registro que deberían ser priorizadas en las estrategias de mejora de la calidad asistencial.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. La evaluación se realizó durante octubre de 2024 y en un único hospital público, por lo que los hallazgos podrían variar en otros periodos del año o en establecimientos con características asistenciales diferentes. En particular, las variaciones en el volumen y tipo de demanda pueden modificar las condiciones en las que se realiza el registro de las historias clínicas. Por esta razón, los resultados no deben extrapolarse directamente a otros establecimientos sin considerar sus particularidades.

Entre las fortalezas del estudio destaca el empleo de un muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional, que permitió distribuir la

muestra de acuerdo con los tópicos asistenciales evaluados. Asimismo, el ajuste del puntaje mediante el Puntaje Máximo Esperado en los registros que contenían ítems “No aplica” permitió evitar que estos elementos afectaran de manera artificial la estimación del cumplimiento. En conjunto, estas decisiones metodológicas fortalecen la consistencia de la evaluación realizada y proporcionan evidencia útil para identificar áreas prioritarias de mejora en la calidad de los registros clínicos del Hospital Regional de Ayacucho. Futuros estudios que incorporen varios periodos de evaluación y diferentes establecimientos permitirían determinar la estabilidad de estos hallazgos y ampliar su aplicabilidad.

Conclusion

La calidad de los registros clínicos de las historias clínicas del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho es DEFICIENTE, registrando un porcentaje global promedio de cumplimiento de solo 65.7% en el marco de evaluación de la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.

Referencias Bibliográficas

1. Mashoufi M, Khorasani-Zavareh D. Data quality assessment in emergency medical services: an objective approach. BMC Emerg Med. 2023;23:10.
2. El-Metwally A, Hassan A, Albarraq A, et al. Completeness of Medical Records of Trauma Patients Admitted to the Emergency Unit of a University Hospital, Upper Egypt. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(1):83.
3. Ghasemi M, Shafiee M, Khajehnasiri F. Quality of patient information in emergency department. Int J Health Care Qual Assur. 2020;33(2):123-134.
4. World Health Organization. Patient safety. Geneva: WHO; 2023.

5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2023.
6. Pablo-Rocano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev Soc Peru Med Interna. 2019;21(2):51-54.
7. Castro Montoya MA, Malca Suarez MB. Valoración de la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2022 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024.
8. Reyes E, Matzumura J, Gutiérrez H. Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas. Rev Cienc Tecnol. 2020;16(1):45-50.
9. Urcia Miranda SP. Nivel de calidad de registro de historias clínicas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, octubre - diciembre 2019 [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020.
10. Antezana L. Calidad y tiempo de llenado de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Emergencia de Lima – 2018. Rev Enferm Hered. 2021;12:20–5.
11. Pérez A. Calidad del registro de historias clínicas manuales vs electrónicas en consulta externa – hospital II Abancay - Essalud, 2019 [Tesis]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2022.
12. Silva P, Costa R, Fernandes M. Evaluación de la calidad de la documentación médica en historias clínicas en papel en un servicio de urgencias de un hospital universitario en Portugal. Rev Port Saude Publica. 2023;41(3):210-217.

- 13.**Johnson PR, Smith A, Brown L. Quality of documentation in pediatric patient records in emergency services. *J Pediatr Emerg Care.* 2024;42(1):15-22.
- 14.**Papadopoulos D, Kontos S, Georgiou P. Evaluación de la completitud de las notas de progresión médica en historias clínicas en papel en un departamento de emergencia en Grecia. *Arch Hellen Med.* 2024;41(1):55-62.
- 15.**Al-Mansoori SKA, Al-Badi Z, Al-Dahmani S. Quality of medical record documentation in surgery services: a study at a tertiary hospital. *Oman Med J.* 2023;38(4):301-308.
- 16.**Wang L, Zhang Y, Liu Q. Attributes of the medical record in gynecology services: a case study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2022;62(5):789-795.
- 17.**Ahmed TM, Hassan M, Ali R. Quality of health records in pediatric emergency services. *Egypt J Hosp Med.* 2021;85(2):2234-2241.
- 18.**Ramírez A, López M, García P. Calidad de la Documentación de Enfermería en Historias Clínicas Físicas en Unidades de Emergencia de un Hospital Público en Colombia. *Enferm Clin.* 2022;32(4):250-257.
- 19.**Hernández R, Vargas S, Morales J. Precisión y Completitud de los Registros de Diagnóstico Inicial en Historias Clínicas en Papel en un Departamento de Emergencia Pediátrico en México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2024;81(1):30-38.
- 20.**Singh JT, Kumar R, Gupta A. Evaluation of the quality of health records in the traumatology department: a study at a tertiary hospital. *Indian J Orthop.* 2021;55(4):345-352.
- 21.**Flores G, Quispe A, Vargas R. Calidad del Registro de Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital General en Lima, 2023. *Rev Med Hered.* 2024;35(1):45-52.

- 22.** Chávez S, Quispe L, Rojas M. Percepción del Personal de Salud sobre la Calidad del Registro en Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital de Huánuco, 2023. *Rev Peru Investig Enferm.* 2024;26(1):10-18.
- 23.** Mamani C, Laura D, Huanca E. Nivel de Completitud de las Historias Clínicas Físicas en el Servicio de Emergencia de un Hospital de Arequipa, 2022. *CIMEL.* 2023;28(1):30-37.
- 24.** Pérez J, Cárdenas L, Mendoza F. Errores en el Registro de Prescripciones Médicas en Historias Clínicas Físicas del Servicio de Emergencia de un Hospital de Trujillo, 2021. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2022;15(2):160-167.
- 25.** Huamán P, Ccori D, Choque M. Evaluación de la Adherencia a la Norma Técnica de Salud en el Registro de Historias Clínicas Físicas del Servicio de Emergencia de un Hospital Nivel II-E en Cusco, 2022. *Rev Fac Med Hum.* 2023;23(4):80-87.
- 26.** World Health Organization. Medical records manual: a guide for developing countries. Geneva: WHO; 2006.
- 27.** Perú. Decreto Supremo N° 016-2005-SA. Reglamento de la Ley N° 26842, Ley General de Salud. *El Peruano*; 2005 Abr 18.
- 28.** Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 139-2016/MINSA. Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC). Lima: MINSA; 2016.
- 29.** Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring.* Vol. 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

- 30.** World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
- 31.** Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, Volumen 2. NTS N° 029-MINSA/2016/DGIESP. Lima: MINSA; 2016.
- 32.** Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 33.** Kripalani S, Jackson AT, Alsaquafi RF, et al. A review of the literature on the effectiveness of electronic health records in improving patient safety. J Healthc Qual. 2007;29(2):65-74.
- 34.** Resnik RD. Medical record documentation and malpractice liability. Med Clin North Am. 1990;74(6):1489-502.
- 35.** Braithwaite J, Hibbert PD, Halloran L, et al. A systematic review of the effectiveness of health information technology for improving patient safety in emergency departments. J Patient Saf. 2017;13(4):211-20.
- 36.** Sittig DF, Singh H. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. Qual Saf Health Care. 2010;19 Suppl 3:i68-74.
- 37.** Institute of Medicine. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
- 38.** Asch DA, Bell MC, Khoury AL, et al. Does the emergency department make you sick? A systematic review of the relationship between emergency department crowding and patient outcomes. Acad Emerg Med. 2007;14(1):21-7.

39. May C. A rational framework for assessing patient safety and risk management in emergency care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(4):263-8.
40. Arora V, Georgiou A. The impact of shift handovers on patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(3):195-200.
41. Hripcsak G, Knirsch C. The case for better clinical documentation. *J Am Med Inform Assoc*. 2017;24(6):1184-9.
42. Campbell DA Jr, Khuri SF, Daley J, et al. The effect of nurse staffing on patient outcomes in surgical patients. *Anesth Analg*. 2003;97(3):792-9.
43. Perú. Ley N° 26842. Ley General de Salud. *El Peruano*; 1997 Jul 20.
44. Perú. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. *El Peruano*; 2009 Oct 20.
45. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
46. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales. 5ta ed. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2010.
47. Bernal C. Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4ta ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010.
48. Ávila Baray J. Metodología de la investigación. 3ra ed. México: McGraw-Hill; 2006.
49. Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02. Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. Lima; 2016.

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD N°0117-2026-UNSCH-EPG/KBA

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado – UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución Directoral N°002-2026-UNSCH-EPG/D, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

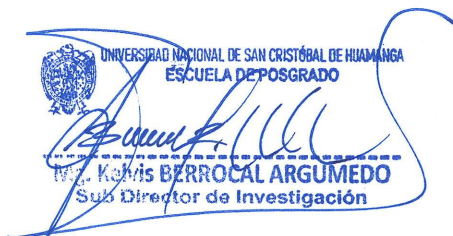
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

AUTOR	Bach. AYMIN ROSITA QUESADA MARTINEZ
DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS	MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
GRADO ACADÉMICO QUE OTORGA	MAESTRO
DENOMINACIÓN DEL GRADO ACADÉMICO	MAESTRO(A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
TÍTULO DE TESIS	Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2024
EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD	11% de similitud
N° DE TRABAJO	3019478098
FECHA	28 de agosto de 2026

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

28 de agosto de 2026.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO
K. K. BERROCAL ARGUMEDO
Sub Director de Investigación

CC.
Archivo
KBA/

Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2024

por Aymin Rosita QUESADA MARTINEZ

Fecha de entrega: 28-ago-2026 01:29p. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 3019478098

Nombre del archivo: Aymin_Rosita_QUESADA_MARTINEZ_T.docx (1.6M)

Total de palabras: 15489

Total de caracteres: 88809

Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%	7%	9%	21%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	11%
Trabajo del estudiante		

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 30 words
Excluir bibliografía	Activo		



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO(A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°00726-2026-UNSCH-EPG/D.

Siendo las 10:00 a.m. del 03 de agosto de 2026 se reunieron en el auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis, presidido por el **Mg. KELVIS BERROCAL ARGUMEDO** Director (e) de la Escuela de Posgrado, el **Dr. MANGLIO AGUIRRE ANDRADE** Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, e integrado por los siguientes miembros: **Dr. EDWIN CARLOS ENCISO ROCA** y el **Dr. PABLO WILLIAMS COMUN VENTURA**; para la sustentación oral y pública de la tesis titulada: **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2024**, presentado por la **Bach. AYMIN ROSITA QUESADA MARTINEZ**. Teniendo como asesor al **Dr. VICTOR ALEXANDER PALOMINO VARGAS**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar el Grado Académico de **MAESTRO(A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda.

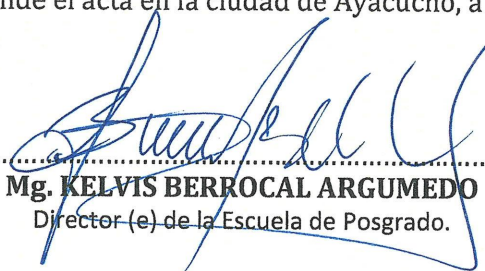
A continuación, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis procedió a la votación, la que dio como resultado el siguiente calificativo: Dieciseis (16).

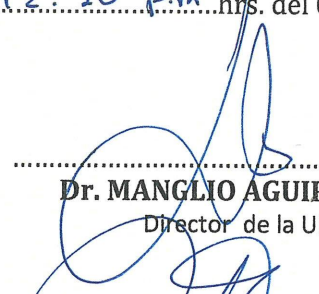
CALIFICACION (x)	
Aprobado(a) por Unanimidad.	<u>x</u>
Aprobado(a) por Mayoría.	
Desaprobado(a) por Unanimidad.	
Desaprobado(a) por Mayoría.	

Marcar con un aspa (x).

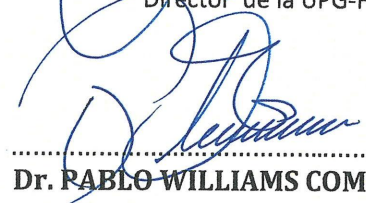
Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Bach. AYMIN ROSITA QUESADA MARTINEZ**, el Grado Académico de **MAESTRO(A) EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**. Siendo las 11:55 am hrs. se levanta la sesión.

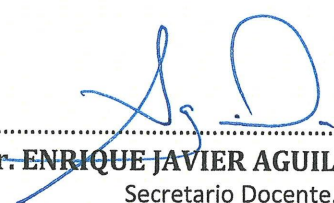
Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las 12:10 p.m hrs. del 03 de agosto de 2026.


.....
Mg. KELVIS BERROCAL ARGUMEDO
Director (e) de la Escuela de Posgrado.


.....
Dr. MANGLIO AGUIRRE ANDRADE
Director de la UPG-FCSA.


.....
Dr. EDWIN CARLOS ENCISO ROCA
Miembro.


.....
Dr. PABLO WILLIAMS COMUN VENTURA
Miembro.


.....
Dr. ENRIQUE JAVIER AGUILAR FELICES
Secretario Docente.

Observaciones: