

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

# **Auditoría Médica en un Centro Médico de ESSALUD con Sistema de Gestión Hospitalaria**

TESIS Para optar el Título Profesional de :  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD

AUTOR

**RODOLFO CESAR CORDERO BORJA**

**LIMA – PERÚ 2004**

A mi madre, por su dedicación  
y a mi padre que me ilumina  
desde el cielo.

A mi esposa, Victoria,  
a mis hijos, Vicky y  
César.

# INDICE

	Pag.
1. RESUMEN .....	04
2. INTRODUCCIÓN .....	05
3. CAPITULO I : EL PROBLEMA..... ..	06
4. CAPITULO II : BASES TEÓRICAS .....	12
5. MATERIAL Y MÉTODOS .....	17
6. CAPITULO IV : RESULTADOS Y DISCUSION DE LOS DATOS	22
7. CAPITULO V : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	29
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
9. ANEXOS .....	35

## 1.- RESUMEN

**Título:** Auditoria Médica en un centro asistencial de Essalud con Sistema de Gestión Hospitalaria

**Autor:** Cordero Borja, Rodolfo César

**Fundamento:** Evaluar la calidad de atención mediante la Auditoria Médica en un centro asistencial de Essalud nivel I que cuente con Sistema de Gestión Hospitalaria.

**Objetivos:** Mejorar la calidad de atención mediante la Auditoria Médica de Historias Clínicas. Elaborar plantilla de Auditoria para centros asistenciales de Essalud nivel I con Sistema de Gestión Hospitalaria

**Material y Métodos:** Es un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se evaluaron 250 Historias Clínicas de pacientes que se atendieron en los servicios de Medicina y Pediatría, en los meses de Marzo y Abril del 2003. Se audito 15 rubros de la Historia Clínica.

**Resultados:** El puntaje promedio fue de 69.40 puntos, calificándose de regular. Datos de Filiación (100%) y Diagnóstico realizado con criterios del CIE-10(98.4%), tuvieron alta calificación. Se encontró ausencia o registro incompleto en forma repetitiva en rubros de Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento. El 100% de las Historias Clínicas presento registro incompleto por falta de firma y sello del médico.

**Conclusiones:** Las Historias Clínicas con Sistema de Gestión hospitalaria tienen más atributos de calidad en relación a las Historias Clínicas convencionales. Las deficiencias observadas ameritan la implementación de Auditoria Médica como procedimiento de rutina, con la participación de los médicos e inicialmente liderada por el Director, capacitación y finalmente, se sugiere la modificación de la Historia Clínica con Sistema de Gestión Hospitalaria.

**Palabra clave:** Auditoria Médica, calidad de atención.

## 1. - SUMMARY

**Title:** Medical audit in a Welfare Center of Essalud with System of Hospitable Management

**Author:** Cordero Borja, Rodolfo César

**Foundation:** To evaluate the quality of attention by means of the Medical Audit in a Welfare Center of Essalud level I that counts on System of Hospitable Management.

**Objectives:** To improve the quality of attention by means of the Medical Audit of Histories Clinics. To elaborate group of Audit for Welfare Centers of Essalud level I with System of Hospitable Management

**Material and Methods:** It is a cross-sectional, descriptive and retrospective study. 250 Clinical Histories of patients who were taken care of in the services of medicine and pediatrics, in the months of March and April of the 2003 were evaluated. Audit 15 headings of Clinical History.

**Results:** The puntaje average was of 69,40 points, being described as regulating. Data of Connection (100%) and I diagnose made with criteria of CIE-10(98.4%), had discharge qualification. Was absence or incomplete registry in repetitive form in headings of Anamnesis, Physical Examination, I diagnose and Treatment. 100% of Clinical Histories I present/display incomplete registry by lack of company/signature and seal of the doctor.

**Conclusions:** Clinical Histories with System of hospitable Management have more attributes of quality in relation to conventional Clinical Histories. The observed deficiencies imply the implementation of Medical Audit like routine procedure, with the participation of the doctors and initially led by the Director, qualification and finally, the modification of Clinical History with System of Hospitable Management is suggested.

**Key word:** Medical audit, quality of attention

## 2.- INTRODUCCIÓN

El desarrollo incesante de la medicina, la aparición de nuevas especialidades, la innovación tecnológica, la variación de los perfiles epidemiológicos, hacen necesaria una aproximación racional que permita a los profesionales de la salud afrontar los conflictos derivados de la atención del paciente.

El concepto de calidad de atención varía de acuerdo al nivel de involucración en el caso, diferente tanto para los clientes internos y externos. Actualmente se considera a la calidad en salud cuatro componentes importantes, como son: buen rendimiento profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo del paciente y satisfacción del usuario (1). Anteriormente, la calidad era interpretada en términos de un producto fabricado o producido, hoy la calidad hacia el paciente quien percibe la calidad del servicio (3).

La Auditoría Médica es una especialidad médica que propicia un análisis crítico de la práctica médica, que deviene fundamental para mejorar la calidad de atención ofrecida a los pacientes.

La Historia Clínica llamada también Expediente Clínico, Registro Médico o Registro Clínico, es un documento confidencial constituido por un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada los datos relativos a la salud de una persona (2).

La calidad de la atención médica constituyen uno de los objetivos fundamentales de Essalud, por ello el 2004 se denomina “Año de la Calidad”, por lo que es necesario desarrollar la Auditoría Médica para garantizar la calidad del acto médico.

El 90 % de las Historias Clínicas de la Red Asistencial Ancash, se realizan a través del Sistema de Gestión Hospitalaria, por lo que es importante realizar Auditoría Médica en Historias Clínicas elaboradas por este sistema.

### **3.- CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Auditoría Médica es un proceso que tiende a mejorar la calidad de atención médica mediante la revisión sistemática de la atención recibida registrada en la Historia Clínica contrastada con criterios y estándares reconocidos (4). Essalud cuenta con normas que conllevan a mejorar la calidad de atención, siendo un pilar importante la Auditoría Médica, esta normado que todo centro asistencial de Essalud debe contar con un Comité de Auditoría Médica, como instrumento técnico para la evaluación de las prestaciones asistenciales realizados en los Centros Asistenciales de Essalud (5).

Sin embargo, para auditar Historias Clínicas no existe un patrón uniforme a nivel institucional que se adecue a cada realidad, porque tenemos centros asistenciales desde el nivel I hasta el nivel IV. Asimismo, contamos con Historias Clínicas de tipo convencionales, es decir, escritas a mano e Historias Clínicas que utilizan el Sistema de Gestión Hospitalaria, que son digitados en una computadora, debido a este hecho los centros asistenciales realizan este proceso a su manera.

El 90% de las atenciones médicas realizadas en la Gerencia Departamental Ancash, se realizan a través del Sistema de Gestión Hospitalaria, no existiendo un patrón ó plantilla para la evaluación de Historias Clínicas adecuado a este sistema.

### **3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

No existe modelo/patrón estandarizado que analicen Historias Clínicas en los Centros Asistenciales de Essalud que cuentan con Sistema de Gestión Hospitalaria.

Las Historias Clínicas con Sistema de Gestión Hospitalaria se diferencian de las Historias Clínicas convencionales principalmente por lo siguiente:

- Es digitado directamente a la computadora que se encuentra en el consultorio médico unida a una red interconectada a los demás servicios del centro asistencial llamado Sistema de Gestión Hospitalaria.
- Los datos de Filiación son incluidos automáticamente.
  
- Existen espacios diferenciados que permiten llenar adecuadamente los datos de Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento, este último, es trasferido desde el consultorio por la red interna al Servicio de Farmacia.

Generándose ciertas dificultades al adaptar patrón/modelos de Auditoría Médica de Historias Clínicas convencionales al Sistema de Gestión Hospitalaria, por lo que si obtenemos un patrón/modelo adecuado, se facilitaría la realización de Auditorías Médicas en los centros asistenciales con Sistema de Gestión Hospitalaria.

No existen estudios en la literatura médica que prueben que las Historias Clínicas con Sistema de Gestión Hospitalaria cuenten con mas atributos de calidad que las Historias Clínicas convencionales o viceversa.



### **3.3 JUSTIFICACION**

#### **3.3.1 JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA**

La Investigación se realizará utilizando el método científico, por lo cual los resultados obtenidos constituyen un aporte al conocimiento en esta área de la Medicina, además nos permitirá contar con un instrumento de Auditoría Médica validado (7).

Se justifica porque los médicos realizarán la Auditoría Médica, analizando sus propias Historias Clínicas, determinando sus errores y tomando las medidas correctivas, incrementaran la calidad de atención (6).

No se tiene referencia de un modelo para aplicación de Auditorias de Historias Clínicas estandarizado en los CAS de Essalud con Sistema de Gestión Hospitalaria.

El estudio es políticamente viable, se puede hacer en un tiempo previsto, no existen problemas ético-morales en la metodología de la investigación.

La Utilidad es que los hallazgos encontrados en este estudio podrán generalizarse a los centros asistenciales de Essalud a nivel nacional.

El hecho de contar con un solo patrón para la Auditoría de Historias Clínicas adaptado al Sistema de Gestión Hospitalaria, nos permitirá elevar la calidad de atención y disminuir problemas médico-legales.

Se identificarán deficiencias en el proceso de atención médica, se realizarán las acciones preventivas, favoreciendo la prevención.

### **3.3.2 JUSTIFICACIÓN LEGAL**

- Ley General de Salud 26842. Art., 42. - 1997, en relación a la Auditoria Médica (24).
- Ley General de Salud 26842 Art. 15, Art. 29 – 1997, en relación a la Historia Clínica (24).
- Resolución N° 654-GG-ESSALUD-2001, que aprueba la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2001, Procedimiento para distribución, emisión, registro y control de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo- CITT (25).
- Directiva N° 006-GG-IPSS-97, Normas sobre los procesos de Admisión, Consulta y Registro del acto médico (26).
- Resolución N° 001-GDP-ESSALUD-2003. Guía para la realización de Auditoria Médica en el Seguro Social de Salud (27).
- Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 001-GDP-ESSALUD-2004. Modificación en la Guía para la realización de Auditoria Médica en el Seguro Social de Salud-Essalud (28).

### **3.4 OBJETIVOS**

#### **3.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de atención e incrementar la efectividad de las prestaciones de salud mediante la evaluación de la atención, a través de la Auditoria de Historias Clínicas.

#### **3.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Elaborar una plantilla única para realizar Auditoria de Historias Clínicas en Centros Asistenciales de Essalud nivel I con Sistema de Gestión Hospitalaria.
- 2.- Detección de errores y medidas de corrección que conlleven a evitar problemas médico – legales.
- 3.- Educar a médicos para sí mismos.

## **4.- CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS**

#### 4.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Referente a la Historia de la Auditoría Médica, Hipócrates destacó la importancia de documentar todas las variaciones posibles de cada individuo y luego deducir su relevancia. El informe Flexner (1910), quien reportó deficiente capacitación en 165 Facultades de Medicina, es una crítica al sistema de enseñanza en Estados Unidos, considerándose el estímulo inicial para la acreditación hospitalaria, también influyeron el Colegio Norteamericano de Cirujanos (1917), mediante el Programa de Estructuración Orgánica Hospitalaria, Gustav Ward (1927) que estudio la tasa de mortalidad en infecciones postoperatorias y Tomas Ponton (1929), los que calificaban a lo realizado como bueno, regular o malo, adoleciéndose del defecto de no poder aplicar a procedimientos no quirúrgicos (8) (9).

A nivel nacional, en 1987 llega la experta de la OPS Carol Lewis intentando implementar este procedimiento en el Hospital San Bartolomé y en el Hospital Guillermo Almenara, sin tener el respaldo del Cuerpo Médico. Sin embargo, en 1991 se creó el Servicio de Auditoría Médica en el Hospital Guillermo Almenara, siendo el Dr. José Piscoya Albañil uno de los mas grandes propulsores de la Auditoría Médica en nuestro país (10) (11).

Actualmente en Essalud esta normado la conformación de Comités de Auditoría Médica, existiendo experiencia en algunos Hospitales principalmente de Lima; sin embargo, los trabajos de los Comités no han sido sistematizados, ni publicados como investigación que permitan tomarlos como referencia (5).

En Essalud existen investigaciones aisladas como “Auditoría Médica y Calidad de Atención en el Programa de Atención Domiciliaria Essalud – 2003” (7) y “Auditoría Médica concurrente de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT)” (13). Menos Hospitales del Ministerio de Salud se dedican activamente a este tema, como el Hospital de Emergencias Pediátricas; sólo se ha encontrado “Auditoría Médica en un Hospital de cuarto nivel: un modelo a considerar”, en la que se evaluaron 361 Historias Clínicas de un Hospital de cuarto nivel (12).

## 4.2 MARCO TEORICO

El Servicio Nacional de Salud Británico, define la Auditoría Médica como el análisis crítico y sistemático de la calidad de asistencia médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos, en cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente (9). Markinker, enfatiza que el propósito de la Auditoría es mejorar la atención sin dejar de lado la revisión sistemática de la misma, identificando irregularidades para proponer alternativas que permitirán un mejor funcionamiento de ambos niveles (14) (16).

El Profesor Aves Donnabedian, quien a no dudarlo es uno de los impulsores de esta temática en las últimas tres décadas, opina que la Auditoría Médica es un proceso de mejora de la calidad, realizado a través de la revisión sistemática de la atención recibida contrastando con criterios y estándares reconocidos. Abarca la estructura, proceso y resultados del cuidado de la salud y propone los cambios a implementarse en los individuos, en los equipos, en los niveles de servicios, monitorizando los resultados esperados (4) (15).

Mientras que el Dr. José Piscoya Albañil, el iniciador de la Auditoría Médica en nuestro país, propone que es un proceso interdisciplinario por el cual el Cuerpo Médico revisa colectivamente las Historias Clínicas, las evalúa y pone en práctica los correctivos necesarios luego de haberlos comparado con los estándares validados (10).

En los servicios de salud se vienen utilizando los términos Auditoría Clínica y Auditoría Médica que con frecuencia se confunden; al respecto es conveniente hacer algunas precisiones, puesto que la primera tiene que ver con todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultados e impactos de todo un equipo interdisciplinario de atención en salud, en tanto que la segunda apunta a la actuación del médico como tal (17).

Dependiendo de la relación entre el auditor y el auditado, la Auditoría Médica puede dividirse en dos grandes grupos, la Auditoría Contractual o Externa, que es esencialmente involucrada en el control y rendimiento, caracterizada por ser formal, estatutaria, reguladora y conduce a sanciones; y la Auditoría Interna o Educacional, que es principalmente educacional, el profesional revisa su propio trabajo y no es punitiva (18).

Los objetivos de la auditoría han sido definidos como educación, planificación, evaluación, investigación y diplomacia anticipadora, que significa iniciar la auditoría interna antes que sea impuesta la auditoría externa que tiene características punitivas (19).

El Royal College of Physicians y el Royal College of Surgeons, indicaron la importancia del aspecto educativo de la Auditoría Médica, reconociendo que “la educación es el producto más útil de la auditoría y que la auditoría es el proceso educacional más importante para los médicos”. La planificación y la información sobre como los recursos son utilizados, los consideran como segundo objetivo y un tercer objetivo de la auditoría es evaluar la atención médica. Sin embargo, algunos autores creen que el primer objetivo de la auditoría es mejorar los estándares de atención (20).

Se propone el término espiral, en contraposición al clásico ciclo de la auditoría, buscando una connotación más dinámica y relevante, debido a que este proceso es verdaderamente una espiral de ciclos repetidos (10). En este proceso primeramente se selecciona el tópico o la condición a ser evaluada, se define los criterios relevantes con protocolos y estándares, se colecta y analiza la información más relevante, se evalúan los resultados obtenidos, se desagregan los hallazgos, planteando los correctivos necesarios y monitorizando las recomendaciones (21).

La Auditoría Médica y Calidad tienen estrategias coincidentes requiriendo buena información y análisis, la misión y visión de los servicios de salud enuncian “... prestar servicios de salud , de calidad...”, siendo la Auditoría Médica una herramienta muy importante para medir la calidad (22) (23).



## **5.- CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS**

## **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es un estudio transversal, porque la medición de las diferentes variables se realiza en un solo tiempo.

Por las características del diseño el método seleccionado es de tipo descriptivo y retrospectivo.

## **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO**

La Auditoría Médica se realizará a los pacientes asegurados adscritos al Centro Médico Coishco-Essalud, ubicado en el distrito de Coishco, provincia Del Santa, departamento de Ancash.

La población de estudio esta determinado por pacientes que acudieron a atenderse bajo la modalidad de consulta externa en los servicios de Medicina y Pediatría, durante los meses Marzo y Abril del año 2003 y representa aproximadamente 5,000 consultas.

Cabe mencionar que de acuerdo a la Programación de Metas del 2004 de Essalud, no han sido considerados Hospitalización para los Centros Médicos y Postas Médicas; siendo esta la razón de que en el presente estudio de Auditoría Médica sólo se tiene en cuenta la evaluación de la consulta externa.

El tamaño de la muestra a estudiar es de 250 Historias Clínicas, que fueron escogidas bajo el método de Muestreo Aleatorio Simple.

Mediante sorteo se eligió el mes de marzo como inicio de la investigación. Se escogió la primera Historia Clínica del día primero de Marzo que el número de Acto Médico terminaba en 5, aplicándose un intervalo de 5 en forma ascendente con relación a cada Acto Médico.

#### **Criterios de Inclusión.-**

- Historias Clínicas de pacientes que fueron atendidos en los servicios de Medicina y Pediatría en los meses de Marzo y Abril del 2003.
- Atención realizada solo en el Centro Médico.

#### **Criterio de Exclusión.-**

- H.C. de pacientes que se atendieron en servicios diferentes a los de Medicina y Pediatría.
- H.C. de pacientes que se atendieron fuera del establecimiento (empresas).
- H.C. de pacientes de la Unidad Preventiva del Adulto y Adulto Mayor y Unidad Preventiva de la Mujer.
- H.C. de pacientes del servicio de Emergencia.

### **5.3 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

Se utilizó el “Método Retrolectivo de Recolección”, que se utilizan cuando los datos están disponibles en los sistemas de registros, en este caso corresponde a las Historias Clínicas, siendo una fuente de datos de tipo secundario.

## **5.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizaron previamente los tramites administrativos para solicitar la autorización del área de estudio al Gerente Médico de la Red Asistencial Ancash – Essalud.

Para la evaluación de Historias Clínicas se estructuraron dos Formularios: un Formato de Evaluación de Registro de la Atención Médica y un Formato de Consolidado de Evaluación de la Atención Médica, estos modelos de Auditoría Médica se realizaron sobre la base de las directivas institucionales, pero adecuándolas al Sistema de Gestión Hospitalaria. Seguidamente se desarrolló un estudio piloto para validar el formato de H.C., realizándose sin mayores contratiempos.

El Formato de Evaluación de Registro de la Atención Médica consta de una hoja en la que se consignan 15 rubros de evaluación agrupados en Datos de Filiación, Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico, Exámenes de Ayuda al Diagnóstico, Tratamiento y Evolución; sobre una base de 100 puntos. (Ver Anexo 01).

El Formato de Consolidado de Evaluación de la Atención Médica, donde se ha vaciado la información de cada ficha individual. (Ver Anexo 02).

La evaluación se realizó del 03 al 18 de Mayo del 2004, fue llevada a cabo por 2 médicos previamente capacitados y un Líder Auditor quien es el autor del presente trabajo de investigación.

En conclusión, se desarrollo la siguiente metodología:

- Diseño del Modelo de Auditoría Médica, adecuado al Sistema de gestión Hospitalaria.
- Prueba piloto para la validación del formato de H.C.

- Selección de las historias a auditar.
- Aplicación del formato.
- Recolección y procesamiento de datos.
- Análisis de resultados.

## **6.- CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **6.1 RESULTADOS**

La Auditoría Médica de 250 Historias Clínicas, de consulta externa realizada en el Centro Médico Coishco, centro asistencial del primer nivel de atención se distribuyó:

Medicina: 199 Auditorias

Pediatría: 51 Auditorias (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 1)

Hombres: 122

Mujeres: 128 (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 2)

N° de Médicos: 10

En cuanto al resultado de las observaciones por rubros según secuencia del formato se tiene:

### **6.1.1.- FORMATOS Y REGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS**

1.1 Datos de Filiación: El 100%, las 250 Historias Clínicas evaluadas consignan Datos de Filiación. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 4 )

### **6.1.2.- ANAMNESIS**

2.1 Tiempo de Enfermedad: Sólo el 18.4% (46 H.C.) lo registró, mientras que el 81.6% (204 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 5)

2.2 Forma de Inicio: Sólo el 1.2% (3 H.C.) lo registró, mientras el 98.8% (247 H.C.) no lo consignó. Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 6)

2.3 Signo y Síntomas Principales: El 50% (125 H.C.) lo registró, mientras que el 50% no lo consignó (125 H.C.). (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 7).

2.4 Antecedentes: Sólo el 32.8% (82 H.C.) lo registró, mientras que el 67.2% (168 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 8).

2.5 Relato: El 50% (125 H.C.) lo registró, mientras que el 50% (125 H.C.) no lo consigno. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 9)

### **6.1.3.- EXAMEN FISICO**

3.1 Examen General (Control de Funciones Vitales y condiciones generales) El 0 % (ninguna H. C.) lo consignó adecuadamente, el 8 % (20 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 92% (230 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 10)

3.2 Examen Preferencial: El 17.2% (43 H.C.) lo registró completamente, el 20% (50 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 24.8 % (62 H.C.) no lo consignó (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 11)

### **6.1.4.- DIAGNOSTICO**

4.1 Diagnóstico Relacionado al motivo de la consulta: El 55.2 %(138 H.C.) lo consignó, el 20% (50 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 24.8% (62 H.C.) no lo consignó (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 12)

4.2 Diagnostico realizado con criterios del CIE-10: El 98.4% (246 H.C.) no lo consignó y el 1.6 % (4H.C.) lo hizo de manera incompleta. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 13)



### **6.1.5.- EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO**

5.1 Pertinencia y Oportunidad de Exámenes de ayuda al Diagnóstico: El 94.8 % (237 H.C.) lo consignó, el 0.8 % (2 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 4.4 % (11 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 14)

### **6.1.6.- TRATAMIENTO**

6.1 Apropiado al Diagnóstico Planteado: El 68 % (170 H.C.) lo consignó, el 27.2 % (68 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 4.8 % (2 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 15)

6.2 Acorde al Caso con Razonabilidad y Precisión: El 79.2 % (199 H.C.) lo consignó, el 18.8 % (47 H.C.) lo hizo de manera incompleta, mientras que el 1.6 % (4 H.C.) no lo consignó. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 16)

### **6.1.7.- EVOLUCION**

7.1 Relacionado al Diagnóstico y Hallazgos Clínicos: El 100 % (250 H.C.) lo consignó adecuadamente. (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 17)

### **6.1.8.- PRESENTACION DEL EXPEDIENTE**

8.1 Pulcritud, Firma y Sello del Médico: El 100 % (250 H.C.) lo consignó, de manera incompleta (Ver Cuadro N° 1 y Gráfico N° 18)

### **6.1.9.- RESULTADOS DE PUNTAJES**

De las 250 Historias Clínicas evaluadas bajo un puntaje máximo de 100 puntos se encontró que el puntaje más bajo fue de 29 puntos, correspondiendo una calificación de Mala y el puntaje más alto fue de 90 puntos, correspondiendo una calificación de Buena.

El puntaje promedio de las Historia evaluadas fue de 69.40 puntos, correspondiendo una calificación de Regular.

Del total de Historias Clínicas auditadas ninguna alcanzó el calificativo de Muy Bueno (91 – 100 puntos), 109 tuvieron el calificativo de Bueno, 124 tuvieron el calificativo de Regular (51 – 74 puntos) y 17 tuvieron el calificativo de Malo. (Ver Cuadro N° 4)

### **6.1.10.- PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

De acuerdo a los diagnósticos encontrados las Enfermedades Respiratorias fueron las más frecuentes, seguidas de las Enfermedades del Aparato Locomotor, Gastrointestinales, Enfermedades Genitourinarias y Enfermedades de la Piel. (Ver Cuadro N° 2)

## 6.2.- DISCUSIÓN

1. **La calidad de la atención médica** determinada mediante auditoria de Historias Clínicas, resulta que **ninguna** H.C. tuvo el calificativo de **muy bueno**, el 43.6 % obtuvo el calificativo de bueno, porcentaje aceptable con relación a la Auditoría Médica realizada en el Programa de Atención Domiciliaria de Essalud, en que el **1 %** fue **muy bueno** y el **14 %** fue **bueno**. Cabe indicar que los instrumentos utilizados no fueron similares.
2. De las 250 H.C. auditadas en el área de Consulta Externa del Centro Médico Coishco, que cuenta con Sistema de Gestión Hospitalaria, es decir, los procesos que se dan en el establecimiento son informatizados a través de una red interna. Se observa en el rubro **Datos de Filiación** que el 100% de H.C. lo registró adecuadamente; asimismo, en el rubro Diagnóstico realizado con criterios del CIE - 10, el 98.4% lo registró adecuadamente, estos altos niveles de porcentaje se deben a la utilización del Sistema de Gestión Hospitalaria que registra automáticamente estos datos. (Ver Cuadro N° 1 y Gráficos N° 4 y 13).
3. Con relación a la Anamnesis: en el rubro **Tiempo de Enfermedad** se observa que el 81.6% no lo registró; en el rubro **Forma de Inicio** el 98.8 % no lo registró y en rubro de Antecedentes, el 67.2% no lo registró, observándose un inadecuado llenado de los Datos de Anamnesis en forma repetitiva por la mayoría de los médicos de este establecimiento. Mientras que en los rubros **Signos y Síntomas Principales** y **Relato**, la relación Registró y No lo Registró se reparten en proporción de 1:1. (Ver Cuadro N° 1 y Graficas N° 5, 6, 7, 8 y 9)
4. Otro hallazgo notorio observamos en el Examen Físico, en el rubro **Examen General** donde se evalúa el control de Funciones Vitales y condiciones generales, se encontró que ninguna H.C. auditada (0%) lo consignó adecuadamente, solo el 8% de manera incompleta y 92% no lo consignó; significando que en las H.C. casi no se mencionan los datos como peso, talla, presión arterial, temperatura y otros. Mientras que en el rubro **Examen Preferencial**, donde se describe el motivo de la consulta, el 23.2 % de H.C. evaluadas no lo consignó, es decir, no examinó al paciente u omitió llenar estos datos. (Ver Cuadro N° 1 y Graficas N° 10 y 11)
5. En cuanto al Diagnóstico, en el rubro **Diagnóstico relacionado al motivo de la Consulta y el Examen Físico**, el 24.8% de las H.C. evaluadas, revelaron que no había relación entre el motivo de la consulta y el examen físico con el Diagnóstico realizado. (Ver Cuadro N° 1 y Graficas N° 12 y 13)

6. En los **Exámenes de Ayuda al Diagnóstico** un alto porcentaje 94.8% lo consignó adecuadamente, implicando que los Exámenes de Ayuda al Diagnóstico se realizaron en alto porcentaje con pertinencia y oportunidad. (Ver Cuadro N° 1 y Grafica N° 14)
7. En el Tratamiento, en el rubro **Apropiado con el Diagnóstico planteado**, se busca que el tratamiento tenga relación con el diagnóstico, definiendo que el tratamiento haya sido el indicado, se encontró que el 68% lo consignó adecuadamente, mientras que el 32% hace uso irracional de medicamentos, que ameritaría implementar un sistema de vigilancia. En el rubro **acorde al caso con razonabilidad y precisión de lo descrito**, se busca determinar si la dosificación ha sido justificada de acuerdo a las Guías de Práctica utilizados en el Centro Médico Coishco, se encontró que el 79.6% lo consignó adecuadamente. (Ver Cuadro N° 1 y Grafica N° 15 y 16)
8. En la **Evolución**, se busca determinar que si están relacionadas con el diagnóstico establecido y los hallazgos relevantes en el seguimiento clínico, encontrándose que el 100% lo consignó adecuadamente. Cabe mencionar que si la H.C. evaluada no amerita evolución, se otorga el puntaje máximo. (Ver Cuadro N° 1 y Grafica N° 17)
9. En **Presentación del Expediente**, teniendo en cuenta la pulcritud, firma y sello del médico, se observó que el 100% lo consignó incompletamente; el motivo era que las H.C. no tenían firma y sello, debiéndose este hecho a un retraso en la impresión de H.C. (Ver Cuadro N° 1 y Grafica N° 18)

## **7.- CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 7.1 CONCLUSIONES

1. La Calidad de las Historias Clínicas auditadas en el Centro Médico Coishco, es regular con un puntaje promedio de 69.40 puntos.
2. La elaboración de una plantilla única para realizar Auditoría Médica en el Centro Médico Coishco que tiene Sistema de Gestión Hospitalaria, nos ha permitido conocer que estos cuentan con más atributos de calidad con relación a la Auditoría Médica de Historias Clínicas convencionales, debido a que automáticamente se consignan los Datos de Filiación y Diagnóstico realizado con criterios del CIE-10.
3. De acuerdo a los resultados obtenidos, existen deficiencias notables en algunos rubros evaluados como Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento, siendo necesaria la intervención del Director y la participación de los médicos del Centro Asistencial en la corrección de errores, de lo contrario podrían surgir quejas y problemas médico-legales.
4. En el rubro Presentación del Expediente, la consignación incompleta de los datos, específicamente la firma y sello del médico, no se deben a error de los galenos, sino a un problema de tipo logístico que arrastra el Centro Médico Coishco desde hace varios años, debido a la dotación incompleta de material de impresión de Historias Clínicas, aunado a la necesidad de un recurso humano en el servicio de Admisión; como consecuencia, existe retraso en la impresión de Historias Clínicas por más de un año.

## **7.2 RECOMENDACIONES**

### **7.2.1 EN EL CENTRO MEDICO:**

1. Implementar la Auditoría Médica como procedimiento de rutina, con el fin de elevar la calidad de atención, evitar reclamos y problemas de tipo médico-legales.
2. La Auditoría Médica debe ser realizada por los propios médicos, inicialmente es recomendable que sea liderada por el Director del Centro Médico Coishco.
3. Capacitación en temas como Guías de Práctica Clínicas de los daños más frecuentes, Historia Clínica e Implicancias médico-legales.
4. Seguimiento y Monitoreo de las medidas correctivas, dando énfasis al cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica.
5. Operativos de Actualización y Depuración de Historias Clínicas.
6. Implementar un sistema de farmacovigilancia, para lograr el uso racional de los medicamentos.

### **7.2.2 RED ASISTENCIAL ANCASH**

1. Dotación adecuada de material PAAD de acuerdo a la necesidad del centro asistencial y apoyo en la impresión de Historias Clínicas.
2. Aprobar operativos de Actualización y Depuración de Historias Clínicas.

### 7.2.3 A NIVEL CENTRAL

1. Con el fin de consignar adecuadamente datos que de acuerdo a los resultados de este estudio se omiten frecuentemente, se recomienda modificar la Historia Clínica con Sistema de Gestión Hospitalaria. Deberá ser parecida a la Historia Clínica del Servicio de Emergencia con Sistema de Gestión Hospitalaria, en la que deben llenarse obligatoriamente los datos de un rubro para pasar a otro; por consiguiente, el profesional médico tendrá menos errores, mejorando la calidad del servicio.
2. Se propone la Historia Clínica de Consulta Externa con Sistema de Gestión Hospitalaria, que ha sido anexada en el acápite 9.6 (página 71).
3. En Anamnesis y Antecedentes, los datos se digitan en orden, si no llena un dato no puede pasar a otro.
4. En Examen Clínico, las Funciones Vitales y Condiciones Generales se digitan en orden, si no llena un dato no puede pasar al otro.
5. En Exámenes por Aparatos y Sistemas, si es normal, se marca y se pasa al próximo Aparato o Sistema. Si no es normal, deberá describir el hallazgo, para poder pasar al siguiente.
6. Por último, se propone la firma y sello digital del médico tratante, quien lo hará efectivo al final de la consulta. De esta forma una vez realizada la impresión de las Historias Clínicas, se evitaría de estar buscando al médico para que firme, este último puede estar de vacaciones o ya no pertenezca a la Institución.



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Drury, Sir VM, quoted in Waine C (1998), Why not care for your Diabetic patients? London: Royal College of General Practitioners.
- 2.- Colegio Médico del Perú. Conferencia del Dr. José Luis Piscoya Albañil en el seminario taller Auditoria Médica, 1998.
- 3.- Paiz C.A. Auditoria Médica. Ediciones La Roca. Buenos Aires, 1995.
- 4.- Donnavedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. 1996. Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-203.
- 5.- Essalud. Guía para la Realización de Auditoria Médica en el Seguro Social de Salud- Essalud. Resolución Presidencia Ejecutiva N° 175-2003.
- 6.- UNMSM. Diplomado en Auditoria Médica Facultad de Medicina; Piscoya Albañil, José. 1998.
- 7.- Tarco Virto, Duniska. Auditoria Médica y Calidad de Atención en el Programa de Atención Domiciliaria Essalud. UNMSM. (Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud). Lima –Perú, 2003.
- 8.- Fraser RC, Baker R H, Lakhani M K. Evidence-based clinical audit: an overview. Oxford 1998, 1 – 15.
- 9.- Llanos. F, Auditoria Médica en el primer nivel de atención. Revista Médica Herediana 2000; 11 (3): 107 – 112.
- 10.- Piscoya. J, Aliaga. E, Auditoria Médica como pilar de la calidad en la Atención de Salud. Revista Médica IPPS 1997. Vol. 6 (N° 3-4): 66 – 74.
- 11.- Piscoya Albañil José. Manual de Auditoria Médica en Hospitalización. Oficina de Auditoria Médica – Hospital Nacional Guillermo Almenara – Essalud. Abril 1999.
- 12.- Bulnes. M, y Sausa. Betty, Auditoria Médica en un Hospital de cuarto nivel: un modelo a considerar. UNMSM. (Tesis para optar el Título de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud). Lima-Perú, 1999.
- 13.- Llanos. F, Leyva. F, Miranda. J, Mayca. J, Auditoria Médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. Revista Médica Herediana 2002, 13: 26 -31.

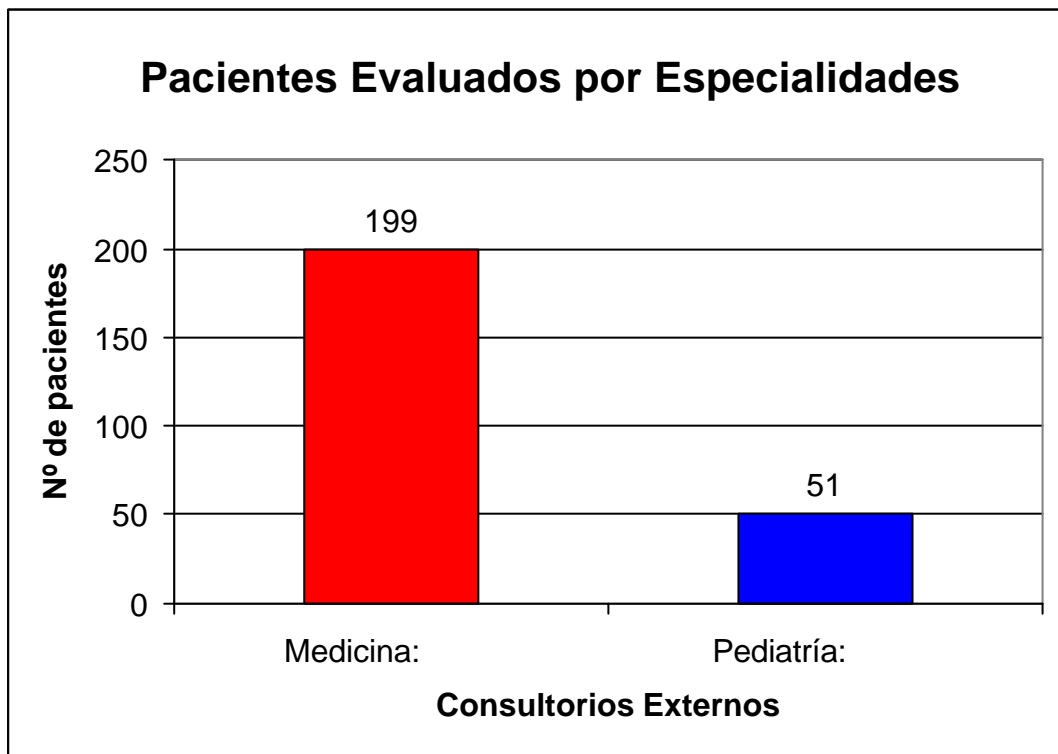
- 14.- Marinker. M, Principles. En Medical audit. And general practice. Ed. Publishing Group. London 1990, 1 -14.
- 15.- Colegio Médico del Perú. Auditoria Médica (cd-rom). Programa de Educación Médica Continua. Perú – CMP. 2002.
- 16.- Ortega Benito J. La Auditoria Médico-clínica I. La calidad en los servicios hospitalarios. En Medicina Clínica (Barcelona) 1994 ; 103: 663 – 666.
- 17.- Mejía. B, Auditoria Médica. Colombia: Ed. Ecoe ediciones, 2000. Capítulo 8: 41 – 45.
- 18.- Sociedad Peruana de Auditoria Médica. Curso de Capacitación de Auditoria Médica, 2002. Perú. Modulo II: 5 y 6.
- 19.- Ortega Benito J. La Auditoria Médico- clínica II. Definiciones y tipología. En Medicina Clínica 1944; 103: 741 – 744.
- 20.- Campión. P, Stanley. Y, Haddleton. M, audit. In general practice: Students and practitioners learning together. Quality in health care 1992; 1: 114 – 118.
- 21.- Sociedad Peruana de Auditoria Médica. Curso de Capacitación de Auditoria Médica, 2002. Perú. Modulo II: 7 y 8.
- 22.- Ortega Benito J. La Auditoria Médico-clínica IV. Perspectivas. En Medicina Clínica 1995. Vol. 104; 103: 27 y 28.
- 23.- Universidad Privada de Ciencia y Tecnología. Curso Auditoria Médica de los Servicios de Salud, 2002. Perú. Modulo IV: 13 y 14.
- 24.- Ley General de Salud N° 26842, promulgada el 17.07.97.
- 25.- Resolución 656-GG-ESSALUD-2001. Gerencia General de Essalud.
- 26.- Directiva N° 006-GG-ESSALUD-97. Gerencia General de Essalud.
- 27.- Resolución N° 001-GDP-ESSALUD-2003. Gerencia de División de Prestaciones.
- 28.- Resolución N° 001-GDP-ESSALUD-2004. Gerencia de División de Prestaciones.

## **9. ANEXOS**

## **9.1 GRAFICOS**

**Fuente: Elaborado por el investigador con los datos de las Historias Clínicas auditadas.**

**GRAFICO N° 1**



**GRAFICO N° 2**

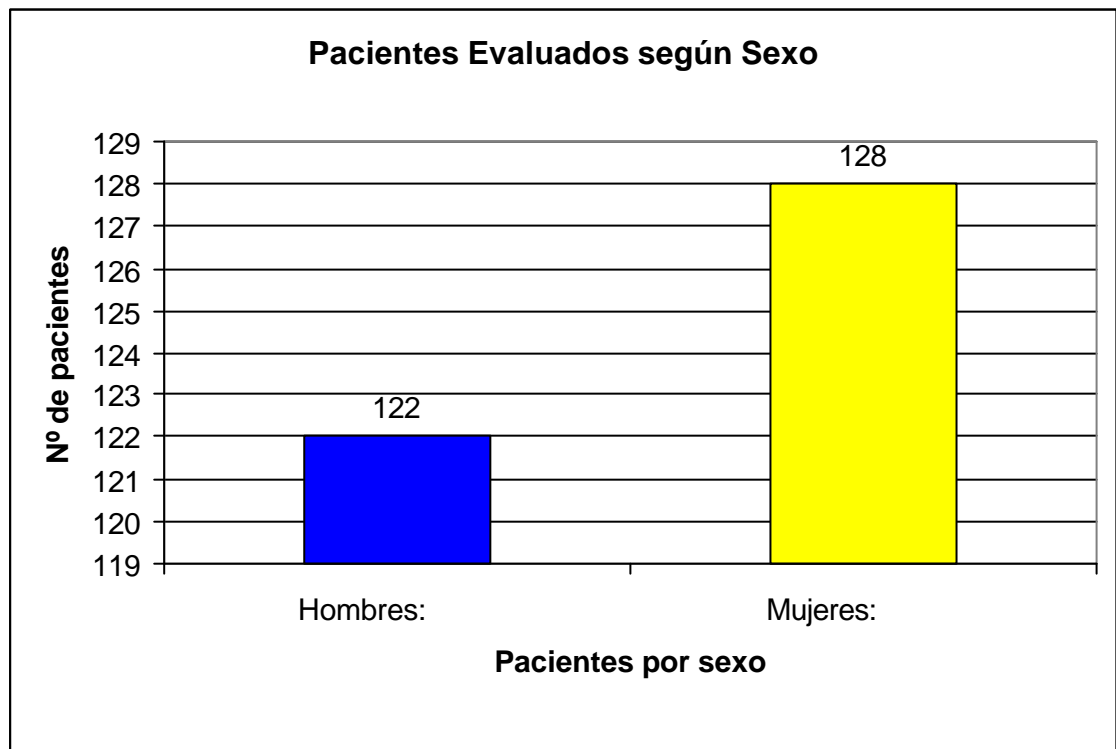
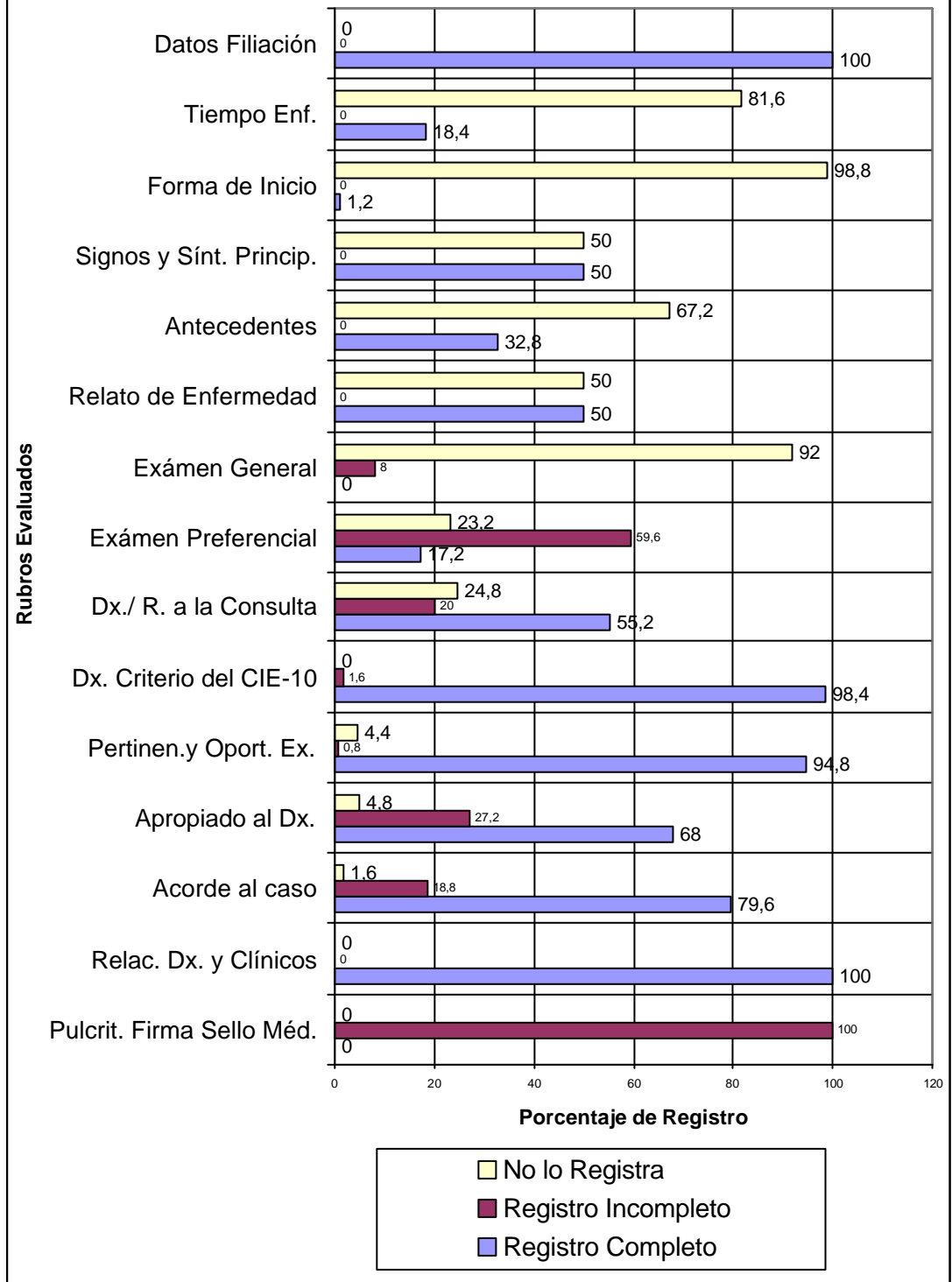
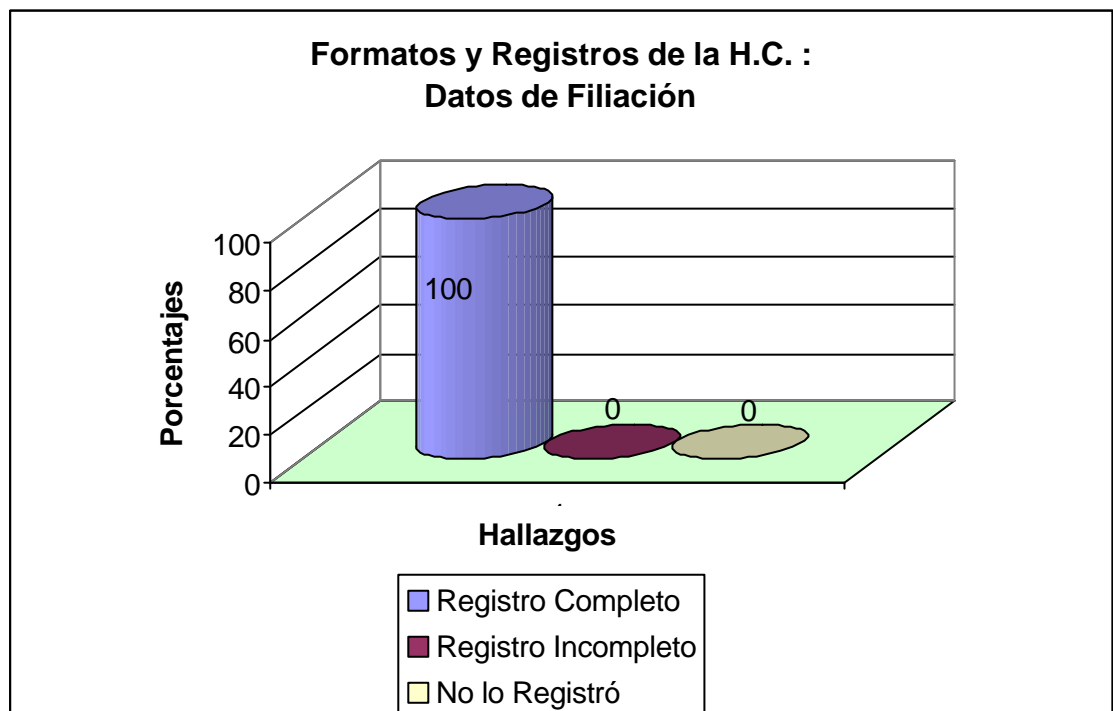


GRAFICO N°3

### Cuadro General de Auditoría de Historias Clínicas

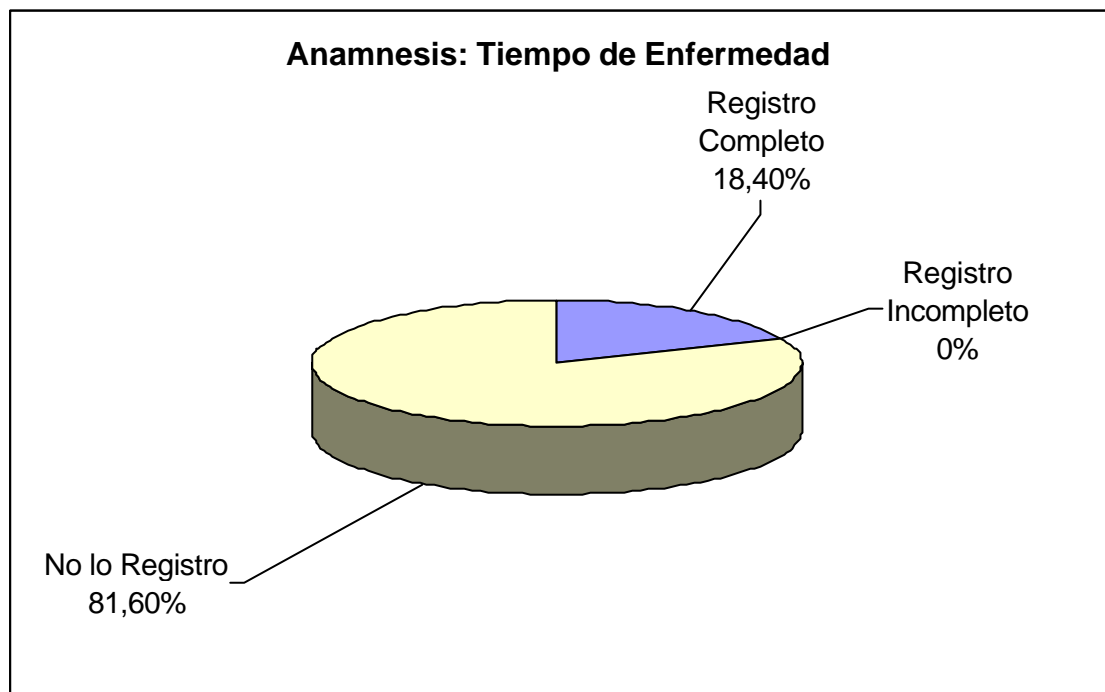


**GRAFICO N° 4**





**GRAFICO N° 5**



**GRAFICO N° 6**

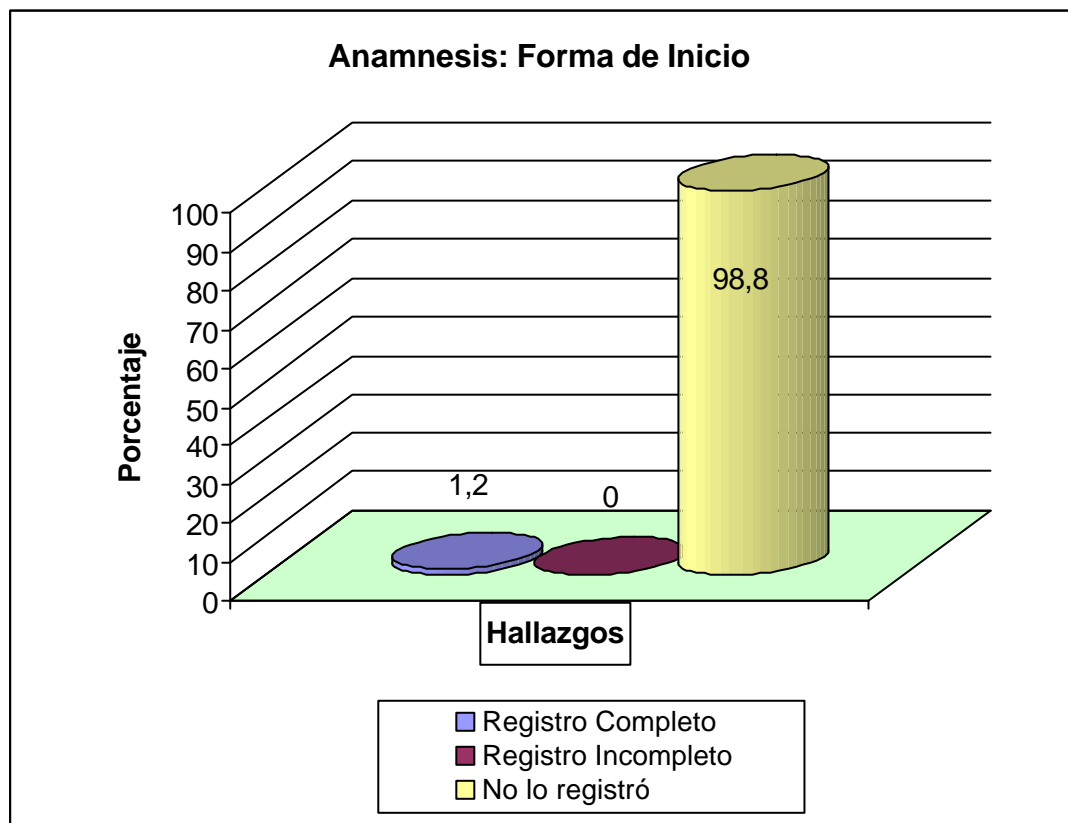


GRAFICO N° 7

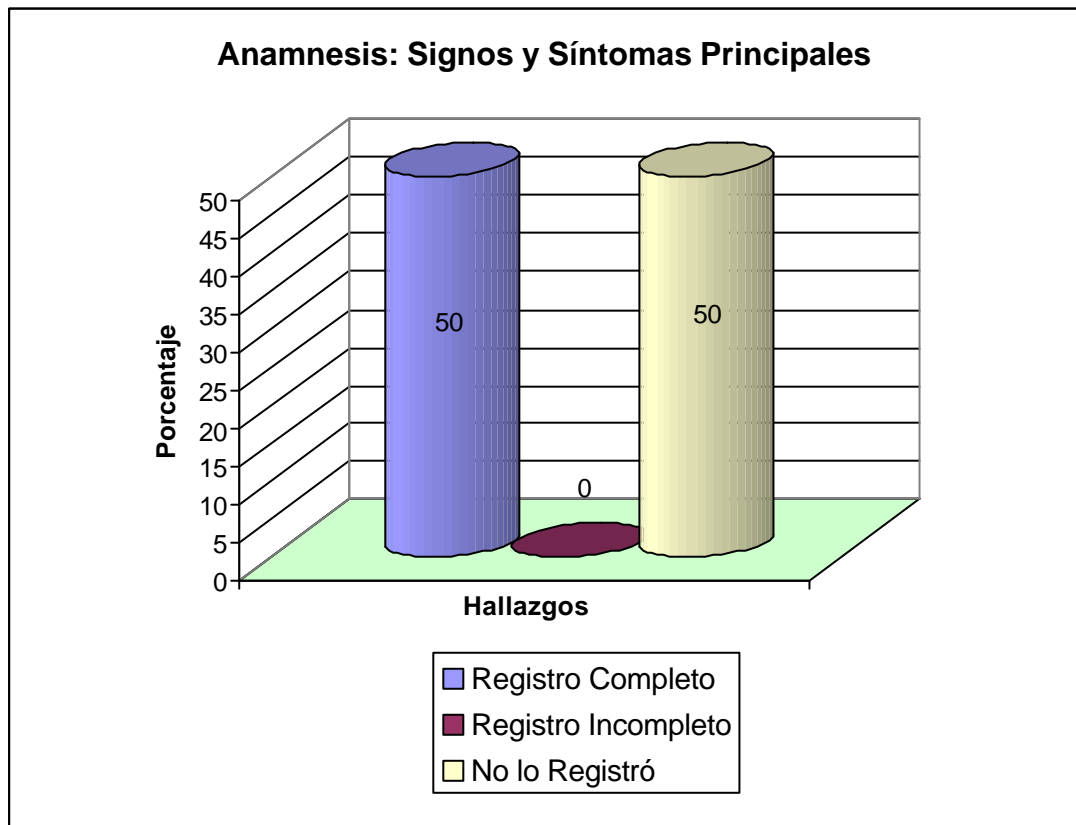


GRAFICO N° 8

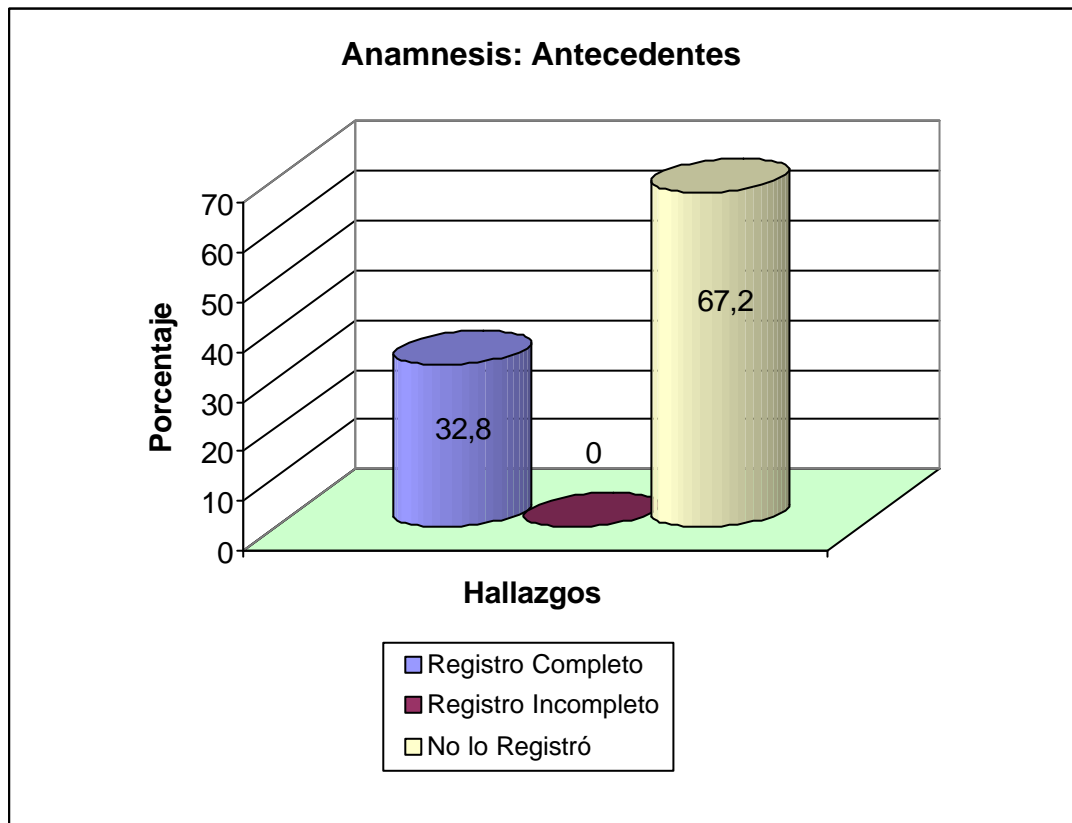


GRAFICO N° 9

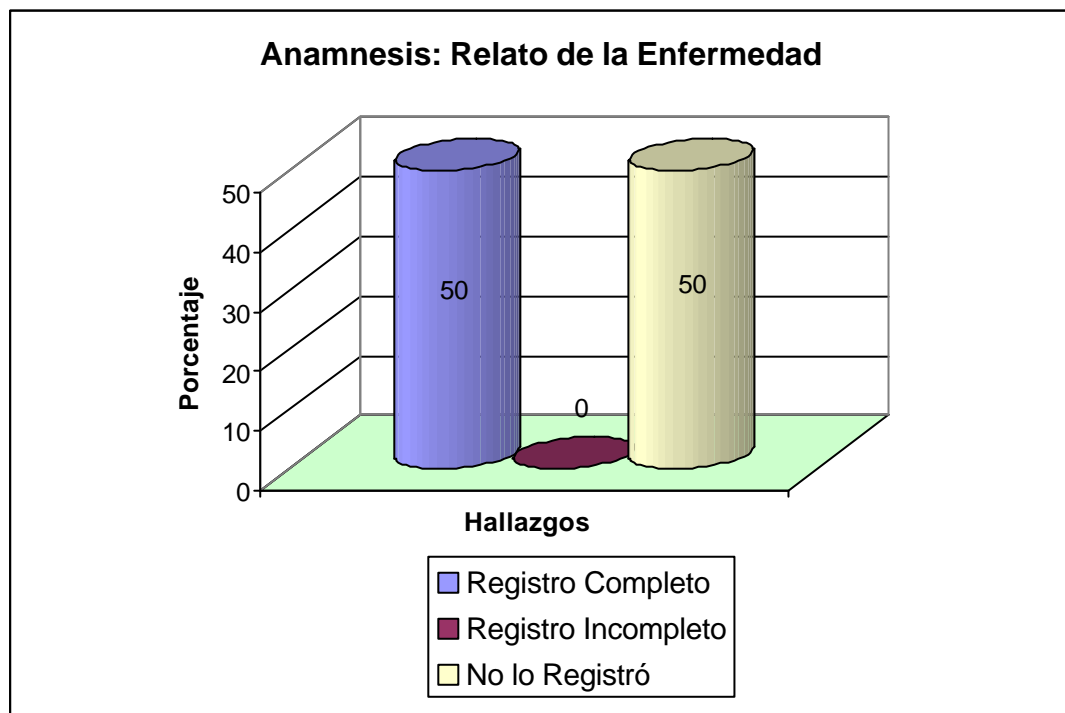


GRAFICO N° 10

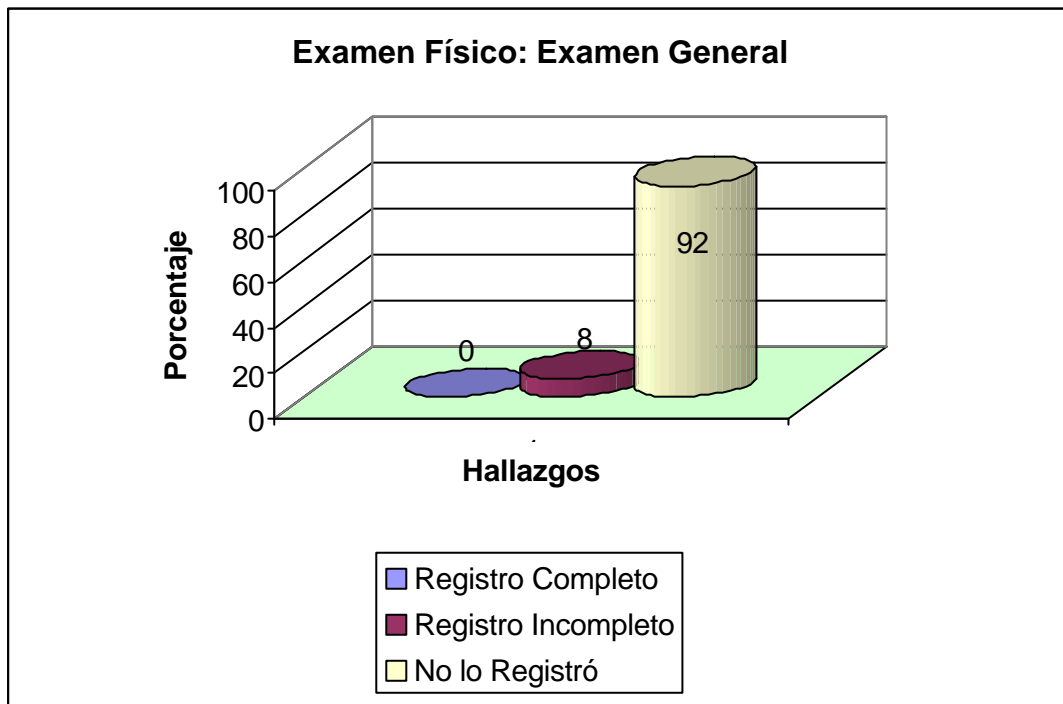


GRAFICO N° 11

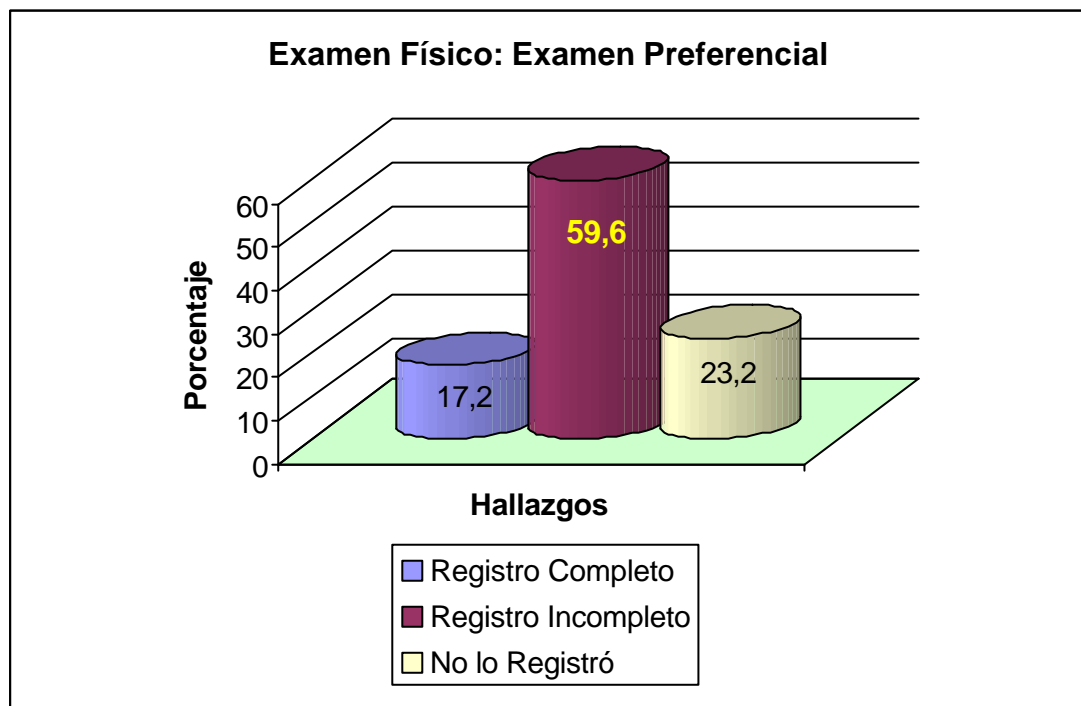


GRAFICO N° 12

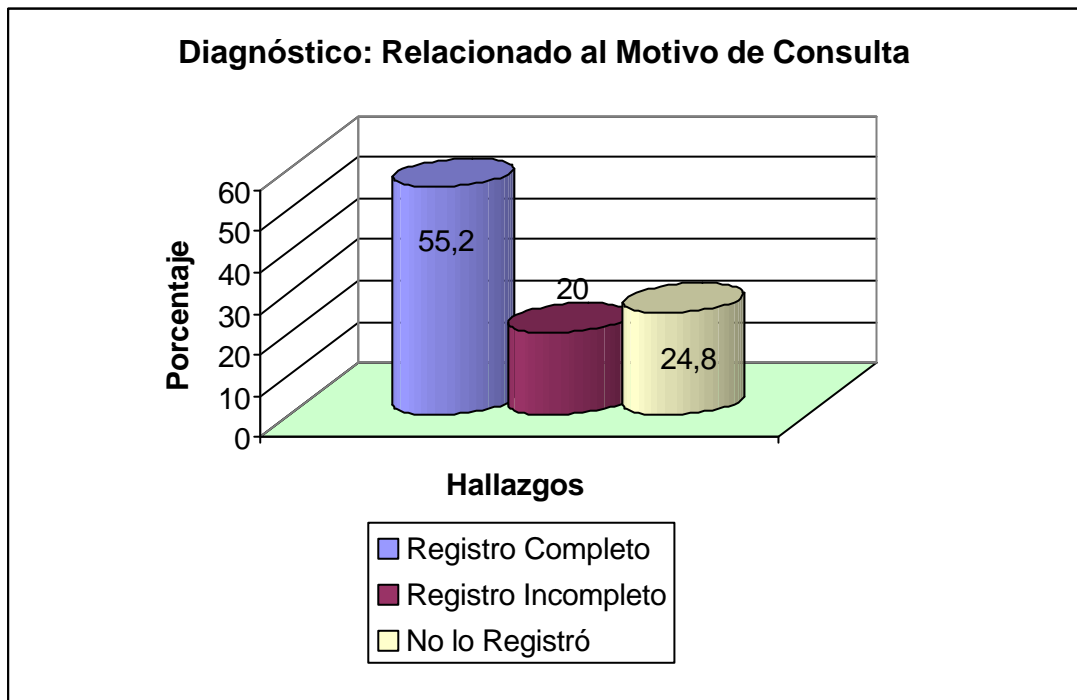




GRAFICO N° 13

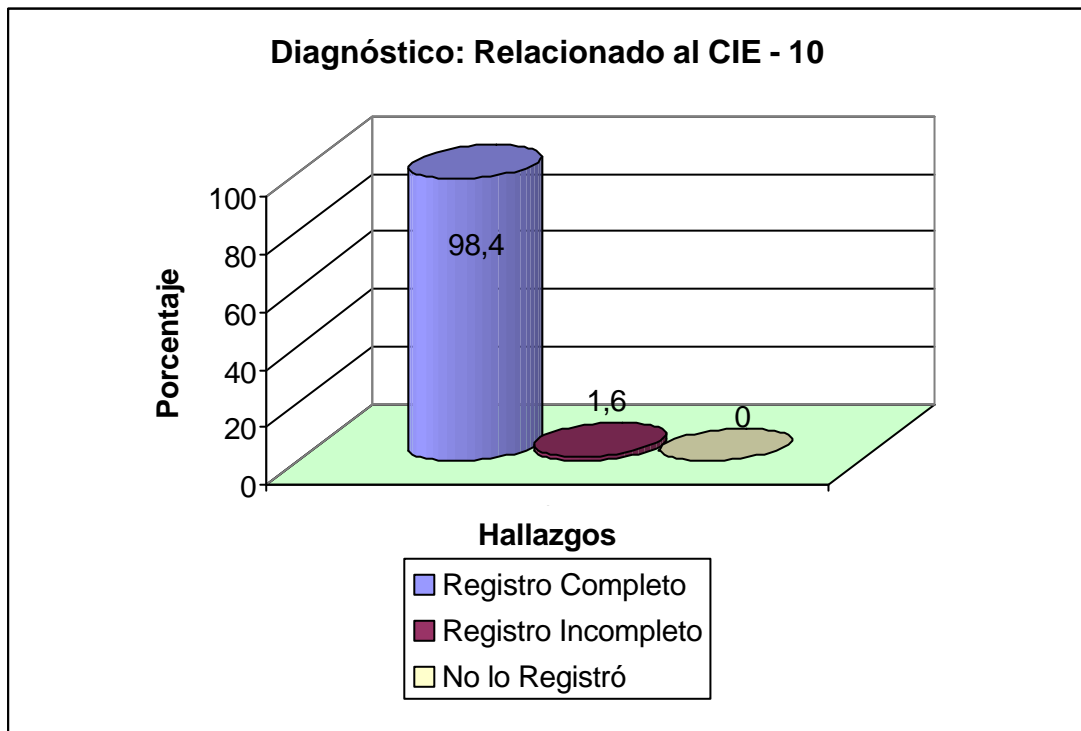


GRAFICO N° 14

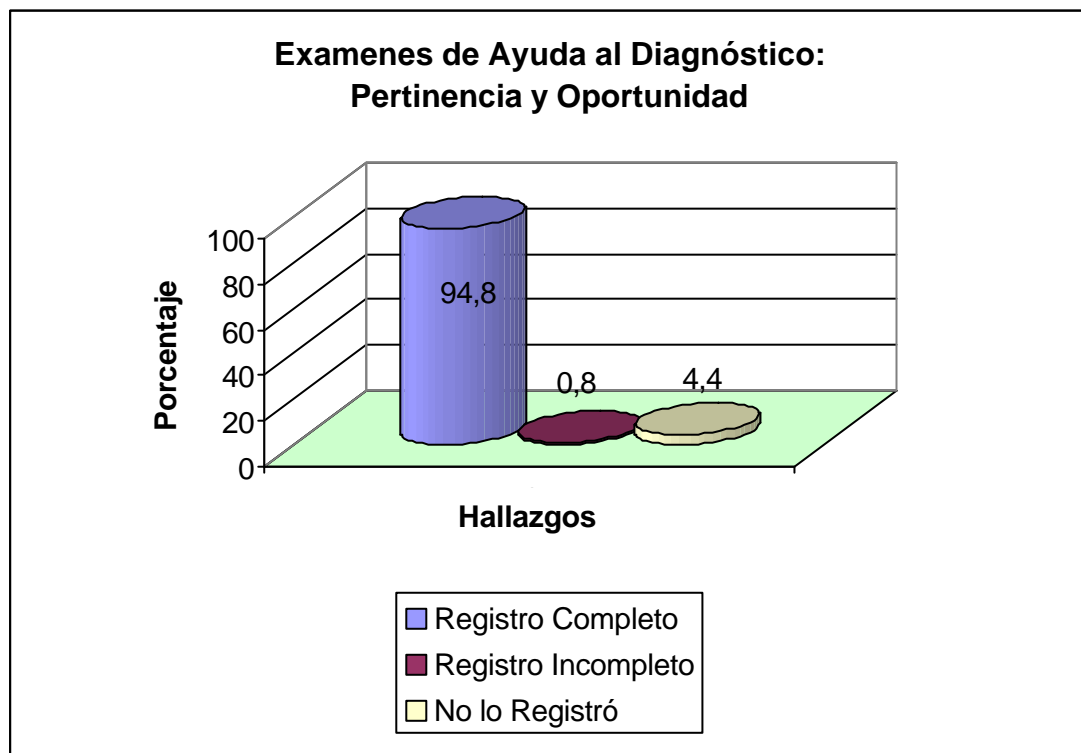


GRAFICO N° 15

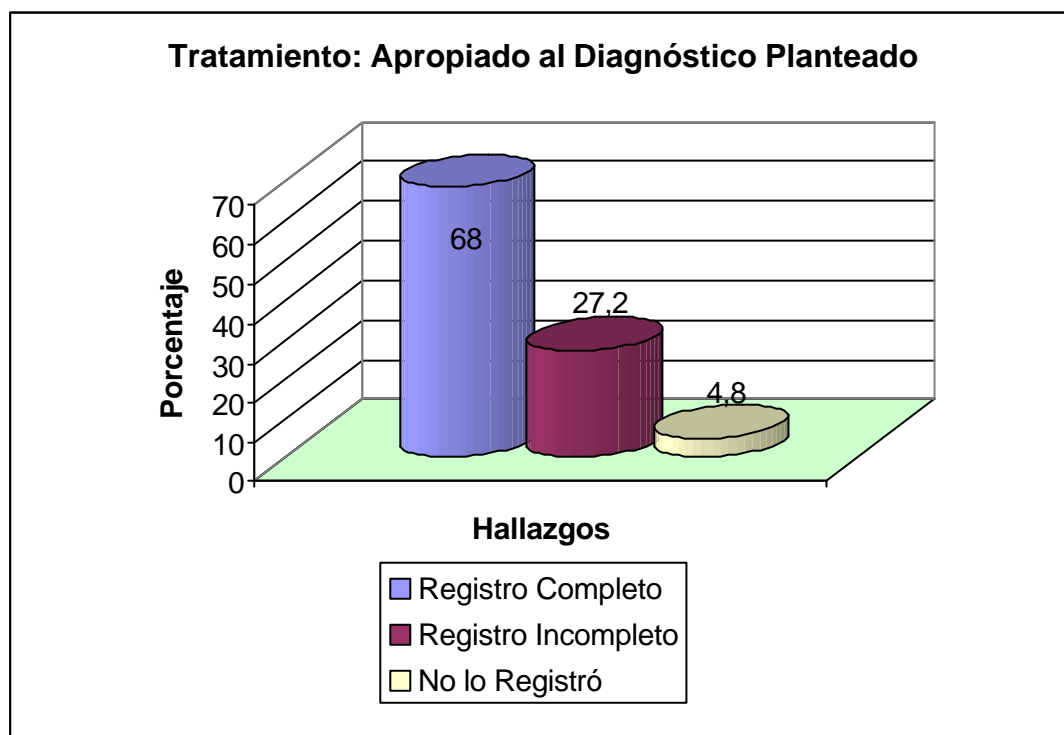


GRAFICO N° 16

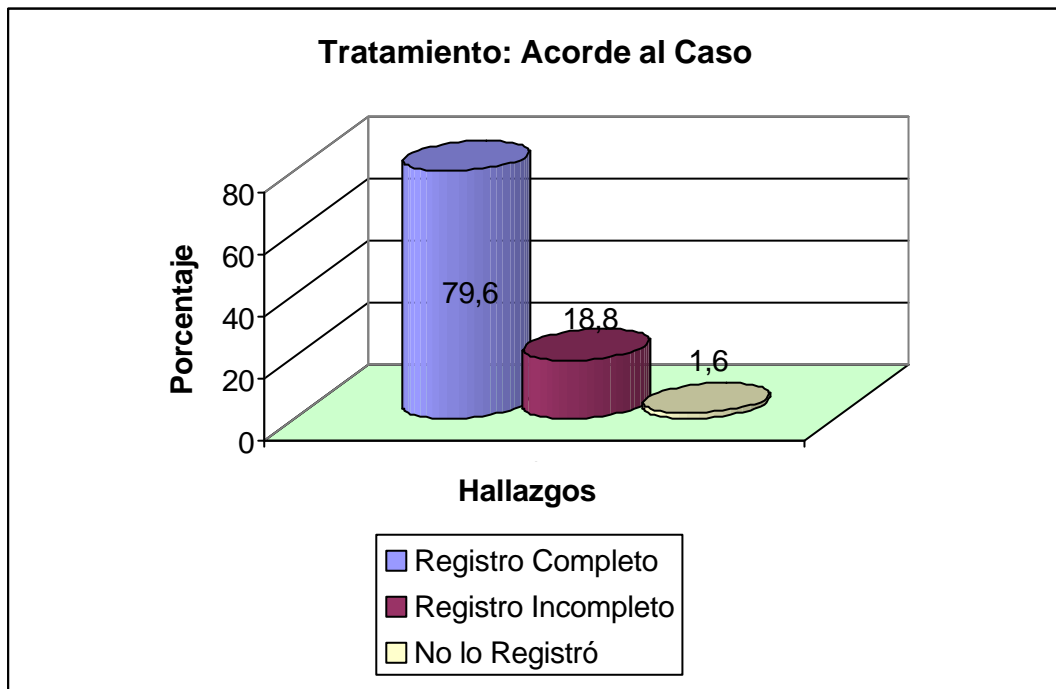


GRAFICO N° 17

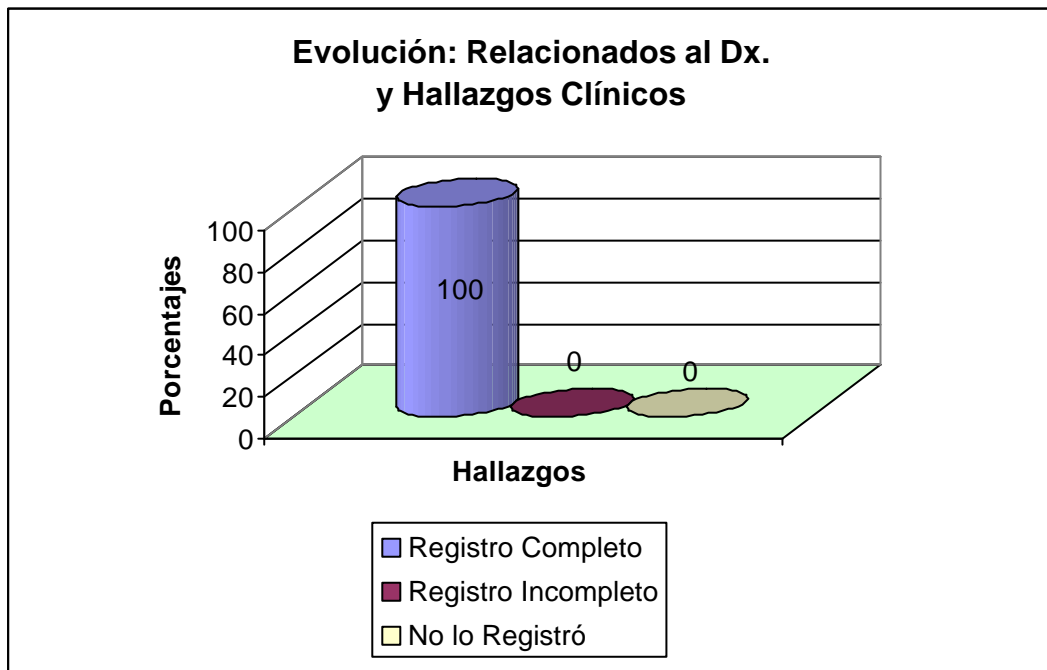
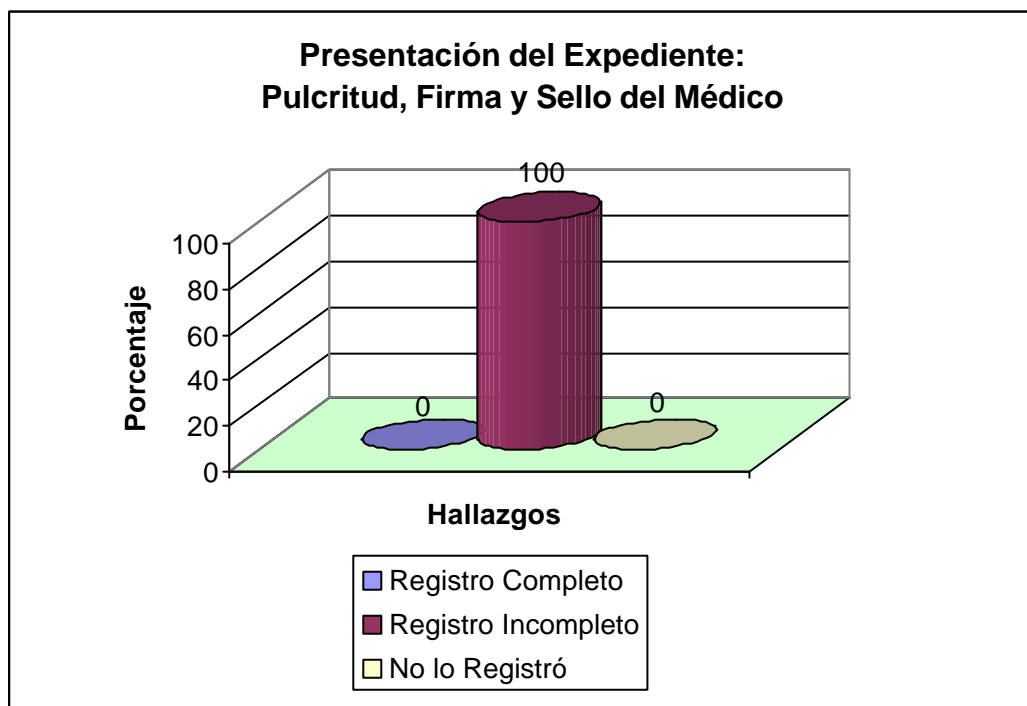


GRAFICO N° 18



## **9.2 FORMATOS**

## FORMATO N° 1

### FORMATO DE EVALUACION DE REGISTRO DE LA ATENCION MEDICA

N° ACTO MEDICO:

INSTITUCION PRESTADORA: ESSALUD

TIPO DE ATENCIÓN: CONSULTA EXTERNA

SERVICIO: MEG - PED - GIN - CIR – UPA

H.C.: AUTOGENERADO:

PACIENTE:

FECHA:

MEDICO TRATANTE:

FECHA DE ATENCIÓN:

DIAGNOSTICO :

CIE - 10:

COMPONENTES	PUNTAJE MAXIMO	Registro Completo	Registro Incompleto	No lo Registró
<b>1. FORMATOS Y REGISTROS DE LA H.C.</b>	5			
Datos de Filiación				
<b>2. ANAMNESIS</b>	15			
Tiempo de Enfermedad y Motivo de Atención				
Forma de inicio y curso de enfermedad				
Signos y síntomas principales				
Antecedentes: fisiológicos, patológicos y familiares				
Relato de la enfermedad				
<b>3. EXAMEN FISICO</b>	20			
Examen Gral. (Control de funciones vitales y condiciones grls)				
Examen preferencial (Motivo de la consulta)				
<b>4. DIAGNOSTICO</b>	20			
Diag. relacionado con el motivo de la consulta y examen físico				
Diag. Realizado con criterios del CIE – 10				
<b>5. EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>	15			
Pertinencia y oportunidad de los exámenes de ayuda al diag. y/o procedimientos solicitados				
<b>6. TRATAMIENTO</b>	15			
Apropiado con el diagnóstico planteado				
Acorde al caso con razonabilidad y precisión de lo descrito				
<b>7. EVOLUCIÓN</b>	5			
Relacionadas al diag. y los hallazgos clínicos relevantes				
<b>8. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE</b>	5			
Pulcritud, firma y sello del médico				
Total	100			

MUY BUENO	DE 91 A 100
BUENO	DE 75 A 90
REGULAR	DE 51 A 74
MALO	DE 0 A 50



FORMATO Nº 2

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS

FECHA:

HORA:

**ESSALUD**

	A. MED. NRO DE H.C													
<b>1. FORMATOS Y REGISTROS DE LA H.C.</b>														
Datos de Filiación														
<b>2. ANAMNESIS</b>														
Tiempo de Enfermedad y Motivo de Atención														
Forma de inicio y curso de enfermedad														
Signos y síntomas principales														
Antecedentes: fisiológicos, patológicos y familiares														
Relato de la enfermedad														
<b>3. EXAMEN FISICO</b>														
Examen Gral. (Control de funciones vitales y condiciones grls)														
Examen preferencial (Motivo de la consulta)														
<b>4. DIAGNOSTICO</b>														
Diag. relacionado con el motivo de la consulta y examen físico														
Diag. Realizado con criterios del CIE – 10														
<b>5. EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>														
Pertinencia y oportunidad de los exámenes de ayuda al diag. y/o procedimientos solicitados														
<b>6. TRATAMIENTO</b>														
Apropiado con el diagnóstico planteado														
Acorde al caso con razonabilidad y precisión de lo descrito														
<b>7. EVOLUCIÓN</b>														
Relacionadas al diag. y los hallazgos clínicos relevantes														
<b>8. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE</b>														
Pulcritud, firma y sello del médico														

### **9.3 CUADROS**

**Fuente: Elaborado por el investigador con los datos de las Historias  
Clínicas auditadas.**

**CUADRO Nº 1**

**CUADRO DE EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS**

Rubros Evaluados de la H.C.	Registro Completo		Registro Incompleto		No lo Registró	
	Nº H.C.	%	Nº H.C.	%	Nº H.C.	%
Datos de Filiación	250	100				
Tiempo de Enfermedad	46	18,4	0	0	204	81,6
Forma de Inicio	3	1,2	0	0	247	98,8
Signos y Síntomas Principales	125	50	0	0	125	50
Antecedentes	82	32,8	0	0	168	67,2
Relato de Enfermedad	125	50	0	0	125	50
Exámen General	0	0	20	8	230	92
Exámen Preferencial	43	17,2	149	59,6	58	23,2
Diagnóstico Relacionado a la Consulta	138	55,2	50	20	62	24,8
Diagnóstico con Criterio del CIE - 10	246	98,4	4	1,6	0	0
Pertinencia y Oportunidad de los Exámenes	237	94,8	2	0,8	11	4,4
Apropiado con el Diagnóstico Planteado	170	68	68	27,2	12	4,8
Acorde al caso con Razonabilidad y Presición	199	79,6	47	18,8	4	1,6
Relacionadas al Dx. y Hallazgos Clínicos	250	100	0	0	0	0
Pulcritud, Firma y Sello del Médico	0	0	250	100	0	0

## CUADRO N° 2

### PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS HISTORIAS EVALUADAS

DAÑO	NUMERO	PORCENTAJE
1.- Faringitis Aguda	53	21,2
2.- Lumbago	22	8,8
3.- Gastritis	19	7,6
4.- Infección del Tracto Urinario	19	7,6
5.- Bronquitis Aguda	17	6,8
6.- Amigdalitis Aguda	16	6,4
7.- Rinofaringitis Aguda	11	4,4
8.- Diarrea y Gastroenteritis	11	4,4
9.- Artrosis	9	3,6
10.- Contusión	9	3,6
11.- Tiña	6	2,4
12.- Asma	4	1,6
13.- Artritis	3	1,2
14.- Vaginitis Aguda	3	1,2
15.- Conjuntivitis Aguda	3	1,2
16.- Migraña	3	1,2
17.- Cefalea	3	1,2
18.- Escabiosis	2	0,8
19.- Hipertensión Arterial	2	0,8
20.- Rinitis Alérgica	2	0,8
21.- Varicela	2	0,8
22.- Sinovitis	2	0,8
23.- Pterigión	2	0,8
24.- Otros (Un solo caso)	27	10,8
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

**CUADRO N° 3**

**NUMERO DE AUDITORIAS MEDICAS POR MEDICO TRATANTE**

<b>MEDICO TRATANTE</b>	<b>Nro. De Auditorías Médicas</b>
Médico 1	40
Médico 2	37
Médico 3	33
Médico 4	30
Médico 5	29
Médico 6	18
Médico 7	17
Médico 8	16
Médico 9	15
Médico 10	15
<b>Total de Auditorías</b>	<b>250</b>

**CUADRO N° 4**

**DISTRIBUCION DE CALIFICACIONES DE LAS HISTORIAS CLINICAS  
EVALUADAS SOBRE 100 PUNTOS**

<b>Calificación</b>	<b>Nro. De Hist. Clinicas</b>	<b>Porcentaje</b>
Muy bueno 90 - 100	0	0
Bueno 70 - 89	109	43,6
Regular 51 - 74	124	49,6
Malo 0 - 50	17	6,8
<b>Total de Auditorías</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

#### **9.4 INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE AUDITORIA MEDICA**

## HISTORIA CLÍNICA CON SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA

### 1.- FORMATOS Y REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA

#### 1.1.- Datos de Filiación

- 5 puntos Registro completo, cuando todos los datos de filiación son llenados.
- 3 puntos Registro Incompleto, cuando falta uno o más datos de filiación.
- 0 puntos No registra, no existe.

### 2.- ANAMNESIS

#### 2.1.- Tiempo de Enfermedad y Motivo de Atención

- 3 puntos Registro completo, indica tiempo de enfermedad y motivo de atención.
- 0 puntos No lo registró, no existen datos

#### 2.2.- Forma de Inicio

- 3 puntos Registro completo, indica forma de inicio
- 0 puntos No lo registró, no existen datos

#### 2.3.- Signos y Síntomas Principales

- 3 puntos Registro completo, indica signos y síntomas principales
- 0 puntos No lo registró, no existen datos

#### 2.4.- Antecedentes

- 3 puntos Registro completo, indica antecedentes personales y familiares
- 0 puntos No lo registró, no existen datos

#### 2.5 Relato

- 3 puntos Registro completo, indica relato de enfermedad
- 0 puntos No lo registró, no existen datos



### 3.- EXAMEN FISICO

#### 3.1 Examen General (Control de Funciones Vitales y Condiciones Generales)

- 5 puntos Registro completo, indica datos de funciones vitales y condiciones generales.
- 3 puntos Registro incompleto.
- 0 puntos No lo registró, no existen datos

#### 3.2 Examen preferencial.

- 15 puntos Registro completo, describe los hallazgos en relación a la enfermedad actual y/o diagnóstico.
- 10 puntos Registro incompleto
- 0 puntos No lo registró, no existen datos.

### 4.- DIAGNOSTICO

#### 4.1 Diagnóstico Relacionado con el Motivo de la Consulta y Examen Físico

- 10 puntos Registro completo, existe relación con la enfermedad actual y el examen físico.
- 5 puntos Registro incompleto
- 0 puntos No lo registró no existen datos

#### 4.2 Diagnóstico Realizado con criterios del CIE-10

- 10 puntos Registro completo, relacionado a los criterios del CIE - 10
- 5 puntos Registro incompleto
- 0 puntos No lo registró no existen datos

### 5.- EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNOSTICO.

#### 6.1 Pertinencia y oportunidad de los exámenes de ayuda al Diagnóstico y /o procedimientos solicitados.

- 15 puntos Registro completo, cuando se solicitan los exámenes necesarios.
- 10 puntos Registro incompleto, cuando no se solicitan en el momento oportuno
- 0 puntos No lo registró, cuando no se solicitan los exámenes necesarios.

## 6.- TRATAMIENTO

- 6.1 Apropriado con el Diagnóstico Planteado
- 10 puntos Registro completo, cuando el tratamiento tiene relación con el diagnóstico.
  - 5 puntos Registro incompleto, cuando el tratamiento es insuficiente o excesivo.
  - 0 puntos No lo registró, cuando no existen datos.
- 6.2 Acorde al caso con razonabilidad y precisión de lo descrito.
- 5 puntos Registro completo, cuando la cantidad y dosificación es adecuada
  - 3 puntos Registro incompleto, cuando la cantidad y dosificación no es la adecuada.
  - 0 puntos No lo registró, no existen datos.

## 7.- EVOLUCION

- 7.1 Relacionadas al Diagnóstico y a los hallazgos relevantes
- 5 puntos Registro completo, cuando la evolución tiene relación con el diagnóstico y los hallazgos clínicos relevantes.
  - 0 puntos No lo registró, no tiene relación con el diagnóstico y hallazgos clínicos relevantes

## 8.- PRESENTACION DEL EXPEDIENTE

- 8.1 Pulcritud, Firma y Sello del Médico
- 5 puntos Registro completo, historia clínica ordenada, formatos adecuados y limpios, firma y sello del médico.
  - 3 puntos Registro incompleto
  - 0 puntos No lo registró

## **9.5. HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

## HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

ESSALUD

### CENTRO MÉDICO COISHCO PACIENTE ATENDIDOS

ATENCIÓN MÉDICAS

Fecha:

Hora:

#### DATOS DE LA ATENCIÓN

CONSULTORIO :

SERVICIO:

TURNO :

C.M.P N°:

NOMBRE DEL MEDICO:

HISTORIA CLÍNICA N°

ACTO MEDICO:

FILIACIÓN DEL ASEGURADO

Fecha de Atención:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CARNET:

SEXO:

EDAD:

---

**ANAMNESIS:**

ANTECEDENTES:

EXAMEN CLÍNICO:

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

CIE-10

DAÑO

EXÁMENES AUXILIARES:

**MEDICAMENTOS:**

RECETAS

DESCRIPCIÓN

PRESENTACIÓN

## HISTORIA CLINICA DE EMERGENCIA

```

+-----MOVIMIENTOS EN TOPICO-----+
|
| Tópico      :                               Fecha   :
| Paciente    :                               Autogenerado.:
| Tip.Ase/Seg:
| Plan Salud  :      Hora de Admisión.:  No. Orden :
| Acto Medico:              Nro. H/C :   Edad   :      Sexo :
|-----+
| Hora        :      Estado de Arribo:           Hemoglocutex
| Método de Temperatura:           Presión:      Peso:
| Pulso       :      Talla:             cms.  Temperatura:
|              Txt.Dx.:
|
| +----- Resumen de la H/C : Epicrisis -----+
|
|
| +-- [Tab] Continuar ----- [Esc] Cancelar -----+
|
| Caso      :          Prioridad:
| Dx.(CIE): -
| Dx.(CIE):
| C.M.P. Responsable:          Camilla:  -  -
| C.M.P. Guardia:
| Fecha de Egreso:          Hora de Egreso:.
| Destino   :
+-----+

```

Esc=Salir

**9.6. HISTORIA CLÍNICA PROPUESTA DE CONSULTA EXTERNA  
CON SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA**

## HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA

ESSALUD

### CENTRO MÉDICO COISHCO PACIENTE ATENDIDOS

ATENCIÓN MÉDICAS

Fecha:

Hora:

#### DATOS DE LA ATENCIÓN

CONSULTORIO :

SERVICIO:

TURNO :

C.M.P N°:

NOMBRE DEL MEDICO:

HISTORIA CLÍNICA N°

ACTO MEDICO:

FILIACIÓN DEL ASEGURADO

Fecha de Atención:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CARNET:

SEXO:

EDAD:

---

#### ANAMNESIS:

Tiempo de Enfermedad:

Motivo de Atención:

Forma de Inicio:

Signos y Síntomas Principales:

Relato:

#### ANTECEDENTES:

Personales:

Familiares:

Epidemiológicos:

#### EXAMEN CLÍNICO:

FC:

P.A.:

TEMP.:

FR :

PESO:

TALLA:

Condiciones Generales:

#### EXAMENES POR APARATOS Y SISTEMAS:

Respiratorio:

Normal [ ] Hallazgos:

Digestivo:

Normal [ ] Hallazgos:

Urinario:  
Normal [ ] Hallazgos:

Cardiovascular:  
Normal [ ] Hallazgos:

Nervioso:  
Normal [ ] Hallazgos:

Gineco-Obstétrico  
Normal [ ] Hallazgos:

Otros:  
Normal [ ] Hallazgos:

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**  
CIE-10 DAÑO

**EXÁMENES AUXILIARES:**

<b>MEDICAMENTOS:</b>		
RECETAS	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN