



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos

AUTOR:

Pablo David León Salazar

**Trabajo de Titulación Examen Complexivo para la obtención de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

ECON. Shirley Segura Ronquillo, MGS.

Guayaquil, Ecuador

2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

DECLARO QUE:

El Examen Complexivo “**Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos**”, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Examen Complexivo del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 21 días del mes de julio del 2022

AUTOR

PABLO DAVID LEÓN SALAZAR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Pablo David León Salazar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Examen Complexivo previa a la obtención del grado académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud titulada: **“Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 21 días del mes de julio del 2022

AUTOR

PABLO DAVID LEÓN SALAZAR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

REPORTE URKUND

← → ↻ secure.orkund.com/old/view/134712985-864400-479355#BcExDoAgDAXQu3T+MS1twXIV42CIgGZZG113972Xnk1Y6hCM0xgCaawAme4wwOZkX0HzX6P6V2jHZSSYU5il...

URKUND Abrir sesión

Lista de fuentes **Bloques**

Documento	Categoría	Enlace/nombre de archivo
Documento 2022.Revisión Integral SALUD EXAMEN COMPLEXIVO LEON SALAZAR DAVID (24 junio).docx (D141165356)		Universidad Tecnica Particular de Loja / D140730778
Presentado 2022-06-24 09:39 (-05:00)		Universidad Señor de Sipán / D30541626
Presentado por pabloleon12@hotmail.com		https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5970/yampufe_cjm.pdf?seq...
Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D19680293
Mensaje Complejivo Md. Pablo León Salazar Mostrar el mensaje completo		Universidad Tecnica Particular de Loja / D140795428 <input checked="" type="checkbox"/>
1% de estas 47 páginas, se componen de texto presente en 9 fuentes.		Universidad Nacional Federico Villarreal / D115154874

0 Advertencias. Reiniciar Compartir

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por confiar siempre en cada decisión que he tomado en la vida y apoyarme a cada momento.

A los docentes de esta prestigiosa universidad.

A mi tutora por el tiempo y la dedicación brindada.

DEDICATORIA

A ti siempre, mi hermosa hija Sara.

Índice de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Objeto de estudio	3
Campo de acción.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Formulación del problema	5
Justificación.....	5
Preguntas de investigación.....	6
Variable de estudio.....	7
Objetivos de la investigación	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Desarrollo.....	8
Fundamentación teórica conceptual	8
La historia de la historia clínica, sus inicios	8
La historia clínica.....	10
Funciones y usos de la historia clínica.....	12
La calidad de la historia clínica.....	13
Importancia de la historia clínica	15
Características de las historias clínicas	16
Enfoques en la evaluación de las historias clínicas.....	17
Primer enfoque de evaluación.....	17
Segundo enfoque de evaluación.....	18
Calidad del servicio.....	18
Marco referencial	22
Marco conceptual	25
Acceso a la historia clínica.....	25
Archivo central.....	25
Atención médica.....	26
Chequeo médico.....	26
Confidencialidad	26

Documento	26
Estado de salud.....	26
Paciente	26
Salud.....	27
Sistema de información.....	27
Marco legal	27
Constitución de la República del Ecuador	27
Ley Orgánica de Salud	29
Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos.....	31
Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud.	32
Marco metodológico	33
Tipo de investigación	33
Investigación descriptiva.....	33
Investigación documental.....	34
Investigación analítica.....	34
Método de investigación	34
Método mixto	34
Técnicas de recolección de datos	35
Revisión documental	35
Encuesta	35
Entrevista.....	35
Observación.....	36
Instrumentos de recolección de datos	36
Cuestionario	36
Ficha de evaluación de parámetros	36
Población y muestra	37
Población.....	37
Muestra.....	38
Detalle de los procedimientos realizados.....	39
Análisis y discusión de los resultados	41
Análisis de resultados de encuesta realizada.....	41
Análisis de resultados de entrevista realizada.....	51

Análisis de resultados de evaluación de las historias clínicas	53
Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos	53
Criterio: Información completa en las historias clínicas en AS400.....	54
Criterio: Información Legible en las historias clínicas en AS400	54
Criterio: Veracidad de la información en las historias clínicas en AS400.	56
Indicadores de la calidad de la historia clínica en el área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos.....	57
Evaluación de datos iniciales	58
Metodología diagnóstica	59
Seguimiento de problemas	59
Registro de enfermería	60
Evaluación final y observaciones.....	60
Análisis de resultados de evaluación de las historias clínicas.....	61
Sugerencias de estrategias para reducir y/o eliminar los errores u omisiones en el registro de los datos en las historias clínicas digitales en sistema AS/400 del área de emergencia del Hospital General IESS Los Ceibos	63
Capacitación al personal en el manejo del AS400	63
Delegación de responsabilidad por escrito o de manera formal a los usuarios del sistema AS400	63
Crear normativa interna en el manejo del Sistema AS400	64
Evaluación del llenado de las historias clínicas en el sistema AS400	64
Conclusiones	65
Recomendaciones.....	66
Referencias.....	67
Apéndice	73

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Acción de campo</i>	3
Tabla 2 <i>Definición de Calidad según diversos autores</i>	21
Tabla 3 <i>Resultados de entrevista realizada</i>	51
Tabla 4 <i>Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400</i>	53
Tabla 5 <i>Indicadores de las historias clínicas</i>	57
Tabla 6 <i>Estadística Descriptiva – Evaluación de las historias clínicas</i>	62

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Distintos puntos de vistas sobre la calidad del servicio según Harvard	19
<i>Figura 2.</i> Se conoce claramente sobre los bloques que conforman la historia clínica	41
<i>Figura 3.</i> Ha recibido capacitación en el Sistema AS400 para el llenado de la historia clínica	42
<i>Figura 4.</i> Ha recibido capacitación en el llenado de la historia clínica en el AS-400.....	43
<i>Figura 5.</i> Importancia de la información registrada en las historias clínicas	44
<i>Figura 6.</i> Todo el personal de emergencia debe conocer sobre las historias clínicas.....	45
<i>Figura 7.</i> Necesidad de evaluar periódicamente el llenado de las historias clínicas	46
<i>Figura 8.</i> Información de manera clara en las historias clínicas.....	47
<i>Figura 9.</i> Información completa en las historias clínicas	48
<i>Figura 10.</i> Las historias clínicas tienen un orden físico alfabéticamente	49
<i>Figura 11.</i> Los pacientes contribuyen a aportar todos los datos requeridos.....	50
<i>Figura 12.</i> Criterio: Información completa en las HC.....	54
<i>Figura 13.</i> Criterio: Información legibilidad en las historias clínicas en AS400 .	55
<i>Figura 14.</i> Criterio: Veracidad en la información de las historias clínicas en AS400.....	56

Índice de Apéndices

Apéndice 1. Hoja de Evaluación de registro de historia clínica	73
Apéndice 2. Datos procesados en SPSS.....	75
Apéndice 3. Formulario Encuesta a empleados	78
Apéndice 4. Formulario Evaluación de los indicadores de calidad de las historias clínicas.....	82
Apéndice 5. Formulario Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400	88
Apéndice 6. Solicitud de aprobación para desarrollar la investigación en el área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos	91
Apéndice 7. Capacitación en manejo de AS400 que se realizó en el periodo 21 al 25 de febrero de 2022.....	92

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo general, evaluar la información registrada en las historias clínicas en AS/400 en del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, mediante la revisión cualitativa y cuantitativa de los datos procesados, para mejorar la calidad de los registros. Es una investigación de tipo descriptiva, documental y analítica, con enfoque mixto; se utilizan técnicas como la encuesta y la entrevista, que permitieron conocer las opiniones del personal que labora en el área de emergencia. La población de estudio estuvo conformada en dos grupos, un grupo representado por el personal del área de emergencia y otra población con las historias clínicas evaluadas, en una muestra de 362 historias clínicas. Se revisó el registro de los datos iniciales, la metodología diagnóstica, el seguimiento de problemas de salud del paciente, los registros de enfermería, y otros datos. Como principales resultados, se obtuvo que, en promedio, 155 historias clínicas no presentaron datos registrados en algunos campos requeridos, 109 historias presentaron registros incompletos y solo una media de 98 historias clínicas presentaron datos completos. Finalmente, se proponen estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de los registros en las historias clínicas del área de emergencia del Hospital.

Palabras clave: Hospital Los Ceibos, Historia Clínica, Calidad, Registros, Mejora.

Abstract

The general objective of this work is to evaluate the information recorded in the medical records in AS/400 in the emergency area of the General Hospital of Guayaquil IESS Los Ceibos, through the qualitative and quantitative review of the processed data, to improve the quality of the registers. It is a descriptive, documentary and analytical type of research, with a mixed approach; Techniques such as the survey and the interview are used, which allowed knowing the opinions of the personnel who work in the emergency area. The study population was made up of two groups, a group represented by the staff of the emergency area and another population with the medical records evaluated, in a sample of 362 medical records. The registry of the initial data, the diagnostic methodology, the follow-up of the patient's health problems, the nursing records, and other data were reviewed. As main results, it was obtained that, on average, 155 clinical histories did not present registered data in some required fields, 109 histories presented incomplete records and only an average of 98 clinical histories presented complete data. Finally, strategies are proposed that contribute to improving the quality of the records in the medical records of the emergency area of the Hospital.

Keywords: Los Ceibos Hospital, Clinical History, Quality, Records, Improvement.

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo realizar una evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en As-400 del Área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos, con la finalidad de conocer la importancia de la calidad del registro de la información que deben contener las historias clínicas, en virtud de que los datos que contienen estos documentos, son de alto valor médico, gerencial y legal.

Por lo tanto, la información que contienen las historias clínicas contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, la optimización de los procesos, la protección de los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, facilitando el manejo de la información para cualquier prestador de servicio médico, auxiliares médicos, entre otros.

Es necesario que las empresas establezcan mecanismos de control para poder determinar si se logran o no, objetivos de desempeño y objetivos empresariales planteados para cierto periodo de tiempo. La información que contienen las historias clínicas es muy valiosa, es decir, cada dato requerido en los distintos campos del formulario debe ser completado de manera rigurosa, sin embargo, no siempre es así. Entre otras causas, el personal médico no siempre está capacitado para realizar dicha actividad de manera correcta.

Si la información se encuentra estandarizada, entonces es más fácil guiar y preparar al talento humano, indicándoles los procedimientos generales de llenado y no caer en el error de que cada médico llena la historia de acuerdo a su experticia o su comprensión, sino de acuerdo a lo que pide el formulario. En este sentido, la utilización de un sistema que permita llevar un mejor control de las historias clínicas de los pacientes facilitará al personal del centro médico efectuar los registros de forma más eficiente. De acuerdo a lo señalado, se hace referencia al Sistema AS-400 siendo este un sistema integrado muy complejo que incluye el hardware, el software, la seguridad, una base de datos y otros componentes (Bernal, 2021). Se trata de un sistema informático multiusuario creado por IBM, usado en la actualidad por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS (Licitación Corporativa, 2020).

La historia clínica es considerada un documento de vital importancia; es un documento privado, en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente. El diligenciamiento de este documento, en particular en el área de emergencia del Hospital General IESS del Norte de Guayaquil “Los Ceibos”, refleja la calidad de atención al paciente y el profesionalismo médico.

Las historias clínicas digitales son parte de un considerable avance tecnológico y social. No obstante, se presentan dificultades en el correcto manejo de este documento, a pesar de ser de obligatorio cumplimiento en el ejercicio médico y ser una práctica inherente a su profesión.

La calidad en los servicios de salud es un tema de interés general actualmente, que abarca diversas dimensiones de la sociedad, tales como organizaciones internacionales de salud, gobiernos, instituciones de salud, así como también a los usuarios/afiliados que reciben los servicios. Esta investigación está orientada a realizar una evaluación relacionada con la calidad del registro de los datos en las historias clínicas para determinar las falencias en dicho registro, se estructura en tres principales apartados:

La Introducción, en la que se da a conocer el planteamiento del problema, la justificación, las preguntas de investigación, el objetivo general y específicos.

El segundo apartado es el desarrollo en el que se detalla la fundamentación teórica, haciéndose referencias teorías y conceptos relacionados al tema de investigación con información relacionada con la historia clínica, significado de la calidad de la historia clínica, enfoques de la evaluación de las historias clínicas, calidad del servicio, entre otros temas, que fueron obtenidos de la consulta a diversas fuentes de información. También muestra información referencial y legal, a través de la consulta a diversos estudios relacionados al tema principal, que han servido de orientación y guía en el desarrollo del presente estudio. Dentro del tema legal se hace referencia a la confidencialidad de los datos personales que requieren las personas, así como también la responsabilidad que tienen las instituciones de salud, en el manejo de la información clara y completa de los pacientes o usuarios del sistema de salud.

También se hace una descripción de la metodología empleada en el desarrollo de la investigación, como el enfoque, tipo y diseño del estudio, la población y la muestra. Los datos fueron procesados en la herramienta informática de Excel, tabulados, graficados y analizados para una mejor comprensión de los usuarios de la información. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones y bibliografía consultada.

Planteamiento del problema

Objeto de estudio

El objeto de estudio son los registros de las historias clínicas en As-400 del Área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos, las mismas que serán evaluadas para conocer si cumplen con información de calidad. La calidad de los registros en las historias clínicas, es parte fundamental de todo el sistema de información hospitalario establecido en el sistema IBM AS-400 del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos. Es un tema esencial la vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y del llenado adecuado con la información correspondiente del mencionado documento clínico.

En esta investigación se abordará la evaluación de la información suministrada en las historias clínicas que se realiza de forma habitual, para conocer la calidad de los datos, previo análisis de estudios relacionados con la importancia de un correcto llenado del instrumento.

Campo de acción

Tabla 1

Acción de campo

Unidad responsable	Personas responsables	Campo	Área	Población	Periodo de ejecución
Hospital General de Guayaquil IESS “Los Ceibos”	Pablo David León Salazar	Medicina	Medicina	Personal del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos	Periodo 2019- 2021

Planteamiento del problema

La problemática de estudio se centra en que, en la actualidad, los datos registrados en las historias clínicas del área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos, no cumplen debidamente con toda la información que se requiere en los campos del formulario, es decir, se omiten datos considerados de mucha importancia para un correcto control del historial del paciente.

Es importante señalar que en el hospital existe un instructivo de evaluación de registro de las historias clínicas, sin embargo, nunca ha sido utilizado ni tampoco se ha realizado una evaluación de la información que contienen las historias clínicas. No se ha fomentado en el personal la importancia del registro de todos los datos requeridos en el historial, en virtud de que no se llevan a cabo procesos de capacitación que contribuyan a la preparación del personal para que rigurosamente realicen el registro de los datos.

De igual manera, por ser el área de emergencia, un espacio del hospital donde se ofrece atención momentánea a los pacientes, es posible que se otorgue poca importancia al llenado de la historia clínica, obviándose u omitiendo campos o datos que son importantes para el manejo de la información de la salud del paciente, en momento y en la atención que se le brinde en un futuro. Hay que considerar el hecho de que no todos los afiliados acuden siempre por esta área, la emergencia es algo eventual, por lo que el paciente no va a tener un chequeo continuo en el área de emergencia, no obstante, no debe restársele valor a la importancia del correcto llenado de todos los datos que se sugieren en las historias clínicas.

Como parte de esta problemática, se obtiene que los médicos especializados que revisan a los pacientes, después de ser referidos desde el área de emergencia, desconocen muchas veces cuál fue la razón principal por la que el paciente fue referido, es decir, el paciente debe informar nuevamente al médico especialista, la razón por la que acudió a emergencias. Esto desemboca en un descontrol del historial del paciente, pues la información no se encuentra en el sistema de manera completa y detallada, es decir, no existen un verdadero seguimiento a la salud del paciente, desde la consulta de emergencia.

Por tanto, cuando no se realiza un completo registro de la información en la historia clínica, puede representar un grave riesgo para la institución; toda esta problemática trae inevitablemente consecuencias negativas, para el cuidado del paciente, que repercuten finalmente en el desempeño profesional y la calidad de atención al usuario, lo cual ha motivado el estudio con el objetivo de determinar la calidad de llenado de la historia clínica digital en el sistema AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, con el propósito de motivar a la búsqueda de nuevas estrategias de solución para fortalecer los factores benéficos y controlar los factores que desfavorezcan la calidad de atención al paciente.

Formulación del problema

¿Cómo se puede evaluar la calidad de la información registrada en las Historias Clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos?

Justificación

La óptica del Estado y el reordenamiento de las instituciones públicas, en conjunto con la normativa establecida en la Constitución del 2008 y la adaptación de la visión de mejoramiento continuo, marcan hitos de responsabilidad integral en la prestación de los servicios públicos con mirada social y de resultados, lo cual, conforma la motivación del presente trabajo de investigación, vista la necesidad evidente de disponer con historias clínicas que den cuenta del seguimiento a los servicios de salud que se prestan en el área de la institución analizada, en aras de dar cumplimiento a dos ítems fundamentales que son el mejoramiento organizacional y la garantía de la calidad del servicio de salud.

De igual manera es importante señalar que el presente estudio se encuentra enmarcado dentro de las Líneas de Investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, específicamente la relacionada con sistemas de evaluación del desempeño. En este sentido, el Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, comprende perfectamente la importancia del llenado y gestión de las historias clínicas digitales para mejorar la calidad en las prestaciones de salud del área de emergencia, con la finalidad de detectar posibles errores o deficiencias de

forma oportuna, especialmente, considerando que aquí se concentra la responsabilidad de velar por el óptimo desarrollo de los procesos y la garantía de un servicio de calidad.

Es por ello que, es necesario un análisis de la calidad de la información registrada y la gestión de las historias clínicas digitales en el sistema AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, cuya responsabilidad de brindar servicios de calidad, se vuelve mucho más exigible al tratarse de una institución representante de la red de salud nacional, como es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Además, el planteamiento del estudio encuentra justificación en el propósito de identificar y dar solución a los inconvenientes que se generen producto del poco diligenciamiento o el diligenciamiento incompleto e inadecuado en el registro de los datos en las historias clínicas, que a su vez afectan la confiabilidad y garantía de la información que contienen. Es así que al suprimir los mencionados inconvenientes conllevará a mejorar la calidad de los registros realizados en las historias clínicas del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las distintas teorías que sustentan el tema de estudio relacionadas con la importancia de la calidad de la historia clínica y el correcto registro de los datos del paciente?
- ¿Qué factores influyen en la calidad del registro de los datos de la historia clínica, de los pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos?
- ¿Cómo se puede calificar la calidad de las historias clínicas realizadas con el fin de contribuir el proceso de auditoría médica para determinar los ítems con menor cumplimiento de llenado que influyen en la calidad de la Historia Clínica Digital?
- ¿Cuál es el adecuado proceso para el registro de los datos en las historias clínicas digitales que deben conocer los trabajadores del sistema de salud?

- ¿Qué estrategias se pueden utilizar para reducir y/o eliminar los errores que influyen en la calidad del registro de los datos en las historias clínicas digitales en el sistema AS/400 de los pacientes del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos?

Variable de estudio

- Calidad de información en las historias clínicas del área de emergencia del Hospital General IESS Los Ceibos.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Evaluar la información registrada en las historias clínicas en AS/400 en del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, mediante la revisión cualitativa y cuantitativa de los datos procesados, con la finalidad de mejorar la calidad de los registros.

Objetivos específicos

- Sustentar teóricamente el tema de estudio a través de la consulta a diversas fuentes de información, con relación a la importancia de la historia clínica, el correcto llenado y su aporte a la calidad de la información presentada.
- Diagnosticar la situación actual en el área de emergencia del hospital Los Ceibos, con respecto a la calidad del registro de los datos en las historias clínicas de los pacientes, en el sistema AS/400.
- Realizar una evaluación del registro de las historias clínicas del área de emergencias, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de la información y al proceso de auditoría médica para determinar los ítems con menor cumplimiento en el registro de los datos.
- Definir estrategias para reducir y/o eliminar los errores u omisiones en el registro de los datos en las historias clínicas digitales en sistema AS/400 del área de emergencia del Hospital General IESS Los Ceibos.

Desarrollo

Fundamentación teórica conceptual

En el presente apartado se hace una revisión de diversas fuentes bibliográficas que ayudan a comprender el tema de estudio, a través de diversas fundamentaciones teóricas relacionadas con la historia clínica y la importancia de la información que contienen.

La historia de la historia clínica, sus inicios

Los primeros usos de la historia clínica se remontan a tiempos remotos, éstas estaban contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media con Los Consilia y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose *Observatio* (Fombella & Cereijo, 2012). Para lograr comprender el origen de las historias clínicas, es necesario tener conocimiento acerca del pensamiento hipocrático.

Explica González (2021), que según Hipócrates, todos los enfermos se parecen por el hecho de estar enfermos, pero unos se parecen entre sí por la forma de cómo están enfermos. Partiendo de lo expuesto, los hipocráticos comienzan a sentir la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de algunos pacientes, naciendo de esta manera la historia de la historia clínica.

En estos inicios, las historias se comienzan a ordenar en grupos o “*Katástasis*” según lo dominante o esencial que registraba en cada una de ellas, reuniendo rasgos geográficos, astronómicos y climáticos del lugar y la estación. Es así como las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico (Guisio, 2016).

La historia clínica hipocrática se estructuraba en forma ordenada y repetida, donde se registraban datos que generalmente se tomaban con la llegada a casa del paciente, por ejemplo:

- Numeración ordinal del paciente o persona enferma dentro del grupo, por ejemplo: enfermo primero.
- También registraba una mención nominal: Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedes.
- Localización social: el clazomeniense que vivía cerca de los pozos
- Breve referencia, no constante, a datos anamnésicos (antecedentes) (Fombella y Cereijo, 2012).

Con el transcurso de los años se va evolucionando en el manejo de la historia clínica y la información registrada. En la Edad Media, a mediados del siglo XIII, ya existían las Universidades y se decreta la obligatoriedad del estudio de medicina en sus incipientes facultades. Explica Rodríguez (2021) que:

La mayoría de los aspirantes a médicos estaban, por tanto, posiblemente muy preparados desde el punto de vista teórico, pero comenzaban el ejercicio sin haber visto paciente alguno. Este hecho condiciona la reaparición de la historia clínica como documento escrito en forma de “*consilium*”, consejos de médicos más adiestrados en la práctica, que comenzaron a circular por Europa inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos (p. 74).

De este modo, la historia clínica se convierte en un documento multidisciplinar, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente. Desde una perspectiva legal, la historia clínica retoma gran fuerza desde la última década del siglo XX, convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento. Surgen las leyes en el ámbito médico y los derechos del protagonismo de los pacientes en su propio relato patográfico, apareciendo el documento de consentimiento informado y otros similares. En la actualidad, la historia clínica en su mayoría es necesariamente extensa, su elaboración requiere no sólo tiempo sino también una gran pericia que sólo se puede adquirir al lado de maestros experimentados en este arte (Salud Madrid, 2017).

La historia clínica

La historia clínica es uno de los elementos más relevantes en la relación médico paciente, y corresponde a la relación médico-paciente el cual es un elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, legal y autentico (Rodríguez R. , 2014).

Partiendo de lo anterior, la historia clínica es una de las formas de relación con el paciente y es también una de las formas del registro del médico. A su vez forma parte esencial en el archivo de la entidad prestadora de servicio de salud, donde se resguarda la información a través de algunos ítems que la identifican peculiarmente como lo son:

- Profesionalidad, practicada únicamente por el personal médico, el cual debe tener respeto y ética profesional a la hora de su elaboración ya que es considerado un documento confidencial entre la relación médico paciente.
- Relevancia, para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.
- Planificación, para la atención del paciente, transformándola en una herramienta de evaluación del personal médico y de la institución donde se prestan dichos servicios.
- Legalidad, documento que puede ser usado como elemento probatorio de primer orden si la ley así lo requiere.
- Normatividad, elaboración sugerida con los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Objetividad con respecto a la ayuda al paciente, significan todos los aspectos que transcriben la historia clínica.

De igual forma, González (2019) hace referencia a la historia clínica como a como el documento que refleja además de la práctica médica, el cumplimiento de los deberes del personal respecto al paciente. Estas características la configuran como una herramienta para evaluar la calidad técnico científica, humana, ética y

la responsabilidad del profesional en salud. De esta manera se convierte en una fuente principal de información sobre la salud del paciente, que debe reflejar datos válidos y correctos.

En este mismo contexto, explican Córdoba et al. (2019) que diligenciar la historia clínica debe ser una acción obligatoria para los psicólogos y demás prestadores de salud, en virtud de que generalmente las guías profesionales y el entrenamiento en psicoterapia ofrecen a menudo solo sugerencias vagas acerca de lo que constituye un buen registro clínico. Por tanto, el correcto llenado de las historias clínicas influirán directamente en la calidad de la información y su uso.

Según Casuriaga et al. (2018) la historia clínica es única, irremplazable, privada y pertenece al paciente, lo que a su vez involucra los conceptos de confidencialidad y secreto profesional, no obstante, aun ante la confidencialidad de los datos, es importante facilitarse en los casos legalmente contemplados, el acceso y la disponibilidad de la información. Esto para efectos de conocer la historia del paciente cuando éste deba ser atendido o requiera un control estricto de salud.

De acuerdo con lo que señalan Casuriaga et al. (2018) la historia clínica es un documento que refleja no solo la práctica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente. Este documento debe reflejar información confiable y precisa, es decir, no puede dejarse en duda algún dato, pues esto podría generar consecuencias desfavorables al momento en que se requiera hacer uso de la información para algún control o intervención médica del paciente.

De igual forma, la importancia de la historia clínica se fundamenta en que representa un documento que sirve como medio de comunicación entre profesionales, además de considerarse un instrumento de evaluación de la calidad de atención. También sirve para los fines legales pertinentes y se considera esencial para la asistencia médica y sanitaria, clave para el diagnóstico, el seguimiento de los enfermos, así como para orientar su tratamiento inicial (Guevara & La Serna, 2017). En este sentido, la historia clínica es uno de los elementos fundamentales para el trabajo médico, y se convierte en pieza clave

cuando se van a llevar a cabo auditorias de servicios de salud. Este tipo de documentos contiene datos relevantes relacionados con enfermedad, tratamientos y evolución de paciente.

El correcto llenado de las historias clínicas representa una oportunidad valiosa para el manejo de la información, no obstante, es importante conocer las razones por las cuales no se cumple con un adecuado registro de la información, lo que se puede evaluar desde diferentes puntos, por ejemplo, la falta de capacitación y sensibilización del personal, la carencia de apoyo logístico, el ambiente inadecuado para el interrogatorio y, muchas veces, la información familiar insuficiente se convierten en factores importantes para obtener resultados confiables (Reyes E. , 2020).

Funciones y usos de la historia clínica

De acuerdo con lo que señala Martínez (2012) la función principal de la historia clínica es la función clínico-asistencial del cual se genera la necesidad de agrupar la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de una enfermedad. Otras funciones de la historia clínica están vinculadas a la práctica de los profesionales sanitarios, es decir, desde la utilidad académica, las historias clínicas son utilizadas en las prácticas profesionales para mayor comprensión de la actividad vinculada a la recogida de los datos de los pacientes.

Es importante mencionar que otra de las funciones de la historia clínica es brindar la información suficiente y necesaria para la realización de estudios clínicos están basados en la información que se recoge de los pacientes y que son plasmados en la historia clínica, tanto los retrospectivos como prospectivos, previa autorización del paciente cuando así se requiera.

También desde el aspecto judicial, la historia clínica es utilizada como fundamento para revisar procesos patológicos en los que se requiere la intervención judicial, donde la historia clínica se convierte en el elemento básico de la investigación. Explican Guzmán et al. (2012) que en cuanto a estudios epidemiológicos, además de disponer de la información que se genera en los respectivos centros de investigación, también son utilizados los datos o registros

contenidos en las historias clínicas, con la finalidad de reunir información confiable sobre patologías o historial médico de pacientes.

En este mismo sentido, las historias clínicas son utilizadas para evaluar la calidad del servicio, es decir, la información que contienen contribuye a realizar análisis de la actividad asistencial y la sugerencia de mejoras puede basarse en el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad en la información registrada. De igual forma, las historias clínicas ayudan a la gestión y administración en el control de la actividad sanitaria, cuya información sirve de base de estudio y análisis para obtener conclusiones y realizar una correcta gestión y administración de los recursos de los que se dispone. De acuerdo a lo señalado, la historia clínica puede tener un uso académico – profesional, epidemiológico, de salud, judicial, entre otros (Martínez, 2012).

La calidad de la historia clínica

Según Hayward (2018) la calidad de la historia clínica, piedra angular de todo el sistema de información hospitalario, es un tema esencial y el papel de los archivos de historias clínicas y servicios de documentación clínica, al respecto, se materializa en tres grandes áreas

- El establecimiento de manuales de procedimiento para la cumplimentación de los documentos clínicos y la organización de la historia clínica en forma de guías de uso.
- La vigilancia del diseño adecuado de la estructura de la historia clínica y de los documentos clínicos. Normalización y diseño de formatos.
- La realización de revisiones de historias para determinar su calidad y proponer medidas de mejora. En este artículo abordaremos los estudios sobre la historia clínica que se llevan a cabo de forma habitual para conocer su calidad y que se basan en la revisión de los documentos de la misma.

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia,

investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a: contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación. A modo de síntesis, se puede afirmar que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia (Gómez, 2014).

La historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros). Por otra parte, el cumplimiento de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presta en circunstancias poco favorables. Indica González (2016) que todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no se halle tan completa como sería deseable.

Señala González (2016) que para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica en particular su proceso de gestión de llenado acorde a la realidad del paciente.

Según Casuriaga et al. (2018) la calidad de la historia clínica es la conformidad de ésta a unos parámetros ya establecidos que incluyen aspectos formales, contenido, resumen del egreso, entre otros. Una historia clínica de calidad siempre responderá a una buena calidad asistencial, pero una buena calidad asistencial no siempre quedará reflejada en la historia clínica de la práctica hospitalaria.

De acuerdo con Córdoba et al. (2019), la calidad de los registros en las historias clínicas puede verse comprometida cuando no se realizan los llenados

correspondientes, haciendo necesaria su revisión para garantizar que la historia clínica sea efectivamente un medio de comunicación referente a la atención suministrada a los usuarios. De esta manera, una correcta gestión de la historia clínica puede contribuir a dar cumplimiento a la normativa legal, la gestión de calidad y los propósitos médicos de dicho registro.

Importancia de la historia clínica

La importancia de la historia clínica radica en la información que ésta contiene, donde se realiza un registro de varios hechos de la vida del paciente, se presentan datos considerados íntimos o confidenciales. Es necesario señalar que se debe fomentar la importancia que tienen la veracidad de la información, en virtud de que cualquier dato erróneo u omitido, puede generar una conclusión equivocada sobre la salud del paciente

Por tanto, se hace necesario socializar con el paciente sobre la importancia de la veracidad de la información, haciéndole entender que cualquier dato incorrecto puede redundar en su propio perjuicio. En este mismo sentido, Reyes (2020) señala que la historia clínica es muy importante porque busca encuadrar el problema del paciente, es decir, la molestia o queja de salud que tenga el paciente se integra con la finalidad de precisar síntomas, signos, exámenes, entre otros datos que conllevan a conocer la causa de la dolencia o malestar y precisar la forma de combatirla.

En este mismo contexto, la historia clínica ayuda en la orientación del tratamiento que debe recibir el paciente, de esto surge la importancia de la exhaustividad, con el propósito de reunir la información más precisa posible, en forma clara y ordenada, facilitando la toma de decisiones médicas que contribuyan a la mejora de la salud del paciente.

También es muy importante porque la historia clínica adquiere una utilidad docente, al formar parte del ejercicio profesional médico, contribuyendo a las investigaciones científicas y a una mayor comprensión de las patologías de los pacientes, los diagnósticos, posibles alternativas de solución a problemas de salud, toma de decisiones con tratamientos, entre otros, que suman al enriquecimiento de la información médica y la ciencia (Reyes E. , 2020).

Características de las historias clínicas

Las características que deben presentar las historias clínicas son diversas, siendo necesario que cumplan con ciertos criterios que contribuyen al correcto registro de los datos. Una historia clínica mal ordenada y difícilmente legible perjudica a todos, tanto a los médicos, porque dificulta su labor asistencial como a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica (Vera, 2013).

Según Leuro y Oviedo (2017) uno de los aspectos que tiene que caracterizar una historia clínica es que estas deben ser completas, es decir, que contengan la totalidad de la información relevante del paciente, incluyendo datos de anotación del personal médico y auxiliar. A su vez, los autores sugieren que las historias clínicas deben ser coherentes, es decir, que exista una adecuada correlación entre las distintas anotaciones.

La legibilidad de la información también debe ser una característica de las historias clínicas, de manera que no den lugar a interpretaciones o errores, ni tampoco se deben utilizar abreviaturas que impidan la comprensión de la información, así como el uso de términos no pertinentes.

Para Vera (2013), la confidencialidad debe formar parte de las características de la historia clínica, donde se vinculan el secreto médico, la confidencialidad y la historia clínica, siendo tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan entre sí. Del mismo modo, sin perder la confidencialidad debe estar disponible, facilitándose la información en casos legalmente sustentados, donde sea necesario acceder y disponer de tal información.

Entre otras características que deben tener las historias clínicas se señalan las siguientes:

- Única: Se refiere que cada paciente debe tener su propia historia clínica, es decir, no pueden generarse registros de historias clínicas de dos o más pacientes en un solo registro. Es importante tener claro la importancia de los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión.

- Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, que contenga información confiable y precisa, de lo contrario puede incluso incurrirse en delitos de falsedad de documentos.
- Simultaneidad: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.
- Completa: Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico legales que comprenden todo acto clínico asistencial. De igual modo, debe estar conformada por documentos relacionados con los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, otros similares.
- Identificación del profesional: Está relacionada con la identificación del personal médico o sanitario que intervenga en la asistencia médica del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado (Vera, 2013).

Si se generan errores u omisiones de los datos del paciente y su estado de salud, se puede realizar diagnósticos médicos sobre bases que no se corresponden con la realidad, es decir, omitir o errar en datos como edad, peso, antecedentes de enfermedades, entre otros, puede ocasionar desinformación que conlleva a indicaciones médicas erradas.

Enfoques en la evaluación de las historias clínicas

Según explica Renau (2011) la evaluación de la calidad de las historias clínicas, en la práctica, se plantea desde dos enfoques diferentes que a su vez implican planteamientos y resultados distintos. Los enfoques son los siguientes:

Primer enfoque de evaluación.

El primer enfoque de evaluación tiene por finalidad obtener información completa y de calidad registrada en las historias clínicas. La calidad está relacionada con el grado en que la historia cumple una serie de requisitos establecidos de manera previa, para lo cual es necesario revisarlas y cuando se detecten deficiencias en las mismas, se deben corregir en un plazo de tiempo

determinado. Dentro de este primer tipo de enfoque de evaluación, se pueden utilizar dos tipos de análisis de la historia clínica:

Análisis de la revisión cuantitativa

Donde se revisa la presencia de los diferentes documentos que integran la historia, el cumplimiento de los mismos, así como, otros aspectos tales como orden de los documentos, cantidad de documentos, otros. Se trata, por tanto, de una evaluación objetiva que es realizada por personal formado en documentación médica (Velito & Tejado, 2010).

Análisis de la revisión cualitativa.

Es un análisis que conlleva a una evaluación con mayor carga de subjetividad y en la que se analiza el contenido informativo de la historia. Corresponde su realización a los facultativos de los servicios clínicos, es decir, al personal médico especialista, según el caso, quienes están facultados para emitir diagnósticos o interpretaciones sobre el estado de salud de un paciente (Hayward, 2018).

Segundo enfoque de evaluación

El segundo enfoque de evaluación está relacionado con realizar una revisión de las historias clínicas, pero con la finalidad de que los resultados obtenidos se informen a los autores que ofrecieron el servicio médico o clínico, con la finalidad de que estos tengan conocimiento de los errores, omisiones o faltas detectadas en el registro de los datos, permitiendo así que se tomen las medidas de corrección y mejora en la futura elaboración de las historias clínicas (González A. , 2016).

Calidad del servicio

La calidad del servicio es un factor muy importante en la actualidad, en virtud de que los clientes son cada vez más exigentes y están más informados gracias a los avances tecnológicos. Según Peters, citado por Gil (2020) el cliente percibe el servicio bajo sus propias condiciones. Es el cliente quien paga la tarifa, o no la paga, por una razón o serie de razones que él determina. Por tanto, la

calidad se corresponde con una responsabilidad directa de la gerencia de la empresa, incluyendo a todos los miembros de la organización, así como también a todos los procesos que se desarrollan en la empresa.

La calidad es un término utilizado en distintos ámbitos, supone ofrecer lo mejor de un producto o servicio, así como realizar un proceso que genere resultados satisfactorios. La palabra calidad por si sola es ambigua, al respecto explica Ortega (2017) que el termino calidad es un atributo que posee algo o alguna persona, y se refiere a un adjetivo calificativo, en este sentido el autor considera que la calidad es una expresión altamente subjetiva, circunstancial y relativa.

La palabra calidad proviene del latín *qualitas o qualitatis*. En su sentido absoluto denota excelencia, bondad, superioridad, gusto, carácter distintivo. La locución de la calidad aplica a personas o cosas que gozan de estima general y reconocida o que tienen tal carácter o distinción (Ortega, 2017, pág. 31)

De acuerdo a lo que señala Harvard, citado por Gil (2020) el concepto de calidad puede enfocarse desde distintos puntos de vistas para generar diversas definiciones:



Figura 1. Distintos puntos de vistas sobre la calidad del servicio según Harvard
Fuente: Adaptado de Gil (2020)

- **Trascendental:** Hace referencia a la máxima definición de calidad, como una excelencia o producto superior.

- Basada en el producto: Cuando se hace énfasis en alguna cualidad que diferencia el producto o servicio de los demás, siendo razón suficiente por la que el cliente lo busca adquirir, aun con un precio superior a los demás.
- Basada en el usuario: Es decir, cuando la calidad busca dar respuesta a las preferencias y gustos del cliente.
- Basada en el valor: Toma en consideración el valor de la calidad para una persona, en función de lo que se puede establecer el nivel de calidad de cada uno, incidiendo en el precio que pueda darse al servicio o producto.
- Basada en la producción: Cuando la calidad va a depender de cómo se haya elaborado el producto, así como de la conformidad por los altos estándares de calidad que se hayan aplicado en el servicio otorgado o producto elaborado (Gil, 2020).

Según Sánchez (2019) la calidad es el objetivo de las actividades que se realizan y es el cliente quien percibe el resultado global de las actividades desarrolladas. Se refiere al conjunto de propiedades o atributos que posee objetivamente un producto o servicio.

Según la ISO 9001:2015 la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos (Isotools, 2015). La gestión de la calidad no es un elemento rígido, sino que necesita renovarse constantemente para poder satisfacer las nuevas necesidades de las empresas y de sus clientes.

La importancia de la calidad en el servicio de urgencias no sólo es uno de los principios básicos para garantizar la protección de su salud y seguridad del paciente, sino que, para la prestación del servicio, debe tomar en consideración también los procedimientos y adaptaciones que están incorporados a la gestión del equipo y las personas, motivando así en todo momento que toda una práctica organizacional cuenta con el mejor desempeño posible.

Según el aporte de diversos autores, la calidad puede definirse como:

Tabla 2

Definición de Calidad según diversos autores

Autor	Definición de Calidad
Kaoru Ishikawa (1988)	La calidad es el hecho de desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que siempre resulte satisfactorio para el consumidor final.
E.W. Deming (1988)	Es el grado predecible de uniformidad y fiabilidad a un bajo coste. Este grado debe ajustarse a las necesidades del mercado. Se trata de una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua.
Harrington (1990)	El hecho de cumplir o exceder las expectativas del cliente a un precio que sea capaz de cubrir.
V. Feigenbaum (1991)	Un proceso que inicia con el diseño del producto y finaliza sólo cuando se encuentre en manos de un consumidor satisfecho.
Roger. G. Scholder (1992)	Consiste en incluir cero defectos, mejora continua y gran enfoque en el cliente.
M. Juran (1993)	Conjunto de características que satisfacen las necesidades de los clientes. La calidad es la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente.

Fuente: Tomado de Isotools (2015)

La información permitió constatar la importancia de las historias clínicas y en general los registros que efectúan los médicos en el área de emergencia de los hospitales o clínicas, constituyen la base fundamental para un correcto seguimiento a la salud del paciente.

Por lo tanto, la correcta administración y registro de datos en las historias clínicas, contribuyen de manera directa a mejorar a la calidad de la información presentada, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, entre otros aspectos.

Marco referencial

A continuación, se presentan diferentes estudios realizados previamente en relación a la calidad de llenado de la historia clínica.

Morales et al. (2020) realizó trabajo de investigación que lleva por título Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en pacientes atendidas en los puestos de salud del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020. Los autores plantearon como objetivo general evaluar la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal; para llevar a cabo el estudio tomaron un universo constituido por 34 embarazadas que fueron atendidas en el puesto de salud objeto de estudio. Como principales resultados se encontró que, en el segmento de identificación, de las historias clínicas analizadas, presentaron algunas limitaciones que se encuentran en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad.

En cuando al campo relacionado con los antecedentes, se observó una buena calidad en el llenado, se encontró más fallas que en el segmento anterior tales como registros de los antecedentes familiares y antecedentes personales. La mayoría muestra fallas en los registros de eclampsia, preclamsia y cirugía ginecología urinaria, entre otros antecedentes. Los autores, recomendaron principalmente implementar un plan de capacitación, evaluación y promoción del correcto llenado de la HCP, en todas las unidades de salud donde se brinda Atención Prenatal, en virtud de que la mayor cantidad de historias clínicas están entre buenas y regular, ya que no se cumplen comedidamente con el registro de las actividades normadas.

Reyes et al. (2020), realizan trabajo de investigación denominado Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de Salud de Cuatro Esquinas, en el periodo del Segundo Semestre del año 2020. Plantearon como objetivo principal identificar el llenado de los datos de filiación de las embarazadas, así como también verificar el llenado del segmento relacionado a los antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos.

Los autores se propusieron determinar el llenado de los datos de las consultas prenatales, así como también de las identificaciones relacionadas con las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional.

Como metodología utilizada se basó en un estudio descriptivo con enfoque mixto, de corte longitudinal, con un universo está constituido por 26 pacientes mujeres que fueron atendidas en el Puesto de Salud sujeto a estudio.

Como principales resultados de la investigación se determinó la falta de claridad en el llenado del nombre del paciente, la localidad, el número de teléfono y número de cédula, debilidades en el llenado de las casillas referidas a los antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, múltiples embarazos, otros. Reyes et al. (2020), concluyeron que en el puesto de salud no se cumple con los estándares de calidad impuesto por las Normativas del MINSA sobre todo la Normativa 106.

En trabajo realizado por López (2016) titulado Modelo para evaluación y análisis de Historia Clínica en Auditoría Médica de Solca Guayaquil, el autor plantea como objetivos específicos revisar y analizar la historia clínica tomando como punto principal de comparación los estándares establecidos a nivel nacionales e internacional. También se planteó diseñar los elementos constitutivos para elaborar un modelo que conlleve a evaluar la preparación de la Historia clínica de los pacientes (López, 2016).

En los principales resultados el autor obtuvo que la historia clínica ambulatoria de consulta externa solo registra notas de evolución y carecen datos relacionados con el motivo de consulta, tampoco detallan cual ha sido la evolución de enfermedad del paciente, ni los resultados de exámenes en físico. La clínica solo maneja una hoja sencilla que se carga en internet ligado a un sistema de facturación, con la finalidad de que sea retirada en la farmacia (López, 2016). También el autor detectó que, si en la toma de datos se cometían errores, como prescribir cantidades inadecuadas o inferiores, se tenían que hacer modificaciones en el sistema de facturación reprocesos y devoluciones.

En este mismo contexto, Barrera (2017) realiza trabajo que lleva por título Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. El autor planteó como objetivos específicos determinar la calidad de la historia clínica en

cuanto al llenado completo de los datos, la legibilidad y la veracidad de la información.

Estas tres últimas representaron las variables independientes; dentro de los indicadores que planteó el autor para la variable “completa” señaló Datos suficientes la valoración subjetiva, la valoración objetiva y las transcripciones detalladas. En cuanto a la legibilidad, se estableció como indicadores la letra clara de las historias clínicas, la correcta separación de las palabras, la ortografía, con firma legible y otros datos relevantes en el llenado de las historias (Barrera, 2017).

Barrera (2017) realizó una investigación descriptiva con un diseño no experimental de corte transversal; utilizó como población de estudio el material conformado por todas las historias clínicas del tercer trimestre del año 2016 correspondientes a los pacientes que ingresaron a la unidad de observación, del Centro Médico Naval, y la muestra se correspondió con 85 historias clínicas.

Como parte de los resultados obtenidos por el estudio realizado por Barrera se pudo conocer que, al determinar el nivel de calidad de la historia clínica de la unidad de observación del servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016, se obtuvo que un 98.8 % son de calidad regular de las 85 historias clínicas revisadas (Barrera, 2017). Este trabajo se considera muy valioso por el aporte metodológico que brinda al presente estudio, sirviendo de guía y orientación en el logro de los objetivos planteados.

De igual forma, Arias (2019) realiza estudio titulado la gestión del talento humano en el servicio de emergencias expresada en la redistribución de actividades y capacitación, como generador de mejoras en los procesos de atención que se evidencian en los registros de las historias clínicas en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, desde septiembre 2017 a septiembre 2018.

En este estudio Arias (2019), como metodología de investigación, desarrolló el estudio en cinco fases, haciendo referencia al diagnóstico situacional del hospital, identificación y profundización de los problemas en el servicio de emergencias; planteamiento del problema e identificación de alternativas de

cambio; implementación operativa de las alternativas de cambio; evaluación operativa; evaluación analítica.

Dentro de los principales resultados del estudio, a través de la evaluación analítica realizada a las encuestas de percepción de satisfacción de los pacientes, del personal de salud y la auditoría de las historias clínicas, se obtuvo que “la percepción de satisfacción del personal sobre organización del servicio es indiferente; la percepción de satisfacción de los usuarios con relación al servicio recibido es buena en relación a la accesibilidad y tiempos de atención” (Arias, 2019, pág. 1).

Todos estos estudios referenciados, reúnen información muy valiosa que contribuyen a orientar la metodología de la presente investigación, así como también definir teóricamente las variables, facilitando la comprensión del tema estudiado. Como parte del marco legal relacionado con el presente estudio, es importante hacer referencia que, en el transcurso de la última década del siglo XX, surge una perspectiva jurídica de la historia clínica, pasando a ser un documento de obligatorio cumplimiento y uso, en virtud de la importancia de la información que deben contener respecto a los pacientes, independientemente del tratamiento al que se someta o la atención médica que haya recibido (López, 2016).

Marco conceptual

Acceso a la historia clínica

El acceso a la información contenida en la historia clínica corresponde al paciente, al equipo de salud, a las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley y a las demás personas que señale la ley (HFRA, 2017).

Archivo central

Unidad administrativa donde se agrupan documentos transferidos o trasladados por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, una vez finalizado su trámite, que sigue siendo vigente y son objeto de consulta por las propios Grupos y los particulares en general. Definición Conforme al Manual de archivo (HFRA, 2017).

Atención médica

Conjunto de actividades armónicamente integradas, realizadas en Servicios de Salud de distinto nivel de complejidad o en el seno de la comunidad y que tienen como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación (HFRA, 2017).

Chequeo médico

Es la herramienta perfecta para conocer el estado de salud actual de una persona, corregir y fomentar hábitos de vida y detectar de manera precoz enfermedades en su fase inicial, cuando son más fácilmente curables (Vera, 2013).

Confidencialidad

Se trata de un escudo protector contra la divulgación de alguna información vinculada al paciente. El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales (Tribunal arbitral de Barcelona, 2017).

Documento

Son datos o información que poseen significado y su medio de soporte, los documentos pueden ser registros, procedimientos, manuales, guías, protocolos, instrucciones, comunicaciones internas y externas entre otros (HFRA, 2017).

Estado de salud

El estado de salud del usuario se refiere al registro de los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario o paciente.

Paciente

Enfermo o persona que es sujeto de la acción médica. Persona que acude a centro de salud para recibir atención médica.

Salud

Se refiere al estado corporal y psíquico que permite desarrollar las actividades diarias, dado que la vida cotidiana de cada persona tiene unas exigencias distintas de tipo físico, el estado de la salud depende de la forma de vida de la persona.

Sistema de información

Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar, conservar o procesar de alguna otra forma mensajes de datos (HFRA, 2017). Se refiere a herramientas tecnológicas que utiliza el recurso humano para el desarrollo de los procesos y el logro de los objetivos con generación de información orientada a soportar la gestión de operaciones del Hospital.

Marco legal

Se hace referencia a las siguientes leyes y normativas relacionadas con el tema de estudio:

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008), contiene diversos artículos donde se consagra el derecho a la salud de los ciudadanos y la protección de la información suministrada. Algunos artículos que hacen referencia a lo señalado son los siguientes:

Artículo 3. Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Sección séptima

Salud

Artículo 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Artículo 66, numeral 19, establece como uno de los derechos de los ciudadanos:

La protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley (Asamblea Nacional, 2008).

Sección segunda

Salud

Artículo 358. El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Artículo 359. El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Artículo 362. La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (Asamblea Nacional, 2008).

Ley Orgánica de Salud

Se hace referencia a la Ley Orgánica de Salud (2015) porque establece entre otros, los derechos y deberes de las personas y del Estado con relación a la salud, tipificando en el artículo 7 lo siguiente:

Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;

- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis; otros (Congreso Nacional, 2015).

Respecto a la responsabilidad que deben asumir los profesionales de la salud, la Ley establece lo siguiente:

Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos. Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente.

Art. 202.- Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;

b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;

c) Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y,

d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional.

Nota: El artículo 17 del Código Orgánico Integral Penal dispone: "Se considerarán exclusivamente como infracciones penales las tipificadas en este Código. Las acciones u omisiones punibles, las penas o procedimientos penales previstos en otras normas jurídicas no tendrán validez jurídica alguna, salvo en materia de niñez y adolescencia.

Art. 203.- Los servicios de salud, serán corresponsables civilmente, de las actuaciones de los profesionales de la salud que laboran en ellos.

Art. 204.- El consentimiento o autorización del paciente o de la persona que le representa legalmente, no exime de responsabilidad al profesional o al servicio de salud en aquellos casos determinados en el artículo 202 de esta Ley **Fuente especificada no válida..**

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos

Se hace mención a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos (2014), porque señala aspectos normativos vinculados a la accesibilidad y confidencialidad de datos públicos, siendo importante conocerlos, tal como lo señala el artículo 6:

Son confidenciales los datos de carácter personal, tales como: ideología, afiliación política o sindical, etnia, estado de salud, orientación sexual, religión, condición migratoria y los demás atinentes a la intimidad personal y en especial aquella información cuyo uso público atente contra los derechos humanos consagrados

en la Constitución e instrumentos internacionales. El acceso a estos datos sólo será posible con autorización expresa del titular de la información, por mandato de la ley o por orden judicial (Asamblea Nacional, 2014, pág. 4).

Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud

En el Ecuador, se ha emitido el Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud, el cual tiene por objeto principal establecer las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes y sus disposiciones se han establecido de cumplimiento obligatorio dentro del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Dentro de los principales artículos relacionados a las historias clínicas se mencionan los siguientes:

Art. 8. La gestión documental de las historias clínicas, tanto en formato físico como digital, deberá asegurar un sistema adecuado de archivo y custodia que asegure la confidencialidad de los datos que contienen y la trazabilidad del uso de la información, conforme consta en el "Manual de Normas de Conservación de las Historias Clínicas y aplicación del Tarjetero Índice Automatizado", aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 0457 de 12 de diciembre de 2006, publicado en el Registro Oficial 436 de 12 de enero del 2007

Art. 27. Sólo podrán acceder a los datos de identificación de los/las usuarios/as el personal inmerso en la cadena sanitaria que requiera conocerlos, como por ejemplo aquel destinado a actividades de agendamiento (manual o telefónico), recepción, estadística, gestión de referencia-contrareferencia; en procesos de derivación, registros de transporte primario o secundario de usuarios/as, traslado de historias clínicas, en definitiva, en actividades que por su naturaleza manejen dicha información.

Una vez registrado el evento (asistencia, inasistencia, tipo de prestación, entre otros) el documento que contenga los datos de identificación del/la usuario/a deberá ser archivado, asegurando el mantenimiento de condiciones de seguridad y confidencialidad de la información. A esta información solo podrán tener acceso quienes tuvieran necesidad de ella en función de su actividad laboral, (control de calidad, registro estadístico, análisis epidemiológico, unidad derechos humanos y género, entre otros).

Art. 28. Pueden solicitar copia certificada de las historias clínicas los/las usuarios/as, su representante legal, apoderado/a, o persona autorizada. Para ello será necesario presentar una solicitud debidamente firmada por el/la usuario/a o su representante legal acompañada con una copia de su cédula de identidad, especialmente en caso de tratarse de un menor de edad (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Marco metodológico

Tipo de investigación

Para el desarrollo de la investigación se consideran los siguientes tipos de investigación:

Investigación descriptiva

Según Hernández, a través de la investigación descriptiva:

Se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (2014, pág. 92).

En el presente estudio se realizó una investigación descriptiva porque se buscó dar a conocer las características en el proceso de llenado de las historias clínicas en el Sistema AS/400 en el área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos, sin pretender manipular ninguna variable, sino medir la información necesaria para brindar una solución a la problemática de estudio.

Investigación documental

La investigación documental es un medio para confrontar información precisar el problema a investigar y construir una categoría de análisis (Galeano, 2016). En este sentido, en el presente estudio se utiliza la investigación documental como método que permitirá acceder a información contenida en las historias clínicas para verificar si se ha cumplido con el correcto registro de la información, de acuerdo a los campos que detalla el formato de registro de las historias clínicas (Ver anexo 1).

Investigación analítica

En la investigación se utilizó un método analítico, el cual “es un modelo de estudio científico basado en la experimentación directa y la lógica empírica. Es el más frecuentemente empleado en las ciencias, tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales” (Raffino, 2019, pág. 1). En este sentido, se utilizó este método con la finalidad de detectar, consultar y obtener información relevante del llenado de las historias clínicas en el Sistema AS-400, lo que permitió el logro de los objetivos de estudio planteados, extrayendo y recopilando los datos necesarios para enmarcar el problema de investigación y generar una alternativa de solución.

Método de investigación

Método mixto

En la investigación se manejó un método con enfoque mixto, porque se realizó un análisis que abarca aspectos cualitativos y cuantitativos. Según Sampieri (2014) el método mixto representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta.

En el presente estudio se emplean métodos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos, para realizar inferencias de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento.

Técnicas de recolección de datos

Dentro de las técnicas de recolección de datos utilizadas en el presente estudio, se mencionan:

Revisión documental

A través de la revisión documental se procede a recolectar toda la información pertinente, relacionada con el tema de estudio y que permita fundamentar teóricamente la investigación. Se refiere a consultar fuentes primarias y secundarias lo que sugiere el acceso a libros, documentos como estados financieros de la empresa, manuales de procedimientos, páginas web, y otras fuentes que contribuirán a una mejor comprensión del tema y su importancia (Hernández, 2014)

Encuesta

La técnica de encuesta corresponde a un ejercicio de búsqueda de información acerca del evento de estudio, mediante preguntas directas, a varias unidades, o fuentes (Hurtado, 2012). En el presente estudio se realizó encuesta al personal que labora en el área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos, con la finalidad de conocer sus opiniones y experiencias con el registro de los datos en el AS400, en las historias clínicas de los pacientes.

Entrevista

Una entrevista es una conversación con propósito, a través de un proceso interactivo que involucra muchos aspectos de la comunicación que el simple hablar o escuchar. Se trata de una forma de comunicación interpersonal que tiene como objetivo principal proporcionar o recibir información (Grados & Sánchez, 2017). En el presente estudio se realiza una entrevista al Coordinador del área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos, con la finalidad de conocer su

opinión sobre el registro de los datos en las historias clínicas y la importancia de la calidad de la información.

Observación

Esta técnica permite obtener información directa del estudio realizado. Según Hurtado (2012) en la observación no participante, el observador permanece fuera de la situación a estudiar. No participa de él ni lo modifica, e intenta distinguir su propio marco de referencia de la perspectiva de los investigados. Esta técnica fue utilizada para observar el contenido registrado en las historias clínicas en el sistema AS-400, con el propósito de determinar si se cumplía con todos los datos requeridos o si, por el contrario, no muestran la información completa. Al mismo tiempo, se utilizó una ficha de evaluación que permitió tomar nota de los ítems de cada criterio de evaluación observado en las historias clínicas en el sistema AS-400.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario

En el estudio realizado se utiliza un cuestionario para la encuesta y la entrevista realizada al personal del área de emergencia, con interrogantes vinculadas al tema de estudio. Según Sampieri (2014) el cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, estas deben ser congruentes con el planteamiento del problema.

Ficha de evaluación de parámetros

En el presente caso, se utilizó la *Ficha de Evaluación de Registro de Historia Clínica* (Ver Anexo 1) del IESS Los Ceibos, que permitió conocer el cumplimiento de los parámetros necesarios para generar una información adecuada y suficiente sobre la salud de los pacientes, de acuerdo a la información cargada en el Sistema AS-400 del área de emergencia del hospital.

Población y muestra

Población

De acuerdo con la opinión de Hurtado (2012) la población se define como “un conjunto de elementos o seres concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener alguna información. Puede decirse que la población es el conjunto de unidades de estudio de una investigación” (p. 268). En la presente investigación, se cuenta con dos conjuntos de elementos de estudio.

- Primera población de estudio: Conformada por todas las historias clínicas cargadas en el AS-400 durante el primer trimestre del año 2021 correspondientes a los pacientes que ingresaron al área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos durante el periodo señalado. Según información obtenida del área de emergencia del Hospital, se pudo conocer que, durante el primer trimestre del año 2021, se registraron en el Sistema AS-400, la cantidad de 6204 historias clínicas en correspondencia con la cantidad de pacientes atendidos en dicho periodo. Para la selección de las historias clínicas que se analizaron, se establecieron algunos criterios de inclusión y exclusión, tales como:

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes que ingresaron al área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos durante el primer trimestre del año 2021.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas que hayan sido solicitadas para informes médicos o auditoría médica que no se deben utilizar para el estudio.

- Segunda población de estudio: Conformada por el personal que labora en el área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos.

Muestra

La muestra se corresponde con una parte de la población, y estas tienden a ser suficientes para hacerse una idea de la totalidad de la población. “Cuando son elegidas de manera rigurosa, su estudio puede arrojar datos representativos de la población general” (Mejia, 2012, pág. 1).

Se realiza cálculo muestral de las dos poblaciones de estudio, a través de la siguiente fórmula:

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

Primera población de estudio (Historias Clínicas):

- n: Tamaño de la muestra = X
- N: Tamaño de la población = 6.204
- % de error = 5%
- Nivel de Confianza = 95%
- Valor de tabulado = 1.96

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * 6.204}{(0,05)^2 * (6.204 - 1) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 362 historias clínicas a evaluar

Segunda población de estudio (Personal del área de emergencia):

- n: Tamaño de la muestra = X
- N: Tamaño de la población = 6.204
- % de error = 5%

- Nivel de Confianza = 95%
- Valor de tabulado = 1.96

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * 6.204}{(0,05)^2 * (85-1) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 70 personas a encuestar

Detalle de los procedimientos realizados

Para llevar a cabo la investigación, se procedió en primer lugar a realizar una revisión teórica para fundamentar el estudio, acudiendo a diversos aportes e investigaciones relacionadas al tema principal de estudio. Se consultó distintos autores y se hizo una revisión de las leyes y normativas relacionadas con el tema principal de estudio. Para la elaboración de los cuestionarios se tomó como referencia investigación realizada por Matzumura et al. (2011) quienes realizaron artículo titulado: Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011, la cual sirvió de guía y orientación en la elaboración del instrumento. De igual forma se consultó artículo publicado por Casuriaga et al. (2018) titulado: Auditoría de historias clínicas, una herramienta de evaluación de la calidad asistencial en Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el que los autores detallan algunos aspectos importantes a considerar en las evaluaciones a historias clínicas.

Se determinó la población de estudio conformada por: La población 1, Representada en todas las historias clínicas cargadas en el AS-400 durante el primer trimestre del año 2021 correspondientes a los pacientes que ingresaron al área de emergencia; la población 2: Representada por el personal que labora en el área de emergencia del Hospital del IESS Los Ceibos.

Se utilizaron las técnicas de recolección de información como la encuesta, la entrevista y la observación, que permitieron conocer la situación problema presentada con el llenado de las historias clínicas en el área de emergencia del Hospital. La encuesta fue realizada al personal que labora en el área de emergencia del Hospital, previa autorización de la Coordinación del área (Ver apéndice 6). La encuesta se realizó a través de la herramienta Google Drive donde se generó un link que fue facilitado a 85 empleados del área (Ver Apéndice 3). La información recolectada de la encuesta realizada, fue tabulada y graficada para una mejor comprensión de los resultados a través del programa Excel.

La entrevista se realizó al jefe del área de emergencia del Hospital del IESS Ceibos, quien brindó su valiosa colaboración con las respuestas a las interrogantes planteadas, cuyas respuestas permitieron tener una mayor comprensión del contexto del problema y orientar las mejores alternativas de solución.

De igual forma, se efectuó una evaluación a 362 historias clínicas a través de una ficha Check List, donde se evaluó el cumplimiento del llenado de la información completa en las historias (Ver Apéndice 4). Se revisó la calidad del registro de las historias clínicas en el AS400, considerando 25 ítems y determinando si éstas no contenían la información, contenían la información incompleta o contenían la información completa. Los criterios de la selección de las historias clínicas estudiadas, se detallan en el apartado de población y muestra del presente estudio.

Posteriormente, se analizaron los resultados de la evaluación realizada a las historias clínicas revisadas, midiendo a través de indicadores relacionados con el cumplimiento en el llenado de los datos iniciales, metodología diagnóstica, seguimiento de problemas, registro de enfermería, evaluación final. Finalmente, se presentan estrategias para reducir los márgenes de error en el llenado de las historias clínicas en el área de emergencia del Hospital del IESS Ceibos.

Análisis y discusión de los resultados

Análisis de resultados de encuesta realizada

Se realizó encuesta al personal que labora en el centro médico (ver apéndice 3) obteniéndose las siguientes respuestas:

1) ¿Conoce usted claramente los bloques que conforman la historia clínica, donde se recoge la información relacionada con la salud y datos personales del paciente?

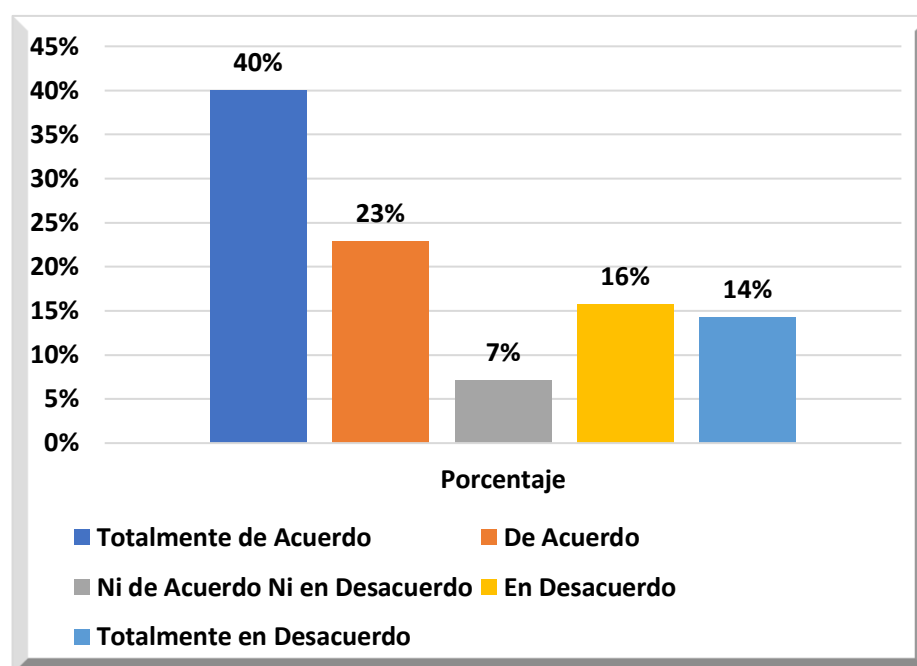


Figura 2. Se conoce claramente sobre los bloques que conforman la historia clínica

De acuerdo a los resultados obtenidos, el 40% los trabajadores indicaron estar totalmente de acuerdo en conocer claramente los bloques que conforman la historia clínica donde se detallan los datos y la información de salud del paciente; un 23% estuvo de acuerdo con lo planteado; el 16% coincidió en estar en desacuerdo, mientras que un 14% totalmente en desacuerdo.

2) ¿Ha recibido usted capacitación para el llenado de la historia clínica del paciente en el Sistema AS-400?

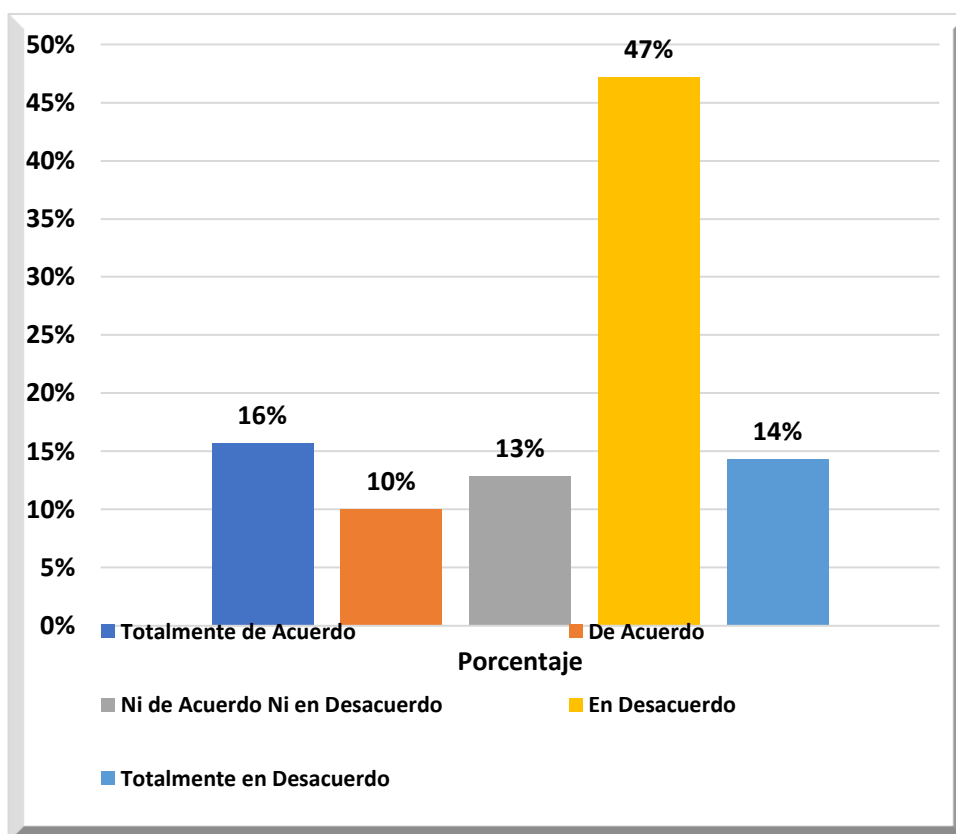


Figura 3. Ha recibido capacitación en el Sistema AS400 para el llenado de la historia clínica

Según los resultados obtenidos el 47% de los trabajadores coincidió en estar en desacuerdo con haber recibido capacitación en el llenado de la historia clínica del paciente que se realiza a través del Sistema AS-400; un 16% indicó estar totalmente de acuerdo un 14% señaló estar totalmente en desacuerdo con lo planteado mientras que un 13% optó por mostrarse neutral y un 10% estuvo de acuerdo con lo indicado.

3) ¿Existe alguna normativa interna en el centro de salud que regule el llenado y manejo de la historia clínica del paciente a través del Sistema AS-400?

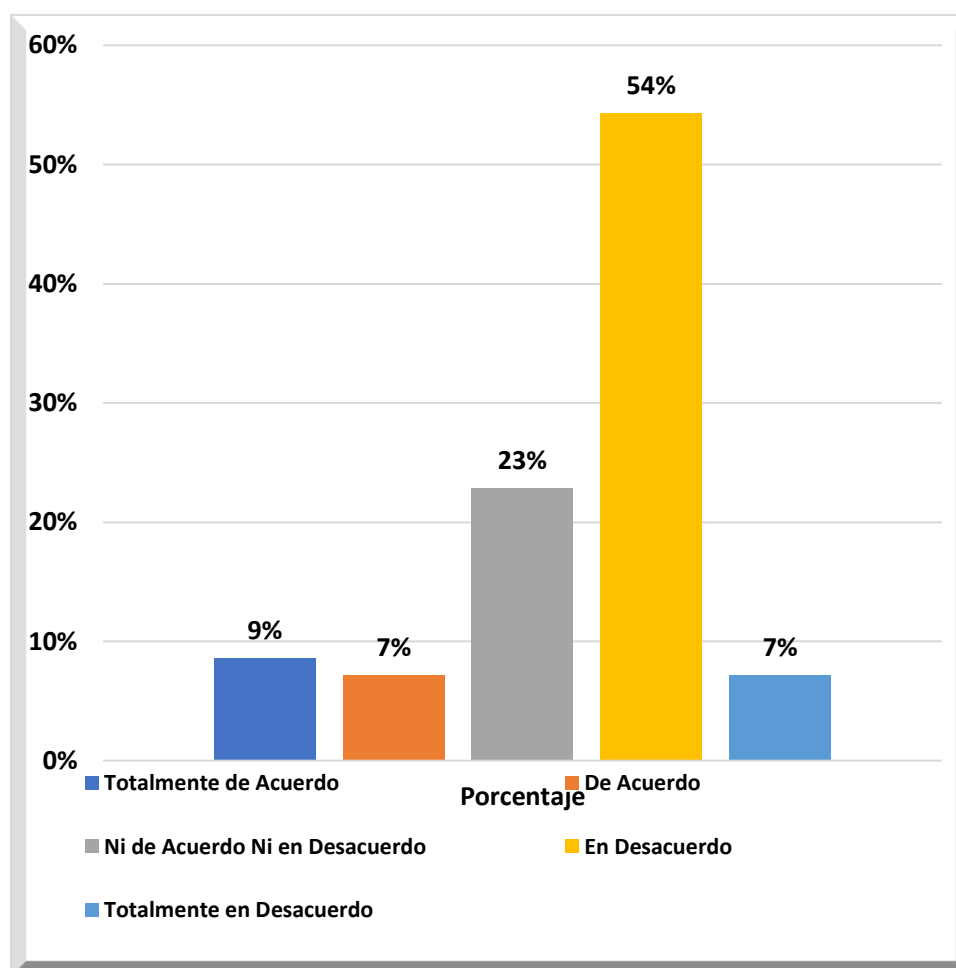


Figura 4. Ha recibido capacitación en el llenado de la historia clínica en el AS-400

El 54% de los trabajadores encuestados indicó estar en desacuerdo con que exista una normativa interna en el centro de salud que regule el llenado y el manejo de las historias clínicas de los pacientes a través del Sistema AS-400 en el área de emergencia del hospital; un 23% se mantuvo neutral en su respuesta, un 7% indicó estar totalmente en desacuerdo con lo planteado y sólo un 9% señaló estar totalmente de acuerdo con lo planteado.

4) ¿Considera usted importante que la información registrada en la historia clínica del paciente, deba ser de carácter obligatorio?

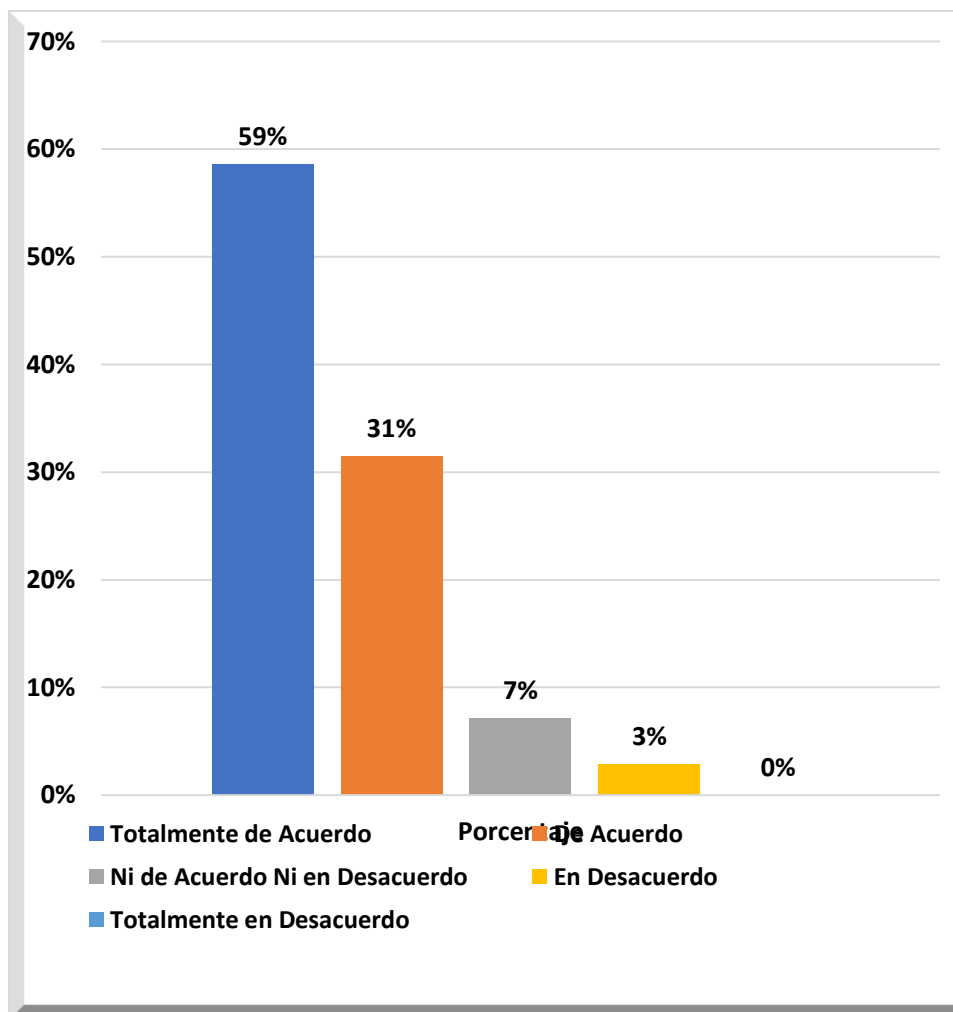


Figura 5. Importancia de la información registrada en las historias clínicas

El 59% de los trabajadores encuestados indicó estar totalmente de acuerdo con que la información registrada en la historia clínica del paciente debe hacerse con carácter obligatorio el 31% estuvo de acuerdo mientras que un 7% se mantuvo neutral en su opinión y un 3% estuvo en desacuerdo.

5) ¿Considera necesario que todo el personal que labora en el área de emergencia del Hospital General Los Ceibos debe tener conocimiento del llenado de las historias clínicas de los pacientes?

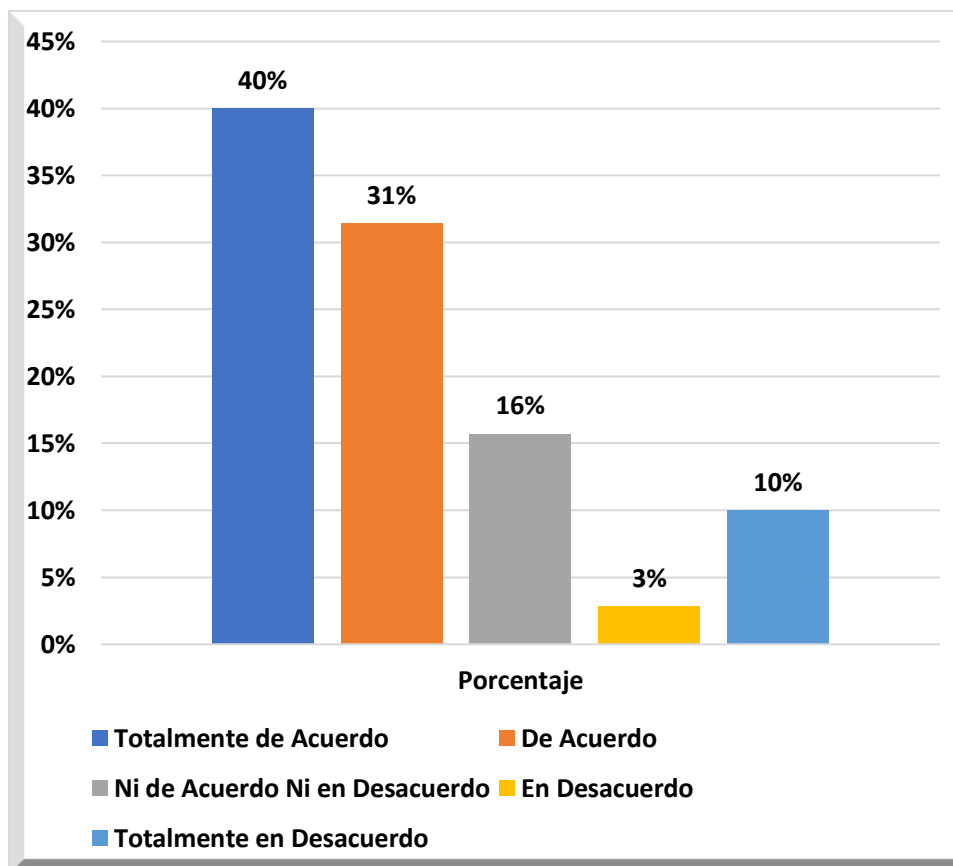


Figura 6. Todo el personal de emergencia debe conocer sobre las historias clínicas

De acuerdo a la información recibida en la encuesta realizada el 40% de los trabajadores, indicó estar totalmente de acuerdo en que el personal que labora en el área de emergencia del Hospital General Los Ceibos, debe manejar completamente el llenado de las historias clínicas de los pacientes; el 31% estuvo de acuerdo, mientras que un 16% se mantuvo neutral en su respuesta y sólo un 3% estuvo en desacuerdo con lo señalado.

6) ¿Considera necesario que se haga una evaluación periódica al llenado de las historias clínicas de los pacientes?

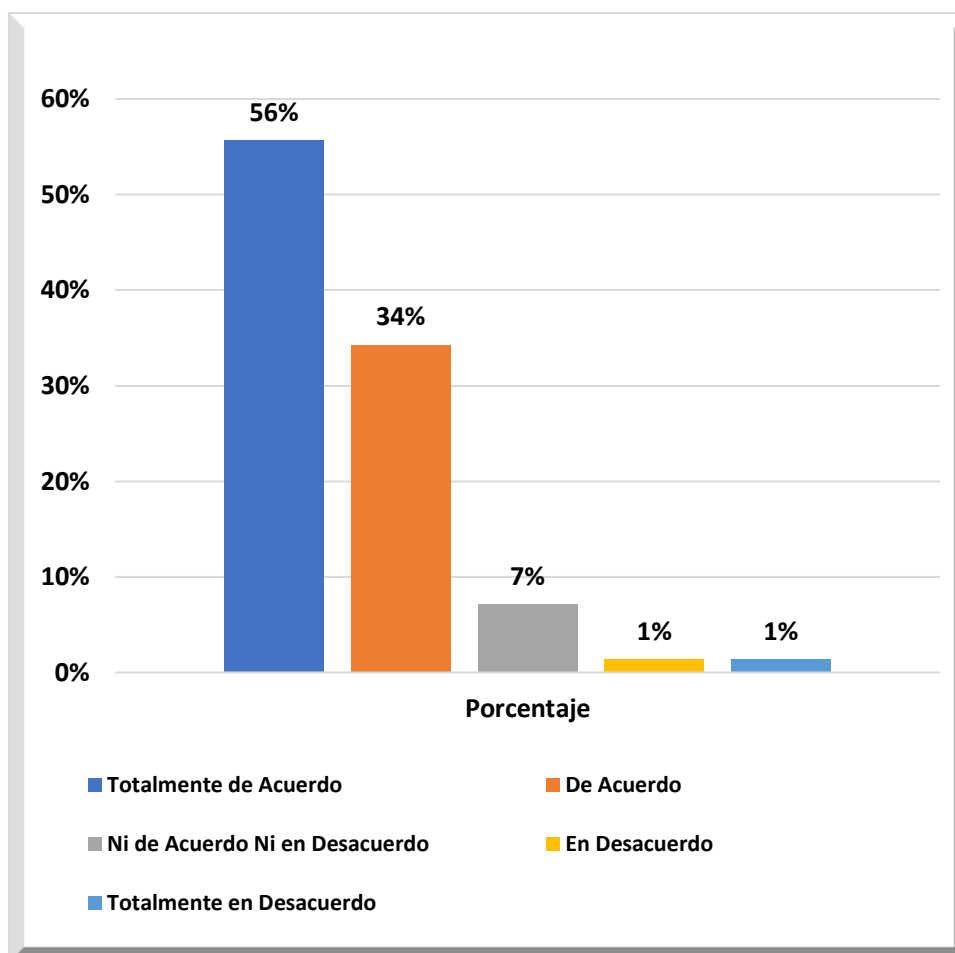


Figura 7. Necesidad de evaluar periódicamente el llenado de las historias clínicas

Según las respuestas obtenidas de los trabajadores encuestados un 56% manifestó estar totalmente de acuerdo en que se evalúe periódicamente el llenado de las historias clínicas de los pacientes; un 34% estuvo de acuerdo sólo un 7% se mantuvo neutral en su opinión.

7) ¿Las historias clínicas en el área de emergencia contienen la información suficiente de los pacientes de manera clara?

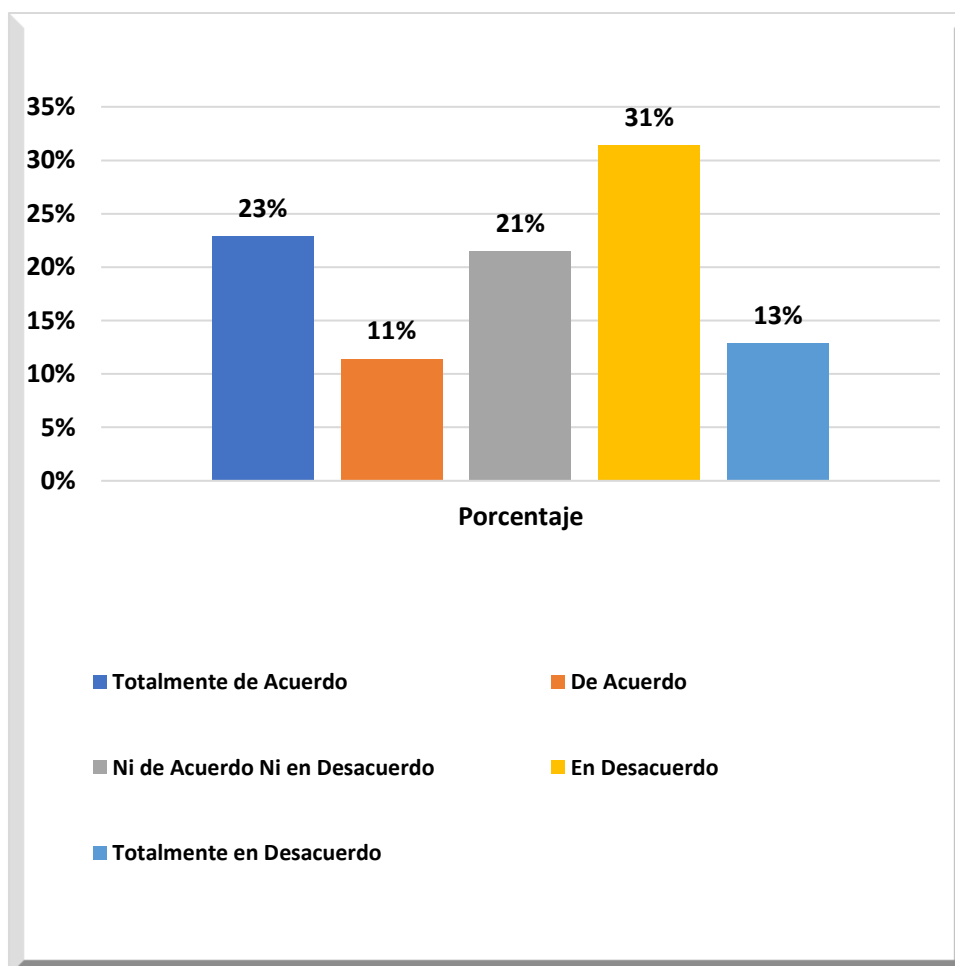


Figura 8. Información de manera clara en las historias clínicas

De acuerdo a la información obtenida en la encuesta realizada al personal del área de emergencia del hospital, se pudo conocer de un 31% está en desacuerdo con que las historias clínicas contengan toda la información de los pacientes en manera clara, un 21% se mantuvo neutral en su opinión; un 13% estuvo totalmente en desacuerdo; el 23% indicó estar totalmente de acuerdo con lo señalado.

8) ¿Las historias clínicas en el área de emergencia contienen la información completa sobre los datos personales y de salud de los pacientes?

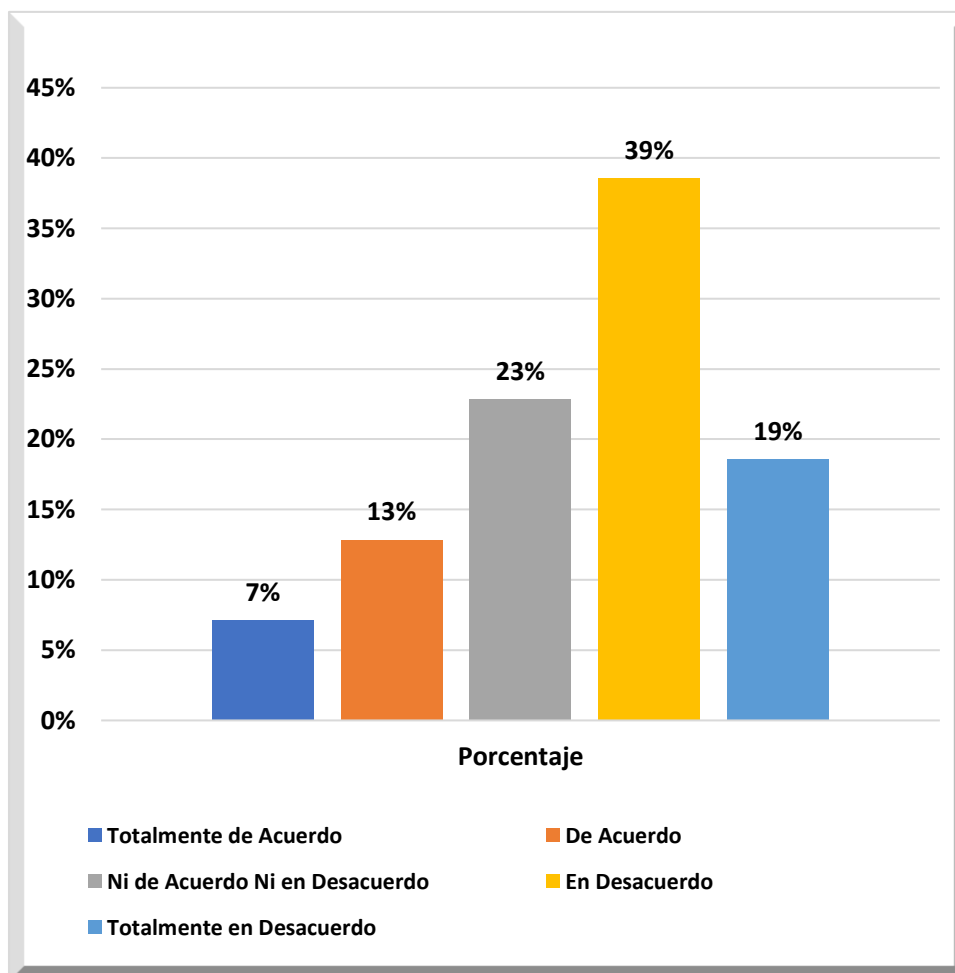


Figura 9. Información completa en las historias clínicas

El 39% de los encuestados coincidió en estar en desacuerdo con que las historias clínicas en el área de emergencia contienen toda la información de los datos personales y de salud de los pacientes; un 23% se mantuvo neutral en su respuesta; un 19% está totalmente en desacuerdo con lo planteado; un 13% se mantuvo de acuerdo y un 7% totalmente de acuerdo.

9) ¿Las historias clínicas en el área de emergencia se encuentran ordenadas físicamente por orden alfabético?

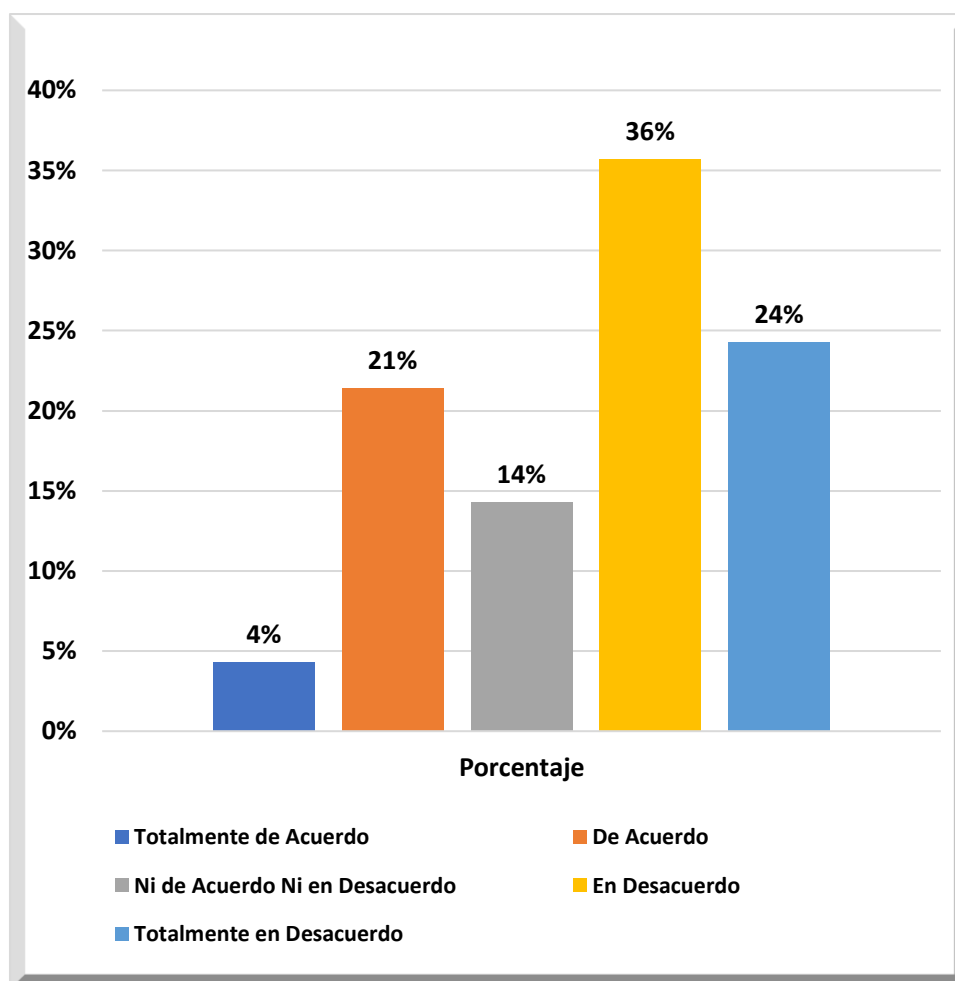


Figura 10. Las historias clínicas tienen un orden físico alfabéticamente

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta realizada, el 36% de los trabajadores encuestados coincidió estar en desacuerdo con que haya un orden alfabético en los expedientes físicos de las historias clínicas; un 24% señaló estar totalmente en desacuerdo; el 21% se mantuvo de acuerdo; un 14% opinó de forma neutral y un 4% estuvo de acuerdo con lo señalado.

10) ¿Los pacientes contribuyen a aportar todos los datos requeridos para el llenado de las historias clínicas?

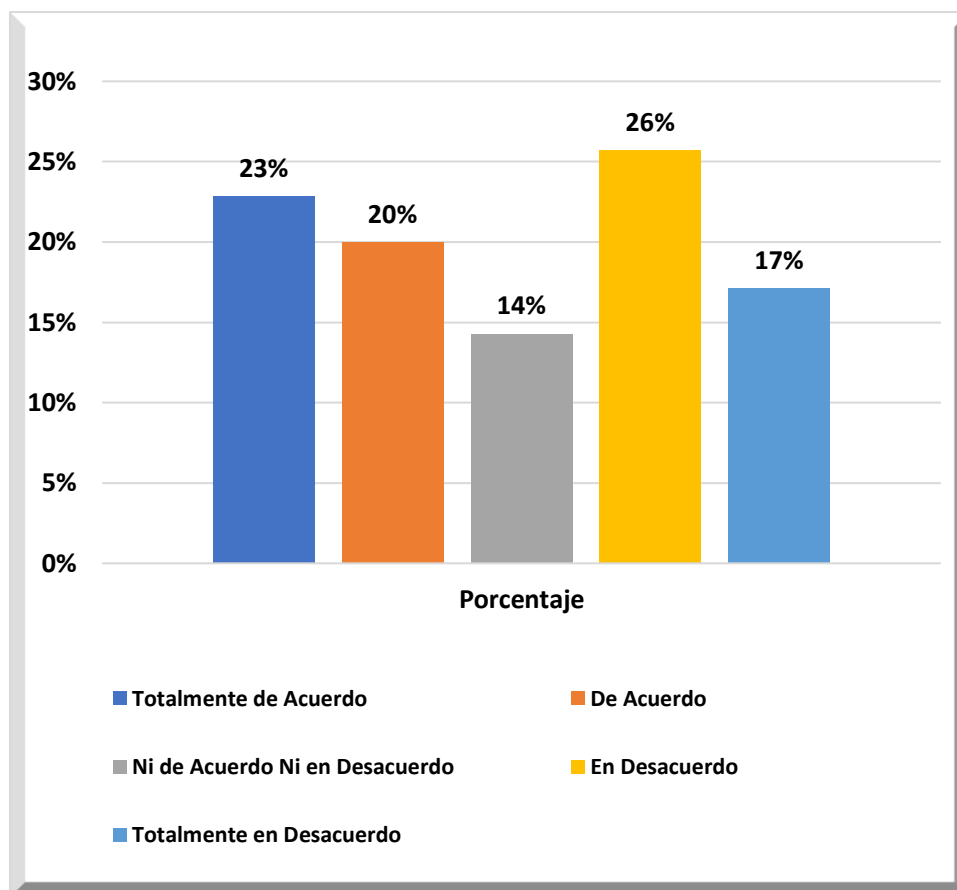


Figura 11. Los pacientes contribuyen a aportar todos los datos requeridos

El 26% de los encuestados señaló que está en desacuerdo con que los pacientes contribuyen a aportar todos los datos requeridos para el llenado de las historias clínicas; el 17% estuvo totalmente en desacuerdo con lo planteado; un 14% se mantuvo neutral; el 20% estuvo de acuerdo y un 23% totalmente de acuerdo.

Análisis de resultados de entrevista realizada

Se realizó entrevista al jefe del área de emergencia del Hospital, obteniéndose las siguientes respuestas:

Tabla 3

Resultados de entrevista realizada

Interrogante	Respuesta	Análisis
1. ¿La coordinación del área de emergencia realiza alguna evaluación al personal sobre el llenado de las historias clínicas en el AS400?	Desde la coordinación del área se busca mantener un control de todas las áreas operativas, hasta el momento no se ha hecho una evaluación exclusiva para conocer la forma como el personal realiza el llenado de las historias clínicas.	De acuerdo a lo que señala el entrevistado, no se realizan evaluaciones para conocer cómo se realiza en llenado de las historias clínicas en el AS400.
2. ¿Existe en el área de emergencia alguna normativa o manual para el llenado de las historias clínicas en el AS400?	Si existen ciertas pautas a seguir, sin embargo, no es información que se maneje como norma o algún reglamento.	Según la respuesta obtenida en esta interrogante, en el área de emergencia no existe una norma o reglamento que indique como se deben llenar las historias clínicas. Solo información general.
3. ¿Se ha capacitado al personal del área de emergencia en el llenado de las historias clínicas en el sistema AS400?	El personal de emergencia tiene conocimiento del llenado de las historias clínicas, en su mayoría son profesionales que tienen ese conocimiento, sin embargo, no se ha capacitado exclusivamente al personal en el llenado de	Según la respuesta, el personal del área de emergencia no ha recibido capacitación en el llenado de las historias clínicas a través del sistema AS400, lo cual se considera desventajoso.

	historias clínicas en el programa AS400.	
4) ¿Se ha realizado alguna revisión para conocer la legibilidad y claridad de la información que contienen las historias clínicas?	Realmente no se ha hecho una revisión para conocer si las historias clínicas contienen información legible y clara, con el día a día es un poco difícil dedicar algo de tiempo para realizar esas revisiones.	De acuerdo a lo que señala el entrevistado, no se han realizado revisiones para conocer la legibilidad o la claridad de las historias clínicas.
5) ¿Se realiza alguna explicación a los pacientes en la importancia de todos los datos requeridos y suministrados para el llenado de las historias clínicas?	En el área de emergencia se debe levantar la información de los pacientes, las personas encargadas de cargar los datos en la historia clínica le van solicitando la debida información de acuerdo a lo que señala el formato, pero no se ha realizado alguna campaña de información sobre la importancia de estos registros a los pacientes.	Según la información indicada por el entrevistado, no se han realizado campañas o aplicados métodos que expliquen a los pacientes sobre la importancia de suministrar los datos correctos y completos en el llenado de las historias clínicas.

Según la información suministrada por la persona entrevistada, en el área de emergencia no se maneja una normativa interna o algún reglamento que deba cumplirse en el llenado de las historias clínicas de los pacientes a través del AS400; el personal no ha recibido una capacitación exclusiva en el registro de los datos en dicho sistema, se asume que el personal graduado en el área debe tener el conocimiento necesario requerido para hacer dicha actividad. Tampoco se ha realizado alguna evaluación para conocer la claridad y legibilidad de los datos que contienen las historias clínicas, ni se emplean métodos para darle informarle a los

pacientes, la importancia de los datos que ellos suministran al personal de admisión, médico y de enfermería.

Análisis de resultados de evaluación de las historias clínicas

Se realizó una evaluación a 362 historias clínicas, para lo cual se utilizó una ficha Check List (ver apéndice 5) donde se evaluó:

1. En primer lugar, el cumplimiento del llenado de la información completa, esto permitió conocer si se cumplió con la identificación de la historia clínica, el paciente, el médico tratante, si existen sellos, firmas y fechas de atención del paciente, entre otros aspectos generales. Esto se llevó a cabo a través de un Check List que se detalla en la Tabla 4, donde se evaluó los criterios: Información Completa, Información veráz, Información correcta.
2. En segundo lugar, se buscó evaluar la calidad del registro de la historia clínica en el AS400, considerando 25 ítems y determinando si las historias clínicas no contenían la información, contenían la información incompleta o contenían la información completa.

Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos

Tabla 4

Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400

Criterio evaluado	Nro	ítems	Si	No	Totales
Información Completa	1	Los datos en la HC son suficientes	193	169	362
	2	Existe una valoración subjetiva	221	141	362
	3	Existe una valoración Objetiva	143	219	362
	4	Se detallan las transcripciones	128	234	362
Información legible	5	Se separan bien las oraciones, expresiones y palabras	153	209	362
	6	Faltas ortográficas	183	179	362
	7	Abreviaturas que impidan entender lo que está escrito	152	210	362
	8	Se identifica claramente la hora y fecha de atención	189	173	362
	9	Se presenta firma electrónica del médico	194	168	362
Veracidad de la Información	10	Alteraciones en el registro	156	206	362
	11	Se omiten registro de datos	274	88	362
Información	12	Coherencia en la información registrada	193	169	362

Criterio: Información completa en las historias clínicas en AS400

Se hace una revisión para conocer si los datos que deben contener los campos que conforman las historias clínicas en el AS400, están completo y llenos. De acuerdo a la revisión realizada, el 53% de las historias clínicas chequeadas muestran información completa, mientras el 47% no contienen todos los datos completos.

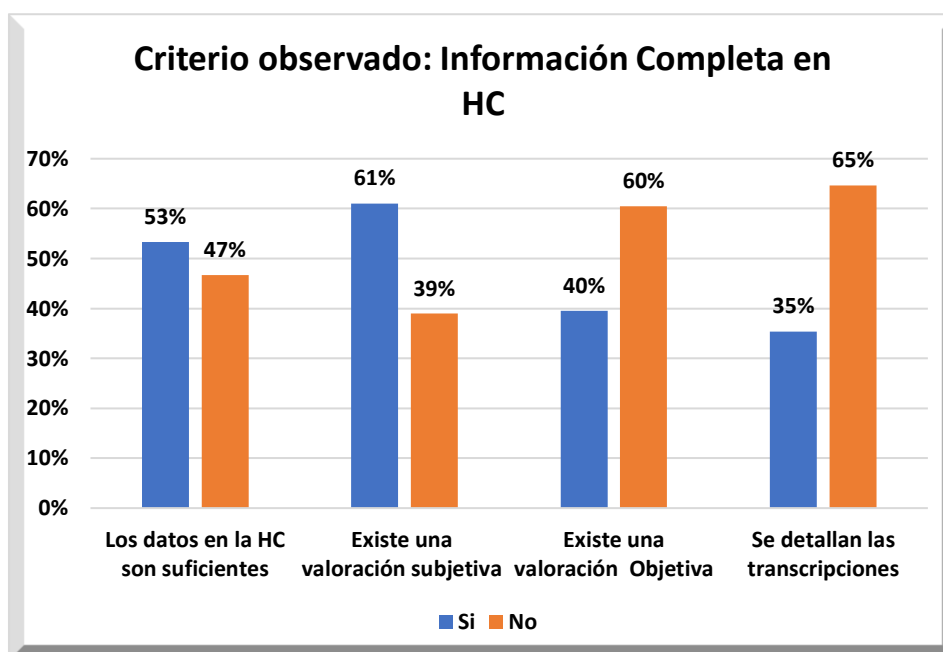


Figura 12. Criterio: Información completa en las HC
Fuente: Check List de la calidad de la historia clínica

De

igual forma, se puede apreciar en los resultados obtenidos, que un 61% de las historias clínicas observadas, contienen información subjetiva mientras que un 39% no. El 60% no muestra una valoración objetiva y un 40% si se realiza una valoración objetiva. El 35% de las historias clínicas revisadas, detalla claramente las transcripciones y un 65% no detalla transcripciones.

Criterio: Información Legible en las historias clínicas en AS400

En la revisión de las historias clínicas, se constató si existe legibilidad en la información presentada, obteniéndose los siguientes resultados:

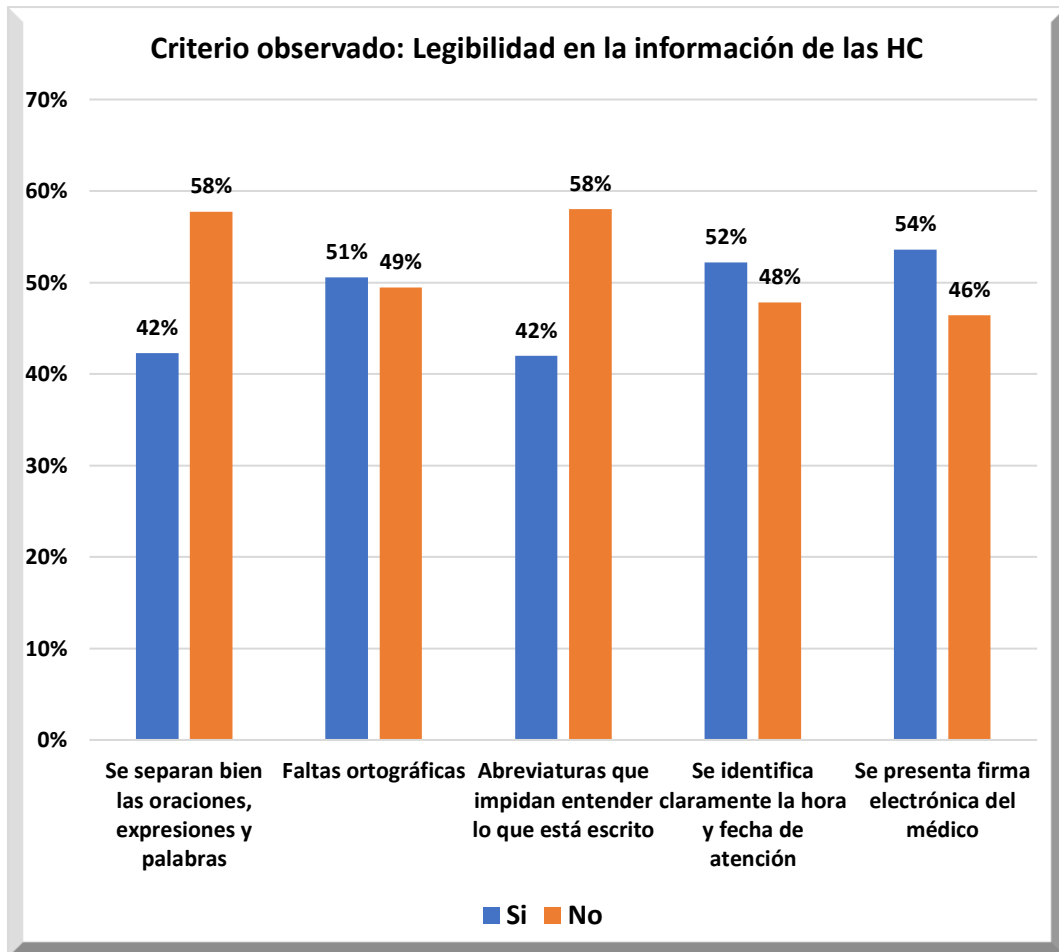


Figura 13. Criterio: Información legibilidad en las historias clínicas en AS400

De acuerdo a los resultados obtenidos, un 58% de los expedientes revisados no separan bien las oraciones, expresiones y palabras, mientras que el 42% si muestran buena separación las palabras. De igual forma, el 49% presenta faltas ortográficas, en la mayoría de los casos faltan acentos en las palabras, letras mayúsculas cuando se corresponde, otros. El 58% de las historias clínicas revisadas, presentan palabras abreviadas que no se comprende fácilmente el significado, algunas palabras no están completas.

El 52% de las historias clínicas presentan claramente la hora y fecha de atención al paciente, mientras que el 48% no presentan estos datos de manera completa, en la mayoría de los casos solo se muestran la fecha y no la hora. Del

mismo modo, el 54% de las historias clínicas contiene la firma legible del médico tratante, mientras que el 46% no presenta estos datos.

Criterio: Veracidad de la información en las historias clínicas en AS400

En revisión realizada a las historias clínicas, se buscó conocer la veracidad de la información presentada tomando en consideración la pulcritud de los datos presentados, obteniéndose los siguientes resultados:

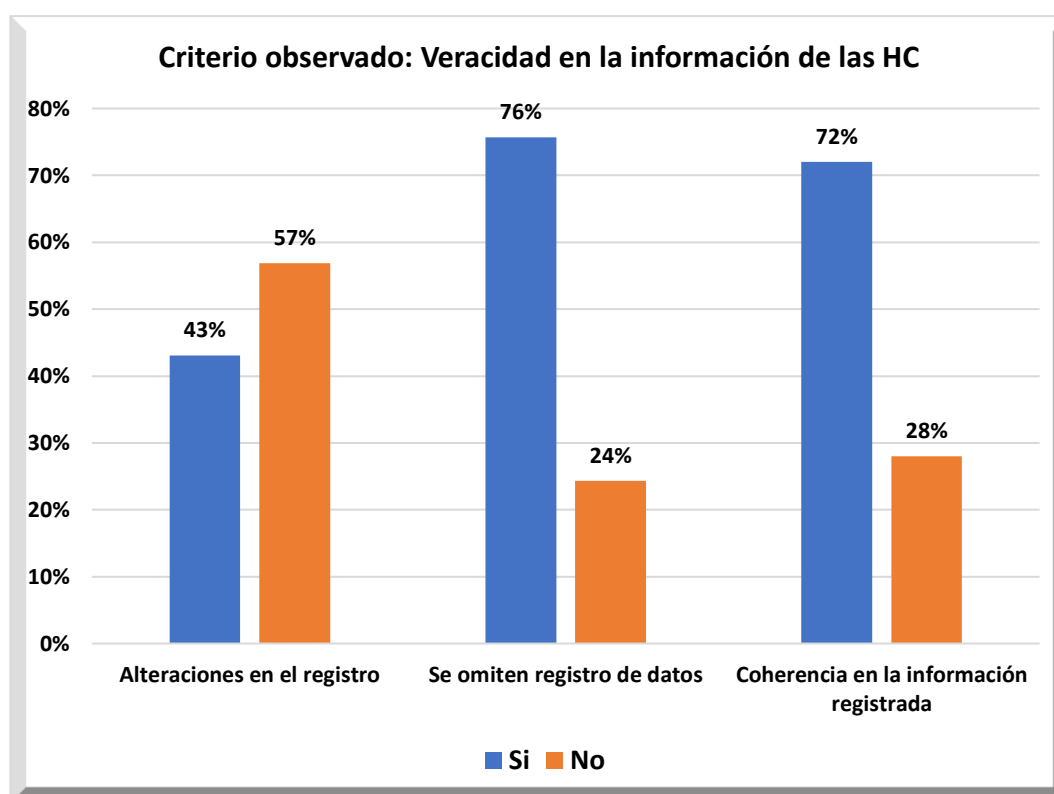


Figura 14. Criterio: Veracidad en la información de las historias clínicas en AS400

Según los resultados obtenidos, el 57% de las historias clínicas no presentan alteraciones en los registros, mientras que el 43% si presenta, esto está relacionado con tipeo de datos que no coinciden, por ejemplo, el nombre del paciente no se escribió correctamente. En el 76% de los expedientes revisados se omiten los registros, es decir, no están completos todos los datos requeridos. También se pudo conocer que el 72% de las historias clínicas se muestran coherentes en la información registrada, mientras que el 28% no se muestra coherente, esto por la falta de información en distintos campos del formulario.

Indicadores de la calidad de la historia clínica en el área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos

Se realizó una evaluación de las historias clínicas tomando en consideración los datos iniciales, la metodología diagnóstica, seguimiento del problema, registro de enfermería y la evaluación final y observaciones (ver apéndice 4). Se identificó si las historias clínicas no presentaban la información, si la presentaban incompleta o si la presentaban completa. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5

Indicadores de las historias clínicas

I.	Datos iniciales.	No presentó	%	Incompleto	%	Completo	%
a.	Registro de datos admisión completo (en expediente físico)	23	6%	131	36%	208	57%
b.	Descripción de inicio de atención	31	9%	136	38%	195	54%
c.	Se anota detalles en caso de accidente, violencia, intoxicación	145	40%	124	34%	93	26%
d.	Problema con redacción adecuada y sin uso de abreviaturas no estandarizadas	95	26%	84	23%	183	51%
e.	Se anota antecedentes personales y familiares	187	52%	72	20%	103	28%
f.	Se registra revisión de aparatos y sistemas	228	63%	97	27%	37	10%
g.	Se describe características del dolor (región, punto doloroso, evolución, tipo, modificaciones)	171	47%	76	21%	115	32%
h.	Se registran datos obstétricos	102	28%	134	37%	126	35%
II Metodología diagnóstica							
a.	Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial	292	81%	22	6%	48	13%
b.	Uso de herramientas de puntuación (Score MAMA, Child-Pugh, GFR, GOLD)	281	78%	68	19%	13	4%
c.	Adecuado planteamiento de problemas encontrados	159	44%	41	11%	162	45%
d.	Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica	142	39%	59	16%	161	44%
III Seguimiento de problemas							
a.	Se anota e interpreta resultados de exámenes	135	37%	139	38%	88	24%
b.	Se anota interconsulta e indicaciones del médico consultado	142	39%	171	47%	49	14%
c.	Seguimiento de problemas planteados previamente	208	57%	52	14%	102	28%
d.	Se evoluciona respetando orden (SOAP)	102	28%	152	42%	108	30%
IV Registro de Enfermería							

a.	Adecuado registro de signos vitales	63	17%	153	42%	146	40%
b.	Secuencia de las notas de enfermería	76	21%	149	41%	137	38%
c.	Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente y procedimientos de enfermería	143	40%	194	54%	25	7%
d.	Registro adecuado en el KARDEX	104	29%	163	45%	95	26%
e.	Se registra descargo de insumos	221	61%	92	25%	49	14%
f.	Se anota diariamente y en cada turno balance hídrico:	182	50%	134	37%	46	13%
Evaluación Final y							
V	Observaciones						
a.	En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica se comunicó oportunamente a epidemiología	94	26%	193	53%	75	21%
b.	Codificación CIE-10 adecuada (Dx presuntivo y/o definitivo)	264	73%	56	15%	42	12%
c.	Registro sin uso de abreviaturas peligrosas (ver manual Seguridad del paciente MSP 2016)	302	83%	22	6%	38	10%

Evaluación de datos iniciales

Se acuerdo a los resultados obtenidos, un 36% de las historias clínicas evaluadas presentaron datos de admisión incompletos, un 6% no presentó estos registros y un 57% presentó datos completos de admisión en el expediente físico del paciente. La descripción de inicio de atención se mostró incompleta en un 38% de los expedientes; el 54% si presentó la descripción de la atención.

Se pudo apreciar que un 40% de las historias clínicas evaluadas no presenta anotaciones relacionadas con casos de accidentes, violencia o intoxicación que haya presentado el paciente en fechas anteriores a la atención, solo un 26% mostró completos este tipo de información. De igual forma, el 26% de las historias clínicas no mostraron datos con un uso adecuado de abreviaturas; el 51% no presentó este tipo de problemas.

El 52% de las historias clínicas revisadas no presenta registros de los antecedentes personales y familiares de los pacientes; el 20% presenta estos datos de manera incompleta, solo un 28% muestra los datos correctos. De igual forma, el 63% de las historias clínicas evaluadas no presentó registros relacionados con aparatos y sistemas, solo un 10% presentó este tipo de información.

De igual forma, el 47% de las historias clínicas no presenta registros relacionados con las características del dolor específico que presentan los pacientes; el 21% la muestra de forma incompleta y solo el 32% detalla esta información. También se pudo determinar que el 28% de las HC no presentan registros relacionados con obstetricia, el 37% registrados incompletos y solo un 35% están correctos.

Metodología diagnóstica

El 81% de las historias clínicas revisadas no presentan registros relacionados con la exploración física completa; el 6% presente este tipo de registro incompleto y el 13% si los refleja completos. En cuanto al uso de las herramientas de puntuación, el 78% de los expedientes no presentan este tipo de registros, el 19% de las historias clínicas presenta estos registros son incompletos, solo el 4% de las HC muestran estos datos completos.

El 44% de las historias clínicas no muestra registros relacionados con el adecuado planteamiento de problemas encontrados en la evolución de los pacientes; el 11% presenta datos a medias y el 45% si los muestra. De acuerdo a la información obtenida, el 39% de las historias clínicas revisadas no presenta datos relacionados con el diagnóstico presuntivo congruente con las HC; el 16% presenta datos incompletos y el 44% si muestra esta información completa.

Seguimiento de problemas

En cuanto a los datos relacionados con el seguimiento de problemas, se obtuvo que el 37% de las historias clínicas no presentan registros relacionados con la anotación e interpretación de los resultados de exámenes; el 38% presenta datos incompletos y el 24% si muestra este tipo de información completa. De igual forma, el 39% de las historias revisadas no presentan registros relacionados con las anotaciones de interconsultas e indicaciones del médico consultado, mientras que un 47% presenta estos datos a medias.

El 57% de las historias clínicas revisadas no reflejó datos donde se haga seguimiento de los problemas que ha tenido anteriormente el paciente; el 14% presenta datos incompletos. El cuanto a la presentación de los datos siguiendo el

orden SOAP, se pudo conocer que el 28% de las historias clínicas revisadas no muestran este tipo de orden; el 42% lo hace de manera incompleta y el 30% si presenta un buen orden SOAP.

Registro de enfermería

En el estudio realizado, se pudo obtener que un 17% de las historias clínicas no presentaron registro de los signos vitales de los pacientes; un 42% presentó solo algunos datos y el 40% mostró datos completos. De igual manera, un 21% de las historias clínicas no presentaron una secuencia de las notas de enfermería; el 41% presentó estos datos a medias y un 38% lo presenta completo.

En cuanto a las anotaciones diarias relacionadas con el estado de los pacientes y procedimientos de enfermería, el 40% de las historias clínicas no presentó registros, el 54% tiene este tipo de anotaciones de manera incompleta y el 7% si reflejan datos completos. El 29% de las historias clínicas revisadas no muestran registros de Kardex, solo un 26% tienen este tipo de registros. El 61% de las historias clínicas no contienen información de los descargos de insumos, el 25% solo presenta algunos datos. En cuanto a las anotaciones diarias relacionadas con cada turno balance hídrico, el 50% de las historias clínicas no contienen este tipo de registros, el 37% solo muestra algunas anotaciones y un 13% si muestran esta información.

Evaluación final y observaciones

El 26% de las historias clínicas revisadas, no presentaron información que indique sobre enfermedades que requieren vigilancia epidemiológica y se haya comunicado oportunamente a epidemiología; el 53% presenta alguna información, pero de forma incompleta, solo un 21% presentó datos concretos al respecto. El 73% de los expedientes no muestran codificación adecuada; el 15% muestra estos datos incompletos y el 12% si muestra datos completos. De igual forma, el 83% de las HC no muestran registros sin uso de abreviaturas peligrosas; el 6% muestra estos datos incompletos y el 10% si contiene esta información.

Análisis de resultados de evaluación de las historias clínicas

De acuerdo con los resultados obtenidos en todos los análisis realizados, se pudo conocer que un alto porcentaje de las historias clínicas revisadas en el sistema AS400 del área de emergencia del Hospital Los Ceibos, no cuentan con el registro adecuado de todos los datos sugeridos en el formato de la historia clínica. Se omiten fechas en algunos casos, lo cual se considera muy importante para poder llevar un control adecuado de la atención al paciente.

De igual manera, la mayor cantidad de las historias clínicas no registran datos relacionados con los familiares del paciente, ni enfermedades que haya padecido en el trayecto de su vida o antes de recibir la atención en el área de emergencia del hospital. Otro aspecto muy importante que incide significativamente en la calidad del llenado de la historia clínica, es que el personal no ha recibido capacitación para manejar el Sistema AS400, lo cual influye al momento de conocer exactamente qué datos deben registrarse además de la importancia que esto tiene. Según Pérez y Ayala (2021) la capacitación es muy importante y se reconoce como toda acción organizada y evaluable que se desarrolla en una empresa con la finalidad de mejorar y ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal, con el propósito de lograr un cambio positivo en el desarrollo de las funciones.

Los datos obtenidos en la evaluación de los indicadores de calidad del registro de las historias clínicas, fueron procesados en el sistema estadístico SPSS obteniéndose que, en revisión de los 25 ítems evaluados en las 362 historias clínicas, una media de 155,68 historias clínicas no presentó datos registrados, una media de 108,56 historias presentaron registros incompletos y solo una media de 97,76 historias presentaron datos completos.

Estos resultados dejan ver claramente que no se lleva un registro adecuado de los datos en las historias clínicas, lo que resta calidad en la información presentada, siendo necesario tomar las medidas necesarias para minimizar los errores u omisiones y cumplir con el llenado correcto del formulario sistematizado en AS400. En la siguiente Tabla 6 se muestran los valores de la estadística

descriptiva procesados en SPSS, en función de los datos resultantes de la revisión de las historias clínicas.

Tabla 6
Estadística Descriptiva – Evaluación de las historias clínicas

		Estadísticos		
		No presentó	Incompleto	Completo
N	Válido	25	25	25
	Perdidos	1	1	1
Media		155,68	108,56	97,76
Mediana		143,00	124,00	95,00
Moda		102 ^a	22 ^a	49
Desv. Desviación		78,174	51,448	56,094
Varianza		6111,227	2646,923	3146,523
Mínimo		23	22	13
Máximo		302	194	208
Suma		3892	2714	2444
Percentiles	25	98,50	63,50	47,00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Se aprecia en los valores de estadística descriptiva que, en los 25 ítems evaluados, en un máximo de 302 revisiones realizadas no se observaron registros de datos en algunos espacios requeridos; en 194 oportunidades se observaron registros incompletos y 208 revisiones si tenían registros completos. El mayor número de historia clínicas presentan espacios en blancos, lo que resta calidad a la información; de acuerdo a lo que señala la Ley Orgánica de Salud, toda persona tiene derecho a contar con una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida (Congreso Nacional, 2015). Partiendo de la importancia de lo que señala la Ley, se hace necesario el cumplimiento de lo normado, siendo un derecho que no puede transgredirse, por tanto, el Hospital Los Ceibos requiere a la mayor brevedad, tomar las medidas necesarias para hacer cumplir el llenado correcto de todos los campos exigidos en las historias clínicas de los pacientes, de lo contrario puede exponerse incluso a problemas legales por incumplimiento de lo que señala la Ley.

Sugerencias de estrategias para reducir y/o eliminar los errores u omisiones en el registro de los datos en las historias clínicas digitales en sistema AS/400 del área de emergencia del Hospital General IESS Los Ceibos

Como principales acciones que se sugieren llevar a cabo para aumentar la calidad de los registros y llenados de las historias clínicas en el área de emergencia del Hospital Los Ceibos, se plantea lo siguiente:

Capacitación al personal en el manejo del AS400

Se sugiere capacitar a todo el personal de admisión, personal médico y personal de enfermería, en el manejo adecuado del Sistema AS400, lo cual permitirá que se realicen los procesos de manera más efectiva y productiva. La capacitación fomentará una mayor responsabilidad por parte del personal que maneja el sistema, al tiempo en que se fomenta la seguridad en el manejo de los datos y relevancia de la importancia del llenado de todos los campos requeridos.

Al respecto, se sugirió a la Subdirección de Auditoría Médica del Hospital coordinar la capacitación en el manejo del AS400, sugerencia que fue analizada y coordinada para el periodo 21 al 25 de febrero de 2022, contando con la asistencia de personal médico del área de emergencia (Ver Apéndice 7). La capacitación que se llevó a cabo en la fecha indicada estuvo puntualizada en el correcto llenado de los formularios 008 y 006, que son anexos de las carpetas que contienen información de los pacientes.

Delegación de responsabilidad por escrito o de manera formal a los usuarios del sistema AS400

Tanto el médico tratante, como el personal de admisión y enfermería, tienen la función de cargar información al sistema AS400 de cada paciente, esto debe hacerse de manera muy responsable y correcta. En este sentido, se sugiere que, tras la capacitación al personal, también se delegue de forma escrita o de manera formal, el cumplimiento del llenado de todos los campos requeridos en el AS400. En caso de que las historias clínicas presenten omisión de información, esto deberá estar plenamente justificado.

De igual forma, las responsabilidades de quienes estarán encargados de finalizar los procedimientos en el Sistema Médico Informático AS400, una vez concluida la intervención del paciente, deben estar asignadas de forma clara y escrita. Esto contribuirá a una mayor productividad y confiabilidad de los datos registrados.

Crear normativa interna en el manejo del Sistema AS400

Se sugiere la creación de una normativa interna que regule el manejo del Sistema AS400, donde se especifique cada uno de los módulos que conforman el sistema y la importancia del llenado de cada uno de los campos que están establecidos en el formulario. La normativa debe estar avalada por las máximas autoridades, y debe ser socializada a todos los trabajadores del área de emergencia del Hospital Los Ceibos. Es importante señalar que previamente el manejo del sistema debe ser conocido por todos los involucrados, de manera que la normativa sea diseñada considerando todos los aspectos relacionados al sistema y sea de conocimiento al personal. La normativa debe tener en cuenta todos los aspectos de funcionalidad del sistema, por ejemplo, es necesario que haga referencia a la programación del encendido y apagado diario del sistema AS400, donde se recomienda que se programe el encendido con al menos media hora antes de anticipación de la hora de entrada del personal. Y el apagado a una hora después de la hora de salida del personal, entre otros aspectos.

Evaluación del llenado de las historias clínicas en el sistema AS400

Es importante que se realice periódicamente, recomendable cada seis meses, una evaluación del llenado de las historias clínicas del área de emergencia del Hospital Los Ceibos, para conocer si se está haciendo correctamente, en virtud de la importancia de no omitir datos, errores ortográficos, dejar espacios en blancos, entre otros aspectos. Al evaluar el llenado de las historias clínicas, conllevará a que las personas responsables de realizar esta actividad, lo hagan considerando todas las sugerencias y recomendaciones para generar una historia clínica de calidad.

Conclusiones

Se hizo una revisión a la literatura con la finalidad de sustentar teóricamente el tema de estudio, esto se pudo lograr a través de la consulta a diversas fuentes de información, con relación a la importancia de la historia clínica, el correcto llenado y su aporte a la calidad de la información presentada. La literatura consultada conllevó a identificar teorías sobre lo que significan las historias clínicas, la calidad de la historia clínica, enfoques de evaluación, así como el desglose de diversos conceptos que se relacionan al tema de estudio.

Se efectuó un diagnóstico de la situación actual en el área de emergencia del hospital Los Ceibos, con respecto a la calidad del registro de los datos en las historias clínicas de los pacientes, en el sistema AS/400; este diagnóstico se llevó a cabo a través de instrumentos de recolección de datos como la encuesta, la entrevista y la revisión documental. También se utilizó la observación para conocer si las historias clínicas contienen toda la información requerida en los campos del formulario manejado en el AS400. Se pudo constatar en promedio 106 historias clínicas no presentan registros en campos importantes, 109 historias clínicas en promedio, presentan registros incompletos y un total de 97 historias en promedio, se encuentran correctas.

Se realizó una evaluación del registro de las historias clínicas del área de emergencias, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de la información y al proceso de auditoría médica para determinar los ítems con menor cumplimiento en el registro de los datos; esta evaluación se realizó tomando en cuenta 25 ítems en concordancia con la información que deben reflejar las historias clínicas.

Se presentaron algunas estrategias para reducir y/o eliminar los errores u omisiones en el registro de los datos en las historias clínicas digitales en sistema AS/400 del área de emergencia del Hospital General IESS Los Ceibos; esta sugerencia es de fácil aplicación, consideradas muy valiosas para poder aumentar la calidad de las historias clínicas (Arias, 2019).

Recomendaciones

Se recomienda que el personal que labora en el área de emergencia del Hospital General del IESS Los Ceibos, revise de manera constante las normas y leyes que se han establecido en la legislación ecuatoriana, con respecto al derecho de que cada persona cuente con una historia clínica que contenga toda la información necesaria, que sea entendible en términos precisos y legibles.

De igual forma, es recomendable que el Hospital General del IESS Los Ceibos, realice evaluaciones para conocer de qué manera se está llevando a cabo el llenado de las historias clínicas, con la finalidad de detectar las debilidades en esta actividad y mejorarlas. Esto también conduce a reconocer la importancia que tiene la capacitación del personal en tema de historias clínicas, con la finalidad de que se valore cada registro realizado, entendiendo claramente que todos los datos solicitados en la historia clínica, suman a una información de calidad sobre la salud del paciente.

Es recomendable que las historias clínicas sean revisadas en su totalidad, con la finalidad de mejorar toda la base de datos de la que dispone el Hospital del IESS Los Ceibos, en su sistema AS400, esto generará una información de mayor confianza y contribuirá a la minimización de errores en los diagnósticos realizados al paciente y al momento de aplicar tratamientos médicos.

Se recomienda al Hospital del IESS Los Ceibos, tomar en consideración la sugerencia de estrategias que ayudan a aumentar la calidad de las historias clínicas; estas estrategias son totalmente factibles y requieren de la participación tanto del nivel de dirección como del personal médico, de enfermería y de asistencia al paciente.

Referencias

- Arias, T. (2019). *La gestión del talento humano en el servicio de emergencias expresada en la re-distribución de actividades y capacitación, como generador de mejoras en los procesos de atención que se evidencian en los registros de las historias clínicas en el Hospital*. Quito: Repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16474/Informe%20final%20TT%20Elvita.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional. (2014). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos*. Quito: Asamblea Nacional. Obtenido de <https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2016/04/Ley-Organica-del-Sistema-Nacional-de-Registro-de-Datos-Publicos.pdf>
- Barrera, K. (2017). *Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016*. Lima: Repositorio Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8772/Barrera_AKG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bernal, O. (2021). *Introducción sobre AS/400*. Obtenido de <http://www.oscarbernal.net/index.php?/content/view/17/22/>
- Casuriaga, A., Giachetto, G., Gutiérrez, S., & Martínez, V. (2018). Auditoría de historias clínicas, una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Scielo*, 89(4), 242-250. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v89n4/1688-1249-adp-89-04-242.pdf>
- Congreso Nacional. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Congreso Nacional.

- Córdoba, V., Zambrano, R., & Tamayo, W. (2019). Calidad de las historias clínicas de los practicantes de un consultorio psicológico de una universidad colombiana. *Elsevier*, 20(1), 72-78.
- Fombella, J., & Cereijo, J. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica*, 73(1), 21-26. Obtenido de <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>
- Galeano, M. (2016). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gil, J. (2020). *Fundamentos de atención al cliente*. Editorial Elearning S.L.
- Gómez, M. (2014). *Auditoría de historias clínicas*. Madrid.
- González, A. (2016). *Valoración de la calidad de las historias clínicas*. Madrid.
- González, J. (2019). La producción científica latinoamericana sobre historia clínica digital: un análisis desde Scopus. *Scielo*, 45(3), 1-13. Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1312/es/>
- González, P. (2021). *La historia clínica. Orígenes y evolución*. Obtenido de Revista Médica: <https://revistamedica.com/historia-clinica-origen/>
- Grados, J., & Sánchez, E. (2017). *La entrevista en las organizaciones*. Ciudad de México: Editorial el Manual Moderno S.A.
- Guevara, C., & La Serna, P. (2017). Calidad del Registro de las Historias Clínicas en una Clínica de la ciudad de Chiclayo Perú 2016. (42-49, Ed.) *Revista Salud & Vida Sipanense*, 4(2). Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/701/613>
- Guisio, C. (2016). *Nuevo concepto en historia clínica*. Obtenido de Repositorio UNIVERSIDAD BARCELÒ Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal: <https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HAS Hed77.dir/TFI%20Giusio%20Carlos%20Fernando.pdf>

- Guzmán, F., & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb*, 15-24. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
- Hayward, W. (2018). *Management of Medical Record Content*. Boston: Ed.Health Information Management.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGrawHill.
- HFRA. (2017). *Glosario Médico*. Obtenido de Hospital Federico Lleras Acosta: <http://www.hflleras.gov.co/old/glosariohfla.pdf>
- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación Guía para la comprensión holística de la ciencia* (Cuarta ed.). Caracas: Librería Virtual Ozal.
- Isotools. (2015). *ISO 9001:2015*. Obtenido de <https://www.isotools.org/2016/01/11/iso-90012015-un-nuevo-concepto-del-sistema-de-calidad/>
- Leuro, M., & Oviedo, I. (2017). *Auditoría de Cuentas Médicas*. ECOE Ediciones.
- Licitación Corporativa. (2020). *Glosario y Abreviaturas*. Obtenido de <https://compracorporativasalud.compraspublicas.gob.ec/logistica/index.php/glosario-y-abreviaciones/>
- López, H. (2016). *Modelo para evaluación y análisis de Historia Clínica en Auditoría Médica de Solca Guayaquil*. Guayaquil: Repositorio Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/43585/1/CD%20085-%20LOPEZ%20LOOR%20HEIDI%20VANESSA.pdf>
- Martínez, J. (2012). Historia Clínica. *Aebioetica*, 57-68. Obtenido de <http://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/57.pdf>
- Matzumura, J., Gutiérrez, H., & Sotomayor, J. (2011). *Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011*.

- Scielo. Obtenido de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n3/a07v75n3.pdf>
- Mejia, T. (2012). <https://www.lifeder.com/poblacion-muestra/>. Obtenido de
<https://www.lifeder.com>: <https://www.lifeder.com/poblacion-muestra/>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Salud Pública. Obtenido de
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205216.pdf>
- Morales, B., Fernández, E., & González, E. (2020). Calidad del llenado de la historia clínica perinatal en pacientes atendidas en el puesto de salud “FÉLIX BALOY” en el II semestre del año 2020. *UNAN- MANAGUA*. Recuperado el <https://repositorio.unan.edu.ni/15018/>
- Ortega, O. (2017). *Mejoramiento continuo de procesos: Aspectos Conceptuales*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Pérez, L., & Ayala, J. (2021). *La gestión moderna en recursos humanos*. Eudeba.
- Raffino, E. (11 de Diciembre de 2019). *Concepto.de*. Recuperado el 16 de Julio de 2020, de <https://concepto.de/metodo-analitico/>
- Renau, J. (2011). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos 2001*, 10(1), 32-40. Obtenido de <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>
- Reyes, A., & Mendoza, I. (2020). *Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de Salud de Cuatro Esquinas, en el periodo del Segundo Semestre del año 2020*. Repositorio Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/14866/>
- Reyes, E. (2020). *Calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014*. Lima: Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14998/Reyes_ae.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rodríguez, M. (2021). *Análisis de las Demandas Médicas en el IMSS (2004-2016), con la Implementación de un Expediente Clínico Único y de Siniestros (ECUS)*. Obtenido de Repositorio Universidad Internacional Iberoamericana:
https://repositorio.unini.edu.mx/id/eprint/446/1/MRodr%C3%ADguez%20Mart%C3%ADnez_TesisDoctoral_reduce.pdf
- Rodríguez, R. (2014). *Diseño de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica*. Madrid.
- Salud Madrid. (2017). *Manual de casos prácticos del área de bioética y derecho sanitario*. Servicio Madrileño de Salud.
- Sánchez, F. (2019). *Calidad Total en las organizaciones*. Editorial Elearning S.L.
- Tribunal arbitral de Barcelona. (2017). *Anuario Justicia Alternativa Nro 14*. Bosch Editor.
- Velito, A., & Tejado, S. (2010). *La historia clínica como instrumento de calidad*. Curso anual de auditoria médica del Hospital Alemán. Obtenido de <http://www.auditoriamedicahoy.com/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
- Vera, O. (2013). Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica La Paz*, 73-82. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v19n2/v19n2_a10.pdf

Apéndice

Apéndice 1. Hoja de Evaluación de registro de historia clínica

Hoja de evaluación de Registro de Historia Clínica						
ÍTEMS EVALUADOS	No presentó	%	Incompleto	%	Completo	%
I. Datos iniciales.						
a. Registro de datos admisión completo (en expediente físico)	23	6%	131	36%	208	57%
b. Descripción de inicio de atención	31	9%	136	38%	195	54%
c. Se anota detalles en caso de accidente, violencia, intoxicación	145	40%	124	34%	93	26%
d. Enfermedad o problema actual con redacción adecuada y sin uso de abreviaturas no estandarizadas	95	26%	84	23%	183	51%
e. Se anota antecedentes personales y familiares	187	52%	72	20%	103	28%
f. Se registra revisión de aparatos y sistemas	228	63%	97	27%	37	10%
g. Se describe características del dolor (región, punto doloroso, evolución, tipo, modificaciones)	171	47%	76	21%	115	32%
h. Se registran datos obstétricos	102	28%	134	37%	126	35%
II Metodología diagnóstica						
a. Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial	292	81%	22	6%	48	13%
b. Uso de herramientas de puntuación (Score MAMA, Child-Pugh, GFR, GOLD)	281	78%	68	19%	13	4%
c. Adecuado planteamiento de problemas encontrados	159	44%	41	11%	162	45%
d. Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica	142	39%	59	16%	161	44%
III Seguimiento de problemas						
a. Se anota e interpreta resultados de exámenes	135	37%	139	38%	88	24%
b. Se anota interconsulta e indicaciones del médico consultado	142	39%	171	47%	49	14%
c. Seguimiento de problemas planteados previamente	208	57%	52	14%	102	28%
d. Se evoluciona respetando orden (SOAP)	102	28%	152	42%	108	30%
IV Registro de Enfermería						
a. Adecuado registro de signos vitales	63	17%	153	42%	146	40%
b. Secuencia de las notas de enfermería	76	21%	149	41%	137	38%
c. Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente y procedimientos de enfermería	143	40%	194	54%	25	7%
d. Registro adecuado en el KARDEX	104	29%	163	45%	95	26%
e. Se registra descargo de insumos	221	61%	92	25%	49	14%

f.	Se anota diariamente y en cada turno balance hídrico:	182	50%	134	37%	46	13%
Evaluación Final y							
V Observaciones							
a.	En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica se comunicó oportunamente a epidemiología	94	26%	193	53%	75	21%
b.	Codificación CIE-10 adecuada (Dx presuntivo y/o definitivo)	264	73%	56	15%	42	12%
c.	Registro sin uso de abreviaturas peligrosas (ver manual Seguridad del paciente MSP 2016)	302	83%	22	6%	38	10%

Apéndice 2. Datos procesados en SPSS

Los datos en la HC son suficientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	193	52,9	53,3	53,3
	2	169	46,3	46,7	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Existe una valoración subjetiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	221	60,5	61,0	61,0
	2	141	38,6	39,0	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Existe una valoración Objetiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	143	39,2	39,5	39,5
	2	219	60,0	60,5	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Se detallan las transcripciones					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	128	35,1	35,4	35,4
	2	234	64,1	64,6	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Se separan bien las oraciones, expresiones y palabras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	153	41,9	42,3	42,3
	2	209	57,3	57,7	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Faltas ortográficas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	183	50,1	50,6	50,6
	2	179	49,0	49,4	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Abreviaturas que impidan entender lo que está escrito

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	152	41,6	42,0	42,0
	2	210	57,5	58,0	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Se identifica claramente la hora y fecha de atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	189	51,8	52,2	52,2
	2	173	47,4	47,8	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Se presenta firma electrónica del médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	194	53,2	53,6	53,6
	2	168	46,0	46,4	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Alteraciones en el registro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	155	42,5	42,8	42,8
	2	207	56,7	57,2	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Se omiten registro de datos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	274	75,1	75,7	75,7
	2	88	24,1	24,3	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Coherencia en la información registrada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	193	52,9	53,3	53,3
	2	169	46,3	46,7	100,0
	Total	362	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		365	100,0		

Apéndice 3. Formulario Encuesta a empleados

Formulario sin título

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
GUIA DE ENCUESTA

OBJETIVO: La presente encuesta tiene por finalidad principal recopilar información relacionada con los datos registrados en las historias clínicas en AS/400 en del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, para mejorar la calidad de los registros. La información recolectada a través de la encuesta, será utilizada para cumplimiento de los objetivos metodológicos en ocasión al desarrollo de la Tesis de Maestría de título: **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN AS-400 DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE GUAYAQUIL IEES – LOS CEIBOS**, en conjunto con la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. A continuación, se ofrece un cuestionario el cual debe responder de acuerdo a las alternativas que se le presente. Se le garantiza la confidencialidad.

1. ¿Conoce usted claramente los bloques que conforman la historia clínica, donde se recoge la información relacionada con la salud y datos personales del paciente?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

2. ¿Ha recibido usted capacitación para el llenado de la historia clínica del paciente en el Sistema AS-400?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

3. ¿Existe alguna normativa interna en el centro de salud que regule el llenado y manejo de la historia clínica del paciente a través del Sistema AS-400?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

4. ¿Considera usted importante que la información registrada en la historia clínica del paciente, deba ser de carácter obligatorio?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

5. ¿Considera necesario que todo el personal que labora en el área de emergencia del Hospital General Los Ceibos debe tener conocimiento del llenado de las historias clínicas de los pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

6. ¿Considera necesario que se haga una evaluación periódica al llenado de las historias clínicas de los pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

7. ¿Las historias clínicas en el área de emergencia contienen la información suficiente de los pacientes de manera clara?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
 De Acuerdo
 Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
 En Desacuerdo
 Totalmente en Desacuerdo

8. ¿Las historias clínicas en el área de emergencia contienen la información completa sobre los datos personales y de salud de los pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

9. ¿Las historias clínicas en el área de emergencia se encuentran ordenadas físicamente por orden alfabético?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

10. ¿Los pacientes contribuyen a aportar todos los datos requeridos para el llenado de las historias clínicas?

Marca solo un óvalo.

- Totalmente de Acuerdo
- De Acuerdo
- Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo
- En Desacuerdo
- Totalmente en Desacuerdo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Apéndice 4. Formulario Evaluación de los indicadores de calidad de las historias clínicas

Formulario sin título

LOS CEIBOS

OBJETIVO: Evaluación de los indicadores de las historias clínicas UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN AS400 DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL en el sistema AS400 del área de emergencia del Hospital Los Ceibos.

1. Registro de datos admisión completo (en expediente físico)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

2. Descripción de inicio de atención

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

3. Se anota detalles en caso de accidente, violencia, intoxicación

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

4. Problema con redacción adecuada y sin uso de abreviaturas no estandarizadas

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

5. Se anota antecedentes personales y familiares

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

6. Se registra revisión de aparatos y sistemas

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

7. Se describe características del dolor (región, punto doloroso, evolución, tipo, modificaciones)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

8. Se registran datos obstétricos

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

9. Exploración física completa por sistemas y evaluación preferencial

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

10. Uso de herramientas de puntuación (Score MAMA, Child-Pugh, GFR, GOLD)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

11. Adecuado planteamiento de problemas encontrados

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

12. Diagnóstico presuntivo congruente con Historia clínica

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

13. Se anota e interpreta resultados de exámenes

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

14. Se anota interconsulta e indicaciones del médico consultado

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

15. Seguimiento de problemas planteados previamente

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

16. Se evoluciona respetando orden (SOAP)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

17. Adecuado registro de signos vitales

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

18. Secuencia de las notas de enfermería

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

19. Se anota diariamente datos relacionados al estado del paciente y procedimientos de enfermería

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
 Registro Incompleto
 Registro Completo

20. Registro adecuado en el KARDEX

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

21. Se registra descargo de insumos

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

22. Se anota diariamente y en cada turno balance hídrico.

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

23. En caso de enfermedades de vigilancia epidemiológica se comunicó oportunamente a epidemiología

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

24. Codificación CIE-10 adecuada (Dx presuntivo y/o definitivo)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

25. Registro sin uso de abreviaturas peligrosas (ver manual Seguridad del paciente MSP 2016)

Marca solo un óvalo.

- No presentó registro
- Registro Incompleto
- Registro Completo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Apéndice 5. Formulario Check list de la calidad de la historia clínica en el AS400

Formulario sin título

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
CHECK LIST DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA

OBJETIVO: Revisión de las historias clínicas en el sistema AS400 del área de emergencia del Hospital Los Ceibos.

1. Existe una valoración subjetiva

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

2. Existe una valoración Objetiva

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

3. Se detallan las transcripciones

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

4. Se separan bien las oraciones, expresiones y palabras

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

5. Faltas ortográficas

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

6. Abreviaturas que impidan entender lo que está escrito

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

7. Se identifica claramente la hora y fecha de atención

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

8. Se presenta firma electrónica del médico

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

9. Alteraciones en el registro

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

10. Se omiten registro de datos

Marca solo un óvalo.

Sí

No

11. Coherencia en la información registrada

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Apéndice 6. Solicitud de aprobación para desarrollar la investigación en el área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos

Guayaquil, 08 octubre 2021

Dr. Daniel Zárate Erazo

Subdirector de Auditoría Médica del Hospital General de Norte de Guayaquil IESS- Los Ceibos

De mi consideración:

Yo, PABLO DAVID LEÓN SALAZAR, con cédula de ciudadanía Nro 0927539973 me dirijo a usted respetuosamente solicitando su autorización para llevar a cabo las actividades pertinentes y relacionadas con trabajo de investigación titulado: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN AS-400 DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE GUAYAQUIL IESS – LOS CEIBOS, el cual estoy realizando para obtener el Grado de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud, a través de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. En este contexto, solicito su autorización para realizar el levantamiento de la información necesaria en el desarrollo de mi tema de investigación, en el área de emergencia del Hospital. A esto añado y aclaro que toda la información recolectada solo será utilizada para fines académicos.

Agradeciendo altamente su atención a la presente solicitud, me despido

Atentamente


PABLO DAVID LEÓN SALAZAR

C.C. 0927539973





Apéndice 7. Capacitación en manejo de AS400 que se realizó en el periodo 21 al 25 de febrero de 2022



LOS CEIBOS

HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE
GUAYAQUIL

“LOS CEIBOS”

SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO	
Comité o Grupo: Auditoría Médica	Acta No 4
Citada por: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Fecha: 21 de Febrero de 2022
Coordinador: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Hora inicio: 08:00 Fin: 9:00
Secretario: Sr. Giancarlo Villavicencio	Lugar: Docencia aula 1

PUNTOS DE DISCUSION	
I	Correcto llenado de los formularios 008 y 006, anexos de las carpetas SPPAT Y RPIS

DESARROLLO DE LA REUNIÓN
<p>Se da por iniciada la capacitación para el personal médico del área de emergencia, en el cual se les indica cómo deberían ser el correcto llenado los formularios y anexos, de las carpetas RPIS Y SPPAT.</p> <p>Se indica que toda carpeta debe ir firmada por médico tratante y no médico general.</p> <p>Se anexa lista de asistencia para constancia de la capacitación.</p>

GPAT





LOS CEIBOS

HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE
GUAYAQUIL

“LOS CEIBOS”

SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO	
Comité o Grupo: Auditoría Médica	Acta No 5
Citada por: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Fecha: 22 de Febrero de 2022
Coordinador: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Hora inicio: 08:00 Fin: 9:00
Secretario: Sr. Giancarlo Villavicencio	Lugar: Docencia aula 1

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Correcto llenado de los formularios 008 y 006, anexos de las carpetas SPPAT Y RPIS

DESARROLLO DE LA REUNIÓN	
<p>Se da por iniciada la capacitación para el personal médico del área de emergencia, en el cual se les indica cómo deberían ser el correcto llenado los formularios y anexos, de las carpetas RPIS Y SPPAT.</p> <p>Se indica que toda carpeta debe ir firmada por médico tratante y no médico general.</p> <p>Se anexa lista de asistencia para constancia de la capacitación.</p>	





LOS CEIBOS

HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE
GUAYAQUIL

“LOS CEIBOS”

SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO	
Comité o Grupo: Auditoría Médica	Acta No 6
Citada por: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Fecha: 23 de Febrero de 2022
Coordinador: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Hora inicio: 08:00 Fin: 9:00
Secretario: Sr. Giancarlo Villavicencio	Lugar: Docencia aula 1

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Correcto llenado de los formularios 008 y 006, anexos de las carpetas SPPAT Y RPIS

DESARROLLO DE LA REUNIÓN	
<p>Se da por iniciada la capacitación para el personal médico del área de emergencia, en el cual se les indica cómo deberían ser el correcto llenado los formularios y anexos, de las carpetas RPIS Y SPPAT.</p> <p>Se indica que toda carpeta debe ir firmada por médico tratante y no médico general.</p> <p>Se anexa lista de asistencia para constancia de la capacitación.</p>	

[Handwritten signature]



1



LOS CEIBOS

HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE
GUAYAQUIL

“LOS CEIBOS”

SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO

Comité o Grupo: Auditoría Médica	Acta No 7
Citada por: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Fecha: 24 de Febrero de 2022
Coordinador: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Hora inicio: 08:00 Fin: 9:00
Secretario: Sr. Giancarlo Villavicencio	Lugar: Docencia aula 1

PUNTOS DE DISCUSION

1	Correcto llenado de los formularios 008 y 006, anexos de las carpetas SPPAT Y RPIS

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da por iniciada la capacitación para el personal médico del área de emergencia, en el cual se les indica cómo deberían ser el correcto llenado los formularios y anexos, de las carpetas RPIS Y SPPAT.

Se indica que toda carpeta debe ir firmada por médico tratante y no médico general.

Se anexa lista de asistencia para constancia de la capacitación.



[Handwritten signature]



LOS CEIBOS

HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE
GUAYAQUIL

“LOS CEIBOS”

SUBDIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

ACTA DE REUNIÓN DE TRABAJO

Comité o Grupo: Auditoría Médica	Acta No 8
Citada por: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Fecha: 25 de Febrero de 2022
Coordinador: Dra. Maria Gabriela Loaiza Espinoza	Hora inicio: 08:00 Fin: 9:00
Secretario: Sr. Giancarlo Villavicencio	Lugar: Docencia aula 1

PUNTOS DE DISCUSION

1	Correcto llenado de los formularios 008 y 006, anexos de las carpetas SPPAT Y RPIS

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Se da por iniciada la capacitación para el personal médico del área de emergencia, en el cual se les indica cómo deberían ser el correcto llenado los formularios y anexos, de las carpetas RPIS Y SPPAT.

Se indica que toda carpeta debe ir firmada por médico tratante y no médico general.

Se anexa lista de asistencia para constancia de la capacitación.

EPC



LISTA DEL PERSONAL		
NOMBRE DE MEDICO	AREA	CARGO
GONZALEZ TOBAR CARLOS RUBEN	EMERGENCIA	INTERNISTA/ JG
ARANA VERA DAVID RAFAEL	EMERGENCIA	EMERGENCIOLOGO
ARELLANO BLACIO MAYROBI ALEXANDRA ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
AVELLAN CERNA REBECA GUADALUPE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
CAMPOZANO MORAN LEONARDO ENRIQUE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
CELIS VASQUEZ CLAUDIA CAROLINA ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
DAVILA BRIONES KARINA GRACIELA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
GUICHAY DURAN KAYRA LASTENIA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PINCAY ROSALES TARQUINO ADRIAN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LITUMA LITUMA MARIA BELEN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
VALDIVIESO CASTRO ADRIANA CAROLINA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
VELIZ VALERO KENNIA MARIBEL	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
FLORES LUCAS DAVID FERNANDO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
MOSQUERA DURAN LUCINDA VIVIANA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ARTEAGA ICAZA ANDREA ISABEL	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL

LISTA DEL PERSONAL		
NOMBRE DE MEDICO	AREA	CARGO
PEÑA PEÑA CHRISTIAN AUGUSTO	EMERGENCIA	EMERGENCIOLOGO/JG
SANTOS RIZZO CRISTINA LEONOR	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ENDARA GALARZA ANGELA ESTEPHANIA ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PAREDES INTRIAGO MARIA ALEJANDRA (P) ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PAREDES INTRIAGO LUIS ANTONIO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
AGURTO COBOS XAVIER GERARDO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ALVARADO ALVARADO KELLY ELIZABETH	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ALVARADO MINCHALA KARINA TATIANA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
CALDERON RIOS DARWIN CHRISTIAN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LUCAS BAÑO EDWIN STALIN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PARDO QUEVEDO GABRIELA ELIZABETH	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ANDRADE CARBO GISSELLA BEATRIZ	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
VALLEJO QUIÑONEZ CINDY SAMIRA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
VERA RODRIGUEZ HECTOR ADOLFO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
BRIONES GARCIA MICHELL ABNER	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LLANOS HALL PAMELA DENISSE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL

LISTA DEL PERSONAL		
NOMBRE DE MEDICO	AREA	CARGO
BAQUE FUENTES MARTINIANO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL/ JG
VERA COELLO KARINA ANABETH	EMERGENCIA	INTERNISTA/ JG
QUIZHIPPY SALAS WILSON RAFAEL ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
GAIBOR ROBALINO JOFFREY DUVAL ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
CHONGA BALLA INES CAROLINA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LADINES TORRES KRISTELL SOLANGE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LLERENA RIVAS JESSICA JESSENIA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LEMACHE PONTON ANDREA LISETH	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
MORAN CEVALLOS YESSICA ISABEL	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
MOREIRA CUSME KAREN GISELA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PLUAS MILLER DIEGO ADRIAN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
REYES ZAMBRANO FREDDY	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
SARMIENTO SAMANIEGO ANDREINA DEL CISNE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PARRALES ABARCA FANNY LEONOR	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
VILLAO MACIAS JOSE ALEJANDRO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
GRANDA VELASQUEZ VICTOR HUGO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL

LISTA DEL PERSONAL		
NOMBRE DE MEDICO	AREA	CARGO
PARRALES ABARCA CHRISTIAN JAVIER	EMERGENCIA	INTERNISTA/ JG
MOROCHO ANCHATUÑA JOSE RAUL	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
SAN JUAN GARCIA YAMID ALFONSO ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
CHIRIBOGA RAMIREZ DAVID ARMANDO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
LEON PORTILLA VERONICA TERESA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
MORENO BERMUDEZ MARIO IVAN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
RUIZ ABRIL CELINA ALEJANDRA (P)	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
SALAS BENITEZ MARCO JAIME	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
SALAZAR VALLE MARCO VINICIO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
SORNOZA HOLGUIN ARTEMIO ALEJANDRO (P)	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
TORRES VELEZ RUTH LISSETTE	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
YANEZ CARRASCO SUSANA DEL CARMEN	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
RUIZ ROJAS RUTH REGINA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
PONGUILLO BARRERA ALVARO FERNANDO (P)	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ORELLANA FALCONES VICTOR MIGUEL ©	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
NIOLA TOASA ANA GABRIELA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ALMEIDA BARCIA KATHERINE ANDREA	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL
ALARCON HERNANDEZ JHONNY FRANCISCO	EMERGENCIA	MEDICO GENERAL



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Pablo David León Salazar, con C.C: # 0927539973 autor del trabajo de titulación: *Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos*. Previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de julio de 2022

f. _____

Nombre: Pablo David León Salazar

C.C: 0927539973

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	<i>Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en AS-400 del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS – Los Ceibos</i>	
AUTOR:	León Salazar, Pablo David	
REVISOR/TUTOR:	Segura Ronquillo, Shirley Carolina	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de Julio de 2022	No. DE PÁGINAS: 66
ÁREAS TEMÁTICAS:	Sistemas de evaluación del desempeño	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hospital Los Ceibos, Historia Clínica, Calidad, Registros, Mejora. Los Ceibos Hospital, Clinical History, Quality, Records, Improvement	
<p>RESUMEN: El presente trabajo tiene por objetivo general, evaluar la información registrada en las historias clínicas en AS/400 en del área de emergencia del Hospital General de Guayaquil IESS Los Ceibos, mediante la revisión cualitativa y cuantitativa de los datos procesados, para mejorar la calidad de los registros. Es una investigación de tipo descriptiva, documental y analítica, con enfoque mixto; se utilizan técnicas como la encuesta y la entrevista, que permitieron conocer las opiniones del personal que labora en el área de emergencia. La población de estudio estuvo conformada en dos grupos, un grupo representado por el personal del área de emergencia y otra población con las historias clínicas evaluadas, en una muestra de 362 historias clínicas. Se revisó el registro de los datos iniciales, la metodología diagnóstica, el seguimiento de problemas de salud del paciente, los registros de enfermería, y otros datos. Como principales resultados, se obtuvo que, en promedio, 155 historias clínicas no presentaron datos registrados en algunos campos requeridos, 109 historias presentaron registros incompletos y solo una media de 98 historias clínicas presentaron datos completos. Finalmente, se proponen estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de los registros en las historias clínicas del área de emergencia del Hospital. ABSTRACT: The general objective of this work is to evaluate the information recorded in the medical records in AS/400 in the emergency area of the General Hospital of Guayaquil IESS Los Ceibos, through the qualitative and quantitative review of the processed data, to improve the quality of the registers. It is a descriptive, documentary and analytical type of research, with a mixed approach; Techniques such as the survey and the interview are used, which allowed knowing the opinions of the personnel who work in the emergency area. The study population was made up of two groups, a group represented by the staff of the emergency area and another population with the medical records evaluated, in a sample of 362 medical records. The registry of the initial data, the diagnostic methodology, the follow-up of the patient's health problems, the nursing records, and other data were reviewed. As main results, it was obtained that, on average, 155 clinical histories did not present registered data in some required fields, 109 histories presented incomplete records and only an average of 98 clinical histories presented complete data. Finally, strategies are proposed that contribute to improving the quality of the records in the medical records of the emergency area of the Hospital.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-92143540	E-mail:pabloleon12@hotmail.com mailto:juan.perez@cu.ucsg.edu.ec caritoscsr@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles	
	Teléfono: 043804600 / 0997196258	
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	