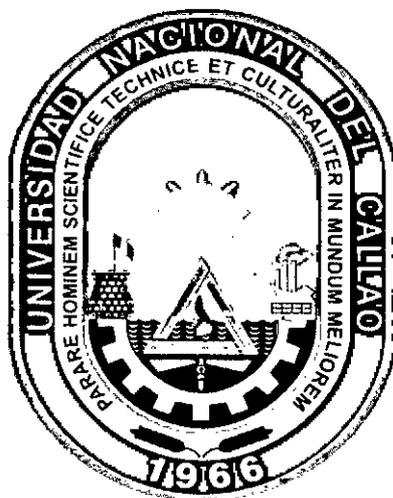


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERENCION DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS DE REGISTRO
DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO
DIAZ DE LA VEGA ABANCAY APURIMAC 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

YUDY SORIA SERRANO

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 365

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	7
2.3 Definición de Términos	15
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	16
3.1 Recolección de Datos	16
3.2 Experiencia Profesional	16
3.3 Procesos Realizados del Informe	16
IV. RESULTADOS	19
V. CONCLUSIONES	22
VI. RECOMENDACIONES	23
VII. REFERENCIALES	24
ANEXOS	25

INTRODUCCIÓN

El presente informe profesional tiene como finalidad presentar la experiencia laboral intervención de enfermería en los procesos de registro de historias clínicas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay Apurímac 2015 - 2017.

El informe contiene 4 capítulos. En donde uno de ellos narra la experiencia como enfermera en la intervención en procesos de registro de historias clínicas, para posteriormente presentar resultados de las actividades realizadas durante el periodo descrito y finalmente presentar las conclusiones de la intervención y las recomendaciones para mejorar cada día la temática de registro de historias clínicas practica según la norma técnica. Esperando que el presente documento sirva de referencia y motive a las profesionales de la salud de continuar con este trabajo.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En un intento por llegar a la verdad, busqué información en todas partes, pero en muy pocas instancias pude obtener historias clínicas adecuadas para fines comparativos” Florence Nightingale 1863.

El problema que motiva la investigación, se encuentra claramente sintetizado en la referencia citada de Florence Nightingale, aun cuando la misma data del año 1863. Esto demuestra que este problema, aunque viejo, continúa vigente. No tiene fronteras ni límites políticos o culturales. Desde siempre existió el registro incompleto o incorrecto de los datos en las historias clínicas. Sin embargo, es nuestra obligación profesional, intentar modificar esta situación. Debemos rescatarla de la oscura indiferencia en que se encuentra, para volverla visible y hasta irritante, para quienes son los responsables de la misma- Mónica Morelli, Marzo 2007. (7)

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el servicio de Unidad de Seguros –Convenios se ve el problema que los expedientes enviados de atención de los pacientes por diferentes convenios son observados en un 38% aproximadamente porque no se encuentran correctamente los registros de historias clínicas según la norma técnica, este problema ha conllevado a la pérdida económica del hospital por que “lo que no está escrito no se realizó” Por lo tanto no se factura.

A la auditoria de historias clínicas de las atenciones en consulta ambulatoria se observa que el responsable de la atención registra solo el diagnóstico y las indicaciones médicas sin registrar su sello como responsable de la atención.

A la auditoria de la historia clínica de la atención en emergencia se observa que el médico responsable de la atención registra en

indicaciones curación y sutura de heridas pero en diagnóstico no se encuentra herida ni tampoco se observa en examen físico que el paciente tenga herida en alguna parte del cuerpo.

A la auditoría de la historia clínica de atención en hospitalización se observa que los datos de filiación del paciente están incompletos y no hay sello ni firma del responsable, la evolución del paciente no está correctamente registrada según la norma técnica, la letra es ilegible.

A la auditoría de kardex y notas de enfermería de la historia clínica se observa que el médico indica un tratamiento endovenoso pero no se encuentra registrado en el kardex ni en notas de enfermería por lo tanto este procedimiento no puede ser facturado y si es facturado es observado.

Estos son los problemas frecuentes en el registro de historias clínicas.

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en los procesos de registro de historias clínicas en el Hospital Regional Guillermo Díaz Abancay Apurímac 2015 - 2017.

1.3 Justificación

El presente trabajo pretende contribuir al correcto registro de la historia clínica según la norma técnica, ser sostenible y la recuperación del 100% de los gastos ocasionados en la atención de los pacientes y/o usuarios de los diferentes convenios. La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, 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, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.

La historia clínica constituye un importante elemento administrativo por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo. Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud (personal y establecimientos de salud). Más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, que revaloriza a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud (1)

De tal manera que este trabajo beneficiara en primer lugar a la institución prestadora de servicios de salud, a todos los trabajadores que brindan atención directa al usuario, y paciente y/o usuario que continúa su atención de salud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Antecedentes internacionales:

COSTABEL Miriam, Montevideo (2010), realizó una tesis titulada "CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN CUANTO A SU CALIDAD" siendo su objetivo Evaluar si se cumple con los estándares de calidad de los registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios del Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010. Teniendo la metodología de la observación de los registros de las historias clínicas presentes en los archivos médicos del Hospital de Clínicas y el Sanatorio Círculo Católico de los usuarios hospitalizados en el mes de marzo del 2010. Finalmente podemos concluir que la calidad de la atención es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual cobra mayor relevancia teniendo en cuenta los cambios del Sistema Nacional Integrado de Salud que se han producido en nuestro país. (4)

Antecedentes nacionales:

YARIENSUECA Gutiérrez Jorge Alejandro, Lima – Perú (2015) realizó una tesis titulada "EFICACIA DE CAPACITACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS POR LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA PERÚ. ENERO-DICIEMBRE 2007" siendo su objetivo Evaluar el Programa de Capacitación en la elaboración de la Historia Clínica aplicado a los

internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2007. La metodología fue de tipo experimental, longitudinal, prospectivo y, según definición de Hernández Sampieri de diseño cuasi experimental y teniendo como resultado que antes del programa de Capacitación el 60,6% de los internos elaboraron una historia clínica aceptable, este valor se incrementó al 84,5% luego de aplicar el programa, de esta manera los internos tuvieron 3,6 veces de posibilidad de realizar una historia clínica aceptable después del programa de Capacitación. (5)

2.2 Marco Conceptual

HISTORIA CLINICA

Por definición, la historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado.

ORIENTA EL TRATAMIENTO

El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión científica y con base en ella disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico. En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

POSEE UN CONTENIDO CIENTÍFICO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad. Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la lexartis. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica. (2)

ADQUIERE CARÁCTER DOCENTE.

Hoy en día, el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, siempre y cuando “[...] pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho [...]” (Código Civil, Artículo 2347 in fine). La estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración y el amor al trabajo hospitalario. En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del

equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo.(2)

CONSTITUYE IMPORTANTE ELEMENTO ADMINISTRATIVO.

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo. Tiene implicaciones médico-legales. Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos, a saber: Capacidad de los sujetos. Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión. Consentimiento. Se basa en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer. Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley. Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres. Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien, a su vez, se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo. Esta forma de relación puede ser de varios tipos: • a través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo; • a través de instituciones como el seguro social; • mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico

como parte del contrato, o • por medio de empresas de medicina prepagada.

Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que, más bien, involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, que le paga al médico por su trabajo y debería garantizarle al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación. En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su tratamiento. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo. La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto: "[...] el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud [...]", Legis. Jurisprudencia y Doctrina. Bogotá: Legis; 87.Tomo XVI. 184. p. 322. El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio

respectivos, y de quienes se esperaría una conducta lógica, medida y acorde con el deber de cuidado y la lexartis que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado. La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico. (2)

ORIGEN:

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en el centro de atención primaria, o en un consultorio médico. La historia clínica está incluida dentro del campo de la semiología clínica.

El registro de la historia clínica construye un documento principal en un sistema de información sanitario, imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:

- La anamnesis: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente (o familiar, en el caso de menores de edad, alteraciones de la conciencia del propio paciente, o del responsable del animal en el caso de los veterinarios)
- exploración física o examen físico: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente deben registrarse: peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.

- exploración complementaria (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente;
- Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete (estudios de imagen), así como a la propia evolución natural de la enfermedad;
- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad;
- Tratamiento instaurado.

Por tanto, los cinco componentes principales de la historia clínica son:

- Datos subjetivos proporcionados por el paciente
- Datos objetivos obtenidos de la exploración física y de las exploraciones complementarias
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento

Con el transcurso del tiempo, los datos surgidos de la enfermedad del paciente ayudan a comprender la variación de la historia natural de la enfermedad.

Descripción:

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora los datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo,

tratamiento y recuperación. La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado. El consentimiento informado del paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde el paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en la toma de decisiones del profesional de la salud.

Modelos:

Hay varios modelos de historia clínica:

- la cronológica: la tradicionalmente usada en los hospitales;
- la orientada por problemas de salud² manejada sobre todo en atención primaria y descrita por el doctor Lawrence L. Weed en 1968³
- la protocolizada: con preguntas cerradas, se utiliza para el seguimiento de enfermedades muy concretas; se usa en unidades especializadas.

Soporte física

Básicamente la historia clínica en la actualidad tiene dos tipos de soportes:

- **Papel:** una serie de formularios que se ordenan en una carpeta. Puede ser individual o familiar.
- **Electrónico:** es la denominada historia clínica electrónica almacenada en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos.

Gestión del archivo en formato papel

Esta documentación debidamente encarpeta pasa al archivo central y único del hospital o centro de salud para su correspondiente custodia. Es responsabilidad de este sector la oportuna entrega de la misma a los distintos profesionales que la soliciten. No resulta extraño encontrar hospitales que entregan/reciben varios cientos y hasta algunos miles de historias clínicas al día. Es fácil imaginar las dificultades que esto implica.

Se conocen, al menos, tres distintos procedimientos de archivado: correlativo (por números correlativos empezando desde el uno), por dígito terminal (por ejemplo a partir de la fecha de nacimiento del paciente) y por valor posicional dinámico asistido por ordenador.

Los dos primeros corresponden a diseños realizados en la era pre-digitalización, y se caracterizan por ocupar grandes espacios y generar mucho trabajo para su re archivado. De todos modos son los más difundidos en este momento. Ambos implican la existencia de Ubicación Unívoca (un lugar para cada carpeta y cada carpeta en su lugar) en perfecto ordenamiento.

Desde hace ya más de una década, algunos hospitales de Argentina utilizan el sistema de Valor Posicional Dinámico.

Gestión de la historia clínica electrónica

Con la historia clínica electrónica persisten los problemas de almacenamiento (centralizado o descentralizado) y de protección, confidencialidad y seguridad de los datos clínicos.

La Historia Clínica tiene los siguientes propósitos:

- Sirve como instrumento para planificar la atención del paciente y contribuye para que ésta sea continua.
- Es un medio de comunicación entre el médico y el personal de salud, que contribuye a la atención del paciente.

- Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento del paciente e información para usos de investigación y docencia.
- Contribuye al Sistema de Información, provee datos para la programación, control y evaluación de actividades de salud a nivel local, regional y nacional.
- Sirve de base para el estudio y la evaluación de la calidad de la atención prestada al paciente.
- Ayuda a proteger los intereses legales del paciente, del hospital y del cuerpo médico (3)

2.3 Definición de términos

- **Intervención:**
Es una acción programada y justificada desde un marco legal y teórico, que se realiza sobre un colectivo o persona, trabajando los perfiles psicoevolutivos y los sectores con un fin de mejorar su situación generando un cambio social. (6)
- **Procesos de registro:**
Es el almacenamiento de la información clínica del paciente permitiendo consultar el histórico de sus atenciones previas antes de una consulta. Así mismo manejo de derivaciones a interconsultas del paciente. (6)
- **Historia Clínica:**
Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente(1)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos de la revisión de:

- Historias clínicas de atención de consulta ambulatoria, emergencia y hospitalización del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- Reporte y registro de los diferentes convenios.
- De cuaderno de registro de expedientes enviados por serpost.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional como Licenciada en Enfermería comenzó en mayo 2006 en la que realice mi SERUMS en la Micro Red Huancarama - Puesto de Salud Arcahua, en donde continué hasta agosto 2008, setiembre 2008 Centro de Salud Pacobamba hasta octubre 2009, noviembre 2009 ESSALUD – Andahuaylas hasta diciembre 2009, enero 2010 ONG- IDIPS hasta febrero 2012, febrero 2012 Clínica Santa Teresa hasta setiembre 2013 y actualmente soy personal contratada por CAS, vengo laborando como licenciada en enfermería desde el 21 de octubre del 2013 hasta la fecha en la unidad de seguros- convenios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Mediante el presente informe se logró dar aportes al problema de expedientes observados de los diferentes convenios por falta de correcto registro de historias clínicas de consulta ambulatoria , atención por emergencia y hospitalización de paciente y/o usuario en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es así que se tomó

diferentes estrategias para mejorar y concientizar al personal de salud médico y enfermera para poner en práctica el correcto registro de la historia clínica según la norma técnica y evitar expedientes observados de los diferentes convenios para la recuperación del 100% de los gastos ocasionados en la atención de los pacientes. Por lo tanto mis procesos de intervención de enfermería fueron:

- Se hizo la revisión de historias clínicas de atención ambulatorias, emergencia y hospitalización de todos los pacientes de los diferentes convenios identificando la falta de registro correcto de las historias clínicas. (anexo)
- Se dio a conocer al jefe de unidad de seguros mediante informe sobre los expedientes observados que según auditoria médica son por falta de correcto registro de historias clínicas.
- Se realizó reunión con jefes de los diferentes servicios médicos/enfermera dando a conocer la problemática.
- Se realizó la coordinación con los diferentes jefes de servicio médico/ enfermera para dar a conocer la norma técnica de correcto registro de historia clínica.
- Se expuso la norma técnica de correcto registro de historia clínica a todo el personal en cada servicio en donde se dio a conocer la norma técnica del correcto registro de la historia clínica, y la importancia que tiene poner en práctica.
- Se hizo seguimiento constante a cada profesional responsable durante las atenciones de los pacientes priorizando la atención de emergencia. (anexo)
- Se dio a conocer a cada profesional responsable de la atención de algunos datos que no registro en la atención al paciente en las historias clínicas y subsanadas en su oportunidad.
- Se ha colocado en los diferentes consultorios externos y tópicos de emergencia una nota indicando el correcto registro de la historia clínica.

Hasta la fecha se ha logrado concientizar al personal profesional sobre la importancia y practica del correcto registro de historia clínica y así mismo se encuentran comprometidos a cumplir según la norma técnica y dar sostenibilidad, se continúa trabajando con algunos profesionales que son mínimo que aún se resisten al cambio indicando que hay sobre carga laboral.

Este aporte ha logrado que el 90 % de los expedientes enviados a los diferentes convenios pasen auditoria sin haber sido observados y por ende se ha logrado la recuperación de los gastos por la atención de pacientes de los diferentes convenios, a la fecha las observaciones son mínimas en un 10% aproximadamente pero se continúa con los seguimientos oportunos y lograr que todo el personal profesional responsable de la atención registre la historia clínica según la norma técnica y que los expedientes pasen auditoria medica al100%.

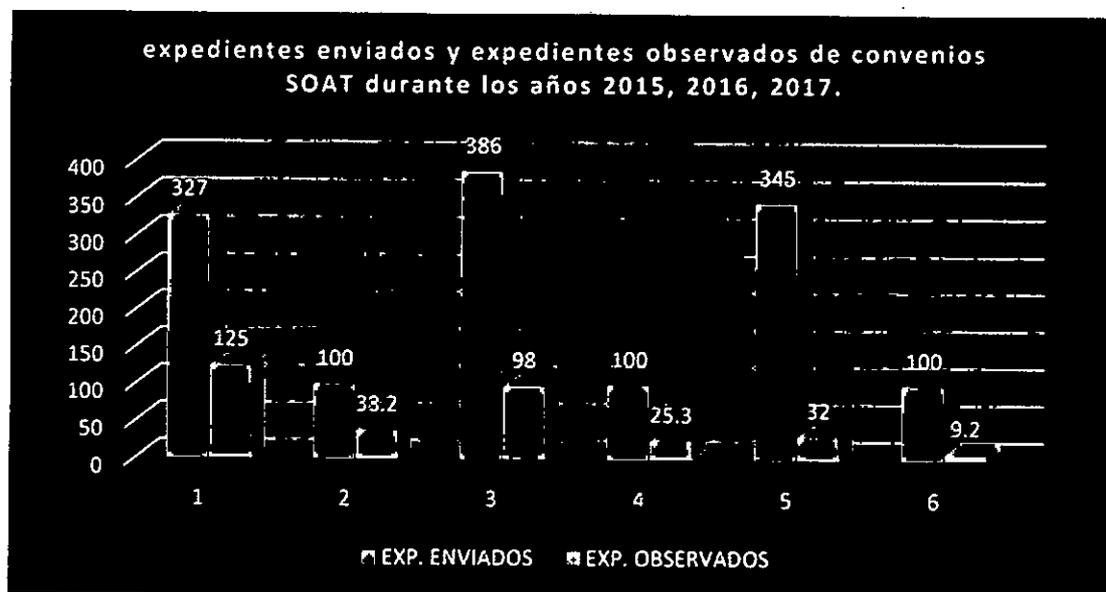
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
EXPEDIENTES ENVIADOS Y EXPEDIENTES OBSERVADOS DE
CONVENIO SOAT DURANTE LOS AÑOS 2015, 2016, 2017.

AÑO	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
EXP. ENVIADOS	327	100	386	100	345	100
EXP. OBSERVADOS	125	38.2	98	25.3	32	9.2

Fuente: Registro de expedientes enviados y observados de convenio SOAT.

GRAFICO 4.1



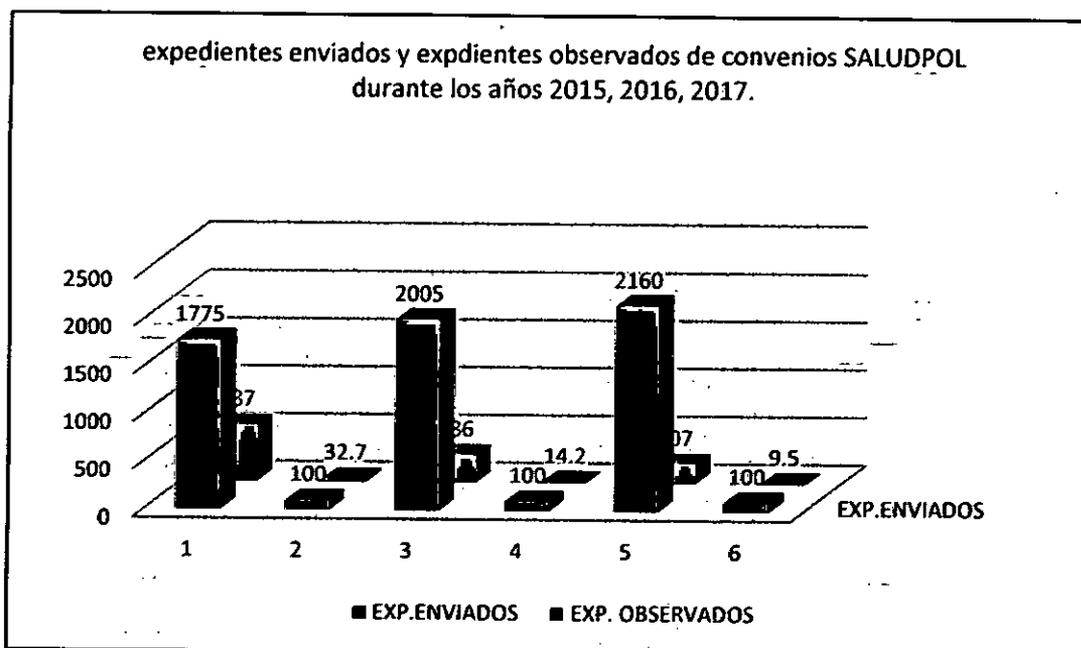
En el grafico 4.1 se puede observar que el año 2015 se enviaron 327 expedientes de paciente por accidente de tránsito (SOAT) de los cuales el 38.2 fueron observados, durante el año 2016 se enviaron 386 expedientes de los cuales el 25.3% fueron observados y para el año 2017 se enviaron 345 expedientes y el 9.2% fueron observados.

CUADRO N° 4.2
EXPEDIENTES ENVIADOS Y EXPEDIENTES OBSERVADOS DE
CONVENIO SALUDPOL DURANTE LOS AÑOS 2015, 2016, 2017.

AÑO	2015		2016		2017	
	EXP. N	EXP. %	EXP. N	EXP. %	EXP. N	EXP. %
EXP.ENVIADOS	1775	100	2005	100	2160	100
EXP. OBSERVADOS	587	32.7	286	14.2	207	9.5

Fuente: registro de expedientes enviados y observados de convenio SALUDPOL.

GRAFICO 4.2



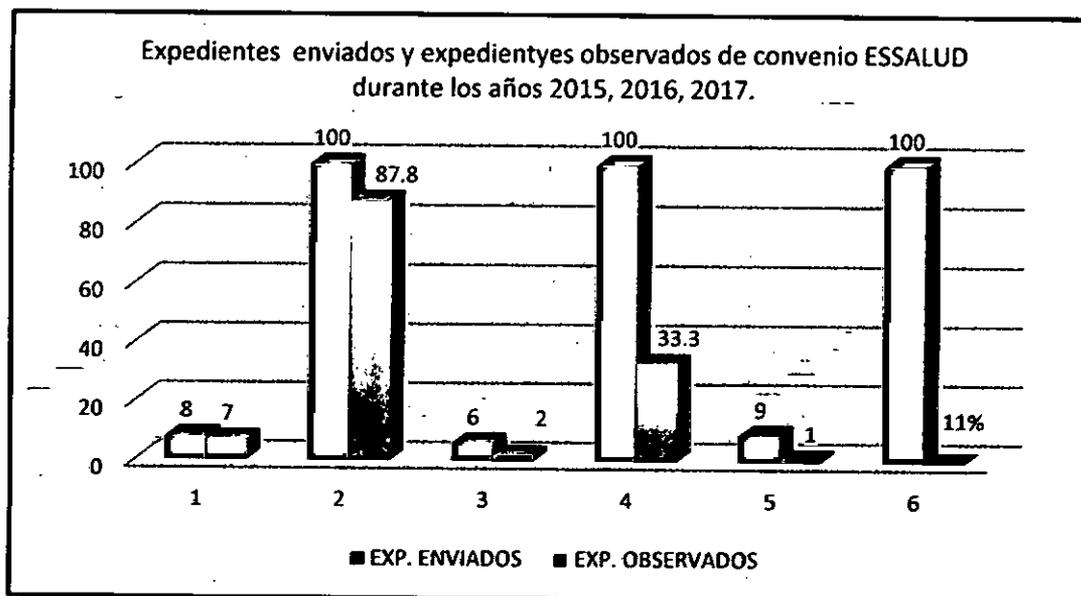
En el grafico 4.2 se puede observar que el año 2015 se enviaron 1775 expedientes de los cuales el 32.7%, durante el año 2016 se enviaron 2005 expedientes de los 14.2% fueron observados y durante el 2017 se enviaron 2160 expedientes de los cuales el 9.5% fueron observados.

CUADRO N° 4.3
EXPEDIENTES ENVIADOS Y EXPEDIENTES OBSERVADOS DE
CONVENIO ESSALUD DURANTE LOS AÑOS 2015, 2016, 2017.

AÑO	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
EXP. ENVIADOS	8	100	6	100	9	100
EXP. OBSERVADOS	7	87.8	2	33.3	1	11%

Fuente: registro de expedientes enviados convenio ESSALUD.

GRAFICO 4.3



En el grafico 4.3 se puede observar que durante el año 2015 se enviaron 08 expedientes de los cuales el 87.5% fueron observados, durante el año 2016 se enviaron 06 expedientes de los cuales el 33.3% fueron observados y durante el año 2017 se enviaron 09 expedientes de los cuales el 11% fueron observados.

V. CONCLUSIONES:

- a. Del total de los expedientes enviados por la atención de cada paciente a las diferentes aseguradoras de convenio SOAT han disminuido de 38.2 % de expedientes observados a un 9.2%, como se puede observar en los resultados desde el año de la intervención a la fecha se ha logrado buenos resultados.
- b. Del total de los expedientes enviados por cada paciente de convenio SALUDPOL han disminuido de 32.7% de expedientes observados a 9.5%, como se puede observar en los resultados desde el año de la intervención hasta la fecha se ha logrado buenos resultados.
- c. Del total de los expedientes enviados por cada paciente de convenio ESSALUD han disminuido de 87.8% de expedientes observados a 11%, como se puede observar en los resultados desde año de la intervención hasta la fecha se han logrado buenos resultados.
- d. Entonces al correcto registro de historia clínica no habrá expedientes observados y la recuperación de los gastos por la atención de los pacientes de los diferentes convenios será al 100%.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega dar sostenibilidad a los aportes que se ha dado para mejorar los procesos de registro de historia clínica.
- b. Se recomienda al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega incluir en el plan de capacitación el correcto registro de historia clínica en la inducción de internos de Medicina y Enfermería.
- c. Se recomienda a los jefes de servicios la supervisión permanente para el cumplimiento del correcto registro de historia clínica.
- d. 4. Se recomienda al jefe del servicio de unidad de seguros dar cumplimiento a los acuerdos y compromisos de cada profesional en el correcto registro de historia Clínica.

VII. REFERENCIALES

1. Dirección General de salud de las personas N.T. N° 022-NSA/DGSP-V.02 “Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud” 2006.
2. ARIAS Carlos Alberto, “La historia clínica elemento fundamental del acto médico” 2018.
3. Dirección General de Información Estratégica en Salud- DIGIES Dirección de Bioestadística “instructivo para el llenado de historia clínica” Asunción Paraguay 2010.
4. COSTABEL Miriam, Montevideo 2010 “CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN CUANTO A SU CALIDAD”
5. YARIENSUECA Gutiérrez Jorge Alejandro, Lima – Perú 2015 “EFICACIA DE CAPACITACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS POR LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA PERÚ. ENERO- DICIEMBRE 2007”
6. www.conastec.com.pe (25-08-2018)
7. MORELY Mónica Lilian, “Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005” Córdova 2007.

ANEXOS

**PROBLEMAS
ANEXO 01**

HISTORIA CLINICA DE HOSPITALIZACION - EXAMEN FISICO SIN FIRMA DEL RESPONSABLE Y SIN DATOS DEL PACIENTE

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

FORMA DE REGISTRO DE EXAMEN FISICO

FECHA: 26/07/2011 HORA: 08:00 AM

1 - General	ADULTO MASCULINO
2 - Piel	Normal
3 - Ojos	Normal
4 - Oídos	Normal
5 - Nariz	Normal
6 - Boca	Normal
7 - Garganta	Normal
8 - Cuello	Normal
9 - Tórax	Normal
10 - Corazón	Normal
11 - Abdomen	Normal
12 - Genitales	Normal
13 - Linfáticos	Normal
14 - Vaso	Normal
15 - Locomotor	Normal
16 - Extremidades	Normal
17 - Neurológico	Normal
18 - Rectal	Normal
19 - Vaginal	Normal
20 - Diagnóstico	Normal
21 - Firma	

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____ HIST. CLINICA: _____
 PISO: _____ MEDICO: _____

EXAMEN CLINICO

ANEXO 02

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA SIN LA PALICACION DE LA NORMA TECNICA Y SIN SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION

CIRUGIA

FECHA: 26/07/2011 HORA: 08:00 AM

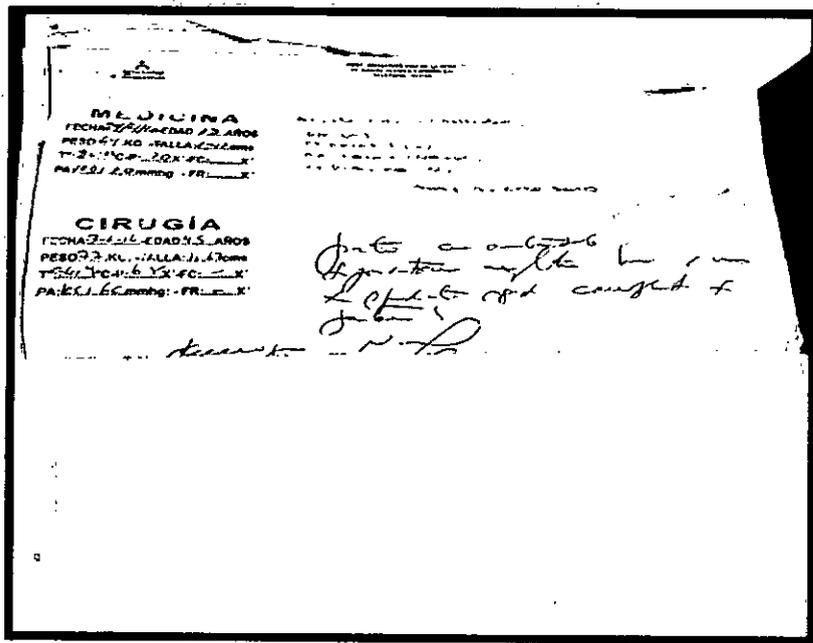
PESO: 75 kg. TALLA: 1.70 m

TEMPERATURA: 36.5°C. PULSO: 70 lpm

Prescripción: _____

D. Jesús Urbina
 (Firma)

ANEXO 03
HISTORIA CLINICA DE CONSULTA AMBULATORIA REGISTRADA
CON LETRA ILEGIBLE.



INTERVENCION
ANEXO 04
AUDITORIA DE HISTORIA CINICA DE ATENCION DE PACIENTES.



ANEXO 05
SEGUIMIENTO AL MEDICO RESIDENTE E INTERNO DE MEDICINA
EN EL CORRECTO REGISTRO DE LA HISTORIA CINICA.



ANEXO 06
NOTAS RECORDANDO EL CORRECTO REGISTRO DE HISTORIA
CLINICA.

