



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA**

TESIS

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN. CHICLAYO -
PERÚ, 2016.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Autor:

Guevara Ramírez Claudia Elizabeth

Asesor:

Mg. CD. Pablo Alejandro Millones Gómez

Línea de Investigación:

**Educación- ejercicio profesional- docencia- gestión y
sociedad.**

**Pimentel – Perú
2016**

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN LA CLINICA
ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN. CHICLAYO –
PERU, 2016.**

Aprobación de Tesis

MG. CD. PABLO ALEJANDRO MILLONES GOMEZ
Asesor metodólogo

MG. CD. LA SERNA SOLARI PAOLA BEATRIZ
Asesor especialista

MG. CD. MILAGROS LAVADO LA TORRE
Presidente del jurado de tesis

MG. CD. CRUZ FLORES DORA DENISSE
Secretario del jurado de tesis

MG. CD. LA SERNA SOLARI PAOLA BEATRIZ
Vocal del jurado de tesis

INDICE

Pág.

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Situación problemática.....	4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Delimitación de la investigación	5
1.4. Justificación e importancia	6
1.5. Limitaciones.....	7
1.6. Objetivos	7
1.6.1. Objetivo General.....	7
1.6.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas científicas.....	10
2.3. Definición de terminología.....	25
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	28
3.1. Tipo y diseño de la investigación	28
3.2. Población y muestra.....	28
3.3. Hipótesis.....	29
3.4. Operacionalización	29
3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.6. Procedimientos para la recolección de datos.....	32
3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos	33
3.8. Criterios éticos.....	33
3.9. Criterios de rigor científico.....	34
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	35
4.1. Resultados	35
4.2. Discusión.....	40
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1. Conclusiones	43
5.2. Recomendaciones	43

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS.....	49

RESUMEN

El registro de la historia clínica constituye un documento principal en un sistema de información para los establecimientos que brindan servicios de salud.

Con el presente estudio se evaluó la calidad del registro de la historia clínica, identificando la frecuencia de las dimensiones que se encuentran más completas e incompletas. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, a través del análisis de la calidad de los registros de las historias clínicas. Se evaluaron las historias clínicas realizadas por los operadores en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán durante los periodos 2015-II y 2016-I; empleando una lista de cotejo validada por especialistas para recolectar los datos, los mismos que fueron enviados para su análisis estadístico; obteniéndose como resultado que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015 es la Filiación; dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015 es el Plan de tratamiento, además se observó que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el 2016 es el Examen clínico y la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016 es el Plan de tratamiento. Finalmente las historias clínicas evaluadas en general calificaron como regulares; por lo que se sugirió principalmente un mayor control, supervisión y sensibilización del alumnado además de la adquisición de un software específico.

Palabras clave: evaluación, historia clínica, registro.

ABSTRACT

The record of the medical record is composed of a main document in an information system for the establishments that provide health services.

The present study evaluated the quality of the registry in the clinical history, identifying the frequency of the dimensions that are more complete and incomplete. A descriptive, retrospective study was performed through the analysis of the quality of the records of the clinical records. Clinical histories performed by the operators in the stomatologic clinic of the university Señor de Sipán during the periods 2015-II and 2016-I were evaluated; Using an elaborate checklist for this. Data were collected, which were sent for statistical analysis, obtaining as results that the size of a registry of medical records that appear with greater frequency in the year 2015 is the Affiliation; Dimension of the record of the medical records which appears incomplete with the frequency of the mayor in the year 2015 is The treatment plan, in addition observed that the size of the registry of the medical records that appears with the main frequency in 2016 Is the Clinical Examination, dimension of the record of medical records which appears incomplete with the frequency of the mayor in the year 2016 is the Treatment Plan. Finally the clinical histories evaluated in general rated as regular; Therefore it is suggested mainly a control of mayor, supervision and sensitization of the student in addition to the acquisition of a specific software .

Key words: evaluation, medical history, record.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento indispensable para la asistencia médica y sanitaria. Por lo que no hay duda, constituye un medio comunicativo entre los profesionales que intervienen en su elaboración dado que es única y acumulativa.¹ Lejos de ser un medio de comunicación, la historia clínica es un instrumento para la investigación científica empleado para determinar la calidad de atención que brindan los establecimientos de salud; además se ha convertido en un importante elemento en el ámbito legal, docente y epidemiológico.²

El presente trabajo surgió debido a la continuidad de diferentes investigaciones; que, aunque de manera incipiente, vienen desarrollándose y aplicándose diversos métodos de evaluación con la finalidad de identificar el nivel de calidad de la atención para así proponer criterios que favorezcan a un mejor diligenciamiento de la información registrada y contribuir a una mejor calidad de atención.

En la clínica Estomatológica docente de la Universidad Señor de Sipán, son los operadores quienes realizan los registros en los formatos de atención, dichos registros son avalados por los profesionales supervisores. Tratándose de una investigación objetiva y considerando, que no se evalúa la calidad de la información registrada sino la existencia del registro; en ese contexto y dado que, no se han realizado investigaciones similares en dicho establecimiento que brinda servicios de salud, se desarrolló el presente trabajo.

El estudio se desarrolló en seis capítulos. El capítulo I se incluye el problema de la investigación así como la importancia y los objetivos; además, delimita la población donde fue ejecutada. El capítulo II, sobre los métodos y resultados empleados en otras investigaciones similares; desarrolla los conceptos generales sobre la investigación y definición de términos básicos en torno al tema principal. El capítulo III implica la metodología propia de este tipo de investigación, el instrumento empleado y a su vez desarrolla el análisis de los resultados mediante tablas de frecuencia, permitiendo conocer las dimensiones más asiduas e infrecuentes que constituyen las historias clínicas evaluadas. Posterior a ello la discusión de resultados y finalmente en el capítulo V, conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

Desde la época de Hipócrates, padre de la medicina; se conocían las primeras historias clínicas creadas por él aplicando el método racional de la descripción metódica de signos y síntomas. Posterior a Hipócrates, usar este documento fue nulo. En el siglo XVIII se constituye la historia clínica con la estructura que se conoce hoy en día. En el siglo XIX la historia clínica recupera importancia y en el siglo XX su desarrollo fue apoyado por la ciencia e investigación y se designó única para cada paciente.²

Los profesionales de la salud y las instituciones que brindan servicios de salud se sienten cada vez más comprometidos en mejorar la calidad de la atención brindada a sus pacientes y es ahí donde la historia clínica toma importancia. La historia clínica refleja la calidad asistencial prestada por los profesionales debido a que este documento es una forma de analizar el estado actual de la persona, la enfermedad y su evolución. En el plano internacional se han identificado estudios en algunos países sobre auditoría de registros médicos en diferentes establecimientos que brindan servicios de salud, identificando un inadecuado manejo de las historias clínicas asociada a una estrategia deficiente para la divulgación de instructivos que garanticen un adecuado diligenciamiento de la misma.⁶ Las historias clínicas no solo son objeto de investigación internacional; en la década de los noventa, el ministerio de salud desarrolló diversas actividades concernientes a la promoción de la auditoría y la calidad de los servicios brindados al paciente.⁵ En los últimos años se han realizado estudios sólo en algunos de los múltiples establecimientos públicos y privados a nivel nacional, que brindan servicios de salud. En dichas investigaciones, lo principalmente observado es un gran número de documentos que incumplen con los criterios determinados en la normas establecidas además una gran falta de pulcritud y orden tal como señalan los autores.¹ Por otro lado, en una evaluación de los registros manejado por alumnos internos de medicina, se encontraron deficiencias

en diferentes documentos médicos, asociadas a la falta de conocimiento; lo que resulta preocupante pues son los profesionales quienes avalan estos registros, pudiendo verse afectados legalmente.

Existen una gran variedad de adaptaciones en los formatos de historias clínicas pero lo fundamental, es que esté completa y correctamente elaborada independientemente del formato utilizado por el establecimiento; de tal manera que puedan servir al establecimiento de salud y a la justicia toda vez que requiera su intervención. A nivel local se identificó un estudio realizado en un hospital de EsSalud, comparando la calidad obtenida entre los servicios de consulta externa, hallando un nivel de registro aceptable; sin embargo sugirió ampliar el estudio a otros hospitales de la región.⁵

Actualmente no se han encontrado estudios similares en los demás centros de salud ni en las principales universidades, que no solo brindan servicios de salud, sino que también orientan a los operadores en el registro de éste y otros documentos de importancia y valor para la salud de sus pacientes; por lo que puede suponerse una deficiencia en la calidad de sus registros y de la atención.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de calidad en los registros de las historias clínicas de la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán?

1.3. Delimitación de la investigación

La investigación se realizó al norte del Perú, en el departamento de Lambayeque, distrito de Pimentel. Se evaluaron las historias clínicas elaboradas por los operadores de la clínica Estomatológica Señor de Sipán durante los periodos 2015 - II y 2016 - I.

1.4. Justificación e importancia

La importancia de evaluar la calidad de la atención, basándose en los registros de las historias clínicas, radica principalmente en la actual gestión de los servicios y establecimientos de salud. La historia clínica es un documento primordial en la atención; en la actualidad no solo ha recuperado su valor legal, sino también es caracterizada como indicador de calidad asistencial de los servicios sanitarios; actualmente las instituciones públicas y privadas pretenden elevar o mantener un óptimo nivel de calidad de atención a sus pacientes; sin embargo, muchas de ellas olvidan que realizar una historia clínica resulta fundamental para el acto médico y sin ella es improbable brindar las atenciones de salud requeridas. Las normas técnicas establecidas por el ministerio de salud, las cuales se encuentran vigentes, establecen criterios para su correcta elaboración; inclusive las direcciones regionales de salud apoyan y promueven una mejor calidad de atención al usuario.

El presente estudio condujo a evaluar el nivel de calidad de los registros de las historias clínicas, en base a la existencia o ausencia de los datos solicitados en las historias elaboradas por operadores en formación profesional. La clínica Estomatológica docente de la Universidad Señor de Sipán, es un establecimiento que brinda servicios de salud, el cual inició sus actividades y no se han registrado evaluaciones similares a esta investigación, por lo que resultó fundamental evaluar el nivel en que han venido siendo desarrollados los registros por parte de sus operadores; a su vez podría ser de interés para los profesionales docentes ya que son ellos quienes avalan dichos registros, entre otros documentos concernientes al estado de salud bucal de los pacientes. Cabe resaltar que el estudio del llenado de las historias clínicas permite emplear estos documentos como instrumento para mejorar los estándares de atención, promover estrategias para el uso de protocolos y educar a los profesionales de la salud. Finalmente, habiéndose obtenido los recursos necesarios y los permisos pertinentes para su desarrollo; ésta investigación servirá como base para establecer técnicas con el objeto de mejorar la calidad asistencial, además será de utilidad como material de revisión para futuras investigaciones.

1.5. Limitaciones

La ausencia del personal encargado de la unidad de archivo, lo cual impedía el acceso a la base de datos e historias clínicas.

1.6. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de la calidad del registro de las historias clínicas en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán.

2.2.1. Objetivos Específicos

- a. Identificar la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015.
- b. Identificar la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015.
- c. Identificar la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2016.
- d. Identificar la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antolinez et al.⁶ (2009) en Medellín, Colombia. Herramienta para las auditorias de calidad del registro en las historias clínicas. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo; a través del análisis de la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de los pacientes ingresados a urgencias. Se obtuvo que los ítems con mayor cumplimiento fueron el plan de tratamiento y la medicación. Los ítems de menor cumplimiento fueron la información dada al paciente o familiar, los ítems que cumplen parcialmente fueron el encabezado. Se identificó un inadecuado diligenciamiento de la historia clínica, reflejando la ineficaz estrategia que ha sido utilizada para la divulgación y la interiorización de los distintos instructivos institucionales.

Narvaez E.² (2015) en Perú. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo y transversal. En términos generales, de todas las historias estudiadas, el 67.45% mostró un llenado aceptable. El área de medicina interna fue la mejor en cuanto al llenado aceptable (69.5%). En el llenado por mejorar, el más deficiente fue Gineco-Obstetricia, con 58.4%. El mayor puntaje promedio sumado en cada parte de la historia clínica fue para Medicina y el menor para Gineco-Obstetricia. Se concluyó que la calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización fue principalmente aceptable. Por área médica, la mayor calidad de registro fue para Medicina y la más deficiente para Gineco-Obstetricia.

Matzumura et al.³ (2014) en Perú. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa. Se realizó un estudio mediante muestreo aleatorio simple, evaluándose 323 historias clínicas las cuales fueron sometidas a

una ficha de auditoría. Se obtuvo que el 63,8% de las historias tenía una calidad de registro 'aceptable', mientras que en 36,2% de historias, la calidad de registro 'falta mejorar'. Los ítems diagnósticos y tratamiento completo, fueron los que presentaron un registro deficiente con mayor frecuencia. La firma y sello del médico tratante fue el ítem que era el mejor registrado. Concluyéndose que más de la mitad de las historias clínicas estudiadas cumplieron con una calidad de registro aceptable para los estándares de la clínica estudiada.

Manrique et al.⁸ (2014) en Perú. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoria odontológica en una clínica dental docente. Se realizó un estudio mediante muestreo aleatorio simple, evaluándose la calidad del registro de 140 historias clínicas de pacientes nuevos atendidos. Se encontró de los diferentes aspectos evaluados, encontrando que de los diecisiete aspectos evaluados, el ítem más evaluado fue la evolución del tratamiento; resultó que más del 45% de las historias clínicas auditadas en la presente investigación tenían deficiencias en el registro que la historia clínica requiere como información de documento médico-legal, por lo que calificaron como regulares.

Rocano P.⁹ (2008) en Perú. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un hospital general. Se revisó 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. En los resultados se obtuvo que el 100% de las historias clínicas auditadas demostraban un rango de porcentaje entre 48 y 64% de calificación. Entre otros resultados se observó que en más del 50% de historias clínicas no se registró los resultados ni informes de los exámenes radiológicos; por lo que se concluyó que las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.

Niquen Vera.⁷ (2013) en Perú. Este autor evaluó el nivel de calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina del hospital regional docente de Trujillo. Empleando un muestreo aleatorio simple y una ficha de

verificación de calidad en base a la “Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica”. Como resultados se obtuvo que el 99,4% de las historias eran regulares; la anamnesis seguida de los formatos específicos tuvieron una mayor frecuencia de registro a diferencia de los formatos especiales y de anatomía patológica, siendo el menos registrado. Se concluyó mejorar la calidad de atención a los usuarios y proteger los intereses legales, mediante capacitaciones sobre la implicancia médico-legal de las historias clínicas y la actualización de formatos en concordancia con lo que dispone la norma técnica del MINSA.

Puecas, Díaz & Díaz.⁵ (2012) en Perú. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal. La evaluación de la calidad por servicio demostró que el servicio de Obstetricia presentó la mayor proporción de buena calidad con 28 historias clínicas (12,4%) y también la mayor proporción de mala calidad, con 70 historias clínicas (30,8%), además de una proporción de buena calidad total de 87 (38,5%) de historias evaluadas.; se esperó obtener mejores resultados por lo que se recomendó ampliar el estudio a todos los servicios hospitalarios, a fin de determinar un indicador de calidad global, además de ampliar el estudio a otros hospitales de la región Lambayeque.

2.2. Bases teóricas científicas

2.2.1. La Historia Clínica

La historia clínica nació por la necesidad de los médicos hipocráticos para consignar por escrito y con precisión, siguiendo los modelos de atención primaria. La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud del paciente ya sea en un hospital, centro de atención primaria o consultorio. Por definición, la historia clínica es un documento que narra los acontecimientos que alteran el curso normal en la salud de un ser humano; es la

relación de los eventos de la vida de una persona, en la cual se registra datos de una extrema intimidad, pues el paciente tiene conocimiento que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio.¹⁰ Implica no solo el registro de los datos requeridos, sino también la inclusión de documentos específicos, consentimientos y cualquier otro escrito en tanto sea necesario; adaptándolos inmediatamente pero manteniendo una integridad, orden y continuidad de las manifestaciones de la actividad humana.

La historia clínica es un medio informativo acerca de la salud-enfermedad. La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios suscita una gama de información médica y administrativa sobre ellos, la cual se registra en diferentes documentos que la constituyen. La principal función de la historia clínica es la de clínico-asistencial y deriva precisamente del motivo por el que se genera la necesidad de tener agrupada toda información sobre una persona, siendo necesario para el tratamiento o prevención de la enfermedad; es por ello que resulta necesaria su difusión y sensibilización a los profesionales para garantizar una adecuada atención.¹⁰ Hablamos de historia clínica como un pilar básico de la actividad sanitaria asistencial y que su propósito fundamental es obtener los datos necesarios sobre el estado actual del paciente para mejorar la calidad de su atención, pues sin ello resulta improbable que los profesionales alcancen una percepción integral. Realizar una historia clínica en tiempo y continuidad se debe únicamente al requerimiento del servicio sanitario por parte de los pacientes, por lo que es escrita por profesionales de la salud que coadyuvan en el cuidado de los mismos; lo que puede entenderse como un elemento fundamental en la relación médico-paciente.² Cabe resaltar, que la historia clínica es un documento de registro único, aceptado, validado clínica y legamente dado que coteja la existencia del estado de salud-enfermedad de un ser humano y desde el punto de vista jurídico, constituye un documento netamente probatorio. Su implicancia médico-legal es irrefutable, tanto para toda intervención judicial en que sea necesaria una peritación médica, como para los casos donde se le adjudique responsabilidad al profesional; una historia clínica completa es un medio de prueba y siendo un documento privado, único, integrado y acumulativo para cada paciente, es el propio paciente quien está autorizado

como titular de dicho documento y tiene derecho a solicitar el conocimiento de su contenido.

2.2.2. Funciones y usos de la historia clínica

Otras actividades que se llevan a cabo en base a la historia clínica son la docencia, la investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial y la utilización en casos legales en situaciones jurídicas en que se requiera.

a. Docente

La formación práctica de los profesionales de la salud pasa por el manejo de la historia clínica, debido a que son los operadores en formación quienes realizan los registros en estos documentos y son los profesionales médicos quienes las avalan.

b. Investigación clínica

Los diferentes estudios clínicos basados en la información recogida en la historia clínica, tanto retrospectivos como prospectivos; con la autorización del paciente en su caso y con constancia documental en la propia historia clínica.¹⁰

c. Judicial

Según la actividad asistencial generada por un proceso patológico, se requiere de la intervención judicial, siendo la historia un elemento básico para la investigación.

d. Epidemiológica

Los estudios epidemiológicos basan sus fuentes de datos en las historias clínicas.

e. Control de calidad

El análisis para mejorar la calidad asistencial, así como sus propuestas; nacen del estudio del grado de cumplimiento de objetivos reflejado en la historia clínica.

f. Gestión y administración

La historia clínica proporciona una base de estudio y análisis en el control de las actividades de salud, con la finalidad de obtener conclusiones para la adecuada administración de recursos y planteamiento de objetivos.¹⁰

2.2.3. Características de la historia clínica

a. Integralidad

La información registrada en las historias clínicas deben abarcar los aspectos científicos, técnicos y administrativos concernientes a la atención en salud. Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; deben ser abordados como un todo conjuntamente con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.¹¹

b. Secuencialidad

La historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. La secuencialidad está dirigida a mantener un orden cronológico en que se fue desarrollando la atención.^{11, 12}

c. Disponibilidad

La historia clínica debe estar disponible tanto para el personal médico, como para los fines legales pertinentes, toda vez que se requiera.

d. Racionalidad científica

La aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de los procedimientos realizados, con el objeto de evidenciar clara y completamente el procedimiento realizado según la afectación del paciente, diagnóstico y plan de tratamiento.¹¹

e. Practica obligatoria

Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin el correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se debe exigir la historia clínica como elemento fundamental para ejercer una medicina de calidad.

2.2.4. Fundamento de la historia clínica

a. Base científica y humana

La ciencia es una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento, constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas.

Por otro lado el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. Tráves de él se plantean problemas, se resuelven hipótesis e instrumentos de trabajo de investigación, es verificable, se puede someter a confrontación empírica, es relativo, sistemático, comunicable por un lenguaje específico, descriptivo, explicativo y predictivo.¹⁰

b. Concordancia con la *Lex artis*

La historia clínica posee un contenido humano, científico e investigativo; dado que explica y razona los hechos obtenidos expresándolos con la intención de evitar falencias.¹³ La historia clínica debe fundamentarse en la locución latina denominada ``ley del arte`` y se ha generado con la finalidad de utilizarla para constatar de que los datos registrados se ajustan a las especificaciones según las normas de excelencia del momento. La ley del arte pretende valorar los procedimientos realizados y el resultado obtenido, el desarrollo profesional del área involucrada, la complejidad del acto médico, el contexto económico y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.¹¹

2.2.5 Criterios de la historia clínica

a. Completa

La historia clínica debe contener el registro de todos los datos solicitados según el formato empleado y estar relacionados a la salud del paciente. En la historia clínica no debe haber omisión de datos, la información registrada además debe resultar suficiente para poder justificar un diagnóstico y tratamiento acertados. Según Velito & Tejada (2010): ``Deben reflejarse todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial.``¹¹ Por otro lado, la historia clínica debe contener autorizaciones, fichas especializadas, informes complementarios, de laboratorio, radiográficos, etc.

b. Coherente

La historia clínica debe ser ordenada y coherente en sus diferentes partes; el profesional de la salud debe precisar en las anotaciones realizadas para evitar interpretaciones sin fundamento.¹²

c. Sustentada

Todas las pruebas realizadas deben estar sujetas a un fundamento científico y debe contener información de los aspectos técnicos y administrativos referentes a la atención en salud.¹¹

d. Autorización

El paciente debe ser informado claramente sobre los procedimientos a los que será sometido y sobre los riesgos adjuntos y/o graves; y dar su consentimiento si estuviera de acuerdo.¹²

e. Firma

Debe contener la firma del profesional dado que es él quien avala los datos registrados y los procedimientos realizados.

f. Legible

Al ser un documento que en su mayoría es elaborado en conjunto, debe contener una lectura textual y clara que asegure su desarrollo continuo. La falta de legibilidad dificulta no solo la labor asistencial o circunstancias de emergencia sino también para el personal que evalúa la actividad médica.

2.2.6. Soporte de la historia clínica

La historia clínica y los elementos que contiene precisan un determinado soporte que asegure su conservación óptima y permita un rápido acceso a ella. Los documentos incluidos en la historia pueden estar como papel escrito, registros gráficos, estudios radiológicos, fotografías, videos, soporte informático.

La identificación de la historia clínica con un número único permite su clasificación en un archivo. Los programas informáticos permiten bajo un mínimo soporte físico, un rápido acceso a la información de la historia clínica.¹⁰

2.2.7. Estructura de la historia clínica

Los componentes de una historia clínica para la consulta externa se estructuran en tres partes.

a. Identificación del Paciente

Los datos administrativos se registran en esta parte de la historia clínica, constituida por los datos que identifican a un paciente.¹³

b. Registro de la Atención de salud

El profesional registra la atención que brinda al paciente consignando los datos recolectados en los formatos establecidos y según la naturaleza del servicio requerido.¹³

c. Información complementaria

Contiene la información adicional referente a los exámenes complementarios, informes, resultados y todos aquellos documentos que aportan un sustento legal, técnico científico y/o administrativo como los consentimientos, documentos de referencias, seguros de vida y todos lo que se consideren convenientes.¹³

2.2.8. Formatos de historia clínica

Los formatos están siendo especificados por el MINSA; sin embargo pueden añadirse otras variables dependiendo no solo de las direcciones regionales de salud, sino también de la realidad local y sus necesidades. Cada

región de salud es responsable de estudiar los formatos empleados en su jurisdicción, los mismos que pueden ser modificados según sus requerimientos.¹⁴

2.2.9. Partes de la historia clínica

Existen diversos formatos de historias clínicas pero considerando el formato de historia general empleado en la clínica de la universidad Señor de Sipán, está conformado por las siguientes dimensiones:

a. Filiación

Es un término que implica los datos personales que identifican a un individuo.¹⁴

b. Anamnesis

Contiene la información aportada por un paciente y/o por otros testimonios para la elaboración del historial médico.¹⁵

c. Examen clínico

Es el conjunto de maniobras realizadas por el profesional para obtener información sobre el estado de salud de una persona.¹⁶

d. Diagnostico presuntivo

Es aquel diagnostico que se considera como una posibilidad, se basa en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen clínico.¹⁷

e. Exámenes auxiliares

Son pruebas solicitadas por el profesional como método de apoyo y que llevaran a un diagnóstico acertado. Confirma o descarta un diagnóstico clínico o presuntivo.¹⁸

f. Diagnóstico definitivo

Es el diagnóstico confirmado, al cual se llegó mediante la interpretación y análisis de los exámenes auxiliares.¹⁷

g. Pronóstico

Es el juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad.¹⁹

h. Plan de tratamiento

Es el conjunto de medios empleados para curar o aliviar una enfermedad.¹⁹

i. Consentimiento informado

Es el documento que acredita que el paciente está de acuerdo en la participación en el estudio. Lo debe firmar el propio paciente, de no ser posible debe hacerlo su apoderado o representante legal.²¹

j. Control y evolución

Revisión de los cambios generales en el estado clínico del paciente, durante su tratamiento y la respuesta terapéutica.²²

2.2.10. Normas técnicas

MINSA aprobó la resolución N° 022-MINSA/DGSP-V.01 correspondiente a la norma denominada: “Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado”; la cual reglamentó la información mínima que debe contener la historia clínica, los registros a consignarse en ella, los procesos administrativos y de gestión de la historia

clínica entre otros aspectos regulados.

Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprobó la norma técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica”. Esta es la norma técnica que se encuentra vigente en la actualidad y que regula la Historia Clínica.

Adicionalmente, con la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA se precisó y modificó lo concerniente a la gestión de la historia clínica, específicamente en lo que respecta a la entrega de la Historia Clínica, la epicrisis, informe de alta y consentimiento informado; pero sustancialmente sigue vigente la norma técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02; anteriormente mencionada.

Finalmente, en cuanto a gestión de las historias clínicas en los centros asistenciales, se determinó aprobar por resolución de gerencia general de EsSalud n° 107, la Directiva n° 001-GG-ESSALUD-2014 “Gestión de la historia clínica de los centros asistenciales del seguro social de salud - ESSALUD”.

2.2.11. Código de ética y deontología

a. Artículo N° 31

Del código de ética y deontología referente de la historia clínica odontológica. Los certificados de atención, descanso, incapacidad, receta médico-odontológica, historia clínica y el odontograma son documentos destinados a acreditar el estado de salud bucal del paciente. Su expedición obliga a responsabilidad legal y moral del cirujano-dentista que lo expide, en consecuencia: “El cirujano-dentista está obligado a elaborar la historia clínica completa por ser un documento privado de tipo técnico y legal, según Art. 29° de la Ley General de Salud 26842 y el Art. 19° y 20° del D.S. N° 013-2006 (MINSA).

b. Artículo N° 33

Del registro de la historia clínica. El cirujano dentista es responsable de cuidar y conservar la historia clínica.¹³

c. Artículo N° 34

Del uso de guías y normas técnicas en odontología. Las guías y normas son documentos que dirigen el proceso de atención, los cuales han sido validados por expertos profesionales capacitados. Por lo expuesto el cirujano dentista está en la obligación de realizar los registros según las normas establecidas en vigencia.¹³

2.2.12. Auditoria en salud

La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes. Zafra J. (2013): ``La auditoría tiene la finalidad de mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.``²⁵

La auditoría en salud es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud, médicos y no médicos; cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de garantía de la calidad del sistema de gestión de la calidad en salud.¹³ Es un proceso evaluativo del acto médico realizada por médicos, sobre la base de los datos suministrados por la historia clínica con fines específicos, éstos fines específicos pueden ser evaluación de la calidad, educación continua, corrección de errores, valuación y optimización de costos, medición de participación, responsabilidad profesional y peritaje médico legal.¹⁷

a. Valores que se destacan en la auditoria

- Objetividad: basada en realidades observadas y analizadas con unidad de criterios científicos, técnicos y administrativos.
- Participación: integra a administradores, proveedores y usuarios alrededor de la eficiencia, eficacia y claridad.
- Confidencialidad: divulgación de resultados únicamente con fines educativos y de mejoramiento, no debe ser de conocimiento general los nombres de los protagonistas de los datos.
- Confiabilidad: garantiza la disponibilidad, consistencia y correcta utilización de datos.
- Honestidad: actúa sin discriminación, con veracidad y justicia en todos sus actos, conceptos y recomendaciones.
- Planeación: responde adecuadamente a las preguntas: que necesito auditar, para que, cuanto, cuando, con qué recursos y que indicadores utilizó.
- Continuidad: permanente en el tiempo, como parte de los planes y programas institucionales de calidad.
- Flexibilidad: adaptable a las condiciones, recursos y necesidades del hospital.
- Eficiencia: busca la mejor aplicación del conocimiento técnico-científico y del talento humano, con criterios de oportunidad, calidad y rentabilidad.
- Claridad: orienta soluciones para la mejoría de los patrones que caracterizan la gestión hospitalaria.

b. Auditoria de las historias clínicas

Es aquella auditoria cuyo objeto de estudio es la historia clínica y sus resultados dependerá de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.¹⁷

La historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico, tratamiento y documentar los resultados de la asistencia.¹¹ Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que generalmente en la confección de la misma

intervienen diferentes y diversos profesionales.¹² La atención brindada al paciente constituye la cumplimentación de dicho documento, la cual en muchas ocasiones no es la más favorable, dando lugar a que los registros no sean los adecuados o se hallen incompletos. Gómez & Gonzales (2008), mencionan que: “Un sistema de control contribuirá a mejorar la calidad de la atención y a incrementar la experiencia y prestigio de los profesionales que lo apliquen.”⁴ La eficacia y eficiencia se lograrán manteniendo la objetividad.

Según Velito & Tejada (2010): “Todo acto médico debe estar fundamentado en una historia clínica fidedigna y precisa que contenga los procedimientos aplicados al paciente, además será identificada con el nombre completo y número de historia clínica.”¹¹ Las anotaciones de una historia clínica deben ser objetivas, y cumplir con los fundamentos y requisitos especificados para dicho documento. La historia clínica adquiere veracidad al ser realizada por el profesional capacitado quien deberá fechar, firmar, nombre, apellido y número de colegiatura. Si las anotaciones estuvieran siendo realizadas por estudiantes, internos y/o residentes; deberán ser ratificadas por el profesional responsable mediante su firma y sello. Además cada dirección regional de salud determinará el orden en que se consignarán los documentos médicos adicionales.⁹

2.2.13. Calidad de la historia clínica

El objetivo de evaluar una historia clínica es obtener un documento completo de “calidad”. Determinar la calidad de una historia clínica no es más que verificar el cumplimiento de una serie de requisitos establecidos por la norma técnica, con la finalidad de conocer los posibles errores y se acepten las medidas correctivas necesarias. Desde este enfoque se distinguen dos tipos de análisis, una revisión cualitativa y cuantitativa.

a. Análisis cuantitativo

Este análisis se realiza para comprobar la integridad del documento evaluado, asegurando su adaptación con lo establecido por las normas vigentes o las

direcciones de salud según corresponda. Este análisis lo realiza el personal encargado de la unidad de archivo.

Según Velito & Tejada (2010): ``Es la revisión de la historia clínica para garantizar que está completa y reúne los estándares establecidos de forma institucional o normativa.’’¹¹ El objetivo del análisis cuantitativo, es identificar la omisión total o parcial de los datos con la finalidad de subsanarlos obteniendo en lo posible una historia más completa. Una revisión cuantitativa toma como referencia la evaluación de los siguientes aspectos presentes en una historia clínica general:

- Identificación del paciente: toda revisión verifica los datos de cada paciente y el número o código de la historia clínica, que además de ser único, identifica a cada paciente.
- Presencia de los documentos: La historia clínica debe contener formatos especiales habituales para la atención general y según la necesidad del tratamiento. Así mismo pueden archivarse otros documentos dependiendo del curso que haya seguido el paciente.
- Certificación: se analizara mediante la verificación de las fichas archivadas adecuadamente firmadas, selladas por el profesional a cargo, incluyendo las fechas de atención.
- Orden: en este punto se verifica la integración de los documentos en la historia clínica. Comprueba el grado de ordenación de los documentos que integran la historia clínica, según el protocolo de ordenación adoptado o vigente.
- Uso de anotaciones correctas: se debe tomar en cuenta que realizar correcciones, modificaciones o alteraciones de alguna manera en la historia clínica; puede dar lugar a demandas legales.

b. Análisis cualitativo

Según MINSA (2007): ``Es la revisión de la historia clínica que asegura en su contenido datos suficientes para justificar el diagnóstico, tratamiento y resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores’’.¹³ Se realiza este análisis con la finalidad de

identificar inconsistencias u omisión de datos que demuestren un documento inadecuado. Ésta revisión tiene por objetivo obtener una historia clínica, no solamente completa sino también que contenga información suficiente para justificar el diagnóstico. La realización de este análisis es responsabilidad del comité de historias clínicas de cada institución, conformado por profesionales capacitados. El análisis cualitativo evalúa la ausencia y la calidad de los datos registrados, en ese contexto los aspectos evaluados son:

- Coherente anotación de diagnósticos: luego de realizar la anotación de los datos principales del paciente y la exploración clínica, obtenemos un diagnóstico preliminar de la enfermedad el cual se confirmara mediante exámenes complementarios que confirmen un diagnóstico definitivo. En este punto se analizaran los diagnósticos con la intención de hallar incongruencias, que puedan ser resueltas en adelante.
- Descripción de la evolución: debe constatarse la existencia de los resultados referido a los exámenes complementarios además debe haber argumento sobre la toma de decisiones.
- Registro de autorizaciones: el profesional debe incluir en la historia clínica todos los documentos informativos necesarios que indiquen el consentimiento del paciente ante los diagnósticos y planes de tratamiento a ser realizados.
- Presencia de sucesos potencialmente evitables: esta expresión se refiere a aquellos sucesos adversos que se producen a lo largo de la asistencia o como resultado de ella y que pueden derivar en reclamación o demanda judicial.

2.3. Definición de terminología

2.3.1. Filiación

Es la recopilación de los datos necesarios para identificar a un paciente en tratamiento. Incluye los datos principales de una persona responsable del paciente.

2.3.2. Anamnesis

Incluye el método que desarrolla el médico para el interrogatorio a través del relato oral, y que permita conocer los datos fundamentales que ayuden al diagnóstico de la enfermedad. Se consignan signos y síntomas principales de la enfermedad.

2.3.3. Examen Clínico

Es la descripción del estado físico y general del paciente; con el fin de determinar diferentes patologías presentes. Se realiza directamente al paciente por lo que no son necesarios, análisis o pruebas de laboratorio.

2.3.4. Diagnóstico Presuntivo

Es la posibilidad del diagnóstico de la enfermedad basada en los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración clínica.

2.2.5. Exámenes Auxiliares

Son todos los exámenes diagnósticos solicitados que el caso requiere, para ultimar un diagnóstico absoluto.

2.3.6. Diagnóstico Definitivo

Es la diagnosis absoluta de una enfermedad, resultado del análisis aportado por medios clínicos y apoyo diagnóstico. Es la confirmación del diagnóstico presuntivo, que puede variar según la distinción de los métodos de apoyo.

2.3.7. Pronóstico

Es una previsión del desarrollo y termino de la enfermedad, basado, en el conocimiento obtenido de su análisis. Para pronosticar se debe conocer el diagnóstico exacto y completo; y el éxito que pueda tener esa enfermedad en la actualidad.

2.3.8. Plan de Tratamiento

Es secuencia lógica y ordenada de actividades terapéuticas basadas en fases de tratamiento, según la necesidad del paciente, usadas para recuperar y mantener la salud bucal del paciente.

2.3.9. Consentimiento Informado

Es un documento destinado para la autorización del paciente sobre su tratamiento. Debe contener información adecuada y comprensible; que describa el estado de salud actual, las posibles alternativas terapéuticas, los riesgos que conllevan y la utilización de datos sobre el caso para los fines descritos en el mismo.

2.3.10. Evolución y Control

Seguimiento para evaluar el estado posterior al tratamiento del paciente.

2.3.11. Estado y Conservación

Cumplimiento de aspectos característicos y representativos de un documento legal.

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Estudio cuantitativo.

Según la intervención: observacional.

Según la planificación: retrospectivo.

Según el número de mediciones: transversal.

Según el número de variables: descriptivo.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población considerada en la investigación fueron las historias clínicas registradas en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2015-II, que comprende los meses de agosto a diciembre del año 2015; y el periodo 2016-I de marzo a julio del año 2016. Siendo un total de 3500 historias clínicas.

- Criterios de Inclusión:
 - Historias clínicas registradas en la base datos durante el periodo 2015-II y 2016-I.
 - Historias clínicas con formato de atención para el adulto.

- Criterios de Exclusión:
 - Historias clínicas con formato de atención para el niño.
 - Historias clínicas ausentes al momento del estudio.
 - Historias clínicas anuladas.

3.2.2. Muestra

Se consideró trabajar con toda la población para lo cual se contó con 1418

historias clínicas que cumplieron con los criterios establecidos, de las cuales 651 corresponde al periodo 2015-II y 767 corresponden al periodo 2016-I; por lo tanto, no se requiere determinar la muestra de estudio. Se consideró además innecesario realizar la prueba piloto dado que el investigador no necesita calibrarse, pues solo constatará si la información de la historia clínica es completa e incompleta.

3.3. Hipótesis

No se plantea por el tipo de estudio.

3.4. Operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	Filiación	Datos personales identificativos de un individuo. ¹⁷	Registra los datos completos del paciente según el formato de atención.	Completo Incompleto	Cuantitativa	Nominal
	Anamnesis	Información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico. ¹⁸	Registra los datos completos de la historia de la enfermedad según el formato de atención.	Completo Incompleto		
	Examen clínico	Es el conjunto de maniobras que realiza un médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona. ¹⁹	Registro completo del estado general y estomatológico del paciente según el formato.	Completo Incompleto		
	Diagnóstico presuntivo	Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico. ²⁰	Registro completo del diagnóstico de la enfermedad empleando el término aparente.	Completo Incompleto		
	Exámenes auxiliares	Es una prueba diagnóstica que solicita el médico para confirmar o descartar un diagnóstico clínico. ²¹	Es la inclusión de los exámenes e informes complementarios.	Completo Incompleto		
	Diagnóstico definitivo	Es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios. ²⁰	Registro del diagnóstico final según la norma de códigos CIE 10.	Completo Incompleto		
	Pronóstico	Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación. ²²	Se registra de manera completa mediante los términos: favorable, desfavorable o reservado.	Completo Incompleto		
	Plan de tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad. ²³	Se registra completamente según la norma de códigos CIE 10.	Completo Incompleto		
	Consentimiento informado	Es el documento que acredita que el paciente está de acuerdo en la participación en el estudio. Debe ser firmado por el paciente o representante legal. ²⁴	Se registra completamente considerando la firma del paciente, operador y/o profesional.	Completo Incompleto		
	Control y evolución	Revisión de los cambios generales en el estado clínico del paciente así como la respuesta a la terapéutica. ²⁵	Se registra completamente manteniendo un orden cronológico.	Completo Incompleto		
	Estado y conservación	Es una condición que debe asegurar la continuidad de la historia clínica como documento legal.	Su registro completo incluye la firma del profesional, letra clara y legible sin errores, codificada y sin abreviaturas.	Completo Incompleto		

3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue de tipo observacional. Se observaron las historias consideradas para la investigación, posteriormente fueron evaluadas y se obtuvo el resultado que indicó el nivel de calidad en que se encuentran los registros según los parámetros establecidos en este estudio.

Se utilizó una Lista de Cotejo (**Anexo 1**) como instrumento de evaluación previamente validado por un juicio de cinco expertos (**Anexo 2**). El instrumento estuvo basado en el formato básico para la historia clínica general en la consulta externa, establecido por la norma técnica del MINSA; contrastado con el formato de historia clínica para la atención del adulto, empleado en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán. El instrumento está compuesto por once dimensiones y para cada una se consideró criterios tomados en cuenta para constatar su registro completo o incompleto. Las dimensiones y criterios se muestran a continuación:

- Filiación: Registra nombres y apellidos del paciente, lugar de nacimiento, edad, sexo, domicilio, documento de identificación, seguro de salud, ocupación y datos de la persona responsable del paciente.
- Anamnesis: Registra el motivo de consulta tal cual la expresa el paciente. Así mismo contiene la enfermedad actual y los antecedentes, respondiendo a los aspectos señalados en el cuestionario del formato utilizado.
- Examen clínico: Debe contener los datos solicitados tanto para el examen general y estomatológico según el cuestionario. Además del registro del odontograma.
- Diagnóstico presuntivo: Especifica con el término "aparente".
- Exámenes auxiliares: Registrar según la necesidad del paciente los análisis complementarios, examen imagenológico o interconsultas.
- Diagnóstico definitivo: Debe ser registrado y codificado de acuerdo a la denominación del CIE-10.
- Pronóstico: Indica términos como favorable o desfavorable. También puede registrarse como bueno, malo o regular.
- Plan de tratamiento: Registro y codificación de acuerdo al CIE-10.

- Consentimiento informado: Debe ser firmado por el paciente y el alumno a cargo.
- Control y evolución: Debe contener las fechas de registro en orden cronológico.
- Estado y conservación: Nombre, número y firma del profesional que la generó o que la avala. Registrar la información con letra clara y legible; no uso de abreviaturas inexistentes en el manual de códigos y abreviaturas; no uso de sustancias que cubran errores; en adecuado estado de conservación; rotulada, registrada en la base de datos y archivada en la unidad de archivo del centro de atención.

Cada dimensión fue calificada como COMPLETO cuando los datos solicitados se encontraron completamente registrados y como INCOMPLETO cuando se omitieron parcial o totalmente los datos solicitados por el formato de atención.

3.6. Procedimientos para la recolección de datos

Antes de recolectar los datos se presentó una solicitud (**Anexo 3**) al área de dirección de la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán para desarrollar el proyecto en la unidad de archivo, posterior a la aceptación se procedió en la ejecución. En el presente estudio se recolectaron los datos de manera secuencial, se consideró el periodo de evaluación, los criterios y la codificación de las historias clínicas registrados para cada paciente. Luego de obtener la cantidad real de historias a evaluar, se inició con la ejecución según la siguiente programación diaria:

- Día 1: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra A y B.
- Día 2: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra C.
- Día 3: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra D, E, F.
- Día 4: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra H, I, J, K.
- Día 5: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra L, M, N.
- Día 6: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra Ñ, O, P, Q.
- Día 7: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra R.
- Día 8: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra S.

- Día 9: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra T, U
- Día 10: Se seleccionaron las historias clínicas codificadas con letra W, Y, Z.

Finalmente, habiendo obtenido los datos se enviaron para su desarrollo estadístico.

3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos

Se procedió al análisis estadístico mediante tablas y gráficos, usando el paquete estadístico SPSS Vs 20. Para la investigación se realizaron las tablas de frecuencia necesarias en respuesta a los objetivos, donde registra la calidad del llenado de la historia clínica con el indicador de completa e incompleta; además se identificó la dimensión registrada con mayor frecuencia completa e incompleta según el año de su registro.

3.8. Criterios éticos

a. Credibilidad

Porque los resultados tendrán validez y se comprobarán con las normas establecidas por el MINSA.

b. Consistencia

Porque la investigación se puede volver a realizar y los datos son estables.

c. Confirmabilidad

Porque los datos de mi estudio comprobaran las teorías planteadas o no.

d. Aplicabilidad

Porque los datos podrán aplicarse en otro estudio similar o con los mismos objetivos que el presente.

e. Confidencialidad

Los datos o resultados obtenidos serán confidenciales hasta que el documento sea publicado.

3.9. Criterios de rigor científico

a. Validez

Las variables son relevantes y están muy bien relacionadas entre sí permitiendo así comprobar la consistencia de la investigación la respuesta a la formulación del problema.

b. Generalizabilidad

La muestra escogida para el estudio será representativa, puesto que se han escogido las historias clínicas desde julio del 2015 hasta agosto del 2016.

c. Fiabilidad

La medición de los datos fue exacta ya que se utilizó un instrumento elaborado a partir del formato de historia clínica del adulto, empleado en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán, el cual fue validado por cinco expertos.

d. Replicabilidad

El estudio se podrá replicar, sin ningún problema comprobando los resultados obtenidos, sin que los resultados se contradigan y detallando si es que es posible temas relacionados con la misma.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla N° 1

Calidad del registro de las historias clínicas en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán.

<i>Periodo</i>	<i>Nº</i>	<i>Completo</i>	<i>Incompleto</i>	<i>Total</i>
2015	651	0	100%	
2016	767	0	100%	
<i>Total</i>	1418			100%

Fuente: Análisis documental de las Historias Clínicas

En la tabla N°1, se observa que el nivel de calidad del registro de las historias clínicas en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán en Incompleta al 100% en ambos periodos de estudio.

Tabla N° 2

Dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015.

Dimensiones	Frecuencia	porcentaje
Filiación	537	82.4%
Anamnesis	465	71.4%
Examen clínico	510	78.4%
Diagnóstico presuntivo	430	66.0%
Exámenes auxiliares	281	43.1%
Diagnóstico definitivo	364	55.9%
Pronóstico	282	43.3%
Plan de tratamiento	219	33.6%
Consentimiento informado	450	69.1%
Control y evolución	372	57.1%
Estado y conservación de la historia clínica	357	54.8%
Total historias clínicas	651	100.0%

Fuente: Análisis documental de las Historias Clínicas

En la tabla N° 2, se observa que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015 es la Filiación (537) correspondiente al 82.4% del total de historias clínicas evaluadas, seguido de Examen clínico (510) en un 78.4% y Anamnesis (465) en un 71.4%.

Tabla N° 3

Dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015.

Dimensiones	frecuencia	porcentaje
Filiación	125	19.2%
Anamnesis	197	30.2%
Examen clínico	152	23.3%
Diagnóstico presuntivo	232	35.6%
Exámenes auxiliares	381	58.5%
Diagnóstico definitivo	298	45.7%
Pronóstico	380	58.3%
Plan de tratamiento	443	68.0%
Consentimiento informado	212	32.5%
Control y evolución	290	44.5%
Estado y conservación de la historia clínica	305	46.8%
Total historias clínicas	651	100.0%

Fuente: Análisis documental de las Historias Clínicas

En la tabla N° 3, se observa que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015 es el Plan de tratamiento (443) correspondiente al 68% del total de historias evaluadas; seguido de Exámenes auxiliares (381) en un 58.5% y Pronóstico (380) en un 58.3%.

Tabla N° 4

Dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2016.

Dimensiones	frecuencia	porcentaje
Filiación	483	62.9%
Anamnesis	504	65.7%
Examen clínico	586	76.4%
Diagnóstico presuntivo	453	59.0%
Exámenes auxiliares	343	44.7%
Diagnóstico definitivo	445	58.0%
Pronóstico	340	44.3%
Plan de tratamiento	204	26.5%
Consentimiento informado	451	58.8%
Control y evolución	426	55.5%
Estado y conservación de la historia clínica	457	59.5%
total historias clínicas	767	100.0%

Fuente: Análisis documental de las Historias Clínicas

En la tabla N° 4, se observa que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2016 es el Examen clínico (586) correspondiente al 76.4% del total de historias clínicas evaluadas; seguido de Anamnesis (504) en un 65.7% y Filiación (483) en un 62.9%.

Tabla N° 5

Dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016.

Dimensiones	frecuencia	porcentaje
Filiación	273	35.5%
Anamnesis	252	32.8%
Examen clínico	170	22.1%
Diagnóstico presuntivo	303	39.5%
Exámenes auxiliares	413	53.8%
Diagnóstico definitivo	311	40.5%
Pronóstico	416	54.2%
Plan de tratamiento	552	71.9%
Consentimiento informado	305	39.7%
Control y evolución	330	43.0%
Estado y conservación de la historia clínica	299	38.9%
total historias clínicas	767	100.0%

Fuente: Análisis documental de las Historias Clínicas

En la tabla N° 5, se observa que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016 es el Plan de tratamiento (552) correspondiente al 71.9% del total de historias evaluadas; seguido de Pronóstico (416) en un 54.2% y de Exámenes auxiliares (413) en un 53.8%.

4.2. Discusión

Los hallazgos de esta investigación donde se evaluó la calidad del registro de las historias clínicas elaboradas por los operadores, mostraron la deficiencia que existe en el registro completo de las historias clínicas; lo que supone que, la falta de conocimiento, la presión del tiempo para realizar los procedimientos, la falta de exigencia por parte de los profesionales y la necesidad del operador por realizar tratamientos; pueden ser las causas más probables que se acercan a la realidad de quienes elaboran los registros, convirtiéndose en factores importantes para obtener el resultado encontrado. Este fundamento se demostró con el análisis correspondiente a la calidad del registro de las historias clínicas, el cual se realizó a razón de identificar las dimensiones mayormente registradas de manera completa e incompleta, así mismo comparar ambos periodos estudiados con la finalidad de hallar diferencias y/o similitudes significativas.

Determinar la frecuencia de las dimensiones puede resultar bastante relativo entre los diferentes estudios y puede deberse a que existen diversos formatos empleados para evaluar los registros de las historias clínicas; para analizar la frecuencia de las dimensiones, éstas fueron separadas según los periodos de evaluación analizados, por lo que al identificar la dimensión de las historias clínicas que aparece con mayor frecuencia de registro completo en el periodo 2015, resultó ser la Filiación a diferencia de Antolinez J.⁶, autor que en su estudio acerca de las historias clínicas mediante auditoria, obtuvo que la dimensión con mayor registro fue el Plan de tratamiento.

Al analizar la frecuencia de la dimensión incompleta en el periodo 2015, resultó ser el Plan de tratamiento; lo que sugiere una similitud con el autor Matzumura et al.³ donde la dimensión registrada de manera incompleta con mayor frecuencia en su estudio fue el Diagnóstico y esto se debe a que los formatos utilizados para la investigación en ambos estudios, resultan ser similares. Lo antes mencionado nos lleva a suponer que las diferencias o similitudes que puedan encontrarse en la comparación de los resultados se deba principalmente a las diferentes adaptaciones que se aplican al formato general de atención para la consulta externa o bien por el servicio o establecimiento a donde ha sido

aplicado el estudio.

Por otro lado al analizar la frecuencia de la dimensión completa en el periodo 2016, resultó ser el Examen clínico; a diferencia del autor Manrique G.⁸ quien en su estudio acerca de la calidad de los registros en una clinica dental docente, obtuvo como resultado que el item mas evaluado fue la Evolucion a diferencia de Niquen Vera⁷, quien en su estudio acerca de registros elaborados por internos, obtuvo que las dimensiones mayormente registradas fueron la anamnesis y formatos especificos .

Al analizar la frecuencia de la dimensión incompleta en el mismo año, resultó ser el Plan de tratamiento, observándose un gran diferencia con Antolinez et al.⁶, que en su estudio acerca de auditorias de los registros, obtuvo como item con mayor cumplimiento al Plan de tratamiento. La confrontacion de ambos resultados y la información recolectada en ambas investigaciones, nos llevan a suponer que la falta de estrategias para interiorizar de manera eficaz los instructivos institucionales es lo que influye en el adecuado manejo de los registros medicos.

Por otro lado, al comparar los resultados de las dimensiones más frecuentes entre los periodos de los años 2015 y 2016, se observó una similitud significativa en el Plan de tratamiento, registrada como la dimensión más frecuentemente incompleta. Cabe mencionar que el plan de tratamiento comprende las fases que van a permitir de manera secuencial realizar el tratamiento que el paciente requiere, siendo relevante y fundamental en la parte recuperativa del paciente. Este fundamento lleva a suponer que no se está tomando el valor que este documento requiere y probablemente sea por desconocer el llenado adecuado de estos registros, por el tiempo para realizarlos o por la ansiedad generada en los operadores para culminar los tratamientos; resultando bastante preocupante para la evolución de los tratamientos planificados.

Los resultados obtenidos en esta investigación acerca del nivel de calidad de las historias clínicas registradas durante los periodos 2015-II y 2016-I; se demuestran en la evaluación estadística con la finalidad de identificar la calidad de los registros tanto completos como incompletos de todas las historias clínicas, determinándose un nivel de calidad Incompleto al 100%.

En general las historias clínicas demostraron resultados que pueden superarse

con la finalidad de obtener dimensiones completamente registradas, ya que todas las partes que conforman la estructura de la historia clínica son de igual importancia y deben ser consideradas como tal, a su vez de esa manera poder obtener un nivel de calidad Completo y alcanzar lo más óptimo en la atención. Se recalca la falta de trabajo en conjunto con los profesionales docentes, quienes son los que supervisan el trabajo realizado por parte de los operadores hacia sus pacientes; incluyendo el registro de los documentos odontológicos. Así mismo por parte del alumnado, la concientización sobre la importancia de los documentos legales como lo es la historia clínica, además de las repercusiones que podría conllevar la omisión de los datos requeridos según sus formatos. Por otro lado, mencionar que un adecuado y continuo sistema que permita orientar constantemente, no solo a los operadores en formación, sino también a los profesionales; permitirá un mejor diligenciamiento de los registros y una mayor completitud de las dimensiones que los conforman.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La calidad del registro de las historias clínicas en la clínica estomatológica de la universidad Señor de Sipán es Incompleta en un 100%.
- La dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2015 es la Filiación.
- La dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2015 es el Plan de tratamiento.
- La dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia en el año 2016 es la Examen clínico.
- La dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia en el año 2016 es el Plan de tratamiento.

5.2. Recomendaciones

- Incorporar un sistema computarizado específico para el manejo y registro de historias clínicas (adquirir software para un sistema de historias clínicas informatizadas).
- Exigir mayor control a los profesionales que supervisan y aprueban el llenado de los documentos odontológicos, en las diferentes áreas trabajadas.
- Implementar un sistema de capacitación permanente y sensibilización en el llenado de historias clínicas.

- Personal a tiempo completo exclusivo para la unidad de archivo.
- Mayor control de las historias clínicas solicitadas de pacientes nuevos y continuadores, con la finalidad de disminuir el número de historias ausentes y anuladas.
- Incorporar un sistema de auditoria odontológica en ambos contextos; es decir, no solo para evaluar el registro completo de los documentos odontológicos, sino también para evaluar la calidad del llenado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, Ayala-Mendivil R. Calidad de registro en historias clinicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2013; 30(4):719-720. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=99392&id_seccion=2169&id_ejemplar=9697&id_revista=132.
2. Narvaez Rodriguez E. Calidad del registro de historias clínicas de los servicios de hospitalización de medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría, hospital general de Jaén 2014. [internet]. 2015 [cited 19 October 2016]. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1733/1/re_med.humana_cal.ri_esg.histo.clinica_hospitalizacion_tesis.pdf
3. Matzumura J, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac med. 2014; 75(3):251-7.
4. Gómez-Gutiérrez R, González-León Y. Evaluación de la calidad de las historias clínicas en la UBA Coomeva-Cabecera. [tesis de postgrado] Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga-Colombia. 2008.
5. Puestas-Sánchez P, Díaz-Nolasco M, Díaz-Velez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo, 2008- 2010. Rev Cuerp Méd HNAAA. [cited 13 August 2016]. 2012;5(2):5-10. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v5-n2-2012/v5-n2-abr-jun-2012-P5-10.pdf>

6. Antolinez J, Espinosa S, Olarte S, Salazar P. Herramienta para la auditoria de calidad del registro en las historias clinicas [Especialista en auditoria en salud]. Universidad CES. 2009.
7. Niquén Vera E. Nivel de calidad del registro de historias clinicas elaboradas por internos de medicina del hospital regional docente. Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
8. Manrique Guzmán J, Manrique Chávez J, Chávez Reátegui b, Manrique Chávez C. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Revista Estomatológica Herediana. 2014. 24(1):17. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2111/2101>
9. Rocano E. Pablo. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clinicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21(2):51-54.
10. Martinez Hernandez J. La Historia Clinica. Cuad Bioetica XVII. 2006/1º. P. 57-68. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/57.pdf>
11. Velito A, Tejada S. La Historia Clinica como Instrumento de Calidad. [Internet]. Auditoria Médica Hoy. Curso Anual de Auditoria Medica del hospital Alemán 2010. Buenos Aires- Argentina, 2010. P.1-26. [cited 06 September 2016]. Disponible en: <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
12. Maylle Antaurco L. Valor Médico Legal de la Historia Clínica [Internet]. Lincolnmaylleantaurco.blogspot.pe. 2006 [cited 19 October 2016]. Available

from: <http://lincolnmaylleantaurco.blogspot.pe/2006/07/valor-mdico-legal-de-la-historia.html>

13. Colegio Odontológico del Perú: Código de ética y deontología. 2016. [citado 15 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA-2016-1.pdf>
14. MINSA. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V02 | INSN ... Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. Insn.gob.pe. 2005. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Norma%20HC%20V02.pdf>
15. EsSALUD. Gestión de la historia clínica en los centros asistenciales del seguro social de salud [Internet]. EsSalud. 2014. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/archivo_central/normatividad/RES_107-GG-14.pdf
16. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica [Internet]. Scrib. 2007. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/98486083/Norma-Tecnica-022-MINSA>
17. Filiación - Definición - WordReference.com [Internet]. Wordreference.com. 2016. Available from: <http://www.wordreference.com/definicion/filiaci%C3%B3n>
18. ASALE R. anamnesis [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2016. Available from: <http://dle.rae.es/?id=2VzQvPs>
19. Exploración física [Internet]. Es.wikipedia.org. 2016. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Exploraci%C3%B3n_f%C3%ADsica
20. Diagnóstico médico [Internet]. Es.wikipedia.org. 2016. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_m%C3%A9dico
21. Exploración complementaria [Internet]. Es.wikipedia.org. 2016. Available from:

https://es.wikipedia.org/wiki/Exploraci%C3%B3n_complementaria

22. Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Dicciomed.eusal.es. 2016. Available from: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/pronostico>
23. Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Dicciomed.eusal.es. 2016. Available from: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/tratamiento>
24. Unidad de Investigación Clínica. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. Cun.es. 2013. Available from: <http://www.cun.es/nuestros-profesionales/servicios-medicos/unidad-investigacion-clinica>
25. Castro Gámez M. Farmacia Hospitalaria-Historia Clínica [Internet]. 2016. Available from: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
26. Echevaria J, Pumarola J. El manual de la odontología Barcelona: Eslevier Masson; 2008. Manual de auditoria en salud. Manual de auditoria en salud del hospital San José. 2004. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf
27. MINSA. Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud [Internet]. 2005. [cited 26 June 2016] Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/Auditoria/NT_Auditoria_029_MINSA_DGSP.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE COTEJO

DIMENSION	CRITERIO	INDICADOR	
		COMPLETO	INCOMPLETO
Filiación	Nombres y apellidos		
	Lugar de nacimiento		
	Edad		
	Sexo		
	Domicilio		
	Documento de identificación		
	Seguro (Indicar: SIS, EsSalud, etc.)		
	Ocupación		
	Nombre de la persona responsable (parentesco, DNI, teléfono)		
Anamnesis	Motivo de consulta (Registro entre comillas de manera tal cual la expresa el paciente)		
	Enfermedad actual (detalla aspectos señalados en el cuestionario)		
	Antecedentes (personales, familiares, habituales)		
Examen clínico	General		
	Estomatológico (extraoral, intraoral)		
	Odontograma		
Diagnóstico Presuntivo	(Especifica diagnóstico con el término ``Aparente´´)		
Exámenes auxiliares	Análisis complementarios (Si lo requiere; incluye resultados).		
	Examen imagenológico (incluir Rx. e informe)		
	Interconsultas (si lo requiere; incluye resultados)		

Diagnóstico Definitivo	Registro y codificación según CIE-10		
Pronóstico	(Indica términos: Favorable, Desfavorable o Reservado)		
Plan de Tratamiento	Registro y codificación según CIE-10		
Consentimiento Informado	Debidamente firmado por paciente y alumno a cargo.		
Control y Evolución	Fechas de registro en orden cronológico.		
Estado y conservación de la historia	Al final de cada anotación figura el nombre, el número de colegiatura profesional y la firma del profesional que la generó o que la avala.		
	La información está registrada con letra clara y legible		
	No se utilizan abreviaturas sin pre-existencia en el manual de códigos y abreviaturas.		
	No se han usado borradores o substancias para cubrir los errores		
	Está etiquetada/rotulada y en adecuado estado de conservación.		

ANEXO 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ITEM 6 : Diagnóstico definitivo		Observaciones
Bueno	Malo	
<input checked="" type="checkbox"/>		
ITEM 7 : Consentimiento informado		Observaciones
Bueno	Malo	
<input checked="" type="checkbox"/>		- Debe mostrar los 3 firmes.
ITEM 8 : Control y Evolución		Observaciones
Bueno	Malo	
<input checked="" type="checkbox"/>		
ITEM 9 : Estado y conservación de la historia clínica		Observaciones
Bueno	Malo	
<input checked="" type="checkbox"/>		- A pesar de tener para permisión y sus para plan de tratamiento es solo el 100% (6 items), ¿está bueno?

Firma, sello y N° de COP de Experto

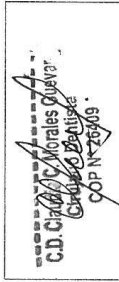


ITEM 6 : Diagnóstico definitivo		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		
ITEM 7 : Consentimiento Informado		Observaciones
Bueno	Malo	
	✓	Detallar sus indicaciones
ITEM 8 : Control y Evolución		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		
ITEM 9 : Estado y conservación de la historia clínica		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		

Firma, sello y N° de COP de Experto

ITEM 6 : Diagnóstico definitivo		Observaciones
Bueno	Malo	
/		
ITEM 7 : Consentimiento Informado		Observaciones
Bueno	Malo	
/		
ITEM 8 : Control y Evolución		Observaciones
Bueno	Malo	
/		
ITEM 9 : Estado y conservación de la historia clínica		Observaciones
Bueno	Malo	
/		

Firma, sello y N° de COP de Experto



 C.D. Carlos Morales Guzmán

 COP N° 27319

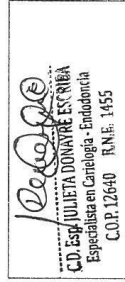
ITEM 6 : Diagnóstico definitivo		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		
ITEM 7 : Consentimiento Informado		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		
ITEM 8 : Control y Evolución		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		
ITEM 9 : Estado y conservación de la historia clínica		Observaciones
Bueno	Malo	
✓		

Firma, sello y N° de COP de Experto



ITEM 6 : Diagnóstico definitivo		
Bueno	Malo	Observaciones
✓		
ITEM 7 : Consentimiento Informado		
Bueno	Malo	Observaciones
✓		
ITEM 8 : Control y Evolución		
Bueno	Malo	Observaciones
✓		
ITEM 9 : Estado y conservación de la historia clínica		
Bueno	Malo	Observaciones
✓		

Firma, sello y N° de COP de Experto



ANEXO 3

AUTORIZACIÓN DE CLINICA ESTOMATOLÓGICA



Especie valorada

S/5.00

FORMATO DE SOLICITUD

Solicitar: autorización para ejecutar proyecto de tesis.

Señor(a), Srta.:

Érika Enoki Miñanc

Guevara Ramirez Claudia Elizabeth

Con DNI N° 71080450

(Nombres y Apellidos del solicitante)

Email: ramirez_eg@outlook.com Teléfono: 223051 Dirección: Los Campanillas 250 Avp. La Primavera.

Ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de: Alumno de Estomatología ciclo 1º

(Padre)-(Docente-Alumno-Especialidad- Ciclo)

Recurso a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Autorización para ejecutar proyecto de tesis: "Calidad de los registros empleando audifonía odontológica en la clínica Estomatológica, Chiclayo - Perú, 2016"

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.



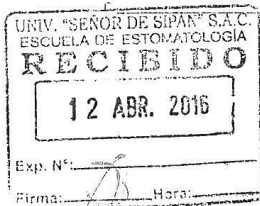
Chiclayo, 12 de abril 2016

[Handwritten signature]

Firma del Solicitante

Anexos

a. _____
b. _____



Solicitar a Directora de Clínica



ANEXO 4

DECLARACION JURADA

Proyecto

Desarrollo de Tesis

Yo
con DNI N°, y con DNI N°
con Código N°, estudiantes de la modalidad de
..... del ciclo de la Escuela de
..... y la Facultad de
..... de la Universidad Señor de Sipán.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor o autores del proyecto e informe de investigación titulada:

.....
.....
.....

.....la misma que se presentó para optar por

2. Que, el título de investigación es auténtico y original.
3. Que, el proyecto e informe de investigación presentado no ha sido plagiada ni de forma total o parcialmente.
4. He respetado las normas de citas y referencias para las fuentes consultadas.
5. Que, el proyecto e informe de investigación presentada no atenta contra los derechos de autor.
6. Los datos presentados en los resultados reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.
7. El proyecto e informe de investigación no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Asumo frente UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN cualquier responsabilidad y cargas económicas que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis. En consecuencia, me hago responsable frente a la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y frente a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar ya sea por fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación, asumiendo las consecuencias, sanciones reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis. Bajo el sometiéndome a la normatividad vigente de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN.

Nombre y Apellidos
DNI N°

Nombre y Apellidos
DNI N°