

**CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE UNA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE HUANCAYO 2017**

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
“FRANKLIN ROOSEVELT”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología



CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE UNA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE HUANCAYO 2017

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

Bach. CARBAJAL DIONICIO, Luis David

Bach. SAMANIEGO TORRES, Elvira Magaly

HUANCAYO – PERÚ

NOVIEMBRE 2017

ASESOR

Mg. CD. Cueva Buendía, Luis Alberto

DEDICATORIA

A Dios por guiarnos y permitirnos llegar hasta este momento de nuestras vidas, y a nuestros padres por ser ellos nuestro principal apoyo incondicional para conseguir nuestros sueños.

Elvira y David

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser quien nos guía en cada momento de nuestras vidas y por permitirnos alcanzar nuestros sueños.

Al Dr. Luis Cueva Buendía, nuestro asesor, por motivar nuestros deseos de emprender este proyecto de investigación. Gracias Doctor por la paciencia, los consejos, el tiempo dedicado; por contener nuestros temores y transmitirnos la fortaleza que necesitamos para continuar.

Al Dr. Jhon Rondinel Berna por permitirnos tener acceso a las Historias Clínicas que se encuentran en el archivo de la Clínica Estomatológica de nuestra universidad, en la cual se desarrolló la parte práctica de la investigación.

A todos nuestros maestros los doctores; Edgar F. Almonacid Sosa, Juan Buendia Suazo, Luis Mendoza Del Rio, Rodrigo Salazar Lazo, Edgardo Escalante Santivañez, Oscar Travesaño Arteaga, Wilbert Manzanedo Carbajal, David Prosopio Pomalaya, José Correa Rojas, Javier Salazar Lazo, Martha Valderrama Salvatierra, Ronald Mayhuasca Salgado, Edgar Baltazar Pomalaya. Por haber compartido sus conocimientos y experiencias con dedicación dentro y fuera de las aulas, y de esa manera formar parte de nuestra formación profesional.

A nuestra casa universitaria por habernos albergado y haber hecho que nuestra vida universitaria sea una experiencia única durante nuestro periodo de aprendizaje.

TÍTULO		Pág.
CARATULA		i
ASESOR		ii
DEDICATORIA		iii
AGRADECIMIENTO		iv
ÍNDICE		v
RESUMEN		vi
INTRODUCCIÓN		viii
		ix

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.	11	
1.2 Formulación del problema.		13
1.2.1 Problema general.		13
1.3 Objetivo de la investigación.		14
1.3.1 Objetivo general.		14
1.3.2 Objetivos específicos.		15
1.4 Justificación de la investigación.		16
1.5 Limitación de la investigación.		17

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.		18
2.1.1 Internacionales.		18
2.1.2 Nacionales.		21
2.1.3 Bases teóricas de la investigación.		23
2.1.4 Marco conceptual.		38
2.2 Hipótesis (si amerita la investigación de acuerdo a criterios del investigador).		
2.3 Variables.		39
2.3.1 Tipos de variables.		39

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.		40
3.2 Tipo y nivel de investigación.		40
3.3 Diseño de la investigación.		40
3.4 Población de estudio.		41
3.5 Muestra.		41
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.		42
3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación		44

CAPÍTULO IV

	RESULTADOS	
Resultados		45
	CAPITULO V DISCUSIÓN	
Discusión		60
	CAPÍTULO VI CONCLUSIONES	
Conclusiones		69
	CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES	
Recomendaciones		73
VIII. REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS.		75
IX. ANEXOS		80

RESUMEN

La experiencia como estudiantes universitarios en el trabajo clínico, ha demostrado la existencia de un gran número de problemas en el manejo de las historias clínicas; en particular, los datos relativos a la historia clínica estomatológica. Por ello la principal justificación fue teórica y práctica, porque buscó conocer y aplicar los resultados encontrados de la calidad de registro de historias clínicas, a través de los directivos y docentes de las unidades de ejecución curricular de clínica estomatológica, para garantizar que los siguientes grupos de estudiantes puedan mejorar el llenado de las historias clínicas.

El objetivo general fue describir la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016. Y en cuanto a los resultados, de las 82 historias clínicas, son "deficientes" en cuanto a su registro el 70.7% de la muestra, y "por mejorar" el 29.3%; además las historias correspondientes a la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II fueron "deficientes" en un 36.6%, mientras que en la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I la categoría "por mejorar" alcanzó el 20.7%.

Por lo tanto se llega a la conclusión que La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 70.7% "deficiente", y 29.3% "por mejorar".

Palabras claves: calidad de atención, evaluación de calidad de registro, historia clínica.

INTRODUCCIÓN:

La Escuela profesional de Estomatología de la Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, como centro de enseñanza que, a su vez, proporciona un servicio de asistencia estomatológica, está comprometida tanto en la calidad de la educación como en la calidad de la atención sanitaria que presta¹.

La experiencia como estudiantes universitarios en el trabajo clínico, ha demostrado la existencia de un gran número de problemas en el manejo de las historias clínicas; en particular, sobre los datos consignados en la historia clínica estomatológica. Otro problema identificado, es el propio proceso de aprendizaje del estudiante que repercute en la duración del tratamiento indicado, puesto que los pacientes esperan un tratamiento óptimo y de excelente calidad que se realice en el menor tiempo posible.

Por esta razón el presente trabajo de investigación tuvo como problema general: ¿Cuál es la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú – 2016? El objetivo general planteado fue: Describir la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016. La introducción tiene que informar claramente sobre el tema que va a ser investigado y no ser tan explícito.

Respecto a la justificación es práctica, social, teórica porque la información que se obtuvo será fundamental para los estudiantes, docentes y personal administrativo ya que se cuenta con información directa genera los propios estudiantes y futuros profesionales de estomatología.

El tipo de investigación por su naturaleza fue básica, por el periodo de secuencia del estudio transversal retrospectiva y de acuerdo al nivel fue descriptiva, y el diseño utilizado fue no experimental descriptivo. La muestra fue no probabilística con muestreo por conveniencia y se consideraron la totalidad de las historias clínicas archivadas en la UPH "Franklin Roosevelt". Durante los semestres académicos 2015-I, 2015-II, 2016-I, 2016-II y 2017-I, en los componentes curriculares de Clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, por consecuencia se puede también denominar muestreo censal. La técnica fue la observación y el instrumento la ficha de verificación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La Escuela profesional de Estomatología de la Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, es un centro de enseñanza que a su vez, proporciona un servicio de asistencia en salud estomatológica, está comprometida tanto en la calidad de la educación y la atención sanitaria que presta a los pacientes que acuden a la clínica estomatológica¹.

La experiencia como estudiantes universitarios en el trabajo clínico, ha demostrado la existencia de un gran número de problemas en el manejo de las historias clínicas; en particular, los datos relativos a la historia clínica estomatológica. Lo cual acompañado de otros factores como el propio proceso de aprendizaje repercute en la duración del tratamiento proporcionado, así como en la conveniencia del mismo, frente a los pacientes que esperan un tratamiento óptimo de excelente calidad y en el menor tiempo posible.

Como es ampliamente reconocido, el registro de las historias clínicas completas y correctas, es un elemento esencial de la asistencia al paciente². Proporciona documentación permanente del tratamiento, constituye los cimientos para un diagnóstico cuidadoso y plan de tratamiento. Además, en donde varios docentes proporcionan asistencia, la continuidad de los cuidados depende de la comunicación entre proveedores de atención que son los estudiantes y los pacientes, que se evidencia en la historia clínica integral³.

Otro factor muy importante, es la responsabilidad que se tiene como estudiante, en el desarrollo de las habilidades para realizar un buen registro de

las historias clínicas; responsabilidad que se incrementa, a veces porque se incorpora de forma casi automática el uso de historias clínicas que son utilizadas en el pregrado y se copian como modelo para su posterior utilización en el ejercicio profesional ⁴.

Los problemas en las historias clínicas también pueden perjudicar la actividad científica, puesto que se obtendrá conclusiones erróneas si se utilizan las historias como fuente de datos en las investigaciones.

Para asegurarnos que el estudiante registre el formato de “HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL”, es necesario que se actualice, y comprenda correctamente todo su contenido con los docentes; se propuso en el presente estudio realizar una evaluación de la calidad de los datos consignados en este apartado tan importante de las historias clínicas, utilizando criterios de calidad preestablecidos, que emanan del Ministerio de Salud del Perú, que se encuentra en la norma técnica vigente a partir del año 2016 denominada “Norma técnica de salud: auditoría de la calidad de la atención en salud” que fuera refrendada a través de la Resolución 502-2016/Minsa, del 15 de Julio del 2016 ⁶.

En relación a todo lo anterior se debe hacer mención que en la Escuela profesional de estomatología de la mencionada universidad, se imparte el componente curricular de Clínica Estomatológica Rehabilitadora del adulto I y Clínica Estomatológica Rehabilitadora del adulto II en los semestres académicos de VII y VIII respectivamente, como cursos de formación profesional de pregrado de Estomatología, disciplina destinada al desempeño práctico de los estudiantes con los pacientes, en las condiciones habituales de la clínica estomatológica, debiendo el estudiante integrar todos los conocimientos que han ido adquiriendo en su formación curricular.

Finalmente la importancia de investigar este aspecto, se dio al evidenciar deficiencias en el registro y manejo de las historias clínicas integrales utilizadas en la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad

privada Franklin Roosevelt, puesto que existe un número considerable de dichas historias clínicas, desde los semestres académicos 2015-I, 2015-II, 2016-I, 2016-II y el último que es el 2017-I, donde se encontró deficiencias, las cuales consideramos oportuno darlas a conocer para tomar las medidas correctivas en los siguientes semestres académicos, garantizando una mejora de la calidad y más aun cumpliendo con las normas establecidas por el MINSA-PERÚ.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú – 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Describir la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la

dimensión anamnesis, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.

2. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión examen clínico, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
3. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión plan de trabajo, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
4. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
5. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión diagnósticos, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
6. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión apreciación del caso, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
7. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión tratamiento, de la universidad privada de Huancayo Franklin

Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.

8. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión consentimiento informado, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017.
9. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión indicación de alta básica odontológica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
10. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión atributos de la historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.
11. Comparar los niveles de calidad del registro de datos en las historias clínicas odontológicas, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, correspondientes a los semestres académicos VII Y VIII para conocer el cumplimiento de las mismas.

1.4 Justificación de la investigación

La justificación práctica, del presente estudio radica en que se buscó dar a conocer y aplicar los resultados encontrados a través de los directivos y docentes de las cursos de clínica estomatológica, para que a partir de ellos se puedan realizar las correcciones pertinentes, para garantizar que los siguientes grupos de estudiantes puedan mejorar el llenado de las historias clínicas, puesto que consideramos que al ser una universidad relativamente nueva y con pocos grupos de egresados podría ser de relevancia hacer estas mejoras.

La justificación social está presente porque todo hecho como el presente se da en un contexto social determinado y en esta corriente se considera que la

salud y sus elementos como es la historia clínica integral que es un documento médico-legal está condicionado por el contexto histórico, y debe garantizar el servicio y beneficio de los usuarios externos de la clínica estomatológica, contribuyendo así en la mejora de la realidad social, puesto que en la medida que los estudiantes tengan una buena formación, y puedan ayudar a mejorar la atención de los pacientes con una visión institucional, traerá consigo los beneficios para la comunidad y la sociedad en general.

Y por último el valor teórico o científico está dado porque la información que se obtuvo, es fundamental para los estudiantes, docentes y personal administrativo ya que permitirá mejorar en adelante el registro, enseñanza, manejo, y formato de las historias clínicas, ya que se cuenta con información directa generada de los propios estudiantes y futuros profesionales de estomatología, datos que se desconocían hasta la actualidad y el mismo hecho de develarlos es la principal contribución teórica-cognitiva.

1.5 Limitaciones de la investigación

Se considera que no existieron limitaciones resaltantes en el presente estudio por tratarse de una revisión documental de las historias clínicas a las cuales se tuvo acceso sin inconvenientes, dichas historias se encuentran bajo custodia de la escuela profesional de Estomatología y la UPH "Franklin Roosevelt". Aunque cabe mencionar que no existe un sistema de admisión implementado para la emisión, registro ni archivo de dichas historias, tampoco se cuenta con un archivo de sus registros. A pesar de ello no significo una limitación relevante para la presente investigación ya que nos brindaron las facilidades necesarias para

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Vega A. (2017)⁷ en el trabajo de titulación denominado: Evaluación de las Historias Clínicas del ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016. Con el fin de obtener el grado de odontóloga en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Tuvo como objetivo: evaluar la calidad del registro de datos en las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSG B-2016. Respecto a los materiales y métodos trabajó con una muestra de 167 historias clínicas donde se evaluaron 12 variables basándose en el formulario 033 del MSP. En los resultados hallaron que el 13% de las historias clínicas son llenadas correctamente, el 84% tienen errores y únicamente el 3% de las historias se encuentran incompletas, comprobó que la anamnesis del paciente se realiza de manera completa 72.2%, parcialmente completo 17.4% y de manera incompleta 10.6%. Y que los signos vitales se registran completos en un 42.3%, parcialmente incompleto 2,3% e incompleto 11%, por lo que llegó a las conclusiones: que las Historias clínicas son llenadas en su mayoría con errores 84% y existe una relación directa entre el ciclo que cursa el estudiante y la anotación correcta de los datos en la historia clínica.

Ortiz M. Sepulveda M. (2008)⁸ en la tesis Evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral Ciso Ltda. Segundo semestre de 2008. Instituto de ciencias de la salud CES. Estudiaron la organización con el objetivo de evaluar el diligenciamiento de la historia clínica electrónica (HCE) frente a los requerimientos de estructura de la resolución 1995 de 1999 en el CENTRO INTEGRAL DE SALUD ORAL CISO

LTDA, durante el segundo semestre de 2008. Respecto al tipo de investigación es un trabajo descriptivo, apoyado en una temporalidad de tipo retrospectiva, trabajaron con un total de 158 historias clínicas electrónicas (HCE), correspondientes al segundo semestre del 2008. Los resultados reflejaron que los ítems de fecha de nacimiento y edad, contemplan el 24% de las HCE odontológicas con errores, es decir el 23% restante de las HCE con errores se distribuye de manera muy equitativa entre los ítems apellido completo, nombre completo y estado civil, respectivamente. Cabe aclarar que en esta sección se encontró el 53% de HCE sin errores.

Dentro del ítem teléfono de domicilio se encontró el 16% de las HCE con errores, seguido de nombre del acompañante y teléfono del responsable, cada uno con un 6% de HCE con errores. Dentro de esta sección se encontró el 72% de las HCE odontológicas sin errores.

En la sección de anexos de la HCE, el consentimiento informado representa el 31% de las HCE con errores, mostrando una gran representatividad frente a las HCE sin errores, cuyo porcentaje fue del 54%.

Continuando con la idea de definir cuál fue la sección con un mayor número de historias con errores encontraron en orden descendente, en primer lugar con el 57% de HCE con errores la primera sección, seguida con 46% de errores la tercera sección y finalmente, en la tercera posición encontramos con el 28% de errores la segunda sección.

Riondet B. (2007)⁹. En la tesis: Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del hospital interzonal general de agudos Gral. San Martín de La Plata. Tesis de maestría en salud pública establecimientos y servicios de atención médica tuvo como objetivo: evaluar la calidad de la HC a través de un análisis estadístico de su completitud y legibilidad. Fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo y trabajó con una muestra representativa de las 89 Historias clínicas de pacientes egresados en el año 2004 seleccionadas con un muestreo probabilístico aleatorio de un total de 890 HC. Los resultados fueron de los 70 criterios evaluados el porcentaje más bajo de cumplimiento fue el obtenido por el Consentimiento Informado para HIV con 0%, le siguieron la falta de Hoja de

Enfermería con 9%, la Información Brindada al Paciente o Responsable Legal sobre su Condición de Salud con 13%, el Registro de la Información brindada sobre la Planificación del Alta con 4% y el Resumen de Datos Positivos Completo con 20 %. Es de destacar que se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 46%, Evolución con Razonamientos Diagnósticos 42%, Comentarios de Estudios Recibidos 53%, Comentarios sobre la Terapéutica 44% e Indicaciones Médicas 57%.

Se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Identificación del Paciente, Edad y Sexo, Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Impresión Diagnóstica, Detalle de Plan de Estudios Inicial y Planteo Terapéutico Inicial.

También superaron el 90 % de cumplimiento la mayoría de los criterios que evalúan legibilidad y veracidad. Como ya mostramos el índice de legibilidad fue de 96 %; esto es levemente inferior a lo observado en un trabajo donde el grado de cumplimiento con este criterio en las HC del servicio de emergencias fue de 99%. El análisis de los criterios administrativos en nuestras HC tuvo un cumplimiento promedio de 88%; este valor es inferior al publicado por otros autores que han analizado el cumplimiento de estas variables con resultados de 99%. El porcentaje de ausencia del Resumen de Alta en las historias clínicas (8,9 %) es similar al publicado por otros autores que informan 8,7 %.

Por lo que concluyeron que de las HC auditadas ninguna cumplió con el 100 % de los criterios, el puntaje promedio fue de 49,8 con un rango entre 34-58 puntos.

Martín MP. y Ríos J. (2005)¹⁰ en el trabajo de investigación: Auditoría de historias clínicas en odontología integrada de adultos. Un paso en el control de calidad. En Sevilla. Se plantearon el objetivo de medir el nivel de cumplimentación de la historia médica de Odontología Integrada de Adultos, a final del primer trimestre del curso 2004-05 utilizando para dicho análisis criterios y estándares de calidad establecidos. Respecto a la metodología analizaron seis aspectos en los 70 expedientes dentales seleccionados, dichos criterios

fueron: Criterio B.1 trata de la presencia de información, en el expediente dental, acerca del estado de salud del paciente. El Criterio B.2 se refiere a la constancia de la firma del paciente en la encuesta de salud, el Criterio B.3 trata de la constancia de fecha en que se realizó la historia médica. El Criterio B.4 hace alusión a factores médicos que pudieran influir en el plan de tratamiento, el Criterio B.5 se refiere a la constatación de que la historia médica del paciente haya sido revisada por el odontólogo. Y el criterio B.6 alude a la actualización de los datos contenidos en la historia médica.

Llegaron a la conclusión que en los expedientes dentales revisados había un grado de cumplimentación adecuado en 5 de los 6 criterios de calidad referentes al apartado de HISTORIA MÉDICA. Alcanzando el criterio B.6 un índice insatisfactorio (48%).

2.1.2 Nacionales

Manrique J, et al. (2014)¹¹, en el trabajo de investigación denominado: Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Tuvieron como objetivo: evaluar la calidad de registro o llenado de historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en una Clínica Dental Docente durante el período de enero a julio de 2012 empleando la auditoría odontológica como herramienta sistematizada. En cuanto a los materiales y métodos, tomaron una muestra de 140 historias clínicas de pacientes nuevos de las cuales evaluaron la frecuencia y porcentaje de registro de los diferentes aspectos que componen la historia clínica. Tuvieron como resultados, que el 78% de las historias no tenían completo el registro en los diferentes aspectos evaluados, encontrando que de los diecisiete aspectos evaluados, nueve registran entre 11% y 29%, quedando entre un 89% y un 71% de historias que no registran estos aspectos. Se identificaron tres aspectos que se registran entre 84% y 86% (número de historia, cuestionario de salud y examen estomatológico), cuatro aspectos registran entre 94% y 98% (fecha de ingreso, asignación de operador, odontograma y filiación) y sólo un aspecto se registra al 100% (evolución del tratamiento) del total de historias clínicas auditadas. Por todo ello llegaron a la siguiente conclusión: que más del 45% de

las historias clínicas auditadas en la dicha investigación tenían deficiencias en el registro o llenado de los datos que la historia clínica requiere como información de documento médico-legal.

Zafra J, et al. (2013)¹², en el trabajo de investigación denominado: Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013, que fue un estudio descriptivo transversal, trabajaron con una muestra de 91 historias clínicas de consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia. Aplicaron el instrumento presentado en la “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud” y se consideró como “aceptable” aquellas que poseían 50 o más puntos y el resto, como “por mejorar”. Dentro de los principales ítems evaluados consideró: identificación de pacientes, enfermedad actual, antecedentes, exploración física, diagnóstico, tratamiento/recomendaciones, notas de evolución y atributos de la historia. Los resultados que hallaron fue que el 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénica dietéticas lo menos registrado (16,5%), el registro de los síntomas motivo de la consulta, el diagnóstico y tratamiento, y plan de trabajo se encontraban registrado en más del 90% de los casos y según ellos estos datos son similares a los hallados en otros cuatro hospitales del Perú. Un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%), y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal. Llegaron a la conclusión que la auditoría de historias clínicas debe realizarse de forma semestral, con énfasis en el primer nivel de atención, luego de capacitaciones del personal, para la adquisición de competencias necesarias; e incluirla como parte del SERUMS.

2.1.3 Bases teóricas de la investigación

2.1.3.1 Calidad y control de calidad¹³

La calidad es un concepto muy antiguo. Procede de la denominación latina “Qualitas-atis” y se ha extendido por todos los idiomas con parecida significación y fonética: qualifax, quality, qualité, qualidade, calidad, etc¹³.

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define la calidad, en su primera acepción, como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”¹⁴. Esta primera definición muestra las dos características esenciales del término. Por una parte, la subjetividad de su valoración; por otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad¹⁵.

Desde siempre, la Odontología como profesión se ha esforzado en proporcionar a la población un servicio de la más alta calidad. El control de calidad podría ser el vehículo utilizado por los dentistas para probarse a sí mismos y a sus pacientes, su capacidad para afrontar este desafío¹⁶.

Control de calidad

- Control: viene del francés “contrôle”. La primera acepción del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española es: “comprobación, inspección, fiscalización, intervención”¹⁴.

El proceso de control de calidad lo que hace es medir lo más objetivamente posible el grado de adecuación del producto resultante a lo estipulado con anterioridad, para detectar los errores o desvíos sistemáticos que se producen, e introducir los correspondientes mecanismos correctores¹³.

Calidad de atención en salud

La clásica definición de la Organización Mundial de la Salud en su preámbulo de constitución (“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad”)¹⁷, no permite una consideración objetiva para nuestros fines concretos, puesto que, el bienestar en cualquiera de las tres vertientes mencionadas, representa una noción llena de matices subjetivos que encajan con

una declaración de principios pero no como una pretensión de medida objetiva y cuantificable. Idénticas críticas se le pueden hacer a otras definiciones, como aquella que enuncia la salud como una forma de vivir llena de gozo, autónoma y solidaria. No aportan ninguna ayuda a quien ha de enfrentarse con la tarea de hacer mensurable la salud para controlar su calidad¹³.

La Oficina Regional de la OMS¹⁷ establece que la calidad de la atención sanitaria consiste en “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

En términos sanitarios, el control de calidad ha de probar si mediante nuestro equipo médico, nuestros medios diagnósticos y terapéuticos, y nuestra organización, hemos restaurado en cada uno de nuestros pacientes el máximo nivel de salud que podíamos devolverles¹³.

La calidad asistencial nace al trasladar al mundo sanitario el control de calidad industrial de probada eficacia para la mejora de sus productos⁷. Básicamente consiste en medir el producto y compararlo con los planos, con lo diseñado. La idea de comparar la asistencia sanitaria con la producción industrial resulta difícil de digerir para muchos profesionales sanitarios. Sin embargo, es defendida por la mayoría de los autores y cada vez más aceptada¹³.

Muchos autores pretenden evitar la denominación de control de calidad en sanidad, por las connotaciones negativas de la palabra “control”, y la sustituyen por garantía¹⁸, mejora¹⁹ o política de calidad. Son conceptos más amplios que el simple control e incluyen las acciones correctoras además de la medición del producto.

Otros autores^{13,18} los consideran sinónimos y en la definición de control de calidad ya incluyen la realización de los cambios necesarios:

“El control de calidad se refiere a la evaluación o medición de juicios acerca de la calidad del servicio y a la elaboración de los cambios necesarios ya sea para mantener o para mejorar la calidad de la atención proporcionada”¹⁶.

Podemos concluir que hacer control de calidad es asumir que los problemas asistenciales existen, saber detectarlos y evaluarlos, diseñar las estrategias

necesarias para introducir cambios en las actitudes, organización y conocimientos de los equipos asistenciales, saber aplicar estas estrategias y acordarse de reevaluar si el problema ha sido solventado¹³.

Dimensiones de la calidad de la atención sanitaria.

Según A. Donabedian²⁰, antes de intentar evaluar la calidad de la asistencia es necesario acordar qué elementos la constituyen, puesto que de lo contrario estaríamos abocados al desastre.

Para ello es útil realizar el siguiente ejercicio: intentar ponerse en el lugar de todas las personas que intervienen en la atención sanitaria (un profesional de la salud, un paciente y un gestor sanitario). El profesional valoraría la calidad científico- técnica. El paciente, daría por sobreentendida esta calidad y esperaría unos resultados óptimos, una buena relación interpersonal y la ausencia de barreras para acceder a la asistencia que precisa. El gestor sanitario prestaría una mayor atención al consumo eficiente de recursos.

La combinación adecuada, en sus justas dosis, de cada uno de estos elementos configura la mejor definición de la calidad de la atención sanitaria. A estos componentes se les ha llamado “DIMENSIONES”. Esencialmente, pueden dividirse en cuatro grandes grupos²¹:

- La calidad de la actuación de los médicos y del personal sanitario
- La eficiencia
- La accesibilidad
- La satisfacción del paciente

- Calidad de la actuación de los médicos y del personal sanitario.

Donabedian²⁰ la subdivide, a su vez, en dos componentes:

a) La actuación científico técnica, que permite aquellas mejoras en el estado de salud que el avance de la ciencia y la tecnología sanitaria hacen posibles en cada momento. Incluye, no sólo los conocimientos, sino también las aptitudes y habilidades para formular las estrategias de asistencia adecuadas. Se mide

comparándonos con los mejores, con los que consiguen una mayor efectividad (capacidad de obtener los resultados esperados).

b) Las relaciones interpersonales entre todos los que intervienen en la asistencia, con especial atención a la relación entre paciente y médico. Es muy difícil de medir, porque a su vez está compuesta de una serie de dimensiones intangibles (empatía, sensibilidad, cuidado, tacto, capacidad de generar confianza...).

- Eficiencia.

Es el grado en que se consigue obtener el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles.

- Accesibilidad.

Es la facilidad con que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa y en el momento oportuno. Existen muchos tipos de barreras que pueden comprometer la accesibilidad: barreras estructurales y geográficas, barreras de tipo económico y social, barreras organizativas (por ejemplo, listas de espera), barreras culturales.

- Satisfacción del paciente.

Representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del paciente. Hay que tener en cuenta que no siempre guarda una relación directa con el nivel de calidad científico técnica, puesto que depende mucho de la relación interpersonal.

Para Donabedian²⁰, “la satisfacción del paciente debe ser uno de los resultados deseados de la asistencia, incluso un elemento del propio estado de salud”. Según este autor, la validez de la satisfacción del paciente como medida de la calidad es incuestionable.

Métodos de control de calidad asistencial.

Desde sus orígenes se han descrito diferentes variantes para el Control de Calidad, siendo la propuesta por Donabedian en 1.966²² la más aceptada. Clasifica los métodos de Control de Calidad en:

- MÉTODOS INDIRECTOS: los cuales analizan la estructura y el proceso asistencial.
- MÉTODOS DIRECTOS: que intentan evaluar los resultados obtenidos.

- **Análisis de la estructura**

En la primera mitad del siglo XX se insistió mucho en los componentes estructurales del sistema.

Una definición de estructura puede ser “la organización y los recursos disponibles para sostener el suministro de servicios”¹⁶.

Dentro de la estructura del control de calidad, a su vez, podemos diferenciar:

- a) El personal: es decir, el componente humano de la estructura asistencial. Habrá que saber acerca de su dotación (si es suficiente o no para poder cumplir sus objetivos asistenciales), su cualificación (si es sobre o subcualificado) y su distribución.
- b) Estructura física: dentro de ella hay que analizar el espacio disponible y la distribución de ese espacio.
- c) Equipamiento: dentro del cual hay que diferenciar el fijo del fungible.

El postulado básico de esta tendencia del control de calidad es que habiendo médicos capacitados que trabajen en un ambiente apropiado, se logrará un servicio de buena calidad. Sin embargo, los investigadores no lograron demostrar una relación entre estructura y resultado¹⁶.

- **Análisis del proceso**²².

Toda la estructura que hemos analizado sólo tiene sentido como soporte de un proceso asistencial. Este proceso, que es la asistencia sanitaria y cuyo objetivo último es alcanzar la salud de la comunidad y del individuo, debe ser igualmente analizado, ya que con una estructura adecuada, si el proceso es inadecuado, los resultados serán negativos.

La definición de proceso es “el conjunto de acontecimientos y actividades que ocurren o no cuando interactúan el paciente y las medidas de cuidado de la salud”¹⁶. Para la evaluación del proceso asistencial se utiliza un sistema de auditorías, tanto médicas como del personal auxiliar¹³.

a) Auditorías médicas

- Revisión de las historias clínicas: ya que en ellas queda o debería quedar reflejado gran parte del proceso asistencial. Una historia clínica que recoja la anamnesis del paciente, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el plan de tratamiento, tratamientos realizados e incidencias aparecidas en la evolución clínica, será una historia que nos habla a favor del proceso asistencial analizado. Por el contrario, la falta de una historia clínica adecuada es un índice importante del proceso asistencial de baja calidad.
- Revisión de los procedimientos: en primer lugar, porque las técnicas evolucionan, los materiales mejoran y los criterios cambian. En segundo lugar, porque un procedimiento puede estar realizándose de forma equivocada o con unas indicaciones erróneas.

b) Auditorías del personal auxiliar

Para comprobar que ha entendido y realiza correctamente las tareas que se le han asignado.

El proceso asistencial entra en relación directa con los resultados obtenidos. La cuestión fundamental radica en la aceptación, con mayor o menor grado de reserva, de que la evaluación del proceso sugiere la calidad de los resultados que se obtendrán y que, por tanto, un buen proceso puede ser sinónimo de un buen resultado.

- Análisis de los resultados²².

Mide los cambios que se producen en el ámbito de salud de la población asistida, lo cual implica la evaluación de la salud previa de la población. Son los únicos métodos realmente directos.

La definición de resultado: es “la consecuencia final del servicio, que puede ser un estado de salud o una parte de este estado”¹⁶.

En el análisis de los resultados, hay que contemplar:

1. Rendimiento cuantitativo: por ejemplo, número de pacientes atendidos (índice de ocupación odontológico), promedio de tiempo de trabajo, etc.
2. Rendimiento cualitativo: éxitos en nuestros tratamientos, porcentaje de fracasos, yatrogenia, etc.
3. Indicadores económicos: gastos, ingresos, curva de rendimiento semanal o mensual, porcentaje de morosos, porcentaje de incumplimiento de citas, etc.
4. Grado de satisfacción del usuario: por encuestas realizadas a los mismos, por ejemplo.

Entre las dificultades que limitan la evaluación de la calidad asistencial a través de los resultados hay que mencionar su elevado coste y que algunos métodos deban considerar factores relacionados con el paciente (que indudablemente influyen en la calidad de los resultados).

2.1.3.2 Auditoría en servicios en salud¹¹

No se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continua que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la calidad y/o excelencia en los servicios²³.

La auditoría en salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, no solo evalúa la calidad de estos, sino también valora la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención brindada.

La auditoría en los servicios de salud se fue derivando en una serie de ramas enfocadas en determinadas áreas de la salud, en la cual destacan la auditoría médica relacionada al profesional exclusivamente médico y la auditoría clínica relacionada a los profesionales de salud en general (no sólo médicos), de

esta última nace la auditoría odontológica enfocada al área del componente bucal de la salud²⁴.

La auditoría médica ha sido utilizada durante mucho tiempo y una de sus definiciones más ampliamente aceptadas y reconocidas es la descrita en 1989 por el National Health Service: “Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente” (Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland). La auditoría médica se puede llevar a cabo de diversas formas y a diferentes niveles durante la atención del paciente, por ejemplo, en la revisión de historias clínicas para determinar el registro o calidad de registro de las mismas, en el análisis de reporte de caso de muertes y complicaciones para el caso médico o accidentes y complicaciones para el caso odontológico y su manejo ambulatorio u hospitalario, entre otros²⁵.

La auditoría clínica busca una revisión de la actividad de la salud en todos los aspectos de cuidado y atención clínica realizado por profesionales de salud, tanto médico como no médico y se aprovecha su uso como un instrumento de garantía de calidad de los servicios de salud que permite la evaluación de sus objetivos al tiempo que se convierte en un componente de la intervención para mejorarlos²⁶⁻²⁸. La auditoría enfocada al campo de la salud, se desarrolla como un proceso de mejora continua que determina la calidad de atención en comparación con estándares e inicia acciones de mejora cuando éstos no son alcanzados^{29,30}.

La auditoría odontológica¹¹

Es una disciplina científica que se ha desarrollado de manera considerable en el transcurso de las últimas décadas, producto de cambios en el sector salud y a raíz de la incorporación de los conceptos básicos del proceso administrativo al ejercicio profesional. La auditoría en los servicios de salud es clasificada en función al objeto a auditar, así tenemos auditoría de caso que se desarrollada en las diferentes especialidades médicas siguiendo una serie de procedimientos sistemáticamente diseñados para la auditoría frente a un caso clínico que

requiera ser sujeto a auditoría determinar su conformidad, no conformidad u observaciones durante el manejo, la auditoría de fuentes secundarias que tiene como objeto de análisis principalmente a la historia clínica pero además puede expandirse a todos aquellos documentos que en conjunto pueden dar origen al expediente clínico como son las fichas de evolución, hojas de interconsultas, exámenes de laboratorio, etc¹¹.

Otro enfoque donde la auditoría se desarrolla es la llamada auditoría basada en la evidencia que permite la evaluación de una atención o grupo de atenciones sobre el paciente en un periodo de tiempo con una orientación basada en la evidencia científica que permita verter un informe que sustente su intervención. Por otro lado, en función a la temporalidad, las auditorías se clasifican en auditorías retrospectivas y auditorías prospectivas o concurrentes. Para el caso de las auditorías de las historias clínicas, se han considerado dos momentos, un primer momento, relacionado con el registro de las historias, donde no se discute la calidad de información sino la existencia de la misma, centrándose en este registro, mientras que el segundo momento se centra en la calidad de la información registrada³¹.

2.1.3.3 Auditoría de la calidad de la atención en salud en el Perú⁶

Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por si misma, no tiene fines punitivos.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se clasifica de diferentes maneras:

a) Según quién realiza la Auditoría de la Calidad

a.1. Auditoría Interna

a.2. Auditoría Externa

b) Según el objeto de la Auditoría de la Calidad

b.1. Auditoría Médica

b.2. Auditoría en Salud

d) Según su inclusión en la planificación anual de la Auditoría de la Calidad

c.1. Auditoría Programada

c.2. Auditoría de Caso (no está incluido en el Plan)

g) Según la naturaleza de las conclusiones de la Auditoría de la Calidad

d.1. Auditoría Regular /Ordinaria

d.2. Auditoría Dirimente

Base legal⁶

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo No 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo No 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud- PEAS.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial
- No 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial No 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.

- Procedimiento de auditoría de la calidad de la atención en salud

- La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es el procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud, y que tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones de salud.
- La metodología de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en su análisis integral, considera los siguientes aspectos:

- a. Concordancia de las prácticas sanitarias evaluadas con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en disposiciones previamente establecidas (criterios) entre las que se encuentran las guías de práctica clínica.
- b. Coherencia entre anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo.
- c. Congruencia entre diagnóstico y tratamiento.
- d. Pertinencia del plan de trabajo: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- e. Oportunidad de la atención.
- f. Adecuado manejo posterior al diagnóstico de acuerdo a evolución y resultado de los exámenes.
- g. Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
- h. Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.⁶

Evaluación de calidad del registro⁶

Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoria de Gestión Clínica⁶.

2.1.3.4 La historia Clínica

Es uno de los elementos fundamentales para el trabajo médico, y es la pieza clave en toda auditoría de servicios de salud. Es importante por cuanto contiene datos acerca de lo que se ha encontrado en un paciente, lo que se ha pensado y lo que se ha hecho por su atención ^{32,33}.

Es el instrumento más útil para valorar la calidad de atención brindada a los pacientes pues es la biografía médica/odontológica de ellos ^{34,35}, permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permiten al profesional de la salud plantear un diagnóstico clínico,

sindrómico o nosológico. La historia clínica es un documento con valor académico, asistencial y legal, que consigna una serie de datos clínicos referidos a una persona, con el propósito de determinar un diagnóstico correcto y, en consecuencia, el plan de tratamiento conveniente que pueda concluir en la intervención, medicación o tratamiento apropiado, pertinente y oportuno de la persona afectada³⁰.

La historia clínica odontológica

En el campo odontológico, la historia clínica debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de atención y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas del componente bucal de la salud de cada persona. Se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas a la prevención, recuperación, y rehabilitación³⁶.

En odontología, la historia clínica es considerada como un documento básico y obligatorio para tener una atención de calidad hacia nuestros pacientes y debe ser apreciada como una guía para una mejor identificación de los problemas de la salud bucal de cada persona, de manera integral³⁷.

La historia clínica es fundamental para el Odontólogo; ya que, contiene datos acerca del diagnóstico y plan de tratamiento. Es un documento muy útil para poder valorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes, ya que tiene importancia en el ámbito académico, asistencial y legal. Posee información no solo del paciente, sino también de los antecedentes familiares, con el objetivo de lograr un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento que sea conveniente para el paciente³⁷.

La evaluación del llenado de las historias clínicas en Odontología es de vital importancia para conocer la calidad de la atención odontólogo-paciente y en la interrelación entre los diferentes niveles de atención³⁷.

Si los datos que se anotan en las historias clínicas son incorrectas, incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados con el paciente y la comunicación entre profesionales; ya que es difícil corroborar cuales han sido los cambios

significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa ^{38,39}.

2.1.4 Marco conceptual

- **Auditoría de la calidad de la atención en salud.**- Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo⁶.

- **Auditoría en salud.**-Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada⁶.

- **Calidad de la atención.**- Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes⁶.

- **Evaluación de calidad del registro.**- Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica⁶.

- **Establecimiento de salud.**- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas⁶.

- **Historia clínica (HC).**- Es el documento médico legal, en el que se 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 de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente⁶.

2.2 Variables

2.2.1 Tipos de variables

Variable de la investigación (Cualitativa) ⁴⁰

- Calidad de registro de historias clínicas odontológicas

Dimensiones:

A. Anamnesis

- Filiación
- Antecedentes
- Enfermedad actual

B. Examen clínico

C. Plan de trabajo

D. Exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica

E. Diagnósticos

F. Apreciación del caso

G. Tratamiento

H. Consentimiento informado

I. Indicación de alta básica odontológica

J. Atributos de la historia clínica

Covariables

Indicadores

- Semestre VII: Clínica estomatología rehabilitadora del adulto I

- Semestre VIII: Clínica estomatología rehabilitadora del adulto II

Ver operacionalización de variables, Anexo N° 01

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Se empleó el Método observacional⁴⁰. Específicamente la observación estructurada documentada, porque se hizo uso de una ficha de verificación con datos generales y con las dimensiones correspondientes a la calidad de registro de historias clínicas odontológicas de la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.

3.2 Tipo y nivel de investigación

Según su naturaleza la investigación es de tipo básica, por el periodo de secuencia de estudios es de tipo transversal retrospectiva y según el nivel es descriptiva.⁴¹

3.3 Diseño de la investigación

Se realizó un diseño no experimental, descriptivo transversal de 82 historias clínicas integrales de las clínicas estomatológicas rehabilitadoras del adulto I y II de la clínica estomatológica.

3.4 Población de estudio

La población de estudio fue constituida por 82 historias clínicas integrales de las clínicas estomatológicas rehabilitadoras del adulto I y II de la clínica estomatológica, llenadas por los estudiantes de VII y VIII ciclo pertenecientes a la clínica estomatológica de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, que fueron registradas durante los semestres académicos 2015-I, 2015-II, 2016-I, 2016-II y 2017-I, en los componentes curriculares de Clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I I y II.

3.5 Muestra

El muestreo fue no probabilístico e incluirá la totalidad de las historias archivadas, es decir serán 82 historias clínicas integrales, por lo que se considera un diseño de muestreo censal que fueron registradas durante los semestres académicos 2015-I, 2015-II, 2016-I, 2016-II y 2017-I, en los componentes

curriculares de Clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I I y II. Y para el registro de la evaluación se utilizó el instrumento presentado en la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2, que considera como “satisfactorio”, “por mejorar” y “deficiente” la evaluación de dichas historias clínicas⁶.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN		
Semestre académico	N° de historias clínicas integrales: clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I	N° de historias clínicas integrales: clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II
2015-I	20	0
2015-II	3	11
2016-I	0	0
2016-II	2	26
2017-I	22	0
Total	45	37
Fuente: Base de Datos – Escuela Profesional de Estomatología UFR		

Criterios de inclusión

- Historia clínica integral perteneciente al archivo de la Clínica odontológica de la Universidad Privada de Huancayo.
- Historia clínica integral, registrada durante los semestres académicos 2015-I, 2015-II, 2016 -I, 2016-II y 2017-I.
- Historia clínica integral correspondiente a los componentes curriculares de clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II.
- Historia clínica integral que tenga el visto de bueno de estar culminada, por parte del docente responsable del área clínica.

Criterios de exclusión

- Historia clínica integral, que no tenga el visto bueno del docente responsable de la clínica respectiva que indique de estar culminada.

- Historias clínicas de componentes curriculares de otras asignaturas.
- Fichas clínicas de tratamientos de urgencia.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Técnica

La técnica fue la observación, que hace uso de los sentidos para extraer de la realidad las características de interés de la variable de estudio (43).

- Instrumento

El instrumento utilizado fue la ficha de observación y verificación.

Ficha técnica del instrumento

- Autor: propuesta por el ministerio de salud, a través de la resolución ministerial N° 502-16/MINSA, en su formato de auditoría de la calidad de atención de odontología, de la NTS N029-MINSA/DIGEPRES-V.O2. Con una mínima adaptación por parte de los autores de la investigación: bachilleres en estomatología, Carbajal Dionicio Luis David, y Samaniego Torres Elvira Magaly para ser aplicada a la clínica estomatológica de la universidad (datos generales de las historias clínicas que fueron evaluadas), por lo que se considera la utilización idéntica de la ficha de verificación del MINSA.

- Características

El formato consta de 10 indicadores, con sus respectivos ítems:

A. Anamnesis

- Filiación (14 ítems): Nombres y apellidos del paciente, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, edad, sexo, domicilio actual, domicilio de procedencia, documento de identidad, estado Civil, grado de instrucción, ocupación, religión, nombre del padre, madre o apoderado y teléfono / correo electrónico

- Antecedentes (7 ítems): Antecedentes generales, antecedentes fisiológicos, antecedentes inmunológicos, antecedentes patológicos, antecedentes familiares, antecedentes epidemiológicos, antecedentes ocupacionales.

- Enfermedad actual (06 ítems): Fecha y Hora de atención, motivo de la consulta, tiempo de enfermedad, síntomas principales

B. Examen clínico

C. Plan de trabajo

K. Exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica

L. Diagnósticos

M. Apreciación del caso

N. Tratamiento

O. Consentimiento informado

P. Indicación de alta básica odontológica

Q. Atributos de la historia clínica

3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación

Los datos obtenidos a través de las fichas de verificación permitieron la elaboración de bases de datos. Para su procesamiento se utilizó los paquetes de programas SPSS V.20. Las variables cualitativas se midieron mediante frecuencias absolutas y relativas, y los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados de la variable de estudio

A continuación se analizan los resultados obtenidos en la presente investigación siguiendo los objetivos planteados. Se utilizó la ficha de verificación de la calidad de atención odontológica, que está constituido por 10 dimensiones en una escala de valores: deficiente, por mejorar y satisfactorio.

Para la construcción y posterior lectura de los cuadros, tablas y figuras correspondientes a las frecuencias de los puntajes de la variable calidad de registro de historias clínicas odontológicas, se realizó también el procesamiento de los niveles existentes para cada dimensión. Los mismos que se aprecian a continuación:

Cuadro N° 01.
Niveles de las variables de investigación

Calificación	Variable	CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
Deficiente		< 60%
Por mejorar		60-89%
Satisfactorio		90-100%

Fuente: Baremos existentes en los instrumentos de investigación

4.1.1. Resultados descriptivos de la variable calidad de registro de historias clínicas odontológicas

A continuación, se aprecia la distribución de frecuencias del total de puntajes de la variable calidad de registro de historias clínicas odontológicas.

Tabla 1

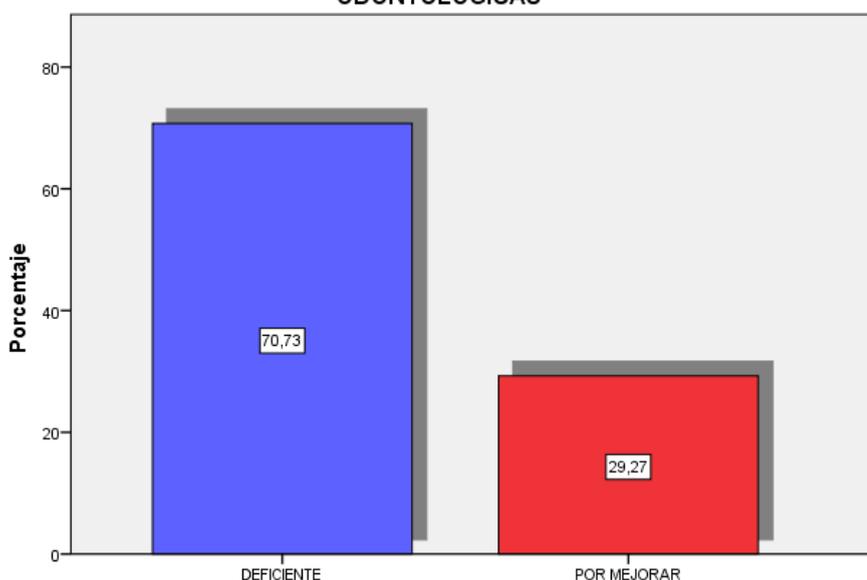
VARIABLE CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEFICIENTE	58	70,7	70,7	70,7
	POR MEJORAR	24	29,3	29,3	100,0
Total		82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 1

VARIABLE CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS



De la tabla 1 y gráfico 1, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "deficiente" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 70.7% de la muestra, equivalente a 58 datos, mientras que "por mejorar" significa el 29.3% con 24 datos.

4.1.2. Resultados descriptivos de las dimensiones

4.1.2.1. Resultados de la dimensión anamnesis

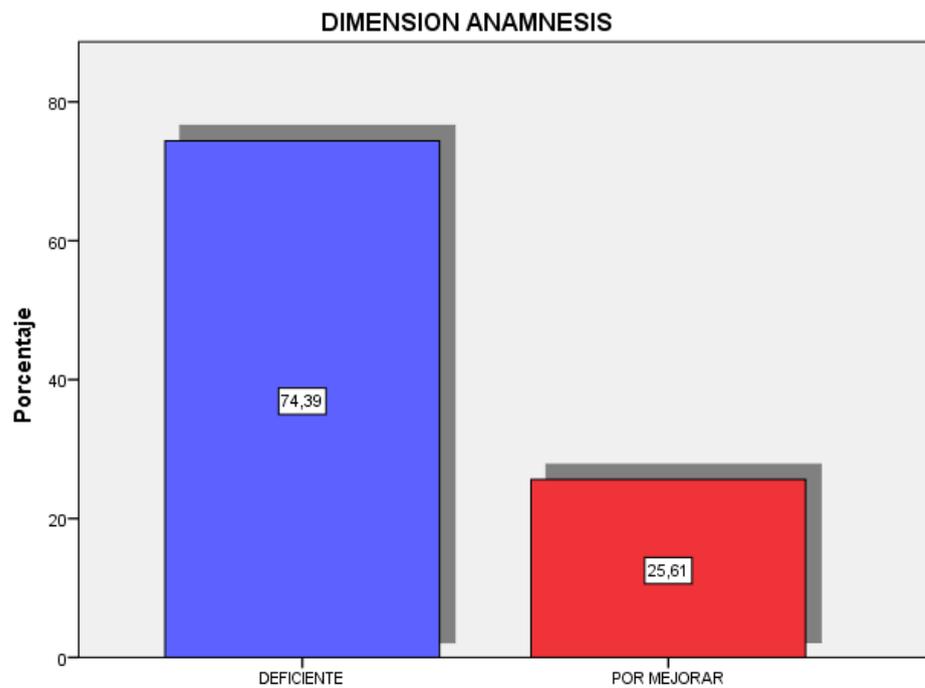
**Tabla 2
DIMENSION ANAMNESIS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEFICIENTE	61	74,4	74,4	74,4

POR MEJORAR	21	25,6	25,6	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 2



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 2 y gráfico 2, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "deficiente" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 74.4% de la muestra, equivalente a 61 datos, mientras que "por mejorar" significa el 25.6% con 21 datos.

4.1.2.2. Resultados de la dimensión examen clínico

Tabla 3

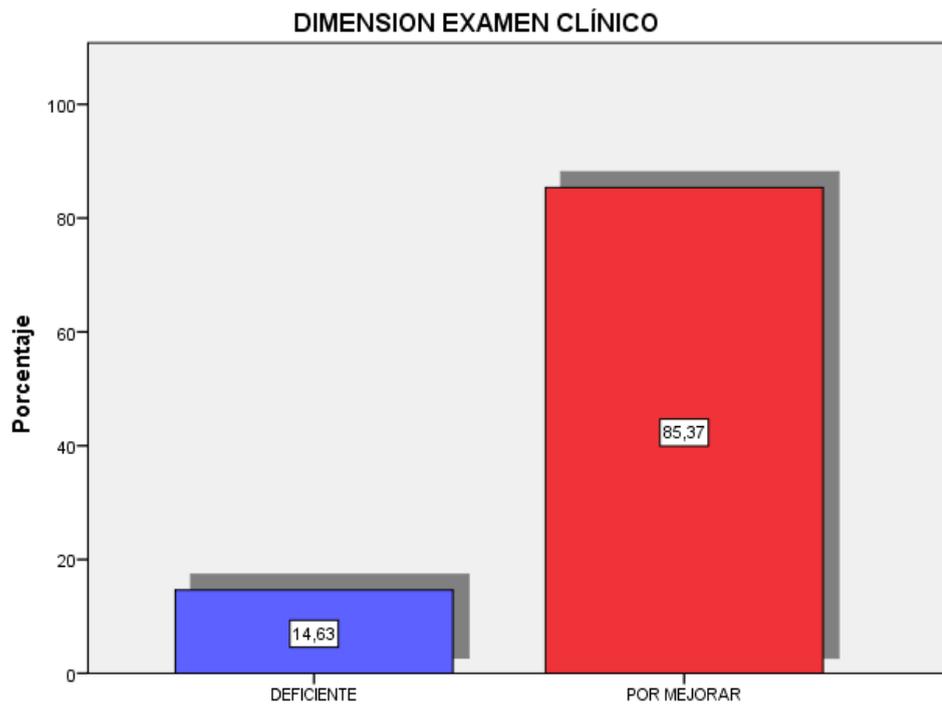
DIMENSION EXAMEN CLÍNICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DEFICIENTE	12	14,6	14,6	14,6
Válidos POR MEJORAR	70	85,4	85,4	100,0

Total 82 100,0 100,0

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 3



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 3 y gráfico 3, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "por mejorar" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 85.4% de la muestra, equivalente a 70 datos, mientras que "deficiente" significa el 14.6% con 12 datos.

4.1.2.3. Resultados de la dimensión plan de trabajo

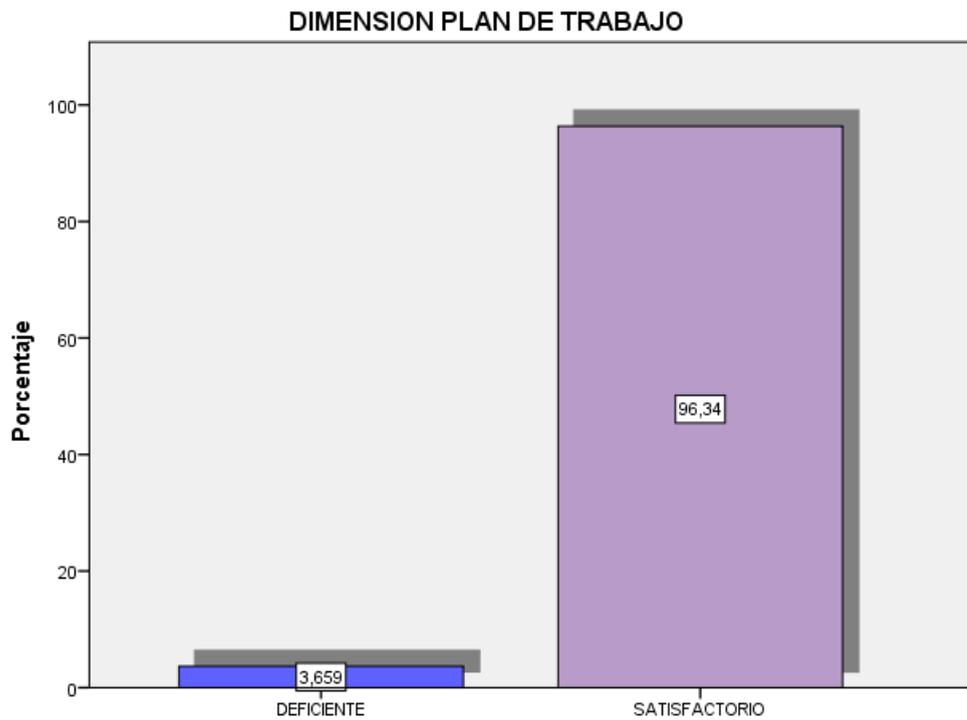
**Tabla 4
DIMENSION PLAN DE TRABAJO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DEFICIENTE	3	3,7	3,7	3,7

SATISFACTORIO	79	96,3	96,3	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 4



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 4y gráfico 4, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "satisfactorio "es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 96.3% de la muestra, equivalente a 79 datos, mientras que "deficiente" significa el 3.7% con 3 datos.

4.1.2.4. Resultados de la dimensión exámenes auxiliares e interconsultas

Tabla 5

DIMENSION EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA

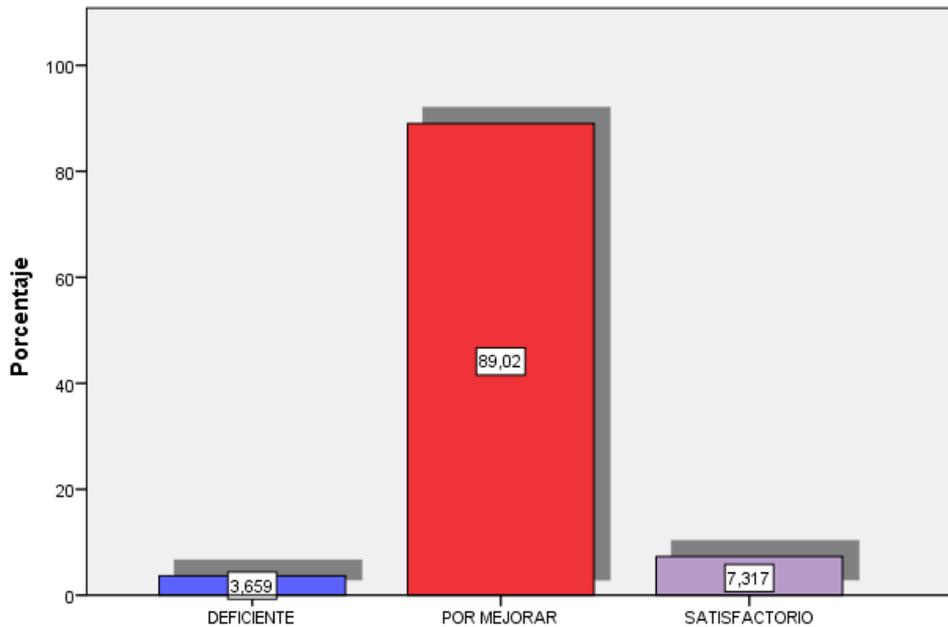
Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	DEFICIENTE	3	3,7	3,7	3,7
	POR MEJORAR	73	89,0	89,0	92,7
	SATISFACTORIO	6	7,3	7,3	100,0
Total		82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 5

DIMENSION EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 5 y gráfico 5, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "por mejorar" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 89% de la muestra, equivalente a 73 datos, mientras que "deficiente" es la de menor presencia significando el 3.7% con 3 datos, y "satisfactorio" significa el 7.3% con 6 datos.

4.1.2.5. Resultados de la dimensión

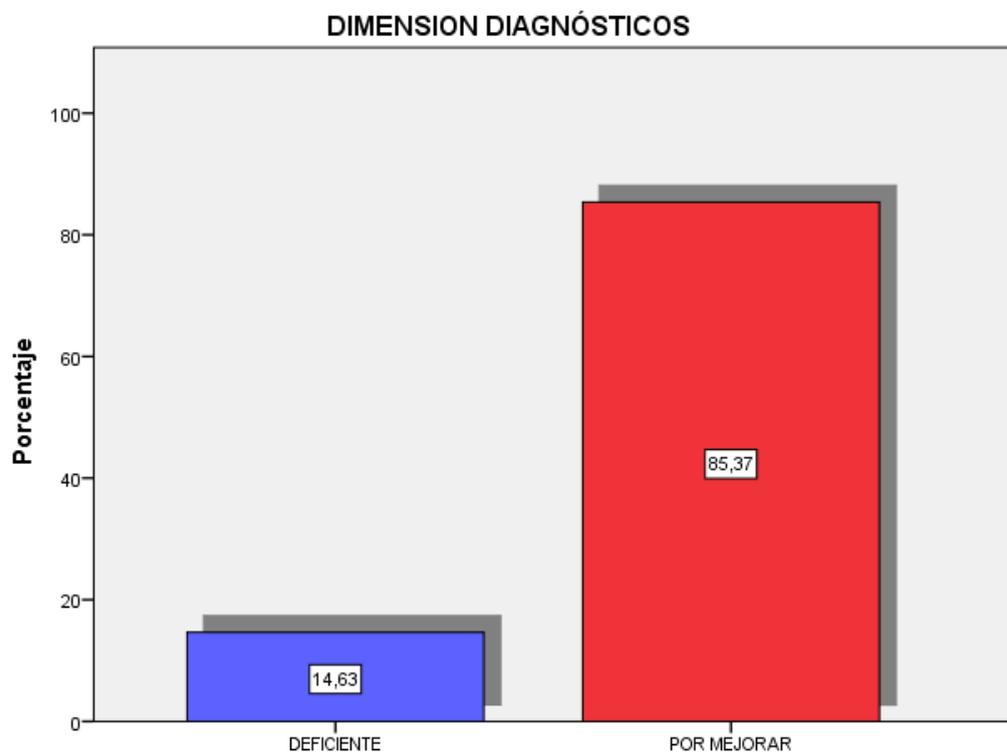
Tabla 6
DIMENSION DIAGNÓSTICOS

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
------------	------------	-------------------	----------------------

	DEFICIENTE	12	14,6	14,6	14,6
Válidos	POR MEJORAR	70	85,4	85,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 6



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 6 y gráfico 6, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "por mejorar" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 85.4% de la muestra, equivalente a 70 datos, mientras que "deficiente" significa el 14.6% con 12 datos.

4.1.2.6. Resultados de la dimensión apreciación del caso

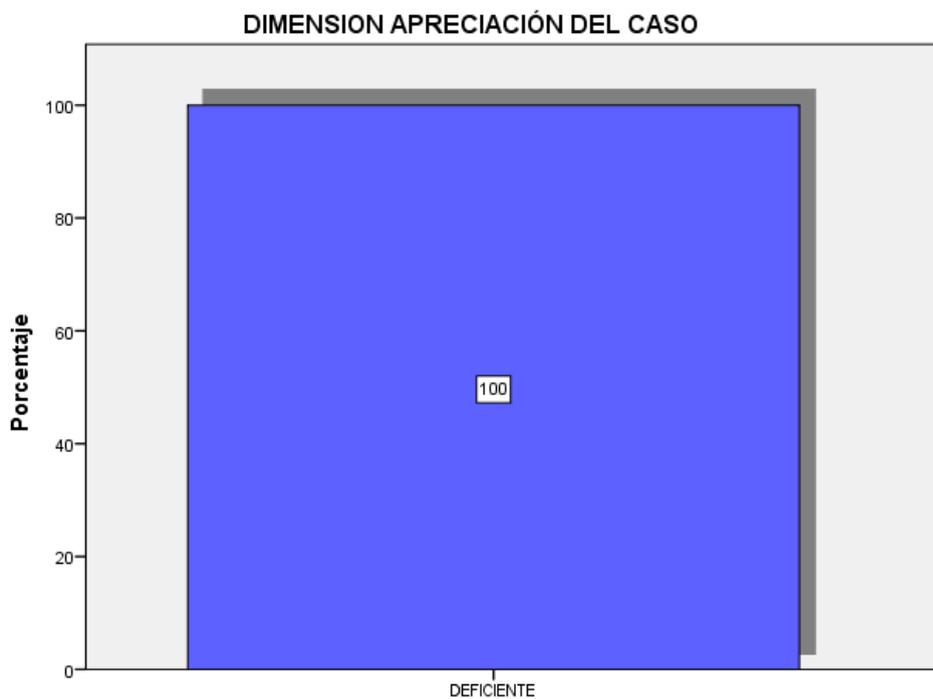
Tabla 7
DIMENSION APRECIACIÓN DEL CASO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válidos	DEFICIENTE	82	100,0	100,0	100,0
---------	------------	----	-------	-------	-------

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 7



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 7 y gráfico 7, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa “deficiente” es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 100% de la muestra, equivalente a 82 datos.

4.1.2.7. Resultados de la dimensión tratamiento

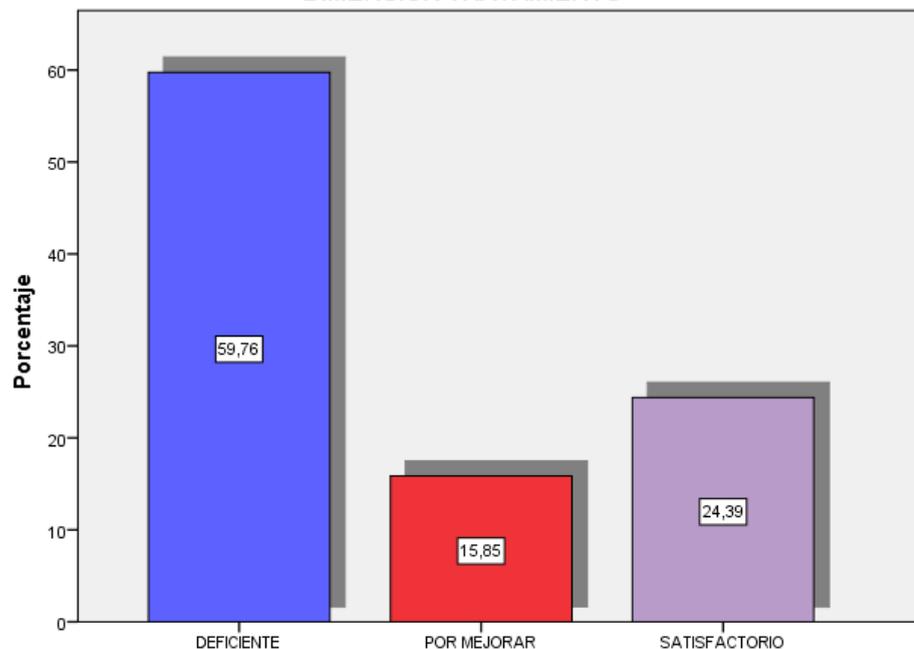
Tabla 8
DIMENSION TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEFICIENTE	49	59,8	59,8	59,8
POR MEJORAR	13	15,9	15,9	75,6
SATISFACTORIO	20	24,4	24,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 8

DIMENSION TRATAMIENTO



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 8 y gráfico 8, se puede deducir que de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "deficiente" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 59.8% de la muestra, equivalente a 49 datos, mientras que "satisfactorio" significa el 24.4% con 20 datos, y "por mejorar" es la de menor presencia significando el 15.9% con 13 datos.

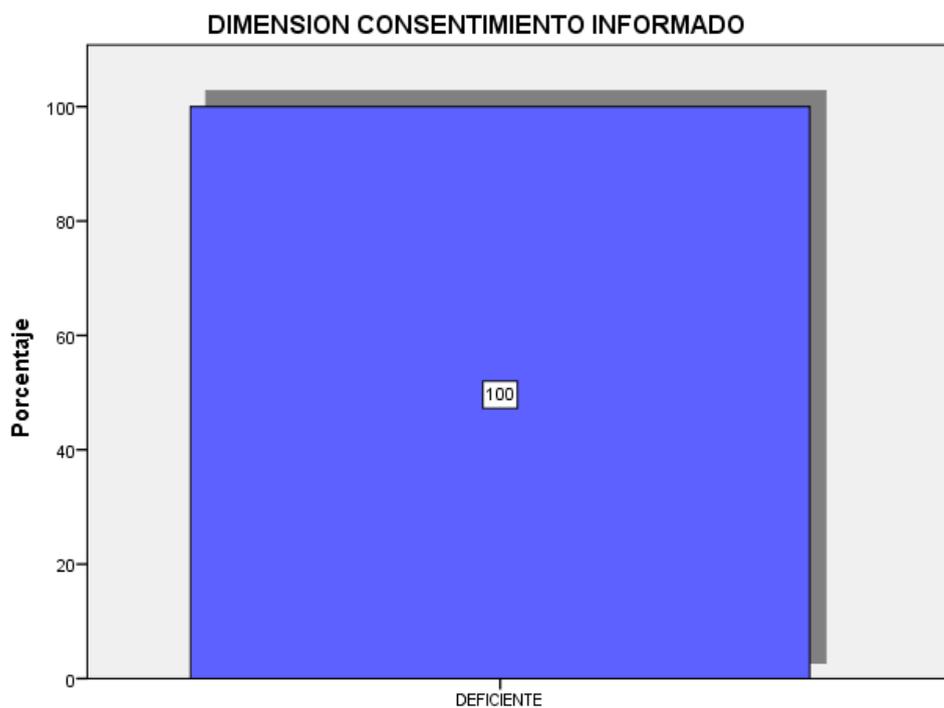
4.1.2.8. Resultados de la dimensión consentimiento informe

Tabla 9
DIMENSION CONSENTIMIENTO INFORMADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEFICIENTE	82	100,0	100,0	100,0

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 9



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 9 y gráfico 9, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa “deficiente” es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 100% de la muestra, equivalente a 82 datos.

4.1.2.9. Resultados de la dimensión alta básica odontológica

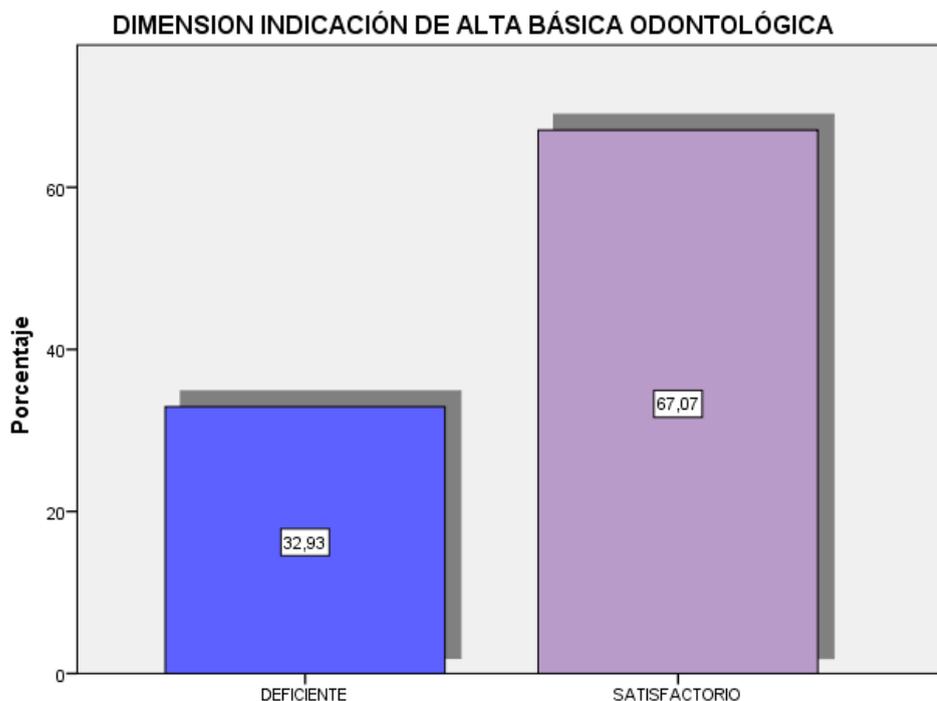
Tabla 10

DIMENSION INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEFICIENTE	27	32,9	32,9	32,9
Válidos SATISFACTORIO	55	67,1	67,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 10



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 10 y gráfico 10, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "satisfactorio" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 67.1% de la muestra, equivalente a 55 datos, mientras que "deficiente" significa el 32.9% con 27 datos.

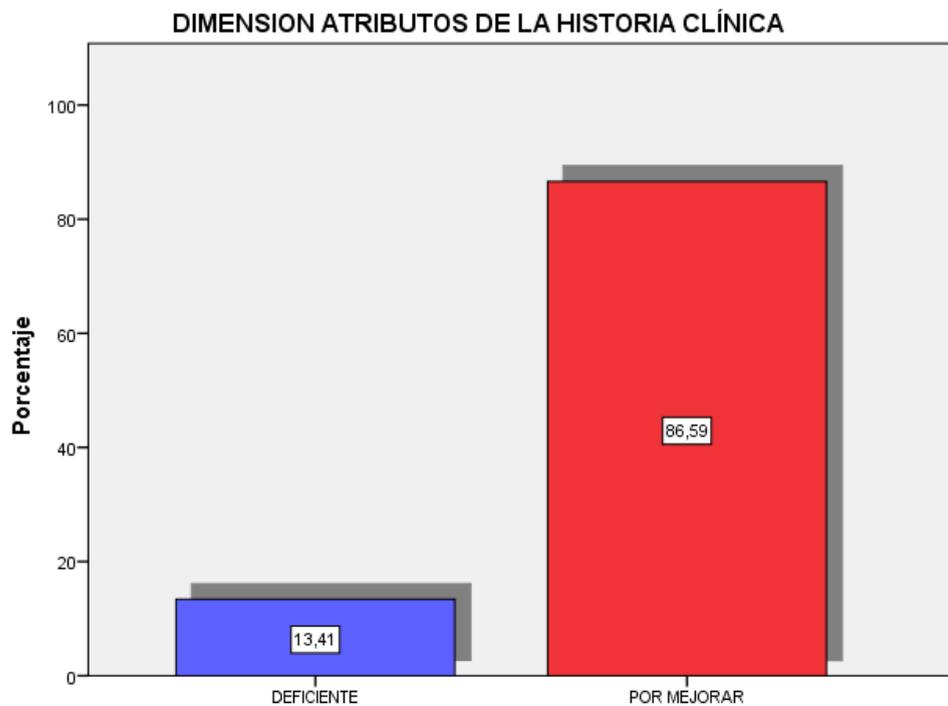
4.1.2.10. Resultados de la dimensión

Tabla 11
DIMENSION ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEFICIENTE	11	13,4	13,4	13,4
Válidos POR MEJORAR	71	86,6	86,6	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 11



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 11 y gráfico 11, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la alternativa "por mejorar" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 86.6% de la muestra, equivalente a 71 datos, mientras que "deficiente" significa el 13.4% con 11 datos.

4.1.3. Resultados Complementarios: de los datos generales

A continuación, se aprecia la distribución de frecuencias de los datos generales.

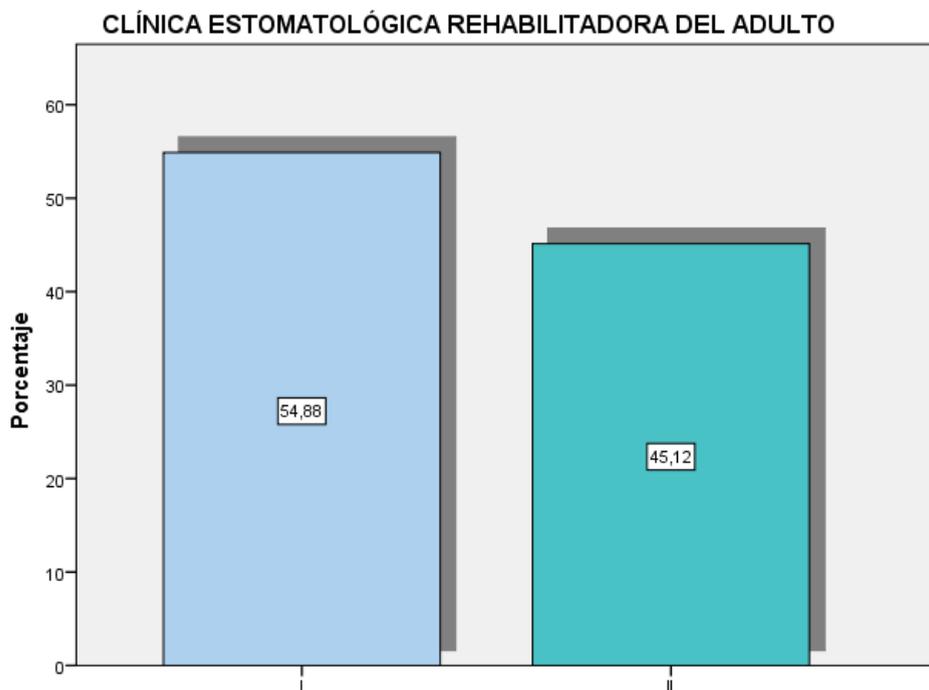
Tabla 12

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA REHABILITADORA DEL ADULTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
I	45	54,9	54,9	54,9
Válidos II	37	45,1	45,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 12



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 12 y gráfico 12, de las 82 historias clínicas, se puede observar que la mayoría pertenece al curso de clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I, en cuanto a los puntajes representa el 54.9% de la muestra, equivalente a 45 datos, mientras que al

curso de clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II pertenecen el 45.1% con 37 datos.

4.1.4. Resultados de tablas de referencia cruzada

4.1.4.1. Tabla de contingencia

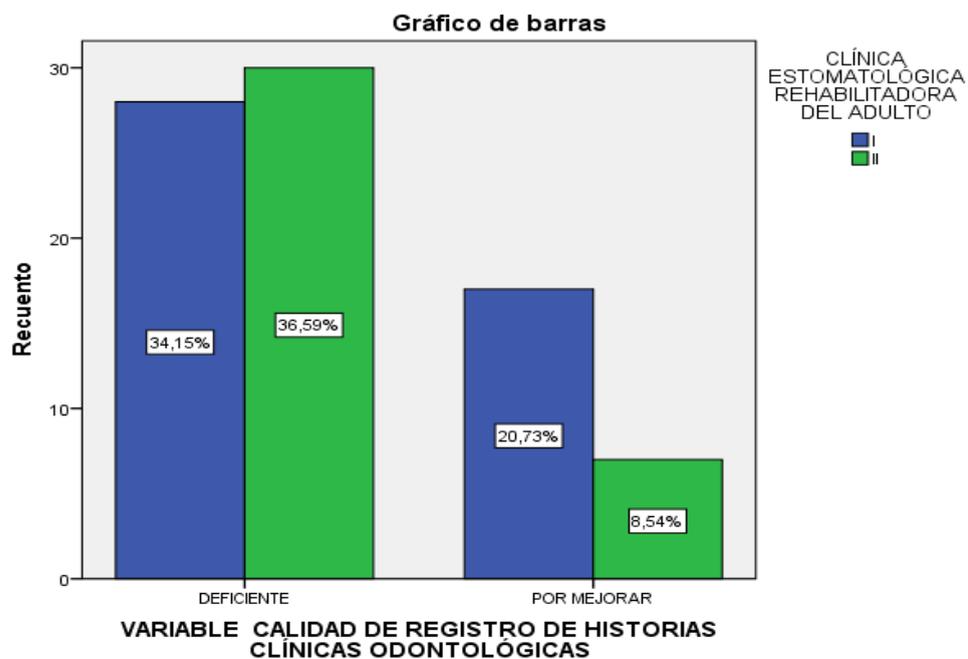
Tabla 13

Tabla de contingencia VARIABLE CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS * CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA REHABILITADORA DEL ADULTO

Recuento		CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA REHABILITADORA DEL ADULTO		Total
		I	II	
VARIABLE CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS	DEFICIENTE	28	30	58
	POR MEJORAR	17	7	24
Total		45	37	82

Fuente: aplicación del instrumento de investigación

GRÁFICO N° 13



Fuente: aplicación del instrumento de investigación

Interpretación:

De la tabla 13 y gráfico 13, de las 82 historias clínicas la de mayor presencia es “deficiente” y pertenecen a la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II, en cuanto a los puntajes representa el 36.6% de la muestra, equivalente a 30 datos, mientras que “por mejorar” representa el 20.7% de la muestra, equivalente a 17 datos, y pertenecen a la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Después del análisis de los resultados de las pruebas estadísticas realizadas y de la interpretación de estos mismos, se presenta la siguiente discusión:

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define la calidad, en su primera acepción, como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”¹⁴. Calidad para la presente investigación es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la historia clínica de odontología⁶.

Desde siempre, la Odontología como profesión se ha esforzado en proporcionar a la población un servicio de la más alta calidad. El control de calidad podría ser el vehículo utilizado por los dentistas para probarse a sí mismos y a sus pacientes, su capacidad para afrontar este desafío¹⁶.

En primer término, respecto al objetivo general, que dice: describir la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII

semestre académico, de los años 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016.

Se encontró según la tabla 1 y gráfico 1, de las 82 historias clínicas revisadas que el 70.7% de la muestra resulta calificada como "deficiente", resultando la de mayor presencia en el presente estudio, y solo un 29.3% se encuentra "por mejorar", mientras que con la calificación "satisfactorio" no se encontró porcentaje alguno.

Estos resultados encontrados tiene similitud con lo señalado por Vega A. (2017)⁷, en el trabajo de titulación denominado: evaluación de las Historias Clínicas del ministerio de Salud Pública. Trabajó con una muestra de 167 historias clínicas donde se evaluaron 12 variables basándose en el formulario 033 del MSP. En los resultados hallaron que el 13% de las historias clínicas son llenadas correctamente, el 84% tienen errores y únicamente el 3% de las historias se encuentra incompleto. Aunque cabe mencionar que en este estudio se encontró por lo menos un 13% de historias correctas, en cambio en la presente investigación realizada no se halló ninguna historia con la calificación de "satisfactorio".

También se encontró similitud en el estudio de Riondet B. (2007)⁹, en la tesis: evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del hospital interzonal general de agudos Gral. San Martín de La Plata. Trabajó con una muestra representativa de las 89 Historias clínicas auditadas. Por lo que concluyeron que ninguna cumplió con el 100 % de los criterios, el puntaje promedio fue de 49,8% con un rango entre 34-58 puntos.

Del mismo modo Manrique J, et al. (2014)¹¹, en el trabajo de investigación denominado: evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Tomaron una muestra de 140 historias clínicas. Tuvieron como resultados, que más del 45% de las historias clínicas auditadas en dicha investigación tenían deficiencias en el registro o llenado de los datos.

Por último Zafra J, et al. (2013)¹², en el trabajo de investigación denominado: calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del

Callao, Perú 2013, trabajaron con una muestra de 91 historias clínicas de consulta externa. Los resultados que hallaron fue que el 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. Cabe resaltar que en este estudio el autor halló aprox. un 15% calificado como aceptable, resultado que difiere con la presente investigación.

En segundo término, respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión anamnesis, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017.

Se encontró de la tabla 2 y gráfico 2, de las 82 historias clínicas, en la dimensión anamnesis, que el 74.4% es calificado como "deficiente" y un 25.6% "por mejorar". Estos resultados encontrados, difieren de lo señalado por Vega A. (2017)⁷, quien comprobó que la anamnesis del paciente se realiza de manera completa en un 72.2%, parcialmente completo 17.4% y de manera incompleta 10.6%.

También difiere con lo señalado por Ortiz M. Sepulveda M. (2008)⁸ en la tesis Evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral Ciso Ltda. Trabajaron con un total de 158 historias clínicas electrónicas (HCE), correspondientes al segundo semestre del 2008. Los resultados reflejaron que los ítems de fecha de nacimiento y edad, contemplan el 24% de las HCE odontológicas con errores, es decir el 23% restante de las HCE con errores se distribuye de manera muy equitativa entre los ítems apellido completo, nombre completo y estado civil, respectivamente. Cabe aclarar que en esta sección se encontró el 53% de HCE sin errores.

Dentro del ítem teléfono de domicilio se encontró el 16% de las HCE con errores, seguido de nombre del acompañante y teléfono del responsable, cada uno con un 6% de HCE con errores. Dentro de esta sección se encontró el 72% de las HCE odontológicas sin errores.

Así mismo Riondet B. (2007)⁹ quien destaca que se hallaron porcentajes pobres en su estudio en algunos criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 46%. Se observaron porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en los siguientes criterios: Identificación del Paciente, Edad y Sexo. Dicho estudio difiere con lo señalado por la presente investigación, en algunos ítems que están dentro de la anamnesis (filiación) alcanzan un 90% de cumplimiento. Y a su vez tiene cierta similitud de los resultados hallados en algunos ítems en la anamnesis (antecedentes, enfermedad actual).

Respecto al objetivo específico que dice: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión examen clínico, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. Se encontró de la tabla 3 y gráfico 3, de las 82 historias clínicas revisadas, que el 85.4% están dentro de la calificación "por mejorar" y el 14.6% "deficiente".

Estos resultados encontrados difieren de lo señalado por Vega A. (2017)⁷. Quien encontró en un 42.3% completo, 2,3% parcialmente incompleto y un 11% incompleto. Ya que en la presente investigación no se encontró ninguna historia en la dimensión examen clínico con la calificación de "satisfactorio".

Por otra parte tienen similitud con los resultados señalado por Manrique J, et al. (2014)¹¹, quien resalta tres aspectos, que se registran entre 84% y 86% (número de historia, cuestionario de salud y examen estomatológico), cuatro aspectos registran entre 94% y 98% (fecha de ingreso, asignación de operador, odontograma y filiación).

Respecto al objetivo específico que menciona: Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión plan de trabajo, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017.

Se encontró de la tabla 3 y gráfico 3, que el 85.4% se encuentran dentro de la calificación “por mejorar”, y el 14.6% se encuentra "deficiente".

Estos resultados tienen similitud de lo señalado por Riondet B. (2007)⁹, quien destaca que el porcentaje es mayor al 90 % en los siguientes criterios: Detalle de Plan de Estudios Inicial y Planteo Terapéutico Inicial.

Del mismo modo Zafra J, et al. (2013)¹², refiere que la frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo el plan de trabajo una de las variables que se encontraban registrados en más del 90%.

Respecto al objetivo específico que menciona: Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. Se encontró de la tabla 5 y gráfico 5, de las 82 historias clínicas, se puede observar que con la calificación “por mejorar” es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 89% de la muestra, mientras que "deficiente" es la de menor presencia significando el 3.7%, y “satisfactorio” significa el 7.3%.

Los resultados encontrados respecto a este objetivo nos reflejan que los estudiantes de la clínica estomatológica llenaron los datos correspondientes a esta dimensión de forma regular el cual se encuentra más cercana a lo “satisfactorio”. Y solo un bajo porcentaje se encuentran “deficiente”.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión diagnósticos, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. De la tabla 6 y gráfico 6, se encontró que el 85.4% se encuentra dentro de la calificación “por mejorar”, mientras que el 14.6% se encuentra "deficiente".

Estos resultados tienen similitud con lo señalado por Riondet B. (2007)⁹, quien refiere que presenta porcentajes de cumplimiento mayores al 90 % en Impresión Diagnóstica. E igualmente con Zafra J, et al. (2013)¹², quien en su estudio refiere que el diagnóstico registrado en las historias clínicas fue “aceptable” con un porcentaje del 90%.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión apreciación del caso, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. De la tabla 7 y gráfico 7, se encontró que de las 82 historias clínicas, la calificación “deficiente” es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 100% de la muestra, equivalente a 82 datos.

Estos resultados hallados en el presente estudio nos dan a conocer que todos los estudiantes omiten esta parte importante en la estructura de la Historia clínica, puesto que los resultados nos arrojan un porcentaje negativo.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión tratamiento, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017.

De la tabla 8 y gráfico 8, se encontró que el 59.8% se encuentra en la calificación “deficiente”, el 24.4% "satisfactorio", y solo el 15.9% “por mejorar”.

Estos resultados encontrados difieren de lo señalado por Manrique J, et al. (2014)¹¹, quien destaca que se registraron al 100% la (evolución del tratamiento) del total de historias clínicas auditadas en su estudio. Igual difieren de lo señalado por Zafra J, et al. (2013)· quien resalta que se obtuvo más del 90 % “aceptable” a los datos consignados sobre tratamiento en las historias clínicas revisadas.

La diferencia que existe entre los resultados hallados en el presente estudio en comparación con los otros es marcada, lo cual se podría explicar porque los estudiantes están aún en proceso de aprendizaje y omiten llenar datos importantes consignados en la historia clínica.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión consentimiento informado, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. De la tabla 9 y gráfico 9, se encontró que de las 82 historias clínicas, el 100% se encuentran dentro de la calificación "deficiente".

Estos resultados tienen similitud con lo mencionado por Riondet B. (2007) los resultados reflejan con 0% el cumplimiento del consentimiento informado.

Pero a su vez estos resultados difieren con lo encontrado por Ortiz M. Sepulveda M. (2008)⁸, quienes hallaron el 31% del consentimiento informado con errores, mostrando una gran representatividad frente a las HCE sin errores, cuyo porcentaje fue del 54%.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión indicación de alta básica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017.

De la tabla 10 y gráfico 10, se observa que de las 82 historias clínicas, la calificación "satisfactorio" es la de mayor presencia, en cuanto a los puntajes representa el 67.1% de la muestra, mientras que "deficiente" significa el 32.9%.

Estos resultados se pueden deber a dentro del desarrollo de la clínica, algunos estudiantes no concluyen con lo planificado para sus pacientes debido a factores externos y/o internos.

Respecto al objetivo específico que menciona: identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica

estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión atributos de la historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017. De la tabla 11 y gráfico 11, se encontró que de las 82 historias clínicas, el 86.6% están dentro de la calificación “por mejorar” y el 13.4% es “deficiente”.

Estos resultados encontrados difieren de lo señalado por Riondet B. (2007)⁹, quien en sus resultados halló el 96 % de cumplimiento en este criterio que evalúa legibilidad y veracidad. Sin embargo se encontró similitud con Zafra J, et al. (2013)¹², quien menciona que un gran número de historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención (45%) y letra legible (32%), y son estos ítems importantes, puesto que la historia clínica es un documento médico legal.

Respecto al último objetivo específico que menciona: comparar los niveles de calidad del registro de datos en las historias clínicas odontológicas, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, correspondientes a los semestres académicos VII Y VIII para conocer el cumplimiento de las mismas.

De la tabla 13 y gráfico 13, se encontró que de las 82 historias clínicas, el 36.6% de la muestra se encuentra en la calificación “deficiente” y pertenecen a la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II, mientras que “por mejorar” representa el 20.7% y pertenecen a la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I. Estos resultados pueden deberse a que los estudiantes del VII semestre al estar iniciándose en la atención a los pacientes suelen ser más minuciosos y evitan omitir aspectos de la historia, en cambio los estudiantes de la clínica II tienen un record mayor en otras especialidades, por lo tanto le dan menos interés al llenado de la historia clínica integral y mayor énfasis a otras áreas.

Como se observa los resultados tienen similitud y a su vez difieren de lo obtenido por otros estudios, sin embargo podemos darnos cuenta que se hallaron mayor porcentaje dentro de la calificación “deficiente”, seguido de la calificación

“por mejorar”, mientras “satisfactorio” representa un menor porcentaje en el total de historias clínicas estomatológicas revisadas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 70.7% "deficiente", y 29.3% "por mejorar", evaluadas con la Norma técnica de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016.
2. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión anamnesis, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 74.4% "deficiente" y 25.6% "por mejorar".
3. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión examen clínico, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 85.4% "por mejorar" y 14.6% "deficiente".
4. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión plan de trabajo, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 96.3% "satisfactorio" y 3.7% "deficiente".

5. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión exámenes auxiliares e interconsultas, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 89% "por mejorar", "deficiente" un 3.7%, y el 7.3% "satisfactorio".
6. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión diagnósticos, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 85.4% "por mejorar" y 14.6% "deficiente".
7. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión apreciación del caso, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es "deficiente" en un 100%.
8. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión tratamiento, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 59.8% "deficiente", "satisfactorio" el 24.4%, y 15.9% "por mejorar".
9. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión consentimiento informado, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII

semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 100% "deficiente".

10. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión indicación de alta básica odontológica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 67.1% "satisfactorio" y 32.9% "deficiente".
11. La calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, en la dimensión atributos de la historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, de los años 2015 al 2017, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, es 86.6% "por mejorar" y 13.4% "deficiente".
12. La calidad del registro de datos de las historias clínicas odontológicas, comparando la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II es "deficiente" en 36.6% en la clínica I y 34% en la clínica II. Y en la condición de "por mejorar es del 8.5% en la clínica II, y del 20.7% en la clínica I.

CAPÍTULO VII
RECOMENDACIONES

- Los resultados reflejan la realidad de una problemática en cuanto al incumplimiento de algunos aspectos de la historia clínica, por lo que de manera general se sugiere tener un mayor compromiso entre los docentes, responsables de clínica y los mismos estudiantes en el cumplimiento más estricto que todos los elementos de la HC, lo que permitiría brindar una atención de calidad a nuestros pacientes y sobretodo respetando los aspectos legales de la historia clínica.
- Se recomienda a los estudiantes, registrar los datos en las historias clínicas sin omitir ninguno, porque es un documento médico legal, y se sabe que cuando una historia clínica está correctamente rellena, suministra al profesional hechos importantes que ayudan a realizar un buen diagnóstico y establecer un tratamiento más adecuado y eficaz.
- Se recomienda a los docentes encargados de las respectivas clínicas tener más control al momento de revisar el registro de las historias clínicas para disminuir la cantidad de datos erróneos.
- Se recomienda a los estudiantes, no omitir el consentimiento informado, porque ahí el paciente expresa voluntariamente su participación después de haber comprendido la información que se le ha dado sobre los beneficios y posibles riesgos del tratamiento, y así evitar reclamos posteriores.
- Se recomienda a las autoridades considera la implementación de un ambiente específico para guardar, conservar y sistematizar las historias clínicas, de las diferentes clínica y ciclos académicos

- Se recomienda al director de la escuela profesional y a los docentes en general evaluar la posibilidad de reestructurar el formato de las historias clínicas en función de lo estipulado en la normativa del MINSA (Norma técnica de auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NT N° 029-MINSA/ DGSP-V.01), considerado en el presente estudio.
- Se recomienda para futuras investigaciones identificar los factores que ocasionan que el estudiante no cumpla con las normativas para el llenado de las Historias Clínicas durante su formación universitaria.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos JV y otros. (1998). Control de calidad asistencial como parte imprescindible del proceso educativo en odontología integrada de adultos. Revista de enseñanza Universitaria. Extraordinario, 611-612.
2. Hand JS, Reynolds WE. (1984). Dental record documentation in selected ambulatory case facilities. Public Health Rep, 99, 6, 583-590.
3. Oberbrecking PJ. (1993). The components of quality dental records. Dent Econ 83, 5, 29-38.
4. Chasteen JE, Cameron CA, Philips SL (1996). An audit system for assessing dental record keeping. J Dent Educ, 60, 12, 978-986.
5. Pollack BR, Waldman HB (1982). A risk management program for dental schools. J Dent Educ 46, 93-96.
6. Perú, Ministerio de Salud. Norma técnica de auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NT N° 029-MINSA/ DGSP-V.01. [Internet]. Lima: MINSA; [citado el 30 de junio de 2013]. Disponible en : http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/Auditoria/NT_Auditoria_029_MINSA_DGSP.pdf
7. Vega A. Evaluación de las Historias Clínicas del ministerio de Salud Pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B-2016. (Trabajo de titulación para la obtención del grado de odontóloga). Facultad de ciencias médicas carrera de odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2017.
8. Ortiz M. Sepulveda M. Evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral Ciso Ltda. Segundo semestre de 2008. Instituto de ciencias de la salud CES (Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Auditoría de Servicios de Salud) UNAB Facultad de medicina especialización auditoría en salud Bucaramanga – Colombia. 2008.
9. Riondet B. Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del hospital interzonal general de agudos gral. San Martín de La Plata. Tesis de maestría en salud pública establecimientos y servicios de atención médica. Universidad Nacional De La Plata Facultad de ciencias médicas. La Plata, 2007.
10. Martín MP. Ríos J. Auditoría de historias clínicas en odontología integrada de adultos. Un paso en el control de calidad. (Tesis para la formación de profesores

- noveles en odontología integrada de adultos. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. 2005.
11. Manrique J, Manrique J, Chávez B, Manrique C. Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Rev Estomatol Herediana. 2014 Ene-Mar; 24(1):17-23.
 12. Zafra J, Veramendi L, Villa N, Zapata M, Yovera E, Urbina G, Ayala R. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(4):714-28.
 13. Martín MP. Control de calidad en odontología integrada de adultos. auditoría de historias clínicas universidad de sevilla departamento de estomatología. (Tesis para optar el Grado de Doctor). Universidad de Sevilla. 2004.
 14. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
 15. Varo J. Del control de calidad a la calidad total. Med Clin (Barc) 1995; 104 (12): 461-462.
 16. Burakoff RP, Demby NA. Control de Calidad: perspectiva histórica y puntos importantes. En: Burakoff RP, Demby NA. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Control de calidad. Madrid: Emalsa, Interamericana; 1986. p 449-459.
 17. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Euroreports and Study Series N° 94. WHO, Copenhage 1985.
 18. Buitrago F, Alcaine F, Bullón B, Vega E, Vegas T, Cabrade J et. al. Evaluación de la calidad asistencial prestada a los pacientes diabéticos en tres centros de salud. Aten Primaria 1990; 7: 487-491.
 19. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. Aten Primaria 1995; 16 (2): 80-84.
 20. Donabedian A. La calidad de la asistencia. JANO 1989; 36: 103-110.
 21. Ureña V. La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. Rev Calidad y Riesgo 2001; 1 (1): 46-66.
 22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Funda. Quaterly 1966; 44: 166-206.

23. Feld S, Rizzi CH, Goberna A. El control de la atención médica. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1978
24. Osorio G, Sayes N, Fernández M. Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev. Méd. Chile, 2002;130(2):226-9.
25. Frostick S, Ratford P, Wallace A. Introduction: En: Medical audit rationale and practicalities. Cambridge: Cambridge University; 1993.
26. Fraser R, Baker R, Lakhani M. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Baker R, Fraser R, Lakhani M. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998.
27. Ortega-Benito J. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Barcelona: Medicina Clínica; 1994.
28. Jones T, Cawthorn S. What is clinical audit? Newmarket CB8 7LG, Reino Unido: Hayward Medical Communications; 2002.
29. Mata J, Martos E, Anzaldi M. Auditoría odontológica. Buenos Aires: Ediciones Dunken; 1996.
30. Garaycochea V. Auditoría médica. Pediatría. 2000;3(1):27-28.
31. Manrique J. Auditoría odontológica como herramienta para la garantía. Lima: Congreso Internacional – Master Challenge, Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
32. Feinstein AR. Quality of data in the medical record. Computers and Biomedical Research. 1970; 3:426–435
33. Ruiz M, Benitez B. Tipología documental en las historias clínicas. Revista de Estudios Extremeños. 2003; 59(1):481-94.
34. Heredia C. Historia clínica pediátrica: Manual de procedimientos para el registro de datos. Lima, Perú. Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.
35. Perat M, Llanos L, Cabello E, et al. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. Rev Med Hered. 2006;17(1):35-41.
36. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Rev Med Hered. 2006;17(4):220-6.

37. J. Manrique Guzmán, J. E. Manrique Chávez, Evaluación de la calidad de los registros empleando la auditoría odontológica en una clínica dental docente. Revista Estomatológica Herediana. 2014 Ene-Mar;24(1):17-23. Perú. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2111/2101>
38. Ministerio de salud pública. Historia Clínica formulario 033. (2013) Obtenidode:<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
39. Brito, N., Bioanalista. Profa. Corral, la historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas Rev. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 2014. Vol. 52 (2); Venezuela, Disponible en <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art11.asp>
40. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5th ed. Colombia: McGraw Hill Interamericana; 2010.
41. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Editorial Mc Graw-Hill; 2006.
42. Valderrama S. Pasos para elaborar Proyectos y Tesis de Investigación científica. Lima: Editorial San Marcos E.I.R.L.; 2010.

VIII. ANEXOS

ANEXO Nº1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de registro de historias clínicas odontológicas	Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de	Son conformes las 10 dimensiones de la ficha de verificación de la calidad de atención	A. Anamnesis B. Examen clínico C. Plan de trabajo D.Exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica E.Diagnósticos F.Apreciación del caso G.Tratamiento	- Conforme - No conforme - No aplica	ORDINAL Escala de valoración - Satisfactorio - Por mejorar - Deficiente

	salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; de odontología ⁶ .	odontológica, evaluadas de la historia clínica de las clínicas estomatológicas I y II del adulto.	H.Consentimiento informado I.Indicación de alta básica odontológica J.Atributos de la historia clínica		
COVARIABLES - Semestre académico	Semestre VII u VIII, en el que se desarrolló el registro de la historia clínica, por parte del estudiante de odontología.	Identificación del semestre académico correspondiente, en el que se realizó la historia clínica		- Semestre VII - Semestre VIII	NOMINAL Escala de valoración - Clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I - Clínica estomatológica rehabilitadora del adulto II

ANEXO Nº 2. MORMA TÉCNICA



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMELO ROSA FLORES
FISCAL DE OFICINA DE ASesorIA - MINSA

Resolución Ministerial

Lima, 15 de Julio del 2016

Visto, el Expediente N° 15-064010-004 que contiene el informe N° 019-2016-TESC-DICAS-DIGEPRESMINSA de la Dirección General de Prestaciones de Salud del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:



Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 28842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, así como que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;



Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



Que, asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud disponen que es función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como "Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, (...)";



Que, mediante el artículo 94 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, se establece que la Dirección General de Prestaciones de Salud es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, responsable de formular, proponer, dirigir la implementación, supervisar y evaluar la política sectorial en materia de organización, funcionamiento y gestión de los servicios de salud; normalización prestacional y gestión clínica; calidad en salud; así como lo relacionado a telesalud;

donación y trasplantes de órganos, tejidos y células y otras en el ámbito de su competencia;

Que, en virtud a ello, mediante el documento de visto, la Dirección General de Prestaciones de Salud ha elaborado y propuesto para su aprobación la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante el informe N° 672-2016-OGA/JMNSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Prestaciones de Salud, de la Directora General (e) de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1181, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 029 - MINSADIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Prestaciones de Salud la difusión y seguimiento del cumplimiento de la Norma Técnica de Salud aprobada por el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud, son responsables de la ejecución de la presente Norma Técnica de Salud, así como de monitorear y evaluar el proceso de implementación en sus respectivos ámbitos.

Artículo 4.- Derogar la Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA que aprobó la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01" y la Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA que aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".

Artículo 5.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?com=115>

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Anibal Velásquez Valdivia
ANIBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



ANEXO Nº 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE VERIFICACIÓN:			
FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLÓGIA			
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA			
SEMESTRE AL QUE CORRESPONDE LA HISTORIA CLÍNICA			
CIE 10			
II.- OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
Sub Total	14		
ANTECEDENTES	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
Sub Total	7		
ENFERMEDAD ACTUAL	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	
Relato cronológico	5	0	

Funciones biológicas	1	0	
Sub Total	10		
B) EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extraoral	4	0	
Examen intraoral	6	0	
Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
Sub Total	20		
C) PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)	5	0	
Sub Total	5		
D) EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORÍACLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Exámenes auxiliares	5	0	
Interconsultas	3	0	
Sub Total	8		
E) DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
Sub Total	12		
F) APRECIACIÓN DEL CASO	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Pronóstico	4	0	
Sub Total	4		
G) TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
Sub Total	6		
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONFORME	NO CONFORME	NOAPLICA
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
Sub Total	6		

I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
Sub Total	2		
J)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA			
Pulcritud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo	1	0	
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
Sub Total	6		
Total	100		
CALIFICACION			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSIÓN			
V.- RECOMENDACIONES			

Fuente. Norma técnica de auditoría de la Calidad de Atención en Salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01.

ANEXO 5
MATRÍZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	INDICADORES Y/O DIMENSIONES	MÉTODOLÓGÍA
<p>¿Cuál es la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú – 2016?</p>	<p>General Describir la calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017, utilizando la Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud del Minsa Perú - 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión anamnesis, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión examen clínico, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión plan de trabajo, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017. 	<p>Calidad de registro de historias clínicas odontológica</p>	<p>DIMENSIONES:</p> <p>A. Anamnesis - Filiación - Antecedentes Enfermedad actual</p> <p>B. Examen clínico</p> <p>C. Plan de trabajo</p> <p>D. Exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica</p> <p>E. Diagnósticos</p> <p>F. Apreciación del caso</p> <p>G. Tratamiento</p> <p>H. Consentimiento informado</p> <p>I. Indicación de alta básica odontológica</p> <p>J. Atributos de la historia clínica</p>	<ol style="list-style-type: none"> Método científico.- Observacional. Tipo y nivel.- Básica, transversal retrospectiva y de nivel descriptivo⁴¹. Diseño.- No experimental (descriptivo transversal). Población.- 80 historias clínica odontológicas Muestra.- 80 es decir la muestra es censal Técnicas e instrumentos de recolección de datos.- <ol style="list-style-type: none"> Técnicas La técnica es la observación. Instrumentos.- propuesta por el ministerio de salud, a través de la resolución ministerial N° 502-16/MINSA, en su formato de auditoría de la calidad de atención de odontología, de la NTS N029-MINSA/DIGEPRES-V.O2. Con una mínima adaptación por parte de los autores de la investigación: bachilleres en estomatología, Samaniego Torres Elvira Magaly y Carbajal Dionicio Luis David para ser aplicada a la clínica docente asistencial de la universidad. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios permitirán la elaboración de bases de datos.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>4. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión exámenes auxiliares e interconsultas en historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>5. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión diagnósticos, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>6. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión apreciación del caso, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>7. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión tratamiento, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>8. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión consentimiento informado, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>9. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión indicación de alta básica odontológica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.</p> <p>10. Identificar el nivel de calidad del registro de datos de las historias clínicas integrales, de la clínica</p> | | | |
|---|--|--|--|

estomatológica rehabilitadora del adulto I y II en la dimensión atributos de la historia clínica, de la universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt, realizadas por los estudiantes del VII y VIII semestre académico, del año 2015 al 2017.

11. Comparar los niveles de calidad del registro de datos en las historias clínicas odontológicas, de la clínica estomatológica rehabilitadora del adulto I y II, correspondientes a los semestres académicos VII Y VIII para conocer el cumplimiento de las mismas.

ANEXO N° 6.

DOCUMENTOS QUE SUSTENTAN LA EJECUCIÓN DE LA TESIS



Solicito: **AUTORIZACIÓN PARA TENER ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UPHFR.**

SEÑOR: Mg. CD. JHON RONDINEL BERNA. Secretario Académico de la escuela profesional de estomatología.

Los bachilleres: **Luis David Carbajal Dionicio**, identificado con **DNI N° 44545832**, y **Elvira Magaly Samaniego Torres**, identificado con **DNI N° 70180109** ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos a solicitarle:

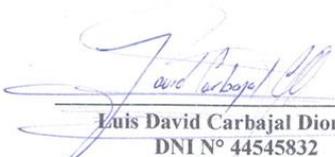
Que, mediante la resolución N° 443-UPHFR-FCS-D emitida el 12 de setiembre del 2017 resuelve APROBAR E INSCRIBIR, y ESTABLECER la ejecución del proyecto de tesis titulado: CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS EN LA CLINICA ESTOMATOLÓGICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO 2017. Motivo por el cual solicitamos la autorización para tener acceso a las historias clínicas que se encuentran en el archivo de la clínica estomatológica.

POR LO EXPUESTO:

A usted señor Secretario Académico de la escuela profesional de estomatología, pido se sirva atender a mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente,

Huancayo, 03 de Octubre del 2017.


Luis David Carbajal Dionicio
DNI N° 44545832

ANEXO Nº 7.
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Recopilación de datos



Revisando las historias clínicas



Realizando las sumatorias



Realizando la tabulación de resultados



Reconocimiento de la Clínica Estomatológica



Dirección de la escuela profesional de Estomatología