

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA  
CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE  
TACNA EN LOS AÑOS 2009 – 2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**ESPADA SALGADO, FERNANDO MAURICIO**

**TACNA – PERÚ**

**2012**



## ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

**INTRODUCCIÓN** 8

**Capítulo I: Problema de Investigación** 9

1.1 Problema de Investigación 10

1.2 Formulación del Problema 12

1.3 Objetivos de la investigación 12

1.4 Justificación 13

1.5 Definición de Términos 15

**Capítulo II: Revisión Bibliográfica** 17

2.1 Antecedentes de la Investigación 18

2.2 Marco Teórico 22

2.2.1 Historia Clínica 22

2.2.2 Calidad en Salud 43

2.2.3 Evaluación 52

2.2.4 Índice de Calidad 80

**Capítulo III: Variables y Definiciones Operacionales** 81

**Capítulo IV: Metodología de la Investigación** 84

4.1 Diseño 85

4.2 Ámbito de Estudio 85

4.3 Población 85

4.3.1 Criterio de Inclusión 86

4.3.2 Criterio de Exclusión 86

4.4 Instrumento para la Recolección de Datos 86

4.4.1 Métodos 87

<b>Capítulo V: Procedimientos de Análisis de Datos</b>	88
5.1 Procedimientos de Análisis de Datos	89
<b>Capítulo VI: Resultados</b>	90
<b>Discusión</b>	129
<b>Conclusiones</b>	132
<b>Recomendaciones</b>	135
<b>Bibliografía</b>	137
<b>Anexos</b>	140

## RESUMEN

**Introducción:** Con el presente trabajo lo que pretendemos demostrar es la evaluación de la calidad de las historias clínicas de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

**Método:** Se realizó un estudio cualitativo, observacional, transversal y retrospectivo, analizando las variables: Encabezado de las historias clínicas, anamnesis, examen clínico, odontograma, exámenes complementarios, diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación, epicrisis, consentimiento informado. La población de estudio estuvo constituida por 7047 historias clínicas de la Clínica Odontológica de la UPT año 2009-2012. Se realizó muestreo aleatorio simple (N=364).

**Resultados :** Mediante el test Qui- Cuadrado. Los errores más frecuentes en el llenado del *encabezado de las historia clínicas* fue 3.5%, en *la anamnesis* el error más frecuente en su ítems de filiación correspondieron a médico actual (74.6%), en los ítems *antecedentes de estado de salud general* se encontró en cardiovascular, digestivo y hematología en (81,90%) y en los ítems de *antecedentes del estado de salud estomatológico*, hábitos nocivos (88.7%), en el llenado del *examen clínico* se encontró un error de (55.1%), en el llenado del *odontograma* error en índice de caries y índice de placa (100 %) , en el llenado de los *exámenes complementarios* correspondieron a examen de laboratorio (97%) seguido de interconsulta con (96.2%) y examen radiográfico con 94.7%. , en el llenado de *diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación y epicrisis* mayor error correspondió a epicrisis (100.0%) seguida de medicación con 99.7% y realizadas correctamente correspondieron a diagnóstico clínico presuntivo (97.3%) seguida de tratamiento (45.7%), el error más frecuente en *consentimiento informado* fue el 99.7% del total de historias clínicas evaluadas.

**Conclusiones:** El llenado de Historias clínicas es pobre para la mayoría de variables evaluadas obteniendo un porcentaje global de error máximo de 54.47%.

**Palabras claves:** Calidad, Historia clínica y Evaluación.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In this paper we intend to show what is the assessment of the quality of the medical records of the dental clinic of the Private University of Tacna.

**Method:** A qualitative study, observational, transversal and retrospective, analyzing the variables: Header medical records, medical history, clinical examination, dental chart, examinations, presumptive clinical diagnosis, treatment, medication, patient records, and informed consent. The study population consisted of 7047 records of the Dental Clinic of the UPT years 2009-2012. Simple random sampling was conducted (N = 364).

**Results:** By Qui-square test. The most common mistakes in filling the header of clinical history was 3.5%, in the anamnesis the most common mistake in items corresponded to current medical affiliation (74.6%), in the background items general health was found in cardiovascular, digestive and hematology (81.90%) and in the background items stomatological health, lifestyle habits (88.7%), in filling clinical examination found error (55.1%), in filling odontogram error rate of caries and plaque index (100%), filling in the complementary exams were for laboratory examination (97%) followed by interconsultation with (96.2%) and 94.7% with radiographic examination. , In filling presumptive clinical diagnosis, treatment, medication and accounted epicrisis epicrisis biggest mistake (100.0%) followed by medication with 99.7% and accounted for properly conducted presumptive clinical diagnosis (97.3%) followed by treatment (45.7%), the major error in informed consent was 99.7% of total assessed medical records.

**Conclusions:** The clinical records filling are poor for most variables assessed overall percentage of getting a maximum error of 54.47%.

**Keywords:** Quality, History and Evaluation.

## INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo lo que pretendo demostrar es la evaluación de la calidad de las historias clínicas de la clínica docente odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

El proceso de evaluación de la calidad lo que hace es medir más objetivamente el grado de adecuación del producto o servicio resultante, para detectar los errores o desvíos sistemáticos que se puedan presentar en la historia clínica.

Citando lo que dice Adriana Silvia Velito y Cols. La historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes profesionales de salud. Por otra parte la cumplimentación de este documento constituye una actividad derivada de la atención al paciente en la cual en ocasiones se presentan circunstancias poco favorables. Todo ello da lugar a que la documentación presente en la historia clínica no sea la adecuada o no sea tan completa como sería deseable.

La historia clínica nos servirá de documentación e información sobre lo que se le realizó al paciente, que servirá para constatar el progreso de los pacientes en sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, de investigación y docencia, es por eso que se debe controlar la calidad de las historias clínicas.

Su formato tradicional enfrenta diversas dificultades, que se han hecho evidentes durante la práctica diaria como es su deterioro o pérdida, debido a que la historia convencional, en su formato de papel, sólo puede existir en un lugar y en un momento determinado, en condiciones determinadas, así como la presencia de una escritura pobre, e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar.



# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**



## 1.1 Planteamiento del problema

La evaluación de la calidad de la atención odontológica es desde hace tiempo una preocupación de muchos autores e instituciones y es indudable que cualquier establecimiento debe esforzarse por elevar la calidad de la atención a sus pacientes.

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las Historias Clínicas (HC). Desde hace muchos años los médicos, odontólogos, personal de salud y las autoridades de los establecimientos asistenciales han dedicado esfuerzos al ordenamiento de la HC. Se le pide al personal de salud tratante la mejor calidad de ese documento que, es la única forma que hay para analizar la evolución de una enfermedad, además de las ventajas administrativas y médico legales que ofrece.

Quien lee una HC puede evaluar qué clase de atención recibe el paciente y puede corroborar que se está siguiendo los protocolos de atención establecidos y está siendo supervisada por un personal capacitado.<sup>1</sup>

En la clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna se atienden personas de diferentes grupos étnicos, que llegan a la clínica por varios motivos estomatológicos, teniendo como primera fase, realizarse una historia clínica, para posteriormente atenderse con el alumno correspondiente que le hará un plan de tratamiento y procederá con la supervisión de los docentes de dicha clínica para realizar los tratamientos correspondientes.

---

<sup>1</sup> Riondet, Beatriz 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 2007  
<http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/2.pdf>

La historia clínica que se realiza en la clínica odontológica cuenta con los siguientes Ítems: Anamnesis, examen clínico, odontograma, exámenes complementarios, Ínter consulta (especialidad), diagnóstico clínico presuntivo, derivado a la clínica de (periodoncia, operatoria, cirugía, rehabilitación, endodoncia y odontopediatría), Tratamiento, epicrisis y consentimiento informado para tratamientos odontológicos.

Dentro de algunos ítems hay puntos que no suelen ser completados o lo son de una manera incorrecta como: Grupo sanguíneo, peso y talla (Examen físico general), índice de caries e índice de placa (odontograma), tiempo de coagulación, tiempo de sangría, glicemia, colesterol, recuento de plaquetas, hematocrito y hemograma (exámenes de laboratorio) y tratamiento que no se cumplen a cabalidad por falta de una supervisión adecuada.

Estas deficiencias que se ven son muy importantes para poder llegar a un mejor diagnóstico y evitar cualquier tipo de complicaciones. Además de concientizar a las personas a tener los datos básicos siendo uno de los principales su tipo de sangre y los correspondientes exámenes de sangre, ya que es necesario que el paciente lo sepa así evitará cualquier inconveniente que perjudique su salud. Hay que tener en consideración que han ocurrido eventualidades cuando se han hecho extracciones dentales, como alteraciones en la coagulación donde el alumno de pre – grado y el paciente han pasado un mal momento con los diferentes riesgos que ello implica.

Sin embargo, la historia clínica lejos de ser un producto individual, es fruto de un equipo por lo que, habitualmente, en la confección de la misma intervienen diferentes y diversos profesionales (médicos, odontólogos enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, y otros).

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la calidad de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Evaluar la calidad de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en los años 2009-2012.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar el llenado del encabezado de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- Evaluar el llenado de la Anamnesis incluyendo en sus ítems: Filiación y antecedentes de estado de salud general y estomatológica de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- Evaluar el llenado del examen clínico de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- Evaluar el llenado del odontograma incluyendo en sus ítems: Índice de placa y caries de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- Evaluar el llenado de los exámenes complementarios incluyendo en sus ítems: Exámenes de laboratorio, exámenes radiográficos e interconsulta de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

- Evaluar el llenado del diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación y epicrisis de las historias clínicas de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna.
- Evaluar el llenado del consentimiento informado de las historias clínicas de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

#### **1.4 Justificación**

El presente estudio de investigación busca poder evaluar correctamente las historias clínicas de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna, demostrando las deficiencias en el llenado por parte del alumno del área de diagnóstico; porque hay ítems en la historia clínica que no son llenadas correctamente y otros ítems que no se llenan, teniendo los insumos y los conocimientos como para poder realizarlos, como es en el caso del índice de placa e índice de caries.

Considerando también que el paciente muchas veces no sabe datos importantes sobre su salud, como su tipo de sangre, peso, talla, etc. Esto es un reflejo negativo para poder llegar a un correcto diagnóstico es por eso que al realizar la evaluación se quiere mejorar estos problemas y proponer nuevas formas para lograr un diagnóstico óptimo y con esto evitaremos complicaciones en la atención al paciente y el paciente estará mucho mejor informado sobre su estado de salud general.

Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad, proporcionando datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, es necesario controlar la calidad de la historia clínica.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> J. Renau, I. Pérez-Salinas Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón 2001.

En el Perú se documenta la auditoría del 5% de historias clínicas entre 1968 y 1971 sobre casos denunciados en el Hospital General Base de Abancay, labor que destacó la falta de material estándar para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los comités de historias clínicas y de auditoría médica. En 1987 se tuvo la primera referencia de propuesta de inicio de auditoría médica en el Hospital Almenara a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, así como con asesorías a los hospitales María Auxiliadora y San Bartolomé. En 1991, Piscoya estableció las bases del Servicio de Auditoría Médica en el hospital Almenara.

La auditoría médica cobra especial relevancia, cuando se enfrenta a una cultura con escasa autocrítica a pesar de las precisiones que hace la Ley General de Salud 26842 en el artículo 29 “El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado”. El eje de la auditoría médica es una historia clínica adecuadamente confeccionada.

Los objetivos fundamentales de la auditoría de historias clínicas son dos: conocer la calidad del registro, verificando si se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que estén legibles y de acuerdo a los estándares de calidad; y, conocer la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos denominados criterios de auditoría, los cuales son llamados referentes (leyes, normas técnicas, documentos institucionales etc.) a los cuales se compara la evidencia (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente) de la auditoría.<sup>3</sup>

---

<http://es.scribd.com/doc/59332391/Bueno-Auditoria-de-Hc>

<sup>3</sup> Roncano, Pablo Edwin. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, abril 2008  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n2/pdf/a02v21n2.pdf>

## 1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

### **Evaluación<sup>4</sup>:**

Como una primera aproximación a la precisión conceptual del término, podemos decir que la palabra evaluación designa el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer una valoración, medir “algo” (objeto, situación, proceso) de acuerdo con determinados criterios de valor con que se emite dicho juicio.

Cuando queremos evaluar servicios o actividades profesionales no basta la **evaluación informal**. Debemos recurrir a formas de **evaluación sistemática** que, utilizando un procedimiento científico, tienen garantía de validez y fiabilidad.

### **Calidad:**

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor<sup>5</sup>.

Según ISO 9000 “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.

---

<sup>4</sup> Cano Ramírez, Ana .Elementos para una definición de evaluación.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

<sup>5</sup> Diccionario de la Real Academia Española. <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>

### **Historia Clínica<sup>6</sup>**

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda.

---

<sup>6</sup> Velito, Adriana Silvia y Tejada Soriano, Sergio ramiro. La Historia Clínica Como instrumento de calidad, Curso anual de auditoría Médica en el Hospital Aleman 2010.  
<http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>



## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**



## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

El **Dr. Edwin Pablo Rocano** realizó el estudio sobre la Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. Evaluó la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos dentro del Servicio de Emergencia de un hospital general. Se revisaron 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del presente año en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. El 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registro los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos. Concluyendo que las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Roncano, Pablo Edwin. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, abril 2008 <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n2/pdf/a02v21n2.pdf>

La **Dra. María Cecilia Ortiz Criollo** y la **Dra. María Fernanda Sepúlveda Saavedra** realizaron el estudio de la evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral ciso. Ltda. Segundo semestre de 2008.. Esto para un total durante dicho semestre de 158 historias clínicas electrónicas (HCE). Determinada con un total de 112 casos, los cuales se seleccionaron aleatoriamente como referente para la presente investigación. Esta muestra contemplo un error máximo aceptable del 5% y un nivel deseado de confianza del 95%. Pone de manifiesto los ítems comprendidos dentro de la ubicación del paciente y el número de HCE con errores evidenciados durante el semestre de Julio a Diciembre de 2008. Se evidencia en primer lugar el 72% HCE odontológicas sin errores. Por lo tanto, el ítem consentimiento informado, se ubica en el primer lugar con el 31%. El ítem teléfono del domicilio se ubica en el segundo lugar con el 16% de las HCE, y valorado por el instrumento su porcentaje es del 89.6%. En tercer lugar nos encontramos con el ítem ordenes de radiografías con el 9%, y cuya valoración por el instrumento es de 99.9%. En cuarto lugar encontramos los ítems nombre del acompañante y el número telefónico del mismo, con un porcentaje del 6% de HCE para cada uno.se muestra en primer lugar el 54% de las HCE odontológicas sin errores. Finalmente encontramos el ítem, interpretación de exámenes diagnósticos con el 6%, y que calificado tiene un valor de 66.6%. Se concluyó que la historia clínica sistematizada es una herramienta tecnológica que ofrece a las instituciones de salud la seguridad de disponer la información con el propósito de garantizar una atención integral y fomentar la investigación que pretenda mejorar y evaluar los diagnósticos y tratamientos ofrecidos para las diversas situaciones de salud que se presenten en la población usuaria.<sup>6</sup>

---

<sup>7</sup> Ortiz Criollo, María Cecilia y Sepúlveda Saavedra, María Fernanda. Evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral ciso ltda. segundo semestre de 2008.  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/641/2/Evaluacion\\_diligenciamiento\\_historia\\_clinica.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/641/2/Evaluacion_diligenciamiento_historia_clinica.pdf)

La **Dra. Beatriz Riondet** realizó el estudio sobre 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 El estudio se realizó en el Servicio de Clínica Médica Pabellón Rossi del Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín con la calidad de la Atención en Salud, se observó durante el desarrollo de este trabajo que los médicos encargados de la construcción de la HC no valoran ni son conscientes de la calidad de la documentación clínica que generan y no están habituados a la metodología de control. Es de destacar que se hallaron porcentajes pobres en algunos criterios importantes como. Enfermedad Actual Completa 58 %, Antecedentes de la Enfermedad Actual 35 %. En el análisis global de los resultados se observa un aumento en el cumplimiento en 45 del total de 70 criterios con diferencias estadísticamente significativas en Hoja de Indicaciones Médicas que pasó del 57% al 92% con una  $p < 0.0005$ , Hoja de Interconsultas con Especialistas (62% a 82%  $p < 0.005$ ), presencia de los estudios complementarios (90% a 99%  $p < 0.005$ ), Diagnóstico Principal (62% a 82%  $p < 0.0005$ ) y Diagnóstico Secundario (31% a 55%  $p < 0.0005$ ). Criterios importantes como Enfermedad Actual Completa 63 %, Antecedentes de Enfermedad Actual 41 %, Antecedentes Socio Económicos Completos 47%, Evolución con Razonamientos Diagnósticos 43%, Comentarios de Estudios Recibidos 60%, Comentarios sobre la Terapéutica 46%, Resumen Clínico Completo tuvieron un aumento en su cumplimiento pero sin significación estadística.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Riondet, Beatriz 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 2007 <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/2.pdf>

El **Dr. Luis Fernando Llanos Zavalaga**, **Dr. Julio Ayca Pérez** y el **Dr. Gian Carlos Navarro Chumbes** realizaron el estudio sobre la Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. La auditoría es definida como análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, uso de recursos y resultados que repercuten en los desenlaces clínicos y la calidad de vida del paciente. El presente estudio buscó evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información. Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque -390 HC) y sur (Ica -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas -396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios. Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75% de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08%, registro de examen físico en 56,63%, registro de diagnóstico del paciente en 97,43%, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37%, registro de fecha y hora en 13,70%, y registro de la firma y sello del profesional en 54,65%. Se observaron diferencias significativas entre los cuatro hospitales. Se concluyó que tal como se ha reportado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa.<sup>7</sup>

---

<sup>8</sup> Llanos-Zavalaga, Luis Fernando, Mayca Pérez, julio y Navarro Chumbes, Gian Carlos . Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Diciembre 2006  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n4/v17n4ao5.pdf>

## 2.2 MARCO TEÓRICO:

### 2.2.1 HISTORIA CLÍNICA<sup>9</sup>

Es un documento, en el que se registran los antecedentes biológicos del individuo. Imprescindible para el control de la salud y el seguimiento de las enfermedades.

- Es fundamental en estudios epidemiológicos.
- Es útil para la planificación educativa de las comunidades.
- De gran importancia médico-legal.
- Es el punto de partida del razonamiento médico.
- Es el instrumento utilizado por todos los profesionales de la salud y sirve de nexo entre las diferentes disciplinas.

#### 2.2.1.1 Interrogatorio o anamnesis

**Acto coloquial:** Durante el cual se indaga al paciente **Anamnesis Directa**, o a sus allegados (pacientes inconscientes Psicópatas, niños, etc.) **Anamnesis Indirecta ó a Terceros**, sobre padecimientos actuales y pasados y sobre otros datos que pueden ser de interés para llegar a un diagnóstico (edad, sexo, profesión, etc.) y sobre antecedentes de enfermedades de sus familiares o allegados

Es la parte más difícil de la historia clínica El lenguaje deberá adaptarse al del paciente, a su inteligencia y conocimientos.

---

<sup>9</sup> Costa, Jorge Alberto, Ciclo lectivo 2006 1er Semestre cátedra de medicina Historia Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Noreste Argentina. [http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h\\_clini1.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h_clini1.pdf)

### **Técnica:**

- Ambiente agradable.
- El paciente debe expresar libremente sus molestias.
- Los términos usados deberán tener el mismo significado para el médico y el paciente.
- Las preguntas NO deben inducir respuestas.
- Serán sencillas y concretas.
- El médico deberá SABER ESCUCHAR.
- El médico debe aprender en que momento debe intervenir efectuado preguntas.

Los datos obtenidos deben ser agrupados siguiendo un orden lógico; de forma tal que quien los lea sepa de que o de quien se trata, cual es la causa o motivo de su consulta, cuales son los componentes de su enfermedad cuales son sus antecedentes cuales son sus costumbres y/o hábitos, etc.

Esto unido al examen físico, permitirá que sea formulado un diagnóstico sindrómico No necesariamente debe desarrollarse la entrevista siguiendo el orden predeterminado. Pero los datos deben ser registrados ordenadamente.

### 2.2.1.1.1 Datos de filiación e identificación<sup>9</sup>

#### Nombre, apellido y documento

- Nos dice de quien se trata
- El N° de documento lo individualiza aún mejor. Es necesario en algunos casos.

#### a) Etnia

Existe incidencia racial de algunas enfermedades. P.ej: Hemocromatosis: prácticamente ausente en indios y chinos, la padece el 7.5 % de los suecos, Intolerancia a la lactosa común en los europeos del norte, Hipertensión arterial mayor incidencia entre los negros

#### b) Edad

Debemos consignar la edad real y la aparente  
Importante por la existencia de patologías prevalentes en diferentes edades P.ej:

- Cardiopatías congénitas en los niños.
- Hipertensión arterial en adultos.

---

<sup>9</sup> Costa, Jorge Alberto, Ciclo lectivo 2006 1er Semestre cátedra de medicina Historia Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Noreste Argentina. [http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h\\_clini1.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h_clini1.pdf)

- Enfermedades de transmisión sexual en jóvenes y adultos jóvenes. Etc.

c) **Sexo**

**Prevalencia de enfermedades** dependiendo del sexo. P.ej: Lupus eritematoso sistémico en mujeres, Gota en hombres, etc.

**Enfermedades dependientes del sexo** P.ej: Cáncer de próstata en hombres

d) **Estado civil**

- Interesa saber si es casado y si tiene hijos.
- En el medio familiar puede encontrarse el problema derivado de preocupaciones propias del matrimonio.
- La viudez puede estar asociada a síndromes depresivos
- La soltería s/t en mujeres propende a trastornos neuróticos.

e) **Lugar de residencias Actual y anteriores**

Interesa por algunas patologías ligadas a ciertas zonas P.ej:

Chagas (S. Del Estero – Chaco – Ctes. Etc)

Fiebre de los rastrojos: Sur Bs.As.

Leptospirosis.



**f) Grado de instrucción**

Nos indicara el grado de educación y conocimientos que tiene el paciente.

**g) Religión**

Hay algunas religiones que no permiten las transfusiones de sangre.

**h) Teléfono**

El medio para poder comunicarse con el paciente si es necesario contactarlo.

**i) Lugar y fecha de nacimiento**

**Lugar** Para saber si el lugar donde nació afectó al paciente ambientalmente.

**Fecha de nacimiento.** Para saber la edad exacta del paciente.

**j) Domicilio**

Es una referencia de ubicación del paciente.

**k) Ocupación o profesión**

Existen numerosas profesiones en las que el ejercicio de ellas puede causar enfermedades

(Enfermedades Profesionales). Algunas zoonosis en veterinarios. Patología respiratoria (Silicosis) en obreros de la construcción Gases P.ej: el monóxido de carbono en los que trabajan en lugares donde existe combustión incompleta, etc...

Otras son Profesiones de Riesgo, en las que el ejercicio de Ellas implica un riesgo para la vida o salud: policía P.ej: Por otra parte existen ambientes que exacerban o agravan una enfermedad preexistente P.ej: bibliotecas (Polvillo) a los pacientes con alergia respiratorio

#### **l) Médico actual**

Es el médico con el cual podemos contactarnos y saber si esta siguiendo un tratamiento y pedir su autorización para seguir un procedimiento.

#### **m) Persona responsable**

Es la persona que podemos contactar si al paciente en la consulta le pasara algo inesperado, por lo general es un familiar.

### **2.2.1.1.2 Motivo de consulta**

Se debe interrogar al paciente sobre la causa o motivo por el Cual concurre, se preguntará: ¿Que le ocurre? ¿Por qué viene? ¿Cuál es su molestia? – etc.

La respuesta debe ser registrada de la manera más escueta posible. Pueden seguirse dos métodos:

1- Se anotan los datos recogidos tal como los dijo el paciente, con sus palabras

2- Se anotan los datos con lenguaje técnico (médico)

Ambos son correctos

### **2.2.1.1.3 Historia de la enfermedad**

Es el núcleo del interrogatorio. Aquí se indaga el origen, la evolución cronológica y las características de todos y cada uno de los síntomas y/o signos del paciente, de los tratamientos efectuados, resultados de los mismos, causas de abandono, etc.

De la minuciosidad de este rastreo depende el éxito. Aquí se necesita toda la habilidad para asociar y sacar conclusiones, para preguntar al paciente todo lo de importancia, para no dejarse llevar por detalles superfluos que en general son utilizados por el paciente con el fin de asociar acontecimientos, muchas veces éste calla cosas importantes porque no les da importancia, por pudor, temor o ignorancia. Se deberá dilucidar cual es en realidad, la fecha inicio de su patología, ya que muchas veces no coincide con la fecha que el paciente cree.

A medida que el médico avanza irá formándose una idea del síndrome que puede presentar y en consecuencia hará preguntas dirigidas, pero SIN orientar la respuesta.

#### **2.2.1.1.4 Antecedentes de salud general**

Es una verdadera biografía médica del paciente. Deben interrogarse desde la niñez todo aquello que haga a la salud

- Desarrollo psico-motor, indispensable en pediatría
- Enfermedades padecidas, etc.

Estos datos serán consignados en distintos acápites que se tratarán seguidamente:

##### **a) Antecedentes Patológicos**

Se refiere a todas las enfermedades que pueda haber padecido el paciente. Al respecto el interrogatorio debe ser efectuado en forma lógica, no tiene sentido indagar a un paciente de 85 años que concurre por dolores articulares si tuvo o no varicela en la infancia; hecho que puede ser de mucha importancia en caso de que sea un niño el que consulta

En el caso de una historia clínica pediátrica tiene especial interés conocer su desarrollo psico-motor y si ha cumplido o no con el plan de vacunación. En algunos casos es importante recabar también los antecedentes del embarazo y como asimismo los del parto

**b) Antecedentes Patológicos**

Recordar que hay enfermedades que:

**Dejan:** a- inmunidad (permanente o transitoria),

b- secuelas- pueden repetirse o facilitar la aparición de otras

Es conveniente preguntar a cerca de Tratamientos efectuados. Si existe tratamiento que llevó más de 4 semanas.

Es bueno que el registro se realice siguiendo un orden:

- Cronológico – Por tipo de patología Clínicas o Quirúrgicas, etc.
- En caso de pacientes mujeres debe ser consignada la historia Ginecológica y obstétrica

**c) ¿Alguna vez estuvo hospitalizado?**

Sirve para saber si el paciente tuvo algún accidente o complicación de alguna enfermedad

**d) ¿Está bajo tratamiento médico?**

Para saber que enfermedad tienes y que medicación recibe

**e) ¿Le han realizado transfusiones sanguíneas?**

Esto nos indica si el paciente sufre alguna enfermedad o tuvo algún accidente.

**f) ¿Está recibiendo medicación?**

Esto nos sirve para no darle otra medicación que antagonice el medicamento que está tomando o pedir que deje tomar la medicación que pueda complicar el tratamiento odontológico ejm. No se puede hacer una cirugía si está tomando anticoagulantes.

**g) Para mujeres**

**g.1 Uso de algún método anticonceptivo**

Esto puede alterar el metabolismo de la paciente

**g.2 ¿Está Gestando?**

Nos servirá para evitar de usar medicamentos y no hacer tratamientos largos o que sean muy tediosos, como una extracción

**g.3 Mes:**

Para saber si podemos tratar a la paciente lo ideal es tratar a una mujer pasado los 7 meses de embarazo

**g.4 ¿Está lactando?**

Evitará darle medicamentos que puedan afectar al bebe que este lactando.

**g.5 Nro. de Hijos**

Para determinar cuantos hijos vivos y muertos (aborto)

**g.6 Complicaciones en el parto**

Para saber si le hicieron cesárea, o alguna infección en el parto.

#### **h) Historia familiar**

Deberán consignarse las patologías padecidas por sus ascendientes descendientes y colaterales, es conveniente agregar las de los convivientes s/t en caso de enfermedades transmisibles.

Este ítem adquiere especial importancia en el caso de patologías con una importante carga hereditaria. Ej.: diabetes, hipertensión arterial, algunas anemias, etc.

En ésta como en cualquier parte de la Historia puede tener trascendencia el dato negativo, éstos deben ser consignados.

#### **i) Antecedentes del Estado de Salud Estomatológica**

##### **i.1) Tratamientos odontológicos anteriores**

El paciente tiene que narrar que tratamiento odontológico se le realizó anteriormente, con esto podemos saber por ejm. Si el paciente tiene alergia a la anestesia.

#### **j) Hábitos nocivos**

- Alcoholismo (Indica erosión en los dientes)
- Tabaquismo (Indica pigmentación en los dientes)

- Ingesta de mate (Este ítem nos indica que el paciente presentaría pigmentaciones dentarias)
- Chupa su dedo (Indica que el paciente presentaría maloclusión dentaria anterior)
- Bruxismo (Indica pérdida de dimensión vertical y desgaste dentario)
- Queilofagia (Indica que el paciente presentaría maloclusión dentaria anterior)
- Morder objetos (Esto provoca desgaste de las piezas dentarias)
- Onicofagia (Esto provoca desgaste de las piezas dentarias)
- Respirador bucal (Condiciona a tener un paladar alto)
- Apretar los dientes (Esto provoca desgaste de las piezas dentarias y trauma oclusal)
- Bebidas alcohólicas (Indica erosión en los dientes)

En todos los casos consignar tiempo de la adicción, cantidad o periodicidad.

En caso de que la hubiera abandonado: Tiempo transcurrido.

#### **k) Hábitos de higiene**

Numero de cepillado al día.

Usa seda dental.

Utiliza enjuague bucal.

Usa cepillo interproximal.



## 2.2.1.2 Examen clínico

### 2.2.1.2.1 Examen físico general:

- a) Estado general (bueno , regular y malo)
- b) Actitud (activa, pasiva y obligada)
- c) Facies (compuesta, ansiosa, acromegálica y otras)
- d) Piel y anexos (color, temperatura, brillo, humedad, elasticidad, turgor, lesiones de la piel)
- e) Grupo sanguíneo.
- f) Peso.
- g) Talla.
- h) Funciones vitales.
- i) Psíquico Elemental (percepción, orientación,
- j) conducta y lenguaje)

### 2.2.1.2.2 Examen Físico Local o Regional: Sistema Estomatognático

#### Extra bucal

- a) Cráneo (braqui, meso y dólico)
- b) Cara (braqui, meso y dólico)
- c) Cuello (posición, tamaño forma y movilidad)
- d) Simetría de fascias (simétrico o asimétrico)
- e) A.T.M (Crepitación, chasquido y desviación mandibular)
- f) Musculatura (trismus, mialgia, etc.)
- g) Perfil (cóncavo, recto y convexo)
- h) Fonación (normal o alterada)
- i) Deglución (normal o atípica)

- j) Respiración (nasal, buconasal y bucal)
- k) Hábitos (presentes o ausentes)

### **Intra bucal**

- a) Labios (húmedos, secos, semisecos, elásticos, color)
- b) Carrillos (húmedos, elásticos)
- c) Vestíbulo (vascularizado, elástico, húmedo)
- d) Frenillo (bien insertado, corto)
- e) Paladar blando y duro (alto, bajo (duro) presencia de micosis (blando)
- f) Orofaringe
- g) Lengua (macroglosia, microglosia, glositis, lengua saburril, lisa, geográfica y seca)
- h) Piso de Boca (carúnculas, orificios de wharton)
- i) Gíngiva (gingivorragia, rosadas, rojas, presencia de melanosis)
- j) Saliva (viscosa)
- k) Oclusión (tipo de maloclusión)

### **Diente: tipo de dentición<sup>10</sup>**

Primero una **dentición decidua** (dientes de leche) **Mixta** (cuando están presentes los deciduos y permanentes) y después una **dentición permanente** que va sustituyendo de manera gradual a la primera.

---

<sup>10</sup> STEVENSON, Angus, ed. (2007), «Definición de dentición (en ing., *dentition*)», "Shorter Oxford English Dictionary", 1: A-M (6ª edición), Oxford: Oxford University Press, p. 646

- a) Forma del diente (cuadrada, triangular y ovoide)
- b) Forma de la arcada sup e inf (triangular, cuadrada y ovoide)
- c) Color.
- d) Patología generalizada.

### **2.2.1.2.3 Odontograma**

El odontograma de la ficha dental muestra todos los dientes del adulto y del niño en el sistema dos dígitos. En este sistema el primer número nos dice a que hemiarcada pertenece el diente y si pertenece a un niño o adulto. El segundo número nos dice que diente es según su numeración. Existen referencias para las abreviaturas y símbolos para el registro de la afección dentaria dentro del odontograma.

El croquis dental está formado por 5 caras de forma redondeada que representa sólo la parte visible del diente, como la corona y la raíz. A título de identificar la patología dental se indica que dichas afecciones se graben en color rojo, y en azul lo que no es patológico; ver referencias en la historia clínica dental.

#### **2.2.1.2.4 Índice de caries**

##### **Índice COP-D**

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años.

El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

**Signos:**

**C** = caries

**O** = obturaciones

**P** = perdido

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

En los niños se utiliza el **ceo-d** (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas.

El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados ( c ) con extracciones indicadas ( e ) y obturaciones ( o ) en inglés def. La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el ( e ) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa.

Resumen tanto para el COP-D como para el ceo-d :

- Índice COP individual = C + O + P
- Índice COP comunitario o grupal = COP total
- Total de examinados

Existen otros índices de caries que podemos calcular y ellos son:

- Índice de caries: No de caries / No de examinados
- Índice de obturaciones: No de obturaciones / No de examinados
- Índice de extracciones: No de extracciones / No de examinados

#### **2.2.1.2.5 Índice de placa (O’Leary)<sup>11</sup>**

Indica el porcentaje de superficies teñidas (en color rosa y azul, si se usa doble tono) sobre el total de superficies dentarias presentes. De preferencia se debe utilizar el doble tono, dado que este revelador, puede constatar la placa bacteriana madura en color azul oscuro, la cual es considerada cariogénica y periodontopática; y la placa de menos de 24 horas, considerada placa bacteriana del día en color rosa.

---

<sup>11</sup> Bordoni N, Doño RI, Miraschi C precon. Organización Panamericana de la Salud 1992. [http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod\\_producto=3045](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=3045)

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa con el cepillado dental diario, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Y se obtiene aplicando la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Superficies Teñidas}}{\text{Total de Superficies}} \times 100$$

#### **2.2.1.2.6 Higiene bucal**

Se califica si esta Bueno, regular o malo, esto queda en el criterio del que realice la H.C.

#### **2.2.1.3 Exámenes complementarios**

**Exámenes de laboratorio:** (exámenes de sangre y orina)

**Examen radiográfico:** (periapicales y panorámicas)

#### **Interconsulta**

Derivación al especialista según lo que necesite

#### **2.2.1.4 Diagnostico clínico presuntivo**

Se transcribe las observaciones de mayor relevancia y lo que se observa en el odontograma siendo un diagnóstico presuntivo hasta que no sea corroborado con exámenes complementarios, modelos de estudio y posteriormente articulado para llegar a un diagnóstico definitivo.

#### **2.2.1.5 Derivado a la clínica de:**

Según al diagnóstico presuntivo que tenga el paciente es destinado para los tratamientos correspondientes, según las especialidades de odontología.

#### **2.2.1.6 Tratamiento:**

En la Historia clínica se anota todos los procedimientos que han sido realizados por el alumno y visados por el docente.

#### **2.2.1.7 Medicación:**

Se le coloca la prescripción médica que se le indico al paciente

#### **2.2.1.8 Epicrisis:**

Una vez registrada el alta del paciente, en la historia clínica deberá colocarse un resumen referido exclusivamente a la patología actual y con referencia a los antecedentes que estén relacionados a la misma Constará también el tratamiento efectuado y un resumen de los resultados de los exámenes que resulten relevantes; como así también la posterior conducta a seguir. Este resumen, con el que se cierra la historia clínica es la EPICRISIS.

#### **2.2.1.9 Consentimiento informado:**

Como consecuencia del desarrollo de la Legislación en referencia a los derechos de los pacientes se establece que los pacientes tienen derecho a toda la información relativa a los procedimientos que se les van a realizar para mejorar su estado de salud. Por ello, se exige el



establecimiento de un consentimiento informado donde se informe al paciente de todas las posibles situaciones que le pudiese ocurrir tanto en el transcurso del tratamiento como en su postoperatorio.

El consentimiento informado es el documento físico que debe leer el paciente antes de la intervención para que pueda ejercer su derecho a decidir si continúa con él o no, al estar informado de los riesgos que lleva dicho tratamiento.

En líneas generales, los requisitos de un consentimiento informado son:

- Los datos del paciente.
- Los datos del profesional.
- Nombre del procedimiento terapéutico.
- Descripción de riesgos (típicos y muy graves)
- Descripción de consecuencias.
- Descripción de riesgos personalizados.
- Descripción de molestias probables.
- Alternativas al procedimiento.
- Declaración del paciente de haber recibido la información.
- Declaración del paciente de no tener dudas y estar satisfecho con la información recibida.
- Fecha y firma del profesional y del paciente.
- Apartado para el representante legal (si fuera necesario)
- Apartado para la revocación del consentimiento.

## 2.2.2 CALIDAD EN SALUD<sup>12</sup>

En los últimos años ha habido un creciente interés sobre los distintos aspectos que tratan sobre calidad en salud. Esta área, relativamente nueva y con un gran desarrollo, puede ser abordada con enfoques diversos y se ha ganado un espacio en la mayoría de los congresos nacionales e internacionales. La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y subjetiva. Sin embargo, se trata de un concepto concreto y, como veremos a continuación, posible de ser medido, con la consiguiente reducción de la subjetividad. Si bien es real que en muchos casos no estamos entrenados para evaluar fehacientemente nuestra propia práctica, también es verdad que si no intentamos hacerlo, difícilmente podamos realizar intervenciones para mejorarla. No estamos hablando de diferentes opciones de trabajo, sino de un imperativo ético: hacer las cosas lo mejor posible.

### 2.2.2.1. Algunas definiciones de calidad

No hay una definición de calidad en los servicios de salud universalmente válida, habiendo, hasta la fecha dos líneas de pensamiento el cual los servicios la que propone el Instituto de Medicina de EEUU y que considera a la calidad como: " el grado en de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...". Se trata de una visión maximalista e ideal cuyo límite es el máximo conocimiento científico técnico y tiene una visión centrada en la calidad científica técnica del prestador. La que propone el programa español: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...". Esta última incorpora

---

<sup>12</sup> Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004  
<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>

a los receptores del servicio (pacientes, clientes y usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin olvidar sus necesidades y expectativas.

#### **2.2.2.2 Mejoría de la calidad**

Se puede analizar como punto de partida desde tres situaciones claramente diferenciables: el diseño de la calidad, el ciclo de mejora y el monitoreo.

#### **2.2.2.3 Diseño de la calidad<sup>12</sup>**

Se habla de diseño de la calidad, básicamente, cuando se va a crear un nuevo servicio que antes no se prestaba, o se modificará sustancialmente uno que ya existía. Antes de ponerlo en funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir, lo que forma parte de la estructura del diseño de este nuevo servicio.

Los criterios de proceso (la descripción paso a paso del procedimiento en cuestión) definen en que condiciones se valorará la presión, con que frecuencia, como se seleccionará la población (a quienes), etc. Los criterios de resultado describen las metas que esperamos conseguir con la estructura que utilizamos y con el proceso que aplicamos.

#### **2.2.2.4 Ciclo de mejora**

Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se las somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿Por qué funciona mal?) Con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo

---

<sup>12</sup> Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004  
<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>

central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora. El ciclo de mejoría de la calidad, (en inglés, Plan, do, study act ) se inicia cuando se identifica un problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño(plan), la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto (do), el análisis y la evaluación posterior (check o study) y la extensión de la intervención a mayor escala.

Aquí nos enfrentamos con una situación que no se realiza habitualmente o si se hace no se registra. Ambos son problemas concretos de la calidad del servicio. Identificamos entonces algunas oportunidades de mejora que pueden y deben ser analizadas por los implicados en ese grupo de trabajo.

Se recomienda analizar las causas de cada una desglosándolas en sub causas: materiales, organizacionales, de la cultura de los pacientes (son todas consultas) del prestador, etc.

#### **2.2.2.5 Monitorización**

Las intervenciones suelen perder efectividad con el paso del tiempo, especialmente si no se implementan estrategias de refuerzo ("booster"). Se denomina monitorización a la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos sumarios indicadores de calidad. La monitorización tiene el fin de controlar que los procesos se mantengan dentro de los niveles de desempeño deseables y sirve para identificar oportunidades de mejora cuando no se alcanzan los mismos.

### **2.2.2.6 Cuándo y cómo se mide la calidad**

Cuando se mide la "calidad en los servicios de salud" con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Por eso, para poder hacerlo es necesario abordar y consensuar cuáles son las dimensiones medibles, que pueden agruparse en tres principales categorías: 1) la calidad científico técnica; 2) la satisfacción de los usuarios; 3) la accesibilidad al servicio. Estas tres dimensiones no son excluyentes sino complementarias.

### **2.2.2.7 Calidad científico técnica.**

La calidad científico técnica es una de las dimensiones más consideradas por los prestadores y se refiere a su capacidad para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos disponible para abordar los problemas de salud. Durante mucho tiempo se sostuvo el concepto que el que más sabe, mejor hace las cosas.

Sin embargo, hoy sabemos que no es necesariamente así, siendo la óptima capacitación profesional una condición necesaria, pero no suficiente.

La capacitación científico técnica es la formación y adquisición de conocimientos y aptitudes de los prestadores para la atención sanitaria. No siempre el que más sabe o conoce un tema lo resuelve de la mejor manera. Seguramente todos conocemos ejemplos de pacientes mejor atendidos por un profesional de menor jerarquía formal pero que tiene más tiempo para dedicarle a los pacientes.

### **Satisfacción de los usuarios.**

La satisfacción es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida. Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas. Sin embargo, estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagan sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemas ("oportunidades de mejora") sobre las que se puede intervenir para mejorar.

Hay que tener en cuenta que en la implementación de la encuesta, la muestra sea representativa de la población sobre la que deseamos tener información y no solo sobre aquella que presenta alguna característica particular, como ocurre, por ejemplo, al entrevistar solo a aquellos que consultan al servicio. Se destaca que las encuestas de satisfacción, si no se encuentran integradas en un plan de mejora de la calidad, no aportan información que pueda resultar útil para mejorar.

#### **2.2.2.8 Accesibilidad**

Se denomina accesibilidad a la facilidad con que se obtiene atención sanitaria en relación a barreras organizacionales, económicas y culturales.

### **2.2.2.9 Al evaluar la accesibilidad se deben valorar**

#### **a) barreras económicas**

(Pago de co-seguro para consultas o prácticas).

#### **b) barreras organizacionales**

(Para atenderse, el paciente debe llegar a las cinco de la mañana para conseguir uno de los veinte números que se dan ese día o debe ir sacar una orden de consulta a una gran distancia de donde vive o trabaja, debe esperar, hacer cola, etc.)

#### **c) barreras de comunicación**

(Atención de inmigrantes, aborígenes, población rural que ha migrado recientemente a la ciudad, etc.).

### **¿Qué miden los estudios de calidad?<sup>12</sup>**

Hay dos grandes grupos de trabajos sobre calidad, los que miden el nivel de calidad y los que analizan las causas hipotéticas de calidad deficiente. Los primeros, cuando valoran problemas clínicos, analizan en general el grado de cumplimiento de criterios o requisitos de calidad previamente definidos, con el resultante grado o nivel de calidad de la situación analizada.

Los que estudian las causas hipotéticas de la mala calidad se enfocan habitualmente en problemas organizacionales (ej. tiempo de espera elevado, falta de historias clínicas en el momento de la consulta, etc.).

---

<sup>12</sup> Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004  
<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>

Sin embargo también se utilizan para problemas clínicos cuando se han medido los criterios de calidad y ha resultado un elevado incumplimiento de los mismos, intentando definir que hay que hacer para mejorar.

### **¿Cómo empezar?**

El trabajo en cuestión puede referirse a estructura (todo lo que hayo debería haber como recursos humanos y materiales), proceso (como se hacen o deberían hacer las cosas) o resultado (por lo general, pero no siempre, consecuencia de lo que hay y de cómo se hacen las cosas). Al analizar un artículo de nivel de calidad, este debe contener los siguientes componentes:

- Criterios para evaluar la calidad.
- Dimensión estudiada.
- Tipo de dato.
- Unidades de estudio (profesionales, centro de salud, municipios, etc.)
- Fuente de datos (historias clínicas, encuestas de satisfacción, etc.).
- Identificación y muestreo de las unidades de estudio (marco muestral, número de casos y método de muestreo).
- Tipo de evaluación (relación temporal, quién tomo la iniciativa, quien obtuvo los datos).

#### **a) Criterios para evaluar la calidad**

Son utilizados para evaluar el grado de calidad (y eventualmente algunos niveles intermedios). Un criterio es un requisito de calidad que queremos que se cumpla, con sus aclaraciones y excepciones.



Debe ser explícito y su forma de evaluación debe ser realizada a través de indicadores reproducibles que describan claramente la fuente de información utilizada para su construcción.

**b) Dimensión estudiada**

Debemos considerar qué dimensión de la calidad es la evaluada: la calidad científico técnica del prestador, la satisfacción del usuario, la accesibilidad a obtener asistencia sanitaria, etc.

**c) Las unidades de estudio.**

La unidad de estudio define a la población y determina cuales son sus características: edad, sexo, pertenencia a determinado grupo de riesgo, etc. La unidad de estudio define también las características del prestador: un profesional, un servicio de salud, un centro de atención, vale decir,

**d) Nivel asistencial evaluado.**

Se las define aclarando el período evaluado .Fuentes de datos Los datos que alimentan los estudios de calidad pueden ser obtenidos de diversas fuentes: listados, historias clínicas, encuestas, bases de datos, etc. Obviamente la confiabilidad de los datos dependerá directamente de la confiabilidad de la fuente de donde han sido obtenidos.

**e) Marco muestral**

Debe estar definido el universo de donde se extrajeron las muestras. Cabe aclarar que una diferencia sustancial entre los estudios de calidad y la mayoría de los trabajos de investigación que se publican en revistas académicas es el número de casos, mucho menor en los primeros.

Los estudios de calidad habitualmente se valen de 50 a 60 casos, y hasta tan pocos como 30. Sin embargo, estos deben cumplir los requisitos de representatividad, precisión y confianza.

Para que una muestra sea representativa y sin sesgo de selección (que todos los componentes del universo evaluado tengan la misma probabilidad de ser incluidos) será importante la técnica usada para el muestreo, que debe ser imprescindiblemente aleatoria. La precisión estima entre qué valores límite está el valor que se mide, al igual que en los estudios de investigación a través del intervalo de confianza. En las evaluaciones de calidad no se trabaja con muestras grandes y, aunque esto pueda sorprender al lector, aclaramos que muchas veces se resigna precisión en aras de la factibilidad de la evaluación.

#### **f) Tipo de evaluación**

Las evaluaciones de la calidad son retrospectivas o concurrentes ya que no es posible realizar evaluaciones prospectivas, debido a que no se puede medir lo que todavía no ha ocurrido. Dependiendo de quien tome la iniciativa para realizar las evaluaciones, serán internas cuando esta recaiga en los propios prestadores y externa cuando la responsabilidad recaiga en gestores u organismos externos y presuntamente más "independientes" y "objetivos". Debe expresarse también quien recoge los datos. Vale decir que en las evaluaciones internas son más apropiadas las técnicas cruzadas de recolección.

#### **g) Estudios de causas hipotéticas**

Las causas hipotéticas no son requisitos de calidad sino factores que pueden influir en ellos. Hay estudios que analizan las causas sin datos (de forma subjetiva) y valiéndose del conocimiento de los participantes de la situación en cuestión. Básicamente sus diseños tienen las mismas implicancias que los estudios que tratan con datos

cuantitativos y utilizan algunos métodos valorativos como los siguientes: Encuesta de causas. En un primer paso se define un listado de causas hipotéticas, que puede surgir de la técnica de la tormenta de cerebros ("brain storm-ing"). En un segundo paso se pide al personal implicado que valore cada una de ellas través de alguna escala ordinal o bien, de "poco" a "muy importante". Esto permite establecer una cuantificación o priorización de las diversas causas en relación a su importancia. Votación múltiple Luego de generada la lista de causas hipotéticas, se la entrega al personal comprometido, seleccionando cada uno de ellos un tercio de las mismas. Luego se analizan las más votadas en orden decreciente.

## **2.2.3 EVALUACIÓN**

### **2.2.3.1 Conceptos**

De forma general, podemos decir que el término evaluación es una palabra elástica que tiene usos diferentes y que puede aplicarse a una gama muy variada de actividades humanas. Considerada la evaluación en su acepción más amplia, nos encontramos con definiciones como la de la Real Academia Española: evaluar es “señalar el valor de una cosa”. Para el Diccionario del Español Actual, evaluar significa “valorar (determinar el valor de alguien o de algo)”. Y, en cuanto al término evaluativo/va, en el diccionario mencionado se distingue “un uso evaluativo y un uso descriptor”, en el empleo del término. En el uso evaluativo hay un juicio de valor.

Como una primera aproximación a la precisión conceptual del término, podemos decir que la palabra evaluación designa el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer una

valoración, medir “algo” (objeto, situación, proceso) de acuerdo con determinados criterios de valor con que se emite dicho juicio. En la vida cotidiana permanentemente estamos valorando sobre todo cuando ponderamos las acciones y decisiones que tomamos. Son formas de evaluación informal, las que no necesariamente se basan en una información suficiente y adecuada, ni pretenden ser objetivas y válidas. Pero cuando queremos evaluar servicios o actividades profesionales no basta la evaluación informal. Debemos recurrir a formas de evaluación sistemática que, utilizando un procedimiento científico, tienen garantía de validez y fiabilidad.

#### 2.2.3.2. Definiciones según autores <sup>13</sup>

- **MONTSERRAT COLOMER (1979)** define la evaluación como:

Un proceso crítico referido a acciones pasadas con la finalidad de constatar, en términos de aprobación o desaprobación, los progresos alcanzados en el plan propuesto y hacer en consecuencia las modificaciones necesarias de las actividades futuras.

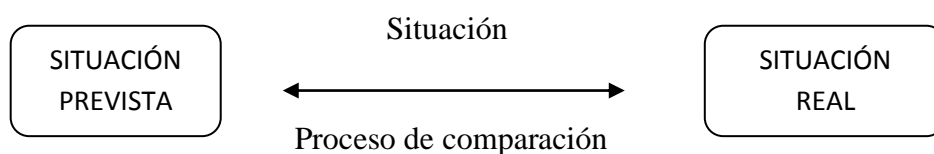
---

<sup>13</sup> Díaz Herráiz, E. y Rodríguez Martín, V. (2002): La evaluación en Servicios Sociales, en Fernández García, T. y Ares Parra, A. (coords): Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación. Ciencias Sociales Alianza Editorial. Madrid.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

- También para **ESPINOZA VERGARA**<sup>14</sup>

El concepto de evaluación tiene el mismo significado, pues entiende que Evaluar es comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa.

Gráficamente podemos decir que se trata de:



Esta definición elemental lleva implícitos tres elementos:

1. La existencia de una situación prevista que fue definida previamente mediante el proceso conocido como programación.
2. La existencia de una situación real en un momento determinado, la que se ha configurado por medio de unas acciones que se ejecutan.
3. Un proceso de comparación entra ambas situaciones para llegar a determinar si son iguales o desiguales y conocer los factores que han determinado la igualdad o desigualdad.

---

<sup>14</sup> Espinoza Vergara, M. (1986): Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Humanitas. Buenos Aires.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-88931999000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-88931999000100009&script=sci_arttext)

Así desde esta perspectiva, las técnicas de evaluación nos permiten comprobar en qué medida los resultados obtenidos en las intervenciones realizadas coinciden con los deseados y con los objetivos planteados.

- **COHEN Y FRANCO (1988)**, lo definen en idéntico sentido:

Evaluar es fijar el valor de una cosa, para hacerlo se requiere efectuar un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado.

Si continuamos con el análisis de definiciones de evaluación nos encontramos con otras que, continuando con el sentido de las anteriormente citadas, hacen hincapié en el procedimiento que se ha de seguir para ello.

- **DÍAZ (1988)** nos señala que:

La evaluación es la aplicación de una metodología de la investigación científica para medir los procesos de cambio y los resultados o productos (outputs) de esos cambios.

- **ALVIRA (1991)** entiende que:

Evaluar es emitir juicios de valor, adjudicar valor o mérito a un programa o intervención, basándose en información empírica recogida sistemática y rigurosamente.

- **FERNÁNDEZ GARCÍA (1992)** afirma:

Evaluar es estimar los conocimientos, aptitudes y el rendimiento de los programas, de las intervenciones y de los profesionales que interactúan en todo el proceso metodológico. En ambas definiciones, se resalta la importancia de la utilización del método científico en la evaluación, de la necesidad de la utilización del método de investigación social, por lo que hablaríamos de investigación evaluativa. Así pues, desde esta perspectiva, la evaluación no sólo persigue medir los resultados de las intervenciones, sino que también, por otra parte, pretende medir los procesos de cambio o la naturaleza de las propias intervenciones. Por ello, ante cualquier evolución de proyectos de índole socioeducativa, podríamos distinguir dos procesos: por un lado, el juicio y, por otro, la recogida y análisis de la información para que ese valor esté suficientemente justificado.

Por esta razón la evaluación se entiende como una actividad sistemática y funcional, ya que se trata de comprobar el grado de consecución de unos objetivos para tomar decisiones mediante una serie de procedimientos que permitirán identificar los factores que han influido en los resultados y formular recomendaciones con el fin de introducir correcciones.

Resulta necesario especificar, además, por qué es preciso evaluar, ya que este proceso debe tener una finalidad y una funcionalidad. En primer lugar, la evaluación sirve para dar cuenta de la gestión; sin embargo, evaluar va más allá de explicar si el gasto ha sido adecuado y conforme a la ley, pues, en última instancia, debe servir para proveer de información que facilite la toma de decisiones.

De este modo, la evaluación no se limita a medir resultados para esa toma de decisiones, sino que contribuye al conocimiento que fundamenta la intervención aportando el aprendizaje y los datos que los propios equipos, a cargo de los proyectos, tienen del problema que abordan.

Este aprendizaje es el que permite ampliar y enriquecer las perspectivas conceptuales facilitando un mejor control sobre los factores que influyen en los resultados y los cambios que se pretende conseguir.

### **2.2.3.3 Términos similares a “evaluación” con los cuales no debe confundirse**

En el ámbito de los servicios, programas y proyectos socioeducativos, existen una serie de términos que se emplean con frecuencia y que –en ocasiones- se utilizan de forma similar al de evaluación, siendo necesario precisar y diferenciar su alcance. Dicho en otras palabras, cuando hablamos de evaluación debemos diferenciarla de:

- Medición, que se refiere a la extensión y/o cuantificación de algo, pero sin determinar su valor.
  
- Estimación, que tiene un carácter aproximado y una carga subjetiva, ya que no implica exigencia metódica y formal como la evaluación sistemática.



- Seguimiento, que es el proceso analítico para registrar, recopilar, medir y procesar una serie de informaciones que revelan la marcha o desarrollo de un programa y que asegura una retroalimentación constante para una mejor ejecución del mismo.
- Control, que consiste en una verificación de resultados, no de su valoración (lo que constituiría una evaluación).

#### **2.2.3.4 Acerca de la noción de evaluación en sentido estricto**

Cuando en las ciencias sociales y en las diferentes modalidades de intervención social se habla de evaluación, se alude –dicho como un primer intento de aproximación a este concepto- a una forma de valoración sistemática que se basa en el uso de procedimientos que, apoyados en el uso del método científico, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el mérito y el valor de algo de manera justificable. Para decirlo en breve: entre la evaluación en sentido lato (o evaluación informal) y la evaluación en sentido estricto (o evaluación sistemática), no hay una diferencia de propósitos sino de métodos.

De esta primera, preliminar y provisional aproximación a la noción de

“evaluación sistemática”, surgen dos de sus esencias.

- Cuando se habla de evaluación en sentido estricto, siempre se hace referencia a la investigación evaluativa.

- La investigación evaluativa no tiene métodos y técnicas que le son propios; son los mismos que se utilizan en la investigación social.

A partir de su acepción más amplia (señalar el valor de una cosa), diremos que una precondition de cualquier estudio evaluativo es la presencia de alguna actividad cuyos objetivos tengan algún tipo de valor.

A lo cual añadimos otra idea fundamental para comprender la noción de evaluación: ésta tiene sentido en la medida que sirve para tomar decisiones concretas con el propósito de mejorar lo que se está haciendo. Apoyados en las consideraciones precedentes y en desarrollos más amplios Proponemos la siguiente definición (Ander Egg, 2000):<sup>15</sup>

La evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados.

---

<sup>15</sup> Ander- Egg, E. (2000): Metodología y práctica de la Animación Sociocultural. CCS. Madrid.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

### **2.2.3.5 Características más relevantes de la evaluación, a partir de la definición operativa que acabamos de realizar**

#### **a) Es una forma de investigación social aplicada**

En cuanto a investigación social, la evaluación consiste en aplicar el método científico al conocimiento de un aspecto de la realidad. Y en cuanto a investigación aplicada, se trata de aplicar el método científico para valorar la aplicación de estrategias cognitivas en la adquisición de conocimientos o de estrategias de acción de cara a lograr determinados propósitos. Dicho en otras palabras: no es un conocer para actuar (como es la investigación aplicada), sino un conocer para mejorar las formas de actuar.

#### **b) Sistemática, planificada y dirigida**

Porque utiliza procedimientos basados en los requerimientos y exigencias del método científico. Se trata de estudiar de manera consciente, organizada y con una intencionalidad expresa un aspecto de la realidad. Este estudio no consiste en un conjunto de recetas, sino en establecer una estrategia dentro de un proceso que tiene una clara direccionalidad y para cuya consecución se establecen por anticipado los cursos de acción más racionales.

**c) Encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable**

La evaluación es el proceso de enjuiciar algo, y para ello es necesario conocer primero ese objeto a evaluar. De ahí, que el proceso de evaluación implique y conlleve tareas de identificación de información (qué se va a evaluar), de obtención de dicha información (mediante técnicas de investigación social) y de difusión de la misma a los actores sociales interesados o a los responsables que han solicitado el estudio evaluativo.

Pero esta tarea de recogida y sistematización de datos no puede hacerse de cualquier forma. Es necesario que los procedimientos utilizados cumplan ciertos requisitos de fiabilidad y validez, a fin de que los resultados de la evaluación sean justificables y lo más objetivos y precisos posible.

**d) Datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio**

Evaluar es siempre “señalar el valor de una cosa”, o lo que es lo mismo, es emitir un juicio de valor. No se trata de ponderar o enjuiciar algo con criterios subjetivos, de ahí que los resultados y juicios o valoraciones realizadas deban apoyarse en datos e información pertinente. La pertinencia de dicha información viene dada por su relevancia, es decir, por la relación que guarda con las decisiones a las que pretende servir la evaluación. Y por su suficiencia, esto es: la información no debe ser ni excesiva (estudiar hechos

innecesarios o poco significativos) ni insuficiente (lo que impediría establecer un juicio adecuadamente fundamentado).

**e) Acerca del mérito y el valor**

Hacemos esta aclaración porque muchas veces se identifica la tarea de evaluar con una acción a posteriori de algo ocurrido. Nada más falso. La evaluación de programas sociales puede realizarse tanto en el diagnóstico (la evaluación de necesidades, por ejemplo, o la jerarquización de problemas), como en la fase de programación (es el caso de las evaluaciones ex-ante o evaluaciones del diseño de un proyecto) y en la ejecución (evaluación en curso, continua, etc.). Además, la evaluación también puede hacerse una vez que el programa o el proyecto han finalizado (evaluación de impacto). Por lo tanto, si bien la evaluación, como fase de la estructura básica de procedimiento, ocupa un lugar posterior a la programación y ejecución en la mayoría de las ocasiones, se trata de un elemento a considerar en las distintas etapas, siempre que haya que realizar un juicio o valor de algún aspecto o componente del programa a ejecutar, apoyado en información recogida sistemáticamente.

Puede haber un programa meritorio sin valor, si bien toda actividad que tenga un valor debe ser –además meritoria- con la evaluación de un programa se pretende establecer y juzgar tanto el mérito como el valor del mismo.

- f) De los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución)**
  
- g) O de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos**

No es imprescindible la existencia de un programa o de un proyecto para realizar la evaluación. La existencia de un conjunto de actividades específicas que se organizan para lograr un fin determinado, son suficientes para la acción de evaluar. Por lo tanto, para realizar una evaluación sistemática no existen requisitos respecto a la complejidad y organicidad de las acciones, basta con que éstas se realicen persiguiendo un objetivo concreto especificado de antemano. Dicho en otras palabras, toda aquella actuación encaminada a lograr ciertos efectos o producir unos resultados es susceptible de evaluarse de manera sistemática.

Cuando decimos “producir efectos y resultados concretos”, tenemos en cuenta una doble dimensión en esos propósitos: o Por una parte, valorar el logro de los objetivos propuestos en un programa, servicio o actividad; o Por otro lado, valorar asimismo, en qué medida se satisfacen las necesidades de los usuarios, beneficiarios o destinatarios del programa, servicio o actividad.

De lo anterior se deriva el sentido de utilidad que debe tener la evaluación y la íntima relación que debe darse entre la evaluación y la práctica administrativa y las necesidades de los usuarios o destinatarios. Una investigación evaluativa no tiene sentido, si no es para mejorar la prestación de un servicio o la efectividad y eficacia de la administración de un programa.

**h) Comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado**

Es decir, con el proceso de evaluación se pretende dar cuenta sobre la forma o manera en que algo se ha llevado a cabo, y el grado en que dichas acciones han producido efectos o resultados concretos. Cuando hablamos de “grado”, estamos haciendo referencia tanto a la extensión, cuantificación o magnitud de un efecto o consecuencia como a su profundidad. Ya se trate de evaluar una acción, un recurso o servicio, un resultado o lo que fuere.

**i) De forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción**

La investigación evaluativa sólo tiene sentido si está encaminada a la toma de decisiones. En efecto, una evaluación que sólo sirva para ser archivada en una biblioteca o para decir que se ha evaluado algo, carece de sentido y no es justificable desde el punto de vista técnico e inclusive ético. La necesidad de la evaluación viene dada porque permite una retroalimentación acerca de lo que se está haciendo y los errores que se cometen o han cometido,

a fin de que se puedan ir subsanando, mejorando o evitando en sucesivas ocasiones. Asimismo, sirve para proporcionar información objetiva que pueda fundamentar las decisiones de los responsables de un programa o proyecto, haciendo que disminuyan las posibilidades de fracaso del mismo.

Tampoco debemos olvidar que, en ese sentido, la evaluación es un instrumento útil para mejorar las políticas y las intervenciones sociales, haciéndolas más eficaces y eficientes, más idóneas y pertinentes.

No es que no se puedan tomar decisiones sin evaluación previa. Lo que estamos señalando es que si lo que se pretende es una toma de decisiones racional e inteligente, la evaluación se torna imprescindible. Ella permitirá elegir la alternativa de acción más conveniente, corregir una estrategia de acción o modificar actividades previstas, en función de los cambios que se den y de los resultados que se quieren obtener.

**j) Para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados.**

La evaluación no es un fin en sí mismo, sino un instrumento al servicio de unos objetivos que están relacionados con algunos aspectos o elementos de una intervención social.

Al hablar de evaluación de programas y servicios, entendemos que las decisiones que se toman como resultado de una investigación evaluativa deben ir orientadas a la mejor solución posible de los problemas y las necesidades.



Además, el proceso de evaluación debe dar cuenta de los factores que han contribuido al éxito o fracaso de una acción. Sólo de esta forma se podrán corregir errores, se podrá aprender de otras experiencias, y, en definitiva, se podrá mejorar la acción social. Esto es lo que da un carácter de instrumentalizar a la evaluación.

### **2.2.3.6 Lo que no debe ser una evaluación<sup>16</sup>**

Contraste, delimitará mejor el alcance auténtico de la evaluación.

Resulta útil complementar las definiciones de la evaluación con la visión en clave negativa de los errores o vicios más usuales con los que nos encontramos frecuentemente en la práctica. Su conocimiento nos facilitará cierta prevención entre ellos:

- LAS PSEUDOEVALUACIONES O LA TRAMPA DE LAS EVALUACIONES A PRIORI.
- LA IDENTIFICACIÓN DE LA MEDIDA CON LA EVALUACIÓN
- EL SECTARISMO
- EL SUBJETIVISMO
- LA INDISCRIMINACIÓN O MEZCLA DE NIVELES
- LA BUROCRATIZACIÓN
- EL “PRINCIPIO DE INDETERMINACIÓN

---

<sup>16</sup> Ventosa, V. (2002): Desarrollo y evaluación de proyectos socioculturales. Editorial CCS. Madrid. [http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

**a) Las pseudoevaluaciones o la trampa de las evaluaciones a priori.**

Uno de los errores más típicos en los que se suele caer es el de hacerse la trampa a sí mismo. Por decirlo metafóricamente, se trata de tirar primero el dardo para poner la diana después. Esta tarea no cabe duda de que es una manera efectiva de acertar siempre.

Sucede cuando evaluamos algo a su término, sin haber prefijado claramente desde el principio lo que ha de evaluarse. Con este proceder no llevamos a cabo una auténtica evaluación (cabe, sin embargo, plantearse una evaluación sin metas prefijadas, pero siempre cuando se adopte como estrategia definida con vistas a recoger todo tipo de información y contingencias que aparecen en el desarrollo de un programa).

Otra manera de auto engañarse consiste en realizar el proceso inverso, decidiendo de antemano qué es lo que quiero que salga, dedicando después todos los esfuerzos a justificar con la evaluación lo que –miren ustedes por dónde...- va a coincidir con lo que ya había prefijado. Ejemplos de la primera situación los encontramos cada vez que una profesional confunde su trabajo con el de un alquimista medieval en busca de la piedra filosofal. Es la actitud del vamos a hacer esto... y a ver lo que sale. La improvisación y la espontaneidad pueden llegar a ser recursos necesarios en ciertos momentos, siempre y cuando no se conviertan en el eje y la constante de dicho trabajo. Respecto del segundo vicio mencionado, también nos lo encontramos con frecuencia, sobre todo cuando la

evaluación se convierte en la llave del profesional para mantener su contrato laboral con la institución en la que trabaja.

**b) La identificación de la medida con la evaluación**

Otra de las cosas que no se debe confundir con la evaluación es identificar la medida que sale de los datos obtenidos con la evaluación que surge de la valoración efectuada a partir de esa medida. Esta confusión, no por sutil deja de ser importante. De caer en ella al reducir la evaluación a mera cuantificación de datos, números o porcentajes, cuando sabemos que lo sociocultural no es reducible a cifras.

No podemos absolutizar los datos porque, en sí mismos, no dicen nada, sin una referencia al contexto que les da sentido y relieve.

El número de jóvenes que ha participado en una determinada actividad de un barrio, no es evaluable sin una alusión a la población total de jóvenes existente en dicho barrio, o sin saber a qué hora y en qué fecha se realizó (no es lo mismo si se hace en horas de clase o trabajo que en horas libres, entre semana o en sábados o domingos, dentro del curso o en vacaciones), si es la primera vez que se realiza o es una actividad consolidada, etc. todos estos ejemplos ilustran, en definitiva, la necesidad de completar los datos cuantitativos con referencias cualitativas y contextuales, para poder valorarlos en su justa medida.

**c) El sectarismo**

O también podemos llamar aquí “parcialidad”, es otro de los errores más usuales. Se suele dar debido a los prejuicios, intereses o apasionamiento con que a menudo se afrontan las evaluaciones. Puede haber tendenciosidad tanto en la selección y obtención de informaciones como en el momento de difundirla.

**d) El subjetivismo**

De la misma forma que la evaluación no es un mero dato, tampoco se puede reducir a mera opinión sin suficiente fundamento, sin explicaciones y sin recomendaciones o alternativas sugeridas para afianzar los resultados positivos y/o evitar los negativos. Un profesional riguroso no puede conformarse con evaluaciones que se resuelven en afirmaciones tales como: “la gente se lo ha pasado bien”, “la actividad resultó un fracaso”. Se trata de aportar no sólo descripción de hechos sino su interpretación y sobre todo proponer vías de mejora.

**e) La indiscriminación o mezcla de niveles**

Antes de ponerse a valorar algo, es preciso saber qué, para qué y a quién le interesa esa evaluación. En función de la respuesta que se dé a cada una de estas preguntas se establecen diferentes niveles. No es lo mismo evaluar una actividad, un programa de actividades, la organización con la que se realizó, las expectativas de la entidad organizadora o la satisfacción de los destinatarios. En cada caso existen

distintos y hasta contradictorios intereses y el evaluador tiene que saber dar a cada cual lo suyo, sin mezclar o confundir la perspectiva institucional con la profesional o la comunitaria.

Al equipo de trabajo le interesa, por ejemplo, la calidad del programa, mientras que a la población beneficiaria del mismo le puede interesar saber el grado de cumplimiento de sus expectativas, y la institución que lo financia puede preocuparse de la relación coste/beneficio por participante.

**f) La burocratización**

La burocratización de la evaluación acostumbra a darse en ámbitos institucionales en donde ésta termina convirtiéndose en una rutina obligada y puramente formal. En estas circunstancias se trata de un puro trámite que no aporta nada nuevo a lo anterior ni mejora lo posterior.

**g) El “principio de indeterminación”**

En concreto se refiere referirme al límite de nuestro conocimiento a la hora de captar la realidad sociocultural. Este límite en nuestro contexto es el que se nos plantea en forma de relación inversa entre exactitud y la amplitud del conocimiento, de forma que cuanto más preciso queremos que sea, menos abarcamos en el mismo. Inversamente, cuanto más amplio pretenda ser el conocimiento de la realidad sociocultural, menos exacta tiende a ser. Otra manera de acercarnos a este problema es el de constatar la imposibilidad de aislar y manipular las variables a evaluar sin modificar el medio natural.

Creo que así se encuentra la clave del dilema evaluación cuantitativa-cualitativa. Ambos enfoques se pueden aplicar al terreno que nos ocupa, pero teniendo en cuenta la dimensión procesual, compleja, práctica y participativa de los proyectos socioeducativos, el enfoque cualitativo resulta más apropiado en la mayor parte de las situaciones socioculturales, sin desechar lo cuantitativo como complemento y en casos especiales.

#### **2.2.3.7. Funciones de la evaluación<sup>16</sup>**

La utilización de la evaluación en el terreno de los proyectos socioeducativos puede cumplir una serie de cometidos que vamos a destacar a continuación.

##### **a) Función optimizadora**

Mediante la cual, a través de una aplicación sistemática y persistente se va logrando una mejora y un aprovechamiento óptimo de los procesos, en el sentido de ir consiguiendo progresivamente el máximo de resultados con el mínimo de recursos. En este sentido, la evaluación actúa como un mecanismo de selección y de progresivo refinamiento.

---

<sup>16</sup> Ventosa, V. (2002): Desarrollo y evaluación de proyectos socioculturales. Editorial CCS. Madrid. [http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

**b) Función sistematizadora :**

Mediante el mismo efecto descrito anteriormente, la acción, por el mero hecho de evaluarse, tiende a racionalizarse y estructurarse progresivamente, de cara a su organización, control, comparación, difusión y reproducción.

**c) Función adaptativa o retroalimentadora:**

Con arreglo a lo cual se consigue el automantenimiento y la automejora del programa evaluado, en una adaptación dinámica constante, al facilitar información sobre los efectos de la acción, con vistas a su consolidación –si son positivos- a su corrección –si son neutros- o eliminación –si son negativos.

**d) Función formativa o de aprendizaje**

Como consecuencia de esa retrospección sobre la propia acción, el profesional que la ejecuta aprende sobre la marcha a partir de las consecuencias que produce su trabajo. Desde esta perspectiva, la evaluación se puede plantear como un método de formación en la acción.

**e) Función motivadora**

De especial importancia por ser ésta uno de los objetivos básicos. Y es que la verificación y constatación de resultados, actúa como refuerzo positivo –gratificación simbólica para seguir trabajando. Ahora bien, esta función es efectiva en la medida en que se enfoca la evaluación

desde un punto de vista positivo y constructivo, incidiendo más en los logros conseguidos –aunque sean pequeños- que en los fracasos, sobre todo en los comiendo de cualquier proceso sociocultural. En este caso, estamos hablando de la utilización de la evaluación como técnica motivacional.

**f) Función de maduración grupal**

No cabe duda de que, aplicada a grupos se consigue, con el tiempo, unos efectos de cohesión y conciencia que tienden a aumentar su rendimiento e integración. Evaluación, por tanto, como ocasión de análisis, reflexión y autoconocimiento grupal.

**g) Función participativa**

Otro de los grandes móviles se encuentra aquí una firma valedora, siempre y cuando se lleve a cabo desde dentro del programa y contando con sus participantes, tanto en su diseño como en su aplicación y posterior análisis de resultados. Los distintos tipos de evaluación pueden clasificarse de la siguiente manera, la que aquí presento completándola con la propuesta de **Díaz Herráiz** nos presenta de **Alvira** (1991).



### 2.2.3.8 Tipos de evaluación

Tomando como referencia la clasificación propuesta por **Cembranos (AAVV)**<sup>16</sup>, los distintos tipos de evaluación pueden clasificarse de la siguiente manera, la que aquí presento completándola con la propuesta de **Díaz Herráiz** nos presenta de **Alvira** (1991).

Según en el momento en que se evalúa	Ex Ante Durante Final, ex post o de impacto
Según las funciones que cumple	Formativa Sumativa De impacto
Según la procedencia de los evaluadores	Externa Interna Mixta Autoevaluación
Según el aspecto objeto	Las necesidades o contexto El diseño o planificación El proceso y desarrollo del programa Resultados o productos

<sup>16</sup> Ventosa, V. (2002): Desarrollo y evaluación de proyectos socioculturales. Editorial CCS. Madrid. [http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)

a) **Según el momento en que se evalúa**

**Ex ante:** Esta evaluación se realiza antes de la ejecución del programa y tiene como objeto de recogida de datos acerca de la situación inicial de la institución o del programa.

**Durante:** Es aquella que se realiza a lo largo del proceso de ejecución y que recoge de modo continuo y sistemático datos acerca del funcionamiento del programa.

**Final, ex post o de impacto:** Es realizada cuando el programa ha concluido. Nos permite recoger datos acerca de la ejecución, funcionamiento, efectos o resultados de un programa, cualesquiera que éstos hayan sido, tanto los esperados como los no esperados, y valorar en qué medida las necesidades que originó el programa han sido satisfechas o no o se han generado otras nuevas.

b) **Según las funciones que cumple**

**Formativa:** La función que cumple es la de ir suministrando información a medida que avanza el programa de tal modo que puedan tomarse decisiones pertinentes para cambiar las acciones en curso. Su utilidad radica en que no es necesario que el programa concluya para darnos cuenta de los errores cometidos, sino que durante la ejecución es posible subsanarlos, es decir, sirve para ayudar en la toma de decisiones que ha de irse realizando sobre el terreno.

**Sumativa:** Se realiza una vez ha concluido el programa, y pretende determinar los resultados obtenidos a partir de la implementación de sus actividades, indicando si ha sido capaz de dar respuesta a las necesidades que lo generaron. Trataría de dar respuestas del tipo: ¿ha sido efectivo?, ¿a qué conclusiones podemos llegar? Es útil para ayudar en la toma de decisiones futuras, así como para comprobar las responsabilidades y verificar la eficacia y rentabilidad de lo evaluado. Una desventaja es que otorga la información cuando ya suele ser demasiado tarde para rectificar si es que algo ha salido mal. En cambio puede poner las bases para futuros intentos.

**De impacto:** Cuando lo que se trata es de comprobar y valorar los efectos o la repercusión que un determinado hecho ha tenido sobre el medio en el que aconteció.

c) **Según la procedencia de los evaluadores**

**Externa:** Quienes toman la iniciativa de efectuar la evaluación pueden ser responsables pertenecientes a la institución o externos a ella, pero en cualquier caso ha de quedar claro que sí han de ser externos o ajenos a ella quienes la realicen. Se pretende lograr máxima objetividad; de ahí que la tarea de evaluar la emprendan expertos que no han participado en el proceso de planificación ni de ejecución, pese a que ello suponga un desconocimiento de los acontecimientos.

Una labor evaluativa rigurosa redundará en una mayor calidad técnica, aun a riesgo de seleccionar informaciones concordantes con los intereses de los responsables, en cuyo caso la descripción de la realidad quedaría sujeta a fines arbitrarios. Además, si no se enmarca adecuadamente, puede generar rechazo y sentimientos de control por parte de los profesionales ejecutores del programa.

**Interna:** Es la que efectúan profesionales pertenecientes a la propia institución pero que no intervienen en el programa, de modo que pueden valorar objetivamente tanto el trabajo realizado o el proceso seguido como los resultados obtenidos a fin de facilitar las decisiones pertinentes.

El conocimiento del programa del que dispongan resultará valioso al efectuar su tarea evaluativa. Sin embargo, la falta de objetividad puede influir a la hora de recoger información y traducirse en actitudes de permanente justificación ante cualquier discrepancia detectada, lo que podría desembocar en actuaciones poco afortunadas e impedir la introducción de modificaciones oportunas. Ésta es una de las grandes desventajas que plantea este tipo de evaluaciones.

**Mixta:** También denominada coevaluación, pretende ser una combinación entre los dos tipos antes descritos. Se trataría de efectuar tanto la evaluación interna como la externa para posteriormente contrastar los datos procedentes de ambas y dar cuenta de las divergencias o concordancias.

De este modo quedaría superados los problemas de ambos tipos de evaluación. Como desventaja cabe reseñar su alto coste en tiempo y recursos, por lo que este tipo de evaluación se reserva para casos de envergadura.

Una variante de la evaluación mixta consiste en formar un equipo compuesto por evaluadores externos y evaluadores perteneciente a la propia institución.

**Autoevaluación:** En este caso son los responsables de la ejecución del proyecto quienes llevan a cabo la actividad evaluativa. Pretenden reflexionar acerca del trabajo realizado o los resultados obtenidos. Presenta ventajas y desventajas similares a las indicadas para la evaluación interna, y, de hecho, a veces se la considera como tal.

**d) Según el aspecto objeto de evaluación o contenidos**

**Las necesidades o contexto:** Esta evaluación se hace después de haber estudiado la realidad y es previa a la formulación del proyecto. Se evalúa el contexto y la realidad sobre la que se quiere intervenir y se realiza un diagnóstico de las necesidades de y con el grupo destinatario, para dirigir nuestra acción. Este tipo de evaluación coincide con el análisis de la realidad, que ya ha sido tratado previamente.

Esta evaluación sirve, sobre todo, para ayudar a desarrollar objetivos y para tomar decisiones sobre la planificación de la intervención. A su vez cumple la función de ofrecer una base que sirva para juzgar los resultados del programa.

**El diseño o planificación:** Esta es una evaluación del diseño del programa, de su coherencia y su aplicabilidad. Puede cumplir una función de ayuda, a la hora de dar forma a propuestas y proyectos y formar decisiones sobre la estructuración de los mismos. Permite, además, obtener una base para juzgar cómo se está llevando a cabo el programa.

Las bases para este tipo de evaluación se pueden encontrar en los procesos de planificación y elaboración de proyectos también tratados anteriormente.

**El proceso y desarrollo del programa:** Este tipo de evaluación sirve para guiar el proceso de ejecución del programa, de manera que se obtenga una información útil para realizar los ajustes convenientes mientras el programa se está llevando a cabo.

Busca, pues, explicaciones de lo que pasa, de los fallos y lo cambios que se producen. Se puede realizar a través de distintos “puntos de control” y tiene una función de retroalimentación, de ofrecer información que permita mejorar y refinar el diseño y la ejecución del programa. Esta información, además, puede ser útil posteriormente cuando se evalúen los resultados. Así, este tipo de evaluación de proceso pretende ir ajustándose mejor a la realidad y a los destinatarios a los que se dirige.

**Resultados o productos:** Describe y juzga los resultados de un programa de intervención, relacionándolos con los objetivos y las necesidades, para evaluar el mérito y valía del programa en su conjunto. Así, sirve para evaluar los efectos que ha producido el programa., no sólo los pretendidos y positivos, sino también los no buscados y negativos. Se evalúa una vez finalizada la acción y facilita la tomad e decisiones sobre la continuación, terminación o modificación del programa.

## 2.2.4 ÍNDICE REGIONAL DE CALIDAD EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN<sup>17</sup>

El Cuadro Valorativo es para darle una valoración cualitativa que exprese el rendimiento alcanzado en los criterios y los procesos de atención. Esta escala valorativa también se puede asociar una escala colorimétrico comúnmente utilizada o escala de “semáforo” lo cual facilita el análisis al ofrecer un refuerzo visual al resultado. De esta forma de 1.00 hasta 0.71 corresponde al verde; de 0.70 al 0.610 corresponde al amarillo y de 0.60 y menos corresponde al rojo.

Índice de Calidad	Valoración Cualitativa
1.00 -0.91	Excelente Calidad
0.90 - 0.81	Muy Buena Calidad
0.80-0.71	Buena Calidad
0.70 -0.61	Limitada Calidad
0.60 - 0.51	Mínima Calidad
0.50 - 0.41	Escasa Calidad
0.40 y Menos	Deficiente Calidad

<sup>17</sup> Dra. Sauri, Eva E., Dr. Osorio Jairo, Lcda. Juliao Gina. Manual del auditor, guía práctica de aprendizaje, Ministerio de salud de Panamá, Dirección de provisión de servicios departamento de monitoreo y evaluación de la provisión de servicios, octubre del 2003. <http://190.34.154.88/ProvServWebApp/FormulariosAE2007/MANUAL-DEL-AUDITOR.pdf>



# **CAPÍTULO III**

## **VARIABLES Y**

### **DEFINICIONES OPERACIONALES**



<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ESCALA</b>
Historia clínica	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Encabezado de las Historias Clínicas	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Anamnesis	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Examen Clínico	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Odontograma	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal

<b>Variables</b>	<b>Indicador</b>	<b>Categoría</b>	<b>Escala</b>
Exámenes Complementarios	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Diagnostico clínico presuntivo	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Tratamiento	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Medicación	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Epicrisis	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal
Consentimiento informado	Por revisión de la Historia Clínica	No registrado En Proceso Completa	Nominal



## **CAPÍTULO IV**

# **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO**

Cualitativo, observacional, transversal y retrospectivo.

#### **4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO**

Dicho estudio de investigación fue realizado en las historias clínicas del área de diagnóstico de Pre Grado de la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna del año 2009-2012, ubicado en la Av. Bolognesi 1984 cercado

#### **4.3. POBLACIÓN**

La población de estudio estuvo constituida por 7047 historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la UPT año 2009-2012.

Se realizará muestreo aleatorio simple:

$$\text{Muestra: } n = \frac{Z^2 P (1 - P)}{d^2 (n - 1) + Z^2 (p) (1 - P)}$$

$$n = 370$$

##### **4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Todas las Historias clínicas de los alumnos de Pre - Grado del área de diagnóstico de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

#### **4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Historias clínicas de las diferentes especialidades de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

#### **4.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó una base de datos, extraída de la historia clínica que evalúa: Encabezado, Anamnesis, Examen Clínico, Odontograma, Exámenes Complementarios, Diagnóstico clínico presuntivo, Tratamiento, Medicación, Epicrisis y Consentimiento Informado. El cual se evalúa en 3 categorías: Completo (Los ítems de la historia clínica están correctamente llenos) No registrada (Los ítems de la historia clínicas no se encuentran llenos) En Proceso (Los ítems de la historias clínica se encuentran ilegibles, incompletos o llenados incorrectamente).

Para la elaboración del instrumento se basó en el estudio “Herramienta para la auditoría de calidad del registro en las historias

clínicas”<sup>18</sup> en el cual se modificó el instrumento para ajustarlo a la realidad de las historias clínicas de la Clínica Docente Odontológica de la Universidad Privada de Tacna. El presente instrumento se adjuntará en anexos para la revisión correspondiente.

#### **4.4.1. Métodos**

##### **4.4.1.1. Procedimiento y técnica**

El Estudio se hizo con la recolección de información y almacenando en una base de datos en el programa Excel los ítems seleccionados para su estudio, la forma de medición y evaluación de la calidad se hará mediante la estadística a través de porcentajes.

---

<sup>18</sup> Antolinez Palencia, Jaime Alberto y Cols. Herramienta para la auditoría de calidad del registro en las historias clínicas” Universidad CES Facultad de Medicina Post Grado en Auditoria en Salud Grupo 45 Medellín- Colombia Octubre 2009.  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/740/1/Herramienta%20\\_auditoria\\_calidad%20\\_registro.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/740/1/Herramienta%20_auditoria_calidad%20_registro.pdf)



## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **5.1. Procedimiento de análisis de datos**

Se elaboró tablas de contingencia con valores absolutos y relativos así como gráficas de distribución según las variables descritas. La tamización de las variables se hizo explorando cada registro informático del investigador.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio:

-Programa de Word; como procesador de texto.

-Programa Excel; para capturarla de base de datos y diseño de tabla y graficas.

Para el procesamiento de los datos se procedió a clasificar la ficha de recolección de datos y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el análisis estadístico se utilizó los programas SPSS 15. Para el procesamiento de la información se elaborará cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas.





## **VI RESULTADOS**

### **TABLA 1 CONDICIÓN DE REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DEL ENCABEZADO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA**

**DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

Encabezado	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Nro de Historia Clínica	3,5 % (13)	0%	96.50%	100%
Fecha de ingreso	3.2 % (12)	0%	96,8 %	100%
Responsable de la historia clinica	2,2 % (8)	0%	97.80%	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 1 muestra la condición de registro del encabezado. Del total del ítems de Nro. De Historia Clínica el 96,50 % estaba completo y solo un 3,5 % no se encontraba registrado. Del total del ítem Fecha de ingreso al 96,80 % se encontró completo y solo un 3,2 % no se encontraba registrado. Del total del ítem Responsable de la Historia Clínica 97,80 % se encontró completo y solamente el 2,2 % se encontró no registrado.

**TABLA 2 PORCENTAJE DEL LLENADO DEL ENCABEZADO SEGÚN FRECUENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

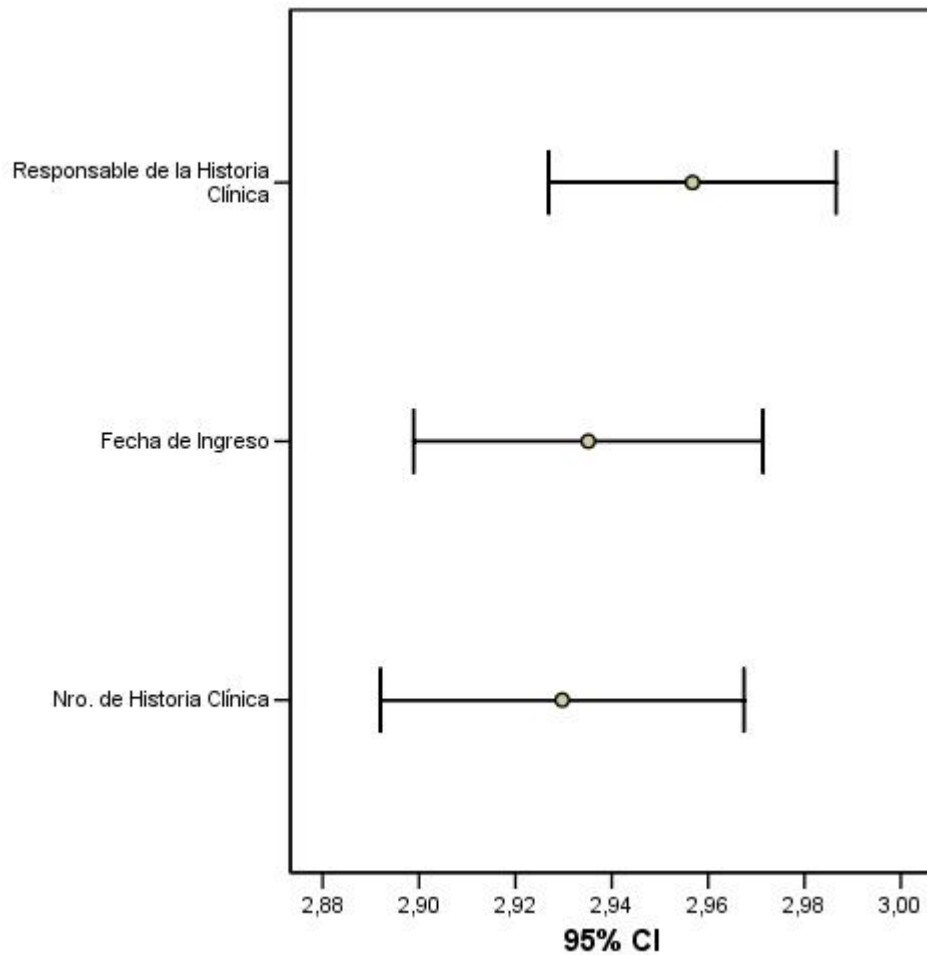
		n	%
ENCABEZADO	33.33	1	0.3%
	55.56	2	0.5%
	77.78	26	7.0%
	100.00	341	92.2%
	Total	370	100.0%
% Medio	% maximo	% minimo	Standard Deviation
98.02	100.00	33.33	7.32

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 2 Muestra que 0,3 % tenía al 33,33 % un correcto llenado del encabezado, que equivale a 1 historia clínica del total de las historias evaluadas, el 0,5 % tenía al 55,56 % un correcto llenado del encabezado que equivale a 2 historias clínicas del total de las historias clínicas evaluadas, el 7,0 % tenía al 77,78 % un correcto llenado del encabezado, que equivale a 26 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 92,20 % tenía al 100,00 % un correcto llenado del encabezado, que equivale a 341 historias clínicas del total de las historias clínicas evaluadas. En promedio los ítems del encabezado tenían al 98,02 % un correcto llenado de la anamnesis, el porcentaje mínimo fue al 33,33 % y un máximo de 100,00 % con un desviación estándar de 7,32 % para el encabezado.

## GRÁFICO 1

### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DEL ENCABEZADO DES LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009- 2012)

En el Grafico 1 podemos observar con un 95 % de confianza que el responsable de la historia clínica es el ítem mejor registrado del encabezado

**TABLA 3 CONDICIÓN DEL REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DE LA ANAMNESIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

Anamnesis	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Apellidos Y nombres	0,0%	0,0 %	100 % (370)	100%
Edad	0,0%	0,0 %	100 % (370)	100%
Sexo	1,1 % (4)	0,8 % (3)	98,1 % (363)	100%
Raza	18,9 % (70)	0,8 % (3)	80,3 % (297)	100%
Estado Civil	3,0 % (11)	0,0 %	97,0 % (359)	100%
Religión	2,2 % (8)	0,0 %	97,8 % (362)	100%
Domicilio	0,8 % (3)	1,9 % (7)	97,3 % (360)	100%
Teléfono	5,1 % (19)	0,0 %	94,9 % (351)	100%
Lugar y fecha de nacimiento	0,5 % (2)	0,5 % (2)	99,0 % (366)	100%
D.N.I	10,0 % (37)	0,5 % (2)	89,5 % (331)	100%
Procedencia	4,1 % (15)	0,3 % (1)	95,6 % (354)	100%
Grado de Instrucción	8,9 % (33)	0,3 % (1)	90,8 % (336)	100%
Ocupación- Teléfono	3,5 % (13)	64,9 % (240)	31,6 % (117)	100%
Médico Actual- Teléfono	54,3 % (201)	20,3 % (75)	25,4 % (94)	100%
Persona responsable- Teléfono	37,3 % (138)	11,4 % (42)	51,3 % (190)	100%
Observaciones	71,1 % (263)	0,5 % (2)	28,4 % (195)	100%
Motivo de Consulta	2,7 % (10)	0,0 %	97,3 % (360)	100%
Historia de la Enfermedad (Motivo de consulta)	57,3 % (212)	0,8 % (3)	41,9 % (155)	100%
Cardiovascular	77,0 % (285)	4,9 % (18)	18,1 % (67)	100%
Respiratorio	74,6 % (276)	6,5 % (24)	18,9 % (70)	100%
Hematología	80,5 % (298)	1,4 % (5)	18,1 % (67)	100%
Nervioso	82,2 % (304)	0,0 %	17,8 % (66)	100%
Digestivo	73,8 % (273)	8,1 % (30)	18,1 % (67)	100%
Endocrino	79,5 % (294)	1,4 % (5)	19,2 % (71)	100%
Genitourinario	81,4 % (301)	0,0 %	18,6 % (69)	100%
Otros	33,8 % (125)	0,0 %	66,2 % (245)	100%
Ha sufrido de: (Signos y síntomas)	25,1 % (93)	56,2 % (208)	18,6 % (69)	100%
¿Alguna vez estuvo hospitalizado?	4,1 % (15)	48,6 % (180)	47,3 % (175)	100%
¿Esta bajo tratamiento médico?	7,6 % (28)	64,3 % (238)	28,1 % (104)	100%
¿Le han realizado transfusiones sanguíneas?	12,7 % (47)	0,5 % (2)	86,8 % (321)	100%
¿Esta recibiendo medicación?	28,4 % (105)	19,5 % (72)	52,2 % (193)	100%
Para mujeres (ginecología)	24,9 % (92)	13,2 % (49)	61,9 % (229)	100%
Historia Familiar	19,5 % (72)	0,3 % (1)	80,3 % (297)	100%
Tratamientos Odontológicos Anteriores	5,9 % (22)	0,5 % (2)	93,5 % (346)	100%
Hábitos Nocivos	46,5 % (172)	42,2 % (156)	11,4 % (42)	100%
Hábitos de Higiene	0,3 % (1)	43,5 % (161)	56,2 % (208)	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 3 muestra la condición del registro en la anamnesis. En el cual la evaluación de No Registrada y en Proceso se considera como Incompleto. Del total del ítem de Hábitos Nocivos el 11,40 % estaba completo y más del 88,00 % se encontraba incompleto. Del total del ítem de Enfermedades Nerviosas el 17,80 % estaba completo y más del 80,00 % se encontraba incompleto. Del total de los ítems de Enfermedades Digestivas, Hematológicas y Cardiovasculares se encontraban completas al 18,10 % y más del 80,00 % se encontraban incompletas. Del total de los ítems de Enfermedad Genitourinario y Ha sufrido de: (signos y síntomas) se encontraban completas al 18,60 % y más del 80,00 % se encontraban incompletas. Del total del ítem de Enfermedades Respiratorias 18,90 % estaba completa y más del 80,00 % se encontraba incompleto. Del total del ítem de Enfermedades Endocrinales el 19,20 % estaba completo y más del 80,00 % se encontraba incompleto. Del total del ítem del Médico Actual – Teléfono el 25,40 % se encuentra completo y más del 70,00 % se encuentra incompleto. Del total de los ítems ¿Está bajo tratamiento médico? Y Observaciones se encontraron completas al 28,10 % y 28,40 % respectivamente pero estuvieron más de los 70,00 % incompletas. Del total de ítems de Ocupación – Teléfono, 31,60 % se encontraba completa y más del 68,00 % se encuentra incompleta. Del total del ítem de Historia de la Enfermedad (Motivo de consulta) el 41,90 % se encuentra completa y más del 59,00 % se encontró incompleta y del total del ítem ¿Alguna vez estuvo hospitalizado? El 47,30 % estuvo completo y más del 50,00 % se encuentra incompleto.

**TABLA 4 PORCENTAJE DEL LLENADO DE LA ANAMNESIS SEGÚN FRECUENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

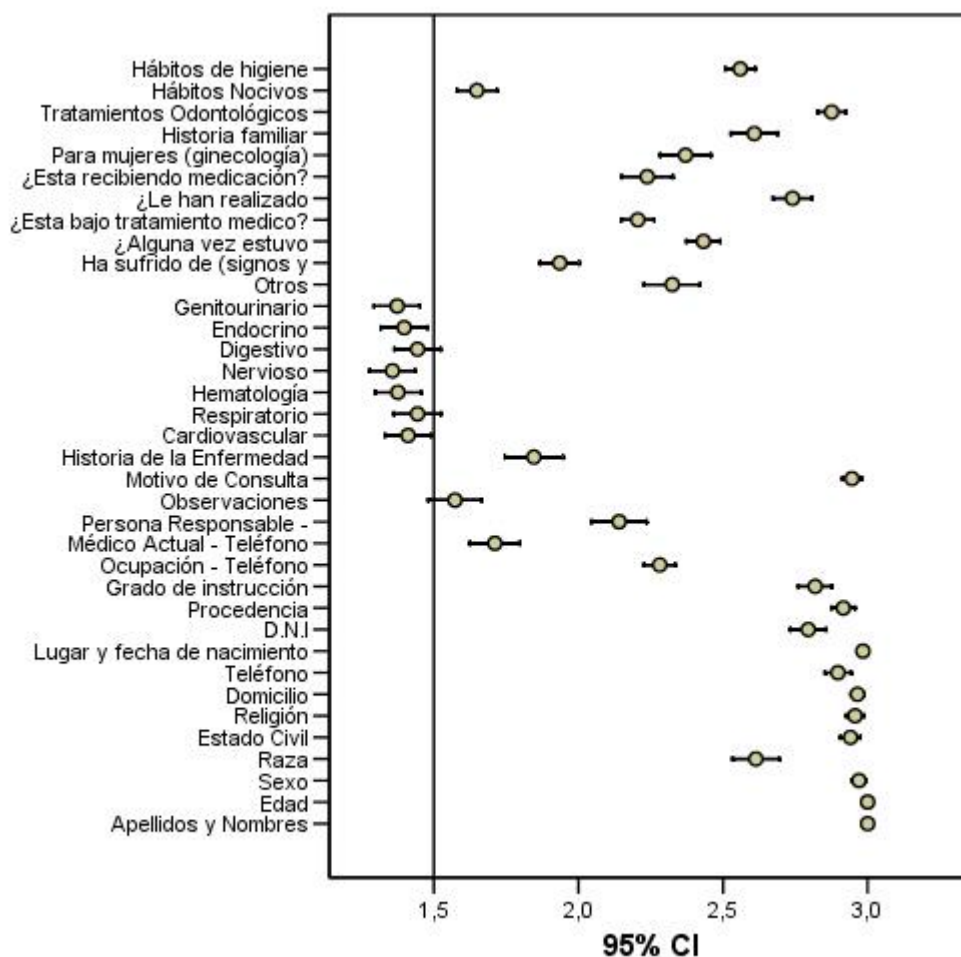
		n	%
ANAMNESIS	50 a 60 %	17	4.60%
	61 a 70%	103	27.80%
	71 a 80%	171	46.20%
	81 a 90%	57	15.40%
	91 a 100%	22	5.90%
	Total	370	100.00%
% medio	% máximo	% mínimo	Desv. standar
74.25	97.22	51.85	8.94

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 4 muestra que el 4,60 % tenía del 50,00 % al 60,00 % un correcto llenado de la anamnesis, que equivale a 17 historias clínicas del total de las historias evaluadas; el 27,80 % tenía del 61,00 % al 70,00 % un correcto llenado de la anamnesis , que equivale a 100 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas; el 46,20 % tenía del 71,00 % al 80,00 %, que equivale a 171 historias clínicas del total de las historias evaluadas, el 15,40 % tenía del 81,00 % al 90,00% un correcto llenado de la anamnesis, que equivale a 57 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas, el 5,90 % tenía del 91,00 % al 100,00 % un correcto llenado de la anamnesis, que equivale a 22 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas En promedio los ítems de la Anamnesis tenían al 74,25 % un correcto llenado de la anamnesis, el porcentaje mínimo fue al 51,85 % y un máximo de 97,22 % con un desviación estándar de 8,94 % para la anamnesis.

## GRÁFICO 2

### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DE LA ANAMNESIS DES LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

En el Grafico 2 podemos observar con un intervalo de confianza al 95% que los ítems genitourinario, endocrino, digestivo nervioso, hematología, respiratorio y cardiovascular presentaron mayor error al registro de la historia a diferencia de sexo edad y apellidos y nombres que se encontraron correctamente llenados.



**TABLA 5 CONDICIÓN DEL REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DEL EXAMEN CLÍNICO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

Examen Clínico	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Estado General	0,3 % (1)	0,0 %	99,7 % (369)	100%
Actitud	0,5 % (2)	0,0 %	99,5 % (368)	100%
Fascies	10,5 % (39)	0,0 %	89,5 % (331)	100%
Piel y anexos	14,3 % (53)	0,5 % (2)	85,2 % (315)	100%
Grupo Sanguíneo	27,3 % (101)	0,0 %	72,7 % (269)	100%
Peso	13,5 % (50)	0,3 % (1)	86,2 % (319)	100%
Talla	12,4 % (46)	0,0 %	87,6 % (324)	100%
Funciones Vitales	22,2 % (82)	13,5 % (50)	64,3 % (238)	100%
Siquico Elemental	19,5 % (72)	4,1 % (15)	76,5 % (283)	100%
Cráneo	0,8 % (3)	0,0 %	99,2 % (367)	100%
Cara	0,8 % (3)	0,3 % (1)	98,9 % (366)	100%
Cuello	10 % (37)	0,0 %	90 % (333)	100%
Simetría de Fascies	2,4 % (9)	0,0 %	97,6 % (361)	100%
A.T.M	4,1 % (15)	0,0 %	95,9 % (355)	100%
Musculatura	18,4 % (68)	0,0%	81,6 % (302)	100%
Perfil	0,8 % (3)	0,0 %	99,2 % (367)	100%
Fonación	0,5 % (2)	0,0 %	99,5 % (368)	100%
Deglución	0,8 % (3)	0,3 % (1)	98,9 % (366)	100%
Respiración	0,5 % (2)	0,0 %	99,5 % (368)	100%
Hábitos	4,3 % (16)	0,3 % (1)	95,4 % (353)	100%
Labios	0,0 %	0,0 %	100 % (370)	100%
Carrillos	0,3 % (1)	0,0 %	99,7 % (369)	100%
Vestíbulo	0,3 % (1)	0,0 %	99,7 % (369)	100%
Frenillo	1,1 % (4)	0,0 %	98,9 % (366)	100%
Paladar Blando y duro	1,4 % (5)	1,1 % (4)	97,6 % (361)	100%
Orofaringe	1,1 % (4)	0,3 % (1)	98,6 % (365)	100%
Lengua	0,0 %	0,0 %	100 % (370)	100%
Piso de Boca	0,0 %	0,0 %	100 % (370)	100%
Gingiva	3,0 % (11)	0,0 %	97,0 % (359)	100%
Saliva	2,4 % (9)	0,5 % (2)	97,0 % (359)	100%
Oclusión	12,2 % (45)	3,8 % (14)	84,1 % (311)	100%
Tipo de dentición	1,4 % (5)	0,3 % (1)	98,4 % (364)	100%
Forma del diente	2,2 % (8)	0,0 %	97,8 % (362)	100%
Forma de la arcada (Sup e inf)	3,5 % (13)	0,3 % (1)	96,2 % (356)	100%
Color	3,0 % (11)	0,0 %	97,0 % (359)	100%
Patología Generalizada	54,3 % (201)	0,8 % (3)	44,9 % (166)	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 5 muestra la condición del registro del Examen Clínico. En el cual la evaluación de No Registrada y en Proceso se considera como Incompleto. Del Total del ítem de Patología generalizada el 44,90 % se encontró completo y más del 50,00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Grupo sanguíneo se encontró completo al 72, 70 % y más del 25,00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Funciones Vitales se encontró completo al 64,30 % y más del 30,00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Síquico Elemental e76, 50 % se encuentra completo y más del 20, 00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Musculatura se encontró al 81,60 % completo y más del 18,00 % se encuentra incompleto. Del total de ítem de Piel y anexos al 85,20 % se encontró completo y más 14 ,00% se encontró incompleto. Del total del ítem de Oclusión al 84,10 % se encontró completo y más del 15,00 % se encontró incompleto. Del total de ítem de Fascies al 89.50 % se encontró completo y más del 10,00 % se encontró incompleto.

**TABLA 6 PORCENTAJE DEL LLENADO DEL EXAMEN CLÍNICO SEGÚN FRECUENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA (2009-2012)**

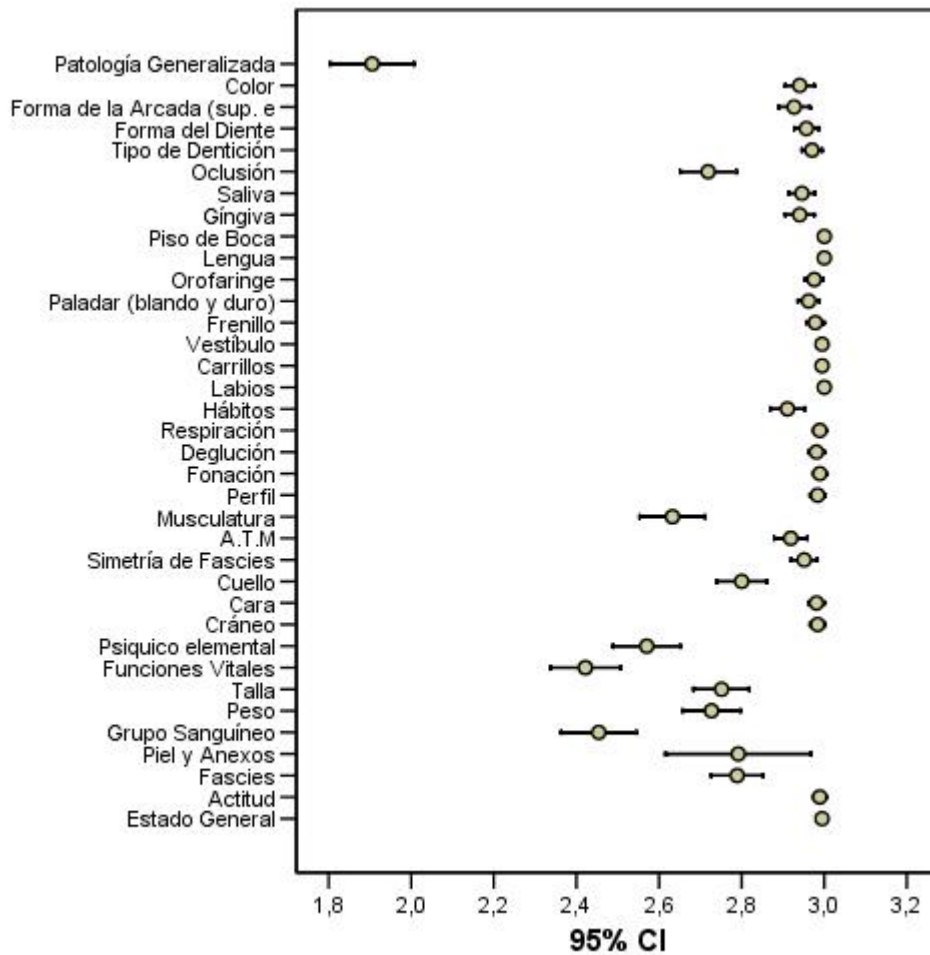
		n	%
EXAMEN CLÍNICO	50 a 60 %	0	0.0%
	61 a 70%	1	0.3%
	71 a 80%	12	3.2%
	81 a 90%	122	33.0%
	91 a 100%	235	63.5%
	Total	370	100.0%
% medio	% máximo	% mínimo	Desv. standar
90.11	99.82	68.47	4.62

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 9 muestra que el 0,0 % tenía del 50,00 % al 60,00 % un correcto llenado del examen clínico, que equivale a 0 historias clínicas del total de las historias evaluadas, el 0,3 % tenía del 61,00 % al 70,00 % un correcto llenado del examen clínico que equivale a 1 historia clínica del total de historias clínicas evaluadas, el 3,2 % tenía del 71,00 % al 80,00 % un correcto llenado del examen clínico, que equivale 12 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 33,00 % tenía del 81,00 al 90,00 % un correcto llenado del examen clínico, que equivale a 122 historias clínicas del total de historias evaluadas y el 63,50 % tenía del 91,00 % al 100,00 % un correcto llenado del examen clínico, que equivale a 235 historias clínicas del total de historias evaluadas. En promedio los ítems del examen clínico tenían al 90,21 % un correcto llenado del examen clínico, el porcentaje mínimo fue al 68,47 % y un máximo de 100,00 % con un desviación estándar de 4,62 % para el examen clínico.

### GRÁFICO NRO. 3

#### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DEL EXAMEN CLÍNICO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009- 2012)

En el Grafico N°3 podemos observar con un intervalo de confianza al 95 % que el ítem más incompleto fue patología generalizada.

**TABLA 7 CONDICIÓN DEL REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DEL ODONTOGRAMA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

Odontograma	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Odontograma	1,4 % (5)	9,5 % (35)	89,2 % (330)	100%
Índice de Caries	100% (370)	0,0 %	0,0 %	100%
Índice de Placa	100% (370)	0,0 %	0,0 %	100%
Higiene Bucal	11,4 % (42)	0,0 %	88,6 % (328)	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 10 muestra la condición de registro del Odontograma. En el cual la evaluación de No Registrada y en Proceso se considera como Incompleto. Del total de los ítems Índice de Caries y Placa al 100 % se encontraron no registradas. Del total del ítem de Odontograma e Higiene Bucal se encontraron completos al 89,20 % y 88,60 % respectivamente y más del 10,00 % se encontraron incompletos.

**TABLA 8 PORCENTAJE DEL LLENADO DEL ODONTOGRAMA SEGÚN FRECUENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

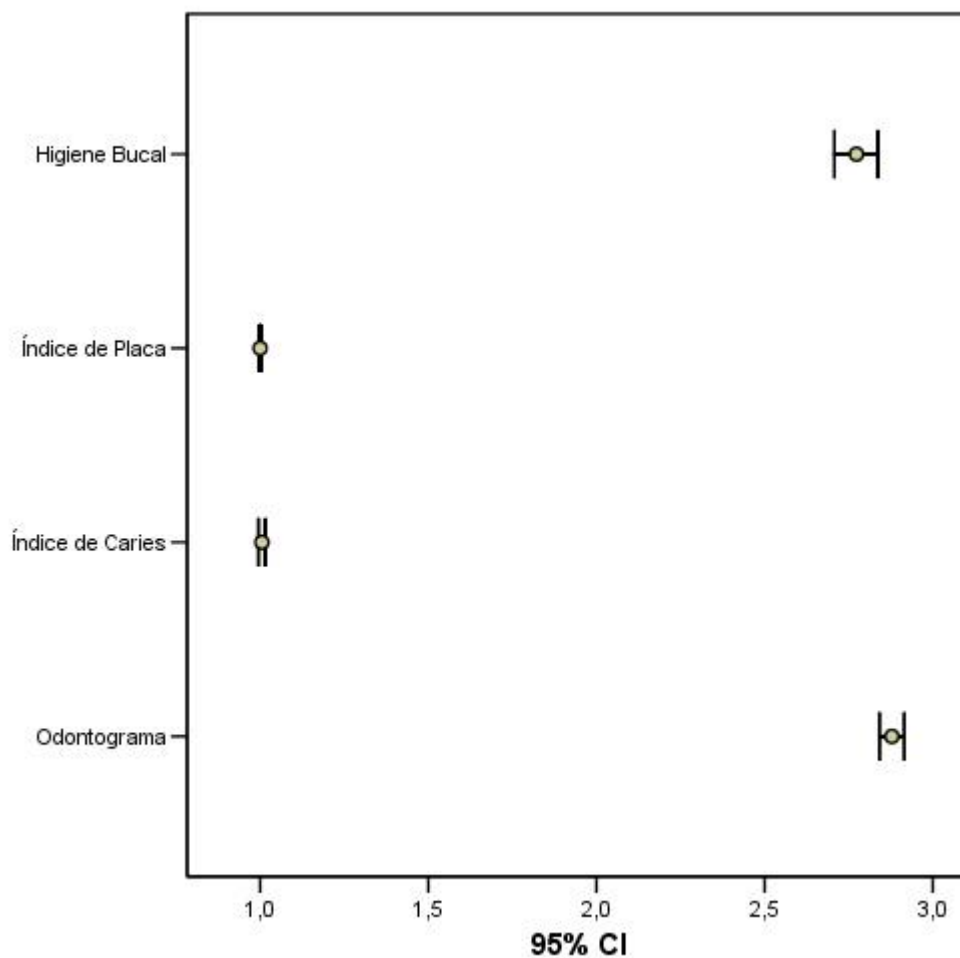
		n	%
ODONTOGRAMA	41.67	4	1.1%
	50.00	43	11.6%
	58.33	31	8.4%
	66.67	291	78.6%
	83.33	1	0.3%
	Total	370	100.0%
% medio	% máximo	% mínimo	Desv. standar
63.81	83.33	41.67	6.13

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 8 Muestra que el 1,10 % tenía al 41,67 % un correcto llenado del odontograma, que equivale a 4 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas, el 11,60 % tenía al 50,00 % un correcto llenado del odontograma, que equivale a 43 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas, el 8,40 % tenía al 58,33 % un correcto llenado del odontograma, que equivale a 31 historias clínicas del total de historias clínicas evaluadas. El 78,60 % tenía al 66,67 % un correcto llenado del odontograma, que equivale a 291 historias clínicas del total de historias evaluadas y el 0,3 % tenía al 88,33 % un correcto llenado del odontograma, que equivale a 1 historia clínica del total de historias clínicas evaluadas. En promedio los ítems del odontograma tenían al 63,81 % un correcto llenado del examen clínico, el porcentaje mínimo fue al 41,67 % y un máximo de 100,00 % con un desviación estándar de 83,33 % para el odontograma.

## GRÁFICO NRO. 4

### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DEL ODONTOGRAMA DES LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

En el Grafico N°4 con un intervalo de confianza al 95% presento mayor vacío de registro en índice de placa e índice de caries a diferencia de higiene bucal y odontograma que se encontró correctamente llenado.

**TABLA 9 CONDICIÓN DEL REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA 2009-2012**

Exámenes Complementarios	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Examen de Laboratorio	97,0 % (359)	0,0 %	3,0 % (11)	100%
Examen Radiográfico	92,4 % (342)	0,3 % (1)	7,3 % (27)	100%
Interconsultas	95,9 % (355)	0,3 % (1)	3,8 % (14)	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 9 muestra la condición del registro en los Exámenes complementarios. Del total del ítem Examen de laboratorio al 3,0 % se encontró completo y más del 95,00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Interconsultas al 3,8 % se encontró completo y más del 95,00 % se encontró incompleto. Del total del ítem de Examen radiográfico se encontró al 7,3 % completo y más del 90,00 % se encontró incompleto.



**TABLA 10 PORCENTAJE DEL LLENADO DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN FRECUENCIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**

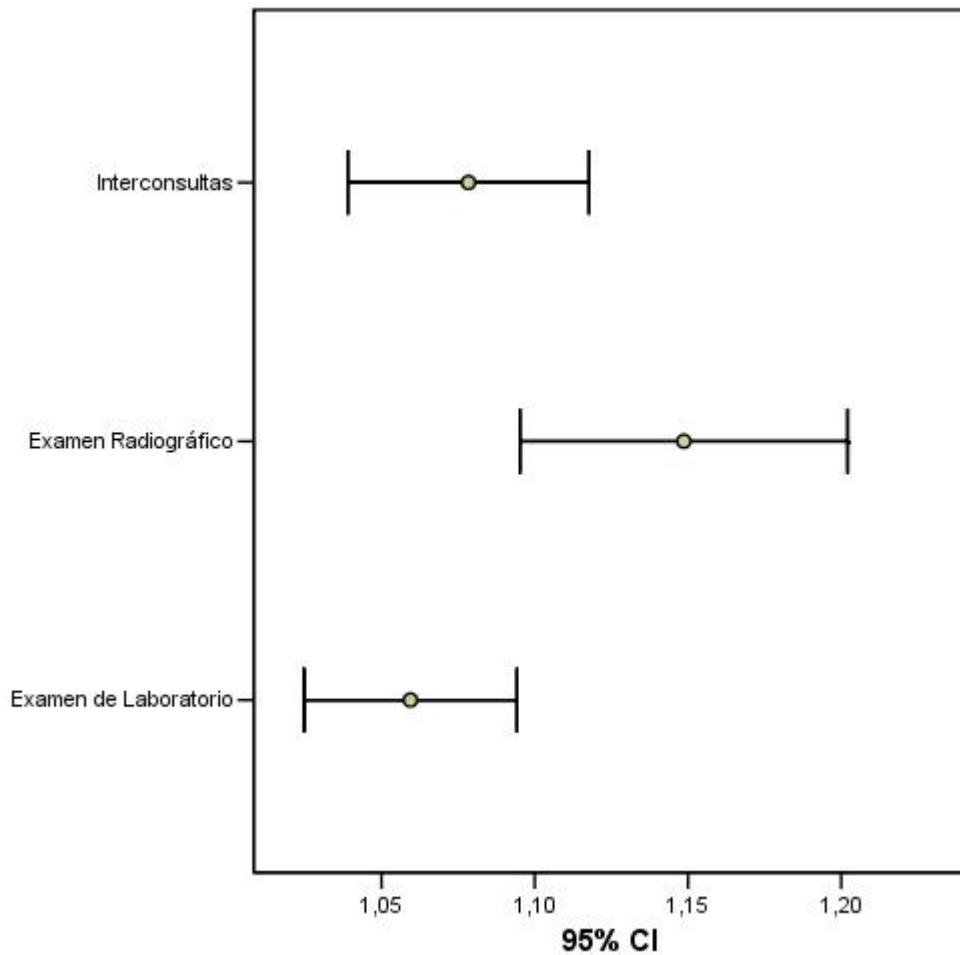
		n	%
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	33.33	337	91.1%
	44.44	2	0.5%
	55.56	17	4.6%
	77.78	7	1.9%
	100.00	7	1.9%
	Total	370	100.0%
% medio	% máximo	% mínimo	Desv. standar
36.52	100.00	33.33	11.62

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009 – 2012)

La tabla 10 Muestra que el 91,10 % tenía al 33,33 % un correcto llenado de los exámenes complementarios, que equivale a 337 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 0,5 % tenía al 44,44 % un correcto llenado de los exámenes complementarios, que equivale a 2 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 4,6 % tenía al 55,56 % un correcto llenado de los exámenes complementarios, que equivale a 17 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 1,9 % tenía al 77,78 % un correcto llenado de los exámenes complementarios, que equivale a 7 historias clínicas del total de historias evaluadas, el 1,9 % tenía al 100,00 % un correcto llenado de los exámenes complementarios, que equivale a 7 historias clínicas del total de historias evaluadas. En promedio los ítems de los exámenes complementarios tenían al 36,52 % un correcto llenado del examen clínico, el porcentaje mínimo fue al 33,33 % y un máximo de 100,00 % con un desviación estándar de 11,62 % para el odontograma.

## GRÁFICO 5

### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DE LOS EXÁMENES DE COMPLEMENTARIOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

En el Grafico 5 al intervalo de confianza de 95% los 3 Items son los de menor registro.

**TABLA 11 CONDICIÓN DEL REGISTRO SEGÚN ÍTEMS DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN, EPICRISIS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T 2009-2012**

	No registrada	En Proceso	Completo	Total
Diagnóstico Clínico Presuntivo	0,3 % (1)	2,4 % (9)	97,3 % (360)	100%
Tratamiento	41,1 % (152)	13,2 % (49)	45,7 % (169)	100%
Medicación	99,7 % (369)	0,0 %	0,3 % (1)	100%
Epicrisis	100 % (370)	0,0 %	0,0 %	100%
Consentimiento Informado	99,7 % (369)	0,0 %	0,3 % (1)	100%

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

La tabla 11 muestra la condición del registro del Diagnóstico Clínico Presuntivo, Tratamiento, Medicación, Epicrisis y Consentimiento Informado. En el cual la evaluación de No Registrada y en Proceso se considera como Incompleto. Del total del ítem de Epicrisis se encuentra no registra al 100 %. Del total de los ítems de Medicación y consentimiento informado se encontraron completas al 0,3 % y más del 99,00 % incompleta. Del total del ítem de Tratamiento al 45,70 % se encontró completo y más del 50,00 % se encontró incompleta. Del total del ítem del Diagnóstico Clínico Presuntivo al 97,30 % se encontró completo. El ítem de Tratamiento está incompleto más del 50,00 % probablemente porque el alumno de clínica no registró los tratamientos que se le realizó o el paciente no se hizo ningún tratamiento. El ítem de consentimiento informado se encontró con más de 99,00 % incompleto porque ese ítem se adjuntó recientemente y los que se adjuntaron no han sido registrados. Los ítems de Medicación y Epicrisis se encontraron con más del 99,00 % incompletos, probablemente porque el alumno del área de diagnóstico no los registró o porque el paciente no expresó que estaba bajo medicación.

**TABLA 12 FRECUENCIA SEGÚN ITEMS DE LAS OBSERVACIONES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T 2009-2012**

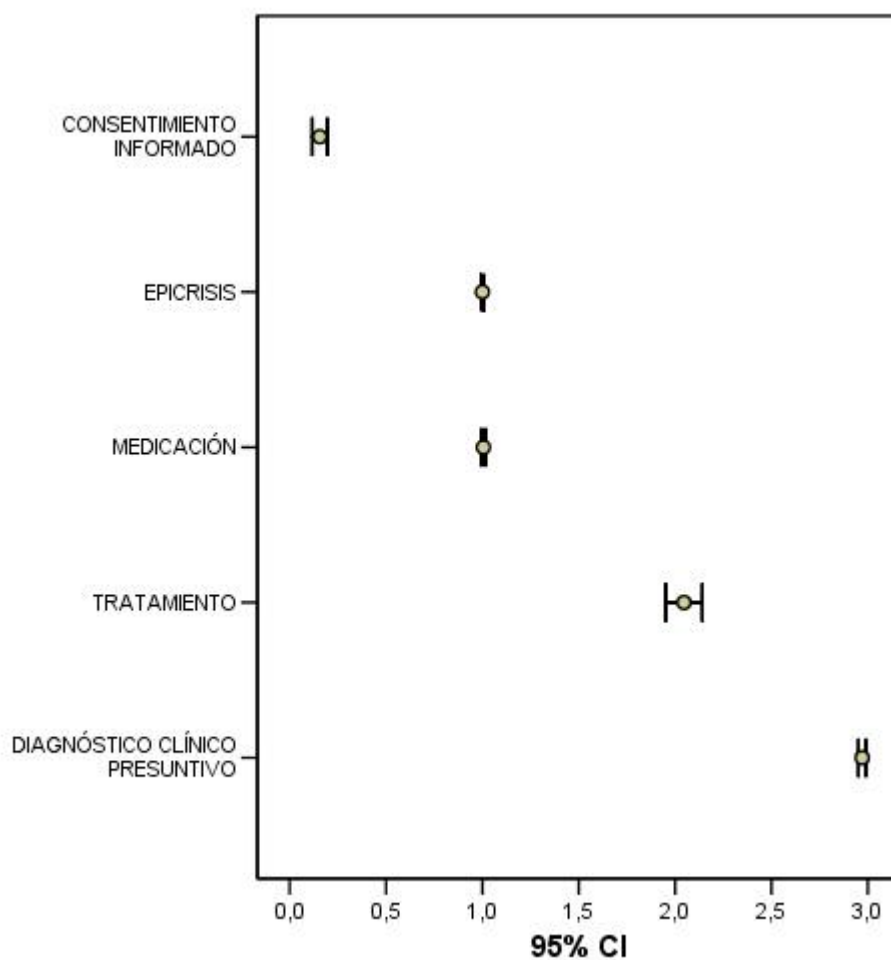
Observaciones	N	%
No hay Observaciones	53	14,3 %
No Presenta Consentimiento Informado	314	84,9 %
No Presenta Firma del Doctor	2	0,5 %
No Presenta Firma del Paciente	1	0,3 %

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009 – 2012)

En la tabla 12 muestra la frecuencia de: No hay observaciones (14,3%), 84,90 % No presenta consentimiento informado, 0,5 % No presente firma del doctor, 0,3 % No presenta firma del paciente; del total de las historias clínicas evaluadas.

## GRÁFICO 6

### FRECUENCIA SEGÚN ÍTEMS DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO, TRATAMIENTO, MEDICACIÓN, EPICRISIS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA CLÍNICA DOCENTE ODONTOLÓGICA DE LA U.P.T 2009-2012



Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009-2012)

En el Gráfico 6 al intervalo de confianza de 95% los ítems que presentaron mayor vacío de registro fueron consentimiento informado, epicrisis y medicación y el ítem correctamente llenado fue diagnóstico clínico presuntivo.

**TABLA 13 PORCENTAJE GLOBAL DE LOS ITEMS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<b>Porcentaje Global de los Items de la Historia Clínica</b>	
Encabezado	97,03 %
Anamnesis	59,65 %
Examen Clínico	92,32 %
Odontograma	44,45 %
Exámenes Complementarios	4,70 %
Diagnóstico Clínico Presuntivo, Tratamiento Medicación, Epicrisis y Consentimiento Informado	28,72 %
Total	54,47 %

Fuente: Instrumento recolección de datos de las HC (2009- 2012)

La tabla 13 muestra el porcentaje Global de los ítems de la Historia Clínica. Del total de las historias clínica evaluadas el 54,47 % corresponde al llenado correcto de cada Historia, esto significa que más del 40,00 % de las historias no están debidamente registradas.



## **DISCUSIONES**

## **DISCUSIÓN:**

En este estudio fueron analizadas 370 historias clínicas en los años 2009-2012 en la clínica de la Universidad Privada de Tacna

En este estudio en **Anamnesis** se encontró que el error más frecuente en filiación fue del médico actual (74.6%). Motivo de la consulta presentó un error de 2.7%. Teléfono del domicilio obtuvo un porcentaje de 5.1 % no registrada. En nombre del acompañante y el número telefónico obtuvo un error de 48.7%. Que posiblemente no fueron registradas correctamente por falta de interés del alumno del área de diagnóstico.

En este estudio en **Examen Clínico** se encontró que funciones vitales este estudio que obtuvo un error de 35.75%. Que posiblemente no fueron registradas correctamente por falta de interés del alumno del área de diagnóstico.

En este estudio en **Odontograma** se encontró que índice de placa y caries no se realizaron al 100 %. Posiblemente no se realiza el índice de placa por falta de coordinación entre los coordinadores del curso de periodoncia y el índice de placa no se realiza por falta de interés de los alumnos de diagnóstico.

En este estudio en **Exámenes complementarios** obtuvo 14.1% del total de historias clínicas llenadas. Más de un 90 % de exámenes radiográficos estuvieron no registrados. Interconsultas con Especialistas obtuvo un 3.8%.no registrada. Posiblemente no fueron registradas correctamente por falta de interés del alumno del área de diagnóstico.

En **epicrisis** no se registraron en un 100%. Es muy probable que no se realice porque los alumnos de pregrado no toman interés en hacerlo o no le dan de alta al paciente.

En **consentimiento informado** este estudio que obtuvo un error de 99.7%. Posiblemente no se realiza por falta de interés del alumno de pregrado y no saber la gran importancia de este documento.





## **CONCLUSIONES**

### CONCLUSIONES:

- Se concluyó que tal como se ha reportado, el llenado de HC es de “Mínima Calidad” según el índice de calidad en el cual se basó la investigación. Siendo el porcentaje global de 54.47 % (0.54) de Historias Clínicas que estuvieron correctamente registradas.
- Los errores más frecuentes en el llenado del encabezado de las historia clínicas corresponden al N° de historias clínicas con 3.5%.
- Los errores más frecuentes en la anamnesis en su ítems de filiación correspondieron a médico actual (74.6%), en los ítems antecedentes de estado de salud general se encontró en cardiovascular, digestivo y hematología en (81,90%) y en los ítems de antecedentes del estado de salud estomatológico, hábitos nocivos presento mayor error (88.7%)
- Los errores más frecuentes en el llenado del examen clínico correspondieron a patología generalizada (55.1%) y realizadas correctamente correspondieron a piso de boca, lengua y labios (100 %)
- Los errores más frecuentes en el llenado del odontograma correspondieron a índice de caries e índice de placa (100 %).
- Los errores más frecuentes en el llenado de los exámenes complementarios correspondieron a examen de laboratorio (97%) seguido de interconsulta con (96.2%) y examen radiográfico con 94.7%.

- Los errores más frecuentes en el llenado de diagnóstico clínico presuntivo, tratamiento, medicación y epicrisis correspondió a epicrisis (100.0%) seguida de medicación con 99.7% y realizadas correctamente correspondieron a diagnóstico clínico presuntivo (97.3%) seguida de tratamiento (45.7%).
- El consentimiento informado no estuvo registrado al 99.7% del total de historias clínicas evaluadas.



## **RECOMENDACIONES**

### **RECOMENDACIONES:**

- Realizar revisiones periódicas de las historias clínicas.
- Proponer docentes que roten en el área de diagnóstico para la evaluación de las Historias Clínicas.
- Adjuntar al Curso de Medicina e histopatología Bucal, la realización de prácticas para el llenado de las Historias Clínicas.
- Realizar Charlas a los alumnos que van a rotar por el área de diagnóstico para concientizarlos en el correcto llenado de la historias clínicas.
- Agregar el ítem del Diagnóstico definitivo a la historia clínica.
- Proponer que los alumnos de la carrera de Laboratorio Clínico de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, realicen sus prácticas de análisis de sangre a los pacientes que concurren al área de diagnóstico de la Clínica Docente Odontológica de la U.P.T
- Elaborar formato de interconsulta.
- Elaborar formato de exámenes de laboratorio.
- Adjuntar odontograma progresivo del tratamiento.
- En el área de Antecedentes del Estado de Salud General, al costado de cada enfermedad colocar las opciones Si – No, para que el llenado sea óptimo.
- Colocar el consentimiento Informado en la Primera parte de la H.C.
- Proponer la realización de Historias Clínicas Electrónicas.

- Se recomienda que se realice el índice de placa y caries por ser indicadores importantes para la salud oral del paciente.
- Agregar la hora de la atención al paciente a la Historia Clínica.
- Se recomienda que las Historias clínicas de especialidad se encuentren en el área de diagnóstico de la Clínica Docente Odontológica de la U.P.T.
- Proponer la formalización de la Historia Clínica y que cuente con un protocolo para su registro.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Riondet, Beatriz 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 2007.  
<http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/2.pdf>
2. J. Renau, I. Pérez-Salinas Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital General de Castellón 2001  
<http://es.scribd.com/doc/59332391/Bueno-Auditoria-de-Hc>
3. Roncano, Pablo Edwin. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, abril 2008  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n2/pdf/a02v21n2.pdf>
4. Cano Ramírez, Ana .Elementos para una definición de evaluación.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)
5. Diccionario de la Real Academia Española.  
<http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>
6. Velito, Adriana Silvia y Tejada Soriano, Sergio ramiro. La Historia Clínica Como instrumento de calidad, Curso anual de auditoría Médica en el Hospital Alemán 2010.  
<http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>
7. Ortiz Criollo, María Cecilia y Sepúlveda Saavedra, María Fernanda. Evaluación al diligenciamiento de la historia clínica electrónica (hce) odontológica en el centro integral de salud oral ciso ltda. segundo semestre de 2008.  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/641/2/Evaluacion\\_diligenciamiento\\_historia\\_clinica.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/641/2/Evaluacion_diligenciamiento_historia_clinica.pdf)

8. Llanos-Zavalaga, Luis Fernando, Mayca Pérez, julio y Navarro Chumbes, Gian Carlos. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. Diciembre 2006  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n4/v17n4ao5.pdf>
9. Costa, Jorge Alberto, Ciclo lectivo 2006 1er Semestre cátedra de medicina Historia Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Noreste Argentina.  
[http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h\\_clini1.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h_clini1.pdf)
10. STEVENSON, Angus, ed. (2007), «Definición de dentición (en ing., *dentition*)», "Shorter Oxford English Dictionary", 1: A-M (6ª edición), Oxford: Oxford University Press, p. 646
11. Bordoni N, Doño Rl, Miraschi C precon. Organización Panamericana de la Salud 1992.  
[http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod\\_producto=3045](http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=3045)
12. Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004  
<http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>
13. Díaz Herráiz, E. y Rodríguez Martín, V. (2002): La evaluación en Servicios Sociales, en Fernández García, T. y Ares Parra, A. (coords): Servicios Sociales: Dirección, gestión y planificación. Ciencias Sociales Alianza Editorial. Madrid.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)
14. Espinoza Vergara, M. (1986): Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Humanitas. Buenos Aires.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-88931999000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-88931999000100009&script=sci_arttext)
15. Ander- Egg, E. (2000): Metodología y práctica de la Animación Sociocultural. CCS. Madrid.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)





16. Ventosa, V. (2002): Desarrollo y evaluación de proyectos socioculturales. Editorial CCS. Madrid.  
[http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema\\_5\\_elementos\\_para\\_una\\_definicion\\_de\\_evaluacion.pdf](http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf)
  
17. Dra. Sauri, Eva E., Dr. Osorio Jairo, Lcda. Juliao Gina. Manual del auditor, guía práctica de aprendizaje, Ministerio de salud de Panamá, Dirección de provisión de servicios departamento de monitoreo y evaluación de la provisión de servicios, octubre del 2003.  
  
<http://190.34.154.88/ProvServWebApp/FormulariosAE2007/MANUAL-DEL-AUDITOR.pdf>
  
18. Antolinez Palencia, Jaime Alberto y Cols. Herramienta para la auditoría de calidad del registro en las historias clínicas” Universidad CES Facultad de Medicina Post Grado en Auditoria en Salud Grupo 45 Medellín- Colombia Octubre 2009.  
  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/740/1/Herramienta%20auditoria\\_calidad%20registro.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/740/1/Herramienta%20auditoria_calidad%20registro.pdf)



## **ANEXOS**



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Escuela Profesional de Odontología

### Historia Clínica Integral

Nro. H.C.: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsable de la H.C.: .....

**I. ANAMNESIS:**

**Filiación:**

Apellidos y nombres: ..... Edad: .....

Sexo: ..... Raza: ..... Estado civil: ..... Religión: .....

Domicilio: ..... Telf: .....

Lugar y fecha de nacimiento: ..... DNI: .....

Procedencia: ..... Grado de instrucción: .....

Ocupación: ..... Telf: .....

Médico actual: ..... Telf: .....

Persona Responsable: ..... Telf: .....

Observaciones: .....

Motivo de Consulta: .....

Historia de la Enfermedad (Motivo de Consulta): .....

**Antecedentes del Estado de Salud General:**

a. Le han indicado que tiene:

**CARDIOVASCULAR**

Insuficiencia Cardiaca	Paro Cardíaco	Angina de Pecho
Hipertensión	Fiebre Reumática	Cirugía o Transplante
Ictus	Aneurisma	

**RESPIRATORIO**

Neumonía	Sinusitis	Alergias
Asma	Enfisema	TBC

**HEMATOLOGIA**

Anemia	Hemofilia	Leucemia
--------	-----------	----------

**NERVIOSO**

Glaucoma	Epilepsia	
----------	-----------	--

**DIGESTIVA**

Gastritis	Hepatitis	Cirrosis
-----------	-----------	----------

**ENDOCRINO**

Diabetes	Hipertiroidismo	Hipotiroidismo
----------	-----------------	----------------

**GENITURINARIO**

Insuficiencia Renal	VIH	Sifilis
---------------------	-----	---------

Herpes

OTROS: .....

b. Ha sufrido o sufre de :

Dolor de cabeza	( )	Mareos, desmayos	( )
Tos con sangre	( )	Dolor de oído	( )
Pérdida de peso	( )	Sudor nocturno	( )
Hemorragias	( )	Dolor articulación	( )
Dolor de pecho	( )	Fiebre frecuente	( )
Presión alta	( )	Dolor estómago	( )
Presión baja	( )	Cansancio, fatiga	( )
Falta de aire	( )	Perdida del gusto	( )
Perdida del apetito	( )	Boca seca	( )
Hematuria	( )	Disminución de la visión	( )

Otros: .....

- c. ¿Alguna vez estuvo hospitalizado? No ( ) Si ( ) Por que: .....
- d. ¿Está bajo tratamiento medico? No ( ) Si ( ) Por que: .....
- e. ¿Le han realizado transfusiones sanguíneas? No ( ) Si ( )
- f. ¿Está recibiendo medicación? : Cual: .....
- Por que: .....
- g. Para mujeres:
  - Usa algún método anticonceptivo: .....
  - ¿Está gestando? ..... Mes: ..... ¿Está lactando? .....
  - Nro. de hijos: ..... Complicaciones de parto:.....
- h. Historia familiar: .....

**Antecedentes del Estado de Salud Estomatológico:**

Tratamientos odontológicos anteriores: .....

<b>Hábitos Nocivos</b>	Fuma ( )	Morder objetos ( )
	Te, café ( )	Onicofagia ( )
	Chupa su dedo ( )	Respirador bucal ( )
	Bruxismo ( )	Apretar dientes ( )
	Queilofagia ( )	Bebida alcohólica ( )

**Hábitos de Higiene:** Numero de cepillado al día: .....

Usa seda dental: ..... Frecuencia: .....

Utiliza enjuagué bucal: ..... Frecuencia: .....

Usa cepillo inter proximal:..... Frecuencia: .....

**II. EXAMEN CLINICO:**

**Examen Físico General:**

Estado general: Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

Actitud: Activa ( ) Pasiva ( ) Obligada ( )

Fascias: Compuesta ( ) Ansiosa ( ) Acromegálica ( ) Otras: .....

Piel y anexos: .....

Grupo Sanguíneo: ..... Peso: ..... Talla: .....

Funciones vitales: P.A.: ..... Resp.: ..... Temp.: ..... Pulso: .....

Psíquico elemental: Percepción: ..... Orientación: .....

Conducta: ..... Lenguaje: .....

**Examen Físico Local o Regional: Sistema Estomatognático**

**1. Extra Bucal:**

- a. Cráneo: Braqui ( ) Meso ( ) Dólico ( )
- b. Cara: Braqui ( ) Meso ( ) Dólico ( )
- c. Cuello: .....
- d. Simetría de fascias Simétrico ( ) Asimétrico ( )
- e. A.T.M.: .....
- f. Musculatura: .....
- g. Perfil: Cóncavo ( ) Recto ( ) Convexo ( )
- h. Fonación: Normal ( ) Alterada ( )
- i. Deglución: Normal ( ) Atípica ( )
- j. Respiración Nasal ( ) Buconasal ( ) Bucal ( )
- k. Hábitos: Presentes ( ) Ausentes ( )

**2. Intra Bucal:**

Labios: .....

Carrillos: .....


Vestibulo: .....

Frenillo: .....

Paladar Duro: .....

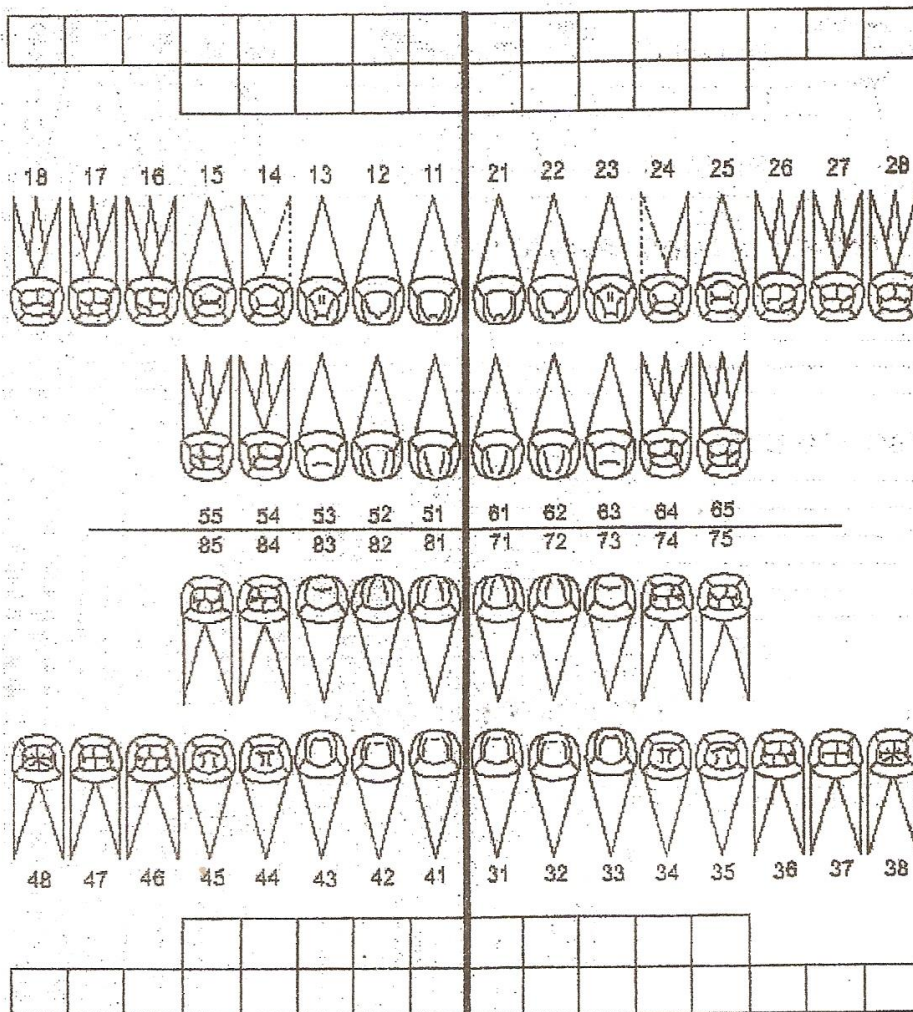
Blando: .....



Orofaringe: .....  
 Lengua : .....  
 Piso de boca: .....  
 Gíngiva : .....  
 Saliva : .....  
 Oclusión:  
 LM:  OB: ..... OJ: ..... RM: Der.: ..... RC: Der.: .....  
 Izq.: ..... Izq.: .....

- Dientes:
- Tipo de dentición: .....
  - Forma del diente: .....
  - Forma de la arcada Superior: .....  
 Inferior: .....
  - Color: .....
  - Patología generalizada: .....

**ODONTOGRAMA**





INDICE DE CARIES	INDICE DE PLACA
------------------	-----------------

Higiene bucal:            Bueno ( )            Regular ( )            Malo ( )

**III: EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

**Exámenes de Laboratorio:**

Tiempo de coagulación:.....  
 Tiempo de sangría: .....  
 Glicemia: .....  
 Colesterol: .....  
 Recuento de plaquetas: .....  
 Hematocrito: .....

**Hemograma:**

Leucocitos: .....  
 Segmentados: .....  
 Eosinófilos: .....  
 Basófilos: .....  
 Monocitos: .....  
 Linfocitos: .....

**Examen radiográfico:**

Panorámica ( )    Periapical ( )    Bite Wing ( )    Oclusal ( )

Reporte: .....

Ínter consulta:            Especialidad: .....

Resultado: .....

**IV. DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO:**

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

**DERIVADO A LA CLÍNICA DE:**

- 1.- .....
- 2.- .....
- 3.- .....
- 4.- .....
- 5.- .....
- 6.- .....

Firma del Docente

Firma del paciente











Universidad Privada de Tacna  
Escuela Profesional de Odontología

**Consentimiento informado para tratamiento Odontológico**

Yo ..... identificado con DNI ..... autorizo a ..... estudiante del ..... ciclo de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Privada de Tacna, para que sea mi tratante.

Estoy enterado que todo tratamiento tiene que ser supervisado por los docentes (Cirujanos Dentistas colegiados) y que será realizado exclusivamente en las instalaciones de la Clínica Docente odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

El diagnóstico que se me ha dado es.....  
.....  
.....

El tratamiento consistirá en:  
.....  
.....  
.....  
.....

Se me ha explicado que podrían surgir algunas modificaciones al tratamiento programado debido al progreso del estado de mi salud odontológica.

Autorizo para que se obtengan fotografías, videos y/otros registros gráficos en el pre tratamiento, durante y después del mismo, los cuales pudieran ser difundidos en Revistas médicas y/ o ámbitos científicos.

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento y asumo las consecuencias de cualquier naturaleza que de ello puedan derivarse.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo y el tratante que me atenderá me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando las dudas planteadas.

Acepto el presupuesto base y acepto pagar exclusivamente en caja de la clínica en cada sesión de mi tratamiento. Me comprometo a seguir con todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen, por el tratamiento que por este medio acepto.

Estando conforme con el procedimiento planteado AUTORIZO a iniciar el mismo.

Tacna.....

.....  
Firma del Tratante

.....  
Firma del paciente /apoderado

MODIFICACIONES DEL TRATAMIENTO.....  
.....  
.....

.....  
Firma del paciente /apoderado

### Anexo 1 (criterios de evaluación)

ITEM	CUALIDAD	DEFINICIÓN
Encabezado	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Anamnesis	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Examen Clínico	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Odontograma	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Exámenes Complementarios	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados

Diagnóstico Clínico Presuntivo	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Tratamiento	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Medicación	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Epicrisis	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados
Consentimiento informado	No registrada	No se encuentran los datos registrados
	En proceso	Se encuentran algunos datos registrados
	Completo	Todos los datos se encuentran registrados

**Anexo 2 (instrumento de recolección de datos HC U.P.T 2009-2012)**

<b>ITEM</b>	<b>CUALIDAD</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>Total</b>
Encabezado	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Anamnesis	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Examen Clínico	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Odontograma	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Exámenes Complementarios	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Diagnóstico Clínico Presuntivo	No registrada		
	En proceso		
	Completo		

“Evaluación de la Calidad de las Historias Clínicas de la Clínica Odontológica de  
la Universidad Privada de Tacna 2009-2012”



<b>ITEM</b>	<b>CUALIDAD</b>	<b>REGISTRO</b>	<b>Total</b>
Tratamiento	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Medicación	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Epicrisis	No registrada		
	En proceso		
	Completo		
Consentimiento Informado	No registrada		
	En proceso		
	Completo		

**Observaciones**

---



---



---



---

## Codificación de los ítems

### A. Encabezado

- A.1 Nro. de historia clínica
- A.2 Fecha de ingreso
- A.3 Responsable de la historia clínica

### B. Anamnesis

- B.1 Filiación
  - B.1.1 Apellidos y Nombres
  - B.1.2 Edad
  - B.1.3 Sexo
  - B.1.4 Raza
  - B.1.5 Estado civil
  - B.1.6 Religión
  - B.1.7 Domicilio
  - B.1.8 Teléfono
  - B.1.9 Lugar y fecha de nacimiento
  - B.1.10 D.N.I
  - B.1.11 Procedencia
  - B.1.12 grado de instrucción
  - B.1.13 Ocupación – teléfono
  - B.1.14 Médico actual – teléfono
  - B.1.15 Persona Responsable – teléfono
  - B.1.16 Observaciones
  - B.1.17 Motivo de consulta
  - B.1.18 Historia de la enfermedad (motivo de consulta)
- B.2 Antecedentes del estado de salud general
  - B.2.1 Le ha indicado que tiene:
    - B.2.1.1 Cardiovascular

B.2.1.2 Respiratorio

B.2.1.3 Hematología

B.2.1.4 Nervioso

B.2.1.5 Digestivo

B.2.1.6 Endocrino

B.2.1.7 Genitourinario

B.2.1.8 Otros

B.2.2 Ha sufrido de:

B.2.2.1 ¿alguna vez estuvo hospitalizado?

B.2.2.2 ¿está bajo tratamiento médico?

B.2.2.3 ¿Le han realizado transfusiones sanguíneas?

B.2.2.4 ¿esta recibiendo medicación?

B.2.2.5 Para mujeres

B.2.2.5.1 Usa algún método anticonceptivo

B.2.2.5.2 ¿está gestando?

B.2.2.5.3 Mes

B.2.2.5.4 ¿Está lactando?

B.2.2.5.5 Nro. de hijos

B.2.2.5.6 Complicaciones en el parto

B.2.2.6 Historia familiar

B.3 Antecedentes del estado de salud estomatológico

B.3.1 tratamientos odontológicos anteriores

B.3.2 Hábitos nocivos

B.3.3 Hábitos de higiene

C. Examen clínico

C.1 Examen físico general

C.1.1 Estado general

C1.2 Actitud

C.1.3 Fascies

C.1.4 Piel y anexos

C.1.5 Grupo sanguíneo

C.1.6 Peso

C.1.7 Talla

C.1.8 Funciones vitales

C.1.9 síquico elemental

C.2 Examen físico local o regional: Sistema estomatognático

C.2.1 Extrabucal

C.2.1.1 Cráneo

C.2.1.2 Cara

C.2.1.3 Cuello

C.2.1.4 Simetría de fascias

C.2.1.5 A.T.M

C.2.1.6 Musculatura

C.2.1.7 Perfil

C.2.1.8 Fonación

C.2.1.9 Deglución

C.2.1.10 Respiración

C.2.1.11 Hábitos

C.2.2 Intrabucal:

C.2.2.1 Labios

C.2.2.2 Carrillos

C.2.2.3 Vestíbulo

C.2.2.4 Frenillo

C.2.2.5 Paladar (duro y blando)

C.2.2.6 Orofaringe

C.2.2.7 Lengua

C.2.2.8 Piso de boca

C.2.2.9 Gíngiva

C.2.2.10 Saliva



C.2.2.11 Oclusión

C.2.2.12 Dientes

C.2.2.12.1 Tipo de dentición

C.2.2.12.2 Forma del diente

C.2.2.12.3 Forma de la arcada (sup e inferior)

C.2.2.12.4 Color

C.2.2.12.5 Patología generalizada

D. Odontograma

D.1 índice de caries.

D.2. Índice de placa

D.3 Higiene Bucal

E. Exámenes complementarios

E.1 Examen de laboratorio

E.2 Examen radiográfico

E.3 Interconsultas

F. Diagnóstico Clínico Presuntivo.

G. Tratamiento.

H. Medicación.

I. Epicrisis.

J. Consentimiento Informado

### Instrumento Original

Ítem Evaluado	Cualidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Encabezado	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Diagnóstico	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Información Subjetiva	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Examen Físico	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Interpretación de ayuda diagnóstica	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Análisis	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Plan	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											

<b>Ítem Evaluado</b>	<b>Cualidad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Total</b>
Medicación	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Información dada al paciente	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Nota Operatoria	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Actividad Docencia Servicio	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Consentimiento Informado	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Orden Médica	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											
Uso de Siglas	Cumple											
	Cumple parcialmente											
	No Cumple											

**Los números aleatorios, sin repetición y ordenados, son:**

9567, 9576, 9608, 9643, 9649, 9656, 9662, 9747, 9783, 9810, 9840, 9853, 9899, 9932, 9946, 9966, 9967, 10030, 10062, 10091, 10122, 10140, 10148, 10171, 10232, 10284, 10294, 10303, 10310, 10389, 10398, 10411, 10450, 10454, 10463, 10469, 10474, 10484, 10510, 10512, 10529, 10548, 10550, 10559, 10600, 10617, 10621, 10642, 10671, 10674, 10716, 10721, 10725, 10737, 10740, 10759, 10806, 10822, 10824, 10871, 10879, 10892, 10916, 10935, 10954, 10968, 10977, 10995, 11064, 11068, 11133, 11134, 11143, 11189, 11198, 11214, 11219, 11220, 11266, 11271, 11276, 11349, 11367, 11370, 11401, 11402, 11412, 11414, 11520, 11539, 11552, 11602, 11615, 11662, 11671, 11711, 11747, 11761, 11809, 11834, 11855, 11877, 11983, 12008, 12024, 12038, 12048, 12059, 12134, 12136, 12179, 12214, 12215, 12222, 12227, 12242, 12265, 12279, 12280, 12299, 12317, 12332, 12343, 12361, 12450, 12470, 12473, 12478, 12567, 12569, 12578, 12583, 12593, 12645, 12655, 12682, 12685, 12692, 12701, 12714, 12717, 12720, 12722, 12743, 12747, 12760, 12791, 12797, 12860, 12863, 12875, 12881, 12914, 12930, 12955, 12984, 13031, 13055, 13057, 13077, 13089, 13162, 13169, 13197, 13201, 13257, 13265, 13266, 13280, 13283, 13297, 13313, 13314, 13331, 13352, 13356, 13369, 13380, 13394, 13407, 13428, 13438, 13443, 13449, 13460, 13463, 13472, 13479, 13493, 13505, 13512, 13516, 13538, 13548, 13588, 13602, 13619, 13630, 13636, 13642, 13644, 13659, 13678, 13694, 13703, 13741, 13756, 13774, 13798, 13801, 13815, 13901, 13922, 14014, 14026, 14080, 14082, 14085, 14133, 14169, 14179, 14197, 14198, 14223, 14252, 14257, 14264, 14281, 14328, 14346, 14374, 14393, 14421, 14448, 14458, 14463, 14465, 14483, 14496, 14497, 14511, 14541, 14554, 14603, 14605, 14623, 14635, 14641, 14651, 14672, 14699, 14700, 14701, 14713, 14718, 14728, 14760, 14766, 14790, 14816, 14831, 14837, 14870, 14929, 14930, 14957, 14968, 15009, 15010, 15012, 15031, 15079, 15080, 15107, 15108, 15115, 15128, 15169, 15190, 15208, 15218, 15221, 15251, 15256, 15290, 15291, 15292, 15300, 15326, 15333, 15378, 15382, 15401, 15401, 15407, 15411, 15412, 15439, 15440, 15451, 15470, 15508, 15539, 15553, 15588, 15630, 15642, 15654, 15720, 15738, 15761, 15823, 15827, 15828, 15836, 15845, 15863, 15879, 15882, 15889, 15895, 15900, 15901, 15923, 15972, 16016, 16030, 16040, 16045, 16046, 16063, 16075, 16089, 16124, 16135, 16139, 16164, 16165, 16166, 16176, 16197, 16206, 16212, 16240, 16261, 16264, 16284, 16330, 16342, 16350, 16361, 16372, 16404, 16466, 16471, 16472, 16524, 16579, 16608, 16621, 16650, 16694, 16720, 16725, 16743, 16749, 16751, 16759, 16783, 16790

[http://nosetup.org/php\\_on\\_line/numero\\_aleatorio](http://nosetup.org/php_on_line/numero_aleatorio)