

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

*Fundada en 1551*

**FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Tesis**

**Digitales UNMSM**

**AUDITORÍA MEDICA Y CALIDAD DE ATENCION EN EL PROGRAMA DE  
ATENCION DOMICILIARIA ESSALUD. AÑO – 2003**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título Profesional de :

**ESPECIALISTA EN ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRAL  
Y GESTIÓN EN SALUD**

**AUTOR**

**DUNISKA TARCO VIRTO**

**LIMA – PERÚ  
2003**

# ÍNDICE

**CAPÍTULO I**  
**DATOS GENERALES**

**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGIA**

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN**

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIONES**

**CAPÍTULO VII**  
**RECOMENDACIONES**

**CAPÍTULO VIII**  
**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**CAPÍTULO IX**  
**ANEXOS**

## **CAPITULO I**

### **DATOS GENERALES**

- 1 TITULO: “AUDITORÍA DE HISTORIAS CLINICAS, EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA EN ESSALUD AÑO - 2002**
  
- 2 AREA DE INVESTIGACION:                    Auditoría médica - Administración en Salud**
  
- 3 AUTOR DEL PROYECTO:                    Médico Residente III,    Dra. Duniska Tarco Virto**
  
- 4 ASESOR:    Dr. Augusto Quispe Chau**
  
- 5 INSTITUCION:                                    Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina  
  
EsSalud**
  
- 6 PALABRAS CLAVE:                            Auditoría - Historias clínicas - EsSalud**

## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **7 PLANETAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **7.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

La calidad de la atención sanitaria constituye uno de los objetivos institucionales primordiales de EsSalud <sup>(10)</sup>, en el Programa de atención domiciliaria de EsSalud se desarrollan con ese fin una serie de actividades orientadas a medir la percepción del usuario y la calidad extrínseca, pero se desconoce la calidad intrínseca del acto médico, que es la relacionada directamente a logro de los resultados en la mejora del estado de salud de los pacientes. En vista del desconocimiento de la calidad intrínseca del acto médico y por tanto los efectos e impacto de las intervenciones sanitarias que se otorgan en el Programa de atención domiciliaria de EsSalud, surge la necesidad de aplicar la auditoría médica como herramienta de la calidad <sup>(6)</sup>, para medir la calidad del acto médico y contribuir al logro de la misión del Programa de atención domiciliaria de EsSalud.

##### **7.2 ANTECEDENTES**

Desde Hipócrates se destaca la importancia de documentar todas las variaciones posibles en cada individuo para luego deducir su relevancia, con el tiempo, la mayoría de los métodos propuestos se distorsionaron y se tornaron punitivos.

Fue en 1914 que Edward Goodman, en Boston, ya orientaba sus estudios hacia el análisis de los resultados de un tratamiento médico, si habían sido exitosos o no, y si era el caso, por qué no lo eran?. Gustav Ward, en 1927 y Tomas Ponton, en 1928, aplicaron métodos de

contabilidad financiera para calificar como bueno, regular o malo a un procedimiento quirúrgico <sup>(5)</sup>.

Virgil N. Slee en 1955 propuso la institucionalización de este procedimiento luego de un estudio en 15 hospitales de Michigan, venciendo las suspicacias que generaba. En 1989 el gobierno británico propició la publicación “Working for patients” que precisaba las actividades de auditoría dentro de una organización, delimitando las responsabilidades para que se realice de forma oportuna, con participación plena y que sus resultados se reflejen en una mejora de la calidad de la atención medica.<sup>(5)</sup>

En nuestro país Carol Lewis, un experto de la OPS, en 1987 intentó implementar el procedimiento de auditoría médica en el Hospital San Bartolomé y el Hospital Guillermo Almenara, pero fracasó en ambos fundamentalmente por no tener el respaldo de los Cuerpos Médicos respectivos y concluyó su trabajo asesorando el sistema de registros, historia clínica simplificada y ordenamiento de archivos <sup>(1)</sup>.

Ya en 1991 a iniciativa del Director del Hospital Guillermo Almenara, se creó el Servicio de Auditoría Médica que desarrollo una metodología propia <sup>(4)</sup>, con un diseño flexible y adecuado a los fines propuestos, mejorar la calidad de atención medica. Plantea indicadores como: suficiencia, eficiencia y competencia, para la auditoría médica.

Humberto de Moraes <sup>(11)</sup>, en 1993 señala que casi todos los 14 mil hospitales de Latinoamérica y el Caribe adolecen de una problemática común, el no haber implementado la garantía de calidad en dichos centros, esto se traduce en una mayor vulnerabilidad a demandas legales por mal ejercicio de la profesión o por negligencia del Hospital, para corregir este problema en Estados Unidos se desarrollaron Programas de Garantía de la Calidad.

Por otro lado, ese mismo año, en 1993 aparecen las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs), originaron la formación de Comités Médicos, creados por la Superintendencia cuyos miembros en su mayoría corresponden a las Compañías de seguros como representantes de APESEG <sup>(15)</sup>.

En 1997, con el relanzamiento de los seguros de vida, el Medico auditor participa activamente en el proceso de A.M., así mismo El Concejo Nacional del Colegio Médico del Perú, mediante Resolución aprueba dictamen sobre auditoría médica <sup>(4)</sup>.

En 1998, con la creación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y de las empresas Prestadoras de salud, la Superintendencia de entidades Prestadoras de Salud organizó eventos para revisar y validar las Guías de Tratamiento Ambulatorio, con la participación de médicos auditores de las Compañías de Seguros.

Actualmente muchos Hospitales, principalmente de EsSalud, han conformado su Comité de auditoría médica y están trabajando en ello, son menos los Hospitales del Ministerio de Salud que vienen trabajando activamente en este tema, como es el Hospital De Emergencias Pediátricas.

Siendo la Historia Clínica un documento esencial de valor médico legal <sup>(41)</sup>, donde se registra la atención médica, es importante evaluar la calidad de las Historias clínicas y verificar que la atención prestada y los procedimientos realizados al paciente estén de acuerdo a los criterios establecidos en las guías de la práctica clínica y manuales de procedimientos del Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud, valorando así la calidad de la atención medica mediante las Historias Clínicas, esta metodología y herramientas pueden constituir un modelo para otros servicios de atención domiciliaria semejantes en el país.

### **7.3 MARCO TEORICO**

El término de auditoría médica ha sido usado durante mucho tiempo, en diferentes sentidos dependiendo principalmente del contexto donde se aplicaba; así el Dr. J. Piscoya lo define como “Un Proceso Interdisciplinario, por el cuál el cuerpo médico mediante el Comité de auditoría médica revisa colectivamente las historias clínicas, las evalúa y pone en practica los correctivos necesarios, luego de haberlos comparado con estándares validados” <sup>(1)</sup>. Sus principales funciones son:

- Alentar la mejora de la práctica médica.
- Educar a todos los miembros del equipo clínico.

- Lograr la calidad total en la Atención médica.
- Permite la comparación de actos quirúrgicos.

Actualmente se define la auditoría médica como “el análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos diagnósticos y tratamientos, el uso de recursos adecuados y que los resultados se reflejen en una mayor calidad de vida”<sup>(6)</sup>.

Es Misión de la auditoría médica: garantizar las habilidades técnicas de los profesionales, uso eficiente de los recursos disponibles, satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas.

Son características de la auditoría médica<sup>(5)</sup>:

- Se aplica dentro del concepto de **educación permanente**, pues se orienta a que los médicos aprendamos de los aciertos o errores, teniendo como meta aumentar los conocimientos, criterios y destrezas, mediante una metodología autoinstruccional.
- Es un instrumento de gestión, como parte de un sistema de garantía de la calidad y de un sistema de control.
- El **valor educacional** de auditoría médica es unánimemente reconocido pues permite a los médicos pensar críticamente sobre lo actuado y discutirlo con sus colegas, cumpliendo el efecto multiplicador al tener una participación plural y activa, sin coacción.
- La **confidencialidad** del procedimiento, en lo relacionado al acto medico y a las inconsistencias que se hallaran, pues el fin primordial es educar y mejorar la calidad de la atención médica.
- Es un trabajo **multidisciplinario**, la auditoría médica se realiza con la participación de un equipo de especialistas, por ello al conformar un comité de auditoría debe constituirse un comité ad hoc.
- La A.M. debe considerarse como una evaluación **planificada**, en la cual se señala un objetivo, plantea una hipótesis y se establece un análisis.
- Es un proceso **periódico** y basado en el enfoque sistémico evalúa las partes relacionadas entre sí, analiza secuencialmente los procesos que interactúan en la prestación de los

servicios asistenciales y lo más importante del control de los sistemas es la retroalimentación, por ende su aplicación debe ser continua.

- Los resultados de la auditoría médica deben expresarse en términos de **calidad**: oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad, equidad.
- Es una **opinión colegiada**, pues esta a cargo del personal médico especialmente capacitado, supervisa los conocimientos, habilidades y destrezas del personal médico, se recomienda la participación de por lo menos dos médicos

#### **Modelos de evaluación en auditoría médica <sup>(7)</sup>:**

- Evaluación del registro: es una evaluación de la calidad extrínseca de la atención médica, mediante la verificación de las características de la historia clínica, el llenado de datos adecuado, orden, legibilidad y otras características de acuerdo a los parámetros establecidos.
- Evaluación del acto médico: concordancia entre diagnóstico pre y post operatorio, relación que guardan estos diagnósticos y la anatomía patológica, pertinencia entre diagnóstico presuntivo y análisis solicitados, justificación de tratamiento quirúrgico, justificación de indicación terapéutica, pertinencia de procedimientos invasivos y no invasivos, reintervenciones quirúrgicas, manejo de infecciones intrahospitalarias, tiempo de espera, condición de egresos.
- Evaluación de acontecimientos adversos: análisis de procedimientos solicitados no realizados, exámenes auxiliares no evaluados periódicamente, interconsultas no contestadas, falta de oportunidad en el tratamiento, uso de fármacos innecesarios, reingresos, índice de reclamos/quejas, complicaciones por la anestesia, complicaciones intrahospitalarias.

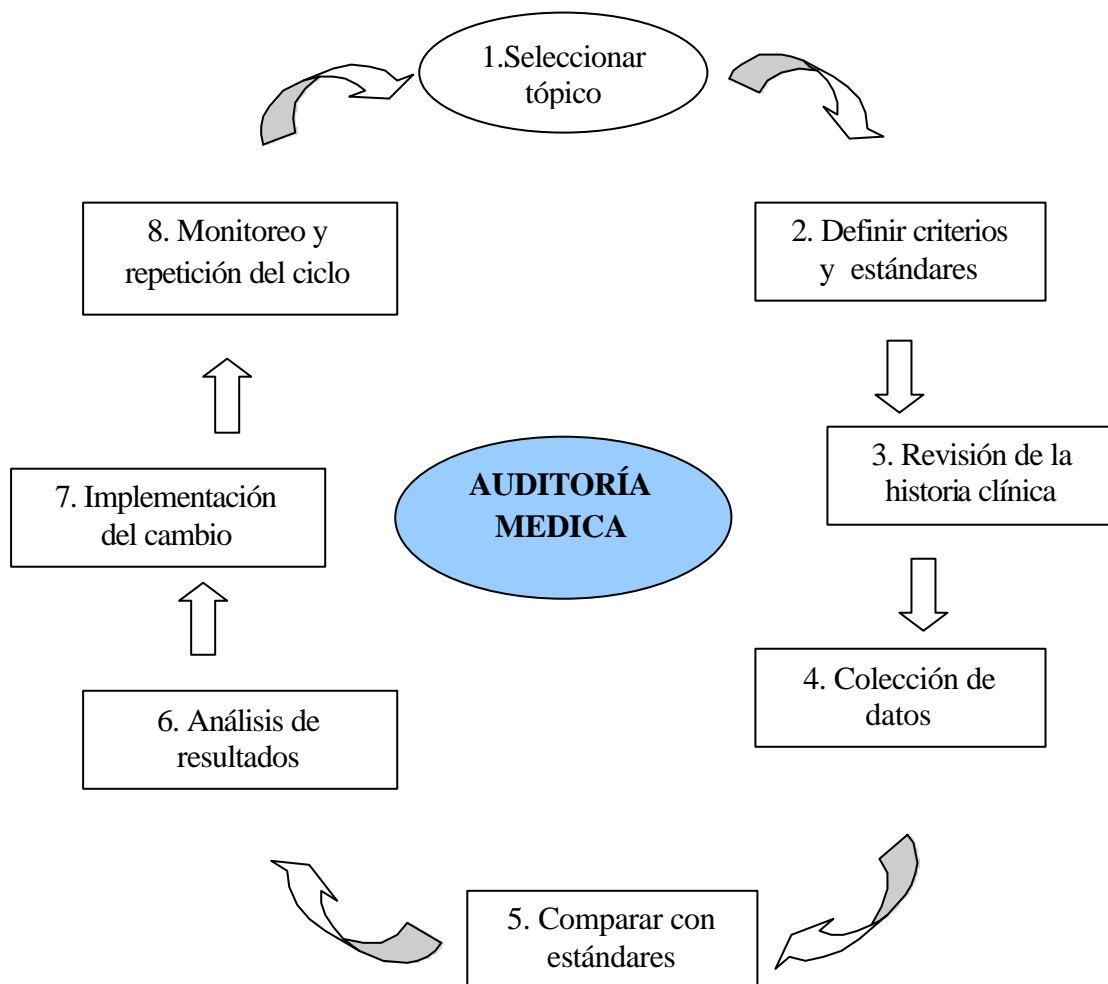
La auditoría médica puede ser aplicada bajo una programación en historias clínicas al azar, como parte del proceso de mejoramiento continuo, o puede ser efectuado como procedimientos de control en relación a casos específicos o eventos adversos en este caso se denomina **auditoría selectiva**.



### El ciclo de la auditoría médica <sup>(8)</sup>.

Presenta varias etapas, se inicia con la formulación y validación de estándares, observar y medir la práctica, comparar con estándares de la salud, implementar los cambios necesarios y analizar los efectos especiales.

**Cuadro 1: EL CICLO DE LA AUDITORÍA MÉDICA**



Históricamente, la forma fundamental de medir la repercusión de una actividad o intervención sanitaria sobre los pacientes se había circunscrito a medidas llamadas “duras” como la

mortalidad y morbilidad. Este tipo de parámetros no resultan suficientes para describir y saber como influyen diferentes acciones sobre la población, o pacientes, ni que grado de efectividad conseguimos. Por ello, se ha expandido enormemente en los últimos años el campo de la medición de los resultados, distintos de los exclusivamente clínicos. Entre los diferentes componentes de la medición de resultados las Auditorías médicas son una de las formas de recoger información sobre el efecto de una intervención sanitaria, teniendo como sujeto principal activo, o fuente de información, al paciente o usuario <sup>(3)</sup>. Además dentro de los programas de evaluación y mejora continua de la calidad de atención las encuestas a los pacientes permiten obtener información valiosa sobre que aspectos precisan de mejora.

### **Calidad y auditoría médica**

La Organización Mundial de la Salud <sup>(20)</sup> define la calidad de los servicios de salud como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Uso mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud.

Calidad y auditoría médica no son entidades distintas, las estrategias son coincidentes pues una buena información y análisis son aplicables para mejorar la calidad, mas aun si consideramos que en la misión y visión de los servicios de salud, se enuncia claramente “...prestar servicios de salud, de calidad...”, constituyéndose entonces la auditoría médica en una herramienta muy valiosa para valorar y controlar la calidad <sup>(9)</sup>.

La calidad se evalúa a través de tres grandes áreas: estructura, procesos y resultados, se puede aplicar la auditoría a cada uno de estos componentes, como propone Donavedian.

Para ello es muy importante la fuente de información, para el caso de la atención medica, una atención de calidad se va a reflejar en una correcta historia clínica, en los formatos correctos, con los datos necesarios, clara identificación del médico responsable, adecuado análisis del caso clínico y acciones pertinentes, y resultados eficaces, efectivas y oportunos <sup>(27)</sup>.

## **2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad de la atención médica, reflejada en la historia clínica de los pacientes del Programa de atención domiciliaria de EsSalud?

## **3 HIPOTESIS DE INVESTIGACION**

La calidad de la atención médica en el Padomi, es buena y contribuye al logro de la Misión del Programa.

## **4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 Objetivo general**

Determinar la calidad intrínseca del acto médico, mediante la auditoría médica de las historias clínicas de los pacientes del Programa de atención domiciliaria de EsSalud (PADOMI).

### **4.2 Objetivos específicos**

- 1 Diseñar un modelo de auditoría médica de la atención domiciliaria en EsSalud,
- 2 Determinar la calidad de las Historias Clínicas mediante la auditoría médica.
- 3 Identificar los problemas encontrados con mayor frecuencia, en la Historia clínica de ingreso, del paciente al programa.
- 4 Identificar los problemas más frecuentes, encontrados en la atención médica, durante la evolución de los pacientes.
- 5 Establecer los factores positivos asociados a la buena calidad de la atención medica.

## 5 JUSTIFICACION

### a. Justificación legal

- **Ley General de Salud 26842** <sup>(36)</sup>

*TITULO I, Art.2.- toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de salud, correspondan a las características, atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que acreditaron en su autorización.*

*Así mismo tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales.*

- **Reglamento de la Ley de Trabajo Médico. D.S. N° 024-2001-SA** <sup>(37)</sup>

*Artículo 5°. Se reconoce como acto medico, toda acción o disposición que realiza el medico en el ejercicio de la profesión medica, ello comprende los actos de diagnostico, terapéutica y pronostico que realiza el medico en a atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de estos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional medico.*

- **Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú.** <sup>(38)</sup>

*Declaración de principios: la ética medica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca o correcto, lo ideal, y la excelencia. La deontología médica regula los deberes de los médicos.*

*Titulo IV. De los médicos legistas y auditores. Art.36° Los médicos legistas y médicos que realizan labores de auditoría médica deben conformar sus actos a las normas establecidas en el presente Código. En sus informes deberán Limitarse a establecer causas, hechos y conclusiones de orden científico técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de los colegas o apreciaciones u opiniones que induzcan a terceros a comprometer la responsabilidad profesional de estos.*

- **Normas Técnicas ISO 10011: Lineamientos para la auditoría de sistemas de calidad.**

- **Norma Técnica Peruana ISO: 8402 :1993** <sup>(12)</sup> Calidad y vocabulario
- **Estructura orgánica y Reglamento de Organización y funciones de EsSalud.** <sup>(40)</sup>

Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 103-PE-EsSalud-2001

*Titulo IV. De los objetivos. Art.8°.-* El seguro social de salud tienen como objetivos generales:

- a) Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- b) Ampliar la cobertura de la seguridad social.
- c) Optimizar la gestión institucional.
- d) Mejorar los niveles de satisfacción de nuestros asegurados.

*Capitulo IX. De los órganos de apoyo técnico normativo. Art.35°.-* Son funciones de la Gerencia Central de salud:...establecer un sistema de auditoría medica de las prestaciones asistenciales que se otorguen en los establecimientos de salud en EsSalud

- **Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 139-PE-EsSalud-99** <sup>(41)</sup>. Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral 728 de EsSalud
- **Directiva N° 006-GG-IPSS-97** <sup>(46)</sup> – Normas sobre los procesos de admisión, consulta y registro del acto médico.
- **Guías de diagnóstico y tratamiento de PADOMI** <sup>(43)</sup>, publicadas el año 2001.

### **b. Justificación científica**

El presente trabajo se desarrollará aplicando los procedimientos del método científico, por lo cual los resultados obtenidos constituyen un aporte al conocimiento en esta área de la Medicina; además el producto directo generado, formato de auditoría médica para la atención domiciliaria, cumple los procedimientos de validación y puede ser aplicado posteriormente para el desarrollo de la auditoría médica en el Programa de Atención domiciliaria de EsSalud y otros semejantes.

**c. Justificación práctica**

Una organización eficiente debe tratar de lograr el cumplimiento de sus objetivos y por tanto de su Misión, pero si no se conoce en qué medida se está logrando, menos se puede actuar correctamente para reorientar las acciones y reconocer las fallas en los procesos, que impiden prestar un servicio de calidad. Dado que este trabajo se desarrollará en un Programa de EsSalud, cuya Misión enuncia: “En EsSalud, tenemos el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles servicios de Salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidos dentro del régimen contributivo de la seguridad Social, basados en los principios de solidaridad equidad y universalidad para sus asegurados, para ello contamos con la **calidad**, calidez y valores de nuestro personal y con una red de establecimientos de salud...”, el presente trabajo pretende medir mediante la auditoría de Historias clínicas, la calidad de la atención médica y los factores que contribuyen a la misma, esta información y las recomendaciones serán proporcionadas a la Sub-Gerencia del Programa De Atención Domiciliaria de EsSalud, para su utilización en el mejoramiento continuo de la calidad, considerando que en la actualidad no se utiliza esta herramienta de la calidad para el logro de su misión.

# **CAPITULO III**

## **METODOLOGIA**

### **1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es un estudio transversal, pues la medición de las diferentes variables se realiza en un solo tiempo.

Por las características del diseño, es de tipo observacional analítico, porque además de describir las características de los resultados, se aplicara análisis de asociación y correlación entre variables.

### **2 POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO**

#### **2.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO**

La población en estudio está constituida los 28 mil pacientes adscritos al Programa de atención domiciliaria, que residen en la provincia de Lima y el Callao.

La unidad de análisis son las historias clínicas de los pacientes, los cuales están clasificados de acuerdo al lugar de residencia en 6 áreas o Unidades Básicas de Salud.

#### **2.2 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA**

En este estudio se incluye la población mayor de 50 años, de ambos sexos, residentes en la provincia de Lima y el Callao y que cumplan los criterios de inclusión.

**El muestreo es de tipo probabilístico**, considerando la probabilidad obtenida del estudio piloto previo a la validación del instrumento de recolección de datos. Del tamaño obtenido de muestra se seleccionó mediante **muestreo estratificado**,

considerando dos estratos de acuerdo a la situación actual de los pacientes: activos y fallecidos.

### 2.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Calculado con la fórmula para poblaciones finitas, para comparación de proporciones de dos o mas grupos:

$$n = \frac{(Z_{\infty} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z_{\infty} = 1.96$  para  $\infty = 0.05$  unilateral, para una certeza del 95%.

$Z_{\beta} = 0.80$  para un valor de  $\beta = 0.20$  unilateral

$p_1 = 70\%$  es la probabilidad de obtener buena calidad de H.C. en el segmento "pacientes activos"

$p_2 = 50\%$  es la probabilidad de obtener buena calidad de H.C. en el segmento "pacientes fallecidos"

$$n = \frac{(1.96 + 0.80)^2 (70*30 + 50*50)^2}{(70 - 50)^2}$$

$$n = \frac{(7.29) (4600)}{(70 - 50)^2}$$

$n = 80$  Historias clínicas por cada estrato seleccionado.

Siendo dos los estratos, el tamaño de muestra total es: 160, historias clínicas seleccionadas así:



- 80 H.C. de pacientes fallecidos
- 80 H.C. de pacientes activos

## **2.4 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Historias Clínicas de pacientes que fueron admitidos al PADOMI en los años 2001-2002.
- H.C. de pacientes mayores de 50 años,
- H.C. de pacientes de pacientes activos y fallecidos,
- H.C. de pacientes que cuenten con atenciones médicas de por lo menos 6 meses consecutivos.

## **2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- H.C. de pacientes menores de 50 años.
- H.C. de pacientes que fueron clasificados “de alta”, por cualquier causa excepto fallecimiento.

## **3 VARIABLES DEL ESTUDIO**

Al ser un estudio correlacional, sin relación de causalidad entre las variables, no podemos dividir las variables en dependientes e independientes.

Las variables de estudio son:

1. Calidad intrínseca de la atención médica
  - Calidad de la Primera visita médica
  - Calidad de la Evolución médica
2. Situación del paciente

#### 4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Calidad intrínseca de la atención médica	1. Calidad de la Historia clínica de primera atención médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio clínico</li> <li>• Metodología diagnóstica</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Calidad de registro</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excelente</li> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>	Auditoría Médica de la Historia clínica
	2. Calidad de la evolución médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad del registro</li> <li>• Metodología diagnóstica</li> <li>• Tratamiento</li> </ul>			
Situación del paciente	Activo Fallecido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal		Historia clínica

## **5 METODOLOGÍA:**

1. En primer lugar se diseñó un modelo de auditoría médica para la atención domiciliaria, sobre la base de las directivas institucionales, pero adecuándola a la atención domiciliaria, pues las actuales, aplican la auditoría médica hacia la atención de pacientes en Centros asistenciales hospitalarios.
2. Una vez definido los criterios y diseñado el formato de auditoría médica se desarrolló un estudio piloto para la validación del formato de H.C.
3. Selección de las historias clínicas a auditar
4. Aplicación del formato de auditoría médica
5. Recolección y procesamiento de datos
6. Análisis de resultados.

## **6 ANÁLISIS DE DATOS.**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0 para la evaluación descriptiva y analítica de las variables, las variables cuantitativas analizadas con medidas de tendencia central: media, desviación estandar, rangos, así mismo diferencia de medias mediante la prueba t de student para la prueba de hipótesis Las variables cualitativas analizadas mediante comparación de proporciones y análisis correlacional mediante el Coeficiente de correlación de Spearman, con el fin de identificar los aspectos asociados a la buena calidad de la atención médica.

Los datos se presentarán en cuadros y gráficos elaborado en el programa Excel y Microsoft word, para la elaboración de resultados de acuerdo a los objetivos generales y específicos señalados.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

**(REVISAR EN FORMATO IMPRESO)**

## CAPITULO V

### DISCUSION

1. La **calidad de la atención médica**, evaluada mediante auditoria de historias clínicas. es **muy buena** sólo en 1% de casos, el **14% son buenas**, porcentaje bastante bajo en relación al estándar planteado por el Ministerio de salud, en el documento del Pacto por la calidad, que se estará implementando en Hospitales en los siguientes meses. Así mismo estos porcentajes son menores que los obtenidos por Auditoría médica en el Hospital Angamos de EsSalud, donde el porcentaje de H.C. buenas es mayor y donde se aplicó instrumentos de auditoria médica semejantes, propuestos por la Gerencia Departamental de Lima.
2. Siendo la hipótesis de estudio, que la atención médica es de buena calidad, no se pudo aceptar esta hipótesis, aplicando la prueba de t de student, pues la calidad de atención medica en PADOMI, de acuerdo a sus historias clínicas, es **regular**. ( $p < 0.05$ ), con un puntaje promedio de 57,8 en pacientes que fallecieron y 51,15 en pacientes activos.
3. La diferencia de medias, de la calidad de historias clínicas en ambos grupos, no es estadísticamente significativa ( $p = 0.09$ ).
4. La calidad de H.C. de pacientes activos está fuertemente asociada a la calidad de la H.C de la primera visita médica ( $p < 0.05$ ) a diferencia de las H.C de pacientes fallecidos que está más asociada a las evoluciones médicas ( $p < 0.05$ ).
5. Los factores de la historia clínica de la primera visita médica están determinados por el estudio clínico, la metodología diagnóstica, el tratamiento y la calidad del registro. De los **factores del estudio clínico**, los que demuestran mayor asociación a la calidad de H.C. y son estadísticamente significativos son: antecedentes (Corr. Spearman = 0.7), relato de la enfermedad y examen clínico (Corr. Spearman = 0.6).
6. En cuanto a la **metodología diagnóstica**, se ha demostrado congruencia entre diagnóstico y tratamiento solo en 51% de casos (Corr. Spearman = 0.6),

variable asociada significativamente a la calidad de la historia clínica a diferencia del plan de trabajo que solamente esta conforme en el 10% de casos (Corr. Spearman = 0.74). Si no ha congruencia entre el diagnóstico y tratamiento, es de esperar que la prescripción tampoco sea adecuada y por tanto la evolución de los pacientes no es la esperada. Este es un hecho delicado en el manejo de pacientes críticos, que en cualquier momento se desestabilizan y pueden llegar a hospitalizarse e incluso a fallecer. De no corregirse este problema el profesional de salud puede tener problemas medico legales que son compatibles con una falta.

7. Tanto la integridad en el diagnóstico, Escala de la Cruz Roja, interconsultas y exámenes auxiliares, no han demostrado asociación estadísticamente significativa con la calidad de H.C.
8. En relación al **tratamiento**, se demostró que sólo el 52% de prescripciones están conforme al diagnóstico (Corr. Spearman = 0.5) y es estadísticamente significativo. Se trata entonces de un uso irracional de medicamentos, que ameritaria implementar todo un sistema de vigilancia. Este hecho es corroborado con el **88% de polifarmacia**, variable asociada también a la calidad de H.C (Corr. Spearman = 0.3).
9. La **calidad de registro de la H.C.**, es conforme en el 59% de casos, (Corr. Spearman = 0.5), el registro del código CIE X es correcto en el 67% de casos, y muchas de las estadísticas epidemiológicas del PADOMI se obtienen en base a estos registros que ya tienen baja confiabilidad. Por otro lado la presencia de firma y sello del médico tratante está conforme en el 74% de casos. De estas variables, solamente demostraron estar asociados a la calidad de H.C. la codificación del CIE X y la firma y sello del médico.
10. Las atenciones de **evolución médica**, son de mejor calidad en el grupo de pacientes activos que en el grupo de pacientes fallecidos. Las notas de evolución médica se encontraron completas solo en 47% de H.C.
11. Así mismo sólo el 69% de códigos CIE X son conformes al diagnóstico registrado (Corr. Spearman = 0.4), esta variable se asocia a la calidad de H.C.

12. En cuanto a la metodología diagnóstica, la evolución del estado de salud de los pacientes, no se registra en el 44% de casos. (Corr. Spearman = 0.4), demuestra mediana asociación a la calidad de la H.C.
13. La valoración de la **Escala de la Cruz Roja**, fue registrada solamente en 4%, siendo éste un indicador que permite medir los resultados e impacto de las intervenciones sanitarias en PADOMI.
14. El **plan de trabajo** planteado en las evoluciones médicas demostró ser **congruente sólo en 5%** de casos, en el 64% de casos el plan de trabajo indicado es incompleto, pues el plan de trabajo se limita sólo a indicar el tratamiento farmacológico, tratamiento preventivo, sin indicar los exámenes auxiliares, medidas complementarias ni educación sanitaria. No se sigue un plan de trabajo, solo se prescribe drogas.
15. El **criterio diagnóstico**, se encontró conforme a los datos de la historia clínica en el 67% de casos, variable asociada a la calidad de historia clínica (Corr. Spearman = 0.5).
16. Por otro lado, del 100% de pacientes referidos a algún establecimiento de salud, el 16% no registra dicha referencia y al no comunicar este hecho, generan visitas frustras del personal del equipo de salud, y por tanto los costos de oportunidad son mayores.
17. En relación al **tratamiento** que se indica en las evoluciones médicas, éste es apropiado en 41% de casos (Corr. Spearman = 0.4), de la misma forma las prescripciones se encuentran adecuadas en 53% (Corr. Spearman = 0.5), ambas variables se asocian a la calidad de H.C. ( $p < 0.05$ ).
18. Existe además **polifarmacia en 84%** de pacientes. ( $p > 0.05$ ), los cuales en su mayoría sufren mas de dos y tres enfermedades crónicas, cada una de las cuales requiere alguna medicación, sobre todo los pacientes con secuelas de DCV y los que tienen hipertensión que representan el 26% de la población de PADOMI, los cuales reciben uno o dos antihipertensivos, aspirina en dosis preventiva y algún otro medicamento por un cuadro asociado a la enfermedad de fondo o por una enfermedad intercurrente.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

1. La calidad de historias clínicas de PADOMI, es regular, con un puntaje medio de 54.5.
2. La calidad de las historias clínicas de pacientes activos es menor que la de los pacientes fallecidos
3. Existe deficiencias en la historia clínica de la primera visita médica, relacionadas principalmente a la anamnesis y al examen clínico que no se realizan completo, el tratamiento es insuficiente y/o excesivo así como la prescripción es incompleta en la mitad de pacientes.
4. La calidad del registro de la historia clínica, es conforme en el 59% de casos, la codificación CIE X correcta en 67% de casos y la firma y sello conforme en no más del 74%. Estos parámetros no influyen el manejo clínico de los pacientes pero sí en la estadística que no muy confiable que genera, y en la responsabilidad del médico tratante.
5. La valoración física y mental según la Escala de la Cruz Roja, útil para el diagnóstico, plan de trabajo y para el seguimiento de los pacientes, no es tomada en cuenta en el 89% de evoluciones médicas, por tanto no se puede evidenciar las variaciones en el estado de salud física y mental de los pacientes, ni medir el impacto sanitario de las intervenciones de PADOMI.
6. El Plan de trabajo de las atenciones médicas mensuales, es conforme sólo en 5% de pacientes y por tanto las prescripciones resultan inapropiadas y las evoluciones médicas desfavorables.
7. Existe polifarmacia en 84% de pacientes, la mayoría de los cuales tienen más de dos diagnósticos de enfermedades crónicas, principalmente hipertensión y secuelas de DCV, por lo cual reciben más de tres medicamentos permanentemente.



## CAPITULO VII

### RECOMENDACIONES

1. Implementar la auditoria médica como procedimiento de rutina, no solo para casos de reclamos o fallecimiento de alguno de los pacientes, de manera que se asegure la calidad de las atenciones sanitarias.
2. Supervisar el cumplimiento de las guías de diagnóstico y tratamiento principalmente de las enfermedades prevalentes.
3. Implementar un sistema de farmacovigilancia y uso racional de medicamentos, que además de identificar los casos, oriente al personal de salud, a los pacientes y sus familiares, en la prevención de complicaciones secundarias.
4. Mejorar las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento con mayor énfasis en el tratamiento preventivo secundario y el manejo de rehabilitación de los pacientes.
5. Capacitar al personal de salud, en las implicancias medico legales del acto médico.

## **CAPITULO VIII**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Piscocoya Arbañil José L, Aliaga Eleazar Auditoría como pilar de la calidad en la Atención de Salud. Revista médica del IPSS 1997; Vol 6. N° 3.
2. Gerencia Departamental de Lima. EsSalud. Manual de Auditoría Médica 2000.
3. Zurita Garza B. Calidad de la Atención de la Salud. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1997; Vol 58 : 9-14
4. Piscocoya Arbañil José L. Manual de Auditoría Medica de hospitalización. Oficina de Auditoría médica – Hospital Nacional Guillermo Almenara. Abril 1999.
5. UNMSM. Diplomado en Auditoría Médica. UNMSM. Facultad de Medicina; Piscocoya Arbañil José L. Mayo 1998
6. Ortega Benito J.M. La auditoría médico clínica I, la calidad en los servicios sanitarios. Revista de Medicina Clínica 1994 Vol 103. Num 17: 663-669
7. Ortega Benito J.M. La Auditoría Médico – clínica II, definiciones y Tipología. Revista de Medicina Clínica 1994, Vol 103. Num 19: 741-745
8. Ortega Benito J.M. La Auditoría Médico – clínica III, facetas; Revista de Medicina Clínica 1995 Vol 104. Num 1: 25-32

9. Ortega Benito J.M. La Auditoría Médico – clínica IV, perspectivas; Revista de Medicina Clínica 1995 Vol 104. Num 3: 27-28
10. Lineamientos de Políticas institucional en EsSalud, año 2002-2006. Gerencia General de EsSalud.
11. Humberto de Moraes. Salud Pública de México 1993. Vol.35 N° 3
12. Lineamientos para la Auditoría de Sistemas de la calidad. Norma Tecnica Peruana NTP-ISO 10011-3. Parte 3
13. Santacruz Varela, J. Acreditación de Hospitales. Revista Médica del IPSS, Vol 5 N° 1, Marzo 1996.
14. Juarez S. Metodología para la auditación de la calidad de un sistema Traumatológico. Revista de Medicina Intensiva, San Sebastián –España: 1999.
15. Miguel Ángel Hermosa Mogollón. “Nivel de calidad en el servicio de cirugía pediátrica. Hospital Nacional Essalud (HNERM). Revista Médica IPSS UDIS N° 2-3, 1996-Lima.
16. Mendoza, Arana P. Equidad, eficiencia y calidad total: ¿Es esta combinación posible?. Rev. Médica IPSS 1996Vol. 5 N°1.
17. La national Round On Health care quality del Institute of medicine.La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial. JAMA Ed. Español 19999. Vol. 8, N° 3.
18. Coberturas institucionales y opinión sobre los servicios de salud utilizados por adultos en un área local en Lima Perú 1996. Rev. Médica IPSS Vol 5 N° 2.

19. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de investigación de salud.  
2da edición. E.B. Pineda, E.L. de Alvarado, H. De Canales.
20. UNMSM. Marco conceptual de la Calidad. Texto Auto informativo URC-UNMSM.  
Unidad II. Año 1999, Lima
21. Donabedian; Avedis “Garantía y Monitoreo de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio”, 1ra edición. ENSAP. México 1990.
22. Pineda E.P. Manual para el desarrollo de personal de la salud, Metodología de la Investigación. Serie Paltex N° 35-OPS: 1997.
23. Dawson Saunders, B, “Bioestadística Clínica” Primera Edición: México 1993.
24. Administración de la calidad de la atención Médica; Héctor Aguirre Gas Instituto Mexicano del seguro Social; México,D.F. 1998.
25. Calidad de los servicios de salud, herramientas para el mejoramiento continuo. I. Gerencia Centros de salud. “Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos, Lima: 1999.
26. Guía Metodológica para el mejoramiento continuo de los procesos. Essalud / GES/OMGIP 1999. Lima Perú.
27. Herramientas de la calidad ISGC/MPAA/1999. Lima Perú.
28. Essalud. “Metodología para el mejoramiento de los procesos”. GCS; Oficina de mejoramiento de gestión y procesos. 1996, Lima Perú.
29. Carlos Lawnga Dávila, “Calidad en los servicios”, 1ra.reimpresión México D.F. 1996.

30. Pasos, instrumentos y herramientas para la intervención de un problema en la mejora continua de la calidad, GOCI/QPC, USA: 1994.
31. Texto Auto formativo: Unidad III – Herramienta de la calidad. MINSA, Lima-Perú: 1996.
32. Proyecto Salud y Nutrición Básica: “Desarrollo de estándares e indicaciones de calidad en un entorno de vigilancia”. Seminario Taller Consultaría sobre mejoramiento y garantía de la calidad en el primer nivel de atención de la salud URC. Lima Perú: Abril 1999.
33. Velarde Ponce Edgar. La Historia Clínica aprobada por el Colegio Medico del Perú. 1995
34. Mendoza, Arana P. Aspectos económicos de la auditoría médica. UNMNS presentación Curso taller de Auditoría médica. Facultad de Medicina UNMSM. 2001.
35. La Responsabilidad Médica, Curso auditoría de la atención médica: Dr. Jorge Cabello Gomes. UNMSM.
36. Lineamientos de Políticas institucional en EsSalud, año 2002-2006. Gerencia General de EsSalud.
37. Ley General de Salud 26842, promulgada el 17.07.97. TITULO I, Art.2
38. Reglamento de la Ley de Trabajo Médico. D.S. N° 024-2001-SA. Artículo 5°
39. Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú. 05.10.2000. Título IV. Art 36
40. Norma Técnica Peruana ISO: 8402 :1993      Calidad y vocabulario

41. Estructura orgánica y Reglamento de Organización y funciones de EsSalud.  
Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 103-PE-EsSalud-2001. Título IV. Art.8°
42. Reglamento Interno de Trabajo para los trabajadores comprendidos en el régimen laboral 728 de EsSalud . Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 139-PE-EsSalud-99.
43. Directiva N° 006-GG-IPSS-97 – Normas sobre los procesos de admisión, consulta y registro del acto médico.
44. Guías de diagnóstico y tratamiento de PADOMI, AÑO 2001.

## CAPITULO IX

# ANEXOS

## ANEXO 1

### FORMATO DE AUDITORÍA MÉDICA

### VALIDADO PARA APLICAR EN LA TENCIÓN DOMICILIARIA EN ESSALUD

**(REVISAR FORMATO IMPRESO)**

## ANEXO III

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE AUDITORÍA MÉDICA

## HISTORIA CLINICA DE INGRESO A PADOMI

### I ESTUDIO CLINICO

#### 1. Antecedentes completos

- **2 puntos** **CONFORME**, registra los **antecedentes generales**: alimentación, vivienda, alergias, hábitos nocivos, inmunizaciones y dependiendo de la historia considerar hábitos sexuales (adultos) y desarrollo psicomotor (niños) y los **antecedentes patológicos** el tiempo de enfermedad y el tratamiento recibido.
- **1 punto** **INCOMPLETO**, cuando están ausentes uno de los datos anteriores
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra antecedentes generales o patológicos imprescindibles.

#### 2. Relato de enfermedad actual completo, ordenado cronológicamente

- **2 puntos** **CONFORME**, cuando registra: tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de los mismos y existe relación con el problema de ingreso y/o diagnóstico.
- **1 puntos** **PARCIALMENTE CONFORME**, cuando falta alguno de los datos anteriores.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, si existiendo información no se consigna.

#### 3. Funciones biológicas y Funciones vitales completas

- **2 puntos** **CONFORME**, cuando registra sin símbolos las características del apetito, sed. Orina, deposiciones y sueño.
- **1 punto** **INCOMPLETO**, cuando falta uno de los datos anteriores o están presentes con abreviaturas o símbolos.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, existiendo información, no se consigna.

#### 4. Indica estado general y estado de conciencia

- **2 puntos** **CONFORME**, registra el estado general físico, mental y nutricional.
- **1 punto** **INCOMPLETO**, cuando falta alguno de los datos anteriores.



- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, existiendo información, no se consigna.

#### 5. Exploración física por sistemas congruente con anamnesis

- **2 puntos** **CONFORME**, cuando registra examen clínico por sistemas o aparatos: nervioso, respiratorio, cardio vascular, digestivo, locomotor y renal y si fuera el caso: linfático y de los sentidos.
- **1 punto** **INCOMPLETO**, cuando falta datos de uno de los aparatos o sistema mencionados
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, existiendo información, no se consigna en dos o mas aparatos o sistemas.

## II METODOLOGIA DIAGNOSTICA

### 1. Diagnósticos congruentes con historia clínica.

- **6 puntos** **CONFORME**, registra diagnósticos principal y concomitantes, de acuerdo a los antecedentes y datos actuales.
- **3 puntos** **PARCIALMENTE CONFORME**, cuando se omite alguno de los diagnósticos del paciente, sean estos presuntivos o definitivos.
- **0 puntos** si no registra los diagnósticos del paciente o sólo registra “senilidad” habiendo evidencia de otras patologías en el paciente.

### 2. Integridad en el Diagnostico (físico, nutricional y mental).

- **3 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, registra por lo menos los diagnósticos en el aspecto físico y nutricional o mental si corresponde, sean estos presuntivos o definitivos.
- **0 puntos** **INCOMPLETO**, existiendo datos sólo consigna el/los diagnósticos físico o mental o nutricional.

### 3. Valoración funcional motora y mental según escala de la Cruz Roja

- **2 puntos** **CONFORME**, si registra el grado funcional físico y mental, según la escala de la cruz roja
- **1 punto** **INCOMPLETO**, si registra solo uno de los datos
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, si no registra ninguno de los datos

### 4. Plan de trabajo completo de acuerdo a Diagnóstico y Guías de Tratamiento PADOMI

- **4 puntos** **CONF./NO APLICABLE**, si registra el Plan de trabajo completo: aspectos preventivos, terapia no farmacológica (medidas generales, nutricionales y de higiene), terapia farmacológica, exámenes auxiliares e interconsultas, de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **2 puntos** **INCOMPLETO**, si está ausente alguno de los aspectos de los mencionados en las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.

- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra plan de trabajo, solamente terapia farmacológica.

#### 5. Solicita Interconsultas y exámenes auxiliares pertinentes

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, si indica exámenes auxiliares y/o interconsultas pertinentemente de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **1 punto** **INOPORTUNO**, si indica exámenes auxiliares o interconsultas tardíamente.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no hay registro de haber indicado exámenes auxiliares o interconsultas siendo necesarias.

### III TRATAMIENTO

#### 1. Indica tratamiento farmacológico apropiado

- **5 puntos** **ADECUADO**, de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **2 puntos** **INSUFICIENTE o EXCESIVA** prescripción de medicamentos.
- **0 puntos** **NINGUNO**, cuando no registra terapia farmacológica siendo ésta necesaria.

#### 2. Registra nombre de medicamento, dosis, vía de administración, periodicidad y duración.

- **4 puntos** **CONFORME**, prescripción completa de todos los medicamentos (nombre de medicamento, dosis, vía de administración, periodicidad y duración).
- **2 puntos** **INCOMPLETO**, prescripción incompleta de uno o más medicamentos.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, solo registra nombre de medicamentos.

#### 3. Polifarmacia

- **2 puntos** **AUSENTE**, se prescribe tres o menos medicamentos.
- **1 punto** **JUSTIFICADA**, si la prescripción de tres o mas medicamentos es justificada con el cuadro clínico.
- **0 puntos** **INJUSTIFICADA**, si la prescripción de tres o mas medicamentos NO ~~se~~ justifica con el cuadro clínico.

#### 4 Indica medidas higienico dieteticas

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, registra si es aplicable las indicaciones dietéticas y de higiene.
- **1 punto** **INOPORTUNO**, si falta una de las indicaciones
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra ninguno de las indicaciones, siendo necesario.

## IV CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

### 1. Historia clínica completa y cumple la secuencia

- **2 puntos** CONFORME, hojas de la historia clínica completas y ordenadas.
- **1 punto** si cumple sólo 1 criterio: completo u ordenado.
- **0 puntos** NINGUNO, no cumple orden ni secuencia.

### 2. Presentación: pulcritud, legibilidad, orden, uso de abreviaturas

- **4 puntos** CONFORME, letra legible, ordenada, pulcritud y uso adecuado de abreviaturas.
- **1 punto** INCOMPLETO, si no cumple alguno de los criterios mencionados.
- **0 puntos** NINGUNO, si no cumple ninguno de los criterios mencionados.

### 3. Firma y sello en HC inicial y evoluciones medicas

- **2 puntos** CONFORME, registra firma y sello en la historia de ingreso y todas las evoluciones médicas.
- **1 punto** INCOMPLETO, si falta alguna firma o sello en la Historia clínica.
- **0 puntos** NO REGISTRADO, firma y sello ausentes en una o más de las notas médicas.

## 2. EVOLUCION MÉDICA

### I CALIDAD DE LAS NOTAS DE EVOLUCION MEDICA

La calificación se aplica en principalmente en función a las 6 últimas evoluciones médicas, aunque se leen todas para el entendimiento del caso clínico, Se obtiene puntajes máximos si se cumple la característica mencionada en la mayoría de notas de evolución y 0 puntos si solo se cumple en una o dos notas de evolución médica

#### 1. Notas de evolución médica completas, con fecha y hora

- **2 puntos** CONFORME, si todas las evoluciones médicas están completas e indican fecha y hora.
- **1 punto** PARCIALMENTE CONFORME, si falta fecha u hora en alguna de las evoluciones médicas.
- **0 puntos** NINGUNO, si no registra ni fecha ni hora en la mayoría de las evoluciones médicas.

#### 2. Registra anamnesis, examen clínico y funciones vitales correctamente

- **6 puntos** CONFORME, anamnesis, examen clínico registrado y funciones vitales en letras y completas, en todas las evoluciones.

- **3 puntos** **CUMPLE** con registrar completo por lo menos 2 **CRITERIOS** de los mencionados en la mayoría o todas las evoluciones.
- **0 puntos** si registra o **CUMPLE** sólo 1 **CRITERIO** en la mayoría de evoluciones.

### 3. Diagnósticos presuntivo y definitivo con Código CIE X

- **2 puntos** **CONFORME**, todos los diagnósticos registrados y codificados.
- **1 punto** **PARCIALMENTE CONFORME**, si falta alguno de los códigos CIE X o están errados.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO** los códigos CIE X de los diagnósticos.

## II METODOLOGIA DIAGNOSTICA

### 1. Evolución de las condiciones de salud inicial

- **6 puntos** **FAVORABLE/ESTABLE**, si se registra la evolución del paciente como favorable.
- **6 puntos** **DESFAVORABLE ESPERADA**, si se registra la evolución del paciente como desfavorable pero era lo esperado por sus condiciones.
- **3 puntos** **DESFAVORABLE INESPERADA**, si se registra la evolución del paciente como desfavorable y no era lo esperado en el paciente.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, cuando no se registra la evolución del estado de salud del paciente.

### 2. Criterio diagnostico fundamentado en la H.C. e indicaciones del Equipo de salud

- **6 puntos** **CONFORME**, el/los diagnóstico(s) registrado(s) se sustenta en datos de la historia clínica, anamnesis, examen clínico, interconsultas y/o exámenes auxiliares.
- **3 puntos** **PARCIALMENTE CONFORME**, el criterio básico para el diagnóstico no tiene sustento en datos de la historia clínica, una o más veces.

### 3. Valoración funcional motora y mental según escala de la Cruz Roja

- **2 puntos** **CONFORME**, registra la valoración mental y motora en todas las evoluciones médicas.
- **1 punto** **INCOMPLETO**, no registra la valoración mental o motora en una o dos de las evoluciones médicas.
- **NO REGISTRADO**, no registra la valoración mental o motora en la mayoría o ninguna de las evoluciones médicas.

### 4. Plan de trabajo completo de acuerdo a las Guías Diagnóstico y Tratamiento PADOMI

- **4 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, si registra el Plan de trabajo completo: aspectos preventivos, terapia farmacológica y no farmacológica, exámenes auxiliares y/o interconsultas, de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.

- **2 puntos** **INCOMPLETO**, si está ausente alguno de los aspectos de los mencionados en las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra plan de trabajo, solamente terapia farmacológica.

#### 5. Indica exámenes auxiliares pertinentes según Diagnóstico

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, si indica exámenes auxiliares y/o interconsultas pertinentemente de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **1 punto** **INOPORTUNO**, si indica exámenes auxiliares o interconsultas tardíamente.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no hay registro de haber indicado exámenes auxiliares o interconsultas siendo necesarias

#### 6. Solicita Interconsulta si es necesario

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, si indica exámenes auxiliares y/o interconsultas pertinentemente de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **1 punto** **INOPORTUNO**, si indica exámenes auxiliares o interconsultas tardíamente.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no hay registro de haber indicado exámenes auxiliares o interconsultas siendo necesarias.

#### 7. Registra si indica referencia a algún Establecimiento de Salud.

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, registra referencia si corresponde.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra la referencia a habiendo ocurrido.

#### 8. Diagnóstico de defunción adecuado y concuerda con Diagnóstico definitivo.

- **3 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, si el paciente ha fallecido verificar si el diagnóstico definitivo concuerda con el del certificado de defunción.
- **0 puntos** **NO REGISTRA** diagnóstico de defunción habiendo sido atendido por PADOMI.

### III TRATAMIENTO

#### 1. Indica tratamiento farmacológico apropiado

- **5 puntos** **ADECUADO**, de acuerdo a las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de PADOMI.
- **2 puntos** **INSUFICIENTE o EXCESIVA** prescripción de medicamentos.
- **0 puntos** **NINGUNO**, cuando no registra terapia farmacológica siendo ésta necesaria.

#### 2. Registra nombre de medicamento, dosis, vía de administración, periodicidad y duración.

- **4 puntos** **CONFORME**, prescripción completa de todos los medicamentos (nombre de medicamento, dosis, vía de administración, periodicidad y duración).
- **2 puntos** **INCOMPLETO**, prescripción incompleta de uno o más medicamentos.
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, solo registra nombre de medicamentos.

### 3. Polifarmacia

- **2 puntos** **AUSENTE**, se prescribe tres o menos medicamentos.
- **1 punto** **JUSTIFICADA**, si la prescripción de tres o mas medicamentos es justificada con el cuadro clínico.
- **0 puntos** **INJUSTIFICADA**, si la prescripción de tres o mas medicamentos NO se justifica con el cuadro clínico.

### 4 Indica medidas higienico dieteticas

- **2 puntos** **CONFORME/NO APLICABLE**, registra si es aplicable las indicaciones dietéticas y de higiene.
- **1 punto** **INOPORTUNO**, si falta una de las indicaciones
- **0 puntos** **NO REGISTRADO**, no registra ninguno de las indicaciones, siendo necesario.