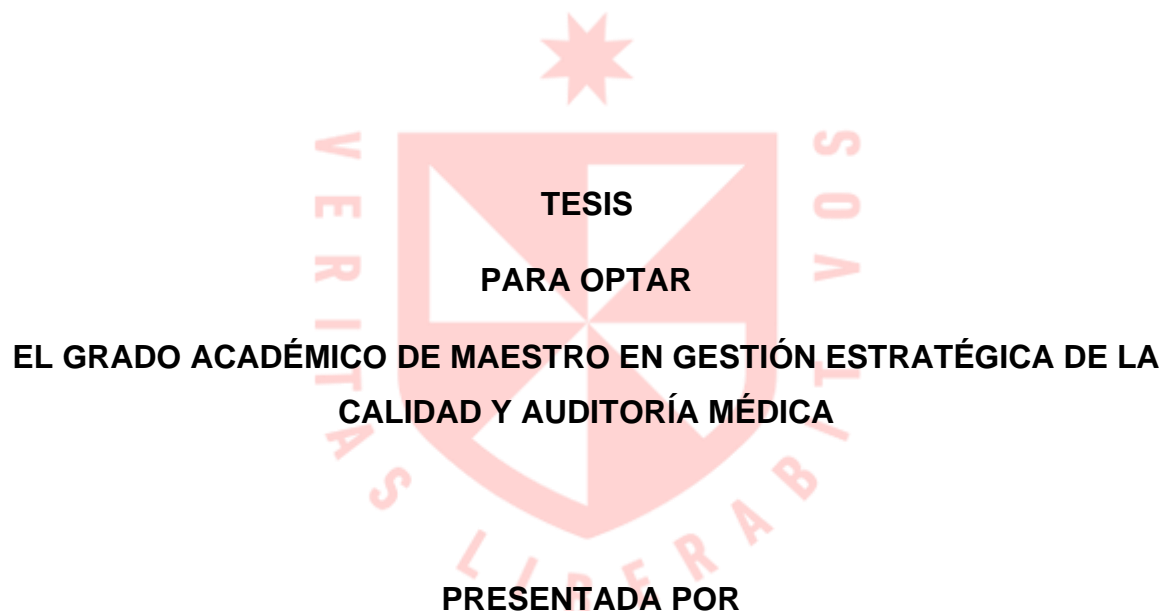


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
PERIÓDICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA
EN POBLACIÓN VULNERABLE CENTRO ESPECIALIZADO
RAÚL PATRUCCO PUIG LIMA PERÚ 2019**



MARCOS SERGIO MUNIVE GUERRERO

ASESOR

SIXTO SANCHEZ CALDERÓN

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DE
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA EN POBLACIÓN VULNERABLE
CENTRO ESPECIALIZADO RAÚL PATRUCCO PUIG LIMA PERÚ 2019**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

PRESENTADA POR

MARCOS SERGIO MUNIVE GUERRERO

ASESOR

DR. SIXTO SANCHEZ CALDERÓN

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Ricardo Aliaga Gastelumendi

Miembro: Dra. Cybill Andrea Chavez Rivas

Miembro: Mg. Paul Fernando Cuellar Villanueva

A mi esposa,
por su apoyo y persistencia
para que este pensamiento y esfuerzo
se hagan realidad

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el doctor Sixto Sánchez Calderón, por el constante apoyo y guía para que este trabajo pueda ser el adecuado.

A la coordinadora de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, doctora Cybill Chavez Rivas, por brindarme facilidades desde el inicio hasta la sustentación de esta tesis.

Al estadístico, Jorge Medina Gutiérrez, por colaborar en el sustento estadístico del presente trabajo.

A mi Institución, Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y, en especial, a la esencia de ella los alumnos que han sido la fuerza inspiradora.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	8
III. METODOLOGÍA	24
IV. RESULTADOS	30
V. DISCUSIÓN	40
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	47
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

RESUMEN

El objetivo fue evaluar la calidad de registro de las historias clínicas durante la atención médica periódica de pacientes de la Población Vulnerable diagnosticados con VIH/SIDA en el centro especializado Raúl Patrucco Puig, del Ministerio de Salud, Lima, Perú, durante el 2019. La metodología utilizada fue un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de las historias clínicas de 161 pacientes vulnerables que acudieron a su atención médica periódica y que fueron diagnosticados con VIH. Para evaluar calidad del registro, se usó el Formato de Evaluación de la Calidad de registro, Directivas Sanitarias y Norma Técnica relacionada. Las dimensiones analizadas fueron filiación, anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento y atributos. Los resultados de la mayoría de ítems de filiación tuvieron nivel de registro satisfactorio ($\geq 98.8\%$); anamnesis principalmente por mejorar ($\geq 87.6\%$). El examen clínico, diagnóstico y tratamiento nivel deficiente ($\leq 70.2\%$). El plan de trabajo, mitad de ítems alcanzaron nivel óptimo (100%) y otra mitad fue deficiente ($< 7.5\%$). La mayoría de ítems (n: 4) del atributo de la historia clínica tuvieron calidad de registro deficiente (≤ 67.1) y solo uno alcanzo a ser satisfactorio. Finalmente, del total de historias clínicas evaluadas en los diferentes ítems y dimensiones, la calificación global de calidad de registro fue satisfactorio 19.9%, por mejorar 66.5% y deficientes 13.7%. Conclusión, la calidad de registro de las Historias Clínicas fue inadecuada en un buen porcentaje, pudiendo repercutir en la Calidad y manejo de los casos. Se recomienda adoptar estrategias para mejorar la Calidad de Registro.

Palabras claves: Calidad de registro, atención médica periódica, Población Vulnerable y Diagnóstico de VIH.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the quality of records of clinical histories during the periodic medical care of patients of the Vulnerable Population diagnosed with HIV/AIDS in the specialized center Raúl Patrucco Puig, of the Ministry of Health, Lima, Peru, during 2019. The methodology used was a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study of the clinical histories of 161 vulnerable patients who attended their regular medical care and were diagnosed with HIV was conducted. To evaluate the quality of the registry, the Registry Quality Assessment Format, Health Directives and related Technical Standard were used. The dimensions analyzed were: Filiation, Anamnesis, Clinical Examination, Diagnosis, Work Plan, Treatment and Attributes. The results of most items of Filiation had satisfactory level of registration ($\geq 98.8\%$); Anamnesis mainly to improve ($\geq 87.6\%$). The Clinical Examination, Diagnosis and Treatment level deficient ($\leq 70.2\%$). The Work Plan, half of the items reached optimal level (100%) and another half were deficient ($< 7.5\%$). Most items (n: 4) of the Attribute of Clinical History had poor record quality (≤ 67.1) and only one reached a satisfactory level. Finally, of the total number of clinical records evaluated in the different Items and Dimensions, the overall quality of the registry was satisfactory 19.9%, improving 66.5% and deficient 13.7%. Conclusion, the quality of the records was inadequate in a good percentage, and could have an impact on the quality and management of cases. Strategies to improve the quality of registration are recommended.

Keywords: Quality of registration, periodic medical care, Vulnerable Population and HIV Diagnosis

NOMBRE DEL TRABAJO

CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH_SIDA EN POBL

AUTOR

MARCOS SERGIO MUNIVE GUERRERO

RECUENTO DE PALABRAS

15858 Words

RECUENTO DE CARACTERES

84617 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

62 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.3MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 10, 2024 2:25 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 10, 2024 2:27 PM GMT-5

● **16% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

I. INTRODUCCIÓN

Descripción del problema:

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y dentro de ellas el VIH/SIDA constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, regional, y local. Según la OMS, desde el inicio de la enfermedad se calcula que más de 36.3 millones fallecieron por enfermedades relacionadas al sida a fines del 2020 y existían 37.7 millones con el VIH ⁽¹⁾, con una prevalencia de 0.8% en los adultos. Es muy preocupante que el 30 a 25% de los infectados no conoce de su estado de portador del virus ^(1,2). Según ONUSIDA en el 2017 hubo 1,8 millones nuevas infecciones a VIH de las cuales 160 000 son menores de 15 años ⁽²⁾. De estas nuevas infecciones en el 1% (100 000) se produjo en América Latina, ocupado el quinto lugar según regiones.

Para la OMS las poblaciones con mayor riesgo de infección son las denominadas Poblaciones Vulnerables (PV) que son Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), consumidores de drogas, Personas Privadas de su Libertad (PPL), Trabajadores Sexuales (TS) y sus parejas y/o clientes y las personas Transgénero y/o transexuales ⁽¹⁾.

Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ⁽³⁾ existen 1,2 millón de infectados a VIH en los Estados Unidos de Norteamérica, de los cuales 1 de cada 8 no conocen su estado de portador de la infección. Los HSH, bisexuales, y afroamericanos son los más afectados ^(3,4).

De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), en el Perú, había 120 389 personas viviendo con VIH y 43 072 con SIDA desde enero de 1983 hasta diciembre del 2018 ⁽⁵⁾; con una razón hombre/mujer fue de 3.7 de casos diagnosticados de esta infección, en tanto de los notificados de sida fue de 4.5 hombres por mujer. Desde el inicio de la epidemia hasta el año 2018 el 55% de los casos de VIH fueron personas entre 20 a 34 años de edad (con una mediana de 27), y del 65% de sida estuvieron entre los 20 y 39 años (con una mediana de

30). La vía de transmisión es predominantemente sexual, representando el 97.58% de los 109 733 infectados en el Perú ⁽⁵⁾.

De acuerdo a la información que se tiene desde el año 2000 hasta 2018, Lima tuvo más de 65 000 casos de VIH y el Callao se encontraba en segundo lugar con aproximadamente 7 500. En dicho periodo los departamentos o regiones: Lima, Callao, Loreto, La Libertad, Arequipa, Ica y Lambayeque reportaron en conjunto el 80.7% de los casos notificados de la infección a nivel nacional ⁽⁵⁾.

En la necesidad de controlar el incremento de la epidemia, el Minsa conformó la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, y una de sus principales actividades de prevención y control del VIH es la Atención Médica Periódica (AMP); la cual se ejecuta en distintos establecimientos de salud, dentro de ellos el Centro Especializado de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA y Hepatitis B (Cerets). El único establecimiento de salud a nivel de todo el país que se dedica solo y exclusivamente a este control es el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig, establecimiento de salud del Minsa y que pertenece al 1^{er} Nivel de la atención (I-3), especializada en ITS sin internamiento, enfocado principalmente en la población vulnerable conformada por TS, HSH, hombres y mujeres trans y todos los componentes de la comunidad LGTB: lesbianas, gays, trans y bisexuales, en los que se concentran las ITS y en especial el VIH.

La atención médica periódica que se realiza a la población vulnerable y en especial a TS y HSH, se hace cada 30 días, con consejería pre y postest, evaluación médica, toma de muestras tanto en laboratorio como en el consultorio médico, revisión de los resultados con el consecuente diagnóstico y tratamiento si el caso lo amerita. Mediante este tipo de atención se controla, diagnostica, trata y se brinda información a la población de riesgo mencionada para prevenir nuevas infecciones de transmisión sexual, empleando las 4C: control de la enfermedad mediante el diagnóstico temprano, control del contacto, cumplimiento del tratamiento y el empleo del condón como medio preventivo.

Para la realización de esta actividad se emplea una historia clínica diferenciada y especializada para el tipo de Población que asiste, contando con un formato semiestructurado donde el médico evaluador registra el acto médico. El Ceretss Raúl Patrucco Puig por su condición y nivel I-3, y atender a la población vulnerable objetivo, requiere tener información adecuada, relevante y clara a partir de lo obtenido y con los exámenes auxiliares pertinentes, más aún en los pacientes que tienen el diagnóstico de VIH (+), materia objetivo del presente estudio.

Los datos que se obtendrán son de interés no solo para identificar información general, en la filiación del paciente, en la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento y posterior seguimiento de los casos, sino también para evaluar los atributos de la historia clínica y la calidad del acto médico ⁽⁶⁾. Esta información permitirá datos epidemiológicos, clínicos y de la calidad de atención, y en función de ello no solo el de dar el diagnóstico de VIH (y otras infecciones de transmisión sexual) sino para su correcto manejo y seguimiento.

Por lo mencionado, es necesario conocer la calidad del registro de la AMP de la PV en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig y del resultado adoptar los cambios necesarios para un mejor control.

Problema de investigación:

¿Cuál es la calidad de registro de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la calidad de registro de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.

Los objetivos específicos

Son los siguientes:

1. Evaluar la calidad de registro de los datos de filiación de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
2. Verificar la calidad del registro de la anamnesis de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
3. Determinar el registro adecuado del examen clínico de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
4. Verificar el registro del tipo de diagnóstico de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
5. Evaluar la calidad de registro del plan de trabajo de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
6. Verificar el registro del tratamiento de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.
7. Identificar la calidad de registro en las características de atributo de las historias clínicas de la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable que acudieron al Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.

Justificación de la investigación:

Importancia de la investigación

Se da en el contexto de que el VIH es una enfermedad infecciosa endémica a nivel mundial; que el Perú desde 1983 al 2018 se han notificado 120 389 personas viviendo con VIH y 43 072 con SIDA, y la vía de transmisión es predominantemente

sexual siendo 97.58% de los casos. En el contexto mundial, la incidencia anual sigue siendo alta y la media de la edad de presentación es menor que en años anteriores. En el Perú, la infección aún sigue siendo concentrada, y uno de los grupos de la población vulnerable más afectado es el de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) ⁽⁵⁾.

El hoy denominado Raúl Patrucco Puig tiene la ventaja de su experiencia debida a la antigüedad de las funciones específicas que desempeña, fue fundado en junio de 1920, y conocido desde esa fecha por ser un centro de salud encargado del control de las trabajadoras sexuales (TS) por la epidemia de sífilis de aquellos años teniendo en ese tiempo el nombre de Dispensario Antivenéreo pero conocido como el Sifilicomio de Lima; luego en 1941 pasa a denominarse Antivenéreo debido a que ya no solo se atendía a las trabajadoras sexuales sino a la población general, cuando aparece en los 80 el VIH y se identifica que la mayor incidencia de esta enfermedad se encontraba en la población de HSH, es allí que el Minsa toma acciones mediante la estrategia de control, como es la atención médica periódica y se da la formación de promotores de salud: Promotores Educadores de Pares (PEPs) de la población de HSH y TS los cuales acuden a los lugares de socialización de esta población vulnerable para referirlos y que accedan a la atención en los centros destinados para tal fin y entre ellos en forma especial es este establecimiento. Es por ello que en 1995 la Dirección de Salud V Lima Ciudad para evitar la estigmatización del tipo de pacientes que acudían al establecimiento se cambia el nombre a Centro de Salud de Control de Enfermedades Transmisibles. Recién el 5 de junio del 2000 tiene el nombre definitivo de Centro de Salud Raúl Patrucco Puig en mérito del trabajo realizado por este médico inmunólogo en la investigación y tratamiento del VIH; finalmente el 27 de junio del 2005 pasa a dársele la categoría de Centro Especializado de Referencias en ETS, VIH/SIDA.

El Ceretss Raúl Patrucco Puig es un establecimiento de salud especializado y de referencia para la comunidad LGTB, la población vulnerable acude un número importante para realizarse la atención médica periódica, principalmente para conocer su condición serológica al VIH. No existen estudios nacionales publicados que hayan evaluado la importancia del buen registro de este tipo de atención en el

diagnóstico, por lo cual el presente estudio quiere verificar si la calidad del registro nos puede dar información valiosa desde los datos de filiación, los antecedentes de importancia, y los atributos de la historia clínica en los pacientes que acudieron a la AMP. Información útil para la implementación de medidas de prevención y control del VIH/SIDA, una actividad central de la Estrategia sanitaria de prevención y control del VIH Minsa para estas poblaciones llamadas vulnerables.

Los hallazgos del presente estudio en la población vulnerable permitirán abrir la posibilidad de realizar otros que contribuyan con las medidas de prevención y control del VIH/SIDA en la población general. Así mismo; se contribuirá en la toma de decisiones correspondientes, constituyéndose un indicador de evaluación sobre las actividades de la estrategia de ETS y VIH.

Viabilidad de la investigación

Es viable por las características que tiene el establecimiento: Centro especializado de referencias Raúl Patrucco Puig, que se dedica exclusivamente a la atención de la población vulnerable, y a demanda a la población general que acude por despistaje de ITS y en especial de VIH. Cuenta con un horario de atención de 12 horas continuas, con 6 médicos capacitados y especializados en ITS, VIH/SIDA, 9 profesionales no médicos, personal asistencial igualmente capacitados en este aspecto, el soporte de un laboratorio especializado en el apoyo diagnóstico de estas enfermedades, y toda la logística respectiva.

Durante el 2019, se tamizaron para VIH 2967 pacientes que acudieron al Raúl Patrucco, de los cuales 1779 pertenecían a la población vulnerable y acudieron para pasar su atención médica periódica, saliendo 161 positivos al VIH. Por lo mencionado el Ceretss tiene una población cautiva, que conoce de las actividades que se realizan y de que pueden acceder a la atención médica periódica, además de que los exámenes son gratuitos, haciendo viable este estudio.

Es factible dado que el investigador forma parte del personal médico nombrado en el Centro especializado Raúl Patrucco y a la fecha es jefe, contando con la colaboración de su personal a cargo, y el interés institucional de realizar

investigación en salud, además de contar con la aprobación del ente superior: Dirección de Redes Integradas Lima Ciudad.

Adicionalmente, la atención de los pacientes, principalmente la población vulnerable cuenta con un flujograma sistematizado que va desde el triaje (inicio), pasa por consejería profesional en un primer momento para el pretest del VIH, se le realiza las pruebas en laboratorio y luego es visto por el médico con los resultados, regresando con la consejera para que se le entregue su prueba de VIH con el postest respectivo (final).

Finalmente, existe accesibilidad a los archivos de las historias clínicas para la ejecución del presente estudio, así como a la información estadística mensual. Además, no tiene costo monetario directo lo que hace más factible la investigación.

Limitaciones del estudio

El tipo, la realización, condiciones y lugar del mismo, hace que este trabajo no cuente con limitaciones.

II: MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Cabascango J, 2017, realizó un trabajo cuyo objetivo fue identificar la calidad de registro de datos en las historias clínicas del periodo marzo-agosto 2016 de la clínica integral de la facultad de odontología de la UCE la investigación fue descriptiva, transversal de corte retrospectivo. Se analizó 311 historias clínicas. En relación a los resultados se encontró que el 2.6% correspondían a una calidad de registro de datos optima, el 22.5% adecuadas, mientras que el 31,5% fueron aceptables, el 22,8% deficientes y el 20,6% inaceptable. El mayor porcentaje de error corresponde a los indicadores de planes de diagnóstico, terapéutica y tratamiento. Se demostró que, en forma general, la calidad de registro de datos de las historias clínicas no llega a ser óptimas ⁽⁷⁾.

Antolínez J, 2009, evaluó la calidad del registro en la historia clínica electrónica, reconociendo las más importantes fallas en el registro, mediante la adaptación de un sistema de auditoría. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó la calidad de registro de las historias clínicas durante el periodo de enero a marzo de 2009, basados en un instructivo diseñado para este propósito. Se contó con una muestra de 260 historias clínicas. Encontrándose en los resultados que solo el 38% (99) de las historias revisadas cumplían con por lo menos 8 parámetros determinados como más significativos. El 51.92% (135) de historias evaluadas no empleaban por lo menos uno de los 8 parámetros. Finalmente determinaron que era necesario crear nuevas estrategias que sirvan para un adecuado registro, tomándose en cuenta desde la información que se da a los médicos especialistas y el entendimiento por parte de ellos para un mayor involucramiento no solo en las políticas e instructivos (entre ellos registros, instrumentos) de la institución para la mejora de la calidad en este aspecto ⁽⁸⁾.

Morelli M, 2007, evaluó el llenado de los datos en la Historia Clínica Perinatal, de las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional, Dr. Ramón Carrillo, empleando para ello un sistema informático, con el objetivo de

determinar la información faltante o equivoca con la finalidad de mejorar la calidad de registro y por lo tanto de la prestación de salud respectiva. La muestra estuvo conformada por todas las historias clínicas perinatales correspondientes a pacientes que ingresaron para su atención en el Servicio de Maternidad del Hospital Dr. Ramón Carrillo durante el periodo de enero a diciembre de 2005. La investigación fue observacional, descriptiva, retrospectiva y de nivel exploratorio. Los resultados detectaron un elevado porcentaje de falta de datos correspondientes al recién nacido (31.8%) y al alta del mismo (40.5%), lo que determina el compromiso del personal profesional del servicio de Neonatología en las fallas y ausencias tanto en el registro del control prenatal (15.3%) como en los datos del embarazo (25.9%) ⁽⁹⁾.

Cruz M, 2015, se planteó el objetivo de emplear un análisis normativo al proceso de gestión de historias clínicas y auditar informáticamente la seguridad de la información del Hospital Regional Cajamarca, entre los meses de marzo y agosto del 2015. Se empleó para ello la NT N° 022-Minsa/DGSP-V.02 y su cumplimiento para el proceso de gestión de historias clínicas, y la NTP-ISO/IEC 2008 a la seguridad de la información, para la auditoría informática. Los hallazgos determinaron que en la gestión de las historias clínicas solo se cumplía con el 44% de la normatividad al respecto, sino que iba más allá, afectando directamente en la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de los pacientes ⁽¹⁰⁾.

Barrera K, 2016, buscó establecer el estándar de calidad en la historia clínica empleada en una de las áreas del servicio de emergencia del Centro Médico Naval de julio a setiembre del año 2016. Se realizó una investigación cuantitativa, del tipo descriptiva, diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue 85 historias clínicas, empleándose la técnica de recolección de datos mediante lista de cotejo; uso de la ficha de evaluación de la historia clínica para que tenga condiciones de calidad la historia clínica deberá contar que: sea completa, legible y veraz. Instrumento validado por juicio de expertos. Los resultados evidenciaron que la gran mayoría de las historias clínicas (98.8%) fueron catalogadas como regular en cuanto a su calidad, el 87.1% regular en su dimensión completo ⁽¹¹⁾.

Matzumura J, 2014, evaluó la calidad de registro de las historias clínicas de consultorios externos del servicio de Medicina Interna en la Clínica Centenario Peruano-japonesa. Esta investigación fue descriptiva de corte transversal. Se obtuvo una muestra de 323 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, empleándose ficha de auditoría, cuyos indicadores comprendían algunos componentes de las dimensiones que evalúa la calidad de registro del médico. Las historias que, al ser evaluadas, tenían puntaje total mayor o igual de 80 fueron el grupo de identificadas como 'aceptables'; las restantes como 'falta mejorar' en el otro grupo. Los resultados fueron 206 (63.8%) de las historias tenían registro de 'aceptable' y las restantes historias 117 (36.2%) con una calidad de registro de 'falta mejorar'. Los ítems diagnósticos y tratamiento completo fueron los que obtuvieron registro deficiente con mayor frecuencia, en ambos grupos antes mencionados. La firma y sello del médico tratante fue el ítem que en ambas categorías era el mejor registrado (99,5% y 93,2%, respectivamente) ⁽¹²⁾.

Ferreira A, 2013, evaluó la notificación a la pareja de un paciente índice con infección de transmisión sexual como repercutiría dicha notificación e interrumpiría la cadena de la transmisión sexual. El estudio fue realizado mediante 26 ensayos, contando con 17 578 participantes, empleándose cuatro estrategias para la notificación, y a través de los resultados no se pudo concluir independiente a las ITS en estudio que haya una única estrategia y que sea la más adecuada para la notificación a la pareja ⁽¹³⁾.

Pinto F, 2018, se planteó como objetivo determinar si existe diferencia en el cumplimiento de estándares de calidad entre un hospital del ministerio de salud y un hospital de la seguridad social. Se realizó auditoría de registro de las historias clínicas de pacientes del servicio de medicina interna. Se hizo un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. Se evaluó un total de 536 historias clínicas de los pacientes de ambos hospitales. En relación a los resultados se encontró diferencia significativa en la calidad de historia clínica, siendo la categoría de "satisfactoria" de mayor frecuencia en el Hospital III Goyeneche que en el Yanahuara de la seguridad social ⁽¹⁴⁾.

Daza J, 2017, tuvo como objetivo el de evaluar el uso adecuado de la NT de Salud respecto a la historia clínica tanto en la gestión y la calidad de la información realizada en un Puesto de Salud Armatambo Minsa, en el 2016. Estudio no experimental de tipo básico, descriptivo, observacional y de corte transversal. Revisándose 376 historias clínicas, empleándose dos herramientas de auditoria según la NT del Minsa. Se obtuvo el 50 % de historias revisadas tenían un nivel regular; el 47 % bueno y el 3 % de los registros fue deficiente. Ninguna alcanzó a ser excelente ⁽¹⁵⁾.

Laura Y, 2017, realiza este trabajo con el objetivo de evaluar la calidad de los registros en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno. De una población de 313 historias clínicas se obtuvo al azar una muestra una muestra de 74 historias clínicas de pacientes que fueron dados de alta durante los meses de enero a junio del año 2016. Estudio descriptivo y retrospectivo, los datos se recolectaron mediante la técnica el análisis documental y como instrumento una ficha de revisión documentaria con 84 ítems. Los resultados describen, que los registros en general, son de regular calidad en un 95% y el 5% de mala calidad ⁽¹⁶⁾.

Rocha KB, 2017, se planteó evaluar el impacto de la consejería y el empleo de pruebas rápidas del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en un Centro Especializado intervenido, comparándolo con otro Centro, también especializado denominado control (en lo que se empleó la prueba convencional de 30 días) ambos en Brasil. La evaluación se realizó mediante un estudio analítico, obteniéndose una respuesta positiva en relación al número de pruebas realizadas, así como la accesibilidad en la población vulnerable ⁽¹⁸⁾.

Sangani P, en el 2004 mediante el estudio que realizó se planteó como objetivo el de determinar que interviniendo en las ITS se tendría impacto sobre la frecuencia del VIH, para ello realizó búsquedas en 4 diferentes bases de datos electrónicas (MEDLINE, Cochrane, Registro especializado y EMBASE), por dos revisores y empleando guías estándar del Cochrane Infectious Diseases, para lo cual se usó

cinco ensayos de: Rakai, Mwanza y Kamali. Se pudo concluir que el mejorar el tratamiento de las ITS si va a tener repercusión en disminuir la incidencia del VIH, pudiéndose obtener que al fortalecer los servicios de tratamientos de las distintas ITS y más aún cuando se realiza una intervención va a determinar una mejora en la calidad de los servicios de salud. Mediante uno de los resultados de este estudio se pudo deducir que deben darse medidas adicionales para mejorar la intervención siendo una de las más importantes el aumento del uso de preservativos en la población que acude a la atención y esto va a ser un indicador favorable en disminuir las conductas de riesgo ⁽¹⁹⁾.

Valdez B, Tataje A, 2012, analizaron las actividades de la ONG Impacta en su gestión social y capacidad organizacional, enfocando su principal objetivo la atención médica periódica, que para esta institución se realiza exclusivamente en los hombres que tienen sexo con otros hombres y que en distintos estudios internacionales y en el país es parte de la población vulnerable más afectada de ITS además de tener los más altos índices de VIH/SIDA. Además, en este estudio se abordó la problemática de la población vulnerable, el acceso a la atención, las dificultades por el estigma y discriminación, su repercusión no solo en el aspecto social, económico y en especial el de salud ⁽²⁰⁾.

Ng Brian E, 2011, se planteó como objetivo el determinar de qué manera las intervenciones biomédicas de ITS van a tener repercusión en la infección del VIH, para ello se empleó 6 principales bases de datos, de enero del 1980 hasta agosto del 2010 tomándose cuatro ensayos: evaluación del tratamiento masivo, combinaciones de manejo mejorado de ITS sindrómicas, asesoramiento sobre ITS y tratamiento de ITS. Al final los autores no pudieron confirmar la hipótesis de que al controlar las ITS sea una estrategia eficaz de prevención del VIH, pero si que el mejorar los servicios de salud, el fortalecimiento de los servicios de tratamiento de ITS y las intervenciones pueden mejorar los servicios ⁽²¹⁾.

Díez M, Díaz a, 2011, en el artículo presentado señala de que las infecciones de transmisión sexual tienen diferente etiología, que una de las características es el de ser asintomáticas, que las técnicas de diagnóstico no disponibles y los sistemas de

vigilancia son deficientes o inexistentes conllevan a incrementar el problema de la infección. Precisa en el artículo que la OMS en 1999 reportó 340 millones de nuevos casos de ITS resaltando la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis, viéndose un incremento en la Unión Europea en los últimos años incluido el HIV. Finalmente, la prevención y control se deben basar en la educación, diagnóstico y tratamiento tempranos y el empleo de la vacunación en las que pueden darse ⁽²²⁾.

Verscheijden M, et al, 2015, realizaron el estudio en una clínica especializada en infecciones de transmisión sexual en los Países Bajos en la que se investigó la tasa de positividad y los determinantes de diagnóstico de ITS (clamidia, gonorrea, sífilis, VIH y hepatitis B) en uno de los grupos de alto riesgo que acudían: trabajadoras sexuales femeninas, teniendo el análisis de todas las consultas del 2006 al 2013. De este estudio se obtuvo que había una decreciente tendencia respecto a la clamidia a diferencia de la gonorrea que se incrementó y que tiene relación con el sexo oral sin protección y que por lo tanto se debe promover el uso de condones también en el sexo oral ⁽²³⁾.

Bremer V, et al, 2016, en el trabajo realizado en trabajadoras sexuales mujeres de enero del 2010 a marzo del 2011 que acudieron a los departamentos locales de salud pública de 14 de los 16 estados federales de Alemania para realizarse pruebas confidenciales de ITS (VIH, Clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis) se encontró cierta relación de las pruebas ofertadas y la positividad, dependiendo de las estrategias según el departamento local de salud y el estado federal al cual pertenecen, concluyéndose que deberían ofertarse el número adecuado de pruebas para garantizar una atención adecuada de calidad a las trabajadoras sexuales que acuden a evaluación ⁽²⁴⁾.

Alarcón J, et al, 2012, presentaron como artículo original la estimación y análisis de la incidencia del VIH en población adulta del Perú empleando para ello el modelo matemático Mot, obteniéndose como resultado en el 2010 una incidencia de 0.03% de las cuales el 84% de las nuevas infecciones se dieron en los grupos de mayor riesgo: hombres que tiene sexo con otros hombres que alcanzaron el 55% de la cifra antes mencionada y un solo 2.2% en trabajadoras sexuales femeninas. Se puede

concluir de este artículo la importancia de la vigilancia y planificación en la prevención y control del VIH en los grupos de riesgo ⁽²⁵⁾.

Piscoya J, 2000, en su revisión: Calidad de la atención en salud a través de la Auditoría Médica toma en cuenta que el quehacer médico, los procedimientos en la mejora de la calidad de la atención para el conseguir el adecuado diagnóstico y tratamiento llevando a la Auditoría Médica a ser un pilar para el conseguir la calidad en base a la historia clínica. El autor presenta una visión de la evolución de la auditoría en la práctica médica, desde el Foro Nacional de la Calidad en 1999, pasando a una revisión histórica en el Perú de cómo se desarrolló la Auditoría. Presentando una mirada en el tiempo llegando a la Auditoría Médica como proceso de implantación: con estructura de un todo, la organización de una parte y la motivación para la implantación en un enfoque individual. Toca el ciclo de la auditoría, habla sobre los estándares para su aplicación en auditoría médica, los modelos de auditoría, y como la historia clínica adecuada va a determinar la garantía de calidad. También hace mención como el ISO 9000 y como los sistemas similares influenciaron en la calidad y auditoría haciendo notar el paso de lo tradicional a lo innovador, a la modernidad y pasando a la informática que hacen el cambio, para terminar en auditoría en salud y auditoría médica, de enfermería y odontológica ⁽²⁸⁾.

Peralta S, 2006, mediante este estudio se planteó evaluar la calidad de los datos registrados en las historias clínicas de atención ambulatoria de pacientes nuevos atendidos en los consultorios externos de Pediatría General del Hospital Nacional Cayetano Heredia, de 384 historias clínicas, obteniéndose en las diferentes dimensiones evaluadas que el % no fue el adecuado, concluyéndose que la calidad del registro fue deficiente, debiéndose implementar mecanismos que permitan a los profesionales de salud mejorar la calidad de atención que dan a los pacientes dejando ver la relación del registro con la atención ⁽²⁹⁾.

Berrocal A, en el 2018 realizó un estudio titulado “Auditoría de historias clínicas en consulta externa en un centro de salud de San Juan Miraflores” teniendo como objetivo evaluar el llenado de historias clínicas de consulta externa. Es un estudio descriptivo, transversal. Se contó con una muestra de 80 historias clínicas las cuales

fueron sometidas a evaluación con un instrumento de medición elaborada para este fin y validada por expertos. Entre los hallazgos más resaltantes se encontró que el registro de funciones vitales es 38% de las historias clínicas, registro de examen físico es 79%, fecha y hora se registra en 14%, firma y sello del profesional en 61%. Registro de síntomas, Diagnóstico y Tratamiento o plan de trabajo se registran 90%, 91% y 80% respectivamente. Se afirma que el llenado de historia clínica es pobre para la mayoría de sus variables ⁽³¹⁾.

Casuriaga A, et al. publican en el año 2018 un estudio titulado “Auditoria de historias clínicas: una herramienta de la evaluación asistencial. Hospital Pediátrico-Centro Hospitalario Pereira Rossell.” Se plantearon el objetivo de evaluar la calidad asistencial a partir de la auditoria de las historias clínicas de pacientes hospitalizados en cuidados moderados. Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Se aplicó una ficha precodificada de auditoria médica a 385 historias clínicas considerando variables como datos patronímicos, curvas de crecimiento, antecedentes socioeconómicos, ingresos, evolución prescripción, transcripción, diagnóstico y egreso. Establecieron categorías como suficiente a un puntaje mayor o igual a 80%, aceptable entre 60%-79%, e insuficiente un puntaje menor a 60%. En relación a los resultados se encontró 17% de las historias clínicas fueron suficientes, 49,6% fueron aceptables y el 33,4% insuficientes. Se concluye que es necesario la implementación de un sistema de auditoría de historias clínicas de manera continua ⁽³²⁾.

Espinoza C, y Sánchez Z publicaron en 2020 un estudio titulado “Calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud Chiclayo, 2018.” Se plantearon como objetivo determinar la calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud; José Leonardo Ortiz y El Bosque. Estudio descriptivo, transversal retrospectivo. Se utilizó el Formato de Auditoría de Historias Clínicas del Ministerio de Salud para evaluar la calidad de registro en 380 historias clínicas de ambos centros de salud. Respecto a los resultados en ambos establecimientos de salud la calidad de registro de las historias clínicas se considera deficientes con 97,6% para

el centro de salud José Leonardo Ortiz y un 89,2% en el centro de salud El Bosque. Se afirma que ninguna historia clínica logro calificar satisfactoriamente; por lo que la calidad de registro de historias clínicas de consultorio externo de medicina general fue deficiente ⁽³³⁾.

Flores D, en 2020, publicó un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de registro de las Historias Clínicas de los consultorios externos de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera en el año 2015. Es un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Evaluó 368 historias clínicas utilizando una ficha técnica de 42 ítems divididas en 6 secciones en base a la norma técnica de gestión de la calidad de historias clínicas del ministerio de salud. En relación a los resultados señala que el 46% (169) historias clínicas se registran como “aceptables” mientras que 54% (199) historias clínicas se registran como “por mejorar”. Permittedle concluir que más de la mitad de las historias clínicas evaluadas presentan un registro de la calidad “por mejorar” ⁽³⁴⁾.

Hoyos J, en 2020, publicó su estudio teniendo como objetivo analizar la calidad de registro de historias clínicas en el servicio de cirugía de un hospital de Cajamarca. Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, no experimental. Los criterios de evaluación fueron tomados de la norma técnica auditoria de la calidad de la atención de la salud del ministerio de salud. Se evaluaron un total de 303 historias clínicas. En relación a los hallazgos, en el componente de atributos de la historia clínica la totalidad (100%) califican como “deficiente”. Se concluye que la calidad de registro de historias clínicas en el servicio de cirugía de un hospital de Cajamarca califica como “por mejorar” al 61% ⁽³⁵⁾.

Pérez Y, Yampufe M en 2020 publican un estudio con el título “Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres, Lambayeque 2018.” Se plantearon objetivos como determinar la calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la USMP e identificar la calidad del registro de historias clínicas según el área de rotación. Investigación con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo

transversal. Sometieron a evaluación a 297 historias clínicas en base a la Ficha de Auditoría de la Calidad de Atención del Ministerio de Salud. En relación a los resultados; se encontró que de las 297 historias evaluadas el 71% se consideran “por mejorar”. Por área de rotación los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna calificaron mayormente “por mejorar” mientras que el servicio de Cirugía General calificó como satisfactorio en un 57,1%. Las dimensiones con mayor porcentaje de calidad fueron Tratamiento con 90,2% y Evolución con 89,2%. El llenado de formatos especiales califica como deficiente en un 84,5%. Se concluye que la calidad de registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la USMP califico por mejorar al igual que por áreas de rotación excepto cirugía general que calificó como satisfactorio ⁽³⁶⁾.

Reyes E, Matzumura J y Gutiérrez H (2020) publicaron un estudio titulado “Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas” con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de las historias clínicas del Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Centro Médico Naval. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se aplican a 359 historias clínicas la ficha de auditoría de la calidad de atención en salud del Ministerio de Salud, clasificándolas como “aceptable” si es mayor o igual a 80% del puntaje total o “por mejorar” si es menor de 80%. Los resultados muestran que un 73,8% de las historias clínicas tuvieron una calidad de registro “por mejorar”. Atributos de la historia clínica, Evolución y complicaciones, Diagnóstico son considerados como “aceptables”. Se concluye que más de las dos terceras partes de las historias clínicas obtuvieron calidad de registro “por mejorar” ⁽³⁷⁾.

Anziliero P, en 2021 publica un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad del registro de historias clínicas y analizar el grado de cumplimiento de los estándares establecidos por las normas técnicas de las historias clínicas del consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Polivalente Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe. Es un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se evaluaron 100 historias clínicas en base a quince requisitos de calidad según reglamento vigente. Se evidencia por los resultados que no existe

consenso unificado en el hospital ni entre los profesionales de como plasmar la información obtenida en cada consulta a fin de mejorar la calidad de las historias clínicas ⁽³⁸⁾.

Vera S, publica en el año 2021 un estudio sobre la “Calidad en registro de historias clínicas de consulta externa de especialidades médicas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.” Planteándose como objetivo determinar la calidad de registro de historias clínicas de las especialidades médicas de Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Pediatría, Ginecología, Dermatología Neurocirugía, Otorrinolaringología, Oftalmología, Medicina Interna, Traumatología, Urología, Neumología, Gastroenterología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se evaluó 360 historias clínicas de las diferentes especialidades médicas según Norma Técnica de calidad de atención en salud del Ministerio de Salud. Los resultados evidencian que hay especialidades médicas que califican su nivel de calidad de historias clínicas como deficiente en un 96% y otros hasta un 100%. Un 5,3% de historias clínicas se encuentran por mejorar y ninguna historia clínica alcanza el nivel de satisfactorio. Se concluye que el nivel de calidad de las historias clínicas fue deficiente ⁽³⁹⁾.

Calle Y, en el año 2022 publica un estudio denominado Evaluación de la calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditorías Médicas Internas en las 6 Redes de Salud del Departamento de Oruro realizadas en la gestión 2020. Su objetivo fue evaluar la calidad de registro del Expediente Clínico mediante la revisión de informes de Auditorías Médicas de acuerdo a la Norma Técnica y el formulario N°3 de Auditoría Médica. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se evaluó 121 expedientes clínicos. Los hallazgos evidencian que 31% corresponden a expedientes clínicos completos, 68% a los incompletos, los expedientes clínicos ordenados un 66% y un 33% expedientes clínicos no ordenados. Los registros médicos de evolución descrita cronológicamente corresponden a un 62%, registros médicos claros y legibles un 59% firma y sello del médico responsable en un 79% ⁽⁴⁰⁾.

Bases teóricas

Calidad de la atención en salud, el centro de esta definición es el paciente, en el cual se deben emplear recursos en forma adecuada para su atención siendo, para el paciente, dicha acción de muy bajo riesgo y se obtuvo como resultado lo máximo de su satisfacción, como lo enuncia la OMS. Asimismo, en 1966, se refuerza la idea de calidad de atención cuando se logra máximo beneficio con menor riesgo, teniendo como pilares su estructura para la atención, los procesos para la búsqueda de su recuperación y los resultados para alcanzar su salud. La calidad vendría a ser el estado ideal de alcanzar una atención óptima, pero para ello tiene que contar con determinados parámetros o cualidades que vienen a ser atributos de calidad en sus términos: técnicos, humano y entorno, los cuales están relacionados con dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares que deberían cumplirse. Atributos de salud respecto a la historia clínica tanto en la gestión y la calidad de la efectividad, accesibilidad, satisfacción y la calidad científico técnica⁽⁶⁾; de los cuales el más importante es la satisfacción del paciente⁽³⁰⁾.

La auditoría médica está vinculada a la calidad del quehacer médico, los códigos de la práctica de la medicina datan desde miles de años, como en el código de Leyes que recopilara Hammurabi en 1750 A. de JC y que aparece escrito en babilonio antiguo e inscrito en una estela y que actualmente se halla en el Louvre de París, en ella se acepta la pena del Talión “Ojo por ojo y diente por diente” y castiga severamente la negligencia. En el conocido Juramento Hipocrático que data de 460 A. de JC se señala explícitamente “no practicaré la talla vesical quien no sabe hacerla” aludiendo claramente a un tema de calidad. En un reporte para la Fundación Carniege, en 1910, se señala a los hospitales (por sus carencias en equipamiento) de lugares de riesgo para la vida en el ejercicio básico de la medicina lo cual llevó al Colegio Americano de Cirujanos determinar estándares mínimos para la profesión, dando lugar al nacimiento de la Auditoría Médica a inicios del siglo pasado, comenzando el mejoramiento de las historias clínicas a través de una sistematización en su evaluación para que se alcance la acreditación⁽²⁸⁾. El reporte Cogwheel de Gran Bretaña respecto a mortalidad materna y consejería hospitalaria como servicio, en 1969, fueron los primeros esfuerzos de implementar la auditoría

en Europa. En 1987, en el Perú, se tiene la primera referencia de inicio de Auditoría Médica en el Hospital Almenara del Seguro Social del Perú a cargo de Carol Lewis con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, quién concluyó con una adecuación del archivo de Historias Clínicas. El año 1999 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con un grupo de profesores capacitados en el área inicia el Diplomado de Auditoría Médica con el efecto multiplicador de esta metodología tanto en el ámbito público como en el privado a nivel nacional ⁽²⁸⁾.

Definición de auditoría, propuesta en 1967 Virgil y Slee “Evaluación de calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” es una definición metodológica conducente a una auditoría basada en evidencias. “Regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación” (1986, Heath D. H.). Mejorada por la propuesta de Dixon de identificación de oportunidades de mejora y su mecanismo para su realización. “Análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes” ⁽⁸⁾. Auditoría es el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones. La auditoría médica se puede abordar en forma sistemática empleando el modelo del profesor Donabedian quien divide la atención o acto médico en estructura, proceso y resultado, y que el presente estudio lo toma muy en cuenta ⁽²⁸⁾. La finalidad de la auditoría médica es el de mejorar la atención empleando para ello la revisión en forma sistemática de las historias clínicas, y el uso de criterios y parámetros preestablecidos y aprobados llevando ello a una mejora continua de la calidad asistencial ⁽³²⁾. Bajo este enfoque al realizar la auditoría de registro para evaluar la calidad de las historias clínicas se está haciendo parte del proceso auditable del ejercicio médico, realizándose con los principios de ética, independencia, confiabilidad, basándose en forma práctica de la evidencia encontrada y con la finalidad de encontrar deficiencias las cuales pueden ser remediadas ^(30,37). Se realiza sobre un Acto Médico, y viene a ser la revisión adecuada de los registros y procedimientos médicos determinados con la finalidad de evaluar la atención médica brindada, en los cuales están incluidos no solo el

diagnóstico, tratamiento y evolución, así como también el aspecto de prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud; también está incluido el uso de recursos según sea el caso. El planteamiento central de la auditoría médica, como un mecanismo no punitivo, voluntario y con incidencia en el reporte de errores para, mediante la metodología de la educación médica continua, posibilitar y garantizar la calidad del acto médico.

Historia clínica: Es el documento médico legal, en donde se registra datos de identificación y procesos relacionados con la atención del paciente, de manera ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico. u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Resolución Ministerial N.º 214-2018-Minsa, que aprueba NTS N.º139-Minsa/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"⁽²⁶⁾. La historia clínica correctamente realizada brinda información registrada del acto médico sobre el proceso de la enfermedad y medicación del paciente, pudiéndose emplear en estudiar y evaluar la calidad de la atención prestada, además puede obtenerse información relevante no solo para la docencia sino también para la investigación ⁽⁶⁾., los datos que se pueden obtener pueden servir para programar y evaluar las acciones a nivel, local, regional e incluso nacional. Finalmente, una adecuada historia clínica ayuda a proteger los intereses legales del paciente, de la Ipress y de forma general del personal de la salud. La evaluación técnica de la historia clínica desde un análisis cuantitativo, consiste en la revisión que va a determinar si es completa y además si sigue los lineamientos de la norma técnica establecida por Resolución Ministerial N.º 214-2018-Minsa ⁽²⁶⁾. Un análisis cualitativo de la Historia Clínica se realiza para verificar si esta contiene información adecuada para justificar diagnóstico, tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores. Asimismo, el registro deberá ser con letra legible (en el caso de historias clínicas manuscritas), debiendo estar el nombre, firma y sello del personal de salud que presta la atención. Por tanto, la auditoría de la calidad de registro es la evaluación seriada o muestral de la de los registros de las atenciones

de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica ⁽²⁷⁾.

La OPS define a la historia clínica como un conjunto de formatos normados, que sirven para el registro ordenado y detallado respecto a lo observado y hallado en relación con la salud de las personas y que a través de procedimientos documentados van a tener la finalidad de viabilizar el accionar sanitario, así como también va a permitir la evaluación del acto médico. El adecuado llenado o registro de este instrumento, historia clínica, es el resultado de la relación médico - paciente y que en determinadas circunstancias que al igual que la atención no se realiza en forma completa, determinando que la documentación sea inadecuada deviniendo en perjuicio del paciente. La calidad de las historias clínicas debe ser controladas y garantizadas para que sirvan como información completa, y correcta atención brindada al paciente, quedando como prueba de la enfermedad, lo atinado del tratamiento, y el describir la evolución respectiva quedando ello para los fines legales, financiación de la asistencia, docencia y finalmente gestión de la calidad.

Calidad de registro de historia clínica, es el nivel o grado que alcanza este documento cuando cumple con los requisitos determinados para ser no solo completo sino adecuado, empleando para ello ítems que se encuentran en relación a su contenido o estructura, y en la que debe observarse coherencia y consistencia del registro de la atención dada al paciente, y que se formaliza con la firma y sello del profesional de salud que da la atención ⁽²⁸⁾.

Definición de términos básicos

Se emplean para la realización del presente estudio los siguientes:

Población Vulnerable (PV): Personas que, por su condición de riesgo, por su conducta sexual, son susceptibles a adquirir con mayor probabilidad una enfermedad de transmisión sexual que alguien de la población general.

Trabajador(a) Sexual (TS): Son aquellas personas, varones o mujeres que se dedican al trabajo sexual, inclusive con personas de su mismo sexo y que inclusive tienen dentro de este trabajo rol homo y heterosexual.

Hombre que tiene sexo con otro hombre (HSH): Son aquellos cuya orientación sexual es de su mismo sexo.

Hombre que tiene sexo con otros hombres y que además se dedica al trabajo sexual (HSH/TS): Incluye al transgénero, transexual y al travesti.

Transgénero (TRANS): Una persona cuya identidad de género no corresponde al sexo que se le asignó al nacer, no necesariamente requieren de una cirugía, pero sí se colocan hormonas femeninas, y siliconas.

Transexual: A diferencia del transgénero sí necesita someterse a cirugías para ir tomando la apariencia femenina.

Travesti: Persona que usa ropa convencional asociada al sexo opuesto.

TRANS/TS: Persona cuya identidad de género no corresponde al sexo que se le asignó al nacer y que se dedica al trabajo sexual.

Atención Médica Periódica (AMP): Actividad que se realiza en los centros especializados y que consiste en la evaluación clínica y laboratorial de las principales enfermedades de transmisión sexual y que, para que cumpla con el requisito de ser controlado, deberá tener por lo menos 4 controles en no menos de los 6 últimos meses de su primera atención del año.

Promotores Educadores de Pares (PEPS): Personas que por su misma condición y/u opción sexual, que acceden a los lugares de socialización, reunión y/o comercio sexual en donde se concentran la PV haciendo más fácil su captación para posterior derivación a los centros de referencia para que puedan realizarse la AMP.

Hipótesis de investigación

Por el tipo de estudio, descriptivo, no requiere de hipótesis.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

- La investigación según la intervención del investigador es observacional, dado que el investigador recolecta, registra los datos para posteriormente describirlos de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.
- Según el alcance, la presente investigación es de tipo descriptivo. Describe de manera específica la variable en estudio, precisa cada una de sus dimensiones e indicadores respectivos, aportando evidencias para posteriores estudios.
- Según el número de mediciones de la variable la investigación es de tipo transversal, la recopilación de los datos se ha dado en un único momento, única oportunidad.
- Según el momento de recolección de datos es del tipo retrospectivo, se recolecta los datos de fuentes ya existentes como las historias clínicas, registrándose los hechos ya ocurridos, pacientes ya atendidos y diagnosticados.

3.2 Diseño muestra

Población universo

Población vulnerable que acudió a su atención médica periódica y que fue diagnosticada de VIH/SIDA en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.

Población de estudio

Historias clínicas de pacientes que acudieron a la atención médica periódica y que fueron diagnosticados con VIH/SIDA en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.

Criterios de elegibilidad

- Inclusión:

Pertenecer a la población vulnerable.

Haber acudido a la atención médica periódica en el Centro especializado Raúl Patrucco Puig durante el 2019.

Tener una prueba de VIH positiva (como diagnóstico nuevo) durante la atención médica periódica en el 2019.

- Exclusión:

Pacientes menores de 18 años.

Población privada de su libertad.

Pacientes farmacodependientes.

Tamaño de la muestra

El total de historias clínicas fueron 1762, de los cuales, 161 son de pacientes que acudieron a la atención médica periódica y que fueron diagnosticados con VIH (casos nuevos) en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig durante el 2019 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo o selección de la muestra

Muestreo no aplica debido a que se consideró todas las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes de la población vulnerable que acudieron a la atención médica periódica y que tuvieron resultados positivos al VIH en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig de Lima Perú 2019.

3.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Registro de historias clínicas

Se reviso las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la atención médica periódica y fueron diagnosticados con VIH/SIDA durante el 2019 en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig, previo a ello se solicitó con documento a la Dirección General de la Dirección de Redes Integradas Lima Centro del cual depende asistencial y administrativamente el establecimiento de salud. Una vez que se tuvo la autorización se procedió a obtener la información teniendo la siguiente secuencia de trabajo:

1. Pedir el cuaderno de registro de los pacientes que salieron positivos a la prueba de VIH del laboratorio del Centro Especializado Raúl Patrucco, en este cuaderno se encuentran todos los pacientes que se les tomó la prueba con resultado de VIH (+), dicho cuaderno está en los ambientes administrativos del laboratorio en una gaveta especial por lo confidencial de su contenido.
2. Se recopilo la relación de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión separándolos de los que no.
3. Luego se pidió otro cuaderno que se encuentra en el ambiente de toma de muestra del laboratorio, donde el personal que se encarga de tomar la muestra de sangre, fluidos y otros tipos de muestras registra a todos los pacientes que acuden al laboratorio y que no es solo por despistaje de ITS y VIH, sino pruebas bioquímicas, paquete laboratorial pre TAR (a los pacientes que van a iniciar tratamiento antirretroviral), y otras pruebas. En este cuaderno de toma de muestra se hizo el cruce de información de los pacientes que acudieron al laboratorio para ver fechas, nombres y apellidos, tipo de población (si son o no de la población vulnerable) y si acudió a la atención medica periódica contrastando los datos con el primer cuaderno.
4. Con la lista que se obtuvo se fue al servicio de admisión del establecimiento en el área de archivo y se procedió a ubicar las historias clínicas en número de 10 por día, esta ubicación se realizó por mi persona y fue durante las horas de menor afluencia de pacientes a media mañana o en la tarde para no

interrumpir la labor del personal de admisión en la atención a los pacientes que acudían en el día al establecimiento de salud.

5. Con las 10 historias clínicas se procedió a un control de calidad de verificar si era el paciente, si tenía consignado el resultado de la prueba de VIH en la historia clínica y nuevamente se verificaba los criterios de inclusión y exclusión.
6. Se procedió al llenado del instrumento de recolección de datos: Formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa (Anexo 2) paciente y formato de manera individual.
7. Lo antes mencionado se realizó 3 veces por semana, siendo el último día de la semana destinado para consolidar lo recolectado en la hoja matriz. Por ello por semana se procesó 20 historias y este trabajo se realizó durante los meses de febrero a abril del 2020.

Registro de resultados de diagnóstico de VIH

Como ya fue mencionado, luego de seguir los pasos anteriores se registraron todos los datos de la historia clínica en los formatos (ficha de recolección de datos) volviéndose a revisar en especial el registro de resultado de diagnóstico de VIH como un segundo control de calidad.

Instrumento de recolección de datos

Este fue usado para recolectar los datos de las historias clínicas, y es el mismo que el Minsa usa para evaluar la calidad de registro, realizándose durante los meses del 2020 la auditoria respectiva.

Este formato tiene un total de 48 ítems, en siete dimensiones, cada uno de los cuales va a tener diferentes puntajes, haciendo un total de 100 puntos como máximo (100%). Cada historia clínica se calificó como “satisfactorio” si alcanzo un valor mayor o igual a 90%; como “por mejorar” entre 75 a 89% se y como “deficiente” si fue menor 75%, toda esta valoración está dada por la NTS N° 029-Minsa/Digepres-V.02.

Se evaluó las diferentes dimensiones de la variable “calidad del registro de la historia clínica” (cada una de estas tienen un número determinado de ítems) las cuales son filiación (16), anamnesis (6), examen clínico (4), diagnósticos (3), plan de trabajo (6) tratamiento (7) y atributos de la historia clínica (6).

La evaluación de indicadores de las dimensiones diagnóstico, tanto presuntivo coherente y definitivo coherente; y el plan de trabajo en el ítem de exámenes de patología clínica pertinentes estas variables se verificó siguiendo la normatividad vigente, observando su coherencia y pertinencia según señala la Directiva Sanitaria N.º 030 – Minsa/DGSP – V.01, la que fue hecha para la AMP a los (las) trabajadores(as) sexuales y hombres que tiene sexo con otros hombres aprobada por Resolución Ministerial N.º 650-2009 Minsa, en donde se precisa las condiciones para que las variables observadas no solo sean evaluadas de manera cualitativa sino cuantitativa y de manera objetiva (por citar un ejemplo el diagnóstico presuntivo coherente o definitivo coherente para alcanzar dicha categoría debe cumplir los criterios precisados en la Directiva Sanitaria de la AMP, no es solo que el médico que ha colocado el diagnóstico lo ha hecho en forma subjetiva u observacional sino para hacerlo debe basarse en los lineamientos que la NT lo señala). Así mismo, para respaldar lo anterior se aplicó la NTS N.º 077-Minsa/DGSP V.01 que es la Norma Técnica de Salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú aprobada por Resolución Ministerial N.º 263 – 2009/Minsa. Finalmente, para una mejor evaluación de indicadores de Diagnóstico y otros, se constató su cumplimiento de acuerdo a lo indicado en la NTS N.º 097 – Minsa/DGSP – V3. Norma Técnica de Salud de Atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, aprobada por Resolución Ministerial N.º 215-2018/Minsa.

Finalmente, para las dimensiones de plan de trabajo, tratamiento y atributos de la historia clínica igualmente se empleó la normatividad antes mencionada pero teniendo en cuenta que se ajusta la valoración en sí como para cualquier historia clínica y pacientes en general; inclusive en la dimensión de tratamiento no se cuenta el aspecto del VIH/SIDA debido que para el inicio del tratamiento antirretroviral ya no se emplea en esta atención médica periódica sino pasa a ser uso de una historia acondicionada para este caso.

El primer formato que se empleó para evaluar la calidad de Registro fue aprobado mediante la Resolución Ministerial N.º 474-2005/Minsa; la segunda versión, el formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa, instrumento de

evaluación del presente estudio, se encuentra en la Norma Técnica de Salud: NTS N.º 029-Minsa/Digepres-V.02, aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 502-2016/ Minsa.

3.4 Procesamiento y análisis de datos:

Los datos fueron ingresados y analizados usando el programa estadístico SPSS versión 24.

Se realizó un análisis descriptivo de la distribución de las variables usando números, frecuencia y porcentajes, para lo cual se realizó gráficos y tablas.

3.5 Aspectos éticos:

Se contó con la autorización del Dirección General de Redes Integradas de Lima Centro, se utilizó los datos de los registros de los resultados de VIH del laboratorio del Centro especializado Raúl Patrucco Puig, así como la información de las historias clínicas archivadas y a cargo del servicio de admisión del establecimiento. Se respetó la confidencialidad de los datos. Los instrumentos de recolección y la base de datos fueron anónimos.

Se hizo uso de los datos de manera confidencial. No existió conflicto de interés por parte del autor de este estudio.

IV. RESULTADOS

Fueron revisadas 161 historias clínicas de pacientes de la población vulnerable que acudieron a la atención médica periódica y que resultaron positivos al VIH (casos nuevos) durante el 2019 en el Centro especializado Raúl Patrucco Puig, se usó el Formato de la evaluación de la calidad de registro en consulta externa en todas sus dimensiones, debiéndose tener en cuenta que para determinar la condición de registro completo este se va a calificar como tal si está registrado, o tendrá una menor calificación si estuviera incompleto o se diese por exceso, y no tendrá calificación si falta el registro en el ítem y dimensión respectiva. Para cada caso la calificación es diferente y esta consignada en el Instrumento de recolección de datos, entendiéndose como puntaje máximo de 100 (%) que es la sumatoria de todos los ítems y dimensiones correspondientes. La calificación final se da como satisfactoria si los resultados alcanzan igual o mayor del 90%, por mejorar si es del 75 a 89% y si es menor del 75% será deficiente. Se obtuvo los siguientes resultados:

En la dimensión filiación, de 16 ítems, 9 de ellos alcanzaron un nivel de registro completo con un porcentaje ≥ 98.8 % calificándose como satisfactoria, y 1 ítem con 70.2% del registro que vendría a ser deficiente, en tanto los otros no aplicaban (Tabla 1).

Respecto a anamnesis, de 6 ítems revisados: 2 alcanzaron ≥ 87.6 % de registro completo siendo un resultado por mejorar. El ítem de antecedentes tuvo 65.2% y el tiempo de enfermedad solo 15.5%, ambos deficientes (Tabla 2).

La tercera dimensión evaluada fue examen clínico, que cuenta con 4 ítems, 2 de ellos (peso y talla) alcanzaron solo el 5% de registro completo, y por último el ítem de examen regional alcanzó un 70.2% (Tabla 3), igualmente ambos deficientes.

En la dimensión de diagnóstico, el 20.5% fue completo para el presuntivo coherente y 65.8% para el definitivo coherente. El Uso de CIE 10 fue completo solo en el 34.2% (Tabla 4), igualmente en esta dimensión los resultados fueron muy deficientes.

Tabla 1. Porcentaje de calidad de registro de los datos de Filiación Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nombres y apellidos del paciente	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipo y Número del Seguro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Lugar y fecha de nacimiento	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Edad	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sexo	99,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%
Domicilio actual	99,4%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%
Lugar de Procedencia	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	99,4%
Documento de identificación	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Estado civil	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grado de instrucción	98,8%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%
Ocupación	70,2%	0,0%	0,0%	29,8%	0,0%
Religión	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Teléfono	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	99,4%
Acompañante	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

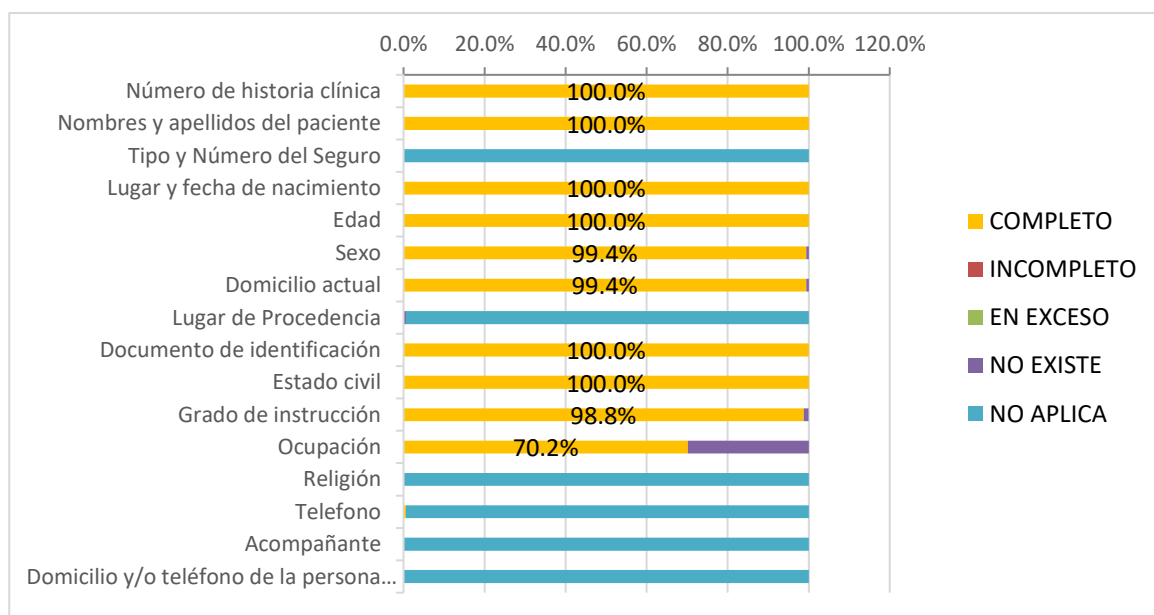


Gráfico 2. Porcentaje de registro de los datos de Filiación Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

Tabla 2. Porcentaje de calidad de registro de los datos de Anamnesis Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	92,5%	4,3%	0,0%	3,1%	0,0%
Motivo de consulta	87,6%	0,0%	0,0%	11,2%	1,2%
Tiempo de enfermedad	15,5%	0,0%	0,0%	31,7%	52,8%
Relato cronológico	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	98,8%
Funciones biológicas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Antecedentes	65,2%	5,0%	0,0%	29,8%	0,0%

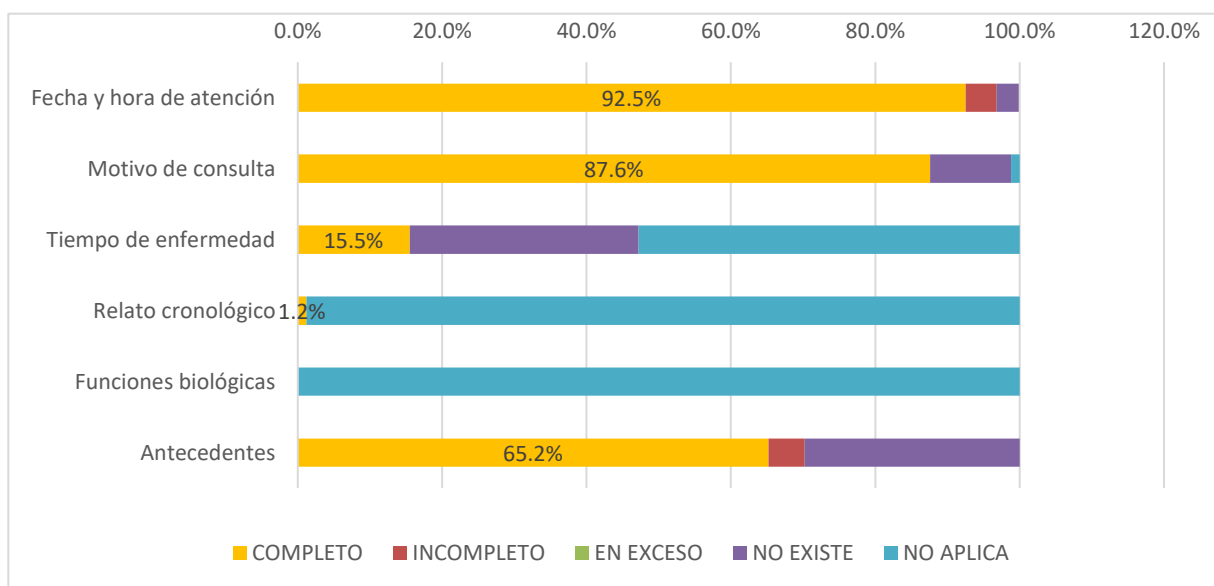


Gráfico 2. Porcentaje de registro de datos de Anamnesis Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

Tabla 3. Porcentaje de calidad de registro de los datos de Examen Clínico Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Funciones vitales: Tº, FR, FC, PA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Peso, talla	5,0%	0,0%	0,0%	95,0%	0,0%
Estado general, estado hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Examen clínico regional	70,2%	22,9%	0,0%	4,3%	2,5%

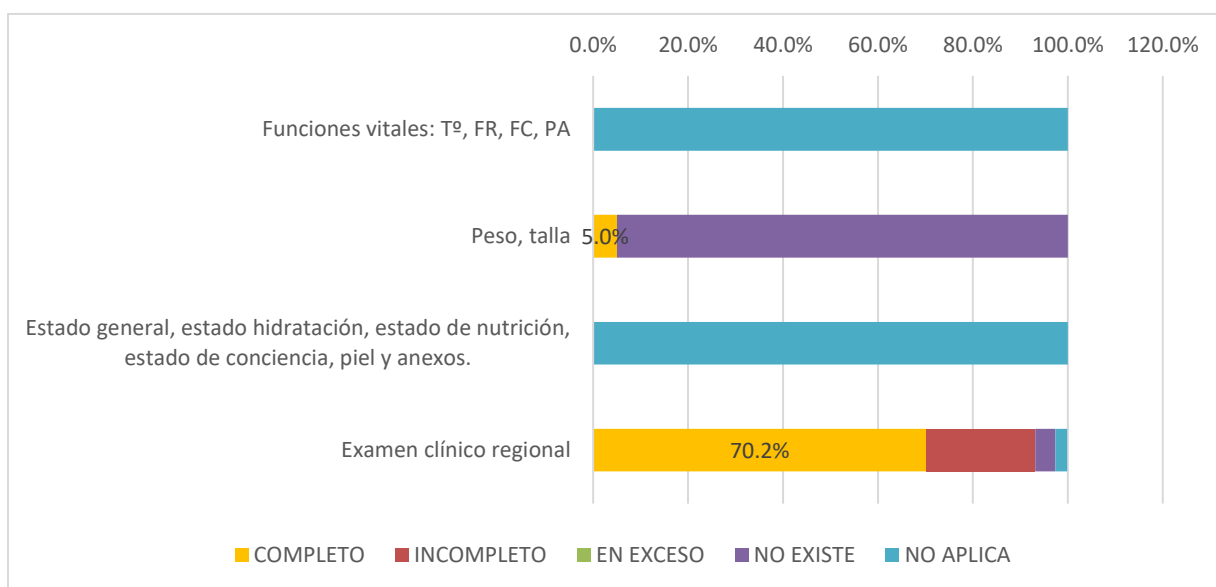


Gráfico 3. Porcentaje de registro de los datos de Examen Clínico Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

Tabla 4. Porcentaje de calidad de registro de los tipos de Diagnóstico Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Presuntivo coherente	20,5%	11,8%	0,0%	65,8%	1,9%
Definitivo coherente	65,8%	3,1%	0,0%	8,7%	22,4%
Uso de CIE 10	34,2%	0,6%	0,0%	65,2%	0,0%

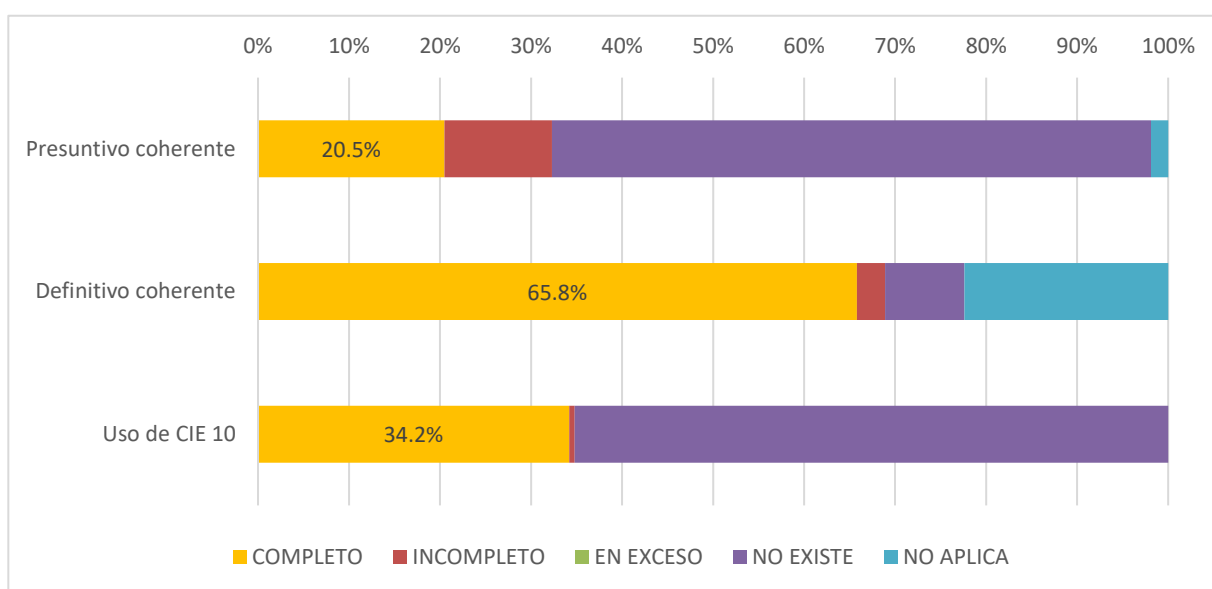


Gráfico 4. Porcentaje de registro de los tipos de Diagnóstico Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

En la dimensión plan de trabajo se observó que los ítems exámenes de patología pertinentes y las interconsultas a otros servicios dentro del establecimiento tuvieron un registro completo del 100%; en tanto el ítem fecha de próxima cita solo alcanzó el 7.5% de las historias clínicas revisadas (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de calidad registro de los datos del Plan de Trabajo Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de patología clínica pertinentes	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Exámenes de diagnóstico por imágenes pertinentes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Interconsultas a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Referencias a otros establecimientos de salud	11,2%	0,0%	0,0%	6,8%	82,0%
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Fecha de próxima cita	7,5%	0,0%	0,0%	78,9%	13,0%

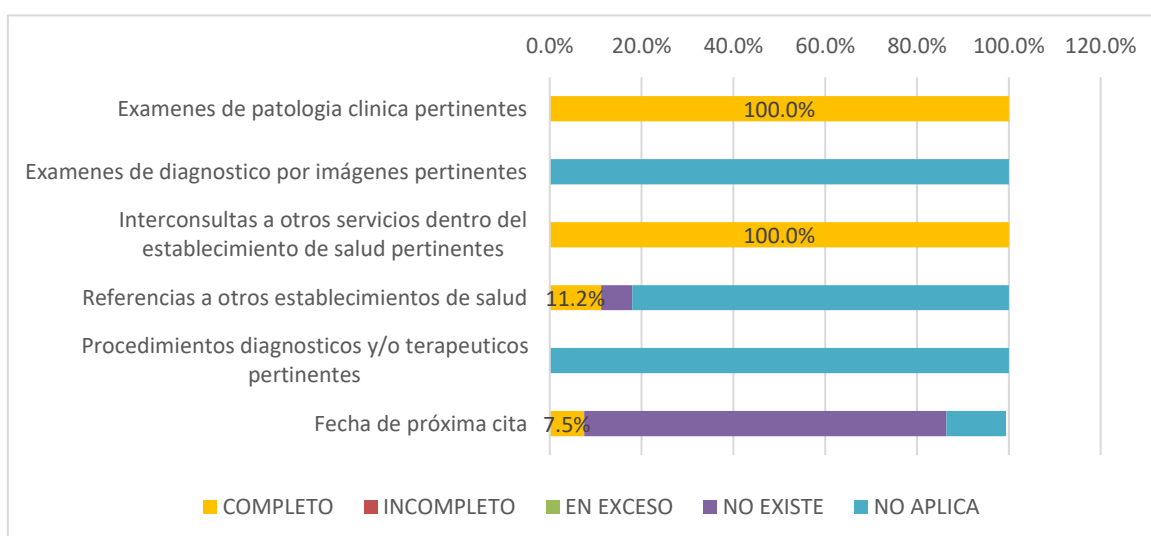


Gráfico 5. Porcentaje de registro de los datos del Plan de Trabajo Centro especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

En cuanto a la dimensión tratamiento, el ítem medicamentos coherentes y concordantes con denominación común internacional alcanzó un registro completo en el 59.6% de las historias clínicas revisadas; el ítem consignar presentación fue completo en el 54.7% de HC. La dosis del medicamento registrada fue 55.3% y la

vía de administración 52.8%. Los ítems frecuencia de administración del medicamento y la duración de tratamiento, alcanzaron 54.0% (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de calidad de registro de los datos de Tratamiento Centro especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico dietético y medidas generales concordantes y coherentes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Nombres de medicamentos coherentes y concordante con denominación Común Internacional DCI	59,6%	0,6%	0,0%	11,8%	28,0%
Consigna presentación	54,7%	0,0%	0,0%	16,8%	28,6%
Dosis de medicamento	55,3%	0,0%	0,0%	10,6%	34,1%
Vía de administración	52,8%	0,0%	0,0%	13,0%	34,2%
Frecuencia de medicamento	54,0%	0,0%	0,0%	11,2%	34,8%
Duración de tratamiento	54,0%	0,0%	0,0%	11,2%	34,8%

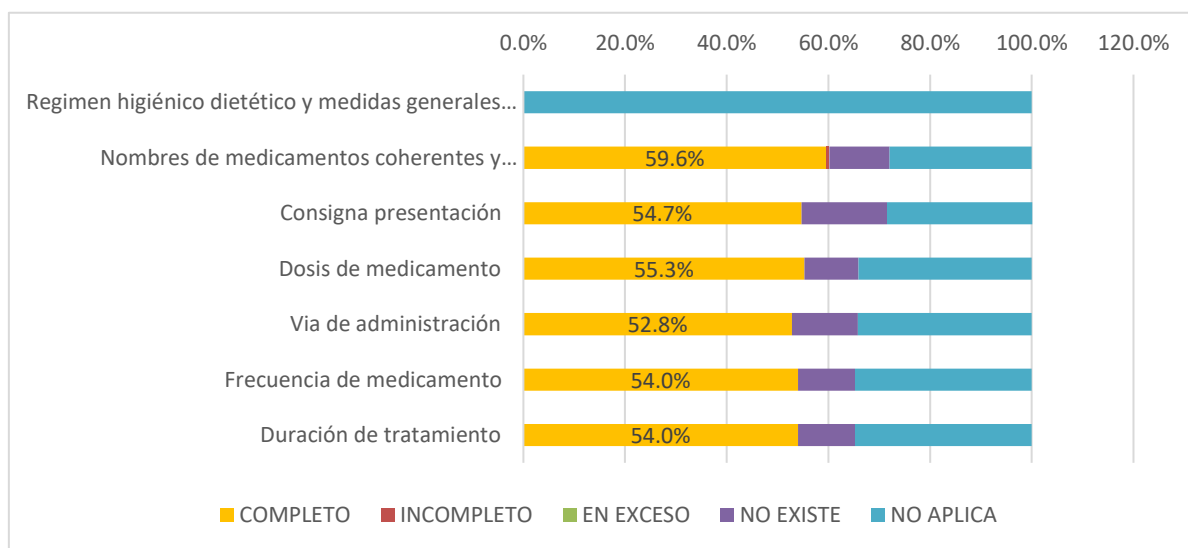


Gráfico 6. Porcentaje de registro de los datos de Tratamiento Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

En los diferentes ítems de la dimensión de atributos de la historia clínica, se alcanzaron registros de manera completa en pulcritud en el 65.8% de las HC, letra

legible en 65.2%, No uso de abreviaturas en 67.1% y sello y firma del médico tratante en el 95.0% de las HC (Tabla 7)

Tabla 7. Porcentaje de calidad de registro de las Características de Atributos de la HC Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Se cuenta con formatos de atención integral por etapas de vida Primer nivel de atención	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Pulcritud	65,80%	0,0%	0,0%	34,20%	0,0%
Letra legible	65,20%	0,0%	0,0%	34,80%	0,0%
No uso de abreviaturas	67,10%	0,0%	0,0%	32,90%	0,0%
Sello y firma de médico tratante	95,00%	2,50%	0,0%	2,50%	0,0%

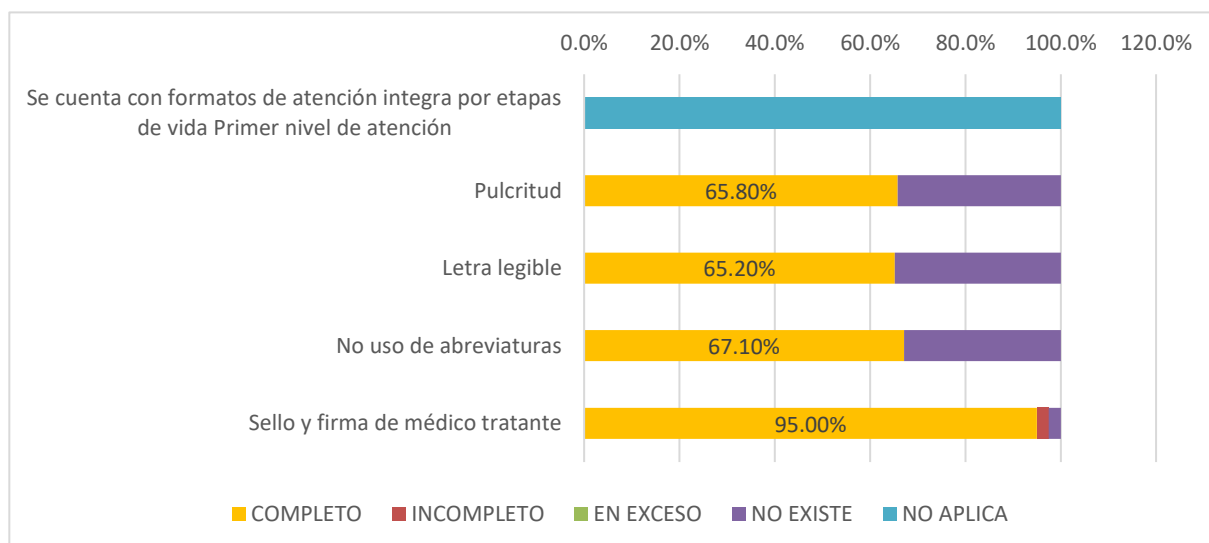


Gráfico 7: Porcentaje de registro de las Características de Atributos de la HC Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

En la mayoría de las dimensiones hay ítems que han sido calificados como no aplica, se debe a estas dimensiones y por razones específicas.

Así tenemos que en la dimensión filiación tiene 6 ítems que no aplican para el presente estudio por las siguientes razones: el Tipo y número de seguro no

corresponde debido a que en el año 2019 no había atención del Sistema de Atención Integral de Salud (SIS) en el Ceretss Raúl Patrucco Puig, los ítems lugar de procedencia, religión, teléfono, acompañante y domicilio del acompañante pertenecen a los datos de filiación de las historias clínicas convencionales y que en el Ceretss se emplea una historia clínica semiestructurada, adaptada al establecimiento por ser especializado.

En la dimensión anamnesis hay dos ítems que no aplican: relato cronológico, son pacientes que acuden a la atención médica periódica generalmente no por una enfermedad (un buen número de ITS son asintomáticas) sino por el control médico periódico por lo tanto no hay un relato; el ítem funciones biológicas tampoco aplica por el formato de historia clínica Semiestructurada que no lo incluye. Y parcialmente no aplica tiempo de enfermedad por lo antes señalado.

En el examen clínico los ítems que no aplican son funciones biológicas y estado general, no figuran en el formato de historia clínica que se emplea para la atención médica periódica.

La dimensión plan de trabajo, tienen 2 ítems que no aplican, el examen de diagnóstico por imágenes y procedimientos diagnóstico no son necesarios para la atención médica periódica y el diagnóstico de VIH (lo cual está sustentado por la directiva y norma técnica respectivas).

El tratamiento, tiene al ítem régimen higiénico dietético que no aplica por no estar en el formato de la atención médica periódica y además no estar relacionado con el tipo de paciente y diagnóstico. Los otros ítems que conforman esta dimensión parcialmente no aplican y esto se da por:

- El diagnóstico de VIH y su tratamiento que tiene que ser evaluado dependiendo los resultados del paquete laboratorial (pruebas de laboratorio que son necesarias para dar inicio al tratamiento antirretroviral y que dependiendo su resultado se procedería a indicar el esquema respectivo).
- Cuando se transfiere al paciente sea a su solicitud para ser tratado en otro establecimiento de salud.
- Por enfermedades y/o estado de salud a parte del VIH que ha sido diagnosticado.

La última dimensión atributos de la historia clínica, en el ítem si se cuenta con formatos de atención integral por etapas de vida en el primer nivel de atención no aplica porque el Ceretss Raúl Patrucco Puig en el 2019 no contaba con SIS, además la atención era y es a la fecha de manera individual y no familiar (por lo que no procedería las etapas de vida).

Finalmente, el consolidado de las diferentes dimensiones e ítems de las 161 historias clínicas revisadas fue satisfactorio en el 19.9%, 66.5% por mejorar y 13.7% deficientes.

Tabla 8: Calificación global de dimensiones e ítems Centro especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN	n	%
SATISFACTORIO	32	19,9
POR MEJORAR	107	66,5
DEFICIENTE	22	13,7
Total	161	100,0

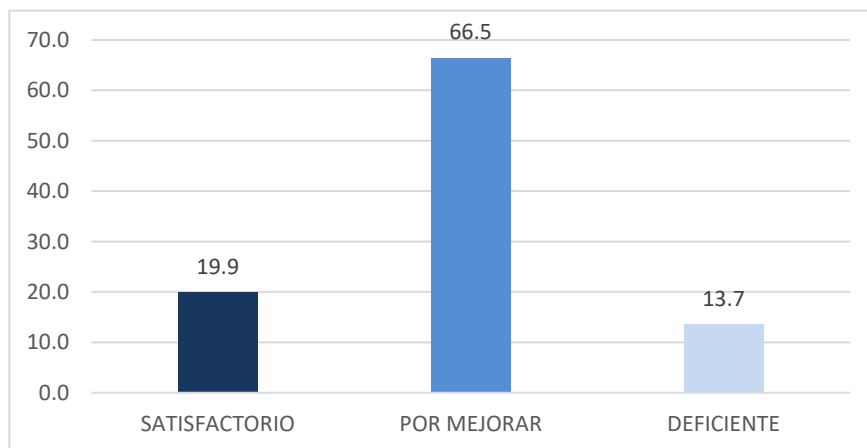


Gráfico 8: Calificación según Puntuación Centro Especializado Raúl Patrucco Puig. Lima, Perú. 2019

V. DISCUSIÓN

La AMP se realiza empleando una historia clínica semiestructurada para facilitar el registro de la atención y está confeccionada en función de las Normas Técnicas de Salud: Infecciones de Transmisión Sexual y de la Atención Integral del Adulto con infección por el VIH para la atención de estos pacientes. Sin embargo, a pesar de la importancia de este instrumento facilitador para la mejor atención, se obtuvo una calificación regular o por mejorar en un gran porcentaje de las historias clínicas, ocurriendo ello en similares trabajos ^(7,12,16,32,34,35,37) pero debe tenerse en cuenta que son evaluaciones de la calidad de registro de historias clínicas de pacientes de la población en general (niños y adultos; consulta ambulatoria, emergencia y pacientes hospitalizados; pediatría, medicina, ginecología y cirugía) y no como del presente trabajo que es en un tipo especial de la población vulnerable que acude a su atención médica periódica para el descarte de ITS, VIH/SIDA. Adicionalmente, no se emplean las precisiones de estas normas durante el acto médico desde la identificación del paciente, hasta el finalizar su atención.

Se evaluó mediante Auditoría de Registro las 161 historias clínicas de los pacientes que acudieron a su atención médica periódica y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio, revisándose todas las dimensiones que cuenta la auditoría de registro.

La evaluación de la calidad de registro de los datos de filiación fue muy buena, llegando casi al óptimo, 100%, en la mayoría de ítems de esta dimensión, sin embargo, es necesario tener en cuenta que estos resultados no son producto del quehacer médico sino del personal de admisión (administrativo) que se encarga del llenado de esta parte de la historia clínica.

Anamnesis, de los 6 ítems que conforman esta dimensión solo alcanzó una evaluación satisfactoria el de fecha y hora de atención, el de motivo de consulta con un resultado por mejorar, y el más importante de ellos, el de antecedentes, con un resultado deficiente. El Tiempo de enfermedad también obtuvo una calificación deficiente, pero con un resultado muy inferior. Los ítems de esta dimensión son importantes para la estructura de la historia clínica y el acto médico, sin embargo, la evaluación y calificación alcanzada obtuvieron resultados no adecuados.

Examen clínico, la mitad de ítems, tuvieron resultados deficientes en relación a su registro ^(31,33,36,39). En la valoración para el diagnóstico lo que aporta el examen clínico en el caso de las ITS o el VIH no es importante, un buen porcentaje de los pacientes pueden ser asintomáticos o estar en periodo de ventana de la enfermedad, y lo que se encontraría o no en el examen respectivo no tendría relevancia para el presente estudio.

Diagnóstico, para los tipos de diagnóstico el no registro alcanza un porcentaje alto, lo que indica el no empleo de los datos, el de la evaluación inadecuada del plan de trabajo o simplemente el de no seguir lo que determinan las Normas Técnicas ⁽¹⁵⁾, Guías, Procedimientos y Protocolos establecidos, para registrar si es presuntivo o definitivo a pesar de contar con la información para determinar ello. El uso del CIE 10, que para el caso de los pacientes del presente estudio alcanzó un resultado deficiente, lo que es perjudicial no solo del punto de vista estadístico sino epidemiológico y de calidad de atención.

Plan de trabajo, esta dimensión alcanzó en sus ítems exámenes de patología e interconsultas un resultado óptimo de registro completo, opuesto al ítem de fecha de próxima cita que fue en extremo deficiente, lo cual nos va a determinar para el primer caso que se cumplen los Protocolo y Flujograma de la atención y para el segundo (fecha de la próxima cita) el inadecuado seguimiento a los pacientes lo cual podría tener repercusión negativa en la calidad de atención, en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

Tratamiento, de 7 ítems, 6 de ellos alcanzaron una calificación deficiente en su registro, pero esto es porque el formato de auditoria no es adecuado para el caso de los pacientes que salgan positivos a VIH, para ellos no se les puede prescribir tratamiento tendrían que ya haber sido evaluados con pruebas que se hacen posterior a su diagnóstico (paquete laboratorial Pre- TARV) y necesariamente es en otra atención. Además, los casos que requirieron o al pedido del paciente de ser transferidos a otro establecimiento de salud para recibir el tratamiento, por lo tanto, no es consignado el tratamiento en esta atención médica periódica.

Atributos de la historia clínica, de los 6 ítems que tiene esta dimensión, solo 1, el de sello y firma del médico tratante alcanzó la calificación satisfactoria; 3 ítems fueron deficientes: los relacionados con el orden de la historia clínica, el entendimiento y adecuado registro y de los otros 2 uno no aplica (por ser respecto a los formatos del SIS) y el otro no estar en los objetivos del estudio (seguimiento de la evolución).

Respecto a la calificación total, la sumatoria de todas las dimensiones los resultados son en mayoría por mejorar en las historias clínicas revisadas. Este resultado indica la calificación de solo regular del acto médico evidenciado en el registro de las historias clínicas de los pacientes que pertenecen a la PV que acuden a la AMP y que salen con diagnóstico positivo de VIH en el Centro especializado Raúl Patrucco Puig. Esta calificación no solo tiene que ver con la atención que se da a los pacientes, sino que va a repercutir en la evolución y pronóstico de su enfermedad. En el estudio de Matzumura et al, se evaluaron 323 historias clínicas emplearon para ello una ficha de auditoría, encontrándose similares resultados en los ítems de diagnósticos y tratamiento los que obtuvieron registro deficiente. En relación a la firma y sello del médico tratante son los de mejor registro, se obtuvieron resultados satisfactorios en ambos estudios ⁽¹²⁾.

Cevallos analizó 311 historias clínicas encontrándose que el mayor porcentaje de error corresponde a los indicadores de planes de diagnóstico, terapéutica y tratamiento obteniéndose en estas dimensiones resultados similares.

Barrera buscó establecer el nivel de la calidad de la historia clínica en la Unidad de Observación del Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval. Revisó 85, utilizó una ficha de evaluación cuyas condiciones de calidad exigía sea completa, legible y veraz. Los resultados evidenciaron gran similitud en relación a que la gran mayoría de las historias clínicas fueron catalogadas como regular y en el presente estudio, como “por mejorar” también en su mayoría de ellas ⁽¹¹⁾.

Pinto realizó auditoría de registro de un total de 536 historias clínicas de pacientes de dos hospitales. Encuentra una diferencia significativa en la calidad de historia clínica, siendo la categoría de “satisfactoria” de mayor frecuencia en el hospital III Goyeneche que en el Yanahuara de la seguridad social ⁽¹⁴⁾.

Los resultados del presente estudio difieren de los realizados por Daza, quien evaluó según la NT de Salud respecto a la historia clínica tanto en la gestión y la calidad de la información realizada en un puesto de salud. Revisó 376 historias clínicas, obteniendo en la mitad un nivel de calidad regular ⁽¹⁵⁾. En el trabajo realizado la mayoría se encuentran “por mejorar” muy por encima de la mitad de ellas.

En relación a los ítems de plan de trabajo los resultados son satisfactorios, considerados óptimos diferente a los hallados por Daza que no alcanzan a un nivel excelente u óptimo ⁽¹⁵⁾.

Respecto a los resultados en general se aprecia similitud con los resultados hallados por Vega et al. al considerar que la mayoría de las historias clínicas revisadas son de regular calidad, mientras que el estudio de Matzumura et al ⁽¹²⁾ cuenta con una calidad de registro de “falta mejorar” a menos de la mitad de las historias clínicas evaluadas.

El estudio realizado evidencia gran fortaleza en relación al manejo de las interconsultas, la importancia del cumplimiento del flujograma respectivo en beneficio del paciente, en base al actuar multidisciplinario en todos los momentos de la atención del paciente desde su ingreso hasta su salida del establecimiento.

Esta investigación no tiene alcance a pacientes que inician tratamiento para combatir el VIH, se requiere continuar con mayores estudios dado que la epidemia del VIH sigue siendo un problema de salud pública.

VI. CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general y específicos se puede concluir lo siguiente:

1. La auditoría de registro que se realizó mediante el formato de evaluación de la calidad de registro a las historias clínicas de todos los pacientes de la población vulnerable que acudieron a la AMP y que fueron diagnosticados por primera vez de VIH/SIDA en el Centro Especializado Raúl Patrucco Puig Lima Perú durante el 2019.
2. La calificación obtenida de la calidad de registro fue regular, por mejorar, en sus resultados totales.
3. Las dimensiones que forman parte de los objetivos específicos que se evaluaron y verificaron, su registro fue muy distintos en cada una de ellas.
4. Así tenemos que el registro de la dimensión filiación fue satisfactoria.
5. Pero la calidad de registro en la dimensión de anamnesis dio como resultado por mejorar.
6. Deficiente en la calidad de registro en el examen clínico y diagnóstico.
7. El plan de trabajo fue satisfactorio, pero es pertinente señalar que alcanzó el máximo puntaje en los ítems exámenes de patología e interconsultas y muy deficiente en el ítem de próxima cita.
8. En la dimensión de tratamiento fue deficiente, y en la dimensión de atributos de la historia clínica.
9. El formato de evaluación de la calidad de registro es un instrumento que está hecho para la medición de registro en historias clínicas convencionales, por lo tanto, su empleo no mide de forma adecuada para valorar la calidad de registro de las semiestructuradas que se emplean para la AMP de la población vulnerable del presente estudio.

VII. RECOMENDACIONES

1. En relación a los datos de filiación se debe coordinar con la parte administrativa, admisión, para cumplir con el llenado de todos los ítems, para no solo llegar al satisfactorio del registro sino el óptimo con un 100%.
2. El responsable de calidad del establecimiento que emplea el formato de evaluación de la calidad de registro a las historias clínicas deberá tener reuniones periódicas con los médicos, no solo para informar los resultados, sino planteando estrategias para el registro satisfactorio que conllevarían al buen acto médico y a la satisfacción por parte del paciente, así se evitan reclamos o quejas o, incluso, las auditorías de casos cuando la situación lo amerite.
3. Mediante el registro adecuado, en especial de la dimensión anamnesis y en el ítem de antecedentes se pueden desprender datos muy importantes que se asociarían a formular trabajos de investigación en relación al VIH, como también medidas epidemiológicas preventivas para el control de esta enfermedad.
4. Seguimiento de las auditorías de registro realizadas en forma periódica para evaluar y mejorar los resultados en el registro de los datos en forma progresiva, con la finalidad de llegar a obtener una calificación de satisfactoria a óptima.
5. Capacitación y sensibilización del personal médico no solo para que el registro sea completo, sino que sea adecuado y cumpliendo las normas, directivas y protocolos respectivos.
6. Proponer a la instancia respectiva, Dirección de Red Integrada de Salud, primero el reconocimiento y formalización documentaria de la historia clínica semiestructurada que se emplea en los Centros Especializados de Referencias de ITS, VIH/SIDA como instrumento médico legal en la AMP de la población vulnerable que acude a su control.
7. Proyectarnos a la modernidad, llevar a la historia clínica semiestructurada a un formato electrónico para que de esta manera no solo se registre todos los datos de los ítems y dimensiones de la historia clínica, sino que sean más viables para el empleo de auditoría, referencia, evolución, docencia e investigación.
8. Adecuación de un nuevo formato de la evaluación de la calidad de registro, el cual valore de forma más completa el registro en las historias clínicas

semiestructuradas que se emplean en la AMP para la atención de la población vulnerable, para no caer en el sesgo de “no aplica”.

9. Luego de mejorar los instrumentos para valorar la calidad en el acto médico a través de las historias clínicas y formato de auditoría de registro llevar la propuesta no solo a nivel local Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro sino a la Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis B del Ministerio de salud que es a nivel nacional para que mediante una directiva se estandarice a nivel de país en los Centros de Referencia que se encuentran en todas las regiones del Perú.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud: Temas de Salud, VIH [Internet] [Citado en julio 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
2. Onusida, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. [Internet][Citado 14 julio 2018]. Disponible en:
https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/UNAIDS_FactSheet
3. Centers for Disease Control and Prevention CDC, VIH, [Internet] [Citado 22 octubre 2019]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm>
4. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cuba. Biblioteca Médica Nacional. VIH/Sida. Estadísticas Mundiales. Factográfico Salud [Internet][Citado 4 febrero 2018]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/bmn/files/2018/02/factografico-de-salud-febrero-2018.pdf>
5. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Boletín VIH diciembre 2018. Lima: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud; 2018.
6. Penié Jesús Barreto. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo, vol. 1; 2000. p. 50 - 55.
7. Cabascango J. Calidad de registro de datos en las historias clínicas de la clínica integral de la facultad de odontología de la UCE. [Tesis para optar el título de odontólogo]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017.
8. Antolínez J, Espinoza S, Olarte S, Salazar P. Herramienta para la auditoria de la calidad del registro en las historias clínicas [Tesis para optar el grado de especialista en auditoria en salud]. Colombia: Universidad CES; 2009.
9. Morelli M. Análisis de registros, Calidad de los datos y propuesta de mejoramiento de la historia clínica perinatal en la maternidad del Hospital Ramon Carrillo. [Tesis para optar el grado de maestro]. Argentina; Universidad Nacional de Córdoba; 2007.

10. Cruz, M. L. Repercusión de la gestión de las historias clínicas en la seguridad de la información del Hospital Regional Cajamarca, marzo - agosto 2015 [Tesis para optar el grado de Maestro]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/11537/10955>
11. Barrera K. A. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016 [Tesis para optar el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima; Universidad Cesar Vallejo; 2016.
12. Matzumura J. Gutiérrez H. Sotomayor J. Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. An. Fac. med. [Internet] 2014; [Citado 22 octubre 2019].
Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781>
13. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, South Africa. [Internet] 2013; [Citado 23 octubre 2019]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24092529/>
14. Pinto F. Comparación del cumplimiento de estándares de calidad entre un hospital del Ministerio de Salud y un hospital de la Seguridad Social [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Arequipa; Universidad Nacional de San Agustín; 2018.
15. Daza J.L. Interpretación de la norma técnica de salud para la gestión de historias clínicas y calidad de información de historias clínicas en el puesto de salud Armatambo Minsa 2016. [Tesis para optar el grado de Maestro en Gestión de los servicios de salud]. Lima, Universidad Cesar Vallejo; 2017.
16. Laura Y. S. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

[Tesis para optar el título de licenciada de enfermería Puno, Universidad Nacional del Altiplano 2017.

17. López de Munain J. Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019 Jan;37(1):45-49.
18. Rocha KB, Carvalho FT, Weber JLA, Both NS, Pizzinato A. Impacto de la implementación de la prueba rápida del VIH/ITS en un centro de atención especializada en Brasil. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2016; 16 (32): 108-119.
19. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst [Internet]* 2004; [Citado 23 octubre 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15106156/>
20. Valdez Carrasco y Tataje A.. Análisis de la gestión social y capacidad organizacional de la ONG Impacta para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH mediante el Programa Atención Médica Periódica [tesis magister]. Lima: Pontificia universidad católica del Perú; 2012.
21. Ng BE, Butler LM, Horvath T, Rutherford GW. Population-based biomedical sexually transmitted infection control interventions for reducing HIV infection. *Escuela de Población y Salud Pública, Universidad de Columbia Británica, Vancouver, BC, Canadá [Internet]* 2011; [Citado 23 octubre 2019]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21412869/>
22. Díez M, Díaz A. Sexually transmitted infections: epidemiology and control. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011;13(2):58-66.
23. Verscheijden MMA, Woestenberg PJ, Götz HM, van Veen MG, Koedijk FDH, van Benthem BHB. Sexually transmitted infections among female sex workers tested at STI clinics in the Netherlands, 2006-2013. *Emerg Themes Epidemiol*. 2015 Aug 28;12:12.
24. Bremer V, Haar K, Gassowski M, Hamouda O, Nielsen S. STI tests and proportion of positive tests in female sex workers attending local public health

- departments in Germany in 2010/11. BMC Public Health. 2016 Nov 21;16(1):1175.
25. Alarcón J., Pun M., Gutiérrez C., Whitembury Á. et al. Estimación y análisis de la incidencia de VIH en población adulta del Perú: resultados de la aplicación del modelo matemático MoT^{ies}. Rev. peru. med. exp. salud pública, 2012;29(4):452-460.
 26. MINSA. Resolución Ministerial N° 214-2018-Minsa, que aprueba NTS N°139-Minsa/2018/Dgain: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
 27. MINSA. Resolución Ministerial N° 502-2016/ Minsa, que aprueba NTS N° 029-Minsa/Digepres-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
 28. Piscoya, José, Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2000;61(3):227-240. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961308>
 29. Peralta Salazar Marianella, et al. Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2006 Ene [citado 2021 Oct 13] ; 17(1): 35-41. Disponible en:
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000100007&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000100007&lng=es)
 30. Fundación Avedis Donabedian. Calidad de la atención médica. Revista de Calidad Asistencial 2001; 16:29-38.
 31. Berrocal Cancho A.M. Auditoría de historias clínicas en consulta externa en un centro de salud de San Juan de Miraflores [Proyecto de investigación para optar el grado académico de Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad de Auditoría Médica] Lima; Universidad de San Martín de Porres; 2018.
 32. Casuriaga Ana, et al. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell. Archivos de Pediatría del Uruguay 2018;89(4) 242-250.

33. Espinoza V., Sánchez V. Calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lambayeque; Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020.
34. Flores V. Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera [Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y Servicios de Salud] Lima; Universidad Ricardo Palma; 2020.
35. Hoyos P. Calidad de registro de historia clínica en el servicio de Cirugía de un Hospital de Cajamarca, 2022 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Trujillo; Universidad César Vallejo; 2022.
36. Pérez A., Yampufe C. Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina de la Universidad San Martín de Porres, Lambayeque 2018 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Chiclayo; Universidad San Martín de Porres; 2022.
37. Reyes A., Matzumura K., Gutiérrez C. Calidad de los registros de las historias en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas. Lima; ISSN 1810-6781 Rev. Cienc. Technol. 16(2):33-41; 2020.
38. Anzillero P. Evaluación de la calidad del registro de historias clínicas en el consultorio externo de Psiquiatría del Hospital Miran Y López [Trabajo final integrador de la especialidad en Auditoría Médica] Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral; Santa Fe, Argentina; 2021.
39. Vera F. Calidad en registro de Historias clínicas de consulta externa de especialidades médicas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Tacna; Universidad Privada de Tacna; 2021.
40. Calle A. Evaluación de la Calidad de registro del Expediente Clínico a través de la revisión de los informes de Auditoría Médicas Internas en las 6 redes de Salud del Departamento de Oruro realizadas en la gestión 2020 [Trabajo

de grado para optar título de especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica] La Paz, Bolivia; 2022.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio	Instrumento de recolección de datos
<p>Problema General ¿Cuál es la calidad de registro de la Atención Médica Periódica de los pacientes diagnosticados con VIH en el Centro especializados Raúl Patrucco Puig Lima Perú 2019?</p>	<p>Objetivo General Evaluar la calidad de registro de la historia clínica durante la atención médica periódica de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el centro especializado Raúl Patrucco Puig en el 2019</p> <p>Los objetivos específicos son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar la calidad de registro de los datos de filiación de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a la AMP. 2. Verificar la calidad del registro de la anamnesis de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a la AMP. 3. Determinar el registro adecuado del examen clínico de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a la AMP. 4.- Verificar el registro del tipo de diagnóstico de la AMP de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable. 5.- Evaluar la calidad de registro del plan de trabajo de la AMP de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable 6.- Verificar el registro del tratamiento de la AMP de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en población vulnerable. 7.- Identificar la calidad de registro en las características de atribución de las historias clínicas de la AMP en población vulnerable. 	<p>Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, Transversal y retrospectivo</p>	<p>Historias clínicas de pacientes que acudieron a la AMP y que fueron diagnosticados con VIH durante la AMP en el centro especializado o Raúl Patrucco Puig durante el 2019.</p>	<p>Formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa según normas del Minsa</p>

Anexo 2 : Instrumentos de recolección de datos

FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
I. DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORIA					
FECHA DE AUDITORIA					
SERVICIO AUDITADO	MEDICINA				
ASUNTO	AUDITORIA DE REGISTRO DE HISTORIA CLINICA				
FECHA DE LA ATENCION BRINDADA					
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA					
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNOSTICO DE ALTA					
CIE 10					
II. OBSERVACIONES					
FILIACION	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y Número del Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	NA
Teléfono	0.25			0	NA
Acompañante	0.25			0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	NA
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	NA
Funciones biológicas	1	0.5		0	NA
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLINICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen clínico general					
Funciones vitales: T°, FR, FC, PA	2	0.5		0	NA
Peso, talla	1	0.5		0	
Estado general, estado hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	NA
Examen clínico regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				

DIAGNOSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso de CIE 10	4				
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de patología clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de diagnóstico por imágenes pertinentes	5		2	0	NA
Interconsultas a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes	4		2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	4		2	0	NA
Fecha de próxima cita	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico dietético y medidas generales concordantes y coherentes	4	2		0	NA
Nombres de medicamentos coherentes y concordante con denominación Común Internacional DCI	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis de medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia de medicamento	2			0	NA
Duración de tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA					
Se cuenta con formatos de atención integra por etapas de vida Primer nivel de atención	2			0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma de médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACION SEGÚN PUNTUACION					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89%				
DEFICIENTE	MENOR 75%				
III. NO CONFORMIDADES					
IV. CONCLUSIONES					
V. RECOMENDACIONES					