



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento
profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa
Cruz**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Hernández Burgos, Fanny Elizabeth (ORCID: 0000-0001-8712-9277)

ASESOR:

Mg. Pérez Arboleda, Pedro Antonio (ORCID: 0000-0002-8571-4525)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y
gestión del riesgo en salud

CHICLAYO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A Dios porque me permitió lograr concluir la maestría.

A mis padres por haberme forjado una persona de bien; porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi hijo Thiago Mathías por ser la personita que me inspira a seguir luchando; y a todas las personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

Agradecimiento

A los profesores de la Universidad César Vallejo, que compartieron sus enseñanzas y conocimientos con nosotros; al Profesor Pedro Antonio Pérez Arboleda por el apoyo constante en la asesoría de la investigación para concretar este trabajo.

A mis compañeros de trabajo de la Red de Salud Santa Cruz y del C. S. Santa Cruz por brindarme facilidades de realizar la investigación y por contribuir en el apoyo a esta investigación.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5. Procedimiento.....	16
3.6. Método de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES.....	30
VIII. PROPUESTA.....	31
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	44
Anexo 1.....	44
Anexo 2.....	45
Anexo 3.....	46
Anexo 4.....	47
Anexo 5.....	48
Anexo 6.....	49
Anexo 7.....	51
Anexo 8.....	53
Anexo 9.....	83
Anexo 10.....	84
Anexo 11.....	85
Anexo 12.....	86
Anexo 13.....	87

Índice de tablas

Tabla 1 Validación por juicio de expertos del instrumento Ficha de análisis de la variable 1.....	16
Tabla 2 Validación por juicio de expertos del instrumento Ficha de análisis de la variable 2.....	16
Tabla 3 Determinación de la calidad de registro de la historia clínica.....	18
Tabla 4 Correlación entre la variable uno y la variable dos.....	18
Tabla 5 Identificación de la calidad del registro del formato de triaje.....	19
Tabla 6 Correlación entre la dimensión uno de la variable uno con la variable dos.....	19
Tabla 7 Descripción de la dimensión dos de la variable uno.....	20
Tabla 8 Correlación entre la dimensión dos de la variable uno con la variable dos.....	21
Tabla 9 Descripción de la dimensión tres de la variable uno.....	21
Tabla 10 Correlación entre la dimensión tres de la variable uno y la variable dos.....	22
Tabla 11 Matriz de consistencia.....	48
Tabla 12 Matriz de operacionalización de las variables.....	49
Tabla 13 Prueba de confiabilidad de KUDER RICHARDSON (K20) de la variable historia clínica.....	83
Tabla 14 Prueba de confiabilidad de KUDER RICHARDSON (K20) de la variable Seguimiento clínico.....	83
Tabla 15 Estrategias de la propuesta.....	86

Índice de gráficos y figuras

Figura 1 Estructura del modelo	85
--------------------------------------	----

Resumen

Los registros clínicos, hacen parte del trabajo del personal asistencial en su quehacer asistencial de la atención de las necesidades de la población. La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la calidad de registro de la historia clínica y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz. La metodología fue de enfoque cuantitativo, del tipo correlacional, se utilizó la técnica guía de observación, cuyo instrumento fue una ficha de análisis, los instrumentos de la investigación fueron recolectados mediante el análisis de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico COVID-19 positivo. El resultado más importante se encontró correlación entre la variable calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional. Asimismo, un 55,4% de fichas epidemiológicas con formato deficiente; mientras que el 32,3% de las fichas tienen formato regular, es decir el personal sanitario no tiene en cuenta la importancia de la recopilación de datos utilizando protocolos de investigación, el cual fueron esenciales para ajustar las recomendaciones para la definición y vigilancia de casos. Se concluyó en cuanto al registro del formato de triaje un porcentaje considerable (67.7%) fue deficiente debido a que carecen de precisión en los datos personales y clínicos.

Palabras claves: Calidad de registro, COVID-19, ficha epidemiológica, historia clínica y seguimiento profesional.

Abstract

The clinical records are part of the work of the care staff in their care work of attending to the needs of the population. The general objective of the present investigation was to determine the relationship between the quality of the medical history record and professional follow-up in COVID-19 patients from the Santa Cruz Health Center. The methodology was of a quantitative approach, of the correlational type, the observation guide technique was used, whose instrument was an analysis sheet, the research instruments were collected by analyzing the medical records of patients with a positive COVID-19 diagnosis. The most important result was a correlation between the variable quality of the medical record and professional follow-up. Also, 55.4% of epidemiological files with a deficient format; while 32.3% of the files have a regular format, that is, health personnel do not take into account the importance of data collection using research protocols, which were essential to adjust the recommendations for the definition and surveillance of cases. It was concluded regarding the registration of the triage format, a considerable percentage (67.7%) was deficient due to the lack of precision in personal and clinical data.

Keywords: Registry quality, COVID-19, epidemiological record, medical history and professional follow-up.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen muchas investigaciones vinculadas al presente estudio, en Holanda según Zegers M., et al (1), indicó que, el déficit del registro de la pesquisa en las HC del paciente es la causa o consecuencia de una eficacia insuficiente del cuidado médico y, no obstante, puede estar agrupada con mayores índices de enfermedad. Las falencias en el alistamiento de HC son básicas en la atención clínica del usuario que conducen a respuestas negativos de pacientes. Dejar de cometer errores monótonos durante los comentarios reduce el tiempo e implica registrar un registro exacto, sensato, honesto y valioso; considerando los estándares fundamentales de las notas, por ejemplo, sencillez, lucidez, pertinencia y transformación.

En los Centros de Estudios Nacionales de Salud de los EEUU, según Takalani M. Tebogo M. y Masenyani M. (2), los registros clínicos de enfermería se incorporan al registro del paciente; en consecuencia, establecen una pieza básica de la ayuda a los pacientes, con su repercusión individual y su deber competente y legítimo; Así, poco a poco, la historia clínica debe completarse con la lógica minuciosidad que asegure su calidad y legalidad. Asimismo, se resaltó que la fuerza laboral clínica y de bienestar tiene el deber de garantizar que las historias clínicas sean exactas y tener la opción de atender adecuadamente a sus pacientes.

Silva J. (3), mencionó que los hospitales guatemaltecos han dado grandes pasos en la mejora de la calidad de los registros médicos, lo que ha llevado a mejorar el servicio en salud del enfermo. El personal clínico se suma a los esfuerzos que se han realizado con anterioridad para mejorar la atención y la naturaleza de la atención, tanto en el ámbito abierto como en el ámbito privado del marco del bienestar. En México, Hernández L. et al. (4) Subrayo que no existe un marco estándar para un mejor control de las historias clínicas ya que no concuerda con los lineamientos institucionales. Se han reconocido las regiones para el desarrollo, lo que ha impulsado ciclos constantes para perfeccionar el registro de registros clínicos de forma precisa y eficaz. Un gran reclutamiento es valioso para el paciente, ya que sustenta, mantiene y mejora la naturaleza de la consideración clínica, que necesita una fuente decente de datos sobre la condición del paciente.

A nivel nacional, la historia clínica del Hospital Arzobispo Loayza, ya que los formatos tenían estructura legal, donde la atención al paciente se registra con precisión en veinticuatro horas, según las necesidades del paciente y/o problemas clínicos (5). Según Silva J. et al. (6) el director del Hospital Sergio Bernales expresó que el grupo de bienestar utilizó una tonelada de datos para decidir una elección y que la historia clínica del experto en bienestar era una parte importante. Estas colecciones se conceptualizaron como una variedad de datos para pacientes identificados con su prosperidad y condición. Se constató que la naturaleza de las historias clínicas es aún insuficiente en fundamentos de bienestar, esto implica que la naturaleza de las notas no cumple con la pauta configurada.

La presencia de la pandemia por el nuevo coronavirus (COVID-19) que afecta a toda la población ha creado desabastecimientos en todo el sector salud, en todo el mundo y en nuestro País no es ajeno a esto, por consiguiente la UPSS del C. S. Santa Cruz con categoría I-4 de la provincia de Santa Cruz-Cajamarca, fue preocupante observar la desorganización en el manejo de la historia clínica en sus diversos formatos, ya que se encontraron en lugares inadecuados, lo que generó confusión entre los trabajadores y técnicos de la salud por no realizar una auditoría clínica periódica como estrategia de solución (7).

Ante esta problemática detallada con anterioridad, se formuló la siguiente pregunta: ¿De qué manera la calidad de registro de la historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz? Mientras que los problemas específicos fueron: (i) ¿De qué manera la Calidad del registro del formato de triaje diferenciado se relaciona con el Seguimiento Profesional en pacientes COVID-19?; (ii) ¿De qué manera la calidad del formato de realización de prueba rápida se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19?; (iii) ¿De qué manera la calidad del formato de investigación epidemiológica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19?

En dicho estudio se presentó una justificación social, ya que las acciones del personal profesional de la salud quedan registrados en varias estructuras,

formatos elaborados y planteados por el personal asistencial de salud, con el objetivo que el cuidado esté paulatino, mediante la vigilancia, prevención y control de la salud en usuarios que presentaron los signos de coronavirus. En cuanto a justificación teórica fue contributiva, porque desagregó los conceptos relacionados a la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes que presentaron esta patología llamada COVID-19. Presentó una justificación clínica, porque ayudó a constatar la evolución de la enfermedad y sirvió para la toma asertiva de acciones que ayudó a la recuperación de pacientes. La justificación económica de este estudio, radicó en el correcto llenado de las fichas clínicas, en la cual evitó al centro de salud posibles procesos legales, por ello se trazó el objetivo general que puso a flote la investigación.

Es así, que se tiene el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre la calidad de registro de la historia clínica y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz. Cuyos objetivos específicos son: (i) Identificar la relación entre la calidad del registro del formato de triaje diferenciado y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19; (ii) Describir la relación entre la calidad del formato de realización de prueba rápida y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 y (iii) Describir la calidad del formato de investigación epidemiológica y el seguimiento.

Por consiguiente, es fundamental la certeza de la investigación detallar la hipótesis general como la calidad de registro de la historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz, y la hipótesis específicas como se detalla con los enunciados siguientes: (i) La calidad del registro del formato de triaje diferenciado se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19, (ii) La calidad del formato de realización de prueba rápida se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19; y (iii) La calidad del formato de investigación epidemiológica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

II. MARCO TEÓRICO

En la edificación del marco teórico realizamos un análisis meticuloso sobre las teorías y trabajos investigados que sustentan al presente estudio. A nivel internacional tenemos a Álvarez J. y Rodríguez L. (8), cuya falencia se centró en las faltas de profesionales de la salud, los incidentes en la historia clínica perjudicaron a los usuarios de los pacientes en el resultado y procedimiento, según las patologías que presentaban. Luego de aplicar las herramientas, los resultados obtenidos fueron del 90%, reflejando la correcta ejecución de políticas, guías de seguridad y buenas prácticas clínicas en la atención de médicos y profesionales de la salud. Por este motivo, la importancia investigativa se basó en las historias clínicas analizadas, junto con los informes relacionados.

Los estudios reflejaron, que el 76% de los trabajadores del bienestar presentaban inadecuaciones en la composición del conjunto de experiencias, por la ausencia de datos precisos, lo que afectaba la conclusión y terapia de los pacientes con enfermedad COVID-19; mientras que solo el 34% agotó efectivamente la historia clínica. Se señaló la importancia de mejorar sus estrategias de administración a través de su alcance autoritario, y reconoce la legítima administración de sus historias clínicas y los diferentes archivos utilizados para la consideración y tratamiento de los usuarios con COVID-19.

Cabazcango J. (10); Las anotaciones de los médicos fueron un instrumento fundamental para el cuidado médico y una recopilación de información basada en el historial clínica del paciente. Por consiguiente, se ha utilizado para apoyar asociaciones de bienestar y organismos públicos, nos brindó información sobre la prosperidad general y oral del paciente (signos e indicaciones), la patología se rompió, la mejoría clínica de la enfermedad, el tratamiento, el tratamiento realizado y sus resultados. En las secuelas del examen, muy bien se puede ver que se influyó en los territorios, así mismo, se estima la naturaleza del registro de información de las HC, ya que el 100% solo si el 67,99% llega a una calidad digna es que especulan que, si se trataba de una deficiencia crítica, se debe tener en cuenta una consideración increíble en todas las recuperaciones de bienestar.

Conesa D., et al (11), la relevancia del estudio, consideró que existió una carente coherencia y/o ilegibilidad en las historias clínicas que afectó claramente al diagnóstico de la persona; creando incertidumbre en el mismo. La utilización de papelería era concebible dado que las directrices públicas y mundiales fueron modificadas y / o respaldadas con autoridad por los establecimientos administrativos. Entonces, en la remota posibilidad de que necesite encontrar una manera de garantizar un historial clínico correcto para los pacientes que se determina que tienen COVID-19, utilice un método adecuado y, por lo tanto, puede vencer la infección. A la luz de la práctica clínica de los examinadores, se descubrió que el 25% de las historias clínicas no cuentan con la aprobación modernizada suficiente; además, el 11,12% anunció que la naturaleza de las historias clínicas era mala; ya que lo que obligó al cliente español a utilizar la pantalla del PC.

A nivel nacional, el autor Barrera A. (12), Lima; muestra los resultados obtenidos, destaca que el 98,8% de los rankings auténticos muestran cierta consistencia en el absoluto de 85 anticuarios de los rankings actualizados. Como el resultado es 87,1% razonable tamaño real, también es 50,6% de baja calidad y 49,4% razonable en medida discernible y 97,6% de calidad razonable en tamaño real. Los resultados notados comunicaron faltas internas que socavaron la organización de las administraciones de bienestar en lo marítimo impredecible, una tasa no es la ideal, en estos casos se debe tener cuidado con los archivos que decidieron el tratamiento de la salud de los pacientes en todos los hábitats especialistas, como a cuenta de Santa Cruz.

Portugal K. (13), se concluyó que un trabajador que representaba el 2% de participación era eficiente, 36 trabajadores que representaban el 55% de participación eran regulares y 28 trabajadores que representaban el 43% alcanzaron el déficit. En los resultados cuantitativos destacó el grado de ejecución de las hospitalizaciones en la red de bienestar en miniatura de Santa Luzmila. Se diseccionó que las distintas tasas de jornaleros introdujeron deficiencias críticas, que requirieron el fortalecimiento de los directores de convocatoria y los jornaleros para mejorar las condiciones laborales en el

bienestar general. Desde hace alrededor de medio año se ve que obviamente las historias clínicas, que no cumplen con las pautas de calidad.

Carhuamaca O. et al (14), luego de realizar un monitoreo se encontró que el 39% tenía serias deficiencias en el registro de la parte de control en la historia clínica del paciente. Hubo errores en la historia clínica genuina y en la historia clínica de mejoría de las condiciones, así como deficiencias en el registro crítico del estado general del paciente. Por otro lado, el estado nutricional de los pacientes no se ha registrado en la historia clínica. Por lo tanto, no se encontró una gran cantidad de archivos relacionados con el desarrollo para el seguimiento correspondiente. Es preocupante que haya muchos incidentes en los registros médicos y que la seguridad del paciente esté en riesgo. Otro resultado relevante fue que el 65% de los profesionales sanitarios tiene falta de capacidad de redacción y anotaciones ortográficas o gramaticales incorrectas, lo que en ocasiones conduce a interpretaciones erróneas por parte del resto de miembros del equipo de salud.

A nivel local manifestamos a los siguientes teóricos: Espinoza H. y Sánchez K. (15); quienes evaluaron un total de 380 expedientes médicos de los centros de salud José Leonardo Ortiz y El Bosque de La Victoria, se encontró que, de 380 expedientes médicos, 294 expedientes no reportaron el número de expedientes, lo que representa el 77%. Por lo tanto, de un total de 380 archivos, 174 no guardaron el nombre y apellido del usuario. Los resultados muestran que las cajas de registros médicos se dejaron vacías sin registro de datos, lo que fue importante para los pacientes, lo que resultó en una mala calidad de los servicios en ambos centros de salud.

Altamirano M. y Yampufé C. (16), quien evaluó la cantidad de 297 expedientes médicos, los resultados reflejan que 71. 0% evaluó la mejora del servicio de cirugía general, 57. 1% lo consideró satisfactorio, por lo que en el tratamiento 90. 2% lo evaluó como satisfactorio, al mismo tiempo, para lo cual el 89,2% en el procesamiento de matices y, en formatos especiales, el 84,5% se considera faltante (16). Pudimos ver que los resultados cuantitativos mostraron que la falta de empoderamiento en el manejo de la historia clínica conduce a deficiencias que

deteriora el retrato de los garantes de la medicina institucional. Además, un 58% del personal asistencial no registra la información evitando coloca su firma sello y número de matrícula profesional haciéndose responsable y dando respaldo legal a la actuación y posterior registración de la misma

La investigación se refirió en la teoría de Von Weizsacker, llamada "el proceso biológico llamado enfermedad" que establece que la historia médica es el primer documento, elemental y fundamental de todo conocimiento médico", es decir, la historia médica es la relación de eventos en la vida de una persona. Datos extremadamente íntimos, ya que el paciente sabe que cualquier distorsión de la información puede ser una desventaja para él (17).

También se basó en la teoría de Patricia Benner llamada "Atención, sapiencia y ética en la praxis de la enfermería", quien sostuvo que el vínculo enfermera - enfermo no fue un sistema en salud profesional, sino no de frialdad y distancia en los momentos de vida más trágicos, susceptibles y lamentables. Es decir, se debe hacer un seguimiento al paciente, proporcionándole un cuidado minucioso y adecuado no solo clínico, sino empático, para que contribuya a su pronta recuperación según la dolencia o afección que presente el paciente (18).

En consecuencia, podemos mirar las hipótesis identificadas con nuestra variable: La naturaleza de la historia clínica es un informe con capacidad de exhibir insuperable. Cuyo examen fue cargado de manera confiable por expertos en servicios médicos, lo que sugiere que los directores detallan de manera cautivadora las percepciones básicas, pero también diferentes registros de atención, por ejemplo, la agenda líquida. Medicamentos, capacidades imperativas, etc. Con el cuidado considerado, en la Ley del Enfermero se evidencia el campo clínico, pero además presenta las reglas humanas, morales, especializadas y lógicas creadas. Perpetuemos la consideración no escrita es que no se realizó oportunamente (19).

La calidad del expediente médico es un documento con capacidad probatoria por excelencia. En el momento en que, sujeto a evaluación e investigación como parte de los ciclos de obligación de enfermería clínica maestra, se recomienda que los especialistas en salud del bienestar completen no solo la información

cuidadosa de los pacientes que consideran genuinos, sino también otras colecciones clínicas, por ejemplo, la confirmación de la relación de líquidos, medicamentos, etc. Considerando el cuidado de enfermería, similar al informe compuesto que muestra la enfermería, refleja la práctica hábil, pero además abarca los encabezados humanos, morales, especializados y lógicos creados. Permítanos recordar en la manifestación de perseverancia enrolada involucra que no se desarrolló en aspectos de originalidad (19).

La Historia clínica, fue un legajo completo de todos los datos del paciente en cuanto individuales y clínicos, así como los ejercicios analíticos y restaurativos que se realizaron durante la hospitalización desde la instantánea de afirmación clínica de emergencia hasta el alta. El registro de la historia clínica es un requisito previo legítimo para que los expertos en todos los entornos de servicios médicos informen las 21 percepciones de enfermería, la consideración dada y las reacciones del paciente. Esta biblioteca se completa como un instrumento de correspondencia y una forma de ayudar a decidir la viabilidad de la atención y ayudar a desarrollar las necesidades de atención (20).

Además, es un tipo legítimo de método de evaluación, tratamiento de cuidados grupales que se puede utilizar para evaluar si las actividades realizadas fueron convincentes y que son igualmente útiles porque permiten organizar suficientes ejercicios y recursos para consideración de individuo). Conviértase en un informe de la fase inicial prevalente de fortaleza clínica genuina y de primera clase, organizado para reforzar la sustancia de la consideración clínica individual. De ahí que la historia clínica sea la documentación compuesta, total y honesta de las realidades actuales, necesidades, ayudas singulares y secuelas de la exhibición del proveedor de bienestar individual y una impresión del trabajo consciente de la vocación, consideración singular (20).

El propósito de esta recopilación de información es preparar un cuadro clínico verdadero y detallado, requisito previo en el involucramiento de la administración de procedimientos adicional necesario. El interés se evidencia, mostrando la importancia dada y la comunicación convincente referente al estado de la persona, sobre su evolución, durante la estancia hospitalaria (21).

Fue los elementos preponderantes para el desempeño médico, y pieza clave en toda auditoría de servicios de salud. Es significativo por el hecho de que contiene información sobre lo que se encontró en un paciente, su opinión y cómo se trató para tratarlo (21). Es el aparato más útil para evaluar la naturaleza del cuidado brindado al paciente, lo que se reflejó en la historia clínica por ser su relato clínico (22). La HC es un conjunto de formatos en los que los especialistas y asistentes médicos registran un conjunto de datos (individuales, de bienestar, sociales y legales) sobre un paciente específico, para identificar qué les influye en la sensación de hallazgo útil. Además, en ocasiones posteriores, esté preparado satisfactoriamente para las intercesiones clínicas.

El registro médico fue una data con vigencia académica, salud y legítima, que aporta información clínica enviada al personal asistencial (23), con el objetivo de identificar un adecuado análisis clínico y, por consiguiente, el tratamiento más adecuado a realizar, de manera responsable en la intervención, medicación o tratamiento adecuado, pertinente y oportuno del interesado. por consiguiente, este compendio importante es llamado HC, que contiene varios formatos básicos donde plasman el estado de salud del usuario de forma detallada, secuencial, precisa (24), así mismo, se conceptualiza también como un compendio donde registra la interrelación -profesional-cliente, cuidados brindados por el profesional de la salud y usuario, con el objetivo de la importancia de brindar el seguimiento.

Rocano E. (24), para que exista calidad de las historias clínicas en cuanto a continuidad y claridad. Dónde, debe configurar la coherencia con las necesidades, a la hora de tomar las notas del personal clínico en cada movimiento (25). Los segmentos de la historia clínica son: (I) Contenido, donde la historia clínica es el motivo de una primera determinación, debe introducir secuencialidad y seguimiento en la historia clínica, según la verdad o necesidad clínica de los pacientes (ii) Estructura, se compone de un expediente clínico punto por punto, con datos precisos y precisos sobre lo que el médico individual nota, investiga, siente y describe. Además, los atributos inalienables, por ejemplo, la precisión, la claridad de la descripción, los datos concretos y progresivos y la privacidad, deben considerarse en una historia clínica. (Iii) Naturaleza general de las historias clínicas, que comprende la comprensión y / o investigación de las

historias clínicas. Además, deben introducir la comprensibilidad de los registros de forma inequívoca y fiable.

Según Duarte I. et al (26). La historia clínica es un archivo fundamental para la atención, con ramificaciones legítimas y que igualmente desempeña diferentes capacidades: educar, investigar, valorar la calidad y valorizar a los ejecutivos. La HC debe tener las cualidades que la acompañan: la primera es la objetividad, es decir, debe estar compuesta de manera equitativa, sin prejuicios, decisiones de estima o persuasiones dadas. El contenido de los formatos debe ser detallado de manera precisas y legibles, donde las notas serán de gran ayuda a los extraños donde sea deficiente en descifrarlas. La segunda es la concurrencia, es detallar correctamente el estado del usuario en los formatos de la HC deben hacer al mismo tiempo con la participación y no los dejan hasta el final del turno.

Desde el punto de vista histórico, los trabajadores de la salud tenían dificultades para completar los registros médicos. El compendio del enfermero decente es el que acumula todos los aspectos del usuario, donde genera que otro competente igualmente distinguido acepte el compromiso de los acontecimientos del paciente sin dificultades (20). La importancia de la historia clínica se comunica cuando se siguen las técnicas anteriores para su planificación, para generar el mayor y menor peligro para el bienestar. Para adquirir registros de calidad en la atención de enfermería, las explicaciones deben ajustarse a los atributos anteriores, es decir, ser equitativas, exactas, totales y breves (25).

El registro minucioso del personal asistencial en salud debe encontrarse en parámetros definidos, considerando lo siguiente (25): (i) detalle llanamente, sin errores, con medidas, con investigación de sentimientos. Además, se debe pensar en la información genuina brindada por el paciente, familiar y diferentes personas del personal de los servicios médicos, (ii) rechazar la utilización de frases, por ejemplo, ideal, normal, típico, entre otros. Estas sutilezas están disponibles para numerosas perspectivas a las que alude el usuario.

El recojo de data para un registro correcto debieron detallarse minuciosamente, (iii) evadir truncamientos, además del aval de un organismo autónomo, poniendo la información exacta de los alistados callados, (iv) expresando la fecha y

temporada de la inscripción, (v) el uso correcto en la redacción de manera evidente, fundamental, concreta y crítica, (vi) la utilización suficiente de los recursos ortográficos y una composición razonable, (vii) El llenado no debe presentar inconsistencias o cambios, que confundir el valor legítimo. En caso de un desatino compuesto, imprima o complemente el término error en los anexos y una rúbrica cercana al mismo, (viii) compóngala con tinta oscura o azul, en el caso de que sea durante la mañana y con rojo alrededor de la tarde, (ix) debe terminar con marca y sello de la facultad de bienestar que ingresó a la HC.

El registro de los formatos de las HC para ser estimadas acorde a las políticas estandarizadas debe contener las siguientes peculiaridades, por su firma estructural deben ser (27): (I) Objetivo; donde, el formato debe estar plasmado la información ilustrativa, específica de lo que se evidencia, escucha, siente y huele el personal de la salud. La utilización de nomenclaturas, se utiliza en un caso específico, extraordinario, sensible u horrendo, debe evitarse debido a la forma en que pueden presentarse a una variedad de interpretaciones. Las recompensas son propósitos subordinados a los datos. Cuando el asistente clínico informa sobre sus tareas o cierres, deben estar respaldados por datos objetivos; Para cualquier situación, se podrían realizar interpretaciones erróneas sobre la condición de prosperidad del paciente, (ii) Exacto: la información debe ser confiable.

La utilización de precisas determinaciones, aseguran la exactitud de cómo un paciente ha cambiado. La precisión es afirmación del estado de la salud del usuario posterior a una atención. La certificación afirmación del estado del cliente posterior algún hallazgo. Los acortamientos, las ayuda al diagnóstico como son las visuales favorecen al profesional a reducir el tiempo de composición (27). La mayoría de los órdenes sociales clínicos tienen un resumen de las contracciones respaldadas. En forma de prevención de errores, borre las formas abreviadas que puedan resultar confusas. Por ejemplo: O. D. - ojo derecho - puede descifrar como oído derecho. La ortografía correcta amplía la exactitud de la información. Aconsejar una lista clínica si es vital, encima de la base ya existente con el fin de encaminarse.

En cuanto a algunos datos generales que se deben de tener en cuenta son los siguientes: signos vitales, distribución de la medicina, oportunidad del tratamiento, órdenes para exámenes auxiliares o procedimiento médico, evolución del estado del cliente, reacción tolerante, descripción de la atención en forma secuencial y periódica, referencia a la preocupación del paciente, actividades y reacciones de atención tan pronto como el tiempo lo permita, (iii) asociación; en ese punto, siga una solicitud o configuración coherente en el índice informativo (27). Los registros confusos no se evidencian de forma indiscutible lo que pasó y pueden incitar desbarajuste o si se dio cuidados eficaces, (vi) clasificación; excepto si se necesita que el asociado de bienestar informe las circunstancias del usuario a diferentes clientes o usuarios que no están envueltas con su consideración. El individuo en control tiene la legítima y buena obligación de ganarse la privacidad de las circunstancias del paciente.

Como lo indica la Norma Técnica de la Resolución Ministerial N ° 139-2020 / MINSA (28). Fueron consideradas como medidas en el Triage principal; donde se centra el daño y se hace referencia a la consideración que el caso requiere. Esta región debería trabajar en su mayor parte en aquellos donde el interés supera el stock de administraciones. La medición posterior es el registro epidemiológico, un archivo que se utiliza para relatar un caso sospechoso, plausible o afirmado, según el tipo de alerta de la infección u ocasión observada en el nivel de la Dirección General de Epidemiología. La tercera medición es la Tarjeta de informe de prueba rápida, un archivo clínico que presenta la historia genuina de un hallazgo de COVID-19 en pacientes indicativos y asintomáticos.

Medida de intercesión clínica (27): Intervención, ejecución y examen del tratamiento administrado en función de los requisitos distinguidos. El personal de enfermería debe considerar: (I) la relación detallada de los problemas con los pacientes, (ii) la dolencia actual del paciente, (iii) visualizar los registros del enfermero para el monitoreo de las actividades diarias. Tomando apuntes de enfermero de todas sus acciones dadas, es decir cuidados profesionales. La ley del bienestar general proporciona al paciente su propia historia clínica, resguardando su propia seguridad y la de su familia, considerando el compromiso de velar por la clasificación. (28)

Como lo indica su observación de bienestar, son medidas encaminadas a comprender el avance clínico del caso para reconocer rápidamente los signos de crisis, aumentar la presencia de signos respiratorios en familiares e identificar pacientes con efectos secundarios de riesgo con medidas de crisis por COVID - 19 (29). Ayuda clínica poco convencional; aplicado a través de llamadas portátiles, blog virtual o sitio a casos rudimentarios en desvinculación privada, casos de reclusión e instancias de internados que abandonaron la clínica. Observación clínica presencial, mediante visita privada del funcionario de bienestar, en circunstancias rudimentarias con factores de riesgo en aislamiento domiciliario o en aquellas ocasiones en una condición clínica que sean fundamentales.

Actividad ejecutada por los miembros de salud en la vivienda de una familia, con la finalidad de consolidar la integración del hogar y su contexto, para conocer su realidad y poder brindarles la asistencia adecuada para afrontar conflictos en salud. Así, se realiza un cuidadoso seguimiento para dar la administración de bienestar necesaria, considerando la distancia real, luego de la coordinación (29).

Según el Ministerio de Salud (28), las dimensiones que se consideraron para el monitoreo médico fueron: Capacidades vitales: nos alienta a descubrir cambios explícitos, revelados de la serenidad psico-actual del paciente, (ii) Signos y manifestaciones: Comprende la evaluación clínica que incluye acústica pulmonar, pulso y pulso; Mientras que los efectos secundarios son técnicas a las que se sumaban los individuos, por ejemplo, hackeo, dolor de garganta, fiebre alta, diarrea, migraña, agonía muscular o articular, agotamiento, pérdida del olfato y gusto, entre otros; (iii) Señales de alerta: pensar en las sutilezas clínicas del paciente, que muestran si necesita un apoyo clínico rápido (iv) Evolución: condiciones en la sucesión de las medidas de la enfermedad, desde su inicio hasta su finalización, (v) liberación: considerada , por ejemplo, las medidas de administración autorizadas que se completan cuando el paciente sale de la clínica médica.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El enfoque investigativo utilizado fue cuantitativo (30), recopilación de datos para responder preguntas de investigación y probar hipótesis previamente establecidas y se basa en mediciones numéricas, así mismo, fue de tipo correlacional (31) porque, tuvo como propósito evaluar la relación que existía entre dos o más conceptos, categorías o variables. En este caso, hemos analizado la relación de la variable uno y la variable dos del presente estudio; fue de diseño no experimental (32), porque no se manipuló las variables, es decir no se intervino al momento de aplicar la Guía de Observación en HC de los usuarios que han sido diagnosticados con COVID-19; así mismo, fue de corte transversal, porque los datos fueron recolectados en un día determinado.

3.2. Variables y operacionalización

La variable Calidad de la HC, se ha definido como un conjunto de formatos legales, cuya importancia es de análisis e investigativa enmarcados en las funciones de responsabilidad del personal de la salud. Se recomienda que todo el personal de la salud que está inmerso en la atención del usuario registre de forma básica, secuencial y ordenada en su máximo esplendor toda la formatearía que se utiliza para pacientes que presentan algún síntoma de coronavirus (29).

La V1, relacionada a la Calidad de Registro de la Historia Clínica se puede conceptualizar como: registros de carácter técnico, científico y teórico que son elaborados por el profesional de la salud según protocolos, normativas vigentes a nivel del MINSA, donde encontramos las dimensiones (28): el documento de emergencia, el registro epidemiológico, el informe de prueba. Donde, la variable dos alude al seguimiento de pacientes con COVID-19. Se caracteriza por la consideración que se le da al paciente luego de completar algún tratamiento, con el punto de reconocer elementos de riesgo o inconvenientes. Tener la opción de hacerlo, por métodos de control cercano y personal o distante, utilizando el esquema de observación clínica, que se adjuntará a la Historia Clínica. Esta variable tiene dos medidas conectadas entre sí, por ejemplo, información general y desarrollo (ver complemento 6)

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Según Gómez S. (33). Lo caracterizó como un conjunto de componentes que fueron objeto de estudio (llamados unidades medibles) sobre los que se completó la exploración. La población en el examen actual estuvo conformada por la cantidad de historias clínicas de pacientes que se determinó que tenían Coronavirus diagnosticados en el Centro Santa Cruz perteneciente a la unidad ejecutora de Salud Santa Cruz - Diresa Cajamarca. Se pensó los estándares de determinación adjuntos: modelos de consideración y reglas de rechazo. Entre los estándares de incorporación tenemos: (I) Relatos clínicos con conclusión positiva para COVID-19; (ii) historias clínicas de pacientes que tienen lugar o están asociados con el IPRESS bajo investigación.

Así mismo, los criterios de exclusión considerados (34), fueron: (i) historias clínicas de los usuarios que no son afiliados en el Centro de Salud Santa Cruz. (ii) historias clínicas de usuarios que están afiliados a otros establecimientos de salud que pertenecen a la Micro-red de Salud Santa Cruz. La muestra (35); fue diseñada según la fórmula estadística para poblaciones finitas, el cual se detalló en los siguientes parámetros: N = es el total de la población, =134; p = 0.50; q = (1- p); Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96; e = Error 0.05, resultando que n = 100. Donde el tipo de muestreo aplicado en la investigación fue probabilístico.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se efectuó mediante una Guía de Observación y Ficha de Análisis (36), en el presente estudio se analizaron las HC para lograr conceptos importantes, lo que permitió expresar el contenido sin ambigüedades. En el presente estudio, los formatos de HC, fueron registrados por los profesionales de la salud, de la muestra de estudio en cuanto al seguimiento que hace de sus pacientes afectados por el coronavirus, la segunda técnica permitió realizar la evaluación de la variable uno de los pacientes diagnosticados con COVID-19. La validación de los instrumentos, se realizó mediante un juicio de expertos, donde evaluaron el instrumento conjuntamente con la operacionalización de variables. Donde los jueces revisaron una cartilla para que

puedan valorar el instrumento, buscando su aprobación según su criterio y experiencia.

Tabla 1 Validación por juicio de expertos del instrumento Ficha de análisis de la variable 1

Nº	Grado Académico	Experto	Evaluación	índice
1	Dra.	Mogollón Torres Flor	44/44	1.0
2	Mg.	Chávarry Isla Abel Eduardo	44/44	1.0
3	Mg.	Villón Prieto Rafael D.	44/44	1.0
Total				1,0

Nota: Elaboración propia

Tabla 2 Validación por juicio de expertos del instrumento Ficha de análisis de la variable 2

Nº	Grado Académico	Experto	Evaluación	índice
1	Mg.	Mogollón Torres Flor	9/9	1.0
2	Dr.	Chávarry Isla Abel Eduardo	9/9	1.0
3	Dr.	Villón Prieto Rafael D.	9/9	1.0
Total				1,0

Nota: Elaboración propia

Para la confiabilidad del instrumento aplicado en la primera y segunda variable, se logró con la aplicación de una prueba piloto; así mismo, se aplicó la prueba de confiabilidad de Kuder Richardson (k20) obteniendo puntuación V. 1: 0.80 y la V. 2: 0.77 encontrándose en un nivel “confiabilidad fuerte”. (ver anexo 9)

3.5. Procedimiento

En la presente investigación, se procedió a realizar una búsqueda exhaustiva acerca de problemas relacionadas al tema, tanto a nivel internacional, nacional y local. Además, se encontraron investigaciones relacionadas a las variables de calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional. Luego se identificó la metodología que se utilizó en la identificación reconociendo el tipo y diseño de la misma. Por consiguiente, se procedió a identificar las dimensiones de las variables para que de esta manera se realicen los instrumentos de recolección de datos, las cuales se realizaron con el fin de juntar información de campo, luego de aprobado el proyecto, se procedió a gestionar la autorización

del departamento de investigación de la Universidad César Vallejo, para luego presentar la documentación pertinente a la dirección de la Red de Salud Santa Cruz y jefatura de la IPRESS de Santa Cruz, para tener el acceso a la recopilación de datos mediante la aplicación de los instrumentos antes mencionados.

3.6. Método de análisis de datos

Métodos del nivel descriptivo (38), estuvieron basados en el análisis según la recolección de la data, descrito en un contexto clínico para identificar el problema y una posible solución. Para la investigación se utilizó el método descriptivo, que sirvió para analizar la data extraída del contexto situacional. También, se empleó el método de procesamiento de información, los análisis ligados a las hipótesis, con la ejecución de las pruebas estadísticas denominada Correlación de Pearson. Cuyos datos fueron analizados mediante el sistema estadístico SPSS con un respaldo digital en hojas de cálculo.

3.7. Aspectos éticos

La ética, se ha convertido en una matriz preponderante en la praxis de toda la investigación (39). Así mismo, un argumento poderoso es la aceptación social del conocimiento producido (40). Desde el punto de vista nacional, la investigación científica ha generado que las organizaciones sanitarias formen sus comités de ética, con la finalidad de salvaguardar la dignidad y los derechos a la reserva de la identidad. (42)

Para el presente estudio, se eligió a los aspectos éticos, fundamentados en los principios éticos, según Belmont (42), refiere: (i) Respeto hacia la persona, brindándole un seguimiento especial; (ii) Condición de independientes, para su condición de decisión sea el sustento de su decisión; (iii) La beneficencia, está centrado a las actitudes de las personas, garantizando la protección integral del contenido de las HC antes de que el investigador entre en la satisfacción del investigador en búsqueda de información; (iv) la Justicia, es parecido a equilibrio, es por eso, que cada persona debe ser tratada con equidad, sin discriminación de credo, rasgo social, económico o ético. Es así, que la información recolectada de las HC es tratada de forma a nominó, con el compromiso de proteger la identidad del paciente y del profesional de la salud quien registro la HC.

IV. RESULTADOS

Objetivo general

Tabla 3 Determinación de la calidad de registro de la historia clínica

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	32	49,2	49,2	49,2
Regular	30	46,2	46,2	95,4
Bueno	3	4,6	4,6	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS
De acuerdo a la tabla 3 se ha determinado la calidad del registro de la historia clínica donde 49,2% de los registros son deficiente; 46,2% de los registros son regulares y 4,6% de los registros son buenos.

Esto quiere decir, que el 49,2% de registros de historias clínicas presentan deficiencias, esto debido a las deficiencias en el triaje, en la ficha epidemiológica y en el reporte de prueba rápida

Tabla 4 Correlación entre la variable uno y la variable dos

Variables		Calidad de registro de la historia clínica	Seguimiento Profesional
Rho de Spearman	Calidad de registro de la historia clínica	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	65
	Seguimiento Profesional	Coefficiente de correlación	0,618
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	65

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

Los resultados nos permiten afirmar que existe relación entre a Variable uno y la variable dos, resultado que es corroborado con la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que la calidad de registro de la historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

Hipótesis

H₁: Existe relación significativa entre la Historia clínica y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz

H₀: No existe relación significativa entre la historia clínica y el seguimiento profesional en pacientes con COVID-19

Dado que $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000) existe correlación entre la Variable uno y la Variable dos, de manera que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se afirma que la Historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

Objetivos específicos 1

Tabla 5 Identificación de la calidad del registro del formato de triaje

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	44	67,7	67,7	67,7
Regular	21	32,3	32,3	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

De acuerdo a la tabla 5 se ha identificado la calidad del registro del formato de triaje donde 67,7% de las fichas tienen un formato deficiente; 32,3% de las fichas tienen un formato regular.

Tabla 6 Correlación entre la dimensión uno de la variable uno con la variable dos

Variable	Formato de Triaje	Seguimiento Profesional		
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	0,522	
	Formato de Triaje	Sig. (bilateral)	.	0,000
	N	65	65	
	Coeficiente de correlación	0,522	1,000	
	Seguimiento Profesional	Sig. (bilateral)	0,000	.
	N	65	65	

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

La lectura de estos resultados nos permite afirmar que existe relación entre la dimensión uno de la variable uno con la variable dos, resultado que es corroborado con la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que la dimensión uno de la variable uno se relaciona con la variable dos.

A través de estos resultados se pudo corroborar la hipótesis específica número uno, donde $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000) existe correlación entre la dimensión uno de la variable uno con la variable dos, de manera que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se afirma que la dimensión uno se relaciona con la variable dos de la presente investigación.

Objetivos específicos 2

Tabla 7 Descripción de la dimensión dos de la variable uno

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	17	26,2	26,2	26,2
Regular	46	70,8	70,8	96,9
Bueno	2	3,1	3,1	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

De acuerdo a la tabla 7 se ha descrito la calidad del formato de realización de prueba rápida donde 26,2% de las fichas tienen un formato deficiente; 70,8% de las fichas tienen un formato regular y en menor porcentaje 3,1% de las fichas tienen un formato bueno.

Esto quiere decir, que en su mayoría los formatos de realización de prueba rápida son regulares.

Tabla 8 Correlación entre la dimensión dos de la variable uno con la variable dos

Variable		Formato de realización de prueba rápida	Seguimiento Profesional
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	0,535
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	N	65	65
	Coeficiente de correlación	0,535	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	N	65	65

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

La lectura de estos resultados nos permite afirmar que existe relación entre la dimensión dos de la variable uno con la variable dos del presente estudio, resultado que es confirmado con la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que dimensión dos de la variable uno se relaciona con la variable dos de la presente investigación.

Se comprobó la segunda hipótesis específica, dado que $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000) existe correlación entre la dimensión dos de la variable uno con la variable dos, de manera que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se afirma que la dimensión dos de la variable uno se relaciona con la variable dos del estudio.

Objetivos específicos 3

Tabla 9 Descripción de la dimensión tres de la variable uno

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	36	55,4	55,4	55,4
Regular	21	32,3	32,3	87,7
Bueno	8	12,3	12,3	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

De acuerdo a la tabla 9 se ha descrito la calidad del formato de investigación epidemiológica donde 55,4% de las fichas tienen un formato deficiente; 32,3% de las fichas tienen un formato regular y en menor porcentaje 12,3% de las fichas tienen un formato bueno.

Esto quiere decir, en su mayoría la calidad del formato de investigación epidemiológica presenta deficiencias.

Tabla 10 Correlación entre la dimensión tres de la variable uno y la variable dos

Variable		Formato de investigación epidemiológica	Seguimiento Profesional
Rho de Spearman	Formato de investigación epidemiológica	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	65
	Seguimiento Profesional	Coeficiente de correlación	0,691
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	65

Nota: Elaboración propia tomada del SPSS

La lectura de estos resultados nos permite afirmar que existe relación entre la dimensión tres de la variable uno y la variable dos, resultado que es confirmado con la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que entre la dimensión tres de la variable uno con la variable dos.

Finalmente se comprobó la tercera hipótesis específica, donde $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000) existe correlación entre la dimensión 3 de la variable uno y la variable dos, de manera que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se afirma que la dimensión tres de la variable uno se relaciona con la variable dos de la presente investigación.

V. DISCUSIÓN

El registro de la historia clínica fue evidencia de la atención brindada por el personal sanitario, así como acciones encaminadas a mejorar la salud de los usuarios. Los principales factores que disminuyeron en la tramitación del registro clínico fueron la sobrecarga de laboral, así como la ausencia de personal y los formatos de registro. Además, facilitar las anotaciones que deben contribuir a mejorar el registro de la información de forma clara, legible y ordenada.

Es así como empieza la discusión del primer objetivo específico fue identificar la relación entre la variable uno y la variable dos, donde en la tabla 5, donde 67,7% de las fichas clínicas su calidad de registro es deficiente, mientras que el 32,3% presenta una calidad regular. Este porcentaje negativo repercute en el seguimiento clínico del paciente, asimismo para una posterior atención repercute en consignar de forma adecuada el diagnóstico de un paciente según su historia clínica generando un problema y/o confusión en la toma de decisiones de parte del personal asistencial dilatando la asistencia según la emergencia que presenta el paciente. Sin embargo, el no consignar adecuadamente el registro de triaje de un paciente, genera consecuencias relacionadas en la salud por la atención tardía e inoportuna que reciben, porque existe la posibilidad que pueda incrementarse la morbimortalidad y llegar a un diagnóstico erróneo.

El correcto llenado de la información en el registro de triaje debe ser considerada una prioridad, porque se está evidenciando la necesidad que el paciente con diagnóstico COVID-19 necesita, es por ello, la importancia del uso y correcto llenado del registro por parte del personal asistencial, porque permite una evaluación de forma meticulosa a los pacientes que presentan la enfermedad del COVID-19. Mientras, que el 32.3% de los registros clínicos presentan un nivel de calidad regular.

Estos resultados se contraponen al tema de Zegers M., et al (1), quienes demostraron que la baja calidad de los datos en los registros de la HC de los usuarios, puede ser una razón o resultado de la inadecuada naturaleza de la atención en la región de bienestar y, posteriormente, muy bien podría estar relacionado con ritmos más altos de enfermedades de los servicios médicos. Los

errores en el registro de HC son continuos en el campo clínico y generan conclusiones desfavorables hacia los usuarios. Estos resultados fueron contrarios a la exploración realizada por Álvarez J. y además, Rodríguez L. (8), reflejando que el 90% se relaciona con una ejecución satisfactoria de enfoques de seguridad y grandes trabajos clínicos de los profesionales de la salud que son responsables del tratamiento oportuno hacia el usuario.

Es así, que la calidad analítica dependía de los registros clínicos desglosados, junto con los informes relacionados. Asimismo, se contrastaron y el interrogatorio de Cabazcago J. (10); donde las consecuencias del trabajo observaron diversas trascendencias donde se estima la naturaleza de las anotaciones de información en las HC fueron acentuados, donde el 100% de la totalidad, solo el 67,99% cumplió como calidad digna, se recomienda que existiera un comprobado defecto, que debería ser tratado y eludido en clínicas. Finalmente, encontramos un estudio como las secuelas del estudio, considerando a Barrera A. (12), obteniendo así que el 98,8% de las historias clínicas introducen un carácter habitual del total de las 85 historias clínicas analizadas. El resultado es 87,1% normal en tamaño completo. Además, 50,6% de baja calidad y 49,4% ordinario en tamaño comprensible y 97,6% de calidad típica en tamaño genuino. En la conclusión detallaron que existe problemas internos que socavaron el déficit de ordenamiento de la administración de bienestar en el archivador de las HC marítimo, el rango no es lo adecuado, por tanto, se deben seleccionar las carpetas que se encuentran en el recinto teniendo en cuenta todos los enfoques clínicos, por ejemplo, la instancia del Centro de Salud Santa Cruz.

Estos resultados se sustentan en la hipótesis de Urzúa A. también, Caqueo A (19), quien caracterizó la HC como un informe con límite evidencia insuperable. Donde, objeto de evaluación e investigación dentro de los patrones de compromiso de la capacidad clínica de enfermería, resultó rentable para los especialistas en prosperidad recopilar la información de todos los usuarios considerados importantes, sino también diversos formatos del profesional enfermero, como es, el control permanente defluidos, drogas, síntomas fundamentales, entre otros. Fundamento, el accionar de la enfermera, que sea idéntico al registro establecido por las normativas vigentes, guías y protocolos,

reflejando así el cuidado oportuno, pero nuevamente es un ensayo de reglas para la mejora humana, buena, particular y coherente. Recuerde que la muestra de cuidado no registrada sugiere que no se hizo sobre una base real.

De acuerdo a la investigación, realizada por Suárez M. (20) sostuvo que las HC consisten en un expediente completa de toda la información personal, clínica del usuario, de las actividades de ayuda al diagnóstico y terapéuticas realizadas durante la estancia hospitalaria, desde el momento del ingreso al hospital hasta el alta del mismo. De estas comparaciones surgió la conciencia en la historia clínica como clara evidencia de la asistencia, favoreciendo su continuidad y teniendo un carácter asistencial legal y ético, la carga de trabajo y la falta de personal fueron los principales factores que redujeron su calidad. Estrategias de mejora enfocadas a diseñar un nuevo formato de registro para facilitar la atención brindada.

Continuando con la discusión del segundo objetivo específico de la presente investigación, es que se puede evidenciar el resultado en la tabla 8, donde se afirma que existió una correlación fuerte y directa entre la dimensión dos de la variable uno y la variable dos del presente estudio, el cual fue determinada mediante la prueba estadística Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Es decir, fue imprescindible realizar un correcto llenado de datos en el formato de prueba rápida para diagnosticar si un paciente presenta infección viral del COVID-19, clasificando de manera certera a pacientes con diagnóstico positivo, pudiendo propagar la enfermedad en su entorno.

Un adecuado registro en la ficha de prueba rápida, fue determinante para el diagnóstico de la enfermedad, no menos relevante fue realizar una buena toma de muestra al paciente, procedimiento que contribuyó a la conservación de la muestra y la fiabilidad del resultado final. En este sentido, los errores de diagnóstico como consecuencia de incorrectos procedimientos, pueden ocurrir en los centros de salud, sobre todo cuando el personal estuvo sometido a entregar resultados bajo alta presión laboral o colapso del nosocomio clínico. Esto permitió al personal asistencial realizar un adecuado seguimiento al paciente con diagnóstico positivo de COVID-19. Donde, se le asigna por

médico(a) y equipo de brigada alerta respuesta rápida el cupo de hasta 15 pacientes para seguimiento por turno de atención, realizando así un seguimiento clínico a través de la visita domiciliaria que se realiza después de haber sido diagnosticado a los 24 horas y 72 horas.

Así mismo el seguimiento clínico se realiza de desde el primer día de haber sido diagnosticado hasta los 14 días a través de llamadas telefónicas, el cual se les asigna el cupo hasta de 20 seguimientos por turno de atención. Durante la llamada telefónica para el seguimiento clínico a distancia, el profesional de salud encargado debe corroborar los datos personales, dirección del paciente contactado, signos y síntomas que estuviese presentando durante la enfermedad.

Estos resultados de Carhuamaca O., et al (14) donde descubrieron insuficiencias estampadas en 39%, con respecto a la inscripción de la parte de control de la historia clínica de los pacientes. Las decepciones se distinguieron en la bóveda de la enfermedad de impulso y precursores en condiciones de mejorar, de la misma manera se encontraron insuficiencias en la biblioteca básica del estado general del paciente. Por otra parte, el estado de salud de los pacientes no se registró en los registros clínicos. En ese momento, no se encontró una variedad de documentos en cuanto al desarrollo para el seguimiento comparativo. Destacó que existen innumerables ocurrencias en las historias clínicas, con el argumento de que la seguridad de los pacientes estaba en peligro.

Se sustenta en la hipótesis de Duarte I. et al (26) quienes afirmaron que las historias clínicas deben tener los atributos acompañantes: el primero de ellos es la objetividad, es decir, deben estar compuestas desapasionadamente, deben estar compuestas con imparcialidad, sin inclinaciones, sin evaluar opciones o sinceridad. Lo exorbitado y la exactitud deberán ser precisas y comprensibles, ya que los resultados serán insignificantes de los demás en el supuesto de que se puedan desarrollar. Así mismo, es la participación, las inscripciones deben realizarse simultáneamente con el guía y no dejarlas hasta el alta del paciente.

Discutiendo el tercer objetivo específico donde hace énfasis la dimensión tres de la variable y la variable dos, se puede evidenciar el resultado en la tabla N°9

tenemos un 55,4% de fichas epidemiológicas con un formato deficiente; mientras que el 32,3% de las fichas tienen un formato regular, es decir el personal sanitario no tiene en cuenta la importancia de la recopilación de data utilizando protocolos de investigación, fundamental adecuar las recomendaciones para la definición y vigilancia de casos, caracterizar los principales aspectos epidemiológicos del COVID-19, procurando ayudar a su propagación, gravedad, espectro de la enfermedad e impacto en la comunidad, así como difundir instrucciones para la aplicación de contramedidas , cómo aislar casos y hacer un seguimiento de las personas con las que puede haber estado en contacto.

Estos resultados son como la investigación de Conesa D., et al (11), quienes acentuaron que el 25% de las historias clínicas demostraron falta de administración de la historia clínica; Asimismo, el 11,12% reveló que la naturaleza de las historias clínicas era inadecuada; lo que obligó al cliente español a utilizar la pantalla del PC. Prueba de que las historias clínicas presentan una inadecuación en su composición, ya que no presentan conocimiento y unión de pensamientos como lo indica la determinación del paciente; haciendo que la vulnerabilidad y el miedo sean dinámicos, dañando la fuerza del paciente.

Estos resultados fueron contratados hipotéticamente, Manrique J. et al (22), quienes atestiguan que la HC es un montón de archivos donde un montón de datos (individuales, de bienestar, sociales y legítimos) son inscritos por especialistas y cuidadores médicos con como para un paciente específico, para identificar qué le influye en el sentimiento de determinación útil. Además, en ocasiones posteriores, estar debidamente preparado para las mediaciones clínicas. La trascendencia de la no aparición de la consideración otorgada al paciente puede percibirse como una deficiencia lícita, moral y experta, que ante la incertidumbre de si el experto en enfermería está aceptando o no la rendición de cuentas por sus intercesiones, así como concluir que a nivel individual debe tomar en la actividad de su vocación. La documentación sobre la práctica de enfermería es importante para evaluar y mejorar su adecuación y rentabilidad.

Finalmente se analiza el objetivo general consiste en relacionar la variable uno y la variable dos, donde mediante pruebas estadísticas se puede evidenciar graficado en la tabla 4. Donde se determinó que existe una correlación positiva mediante la prueba estadística de correlación de Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que la variable uno de relaciona con la variable dos de la presente investigación. Estos resultados se oponen con Espinoza H. y Sánchez K. (15); se realizó la evaluación de registro de un total de 380 historias clínicas del centro de salud, se detectó que, de 380 historias clínicas, 294 fichas no registraron el N° de HC, que simboliza el 77%. Luego, del total de 380 fichas, el 174 no registraron nombres y apellidos del paciente. Los resultados fueron de una evidencia, que los profesionales de la salud en los diversos formatos que forma parte la HC lo dejan sin llenar, mucho de ellos sin datos generales de las personas, los cuales son importante para el paciente y para los mismos profesionales para la realización del seguimiento oportuno a los usuarios, de los cuales se evidencio en las áreas de las dos IPRESS en estudio. Finalmente, Silva J. (3), mencionó que, en los establecimientos hospitalarios de Guatemala, han obtenido un avance significativo en la mejora de la calidad del registro clínico, generando una mejora en la calidad de atención para los pacientes. Finalmente se contrastó con la Norma Técnica de Resolución Ministerial (28). Informando que los registros clínicos deben consignarse en el proceso de atención, documento de valor legal formal y escrito considerado como indicador del desempeño del personal de salud, referidas a la evolución del cuidado que brinda, es por ello que deben realizar registros significativos plasmados en forma clara y precisa. La importancia de un buen registro de historia clínica radica permitió supervisar de manera indirecta la eficacia de la atención, porque muestran las experiencias, conocimientos, capacidades y habilidades del personal de asistencial para detectar fallas y necesidades que deben ser resueltas, es la síntesis de la atención proporcionada al paciente y la respuesta a los cuidados recibidos.

VI. CONCLUSIONES

Conclusión general.

Después de la aplicación de los instrumentos, se concluyó que existe una correlación entre las variables de la investigación, el cual fue determinada mediante prueba la estadística Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que la variable uno se relaciona con la variable dos.

Conclusión específica 1.

Se concluyó, en cuanto al registro del formato de triaje un porcentaje considerable (67.7%) fue deficiente debido a que carecen de precisión en los datos personales y clínicos. Se pudo corrobora que exigió una correlación de 0.618 entre la dimensión calidad de registro del formato de triaje y la variable seguimiento profesional, el cual fue obtenida mediante la prueba de Rho Spearman. Rechazándose la hipótesis nula y aceptándose la hipótesis alterna.

Conclusión específica 2.

Existe un porcentaje superior (70.8%) de historias clínicas catalogándolo como regular en cuanto al vaciado según la estructura y/o formato de realización de prueba rápida. Mientras que, solo el 3.1% realizan un adecuado correcto y adecuado registro. Se determinó que una correlación significativa de 0,522 entre la dimensión dos de la variable uno y la variable dos, el cual fue obtenida mediante la prueba de Rho de Spearman. Rechazándose la hipótesis nula, aceptándose la hipótesis alterna.

Conclusión específica 3.

Con respecto a la calidad del formato de investigación epidemiológica, el 55,4% de las fichas tienen un formato deficiente e inconcluso generando confusión al personal de salud y 32,3% de las fichas tienen un formato regular en el llenado, lo cual repercute en la asistencia, tratamiento, cuidado y seguimiento que recibe el paciente diagnosticado con COVID-19. Existe relación entre el formato de investigación epidemiológica y la variable seguimiento profesional cuyo valor arrojó un nivel de significancia de 0.535.

VII. RECOMENDACIONES

Recomendación general.

Se recomienda Dirección de la Unidad Ejecutora de Salud, Médico auditor de la Red de Salud Santa Cruz, a la jefatura del Centro de Salud Santa Cruz, Jefe del Servicio y a monitorear constantemente la gran variedad de historias clínicas verificando la correcta redacción y llenado de las mismas, tomando énfasis en el registro de las historias clínicas de triaje, asimismo, mejorar su precisión con respecto al diagnóstico que presenta el paciente, de manera que se evidencie la minuciosidad y contribuir en forma positiva en la mejora de la calidad de atención y seguimiento a nuestros pacientes diagnosticados con COVID-19.

Recomendación específica 1.

Se recomienda al médico auditor de la Red de Salud y al jefe del centro de salud, realizar monitoreo y verificación la calidad y el uso adecuado en el llenado de historias clínica según su estructura o formato, específicamente en el formato de triaje diferenciado. Además, realizar un seguimiento minucioso y empático con pacientes diagnosticados con COVID-19.

Recomendación específica 2.

Se recomienda al médico auditor de la Red de Salud y al jefe del Centro de Salud Santa Cruz, realizar monitoreo y verificación del uso adecuado en el llenado de historias clínica específicamente en el formato de realización de prueba rápida y el registro del seguimiento minucioso en pacientes diagnosticados con COVID-19.

Recomendación específica 3.

Se recomienda al jefe del Centro Salud y al Médico auditor conjuntamente con la Dirección de Servicios de la Salud de la Red de salud Santa Cruz a realizar capacitaciones constantes al personal de la salud sobre la gestión adecuada de las historias clínicas enfatizando el empleo y uso adecuado de las fichas epidemiológicas para un adecuado diagnóstico que presenta un paciente con COVID-19 para posteriormente realizar el seguimiento oportuno a los pacientes COVID-19.

VIII. PROPUESTA

Título Propuesta: Propuesta de mejora en la actual gestión de la historia clínica del C. S. Santa Cruz.

Presentación: Se propone un “Plan de mejora de gestión de la calidad de la historia clínica” donde este detallado la metodología e implementación de la actual gestión de la historia clínica centrándose en el primer nivel de atención; teniendo en cuenta en establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas.

Conceptualización de la propuesta: La propuesta encamina al cumplimiento de ejecución de actividades de planificación, organización, implementación, ejecución y evaluación que permitan el diseño y elaboración del material para el cumplimiento de la presente.

Objetivos de la propuesta

Objetivo general: Diseñar un plan de mejora de gestión de la calidad de la historia clínica en consulta externa del centro de salud Santa Cruz.

Objetivo Específico: Elaborar y ejecutar el plan con el personal administrativo de la Red de Salud Santa Cruz y personal asistencial del C. S. Santa Cruz de las áreas de admisión, triaje y consultorios externos.

Justificación: Se justifica porque su elaboración y difusión brindará información de mejora el registro de la calidad de HC del C. S. Santa Cruz, teniendo en cuenta el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando así los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud.

La propuesta tiene relevancia social, ya que se difundirá con todo el personal de la salud que trabaja en dicha IPRESS. Su implicancia práctica ayudará a una adecuada gestión de la Historia clínica y prevenir posibles sanciones legales. Como valor teórico pretende que, de llevar un buen control en la ejecución de las actividades programadas en el plan de. Del punto de vista metodológico, esta experiencia originará la creación de un instrumento metodológico de evaluación que permita la recopilación de datos para la evaluación post aplicación de la propuesta en el Centro de Salud Santa Cruz.

Fundamentos: Desde el punto de vista administrativo, la propuesta se fundamenta en la adquisición de los conocimientos básicos y fundamentales de la buena calidad de la gestión de historia clínica, contribuyendo a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas; en el fundamento fisiológico, radica en el bienestar de la salud para el seguimiento oportuno de los pacientes post- atención; en el aspecto psicológico, comprende el proceso de prevención de posibles procesos legales; en el fundamento sociológico, la educación de la gestión de la historia clínica; en cuanto al fundamento pedagógico, la constante educación de acciones en beneficio de la adecuada gestión de la historia clínica hacen que realice el cumplimiento adecuado de la misma.

La propuesta se fundamentó teóricamente con Brito N. (25), quien aduce que los registros de las historias clínicas permiten relacionar los conocimientos y la práctica clínica, como una herramienta que facilita la capacidad para aprender a aprender desde las experiencias y los aprendizajes que se generen de esta

Principios: Compromiso de los directivos de la Red de Salud Santa Cruz, gerente, personal de la salud del C. S. Santa Cruz, para realizar un adecuado manejo de la misión de la HC en veneficio del personal de la salud y del paciente.

Características: Está centrada en la mejora de la calidad de la gestión de la historia clínica.

Estructura del modelo: Se sintetiza de manera gráfica el modelo de la propuesta. (ver anexo 11)

Estrategias para implementar el modelo: De acuerdo al estudio realizado se encontró las siguientes dificultades por lo cual se diseña la implementación de la propuesta. (ver anexo 12)

Evaluación de la propuesta: Evaluación periódica a cargo de la Dirección de Servicios de da Salud de la Red Santa Cruz y jefe del Centro de Salud Santa Cruz a través de formatos de evaluación de historia clínica.

REFERENCIAS

1. Zegers M, Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C. Quality of patient record keeping: An indicator of the quality of care? *BMJ quality & safety* [Internet]. 1 de febrero de 2011; 20:314-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/49819862_Quality_of_patient_record_keeping_An_indicator_of_the_quality_of_care
2. Takalani M, Tebogo M, Mamogobo P, Masenyani M. Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis* [Internet]. 30 de julio de 2018 [citado 26 de octubre de 2020];41(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6111626/>
3. López J, Moreno M, Saavedra C. The importance of the clinical registry of nursing: a qualitative approach. 2017 [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/edgar2017/Downloads/Dialnet-LaImportanciaDelRegistroClinicoDeEnfermeriaUnAcerc-6442669.pdf>
4. Hernández L, Urbina A. Implementation of quality control circles for the improvement of nursing records [Internet]. *Enfermería21*. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81176/implementacion-de-circulos-de-calidad-para-la-mejora-del-registro-de-enfermeria/>
5. Gil K, Cabanillas M, Rivera J, Cedamano C. Norma técnica de la salud para gestión de la historia clínica [Internet]. Lima; 2018 p. 142. Report No.: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”: NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada por Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N°265-2018/ MINSA. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
6. Silva J. Calidad de los registros clínicos. 2020; Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7797/Calidad_SilvaChavez_July.pdf?sequence=3&isAllowed=y
7. Rojas A. Incidencias en las historias clínicas. Santa Cruz- Cajamarca; 2020. Report No.: 4.

8. Álvarez JA, Rodríguez L. Calidad en el registro de historia clínica en el servicio de hospitalización de medicina interna, en el último trimestre del 2016. Clínica Foscal, Floridablanca. 2017 [citado 26 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/1663>
9. Martínez Y. Propuesta metodológica para la gestión de la historia clínica electrónica en la red integrada de servicios de salud – ESE. Estudio de caso [Internet]. [Bogotá]: Universidad de La Salle; 2017. Disponible en: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1130&context=sistemas_informacion_documentacion
10. Luna J, Cabascango J. Calidad de registro de datos en las historias clínicas de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. 2017 [citado 26 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12219>
11. Conesa González A, Pastor Duran X, Lozano-Rubi R. Effectiveness of an assessment of computerised medical records in a university hospital [Internet]. 2017 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-169238>
12. Barrera K. Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2017 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/8772?locale-attribute=es>
13. Portugal L. Gestión de las historias clínicas en el servicio de admisión de la micro red de salud Santa Luzmila, Comas, 2017 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/15867/Portugal_LL_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Carhuamaca A, Quispe M, Rodríguez M. Calidad de registro de las historias clínicas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia-Lima [Internet]. Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. Disponible en:

http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9991/1/2019_Carhuamaca%20Salvador.pdf

15. Espinoza C, Sánchez Z. Calidad de registro de historias clínicas de consulta externa de medicina general en dos centros de salud de Chiclayo, 2018 [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/8483>
16. Pérez Y, Yampufe J. Calidad del registro de historias clínicas elaboradas por internos de medicina. [Internet]. [Chiclayo]: Universidad San Martín de Porres; 2020. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5970/yampufe_cjm.pdf?sequence=1
17. Menéndez F. La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos.: ¿Qué es la evidencia en salud mental? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. septiembre de 2012 [citado 26 de octubre de 2020];32(115):547-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352012000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería - 9th Edition [Internet]. 2011 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
19. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet]. abril de 2012 [citado 26 de octubre de 2020];30(1):61-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Suárez M. Nursing Records as Evidence of Care. 2013;8.
21. Feinstein A. Quality of data in the medical record. Computers and Biomedical Research [Internet]. 1 de octubre de 1970 [citado 26 de octubre de

- 2020];3(5):426-35. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010480970900042>
22. Manrique J, Chávez B, Manrique C. Quality evaluation of the records using dental audit in a teaching dental clinic. 24. 2014;1.
23. Laín Entralgo P. La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico. 1950 [citado 26 de octubre de 2020]; Disponible en:
<http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-historia-clinica-historia-y-teoria-del-relato-patografico/>
24. Rocano E. Quality evaluation of the records of the dead patient's medical charts in the Emergency Department of a General Hospital. 2008; Disponible en:
http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_21_2_2008/01.pdf
25. Brito N. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas [Internet]. 2013 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-11/>
26. Duarte I, Palma M, Vega J. "Causas que limitan la correcta Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería". 2015; Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/83116555.pdf>
27. Alejandra C, Fontán V, Martins A, Piriz Y. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad. [Internet]. Uruguay; 2010 p. 59. Disponible en:
<https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0345TG.pdf>
28. Rosell G. Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019- nCoV. 2020;29. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505245/resolucion-ministerial-039-2020-MINSA.PDF>
29. Zamora V. Prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. 139 [Internet]. 2020; 3:41. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574295/resolucion-ministerial-139-2020-MINSA.PDF>

30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. México: Mc Graw Hill; 2010. 656 p. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
31. Mousalli G. Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa [Internet]. Vol. 3. Venezuela; 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cuantitativa
32. Fidas G. El proyecto de investigación [Internet]. Vol. 6. Venezuela: Episteme; 2006 [citado 26 de octubre de 2020]. 146 p. Disponible en: http://planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com/2013/04/tipos-y-diseño-de-la-investigación_21.html
33. Gómez S. Metodología de investigación. 2012; 96:92. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf
34. Bernal C. Metodología de la investigación [Internet]. Colombia: Pearson; 2010. 332 p. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
35. D'Ángelo S. Población y muestra [Internet]. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste; 2010. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA%20\(Lic%20DAngelo\).pdf](https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA%20(Lic%20DAngelo).pdf)
36. Belmont O. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. :11. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
37. González M, López J, Luján J. Los autores están vinculados al INVESCIT (Instituto de Investigaciones sobre Ciencia y Tecnología) de Madrid. Marta I. González García ha contribuido como becaria MEC-Fulbright postdoctoral en la Universidad de Minnesota; José A. López Cerezo, como profesor titular de Lógica y Filosofía de la Ciencia en la Universidad de Oviedo; y José L. Luján López, como investigador del Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo

Superior de Investigaciones científicas (CSIC) en Madrid. [Internet]. 2012 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-126.htm>

38. Lakatos I, Feyerabend P. For and Against Method. Ed. By Matteo Motterlini. The University of Chicago Press. Chicago; 1999.
39. Olivé L. El Bien, el Mal y la Razón. Paidós y Universidad Autónoma de México. México. México: Pearson; 1999.
40. Meo I. Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social la experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. 2010;44(1):31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950240001.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia

Tabla 11 Matriz de consistencia

Título: Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID 19 del Centro de Salud Santa Cruz.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Conclusiones	Recomendaciones
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General		
¿De qué manera la Calidad de Registro de la Historia Clínica se relaciona con el Seguimiento Profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz?	Determinar la relación entre la calidad de registro de la historia clínica y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.	La calidad de registro de la Historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz	Después de la aplicación de los instrumentos, se concluyó que existe una correlación entre las variables de la investigación, el cual fue determinada mediante prueba la estadística Rho de Spearman con $p < 0,05$ (significancia bilateral = 0,000). Por lo que se afirma que la calidad de registro de la historia clínica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.	Se recomienda Dirección de Servicios de la Salud de la Red de salud, Médico auditor de la Red de Salud Santa Cruz, a la jefatura del Centro de Salud Santa Cruz, Jefe del Servicio y a monitorear constantemente la gran variedad de historias clínicas verificando la correcta redacción y llenado de las mismas, tomando énfasis en el registro de las historias clínicas de triaje, asimismo, mejorar su precisión con respecto al diagnóstico que presenta el paciente, de manera que se evidencie la minuciosidad y contribuir en forma positiva en la mejora de la calidad de atención y seguimiento a nuestros pacientes diagnosticados con COVID-19.
Problema Específicos	Objetivo Específicos	Hipótesis Específicos		
¿De qué manera la Calidad del registro del formato de triaje diferenciado se relaciona con el Seguimiento Profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz?	Identificar la relación entre la Calidad del registro del formato de triaje diferenciado y el Seguimiento Profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz	La calidad del registro del formato de triaje diferenciado se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz	Se concluyó, en cuanto al registro del formato de triaje un porcentaje considerable (67.7%) fue deficiente debido a que carecen de precisión en los datos personales y clínicos.	Se recomienda al médico auditor de la Red de Salud y al jefe del centro de salud, realizar monitoreo y verificación la calidad y el uso adecuado en el llenado de historias clínica según su estructura o formato, específicamente en el formato de triaje diferenciado. Además, realizar un seguimiento minucioso y empático con pacientes diagnosticados con COVID-19.
¿De qué manera la calidad del formato de realización de prueba rápida se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz?	Describir la relación entre la calidad del formato de realización de prueba rápida y el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.	La calidad del formato de realización de prueba rápida se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz	Se concluyó, que existe un porcentaje superior (70.8%) de historias clínicas catalogándolo como regular en cuanto al vaciado según la estructura y/o formato de realización de prueba rápida. Mientras que, solo el 3.1% realizan un adecuado correcto y adecuado registro.	Se recomienda al médico auditor de la Red de Salud y al jefe del Centro de Salud Santa Cruz, realizar monitoreo y verificación del uso adecuado en el llenado de historias clínica específicamente en el formato de realización de prueba rápida y el registro del seguimiento minucioso en pacientes diagnosticados con COVID-19.
¿De qué manera calidad del formato de investigación epidemiológica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz?	Describir la calidad del formato de investigación epidemiológica y con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.	La calidad del formato de investigación epidemiológica se relaciona con el seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.	Con respecto a la calidad del formato de investigación epidemiológica, el 55,4% de las fichas tienen un formato deficiente e inconcluso generando confusión al personal de salud y 32,3% de las fichas tienen un formato regular en el llenado, lo cual repercute en la asistencia, tratamiento, cuidado y seguimiento que recibe el paciente diagnosticado con COVID-19.	Se recomienda al jefe del Centro Salud y al Médico auditor conjuntamente con la Dirección de Servicios de la Salud de la Red de salud Santa Cruz a realizar capacitaciones constantes al personal de la salud sobre la gestión adecuada de las historias clínicas enfatizando el empleo y uso adecuado de las fichas epidemiológicas para un adecuado diagnóstico que presenta un paciente con COVID-19 para posteriormente realizar el seguimiento oportuno a los pacientes COVID-19.

Nota: Elaborado por la propia investigadora.

Anexo 2 Matriz de operacionalización de las variables.

Tabla 12 Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexo en la Historia Clínica.	Triage	Precisión en los datos personal	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
					2		
					3		
					4		
					5		
					6		
					7		
					8		
					9		
					10		
			Ficha epidemiológica	Cuadro clínico	11		
					12		
					13		
					14		
					15		
					16		
					17		
					18		
					19		
					20		
			Reporte de prueba rápida	Registro de datos	21		
					22		
					23		
					24		
			Reporte de prueba rápida	Lugar de procedencia	25		
26							
27							
28							
Reporte de prueba rápida	Síntomatología	29					
		30					
		31					
		32					
Reporte de prueba rápida	Ejecución de prueba	33					
		34					
		35					
		36					
Reporte de prueba rápida	Diagnóstico de prueba rápida	37					
		38					
		39					
		40					
Reporte de prueba rápida	Ejecución de prueba	41					
		42					
		43					
		44					

Nota: Elaborado por la propia investigadora.

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 2: Seguimiento Clínico	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Datos Generales	Identificación	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
				Documento de identidad	2		
				Grupo ocupacional	3		
				Día de seguimiento	4		
			Evolución	Funciones vitales	5		
				Signos y síntomas	6		
				Signos de alarma	7		
				Condición de egreso	8		
				Referencia de contacto	9		

Nota: Elaborado por la propia investigadora.

Anexo 3 Instrumento de recolección de datos



Instrumento de recolección de datos

La Guía de observación tiene por objetivo medir la calidad del registro clínico y seguimiento profesional que se le realiza al paciente.

Edad:
Sexo: F () M ()

Fecha: / /
Tiempo de servicio: () años

En donde:

1: Si

2: No

Variable: Calidad de registro de la historia clínica	SI	NO	OBSERVACIONES
Dimensión Triage			
Indicador: Datos generales			
Nombres completos			
Fecha de nacimiento			
Tiene referencia de sexo			
Refiere número de teléfono celular			
Refiere correo electrónico			
Refiere dirección			
Refiere procedencia			
Refiere documento de identidad			
Indicador: Datos clínicos			
Tos			
Dolor de garganta			
Congestión nasal			
Fiebre			
Malestar general			
Dificultad respiratoria			
Diarrea			
Nausea /vomitó			
Cefalea			
Irritabilidad / Confusión			
Dolor muscular			
Dolor abdominal			
Dolor pecho			
Dolores articulares			
Dimensión Ficha epidemiológica			
Indicador: Datos generales de la notificación			
Tiene datos generales de la notificación			
Datos del paciente			
Refiere probable de infección			
Refiere información de domicilio del paciente			
Indicador: Cuadro clínico			
Refiere fecha de inicio de síntomas			
Refiere datos de evolución			
Refiere fecha de defunción (Si aplica)			

Refiere descripción de síntomas			
Refiere descripción de signos			
Refiere condiciones de comorbilidad			
Refiere información de viaje y exposición en los 14 días previos al inicio de síntomas			
Refiere datos de laboratorio			
Indicador: Diagnóstico Laboratorial			
Refiere nombre del registrador (profesional de la salud)			
Reporte de prueba rápida			
Dimensión: Reporte de prueba rápida			
Indicador: Registro de datos			
Contiene registro de los datos del paciente			
Indicador: Lugar de procedencia			
Refiere datos de establecimiento de origen			
Indicador: Sintomatología			
Refiere síntomas la enfermedad			
Indicador: Ejecución de prueba			
Refiere fecha de ejecución de la prueba rápida			
Indicador: Diagnóstico de prueba rápida			
Refiere procedencia de la solicitud de diagnóstico			
Refiere resultados de la prueba rápida			
Refiere clasificación clínica de severidad			
Refiere datos del personal que realiza la prueba rápida			

Variable: Seguimiento Clínico	SI	NO	Incompletos
Dimensiones: Datos Generales			
Nombres y apellidos completos			
Tiene documento de identidad			
Dimensión: Evolución			
Refiere grupo ocupacional			
Refiere día de seguimiento			
Refiere funciones vitales			
Refiere signos y síntomas			
Refiere signos de alarma			
Refiere condición de egreso			
Refiere nombre de contactos			

Anexo 4 Ficha de validación por expertos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Validación de escala valorativa para evaluar el instrumento

Chiclayo, 11 de noviembre de 2020

Señor
Mg.Mogollón Torres Flor
Ciudad. -

De mi consideración:

Reciba el saludo institucional y personal y al mismo tiempo para manifestarle lo siguiente:

El suscrito está en la etapa del diseño del Proyecto de Investigación para el posterior desarrollo del mismo con el fin de obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto se ha realizado un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que, reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del mismo.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento detallado con ficha técnica.
- Ficha de evaluación de validación.
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Cuadro de operacionalización de la variable.
- Descripción de las dimensiones.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

INSTRUMENTO

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Autor original:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth
ORCID: 0000-0001-8712-9277

3. Objetivo:

Recolectar datos para mejorar la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional.

4. Estructura y aplicación:

En la presente investigación la ficha de recolección de datos estará conformado por a 56 ítems, los cuales tienen relación con los indicadores de las dimensiones de las variables calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional

El instrumento será aplicado a una muestra de 100 historias clínicas.



FICHA TÉCNICA INSTRUMENTAL

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad del registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Estructura detallada:

En esta sección se presenta una tabla en la cual se puede apreciar las variables, las dimensiones e indicadores que la integran.

3. Estructura

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Triaje	Precisión en los datos personal	1-9
		Precisión en los datos clínicos	10-23
	Ficha epidemiológica	Datos generales	24-27
		Cuadro clínico	28-35
		Diagnóstico laboratorial	36-37
	Reporte de prueba rápida	Registro de datos	38
		Lugar de procedencia	39
		Sintomatología	40
		Ejecución de prueba	41
		Diagnóstico de prueba rápida	42-45
Variable 2:	Datos Generales	Identificación	46
		Documento de identidad	47
Seguimiento Clínico	Evolución	Grupo ocupacional	48
		Día de seguimiento	49
		Funciones vitales	50
		Signos y síntomas	51
		Signos de alarma	52
		Recuperado	53
		Fallecido	54
		Referencia de contacto	55



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos ESCALA VALORATIVA PARA EVALUAR CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SEGUIMIENTO PROFESIONAL EN PACIENTES COVID-19 DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ.

Autora: Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

La Guía de observación tiene por objetivo obtener la percepción sobre el tema de síndrome de burnout y bioseguridad por el COVID-19, por lo que se agradece su participación brindando respuesta a cada una de las preguntas.

Edad:
Sexo: F () M ()

Fecha: / /
Tiempo de servicio: () años

En donde:

- 1: Si
- 2: No

<i>Variable: Calidad de registro de la historia clínica</i>			
	SI	NO	OBSERVACIONES
Dimensión Triage			
Indicador: Datos generales			
<i>Nombres completos</i>			
<i>Fecha de nacimiento</i>			
<i>Tiene referencia de sexo</i>			
<i>Refiere número de teléfono celular</i>			
<i>Refiere correo electrónico</i>			
<i>Refiere dirección</i>			
<i>Refiere procedencia</i>			
<i>Refiere documento de identidad</i>			
Indicador: Datos clínicos			
<i>Tos</i>			
<i>Dolor de garganta</i>			
<i>Congestión nasal</i>			
<i>Fiebre</i>			
<i>Malestar general</i>			
<i>Dificultad respiratoria</i>			
<i>Diarrea</i>			
<i>Nausea /vomito</i>			
<i>Cefalea</i>			
<i>Irritabilidad / Confusión</i>			
<i>Dolor muscular</i>			
<i>Dolor abdominal</i>			
<i>Dolor pecho</i>			
<i>Dolores articulares</i>			
Dimensión Ficha epidemiológica			
Indicador: Datos generales de notificación			
<i>Tiene datos generales de la notificación</i>			

Datos del paciente			
Refiere probable de infección			
Refiere información de domicilio del paciente			
Indicador: Cuadro clínico			
Refiere fecha de inicio de síntomas			
Refiere datos de evolución			
Refiere fecha de defunción (Si aplica)			
Refiere descripción de síntomas			
Refiere descripción de signos			
Refiere condiciones de comorbilidad			
Refiere información de viaje y exposición en los ^{en los} días previos al inicio de síntomas			
Refiere datos de laboratorio			
Indicador: Diagnóstico Laboratorial			
Refiere nombre del registrador (profesional de la salud)			
Reporte de prueba rápida			
Dimensión: Reporte de prueba rápida			
Indicador: Registro de datos			
Contiene registro de los datos del paciente			
Indicador: Lugar de procedencia			
Refiere datos de establecimiento de origen			
Indicador: Sintomatología			
Refiere síntomas la enfermedad			
Indicador. Ejecución de prueba			
Refiere fecha de ejecución de la prueba rápida			
Indicador: Diagnostico de prueba rápida			
Refiere procedencia de la solicitud de diagnostico			
Refiere resultados de la prueba rápida			
Refiere clasificación clínica de severidad			
Refiere datos del personal que realiza la prueba ^{prueba} rápida			

VariableSeguimiento Clínico	SI	NO	Incompletos
Dimensiones: Datos Generales			
Nombres y apellidos completos			
Tiene documento de identidad			
Dimensión: Evolución			
Refiere grupo ocupacional			
Refiere día de seguimiento			
Refiere funciones vitales			
Refiere signos y síntomas			
Refiere signos de alarma			
Refiere condición de egreso			
Refiere nombre de contactos			

Anexo 6: Matriz de operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Triaje	Precisión en los datos personal	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
				Precisión en los datos clínicos	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27		
				Datos generales	28 29 30 31 32 33 34 35 36 37		
			Ficha epidemiológica	Cuadro clínico	38 39 40 41 42 43 44		
			Reporte de prueba rápida	Diagnóstico laboratorial Registro de datos Lugar de procedencia Sintomatología Ejecución de prueba Diagnóstico de prueba rápida			

Nota: Elaborado por la propia investigadora.

Anexo 6: Matriz de Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 2: Seguimiento Clínico	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Datos Generales	Identificación	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
				Documento de identidad	2		
				Grupo ocupacional	3		
			Día de seguimiento	4			
			Funciones vitales	5			
			Signos y síntomas	6			
			Signos de alarma	7			
			Condición de egreso	8			
			Referencia de contacto	9			

Nota: Elaborado por la propia investigadora.



Anexo 3: Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

FICHA DE VALIDACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN												OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES					
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA (ver instrumento detallado adjunto)											
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO								
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Triage	Precisión en los datos personales	Nombres completos	✓		✓		✓		✓		✓									
				Fecha de nacimiento	✓		✓		✓		✓		✓		✓						
				Tiene referencia de sexo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Refiere número de teléfono celular	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Refiere número de teléfono celular	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Refiere dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Refiere procedencia	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Refiere procedencia	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Tiene aseguramiento público	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Tos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Dolor de garganta	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Congestión nasal	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Fiebre	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Malestar general	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
				Dificultad respiratoria	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				
Diarrea	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Nausea /vomito	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Cefalea	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Irritabilidad / Confusión	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Dolor muscular	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Dolor abdominal	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Dolor pecho	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Dolores articulares	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Tiene datos generales de la notificación	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Datos del paciente	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Refiere probable de infección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓								
Ficha de epidemiología		Datos generales Cuadro clínico																			



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

2. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Guía de observación de la calidad del registro de la Historia clínica y seguimiento profesional en pacientes Covid-19

3. TESISISTA:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

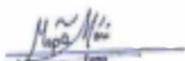
4. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI NO

Chiclayo, 11 de noviembre de 2020.


Firma
FANNY ELIZABETH BURGOS HERNÁNDEZ
INVESTIGADORA DEL CCHC SANTA CRUZ



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Validación de escala valorativa para evaluar el instrumento

Chiclayo, 11 de noviembre de 2020

Señor
Dr. Chavarry Isla Abel Eduardo.

Ciudad. -

De mi consideración:

Reciba el saludo institucional y personal y al mismo tiempo para manifestarle lo siguiente:

El suscrito está en la etapa del diseño del Proyecto de Investigación para el posterior desarrollo del mismo con el fin de obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto se ha realizado un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que, reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del mismo.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento detallado con ficha técnica.
- Ficha de evaluación de validación.
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Cuadro de operacionalización de la variable.
- Descripción de las dimensiones.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

INSTRUMENTO

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Autor original:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth
ORCID: 0000-0001-8712-9277

3. Objetivo:

Recolectar datos para mejorar la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional.

4. Estructura y aplicación:

En la presente investigación la ficha de recolección de datos estará conformado por a 56 ítems, los cuales tienen relación con los indicadores de las dimensiones de las variables calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional.

El instrumento será aplicado a una muestra de 100 historias clínicas.



FICHA TÉCNICA INSTRUMENTAL

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad del registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Estructura detallada:

En esta sección se presenta una tabla en la cual se puede apreciar las variables, las dimensiones e indicadores que la integran.

3. Estructura

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Triaje	Precisión en los datos personal	1-9
		Precisión en los datos clínicos	10-23
	Ficha epidemiológica	Datos generales	24-27
		Cuadro clínico	28-35
		Diagnóstico laboratorial	36-37
	Reporte de prueba rápida	Registro de datos	38
		Lugar de procedencia	39
		Sintomatología	40
Ejecución de prueba		41	
	Diagnóstico de prueba rápida	42-45	
Variable 2:	Datos Generales	Identificación	46
		Documento de identidad	47
Seguimiento Clínico	Evolución	Grupo ocupacional	48
		Día de seguimiento	49
		Funciones vitales	50
		Signos y síntomas	51
		Signos de alarma	52
		Recuperado	53
		Fallecido	54
Referencia de contacto	55		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos ESCALA VALORATIVA PARA EVALUAR CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SEGUIMIENTO PROFESIONAL EN PACIENTES COVID-19 DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ.

Autora: Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

La Guía de observación tiene por objetivo obtener la percepción sobre el tema de síndrome de burnout y bioseguridad por el COVID-19, por lo que se agradece su participación brindando respuesta a cada una de las preguntas.

Edad:

Fecha: / /

Sexo: F () M ()

Tiempo de servicio: () años

En donde:

1: Si

2: No

<i>Variable: Calidad de registro de la historia clínica</i>			
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
Dimensión Triage			
Indicador: Datos generales			
<i>Nombres completos</i>			
<i>Fecha de nacimiento</i>			
<i>Tiene referencia de sexo</i>			
<i>Refiere número de teléfono celular</i>			
<i>Refiere correo electrónico</i>			
<i>Refiere dirección</i>			
<i>Refiere procedencia</i>			
<i>Refiere documento de identidad</i>			
Indicador: Datos clínicos			
<i>Tos</i>			
<i>Dolor de garganta</i>			
<i>Congestión nasal</i>			
<i>Fiebre</i>			
<i>Malestar general</i>			
<i>Dificultad respiratoria</i>			
<i>Diarrea</i>			
<i>Nausea /vomito</i>			
<i>Cefalea</i>			
<i>Irritabilidad / Confusión</i>			
<i>Dolor muscular</i>			
<i>Dolor abdominal</i>			
<i>Dolor pecho</i>			
<i>Dolores articulares</i>			
Dimensión Ficha epidemiológica			
Indicador: Datos generales de la notificación			
<i>Tiene datos generales de la notificación</i>			

Datos del paciente			
Refiere probable de infección			
Refiere información de domicilio del paciente			
Indicador: Cuadro clínico			
Refiere fecha de inicio de síntomas			
Refiere datos de evolución			
Refiere fecha de defunción (Si aplica)			
Refiere descripción de síntomas			
Refiere descripción de signos			
Refiere condiciones de comorbilidad			
Refiere información de viaje y exposición a individuos al inicio de síntomas			
Refiere datos de laboratorio			
Indicador: Diagnóstico Laboratorial			
Refiere nombre del registrador (profesional de la salud)			
Reporte de prueba rápida			
Dimensión: Reporte de prueba rápida			
Indicador: Registro de datos			
Contiene registro de los datos del paciente			
Indicador: Lugar de procedencia			
Refiere datos de establecimiento de origen			
Indicador: Sintomatología			
Refiere síntomas la enfermedad			
Indicador: Ejecución de prueba			
Refiere fecha de ejecución de prueba rápida			
Indicador: Diagnóstico de prueba rápida			
Refiere procedencia de la solicitud de diagnóstico			
Refiere resultados de la prueba rápida			
Refiere clasificación clínica de severidad			
Refiere datos del personal que realiza la prueba rápida			

Variable Seguimiento Clínico	SI	NO	Incompletos
Dimensiones: Datos Generales			
Nombres y apellidos completos			
Tiene documento de identidad			
Dimensión: Evolución			
Refiere grupo ocupacional			
Refiere día de seguimiento			
Refiere funciones vitales			
Refiere signos y síntomas			
Refiere signos de alarma			
Refiere condición de egreso			
Refiere nombre de contactos			



Anexo 6: Matriz de operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición		
Variable 1: Calidad de la registro de la historia clínica	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Triaje	Precisión en los datos personal	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No		
					2				
					3				
					4				
					5				
					6				
					7				
					8				
					9				
					10				
					11				
			Triaje	Precisión en los datos clínicos	Triaje	Precisión en los datos clínicos	12	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
							13		
							14		
							15		
							16		
							17		
							18		
							19		
							20		
							21		
							22		
			Triaje	Datos generales	Triaje	Datos generales	23	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
							24		
							25		
							26		
							27		
							28		
							29		
							30		
							31		
							32		
							33		
			Triaje	Cuadro clínico	Triaje	Cuadro clínico	34	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
							35		
							36		
							37		
							38		
							39		
							40		
							41		
							42		
							43		
							44		

Nota: Elaborado por la propia investigadora.



Anexo 6: Matriz de Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 2: Seguimiento Clínico	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Datos Generales	Identificación	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
				Documento de identidad	2		
				Grupo ocupacional	3		
			Día de seguimiento	4			
			Funciones vitales	5			
			Signos y síntomas	6			
			Signos de alarma	7			
			Condición de egreso	8			
			Referencia de contacto	9			

Nota: Elaborado por la propia investigadora.

Anexo 3: Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

FICHA DE VALIDACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN										OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA (Ver instrumento detallado adjunto)				
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Triage	Precisión en los datos personal	Nombres completos Fecha de nacimiento Tiene referencia de sexo Refiere número de teléfono celular Refiere número de teléfono celular Refiere dirección Refiere procedencia Refiere procedencia Tiene aseguramiento público Tos Dolor de garganta Congestión nasal Fiebre Malestar general Dificultad respiratoria Diarrea Nausea /vómito Cefalea Irritabilidad / Confusión Dolor muscular Dolor abdominal Dolor pecho Dolores articulares Tiene datos generales de la notificación Datos del paciente Refiere probable de infección	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		
				Ficha de epidemiología	Datos generales Cuadro clínico		✓		✓		✓		✓	



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

2. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Guía de observación de la calidad del registro de la Historia clínica y seguimiento profesional en pacientes Covid-19

3. TESISISTA:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

4. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI



NO



Chiclayo, 11 de noviembre de 2020.

Dr. Abel Chávarry Isla
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 27072



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Validación de escala valorativa para evaluar el instrumento

Chiclayo, 19 de noviembre de 2020

Señor
Dr. Rafael Damián Villón Prieto.
Ciudad. -

De mi consideración:

Reciba el saludo institucional y personal y al mismo tiempo para manifestarle lo siguiente:

El suscrito está en la etapa del diseño del Proyecto de Investigación para el posterior desarrollo del mismo con el fin de obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto se ha realizado un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que, reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del mismo.

Para efectos de su análisis adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento detallado con ficha técnica.
- Ficha de evaluación de validación.
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Cuadro de operacionalización de la variable.
- Descripción de las dimensiones.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAestrÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

INSTRUMENTO

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Autor original:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth
ORCID: 0000-0001-8712-9277

3. Objetivo:

Recolectar datos para mejorar la calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional.

4. Estructura y aplicación:

En la presente investigación la ficha de recolección de datos estará conformado por a 56 ítems, los cuales tienen relación con los indicadores de las dimensiones de las variables calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional

El instrumento será aplicado a una muestra de 100 historias clínicas.



FICHA TÉCNICA INSTRUMENTAL

1. Nombre del instrumento:

Guía de observación de la calidad del registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19.

2. Estructura detallada:

En esta sección se presenta una tabla en la cual se puede apreciar las variables, las dimensiones e indicadores que la integran.

3. Estructura

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Triage	Precisión en los datos personal	1-9
		Precisión en los datos clínicos	10-23
	Ficha epidemiológica	Datos generales	24-27
		Cuadro clínico	28-35
	Reporte de prueba rápida	Diagnóstico laboratorial	36-37
		Registro de datos	38
		Lugar de procedencia	39
		Sintomatología	40
	Ejecución de prueba	41	
	Diagnóstico de prueba rápida	42-45	
Variable 2:	Datos Generales	Identificación	46
		Documento de identidad	47
Seguimiento Clínico	Evolución	Grupo ocupacional	48
		Día de seguimiento	49
		Funciones vitales	50
		Signos y síntomas	51
		Signos de alarma	52
		Recuperado	53
		Fallecido	54
Referencia de contacto	55		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos ESCALA VALORATIVA PARA EVALUAR CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SEGUIMIENTO PROFESIONAL EN PACIENTES COVID-19 DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ.

Autora: Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

La Guía de observación tiene por objetivo obtener la percepción sobre el tema de síndrome de burnout y bioseguridad por el COVID-19, por lo que se agradece su participación brindando respuesta a cada una de las preguntas.

Edad:

Sexo: F () M ()

Fecha: / /

Tiempo de servicio: () años

En donde:

1: Si

2: No

<i>Variable: Calidad de registro de la historia clínica</i>			
	SI	NO	OBSERVACIONES
Dimensión Triage			
Indicador: Datos generales			
Nombres completos			
Fecha de nacimiento			
Tiene referencia de sexo			
Refiere número de teléfono celular			
Refiere correo electrónico			
Refiere dirección			
Refiere procedencia			
Refiere documento de identidad			
Indicador: Datos clínicos			
Tos			
Dolor de garganta			
Congestión nasal			
Fiebre			
Malestar general			
Dificultad respiratoria			
Diarrea			
Nausea /vomito			
Cefalea			
Irritabilidad / Confusión			
Dolor muscular			
Dolor abdominal			
Dolor pecho			
Dolores articulares			
Dimensión Ficha epidemiológica			
Indicador: Datos generales de notificación			
Tiene datos generales de la notificación			

Datos del paciente			
Refiere probable de infección			
Refiere información de domicilio del paciente			
Indicador: Cuadro clínico			
Refiere fecha de inicio de síntomas			
Refiere datos de evolución			
Refiere fecha de defunción (Si aplica)			
Refiere descripción de síntomas			
Refiere descripción de signos			
Refiere condiciones de comorbilidad			
Refiere información de viaje y exposición en los servicios al inicio de síntomas			
Refiere datos de laboratorio			
Indicador: Diagnóstico Laboratorial			
Refiere nombre del registrador (profesional de la salud)			
Reporte de prueba rápida			
Dimensión: Reporte de prueba rápida			
Indicador: Registro de datos			
Contiene registro de los datos del paciente			
Indicador: Lugar de procedencia			
Refiere datos de establecimiento de origen			
Indicador: Sintomatología			
Refiere síntomas la enfermedad			
Indicador: Ejecución de prueba			
Refiere fecha de ejecución de la prueba rápida			
Indicador: Diagnostico de prueba rápida			
Refiere procedencia de la solicitud de diagnostico			
Refiere resultados de la prueba rápida			
Refiere clasificación clínica de severidad			
Refiere datos del personal que realiza la prueba rápida			

Variable Seguimiento Clínico	SI	NO	Incompletos
Dimensiones: Datos Generales			
Nombres y apellidos completos			
Tiene documento de identidad			
Dimensión: Evolución			
Refiere grupo ocupacional			
Refiere día de seguimiento			
Refiere funciones vitales			
Refiere signos y síntomas			
Refiere signos de alarma			
Refiere condición de egreso			
Refiere nombre de contactos			

Anexo 6: Matriz de operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Triage	Precisión en los datos personal	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
					2		
					3		
					4		
					5		
					6		
					7		
					8		
					9		
					10		
					11		
			12				
			13				
			14				
			15				
			16				
			17				
			18				
			19				
			20				
			21				
			22				
			23				
			24				
			25				
			26				
			27				
			28				
			29				
			30				
			31				
			32				
			33				
			34				
			35				
			36				
			37				
			38				
			39				
			40				
			41				
			42				
			43				
			44				
			Ficha epidemiológica	Datos generales	27		
				Cuadro clínico	28-37		
				Diagnóstico laboratorial	38		
			Reporte de prueba rápida	Registro de datos	39		
				Lugar de procedencia	40		
				Sintomatología	41		
				Ejecución de prueba	42		
				Diagnóstico de prueba rápida	43		
					44		

Nota: Elaborado por la propia investigadora.



Anexo 6: Matriz de Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica / instrumento	Escala de medición
Variable 2: Seguimiento Clínico	Son actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19 (25).	Cuidado que se brinda al paciente después de terminar algún tratamiento, con el objetivo de identificar factores de riesgo o posibles complicaciones, en la presente pandemia puede realizarse mediante seguimiento de forma presencial o remota y utilizando el formato de registro de seguimiento clínico el cual quedará anexado en la Historia Clínica.	Datos Generales	Identificación	1	Técnica: Guía de observación Instrumento: Ficha de Análisis	Escala Ordinal 1: Si 2: No
				Documento de identidad	2		
				Grupo ocupacional	3		
			Día de seguimiento	4			
			Funciones vitales	5			
			Signos y síntomas	6			
			Signos de alarma	7			
			Condición de egreso	8			
			Referencia de contacto	9			
			Evolución				

Nota: Elaborado por la propia investigadora.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo 3: Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

FICHA DE VALIDACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES				
				RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEM		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEM Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA (Ver instrumento detallado adjunto)						
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
Variable 1: Calidad de registro de la historia clínica		Precisión en los datos personal	Nombres completos Fecha de nacimiento Tiene referencia de sexo Refiere número de teléfono celular Refiere número de teléfono celular Refiere dirección Refiere procedencia Refiere aseguramiento público Tos Dolor de garganta Congestión nasal Fiebre Malestar general Dificultad respiratoria Diarrea Nausea /vómito Cefalea	✓		✓		✓		✓		✓				
				✓		✓		✓		✓		✓				
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Triage	Precisión en los datos clínicos	Irritabilidad / Confusión Dolor muscular Dolor abdominal Dolor pecho Dolores articulares	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
				✓		✓		✓		✓		✓		✓		
Ficha de epidemiología	Datos generales Cuadro clínico	Tiene datos generales de la notificación Datos del paciente Refiere probable de infección	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
			✓		✓		✓		✓		✓		✓			



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Calidad de registro de la historia clínica y seguimiento profesional en pacientes COVID-19 del Centro de Salud Santa Cruz.

2. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Guía de observación de la calidad del registro de la Historia clínica y seguimiento profesional en pacientes Covid-19

3. TESISISTA:

Br. Hernández Burgos Fanny Elizabeth

4. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por lo tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, coligiendo su pertinencia y utilidad.

OBSERVACIONES: Apto para su aplicación

APROBADO: SI



NO



Chiclayo, 19 de noviembre de 2020.

Dr. Rafael Damián Villón Prieto

DNI: 18109477

Anexo 5 Resultados de fiabilidad del instrumento

Tabla 13 Prueba de confiabilidad de KUDER RICHARDSON (K20) de la variable historia clínica

K20	N de elementos
0.80	44

Nota: Elaborado por la propia investigadora, de la aplicación de prueba piloto

Tabla 14 Prueba de confiabilidad de KUDER RICHARDSON (K20) de la variable Seguimiento clínico

K20	N de elementos
0.77	9

Nota: Elaborado por la propia investigadora, de la aplicación de prueba piloto

Anexo 6 Constancia de autorización para la aplicación de instrumento



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA 409 DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CRUZ



“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

Santa Cruz, 12 de enero del 2021

OFICIO N° 022 - 2021C- GR.CAJ/DRSC/UESSC-MRSSC.

SEÑOR : LIC.ENF. JUAN RODRÍGUEZ ESTELA
DIRECTOR DE LA UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SANTA CRUZ

ATENCIÓN : LIC.ENF. FANNY ELIZABETH HERNÁNDEZ BURGOS

ASUNTO : RESPUESTA AL OFICIO N° 845 - 2020-GR.CAJ/DRSC/UESSC-D.G.

De mi mayor consideración:

Por medio del presente me es grato dirigirme a despacho de su digno cargo , para expresar mi cordial saludo y a la vez comunicarle en respuesta al oficio del asunto, que mi dependencia esta apta para poder brindar las facilidades al personal de su representada que realizará su trabajo de investigación, por lo mismo previa coordinación podrán tener acceso a la información que le sea necesaria; esperando que los resultados de la misma sean socializados y que contribuyan a la mejora de nuestro establecimiento de salud.

Es propicia la oportunidad para expresarle a usted, las muestras de mi especial consideración y estima personal.

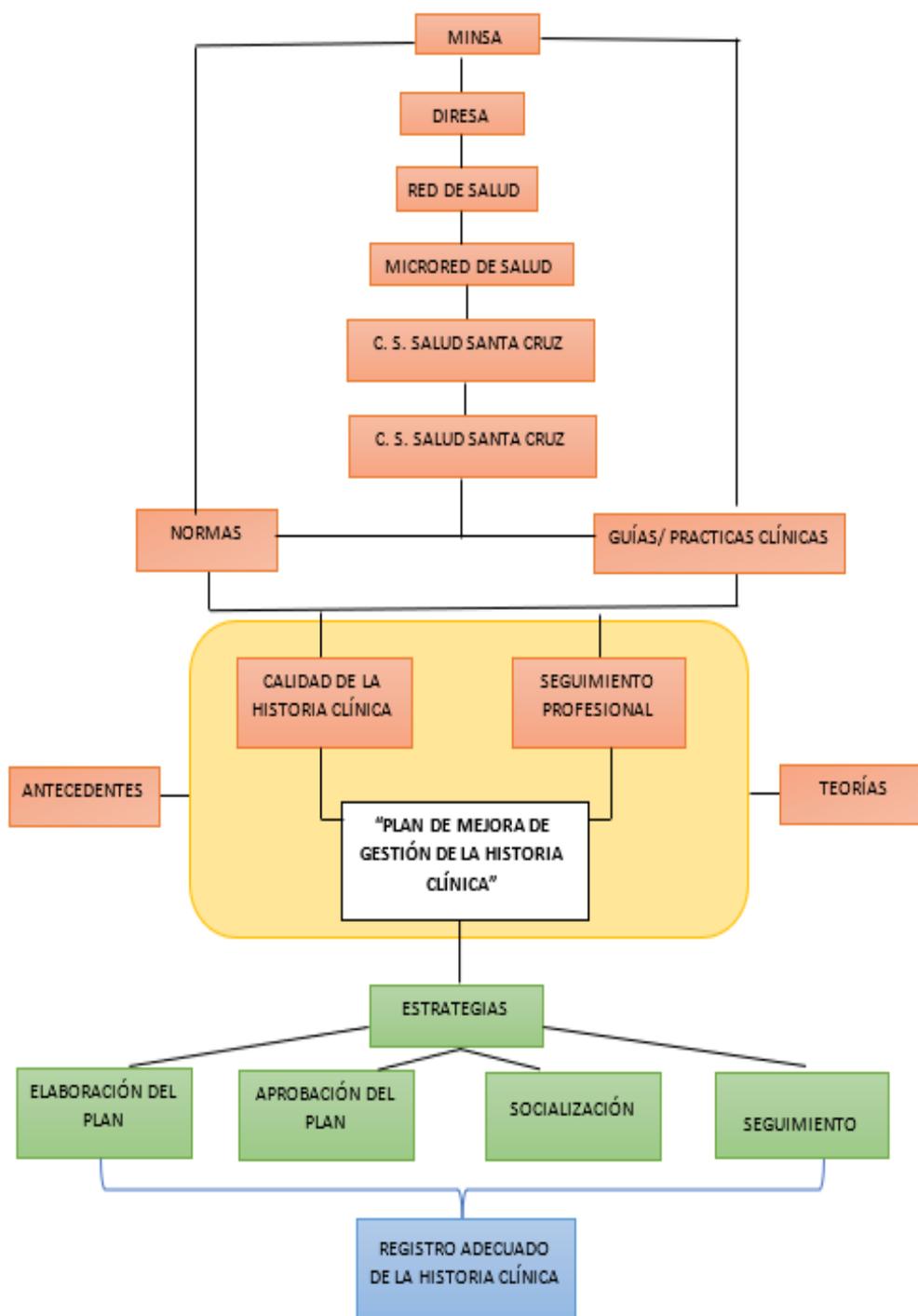
LMC/jcsrsc
DRSC/sec

Atentamente

M^g. Lilliana I. Mejía Cáceres
QUÍMICO FARMACÉUTICO
COP. 06856

Anexo 7 Estructura del modelo de la propuesta

Figura 1 Estructura del modelo



Anexo 8 Estrategias para implementar el modelo

Tabla 15 Estrategias de la propuesta

Competencias	Problemática existente	Estrategias
Planificación	Deficiente gestión de la historia clínica	Programación de sesiones educativas dirigidas al personal sobre la norma técnica de salud de la historia clínica.
Organización	Capacidad de respuesta del personal de la salud	Seguimiento y control de la gestión de la historia clínica
Control de calidad	Elaboración del plan de gestión de la calidad de la historia clínica	Elaboración, aprobación mediante acto resolutivo e implementación del mismo.
Recursos humanos	Personal de la salud inestable, desmotivados para la implementación de las nuevas directivas	Motivación para el personal de la salud en la implementación de las nuevas directivas
Capacidad de respuesta	Inadecuada gestión de la historia clínica en el Centro de Salud Santa Cruz.	Seguimiento constante a través de monitoreos para la evaluación de la implementación y acciones sobre la adecuada gestión de la historia clínica.

Nota: Elaboración propia