

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**Calidad de registro de historias clínicas de pacientes con dengue en
UVICLIN de IPRESS-I3 de la región Lambayeque, 2024**

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Ciencias de la salud

INVESTIGADORES:

Urpeque Alvarado, Alex Guillermo

Vasquez Villalobos, Alexis

ASESOR:

Dr. Patazca Ulfe, Julio Enrique

FECHA DE SUSTENTACIÓN:

24 de Febrero del 2026

Lambayeque – Perú

2026

APROBADO POR:



Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL

PRESIDENTE



Dra. FALLA ALDANA BLANCA

SECRETARIO (A)



Dr. MARCELO VERAU MIGUEL ANGUEL

VOCAL



DR. PATAZCA ULFE JULIO ENRIQUE

ASESOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 019-2026-FMH-UNPRG

Siendo las 18 : 10 horas del día 24 de Febrero del 2026, se reunieron los miembros los jurado evaluador designados mediante Resolución N° 088-2026-UNPRG/FMH-D; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL
Secretario: Dra. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
Vocal: Dr. MARCELO VERAU MIGUEL ANGEL

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada: "CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON DENGUE EN UVICLIN DE IPRESS-I3 DE LA REGION LAMBAYEQUE, 2024", cuyos autores son los Bachilleres:

URPEQUE ALVARADO ALEX GUILLERMO
VASQUEZ VILLALOBOS ALEXIS

Teniendo como Asesor al DR. PATAZCA ULFE JULIO ENRIQUE

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 104-2026-D-FMH-UNPRG de fecha 20 de febrero del 2026.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 18 (Dieciocho) en escala vigésima y 90 (noventa) en la escala centesimal, Nivel: Alto Bueno

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 19 : 00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.

Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAE
PRESIDENTE

Dra FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
SECRETARIO

Dr. MARCELO VERAU MIGUEL ANGEL
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado “CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DENGUE EN UVICLIN DE IPRESS-13 DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE, 2024”

Cuyo(s) autor(es) es(son):

URPEQUE ALVARADO ALEX GUILLERMO DNI° 73352085

VASQUEZ VILLALOBOS ALEXIS. DNI° 73112468

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 14 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 24 de FEBRERO del 2026



ASESOR

Nombres y Apellidos: JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE

DNI°: DNI: 16690429

ASESOR

Defina la modalidad con [X]

Adjuntar

- Reporte Automatizado de similitudes
- Recibo Digital

Calidad de registro de historias clínicas de pacientes con dengue en UVICLIN de IPRESS-I3 de la región Lambayeque, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	15%	3%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unprg.edu.pe	5%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo	1%
	Trabajo del estudiante	
4	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.uss.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to Universidad Andina del Cusco	<1%
	Trabajo del estudiante	
7	qdoc.tips	<1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.upla.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
9	www.researchgate.net	<1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unica.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
11	revistas.ucv.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	



ASESOR
JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
DNI: 16690429

12	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1 %
13	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.ulead.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
16	deporteparatodos.es Fuente de Internet	<1 %
17	repository.ces.edu.co Fuente de Internet	<1 %
18	vdocuments.com.br Fuente de Internet	<1 %
19	www.revmedicaelectronica.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
20	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
21	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	1library.co Fuente de Internet	<1 %
23	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
24	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
25	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	<1 %


 ASESOR
 JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
 DNI: 16690429



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Alex Guillermo y Alexis, Urpeque Alvarado y Vasquez Villalobos
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Calidad de registro de historias clínicas de pacientes con dengue...
Nombre del archivo: INFORME_FINAL_-_URPEQUE_ALVARADO_y_VASQUEZ_VILLALO...
Tamaño del archivo: 4.6M
Total páginas: 57
Total de palabras: 10,582
Total de caracteres: 59,294
Fecha de entrega: 11-feb-2026 07:12a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2876639582

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Calidad de registro de historias clínicas de pacientes con dengue en
UVICLIN de IPRESS-13 de la región Lambayeque, 2024

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano
Línea de Investigación: Ciencias de la salud

INVESTIGADORES:

Urpeque Alvarado, Alex Guillermo
Vásquez Villalobos, Alexis

ASESOR:

Dr. Patazca Ulfe, Julio Enrique

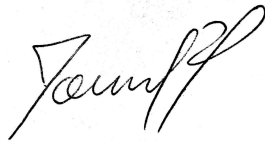
Lambayeque – Perú
2026

ASESOR
JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
DNI: 16690429

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Alex Guillermo Urpeque Alvarado y Alexis Vasquez Villalobos, investigadores principales, y Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe, asesor del trabajo de investigación “CALIDAD DE REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DENGUE EN UVICLIN DE IPRESS-I3 DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE, 2024”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagio, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Febrero de 2026



ALEX GUILLERMO URPEQUE ALVARADO

Investigador principal



ALEXIS VASQUEZ VILLALOBOS

Investigador principal



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe

ASESOR

Lambayeque, Febrero 2026

DEDICATORIA

A mi persona, por la fuerza de voluntad, la paciencia y la resiliencia demostradas en cada etapa de este camino. Este logro es el testimonio de mi compromiso con mi vocación y mi futuro.

A mi compañero de tesis, Alexis, por la excelente sinergia, el apoyo mutuo y por ser un pilar fundamental en la culminación de este proyecto. Gracias por el trabajo compartido y la amistad fortalecida en las aulas y hospitales.

A mi familia, por ser mi motor y mi refugio. Gracias por brindarme la invaluable oportunidad de dedicarme por completo a mi formación académica, permitiéndome soñar y trabajar por mis metas con total libertad y respaldo.

Alex Guillermo Urpeque Alvarado

A mí mismo, por la perseverancia, la disciplina y por no haber desistido en los momentos de mayor cansancio; este logro es el reflejo de mi propia determinación.

A mi compañero de tesis, Alex, por el trabajo compartido, la confianza y el esfuerzo conjunto que nos permitió culminar con éxito este proyecto.

A mis padres, con profunda gratitud, por haberme otorgado la tranquilidad y el respaldo económico y emocional necesarios para hacer de la medicina mi única prioridad. Gracias por entender que mi estudio era mi trabajo y por facilitarme el camino hacia este sueño.

Alexis Vasquez Villalobos

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por ser el pilar incondicional de nuestras vidas. Gracias por su sacrificio, por creer en nosotros antes que nadie y por darnos la tranquilidad de dedicarnos plenamente a nuestra vocación. Este logro les pertenece tanto como a nosotros.

Al Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe, por su invaluable guía, su tiempo y su motivación constante. Sus conocimientos y su dirección técnica han sido el eje fundamental para que esta investigación llegue a buen término.

Un agradecimiento especial al Dr. José Enrique Pecsén Monteza, por su apoyo externo desinteresado y su disposición para orientarnos. Su mentoría y consejos fueron piezas clave para fortalecer nuestro criterio profesional y académico.

Alex Guillermo Urpeque Alvarado

Alexis Vasquez Villalobos

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO 4

 ANTECEDENTES 4

 BASE TEÓRICA 7

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS 14

 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 14

 POBLACIÓN Y MUESTRA 14

 DEFINICIÓN DE VARIABLES 15

 TABLA 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 17

 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN 18

 ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS 21

 ASPECTOS ÉTICOS 23

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 24

 RESULTADOS 24

 DISCUSIÓN 30

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES 33

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES 33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 35

ANEXOS 39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.	17
Tabla 2 Características generales de las historias clínicas evaluadas en UVICLIN	24
Tabla 3 Nivel de calidad global del registro de historias clínicas en UVICLIN	25
Tabla 4 Puntaje promedio y nivel de cumplimiento según dimensiones de la historia clínica.	26
Tabla 5 Frecuencia de errores críticos específicos en el manejo del dengue.	28

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad del registro de historias clínicas de pacientes con dengue en la Unidad de Vigilancia Clínica (UVICLIN) de una IPRESS I-3 de la región Lambayeque durante el año 2024. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realizó un censo de 127 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de dengue. Se empleó una lista de chequeo adaptada de la NTS N° 029-MINSA/2016, validada por juicio de expertos, que evalúa 11 dimensiones con un puntaje máximo de 100. **Resultados:** La calidad global del registro fue deficiente en el 83.5% de los casos, con un puntaje promedio de 64.2 puntos; ninguna historia clínica alcanzó el nivel satisfactorio. Las dimensiones con menor cumplimiento fueron la Evolución Horaria (30.0%), Atributos de la historia clínica (38.0%) y Examen Clínico (44.3%). Se identificaron omisiones críticas para la seguridad del paciente: el 70.1% de los registros carecía de datos de peso y talla, y el 92.9% no presentó evolución médica horaria, incumpliendo los protocolos de manejo del dengue. **Conclusiones:** La calidad del registro clínico en la UVICLIN evaluada es predominantemente deficiente, caracterizada por la falta de monitoreo horario estricto y la ausencia de datos antropométricos esenciales para la fluidoterapia, lo cual vulnera la seguridad del paciente y la validez legal del documento.

Palabras clave: Dengue; Registros Médicos; Calidad de la Atención de Salud; Auditoría Médica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of medical records of patients with dengue in the Clinical Surveillance Unit (UVICLIN) of a level I-3 health center in the Lambayeque region during 2024. **Material and Methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional, and retrospective study. A census of 127 medical records of patients diagnosed with dengue was conducted. A checklist adapted from NTS No. 029-MINSA/2016, validated by expert judgment, assessing 11 dimensions with a maximum score of 100, was used. **Results:** The global quality of the records was deficient in 83.5% of cases, with an average score of 64.2 points; no medical record reached a satisfactory level. The dimensions with the lowest compliance were Hourly Evolution (30.0%), Medical Record Attributes (38.0%), and Clinical Examination (44.3%). Critical omissions for patient safety were identified: 70.1% of records lacked weight and height data, and 92.9% did not present hourly medical evolution, failing to comply with dengue management protocols. **Conclusions:** The quality of clinical records in the evaluated UVICLIN is predominantly deficient, characterized by a lack of strict hourly monitoring and the absence of essential anthropometric data for fluid therapy, compromising patient safety and the document's legal validity.

Keywords: Dengue; Medical Records; Quality of Health Care; Medical Audit.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos que se disemina predominantemente en regiones tropicales y subtropicales del mundo. Actualmente, más de cinco mil millones de personas se encuentran en riesgo de contraerla. En base la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han reportado 400 millones de casos por año, afectando a esta vasta población en más de 100 países, incluidos Estados Unidos y varias naciones europeas. Las formas graves de la enfermedad presentan una tasa de mortalidad de hasta 520 casos. En 2022, se registraron 2,597,067 casos y 2,065 fallecimientos. En promedio, 390 millones de personas contraen la infección todos los años, con una mortalidad anual de aproximadamente 36,000 personas. Solo en 2019 se notificaron 5,2 millones de casos. Asia representó el 70% de los casos globales en 2022. (1)

En el contexto nacional, el dengue constituye un desafío crítico para la salud pública, ya que mantiene una amenaza constante sobre la población. Desafortunadamente, los informes recientes han mostrado un incremento sostenido en el número de casos, alcanzando en 2023 uno de los picos más altos de los últimos cuatro años. La región de Lambayeque se ha visto particularmente afectada, con un notable incremento de brotes. En consecuencia, es fundamental la detección clínica temprana y un tratamiento oportuno de los casos que puedan evolucionar hacia formas más severas de la enfermedad, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al dengue. (2, 19)

En este escenario, las Unidades de Vigilancia Clínica (UVICLIN) juegan un rol estratégico. Estas unidades son áreas acondicionadas dentro de los establecimientos de salud destinadas exclusivamente al manejo de pacientes con dengue, principalmente aquellos que presentan signos de alarma o comorbilidades. Su objetivo principal es asegurar la hidratación endovenosa y el monitoreo horario y estricto de las funciones vitales para evitar la progresión al choque. Dado que la dinámica de estas unidades exige una evaluación continua, la calidad de la información registrada se vuelve el eje central de la seguridad del paciente. (3, 10, 18, 29)

En el ámbito clínico, la historia clínica es un documento legal y técnico de carácter obligatorio, que garantiza la adecuada continuidad y seguimiento de la atención del paciente. La precisión y completitud de los registros en las historias clínicas es fundamental, ya que cualquier omisión o error en su llenado puede comprometer la

atención del paciente. En el caso de pacientes con dengue, una enfermedad que requiere monitoreo constante, el hecho de que los profesionales de salud no registren adecuadamente la información necesaria podría ser indicativo de que no se están realizando evaluaciones periódicas conforme a lo establecido en las guías clínicas, lo que reflejaría una práctica deficiente (3)

Por ejemplo, si no se documenta la evaluación horaria de los signos vitales, podría significar que no se está monitoreando al paciente con la frecuencia requerida, lo cual pone en riesgo su salud. Esta deficiencia en la calidad del registro no sólo vulnera las normativas legales, sino que también impacta negativamente en los resultados clínicos de los pacientes, ya que el personal de salud carecería de información precisa y oportuna para tomar decisiones.

La falta de calidad en los registros, por lo tanto, podría estar asociada a un manejo clínico ineficiente, incrementando el riesgo de complicaciones y comprometiendo la recuperación de los pacientes (3, 26).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad del registro de historias clínicas en pacientes atendidos por dengue en UVICLIN de IPRESS-I3 en Lambayeque durante 2024?

HIPÓTESIS

Al ser un estudio de tipo descriptivo, la hipótesis se encuentra implícita.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Evaluar la calidad del registro de historias clínicas en pacientes con dengue en UVICLIN de IPRESS-I3 en Lambayeque, 2024.

Objetivos específicos:

1. Medir el grado de completitud y precisión de los registros clínicos de pacientes con dengue en UVICLIN.
2. Identificar los errores más frecuentes en la documentación de los tratamientos y seguimiento en los pacientes con dengue

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Internacionales

En el año 2021, Choudhary B. y sus colaboradores (4) difundieron un estudio cuyo propósito fue evaluar el desempeño y la eficacia de la atención clínica suministrada frente a los estándares de cuidado establecidos. Esta investigación, de carácter descriptivo y retrospectivo, se fundamentó en registros clínicos obtenidos entre septiembre de 2018 y enero de 2019 en la India. Los hallazgos revelaron un cumplimiento elevado en la fase de diagnóstico y valoración inicial (94-95%); no obstante, se detectaron carencias importantes en el registro de los datos de manejo clínico y seguimiento, evidenciando problemas de calidad en la documentación.

Por su parte, en Malasia durante 2017, Abd Rahman M. et al. (5) desarrollaron una investigación para medir qué tanto se ajustaba el personal sanitario a las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el tratamiento del dengue. Mediante un diseño de cohorte retrospectiva aplicado en clínicas y centros hospitalarios públicos, se determinó que la adherencia variaba drásticamente entre el 7.1% y el 100% según el componente clínico evaluado, lo que sugiere que la documentación inconsistente afectaba el seguimiento de las normativas.

En Puerto Rico, López T. y su equipo realizaron un estudio en 2016 (6) con el fin de detallar el perfil de los pacientes ingresados por sospecha de dengue y verificar el acatamiento de los protocolos del CDC. Al examinar 197 expedientes clínicos, hallaron que el 95% cumplía con la toma de hemogramas diarios; sin embargo, solo el 48% de los registros documentaba un monitoreo correcto de las funciones vitales, demostrando una observancia apenas parcial de las guías establecidas.

Asimismo, Cárdenas L. llevó a cabo en 2019 (7) una investigación en Venezuela utilizando métodos mixtos para valorar la adherencia a la Guía de Atención al Paciente con Dengue por parte de médicos y enfermeros. El análisis de 94 historias clínicas arrojó que el 60.4%

de los casos presentaba una observancia calificada como regular, resaltando la importancia de optimizar la formación del personal en la ejecución de la guía.

Finalmente, Wharton-Smith A. et al. (8) analizaron en 2019 la calidad de los expedientes médicos de pacientes con dengue en instituciones hospitalarias públicas de Malasia. El estudio se centró en revisar las historias clínicas para localizar fallas en el registro documental de los casos, bajo los criterios de los estándares vigentes. Los investigadores subrayaron la existencia de incoherencias en el manejo y seguimiento de los pacientes, concluyendo que es necesario elevar la calidad de los registros clínicos.

Nacionales

En el contexto peruano, León FE. y colaboradores (9) realizaron un estudio en 2022 en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura, enfocado en describir el manejo integral y la progresión clínica de pacientes con dengue grave o con signos de alarma. A través de una cohorte retrospectiva y el uso de una lista de verificación, se identificaron fallas críticas en los procesos de triaje (87.5%) y monitoreo (77.5%). Estas deficiencias se atribuyeron a la escasez de personal, falta de capacitación y limitaciones en infraestructura, recomendando la implementación de protocolos uniformes.

De igual manera, Mori LA. y Tarrillo JH. (10) publicaron en 2024 una investigación para precisar el grado de conocimiento sobre el tratamiento inicial del dengue con signos de alarma entre los médicos de la Red Salud Chiclayo. Se aplicó un cuestionario a 78 facultativos en un estudio de corte transversal y descriptivo. Los datos indicaron que el 63% de los médicos poseía un conocimiento de nivel medio, el 28% un nivel alto y el 9% un nivel bajo, concluyendo que existe un predominio de conocimientos moderados en el manejo de esta condición.

En 2023, Oblitas SM. y Oblitas AE. (11) elaboraron un trabajo reflexivo sobre la relevancia de la prevención y la detección temprana de la sintomatología del dengue en el Perú. El estudio enfatizó la urgencia de aplicar estrategias de control efectivas para mitigar la transmisión y el impacto de la enfermedad. Los autores señalaron carencias en la infraestructura sanitaria, como la falta de consultorios diferenciados, y destacaron el rol de la educación continua y el control del vector.

Finalmente, Valverde PA. y Muñoz JM. (2) desarrollaron en 2024 un estudio para caracterizar epidemiológica y clínicamente a los adultos mayores con dengue en un centro

de salud I-4 de Lambayeque. Se llevó a cabo un análisis observacional, retrospectivo y transversal en 77 pacientes. Se reportó que la cefalea fue el síntoma más común (89.61%), seguida por las mialgias (87.01%) y la fiebre (71.43%). Además, se identificaron la hipertensión (27.27%) y la diabetes mellitus (19.84%) como las comorbilidades predominantes

BASE TEÓRICA

Dengue

El dengue se define como una afección de origen viral que llega al ser humano por medio de la picadura de mosquitos hembra infectados que pertenecen al grupo *Aedes*. El *Aedes aegypti* destaca como el principal transmisor, mientras que el *Aedes albopictus* tiene una participación menor. Estos insectos abundan en zonas tropicales y subtropicales de todo el planeta, incluyendo el continente americano. Su ciclo vital consta de etapas inmaduras (huevo, larva y pupa) antes de alcanzar la madurez terrestre. Se ha determinado que su alimentación de sangre es más intensa durante el amanecer y las primeras horas de la mañana, así como en el transcurso del atardecer y el inicio de la noche (3, 12, 18).

El patógeno responsable es el virus del dengue (DENV), un virus de ARN que forma parte del género *Flavivirus* dentro de la familia *Flaviviridae*. Este se presenta en cuatro variedades serotípicas: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Tras un episodio infeccioso, el paciente desarrolla una protección inmunológica permanente solo contra el serotipo específico que lo afectó. Sin embargo, el riesgo de sufrir manifestaciones severas de la enfermedad se eleva considerablemente ante infecciones posteriores causadas por serotipos diferentes (3, 30)

En la región de las Américas se encuentran activos los cuatro serotipos, siendo el DENV-3 y el DENV-4 los de mayor prevalencia durante el 2023. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha reportado que los serotipos DENV-1 y DENV-2 predominan y se distribuyen de manera uniforme en el territorio, mientras que el DENV-3 se localiza principalmente en Lima y Cajamarca. Desde el año 2019, se ha detectado una variante del DENV-2 denominada genotipo II o Cosmopolitan, caracterizada por su elevada capacidad de contagio y su asociación con cuadros clínicos de mayor gravedad (13, 22)

Patogenia y etapas clínicas

El dengue presenta un periodo de incubación que oscila entre 2 y 7 días, tras el cual se inicia la primera fase clínica, denominada fase febril. Durante esta etapa, la fiebre aparece

de manera súbita, frecuentemente acompañada de escalofríos. Un síntoma característico es la presencia de mialgias intensas, lo que ha llevado a describir la enfermedad como "fiebre quebrantahuesos". Los pacientes también refieren artralgias, aunque no se evidencia inflamación articular. Otros síntomas recurrentes incluyen la falta de apetito, náuseas, cefalea, fotofobia y dolor en la zona retroorbitaria. Aunque las señales clínicas pueden ser sutiles, algunos cuadros presentan dolor abdominal superior, enrojecimiento facial e inyección en la conjuntiva, con una duración de entre 2 y 5 días (13, 24)

La fase crítica, que sigue a la resolución de la fiebre, se caracteriza por un aumento en la permeabilidad capilar y una elevación del hematocrito. Esta fase suele durar entre 48 y 72 horas y es el periodo durante el cual los pacientes pueden desarrollar signos de alarma. Si estos no son identificados y tratados de manera oportuna, pueden desencadenar complicaciones graves, como disfunción de órganos, hemorragias de gran volumen o choque por pérdida de plasma. Entre los signos de alarma más relevantes se incluyen dolor abdominal intenso y persistente, alteraciones en el estado de conciencia (irritabilidad, somnolencia o letargo), hemorragias mucosas (epistaxis, gingivorragia, sangrado vaginal no asociado a la menstruación o incremento del flujo menstrual, y hematuria), derrames serosos (pericárdico, pleural o peritoneal), hepatomegalia (más de 2 cm por debajo del reborde costal), vómitos persistentes (tres o más episodios en una hora o cuatro o más en seis horas) y un aumento progresivo del hematocrito, verificado mediante al menos dos mediciones consecutivas. La aparición de estos signos requiere atención médica inmediata.(14, 24)

Al final, la fase de recuperación o convalecencia, que se presenta una vez que el paciente ha superado la fase crítica. Durante esta etapa, se observa una mejora significativa en el estado general del paciente, caracterizada por la recuperación de los síntomas, estabilización hemodinámica y mejora en la función renal, junto con un aumento en la diuresis. (15, 24)

En ciertos pacientes que han mostrado signos de alarma o una evolución desfavorable durante la fase crítica, pueden surgir complicaciones como choque por extravasación de plasma, hemorragias severas o daño a órganos. (3)

Clasificación del dengue

Basándose en los hallazgos del estudio DENCO, que incluyó alrededor de 2000 casos confirmados de dengue, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo en 2009 una clasificación revisada de la enfermedad, que sigue vigente hasta la actualidad. Esta clasificación es de gran relevancia, ya que pone énfasis en el dengue con signos de alarma, lo que optimiza el proceso de toma de decisiones en cuanto a intervenciones terapéuticas y, en la medida de lo posible, la adopción de medidas preventivas para impedir la progresión hacia formas graves de la enfermedad. (14)

Las definiciones incluyen (14):

- Dengue sin signos de alarma: Se presenta como un cuadro febril general. El diagnóstico se apoya en el contexto epidemiológico del entorno del paciente
- Dengue con signos de alarma: Caracterizado por síntomas como dolor abdominal severo, vómitos incesantes, edemas, hemorragia de mucosas, cambios en el estado mental, hepatomegalia y aumento del hematocrito.
- Dengue grave: Definido por uno o más de los siguientes:
 - (i) choque por extravasación del plasma, acumulación de líquido con dificultad respiratoria, o ambas;
 - (ii) Sangrado profuso considerado clínicamente importante por los médicos tratantes;
 - o
 - (iii) Compromiso grave de órganos.

Este último incluye hígado con niveles de AST o ALT ≥ 1000 , SNC (con alteración de la conciencia, encefalitis, escala de glasgow menor 15 y/o convulsiones), afección del corazón (miocarditis) y otros órganos. (14)

Notificación de casos

En el sistema de salud peruano, la notificación obligatoria se realiza bajo esta misma estructura, utilizando los códigos CIE-10 A97.0 (sin signos de alarma), A97.1 (con signos de alarma) y A97.2 (grave) (3, 23)

Diagnóstico de dengue

La detección primaria se fundamenta en los criterios clínicos según la clasificación revisada. Sin embargo, la validación definitiva requiere el uso de herramientas de laboratorio. Entre los métodos disponibles se encuentran la detección del antígeno NS1 vía ELISA, la identificación del ARN viral por RT-PCR y el cultivo viral. Estas técnicas se aplican en muestras de suero obtenidas durante los primeros cinco días de la enfermedad, coincidiendo con la fase de viremia elevada. A partir del sexto día, se sugiere el diagnóstico serológico mediante la búsqueda de anticuerpos IgM por ELISA. Si tras 10 días los resultados de IgM e IgG resultan negativos, se descarta el diagnóstico de dengue (3, 20, 21).

Es relevante mencionar que la prueba de NS1 se emplea frecuentemente como apoyo rápido en los centros de salud del país. Aunque posee una especificidad diagnóstica superior al 90%, su sensibilidad oscila entre el 52% y 62%, lo que significa que un resultado negativo no es suficiente para descartar la infección, siendo necesarias pruebas adicionales (14).

Clasificación en grupos para manejo terapéutico de casos de dengue

El Ministerio de Salud del Perú establece una división de los pacientes afectados por dengue en cuatro categorías distintas: A, B1, B2 y C. Esta estructura organizativa permite que el personal sanitario implemente estrategias de intervención específicas y dirigidas, de acuerdo con el perfil clínico y la gravedad de cada individuo. (3)

El segmento clasificado como Grupo A integra a individuos que padecen dengue sin manifestaciones de alerta. Estos pacientes se caracterizan por asimilar adecuadamente la hidratación por vía oral y presentar una diuresis normal (al menos una vez cada seis horas), careciendo además de enfermedades coexistentes o situaciones de vulnerabilidad social. Debido a su estabilidad clínica, se opta por un tratamiento de tipo ambulatorio enfocado en la rehidratación oral constante, aunque resulta imperativo un seguimiento médico diario y la realización de hemogramas cada 48 horas para detectar precozmente cualquier signo de alarma. En caso de detectarse alguna anomalía clínica durante el seguimiento, se debe proceder con la hospitalización inmediata del paciente en un establecimiento de salud. (3)

Entre las directrices generales para este grupo, se aconseja el reposo relativo en cama, preferentemente bajo el resguardo de un mosquitero, manteniendo una alimentación habitual rica en líquidos. Con el fin de evitar desajustes en los electrolitos séricos, se recomienda evitar el consumo exclusivo de agua simple; en su lugar, se sugiere la administración de soluciones de rehidratación oral, leche o preparados de cereales como agua de arroz o cebada. El volumen de líquidos debe ser de al menos 2 litros diarios para adultos, mientras que en la población pediátrica el cálculo hídrico se rige estrictamente por la metodología de Holliday-Segar. (3, 25)

Para el control de la fiebre, se privilegia el uso de medios físicos, como baños con agua templada a una temperatura ligeramente inferior a la registrada por el paciente. Farmacológicamente, se prescribe paracetamol en dosis de 500 a 1000 mg cada seis horas para adultos (sin exceder los 4 g diarios), y en niños se administran de 10-15 mg/kg cada 4 o 6 horas, con un tope de 90 mg/kg por jornada. Aunque la normativa peruana desaconseja habitualmente el metamizol, evidencias actuales indican que su empleo como analgésico y antipirético es seguro en dosis de 500 mg cada seis horas para adultos y 10 mg/kg en niños. Se prohíbe terminantemente el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por el peligro latente de hemorragias gástricas, así como el empleo innecesario de corticoides o antibióticos, salvo presencia de infecciones bacterianas confirmadas. Asimismo, no se indica la transfusión rutinaria de plaquetas o plasma debido a su ineficacia y a los riesgos transfusionales asociados. (3, 16)

El conjunto "B1" engloba a pacientes con dengue sin signos de alarma que, no obstante, presentan factores de riesgo o afecciones paralelas que podrían complicar su evolución clínica. Dentro de esta categoría se incluyen gestantes, individuos con obesidad mórbida, niños menores de un año, adultos mayores de 65 años y pacientes con patologías crónicas como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva, fallas renales o hepáticas, además de quienes enfrentan situaciones de riesgo social. El abordaje terapéutico incluye todas las medidas del Grupo A sumadas al tratamiento específico de sus comorbilidades para mantenerlas compensadas. Si se detecta intolerancia a la vía oral o deshidratación evidente, es necesaria la administración de fluidos intravenosos con solución salina al 0.9% a tasas de mantenimiento de 2-3 ml/kg/h, procurando retomar la vía oral lo antes posible. El monitoreo se complementa con pruebas auxiliares como glucemia, función renal, perfil hepático, electrolitos y coagulación. (3)

Los casos definidos como "B2" comprenden a pacientes con dengue que ya exhiben signos de alarma, lo que eleva el peligro de progresar hacia un cuadro grave. El pilar del tratamiento es la fluidoterapia intravenosa inmediata para evitar el desarrollo de choque, iniciándose preferentemente en el mismo centro de salud donde se identifiquen las señales de alerta. Resulta imperativo no demorar la reposición de líquidos bajo ninguna circunstancia; si el paciente conserva la capacidad de ingesta oral y no muestra hipoperfusión, se puede iniciar la hidratación por boca mientras se establece un acceso venoso. Ante vómitos persistentes o señales de baja perfusión (taquicardia, frialdad en extremidades, oliguria o llenado capilar lento), se deben administrar cristaloides como Lactato de Ringer o solución salina al 0.9% en dosis iniciales de 10 ml/kg por hora, permitiéndose hasta tres cargas consecutivas según la evolución clínica. Si la respuesta es favorable, el aporte de líquidos se disminuye gradualmente: 5-7 ml/kg/h durante las primeras 2 a 4 horas, luego a 3-5 ml/kg/h, hasta estabilizarse en una dosis de mantenimiento de 2-3 ml/kg/h en un lapso de 24 horas. Se debe evaluar constantemente la frecuencia cardíaca y la presión arterial media, considerando la transición definitiva a hidratación oral solo cuando los signos de alarma hayan desaparecido. (3)

El grupo "C" corresponde a la manifestación de dengue grave, donde los pacientes se encuentran en estado de choque y requieren intervención de emergencia en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por el alto riesgo de mortalidad. El protocolo de manejo incluye la colocación de al menos dos vías venosas periféricas, soporte con oxígeno, cateterismo urinario y monitoreo clínico exhaustivo junto con exámenes de laboratorio constantes. La rehidratación intravenosa se inicia con un bolo de 20 ml/kg en un tiempo de 15 a 30 minutos, pudiendo repetirse hasta en tres ocasiones según la estabilidad hemodinámica del paciente. Al resolverse el estado de choque, el volumen de fluidos se reduce de forma escalonada: 10 ml/kg/h por 1 o 2 horas, seguido de 5-7 ml/kg/h por 4 a 6 horas y finalmente 3-5 ml/kg/h, hasta alcanzar una tasa de mantenimiento de 2-3 ml/kg/h en un periodo de 24 horas. En situaciones donde los cristaloides no logran la estabilización y persiste la hipotensión, se autoriza el uso de vasopresores o coloides (como albúmina o gelatinas), bajo vigilancia estricta en UCI hasta superar la fase crítica. La transfusión de concentrados de glóbulos rojos (5-10 ml/kg) o sangre fresca se reserva para casos con inestabilidad persistente y sospecha de hemorragia grave, vigilando siempre los tiempos de coagulación (TP, TTPA) y niveles de fibrinógeno para justificar el uso de plasma fresco o crioprecipitados. (2)

Criterios de hospitalización

Se siguen los criterios de hospitalización de la norma técnica 211-2024 (Ver Anexo 1)

Criterios de referencia para casos de dengue (3)

Los criterios de referencia a instituciones sanitarias que cuenten con hospitalización, son:

- Identificación de signos de alarma.
- Nivel de compromiso del paciente.
- Pertenencia a un grupo de riesgo (gestantes, niños y ancianos).
- Presencia de patologías coexistentes.

Por otro lado, los criterios de referencia a una UCI son:

- Choque persistente que no responde a fluidoterapia o que requiere apoyo vasopresor.
- Pulso filiforme y débil.
- Fuga de plasma con distrés respiratorio.
- Hemorragia grave.
- Sobrecarga de volumen.
- Disfunción orgánica (renal, cardíaca, hepática, neurológica, etc.).

Criterios de alta para casos de dengue (3)

- Permanecer afebril por al menos 48 horas.
- Mejoría del estado general.
- Tolerancia oral.
- Flujo urinario normalizado.
- Ausencia de sangrado y disfunción orgánica.
- Tendencia al alza en el recuento plaquetario.
- Estabilización del hematocrito.

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se fundamenta en un enfoque cuantitativo y un diseño de carácter no experimental, clasificándose como un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Espacio y tiempo

El desarrollo de este estudio tuvo lugar en una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) de nivel I-3, ubicada en la región Lambayeque, Perú, analizando la información generada durante el transcurso del año 2024.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población está constituida por la totalidad de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de dengue atendidos en la UVICLIN de IPRESS I-3 de la región Lambayeque durante el periodo de enero a diciembre de 2024.

Muestra:

Criterios de inclusión para selección de historias clínicas:

- **Historias clínicas completas:** Historias clínicas de pacientes atendidos por médicos y enfermeros de IPRESS I-3 durante el período especificado en el estudio, que contengan información completa y detallada sobre el manejo del dengue.
- **Registros en el período de estudio:** Historias clínicas correspondientes al período en el que se evalúa el cumplimiento de la norma técnica.
- **Participación del personal de salud:** Historias clínicas en las que se pueda identificar claramente la intervención del personal médico y de enfermería en la atención del paciente con dengue

Criterios de exclusión:

- **Casos con interrupciones significativas:** Historias clínicas de pacientes que fueron transferidos a otros establecimientos antes de completar su tratamiento, lo que impide una evaluación completa del cumplimiento de la norma técnica.
- **Registros duplicados:** Historias clínicas duplicadas o con registros de pacientes atendidos por múltiples establecimientos, lo que podría causar sesgos en la evaluación.
- **Errores de documentación:** Historias clínicas con errores documentales que puedan comprometer la exactitud de los datos y la evaluación del cumplimiento de la norma técnica.

Cálculo del tamaño de la muestra:

Debido a que la población total de pacientes atendidos en la UVICLIN durante el periodo 2024 fue de 127 casos, se optó por realizar un censo institucional. Esto garantiza la representatividad total del fenómeno estudiado en la IPRESS I-3 y elimina el error de muestreo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES**Calidad del registro de historias clínicas:**

- **Definición conceptual:** Grado de completitud y precisión de los registros de historias clínicas de los pacientes con dengue en UVICLIN.
- **Definición operacional:** Conclusión obtenida al aplicar el instrumento, así esta puede ser:

Satisfactorio: 90-100% del puntaje máximo esperado

Por mejorar: 75-89% del puntaje máximo esperado

Deficiente: <75% del puntaje máximo esperado

Completitud del Registro:

- **Definición Conceptual:** Es el grado en que la historia clínica contiene todos los datos y campos obligatorios llenados por el personal de salud, según lo exigido por la norma técnica, independientemente de la exactitud del contenido clínico.
- **Definición Operacional:** Se determinó mediante la verificación de la presencia de datos en las secciones de Filiación, Anamnesis, Examen Físico, Hojas gráficas de signos vitales y Notas de enfermería.

HC Completa: Si presenta > 90% de los campos llenos.

HC Incompleta: Si presenta < 90% de dichos campos llenos.

Precisión del Registro:

- **Definición Conceptual:** Se refiere a la exactitud, coherencia clínica y claridad de la información registrada. Implica que lo escrito sea legible, use terminología estandarizada (CIE-10, DCI) y guarde lógica clínica (diagnóstico corresponde a síntomas, tratamiento corresponde a diagnóstico).
- **Definición Operacional:** Se evaluará analizando la coherencia en los Diagnósticos, la concordancia en el Plan de Trabajo/Tratamiento y los Atributos de la historia clínica (legibilidad, uso de abreviaturas).

HC Precisa: Registro legible, sin abreviaturas no autorizadas, con diagnósticos y tratamientos coherentes (CIE-10 y DCI correctos).

HC Imprecisa: Presencia de ilegibilidad, abreviaturas, o incoherencias clínicas (dosis erróneas, diagnósticos no concordantes).

Errores Frecuentes en el Registro:

- **Definición Conceptual:** Identificación de las áreas o componentes de la historia clínica que presentan sistemáticamente mayor omisión o llenado incorrecto de datos.
- **Definición Operacional:** Se determinará calculando el porcentaje de incumplimiento (suma de ítems marcados como "Incompleto", "No existe" o "En exceso") por cada una de las 11 secciones del instrumento.

TABLA 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Criterio de Medida	Escala de Medición
Calidad del registro de historias clínicas sobre dengue	De interés	Evaluación de la calidad	Satisfactorio	90-100% del puntaje máximo esperado	Nominal
			Por mejorar	75-89% del puntaje máximo esperado	
			Deficiente	<75% del puntaje máximo esperado	
Compleitud del registro	De interés	Llenado de datos	Completa	90-100% de campos llenos	Nominal
			Incompleta	< 90 de campos llenos	
Precisión del registro	De interés	Coherencia clínica y claridad	Precisa	Registro legible, sin abreviaturas no autorizadas, con diagnósticos y tratamientos coherentes (CIE-10 y DCI correctos).	Nominal
			Imprecisa	Presencia de ilegibilidad, abreviaturas, o incoherencias clínicas.	
Errores frecuentes	De interés	Estructura de la historia clínica	Frecuencia de ítems marcados como "Incompleto" o "No existe" según sección.	Sección con mayor porcentaje de incumplimiento (Filiación, Enfermedad actual, Examen clínico, Diagnósticos, Plan de Trabajo, Tratamiento, Evolución, Enfermería, Alta, Atributos, Formatos)	Nominal

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Técnica:

Se emplea la observación documental como técnica principal para el acopio de datos, enfocándose específicamente en la revisión exhaustiva de las historias clínicas.

Instrumento:

La herramienta de recolección consiste en una adaptación del Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Hospitalización (Anexo N° 07) perteneciente a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad vigente en Perú. Para adecuar el instrumento a las necesidades específicas de una UVICLIN de dengue, se realizaron las siguientes modificaciones:

3. **Sección de plan de trabajo:** Se sustituyó el ítem de “procedimientos genéricos” por la verificación de la prueba rápida NS1 o IgM, dada su relevancia en el protocolo de dengue.
4. **Sección de tratamiento:** En esta sección, se modificó el título de “TRATAMIENTO” a “TRATAMIENTO (POR HORA)”, debido a que la norma establece que el tratamiento debe ser valorado durante cada hora de estancia del paciente en la UVICLIN según su respuesta al mismo.
5. **Temporalidad de Registros:** Se añadieron las especificaciones de registro "por hora" en las secciones de tratamiento, notas de evolución y registros de enfermería (incluyendo signos vitales y balance hídrico), debido a la dinámica de monitoreo estricto que exige la norma técnica para estos pacientes. La sección de “Notas de ingreso de enfermería” y “Kardex” no fueron modificados debido a que, el primero sólo se registra una vez en la historia clínica, y el segundo es un instrumento guía para el personal de enfermería y la norma técnica no especifica que tenga que ser modificado cada hora.
6. **Sección de formatos especiales:** En esta sección se eliminaron los ítems “Formato de orden de intervención quirúrgica” (0.5 puntos), “Reporte operatorio” (0.5 puntos), “Hoja de evolución pre anestésica” (0.5 puntos), “Lista de verificación de

seguridad de la cirugía” (1 punto), “Hoja de anestesia” (0.5 puntos), “Hoja post anestésica” (0.5 puntos) y “Formato de anatomía patológica” (0.5 puntos); en total sumando una resta de 4 puntos. En compensación se añadieron los ítems “Formato único de atención (FUA)” (1 punto), “Formato de referencia” (0.5 puntos), “Ficha epidemiológica” (1 punto) y “Hoja de verificación de notificación” (1 punto); sumando 3.5 puntos, pero además se separó el ítem “Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes” (0.5 puntos), que en el instrumento original aparentemente fueron unidos por error, y se les dio un valor de 0.5 puntos a cada uno, sumando así 0.5 puntos más y completando los 4 puntos que restamos inicialmente. Estas modificaciones fueron realizadas para no incluir en el instrumento aquellos procesos que no se realizan en las UVICLIN, y además incluir los procesos que sí se realizan y son de mayor importancia en las UVICLIN.

Procedimiento:

1. **Diseño del instrumento:** Se modificó el Anexo N° 07 de la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud (2016) como se detalló en la sección anterior.
2. **Validación del instrumento:** Dado que el instrumento original (Anexo N° 07 de la NTS N° 029-MINSA/2016-DGSP) sufrió modificaciones significativas para adaptarse a la dinámica de atención en una UVICLIN (inclusión de monitoreo horario, especificidad en hidratación y eliminación de ítems quirúrgicos), se procedió a determinar la validez de contenido mediante la técnica de Juicio de Expertos. El instrumento adaptado fue sometido a la evaluación de cuatro (04) profesionales con amplia trayectoria en gestión de la calidad, salud pública, infectología y auditoría médica, quienes evaluaron la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems propuestos. Se obtuvo una concordancia de los expertos del 100% al final del proceso (Ver Anexo 2).
3. **Recolección de historias clínicas:** Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por dengue en UVICLIN de IPRESS-I3 durante el período de estudio.
4. **Aplicación del instrumento:** Se utilizó el Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en UVICLIN Dengue (anexo 03) para revisar cada historia clínica.

5. **Llenado del instrumento:** El instrumento está dividido en 5 secciones generales, cada una con sus propias secciones individuales. La primera sección “I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA” fue llenada, registrando la información que solicita el instrumento. La segunda sección “II) OBSERVACIONES” fue marcada en los ítems de cada una de sus secciones individuales, de acuerdo a cómo fue encontrada por el auditor en cada historia clínica, el resultado fue un registro realizado de forma “COMPLETA”, “INCOMPLETA”, “EN EXCESO”, “NO EXISTE” y “NO APLICA”. Como se puede observar en el instrumento, todos los ítems tienen valores para “COMPLETA” y para “NO EXISTE”, lo cual deberá ser marcado según se haya encontrado. Sin embargo, existen ítems que tienen puntajes para “INCOMPLETA” y para “NO APLICA”, en el primer caso, si el auditor determina que el llenado de un ítem es incompleto, y si existe un puntaje para ese ítem de encontrarse incompleto, debe ser marcado como tal, la opción de “INCOMPLETA” no se encuentra en todos los ítems, debido a que hay ítems en los que no se puede admitir que estén incompletos, en estos casos se marcará la opción “NO EXISTE”. En el segundo caso, la opción “NO APLICA” está reservada para casos en los que el auditor determine que el registro no fue realizado por un motivo justificado, en estos casos, no se consideró ningún puntaje, y el puntaje correspondiente a ese ítem fue restado del subtotal máximo de esa sección, y en consecuencia del puntaje total máximo que se pudo obtener; de esta forma al realizar la calificación, se calculó el resultado como el porcentaje de puntos obtenidos del puntaje máximo esperado (luego de restarle los puntos de ítems marcados como “NO APLICA”). En la sección “III.- NO CONFORMIDAD”, el auditor registró comentarios adicionales que pudo tener sobre no conformidad luego de realizar la auditoría. En la sección “IV.- CONCLUSIÓN” el auditor registró la calificación obtenida en la auditoría, pudiendo ser esta “SATISFACTORIO”, “POR MEJORAR” o “DEFICIENTE”, dependiendo del porcentaje obtenido. Finalmente en la sección “V.- RECOMENDACIONES” el auditor registró las recomendaciones que consideró pertinentes.
6. **Análisis de los resultados:** Los datos recogidos se organizaron y analizaron para identificar las áreas de mayor y menor cumplimiento en la calidad del registro. Esto permitió evaluar el nivel general de adherencia a la normativa y la calidad del manejo clínico documentado.

ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para garantizar la integridad, confiabilidad y veracidad de la información recolectada, el procesamiento de los datos se llevó a cabo siguiendo un riguroso protocolo de control de calidad dividido en tres etapas:

1. Estandarización de Criterios (Calibración): Previo al inicio de la recolección definitiva, se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra (13 historias clínicas). En esta fase, ambos investigadores evaluaron los mismos expedientes de manera conjunta para discutir y unificar criterios respecto a la interpretación de los ítems del instrumento (por ejemplo, definir qué se considera una "letra ilegible" o una "abreviatura no autorizada"). Esta etapa permitió afinar el juicio crítico y reducir el sesgo inter-observador.
2. Doble Digitación Independiente: Se procedió a la construcción de una base de datos en el software Microsoft Excel 2019. Para minimizar los errores de transcripción, se aplicó la técnica de doble digitación independiente. Este procedimiento consistió en que ambos investigadores ingresaron la totalidad de los datos de las 127 historias clínicas en dos hojas de cálculo separadas, sin comunicación entre sí durante este proceso.
3. Control de Calidad y Depuración (Data Cleaning): Una vez finalizada la digitación, se utilizó una función lógica de comparación en Excel para contrastar ambas bases de datos entrada por entrada. Se identificaron las discrepancias (datos discordantes entre el digitador A y el digitador B) y se procedió a la verificación manual recurriendo nuevamente a la fuente física original (historia clínica) para dirimir el valor correcto. Tras la corrección de errores, se consolidó una base de datos final depurada.

Análisis Estadístico: La base de datos final fue exportada al software estadístico IBM SPSS Statistics v.25 para su procesamiento. Dado el carácter descriptivo del estudio, se utilizaron las siguientes medidas:

- **Para variables cualitativas (nominal/ordinal):** Se emplearon frecuencias absolutas (n) y relativas porcentuales (%) para determinar la prevalencia de cumplimiento de los ítems de calidad (Completo, Incompleto, No existe).

- **Para variables cuantitativas (puntajes):** Se calcularon medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar) para describir el comportamiento de los puntajes globales y por dimensiones.

Finalmente, los resultados se organizaron en tablas de distribución de frecuencias para su posterior análisis e interpretación, clasificando la calidad según la escala establecida: Satisfactorio (90-100%), Por mejorar (75-89%) y Deficiente (<75%).

ASPECTOS ÉTICOS

Para asegurar que el presente estudio cumpla con los principios éticos fundamentales en la investigación médica, se han considerado los siguientes aspectos:

Principio de Beneficencia y No Maleficencia: El estudio proporciona información valiosa sobre el cumplimiento de la norma técnica para el tratamiento del dengue, contribuyendo a mejorar la atención médica y beneficiando la salud de los pacientes.

Confidencialidad: La información de las historias clínicas fue tratada con absoluta confidencialidad para evitar la fuga de datos. Los datos fueron codificados y utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación.

Consentimiento Institucional: Se solicitó a la unidad correspondiente la autorización y conformidad para acceder y utilizar los datos clínicos, asegurando el anonimato y confidencialidad. (Ver Anexo 04)

Transparencia y Responsabilidad: Los procedimientos fueron documentados y cualquier conflicto de interés será declarado y gestionado apropiadamente.

Principio de Justicia: El estudio se realizó equitativamente, respetando los derechos de todos los pacientes y asegurando que los beneficios de la investigación se compartan de manera justa.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este proyecto de investigación será autofinanciado por los autores y subsidiado por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo en lo que respecta a la asesoría.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

El presente estudio evaluó de manera censal 127 historias clínicas de pacientes atendidos en la Unidad de Vigilancia Clínica (UVICLIN) de la IPRESS I-3 de la región Lambayeque durante el año 2024. A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos tras la aplicación del instrumento de calidad de registro validado.

3.1. Características Generales

La población de estudio estuvo conformada predominantemente por pacientes de sexo femenino (58.3%) y adultos jóvenes. Respecto al diagnóstico de ingreso, la gran mayoría cumplió con el criterio normativo para hospitalización en UVICLIN (Dengue con signos de alarma).

Tabla 2: Características generales de las historias clínicas evaluadas (n=127)

Característica	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	74	58.3%
	Masculino	53	41.7%
Grupo Etario	Niño (0-11 años)	19	15.0%
	Adolescente (12-17 años)	13	10.2%
	Joven (18-29 años)	32	25.2%
	Adulto (30-59 años)	44	34.6%
	Adulto Mayor (>60 años)	19	15.0%
Diagnóstico (CIE-10)	A97.1 Dengue con signos de alarma	117	92.1%
	A97.2 Dengue grave	6	4.7%
	A97.0 Dengue sin signos de alarma	4	3.2%

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión de historias clínicas.

3.2. Calidad Global del Registro

El análisis global del cumplimiento de la norma técnica revela un escenario crítico. La gran mayoría de los registros médicos no alcanzan el estándar mínimo aceptable.

Tabla 3: Nivel de calidad global del registro de historias clínicas en UVICLIN

Calificación	Rango de Puntaje	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Satisfactorio	90 - 100 puntos	0	0.0%
Por Mejorar	75 - 89 puntos	21	16.5%
Deficiente	< 75 puntos	106	83.5%
Total		127	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Se evidencia que el 83.5% de las historias clínicas presentan una calidad DEFICIENTE. Ninguna historia clínica auditada alcanzó el nivel SATISFACTORIO (≥ 90 puntos). El puntaje promedio global fue de 64.2 puntos (DE +/- 8.4), lo cual indica una omisión sistemática de datos obligatorios en la atención del paciente con dengue.

3.3. Calidad por Dimensiones e Indicadores Críticos

Al desagregar la evaluación según las 11 dimensiones del instrumento, se identificaron brechas marcadas entre los registros administrativos (que suelen cumplirse) y los registros clínicos de monitoreo (que presentan fallas críticas).

Tabla 4: Puntaje promedio y nivel de cumplimiento según dimensiones (n=127)

Dimensión Evaluada	Puntaje Máximo	Puntaje Promedio Obtenido	Cumplimiento (%)	Calificación Dimensión
1. Filiación	4.5	4.3	95.5%	Satisfactorio
2. Enfermedad Actual	10.0	7.4	74.0%	Deficiente
3. Examen Clínico	7.0	3.1	44.3%	Deficiente
4. Diagnósticos	20.0	17.2	86.0%	Por Mejorar
5. Plan de Trabajo	19.0	10.8	56.8%	Deficiente
6. Tratamiento (Horario)	14.0	7.9	56.4%	Deficiente
7. Evolución (Horario)	4.0	1.2	30.0%	Deficiente
8. Enfermería	6.0	4.9	81.6%	Por Mejorar
9. Alta	3.0	2.0	66.6%	Deficiente
10. Atributos (Legibilidad)	5.0	1.9	38.0%	Deficiente
11. Formatos Especiales	7.5	4.8	64.0%	Deficiente

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La dimensión con mayor cumplimiento fue Filiación (95.5%), debido a la obligatoriedad de los datos para el formato FUA. Sin embargo, las dimensiones críticas para el manejo del dengue mostraron los desempeños más bajos:

1. **Evolución Horaria (30%):** Refleja que los médicos no realizan notas de evolución cada hora como exige la norma de UVICLIN, limitándose a una o dos notas por turno.
2. **Atributos (38%):** Indica problemas severos de ilegibilidad y uso de abreviaturas no autorizadas.
3. **Examen Clínico (44.3%):** Puntaje bajo arrastrado principalmente por la falta de registro de peso y talla.

Tabla 5: Frecuencia de errores críticos específicos en el manejo del dengue

Indicador de Error Crítico	Frecuencia de Error (n)	Porcentaje de Error (%)
No registro de Peso/Talla	89	70.1%
Ausencia de Evolución Horaria	118	92.9%
Ilegibilidad / Abreviaturas	93	73.2%
Falta de Firma/Sello en notas	45	35.4%

El hallazgo más alarmante es que en el 70.1% de los casos no se registró el peso y/o la talla del paciente. Dado que la norma técnica nacional exige calcular la hidratación en base a ml/kg de peso, esta omisión sugiere que el tratamiento se prescribe de forma empírica, aumentando el riesgo de iatrogenia (sobrecarga hídrica o sub-hidratación). Asimismo, el 92.9% de historias carece de un seguimiento médico estricto hora a hora.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la calidad del registro de historias clínicas de pacientes con dengue en la Unidad de Vigilancia Clínica (UVICLIN) de una IPRESS I-3 de la región Lambayeque. Los resultados obtenidos revelan un escenario crítico: el **83.5%** de las historias clínicas evaluadas fueron categorizadas como **Deficientes**, con un puntaje promedio global de **64.2 sobre 100**. Ninguna historia clínica alcanzó el estándar de "Satisfactorio". Este hallazgo evidencia una brecha significativa entre la normativa técnica vigente y la práctica clínica real en el primer nivel de atención.

Al contrastar nuestros resultados con la literatura internacional, observamos similitudes preocupantes en contextos de recursos limitados. **Choudhary B et al. (4)**, en un estudio realizado en la India, reportaron que, aunque el diagnóstico inicial suele ser correcto (94-95%), existen fallas graves en el registro del manejo y seguimiento. Esto coincide plenamente con nuestros hallazgos, donde la dimensión de Diagnóstico obtuvo un cumplimiento aceptable (86.0%), pero la Evolución Horaria cayó drásticamente al 30.0%. Esta discrepancia sugiere que, ante la alta demanda asistencial propia de los brotes epidémicos, el personal médico prioriza el diagnóstico y la indicación inicial, sacrificando el registro detallado del seguimiento, lo cual vulnera la seguridad del paciente.

Uno de los hallazgos más alarmantes de esta investigación fue la **ausencia de evolución médica horaria en el 92.9%** de los casos. Esta cifra cobra una gravedad particular ante la reciente Alerta Epidemiológica AE-CDC N° 001-2026 (23), la cual advierte sobre el riesgo inminente de nuevos brotes y la necesidad crítica de garantizar la vigilancia clínica intensiva. A pesar de que la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral del Paciente con Dengue exige un monitoreo estricto cada hora en las UVICLIN para detectar signos de choque precoces, los registros evidencian notas espaciadas por turnos (cada 6 o 12 horas). Este resultado es incluso más desfavorable que lo reportado por **López T et al. (6)** en Puerto Rico, quienes encontraron un cumplimiento del monitoreo de signos vitales del 48%. En el contexto nacional, **León FE et al. (9)** reportaron en Piura errores de monitoreo en el 77.5% de los casos. El hecho de que nuestra IPRESS presente cifras de incumplimiento superiores (92.9%) podría explicarse por la categoría del establecimiento

(I-3), el cual cuenta con menor dotación de personal médico en comparación con el hospital II-2 evaluado por León, generando una sobrecarga laboral que impacta directamente en la calidad documental.

Respecto al manejo terapéutico, se identificó una omisión crítica: en el **70.1%** de las historias clínicas **no se registró el peso ni la talla del paciente**. Dado que la guía nacional establece protocolos de hidratación basados estrictamente en el peso corporal (dosis de carga de 10 ml/kg, mantenimiento de 2-3 ml/kg/h), la ausencia de este dato en la historia clínica implica que la prescripción de fluidoterapia se realizó de manera empírica o estimativa. Esto concuerda con lo descrito por **Wharton-Smith et al. (8)** en Malasia, quienes identificaron inconsistencias en el manejo clínico debido a registros incompletos. La falta de antropometría documentada no sólo impide la auditoría técnica de las dosis administradas, sino que expone al paciente a riesgos de iatrogenia por sub-hidratación (choque persistente) o sobre-hidratación (edema agudo de pulmón), complicaciones que no podrían ser justificadas legalmente ante la ausencia del peso registrado.

En cuanto a los atributos formales de la historia clínica, se encontró una **ilegibilidad y uso de abreviaturas no autorizadas en el 73.2%** de los casos. Este hallazgo denota una cultura de registro informal arraigada en el establecimiento, donde la historia clínica no es percibida como un documento médico-legal probatorio. **Cárdenas L. (7)**, en Venezuela, encontró una adherencia "regular" a las guías en el 60.4% del personal, asociando esto a la falta de capacitación. En nuestro estudio, la dimensión de Atributos fue la segunda peor calificada (38.0% de cumplimiento), lo cual ratifica que la presión asistencial degrada la calidad de la escritura y el orden, dificultando la continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos de guardia.

Es importante destacar la diferencia de desempeño entre el personal médico y de enfermería. Mientras que las dimensiones de responsabilidad médica directa (Examen Clínico, Plan de Trabajo, Evolución) resultaron deficientes, la dimensión de **Enfermería** alcanzó un nivel de "Por Mejorar" con un **81.6%** de cumplimiento. Esto sugiere que el personal de enfermería mantiene una mayor disciplina en el registro de constantes vitales

(Kardex y Hoja Gráfica), convirtiéndose en el soporte documental principal de la UVICLIN ante la precariedad de las notas médicas.

Limitaciones del estudio: El estudio presenta limitaciones propias de su diseño retrospectivo, ya que se asume que "lo que no está escrito, no se hizo", aunque es posible que algunas acciones (como la toma de presión arterial) se hayan realizado sin registrarse. Asimismo, al ser un estudio unicéntrico en una IPRESS I-3, los resultados reflejan la realidad del primer nivel de atención y no necesariamente la de hospitales de mayor complejidad. Finalmente, el factor de estacionalidad (brote epidémico de 2024) pudo haber exacerbado las deficiencias encontradas debido al colapso de los servicios, lo cual debe considerarse al interpretar los datos.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. La calidad del registro de historias clínicas de pacientes con dengue en la UVICLIN de la IPRESS I-3 de Lambayeque, durante el año 2024, es predominantemente DEFICIENTE. El 83.5% de los expedientes evaluados no cumplió con los estándares mínimos establecidos por la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/2016 ni con la normativa específica para la atención del dengue. Ninguna historia clínica alcanzó el nivel de calidad satisfactorio, lo cual evidencia una vulneración sistemática de la seguridad del paciente y despoja al documento de su valor médico-legal.
2. El grado de completitud de los registros muestra una discrepancia crítica entre las dimensiones administrativas y las asistenciales. Mientras que la dimensión de Filiación alcanzó un cumplimiento satisfactorio del 95.5% (impulsado por requisitos administrativos del FUA/SIS), las dimensiones vitales para la toma de decisiones clínicas, como la Evolución y el Examen Físico, presentaron niveles de completitud alarmantemente bajos (30.0% y 44.3%, respectivamente). Asimismo, la precisión del registro se encuentra gravemente comprometida por la ilegibilidad y el uso de abreviaturas no estandarizadas en el 73.2% de los casos, dificultando la continuidad de la atención entre turnos.
3. Los errores más frecuentes y críticos identificados en la documentación corresponden a la omisión del monitoreo horario y la falta de datos antropométricos. El 92.9% de las historias clínicas carece de notas de evolución médica hora a hora, incumpliendo el protocolo de vigilancia estricta requerido en una UVICLIN para la detección precoz del choque. Del mismo modo, el 70.1% de los registros no consigna el peso ni la talla del paciente, lo que impide verificar la idoneidad de las dosis de fluidoterapia administradas y aumenta el riesgo de iatrogenia por sobrecarga de volumen o subtratamiento.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

A la Gerencia de la Red de Salud y Jefatura de la IPRESS I-3:

1. Implementar de manera inmediata un sistema de auditoría de la calidad del registro de tipo concurrente (durante la hospitalización) en la UVICLIN, en lugar de la auditoría retrospectiva tradicional. Esto permitirá identificar y corregir las omisiones críticas (como la falta de peso o evolución horaria) en tiempo real, garantizando la seguridad del paciente durante su estancia.
2. Institucionalizar el uso de formatos preimpresos o listas de chequeo (checklists) específicos para la atención del dengue en UVICLIN, que incluyan campos obligatorios y bloqueantes para el registro del peso, talla y el balance hídrico horario, facilitando así el cumplimiento de la norma y reduciendo la carga de escritura manual para el personal médico.

Al Departamento de Medicina y Enfermería:

1. Desarrollar talleres de capacitación continua con enfoque médico-legal, sensibilizando al personal asistencial sobre las implicancias jurídicas y éticas de un registro deficiente. Se debe enfatizar que, ante una demanda por mala praxis, la historia clínica ilegible o incompleta se interpreta jurídicamente en contra del profesional de salud ("lo que no está escrito, no se hizo").
2. Establecer como protocolo de ingreso obligatorio a la UVICLIN la toma y registro de funciones antropométricas (peso y talla) por parte del equipo de enfermería en el momento de la admisión, condicionando la indicación médica de fluidoterapia a la presencia de estos datos basales.

A la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Lambayeque:

1. Evaluar la implementación progresiva de la Historia Clínica Electrónica en las unidades de vigilancia clínica de nivel I-3. La digitalización eliminaría los problemas de ilegibilidad, estandarizaría el uso de diagnósticos CIE-10 y permitiría

la configuración de alertas automáticas para el monitoreo horario, optimizando el recurso tiempo del personal sanitario en contextos de brotes epidémicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shakeela P, Zainab R, Saba S, Urwah I, Mehwish S, Zunaira F, et al; Dengue hemorrhagic fever: a growing global menace. *J Water Health* 1 November 2023; 21 (11): 1632–1650. doi: <https://doi.org/10.2166/wh.2023.114>
2. Valverde PA, Muñoz JM. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes adultos mayores con dengue en un establecimiento de salud I-4, Lambayeque 2023. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/12711>
3. Ministerio de Salud del Perú. “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral del Paciente con Dengue” [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 2]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6007546/5323501-r-m-175-2024-mi-nsa-y-nts-211-dgiesp.pdf>
4. Choudhary B, Jayappa M, Gupta P, Singh K, Choudhary Y. A Clinical Audit of Adherence to Guidelines During Emergency Management of Pediatric Dengue Patients. *Indian J Pediatr*. 2021 Jul;88(7):717. doi: 10.1007/s12098-021-03781-x. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33907917.
5. Abd M, Ahmad Zaki R, Sarimin R, Ariff MI, Suli Z, Mahmud M, et al. Adherence to Clinical Practice Guidelines (CPG) management of dengue infection in adults (revised 2nd edition). *PLoS One* [Internet]. 2017;12(11):e0184559. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0184559>
6. López T, Lugo F, Rodríguez JM, Sabao E, Sierra K, Valdés Y, Vera J. Compliance with management guidelines in patients with suspected dengue. *Bol Asoc Med P R*. 2016;108(1):53-56. PMID: 29193918.
7. Cárdenas L. Adherencia del personal médico y de enfermería a la Guía de Atención al Paciente con Dengue en la Ciudad de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela. [Venezuela]: Universidad de Antioquia ; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/17306>
8. Wharton A, Green J, Loh EC, Gorrie A, Omar SFS, Bacchus L, et al. Using clinical practice guidelines to manage dengue: a qualitative study in a Malaysian hospital. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2019;19(1). Disponible en: <https://d-nb.info/1178099156/34>

9. León FE, Inga JE, Mendoza NB, Montoya A, Dioses K, Cavalcanti S et al . Características y errores más frecuentes en el diagnóstico y tratamiento del dengue en un hospital del norte peruano, 2022. An. Fac. med. [Internet]. 2023 Jun [citado 2024 Mayo 29] ; 84(2): 210-212. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000200210&lng=es. Epub 30-Jun-2023. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v84i2.25494>.
10. Mori LA, Tarrillo JH. Conocimiento sobre manejo inicial de dengue con signos de alarma por médicos de microrredes de la red salud Chiclayo, 2024 [Tesis por el título de Médico cirujano]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/12713>
11. Oblitas SM, Oblitas AE. Dengue, más que cifras, una atención diferenciada. revista de salud udh [Internet]. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024];5(1):61–2. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/405e>
12. Schaefer TJ, Panda PK, Wolford RW. Dengue Fever. StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430732/>
13. Amorim MT, Hernández LHA, Naveca FG, Essashika Prazeres IT, Wanzeller ALM, et al. Emergence of a New Strain of DENV-2 in South America: Introduction of the Cosmopolitan Genotype through the Brazilian-Peruvian Border. [Internet] Trop Med Infect Dis. 2023;8(6):325. [Citado 10 Jun 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10305074/pdf/tropicalmed-08-00325.pdf>
14. Burgos B, Loaiza G, Solórzano M. Fisiopatología del dengue. [Internet] Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019;3(3):622-642. [Citado 10 Jun 2024] Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/614/827>
15. Organización Panamericana de la Salud. Diagrama. Clasificación modificada de la gravedad del dengue. [Internet] 2019. [Citado 10 Jun 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/diagrama-clasificacionmodificada-gravedad-dengue-jpg>
16. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika. [Internet]. 2022 [Citado 10 Jun 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>

17. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Evaluación de la adherencia a la "Guía de Práctica Clínica para la Atención de Casos de Dengue en el Perú" en ESSALUD, al 18/03/2024. Lima: EsSalud; 2024.
18. Jorge A, García-Zapata M, Huanca-García M. Características clínicas y sociodemográficas de pacientes de una Unidad de Vigilancia Clínica para Dengue en Piura durante un brote epidémico en 2024. *An Fac med.* 2025;86(2):179-184. doi: 10.15381/anales.v86i2.30184
19. EsSalud. RRI 11-2024: Epidemiología de la Infección por el Virus del Dengue y Atención en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud, 2023-2024. Lima: EsSalud; 2024.
20. World Health Organization. Enhancing dengue diagnosis and case management. Geneva: WHO; 2025.
21. Kumar A, Devi P, Singh S. Clinical audit on association between platelet count and serological parameters in dengue fever cases in a tertiary care hospital. *Gjhsr.* 2024;8(1):45-52.
22. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica: Incremento de casos de dengue y riesgo de epidemia a nivel nacional. Código: AE-CDC N° 012-2024. Lima: MINSA; 2024.
23. Ministerio de Salud del Perú. Alerta Epidemiológica ante el incremento de casos dengue en algunas regiones del país. Código: AE-CDC N° 001-2026. Lima: MINSA; 2026.
24. Vásquez Y. Características clínicas del brote de dengue en Ucayali-Perú 2024 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024.
25. Galvez Rubio JA. Características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio en pacientes pediátricos con dengue en el Hospital General de Jaén, marzo – agosto 2022 [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024.
26. Martinez L, Cardona J, Restrepo J. Impacto de la capacitación del personal en la calidad del registro clínico en enfermedades endémicas. *Rev Salud Pública.* 2021;23(4):112-118.
27. Sorroza R, et al. Calidad de la atención y seguridad del paciente en el evento dengue. Medellín: Universidad de Antioquia; 2021.
28. Mego M, Neyra J. Conocimientos y prácticas sobre medidas de prevención del Dengue en internos de medicina. Jaén: UNPRG; 2022.

29. Yepes F, et al. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública ante brotes de arbovirosis. Pasto: Universidad de Nariño; 2022.
30. Amorim MT, et al. Emergence of a New Strain of DENV-2 in South America: Genotype II in the Brazilian-Peruvian Border. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(6):325

ANEXOS

ANEXO 01: CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NORMA TÉCNICA 211-2024)

Criterios de hospitalización/internación en las salas de dengue	
Presencia de signos de alarma	Cualquiera de los signos de alarma
Signos y síntomas relacionados con la extravasación de plasma o choque	Pulso débil Taquicardia Acoriamiento de la presión de pulso Deshidratación, mala tolerancia a vía oral. Mareos o hipotensión postural (lipatimia) Sudoración profusa, síncope, postración durante el descenso de la fiebre Hipotensión arterial o extremidades frías Derrame pleural o ascitis o ambas
Hemorragia	Sangrado espontáneo, independientemente del recuento de plaquetas
Disfunción orgánica	Renal, hepática, neurológica o cardíaca Hepatomegalia dolorosa, aun sin choque Dolor torácico o dificultad respiratoria, cianosis
Hallazgos de laboratorio y métodos auxiliares de diagnóstico	Elevación del hematocrito al menos en dos muestras consecutivas (hemoconcentración) Derrame pleural, ascitis, derrame pericárdico o engrosamiento sintomático de la pared de la vesícula biliar
Condición o afección concomitante	Embarazo complicado Infección asociada
Criterios de internación exclusivamente en la salas de dengue¹⁵	
Condición asociada	Embarazo no complicado Enfermedades como diabetes, hipertensión, úlcera péptica, anemias hemolíticas o de otro tipo, estables Neumopatía (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otras) Obesidad o sobrepeso Menor de un año o edad avanzada
Circunstancias sociales	Vivir solo Vivir lejos de la unidad de salud Sin medios adecuados de transporte

ANEXO 02: CARTAS DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**DICTAMEN FINAL:**

En base a los criterios anteriores, considero que el instrumento, una vez incorporadas las sugerencias (si las hubiera), se encuentra:

VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

NO VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Firmo la presente en señal de conformidad.

Lambayeque, 07 febrero de 2026.




Dr. Jorge Ortiz Millones
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 32199 - RNA. 0336

Nombre: Jorge Luis Ortiz Millones
DNI: 16675757
Colegiatura: 32199

DICTAMEN FINAL:

En base a los criterios anteriores, considero que el instrumento, una vez incorporadas las sugerencias (si las hubiera), se encuentra:

VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN
() NO VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Firmo la presente en señal de conformidad.

Lambayeque, [DÍA] de [MES] de 2025.


Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
CMP 29134 - RNE 11880
Enfermedades Infecciosas

Jaime Ysrael Salazar Zuloeta

Nombre:

DNI:

16616940

Colegiatura:

29134.

DICTAMEN FINAL:

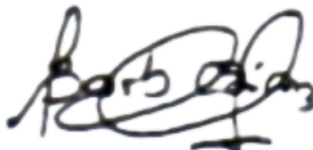
En base a los criterios anteriores, considero que el instrumento, una vez incorporadas las sugerencias (si las hubiera), se encuentra:

VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

NO VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Firmo la presente en señal de conformidad.

Lambayeque, 30 de ENERO de 2026



_____ BARBOZA CORONADO DIAZ DAHANA PAOLA _____

Nombre:

DNI: 16786257

Colegiatura: 032115

DICTAMEN FINAL:

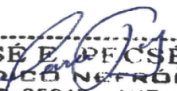
En base a los criterios anteriores, considero que el instrumento, una vez incorporadas las sugerencias (si las hubiera), se encuentra:

VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

NO VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Firmo la presente en señal de conformidad.

Lambayeque, 30 de ENERO de 2026



JOSÉ E. PECSÉN M.
MÉDICO NEFRÓLOGO
CME: 35047 - RNE: 22538
Mg. SALUD PÚBLICA
Dr. (C) CIENCIAS DE LA SALUD

JOSÉ ENRIQUE PECSÉN MONTEZA

Nombre:

DNI: 16710447

Colegiatura: 035047

ANEXO 03: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN UVICLIN DENGUE

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN UVICLIN DENGUE					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA					
NÚMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN					
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5				
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	3				
Interconsultas pertinentes	3				
Referencias Oportunas	3				
Prueba rápida NS1 y/o IgM	5				
SUBTOTAL	19				
TRATAMIENTO (POR HORA)	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4				
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4				
Consigna presentación	1				
Dosis del medicamento	1				
Frecuencia del medicamento	1				
Vía de administración	1				
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2				
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN (POR HORA)	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				

REGISTROS DE ENFERMERÍA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería	1			0	
Notas de Evolución de enfermería (por hora)	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales (por hora)	1			0	
Hoja de balance hídrico (por hora)	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional (por hora)	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	NA
Medicamentos prescritos	1			0	NA
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato único de atención (FUA)	1			0	NA
Formato de referencia	0.5			0	NA
Ficha epidemiológica	1			0	NA
Hoja de verificación de notificación	1			0	NA
Formatos de patología clínica	1			0	NA
Formato de diagnóstico por imágenes	0.5				
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	0.5			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN					
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
III.- NO CONFORMIDAD					
IV.- CONCLUSION					
V.- RECOMENDACIONES					

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. **Aprobación Institucional:** Antes de iniciar la recolección de datos, el proyecto de investigación será presentado al Comité de Ética en Investigación de la institución correspondiente (IPRESS-I3 o Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo) para su revisión y aprobación. Se solicitará el permiso oficial para acceder a los repositorios de historias clínicas.
2. **Solicitud de Exoneración de Consentimiento Informado:** Dado que este es un estudio de tipo retrospectivo, no experimental y basado en la revisión de documentos (historias clínicas), no se tendrá contacto directo con ningún paciente ni se intervendrá en su atención. Por lo tanto, se solicitará al Comité de Ética la exoneración de la aplicación del consentimiento informado a los pacientes, de acuerdo con las normativas éticas para investigación de bajo riesgo que utiliza datos secundarios.
3. **Principio de Confidencialidad y Anonimato:** Este es el pilar ético del estudio. La información obtenida de las historias clínicas será tratada con absoluta confidencialidad.
 - a. Anonimización: No se registrará el nombre, DNI, ni ningún dato personal que pueda identificar al paciente. A cada historia clínica revisada se le asignará un código numérico (ej. "HC-001", "HC-002") que será utilizado para el análisis.
 - b. Uso de Datos: La base de datos será de uso exclusivo para los fines de esta investigación y solo será accesible para los investigadores principales.
 - c. Publicación: En la presentación de los resultados, los datos se mostrarán de forma agrupada y estadística, asegurando que sea imposible identificar a un paciente de forma individual.
4. **Principio de Beneficencia y No Maleficencia:** El estudio no implica ningún riesgo para los pacientes, ya que no se interviene en su tratamiento. Por el contrario, busca generar un beneficio indirecto al proporcionar información valiosa sobre la calidad de los registros. Estos hallazgos permitirán identificar áreas de mejora, contribuyendo a optimizar la calidad de la atención médica de futuros pacientes con dengue en la región.
5. **Principio de Justicia:** La investigación se realizará de manera equitativa. Los resultados de la investigación buscan beneficiar a la comunidad en su conjunto al mejorar los estándares de la práctica clínica.