

ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCION MÉDICA
AIEPI EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS, CON ENFERMEDAD DIARRECIA
AGUDA Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA, EN LA IPS INDÍGENA DEL
MUNICIPO DE CARLOSAMA DURANTE EL PERIODO 2014-2 Y 2015-1

INVESTIGADORES
HECTOR YOVANI ARCINIEGAS
ADRIANA CAROLINA ORTIZ
MARIN ORLANDO PAGUAY
AMANDA BIBIANA VALENZUELA

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PASTO
2016

ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN MÉDICA
AIEPI EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS, CON ENFERMEDAD DIARREICA
AGUDA Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA, EN LA IPS INDÍGENA DEL
MUNICIPIO DE CARLOSAMA DURANTE EL PERIODO 2014-2 Y 2015-1

INVESTIGADORES
HECTOR YOVANI ARCINIEGAS
ADRIANA CAROLINA ORTIZ
MARIN ORLANDO PAGUAY
AMANDA BIBIANA VALENZUELA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

ASESORA
BEATRIZ TORRES AVENDAÑO

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PASTO
2016

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación.....	10
1.3 Pregunta de Investigación.....	10
2. MARCO TEORICO	11
2.1 Antecedentes de AIEPI	11
2.2 Generalidades del componente AIEPI	12
2.2.1 Componentes de la estrategia AIEPI.....	12
2.3 Enfermedad diarreica aguda (EDA)	13
2.3.1Tipos clínicos de enfermedades diarreicas.....	13
2.3.2 Etiología de las enfermedades diarreicas	15
2.4 Infección respiratoria aguda (IRA).....	16
2.4.1 Rinofaringitis o resfriado común	17
2.4.2 Neumonía	17
2.4.3 Laringotraqueitis o CRUP	18
2.4.4 Bronquiolitis	18
2.4.5 Asma	19
2.5 Auditoria en salud.....	20
2.5.1 Generalidades de la auditoria en salud	21
2.5.2 Atención en salud	21
2.5.3. Nivel de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.....	22
2.5.3 Tipo de acciones de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.....	22
2.6 Manejo de la historia clínica	23

2.6.1	Característica de la historia clínica	23
2.7	Aspectos generales de la indígena de Carlosama	24
2.7.1	Reseña histórica de la indígena de Carlosama	24
2.7.2	Misión	24
2.7.3	Visión	24
2.7.4	Principios y valores	24
2.7.5	Plataforma estratégica	25
2.7.6	Organigrama institucional	25
2.7.7	Política de calidad	26
2.7.8	Sistema de gestión para el mejoramiento	26
3.	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo general	27
3.2	Objetivos específicos	27
4.	METODOLÓGIA	28
4.1	Enfoque metodológico	28
4.2	Tipo de estudio	28
4.3	Población	28
4.4	Muestreo	28
4.5	Unidad de análisis	29
4.6	Criterios de inclusión	29
4.7	Criterios de exclusión	29
4.8	Operacionalización de variables	29
4.9	Técnicas de recolección de información	32
4.9.1	Fuentes de información	32
4.9.2	Instrumento de recolección de información	32
4.9.3	Proceso de obtención de información	32
4.9.4	Prueba piloto	33
4.10	Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	33
4.11	Plan de divulgación de los resultados	34
4.12	Consideraciones éticas	34
5.	RESULTADOS	36

6. DISCUSION.....	49
7. CONCLUSIONES.....	50
8. RECOMENDACIONES.....	51
8. BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del niño con diarrea.....	14
Tabla 2. Agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños	15
Tabla 3. Etiología de las infecciones Respiratorias Agudas según la edad.....	17
Tabla 4. Clasificación de un niño con tos o dificultad para respirar.....	19
Tabla 5. Cálculo del tamaño de la muestra	29
Tabla 6. Operacionalización de variables.....	30
Tabla 7. Distribución porcentual de los meses según consulta, en IPS Carlosama en periodo 2014 y 2015.....	36
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de edad de consulta	37
Tabla 9. Distribución porcentual de tipo de embarazo según consulta	38
Tabla 10. Distribución porcentual de la vía de parto	38
Tabla 11. Distribución porcentual de antecedente patológico según consulta	39
Tabla 12. Distribución porcentual de estado nutricional de acuerdo al percentil de crecimiento peso para la talla.....	39
Tabla 13. Tabla de contingencia sexo y tipo de enfermedad	40
Tabla 14. Tabla de contingencia mes del año y tipo de enfermedad	40
Tabla 15. Tabla de contingencia residencia y tipo de enfermedad.....	41
Tabla 16. Tabla de contingencia de estado nutricional y tipo de enfermedad	41
Tabla 17. Porcentaje de historias clínicas con legibilidad de registro.....	42
Tabla 18. Porcentaje de distribución de espacios en blanco en historia clínica según consulta	43
Tabla 19. Porcentaje de uso de convenciones en historia clínica	43
Tabla 20. Distribución porcentual de registro de la firma del profesional en historia clínica.....	43
Tabla 21. Consolidado de calidad de diligenciamiento de historia clínica según resolución 1995 de 1999	43
Tabla 22. Porcentaje de cumplimiento de registro de motivo de consulta.....	44
Tabla 23. Porcentaje de cumplimiento de registro de signos vitales	44
Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento de clasificación AIEPI de enfermedad	45
Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento de diagnóstico según CIE 10.....	46
Tabla 26. Porcentaje de cumplimiento de registro de consulta de control según patología.....	46
Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento de registro de medidas preventivas según patología.....	47
Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento de recomendaciones de buen trato	47
Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento según guía AIEPI.....	47
Tabla 30. Consolidado de criterios para evaluar componentes de la historia clínica y el grado de adherencia de la guía AIEPI	48
Tabla 31. Matriz de plan de mejoramiento para mejorar calidad y adherencia a guía AIEPI IPS Carlosama	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Organigrama institucional de la IPS indígena de Carolosama	25
Gráfico 2. Distribución porcentual de residencia den consulta	37
Gráfico 3. Distribución porcentual del sexo según consulta	37
Gráfico 4. Distribución porcentual de peso al nacer	38
Gráfico 5. Porcentaje de tipo de historia clínica según consulta	42
Gráfico 6. Distribución porcentual de tachones en historia clínica según consulta	42
Gráfico 7. Porcentaje de cumplimiento de registro de enfermedad actual pertinente	44
Gráfico 8. Porcentaje de cumplimiento de registro de examen físico completo	45
Gráfico 9. Porcentaje de cumplimiento de registro de signos de alarma de acuerdo a patología.....	46

RESUMEN

Introducción: La infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, representan las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, nacional y regional en menores de 5 años, situación que se puede prevenir mediante la adecuada adherencia a la estrategia AIEPI. **Objetivo:** Evaluar el grado de adherencia al registro de historia clínica AIEPI en niños entre 2 meses y 5 años atendidos en IPS indígena Carlosoma en el período 2014 II 2015 I con diagnóstico de enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, aleatorio y estratificado, donde se evaluó una muestra de 155 historias clínicas, de las cuales 134 corresponden a infección respiratoria aguda y 21 a enfermedad diarreica aguda, a las cuales se aplicó un instrumento para determinar el grado de adherencia. **Resultados:** El 29% de la población del estudio presentó riesgo ó algún grado de desnutrición, los criterios de mayor cumplimiento de calidad de registro fue la firma por parte del profesional y el registro en formato AIEPI, y los de menor cumplimiento la presencia de tachones y falta de legibilidad. El criterio de adherencia con menor cumplimiento fue el registro de las medidas preventivas según patología, el grado de adherencia de la guía fue del 82%, rango de cumplimiento regular.

Palabras clave: AIEPI, auditoria, historia clínica, registro

ABSTRACT

Introduction: Acute respiratory infection and acute diarrheal disease represent the main causes of morbidity and mortality at global, national and regional levels in children under 5 years, a situation that can be prevented by proper adherence to the AIEPI strategy. **Objective:** To assess the degree of adherence to the registration of medical history AIEPI in children between 2 months and 5 years seen in IPS indigenous Carlosoma in the period 2014 II 2015 I diagnosed with diarrheal disease and acute respiratory disease. **Materials and methods:** stratified descriptive cross-sectional study, randomized and where a sample of 155 medical records, of which 134 correspond to acute respiratory infection and 21 to acute diarrheal disease, which an instrument was used to determine assessed the degree of adhesion. **Results:** 29% of the study population presented risk or some degree of malnutrition, the criteria for higher quality compliance record was signed by the professional and checks in AIEPI format and lower compliance the presence of erasures and illegibility. The criterion of adherence was lower compliance with the registration of preventive measures as pathology; the degree of adherence of the guide was 82%, regular compliance range

Keywords: AIEPI, audit, medical records, registration

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La mortalidad infantil es un problema de salud pública distribuido a nivel mundial, pero con mayor incidencia en los países en vías de desarrollo (1). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina al finalizar el siglo XX se presentaron 540.000 muertes de niños menores de 5 años, principalmente por patologías transmisibles, como la enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda (1).

En el caso de Colombia, la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años para el año 2010 fue de 239 casos por cada 100.000 menores de cinco años, con mayor incidencia en el área rural, y dentro de las cinco primeras causas de mortalidad se encontraron la enfermedad diarreica (5,3%) y la infección de vías respiratorias aguda 16,2% (2). Para el año 2011 en el municipio de San Juan de Pasto la tasa de mortalidad fue 22,1 por 100.000 menores de 5 años, la mortalidad por enfermedad diarreica y por infección respiratoria aguda para el año 2010 fue de 3,4 y 6,2 muertes por 100.000 menores de 5 años respectivamente (3).

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), elaborada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), surge como mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad de la población menor de 5 años (1), la cumbre del milenio en septiembre de 2000, estableció como objetivo la reducción en dos terceras partes la mortalidad en menores de cinco años (4), Colombia no ajena a esta política internacional, adoptó como objetivo la reducción de la mortalidad infantil como una política de salud de pública, con miras al año 2015 estableció obtener menos de 17 casos por mil nacidos vivos en el territorio nacional (5).

El marco legal, por medio del cual se implementa el programa AIEPI en Colombia, como pilar fundamental de la atención en salud de la primera infancia, se encuentra la Ley 100 de 1993, por la cual se estableció el derecho esencial a la salud dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social y la Resolución 412 de 2000, por medio del cual el Ministerio de Salud y la Protección Social adopta normas técnicas y guías de prevención, detección, atención y recuperación de enfermedades en salud pública, en donde se encuentran las enfermedades prevalentes en la infancia(5,6).

En el municipio de Carlosama, la enfermedad diarreica e infección de vías respiratorias aguda, son las principales causas de morbilidad y de consulta en los menores de cinco años (7); la IPS indígena del municipio, presta el servicio de consulta externa para la atención a menores de 5 años, bajo la guía clínica AIEPI, en el último trimestre del año 2014 en auditoría interna al programa de AIEPI, se hicieron hallazgos en la historia clínica médica en cuento a falta de legibilidad,

antecedentes y examen físico incompletos, clasificación de acuerdo a la guía inadecuada, tratamiento y recomendaciones de manejo inadecuadas (8), sin embargo al momento no se cuenta con estudios sobre el grado de adherencia a la guía en la institución, y por ende el impacto de las estrategias formuladas para disminuir el impacto de las enfermedades prevalentes en la infancia.

1.2 Justificación

La política de atención en salud infantil es una prioridad a nivel mundial, dadas las elevadas tasas de mortalidad, Colombia no ajeno a esta problemática, en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se propone como objetivo reducir en dos terceras partes la mortalidad en menores de 5 años, mediante la implementación de la estrategia AIEPI, que busca prevenir, detectar y atender las enfermedades en menores de 5 años (1,5).

La Resolución 1995 de 1999 establece las normas para el manejo de la Historia clínica (9), de igual manera la Resolución 412 del 2000, estableció las normas técnicas de obligatorio cumplimiento de detección temprana y atención de las enfermedades prevalentes en la infancia (6), motivo por el cual la adherencia a la guía clínica AIEPI por parte del profesional médico, es punto fundamental dentro de la estrategia, con miras a disminuir el impacto de la morbimortalidad en menores de 5 años.

Las principales causas de consulta médica y morbilidad en la IPS indígena se encuentran la enfermedad diarreica y respiratoria aguda (7), la IPS no cuenta con estudios de caracterización de la población infantil atendida.

En la auditoria interna realizada en el último trimestre de 2014, se encontró que existen falencias en cuanto a la adherencia a la guía, por parte del personal médico, con hallazgos sobre información incompleta en la historia clínica, inadecuada clasificación y tratamiento de acuerdo a los lineamientos de la guía (8), a pesar del estudio mencionado se desconoce el grado de adherencia a la guía AIEPI, motivo por el cual se hace necesario el desarrollo de un proyecto de investigación en el cual se encuentre el porcentaje de adherencia a la guía, con el fin generar acciones por parte de la IPS para fortalecer el programa, que permita un diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades más frecuentes de la población infantil menor de 5 años, que permita un impacto en la reducción de la morbimortalidad de las principales causas de atención médica en la institución.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el grado de adherencia al registro de historia clínica AIEPI en la atención médica a niños entre 2 meses y 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda en la IPS indígena Carlosama en el periodo 2014-II . 2015-I?.

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de AIEPI

La estrategia AIEPI surge en 1992 como una propuesta de la Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia -Unicef- como alternativa para reducir las altas tasas de mortalidad infantil y la incidencia de episodios de enfermedades infecciosas, modificando factores de riesgo a nivel individual y grupal, dando respuesta a problemas específicos de morbimortalidad en menores de 5 años. La estrategia integró programas específicos como el manejo de la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda, además promueve iniciativas de protección de la salud, como el programa de crecimiento y desarrollo y los planes ampliados de inmunizaciones (14)

La estrategia AIEPI permite mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años y reducir la carga de enfermedad en la población; además es una herramienta práctica que permite realizar acciones de detección precoz y tratamiento apropiado y oportuno, así como intervenciones de prevención y de promoción de la salud. Permite realizar una evaluación sistemática y ordenada, atendiendo de manera holística los problemas de salud que afectan al niño, y a nivel comunitario se enfoca en medidas preventivas y de promoción de la salud que contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar (15).

En Colombia se adopta la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, conocida como AIEPI, a partir de 1998, convirtiéndose en una alternativa para mejorar la salud infantil integral y disminuir las tasas de morbimortalidad en menores de 5 años por causas prevenibles, desde entonces la estrategia ha presentado modificaciones en forma y contenido de acuerdo con las realidades del país (11).

Entre los principales objetivos de la estrategia AIEPI están: reducir la mortalidad y la incidencia de enfermedades en la infancia por causas evitables, además busca garantizar una adecuada calidad de atención de menores de 5 años, en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad; fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y contribuir al adecuado crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, también tiene un enfoque familiar dirigido a fortalecer actitudes, habilidades y destrezas en la familia y la comunidad para el cuidado de los niños menores de 5 años, teniendo en cuenta su entorno (15).

La estrategia AIEPI, se basa en la capacitación a todos los trabajadores en salud infantil para mejorar sus conocimientos, habilidades, y los principales factores de riesgo que afectan la salud en la infancia desde el hogar y el vínculo social que establece el niño con su comunidad; como el estilo de vida, las condiciones

geográficas, condiciones culturales o condiciones económicas, que impidan realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad (1).

Según los indicadores básicos de salud 2009-2010, documentados en la estrategia de atención integral a la primera infancia, los trastornos respiratorios del periodo perinatal se constituyen en la causa principal de mortalidad (23,3%) en el territorio nacional, además evidencia que la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) se redujo en más del 50% entre 2005 y 2010, al pasar de 12,2 muertes por cada 100 000 menores de cinco años en 2005 a 5,26 muertes en 2010 (11).

2.2 Generalidades del componente AIEPI

La Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI- Evalúa en forma sistemática la atención de todos los niños abordando al niño desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar; evalúa los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, lactancia materna, desarrollo, afecto, entre otros, identificando precozmente las causas de morbilidad con enfoque de riesgo, además promueve las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera económicamente rentable, garantizando calidad en el primer nivel de atención (11).

La Estrategia AIEPI pone a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y que son motivo de consulta, fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño (15).

2.2.1 Componentes de la estrategia AIEPI

La estrategia AIEPI combina en una sola intervención muchas actividades que habitualmente realizan los servicios de salud, su introducción requiere un importante esfuerzo de coordinación, no solo en el nivel de los servicios, sino también en los niveles de planificación y decisión estatal y privada, así como en el nivel comunitario (11).

Se operacionaliza a través de tres componentes: el primero busca mejorar el desempeño del personal de salud para garantizar la calidad en la atención a menores de cinco años y sus familias; El segundo se enmarca en el mejoramiento de los sistemas y servicios de salud, garantizando la prestación de servicios integrales a la niñez y el tercero se complementa en el enfoque familiar incentivando en las familias las prácticas para el cuidado y atención de las madres las niñas y niños en el hogar (11).

2.3 Enfermedad diarreica aguda (EDA)

El protocolo de EDA en Colombia toma la definición de la Organización Mundial de la Salud la cual define la Enfermedad Diarreica Aguda como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días+. Puede presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte (14). Cada año mueren en el mundo cerca de 10 millones de niños menores de cinco años a causa de unas pocas enfermedades prevenibles, y cerca de 2 millones de estas muertes (aproximadamente 20%) se deben directa o indirectamente a la enfermedad diarreica+(12).

Según la OMS se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a enfermedades diarreicas (incluido el cólera), donde el 90% corresponde a niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en desarrollo. Se considera que el 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre, y de un saneamiento e higiene deficientes (14)

En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa el segundo lugar de morbimortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (15). Sin embargo las tasas de mortalidad por EDA en el territorio nacional en población menor de cinco años ha disminuido considerablemente, mientras que para el año 2006 se presentaron 11,6 casos por 100,000 menores de 5 años para el año 2012 se redujo a 25,4 casos por 1,000,000 menores de 5 años, respectivamente (15). Para el caso de Nariño para el año 2012 la mortalidad por enfermedad diarreica aguda corresponde a 18,3 casos por 1,000,000 menores de 5 años (15), constituyéndose en una de las primeras causas de consulta en las instituciones de primer nivel después de las infecciones respiratorias (3)

2.3.1 Tipos clínicos de enfermedades diarreicas

La enfermedad diarreica aguda es la principal causa de deshidratación en menores de 5 años y por ende se convierte en una de las principales causas de mortalidad en dicha población, se clasificación clínicamente en (12):

- “ Diarrea aguda acuosa, dura de varias horas a varios días. El principal peligro es la deshidratación. También presenta pérdida de peso si no se continúa la alimentación en forma adecuada.
- “ Diarrea aguda con sangre, también llamada disentería: el principal peligro es el daño de la mucosa intestinal, la sepsis y la desnutrición.

- “ Diarrea persistente, dura catorce días o más. Los principales peligros son la desnutrición, sepsis y las infecciones extraintestinales severas, también puede presentar deshidratación.

La estrategia AIEPI clasifica la diarrea, según el estado de hidratación, tiempo de evolución y presencia de sangre, así como el manejo correspondiente para cada caso, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del niño con diarrea

ESTADO DE HIDRATACIÓN	<p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Letárgico o inconsciente “ Ojos hundidos “ No puede beber o bebe con dificultad “ El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente (<2 segundos) 	DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> “ Si tiene otra clasificación grave: referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte %REFIERA+ “ Si el niño no tiene otra clasificación grave: Hidratar como se describe en el PLAN C
	<p>Dos de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Intranquilo o irritable “ Ojos hundidos “ Bebe ávidamente con sed “ El pliegue cutáneo se recupera lentamente (<2 segundos) 	DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> “ Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte %REFIERA+, con la madre administrando SRO. “ Hidratar como se describe en el PLAN B con SRO “ Suplementación terapéutica con zinc “ Continuar la lactancia materna “ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato “ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa
	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Diarrea de alto gasto “ Vómito persistente “ Rechazo a la vía oral 	DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> “ Si tiene otra clasificación grave referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de referencia, con la madre administrando SRO. “ Dar SRO y alimentos en la institución, PLAN A SUPERVISADO “ Suplementación terapéutica con zinc “ Reevaluar mientras administra PLAN A, si persiste alto gasto o vómito o no recibe los líquidos remitir al hospital para tratamiento. “ Continuar la lactancia materna “ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato “ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa
	No hay suficientes signos para clasificarse en ninguna de las anteriores	DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> “ Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A “ Suplementación terapéutica con zinc “ Enseñar a la madre los signos de alarma para volver de inmediato “ Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa “ Enseñar medidas preventivas específicas
DIARREA PERSISTENTE	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> “ Tiene deshidratación “ Edad menor de 6 meses 	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> “ Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte %REFIERA+ “ Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave “ Administrar dosis adicional de vitamina A “ Descartar VIH según protocolo.

	<p>Todos los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ No tiene deshidratación ~ Edad mayor de 6 meses 	DIARREA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ~ Enseñar a la madre como alimentar al niño con DIARREA PERSISTENTE ~ Suplementación terapéutica con Zinc ~ Administrar una dosis adicional de vitamina A ~ Administrar suplemento de vitaminas y minerales, ~ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ~ Consulta de seguimiento 2 días después ~ Enseñar medidas preventivas ~ Descartar VIH según protocolo
SANGRE EN LAS HECES	~ Sangre en las heces	DISENTERÍA	<ul style="list-style-type: none"> ~ Administrar un antibiótico apropiado ~ Suplementación terapéutica con zinc ~ Tratar la deshidratación según el plan indicado ~ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ~ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato si empeora ~ Enseñar medidas preventivas específicas

Fuente: OPS, Ministerio de Salud y Protección Social. Libro Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Tercera Edición. Bogotá D.C., Colombia: OPS; 2012

2.3.2 Etiología de las enfermedades diarreicas

Se ha mostrado que mientras más bajos son los niveles de saneamiento e higiene personal de una población, mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de la diarrea en comparación con los virus. Aún más, los agentes bacterianos tienden a mostrar un notable aumento durante los meses cálidos del año en las zonas donde los cambios estacionales son marcados. En contraste, los rotavirus y otros virus generalmente manifiestan su incidencia mayor en la estación más fría del año (14), tal como se evidencia en tabla 2.

Tabla 2. Agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños

AGENTE	INCIDENCIA	COMENTARIOS
VIRUS		
<i>Rotavirus</i>	Es responsable de 15 a 25% de los episodios de diarrea en los niños de 6 a 24 meses que consultan, y cerca del 50% de los niños hospitalizados por diarrea, pero únicamente del 5 a 10% de los casos en este grupo de edad en la comunidad. Distribución mundial, se trasmite por vía fecal-oral y posiblemente por gotas a través del aire. Mayor incidencia en las temporadas frías y secas.	Causa diarrea líquida, vómito y fiebre baja. Puede variar entre asintomático a diarrea con deshidratación que puede llevar a la muerte. Hay 5 serotipos de rotavirus epidemiológicamente importantes.
BACTERIAS		
<i>Escherichia Coli</i>	La <i>E. Coli</i> causa más de la cuarta parte de todas las diarreas en los países en desarrollo. La transmisión usualmente ocurre por alimentos y agua contaminados.	Se reconocen 5 grupos de <i>E. coli</i> : entero-toxigénica, de adherencia localizada, de adherencia difusa, entero-invasiva y entero-hemorrágica.

<i>E coli (ETCE) enterotoxigénica</i>	Es la mayor causa de diarrea aguda acuosa en los niños y adultos en los países en desarrollo, especialmente durante las estaciones calientes y húmedas.	Es la causa más común de la diarrea de los viajeros. La diarrea es autolimitada.
<i>E coli (EC-AL) con adherencia localizada</i>	Puede llegar a producir hasta el 30% de las diarreas agudas del lactante en algunas áreas urbanas. Muchas son adquiridas en el hospital.	Usualmente autolimitada, pero puede ser grave o causar diarrea persistente, especialmente en los menores de 6 meses alimentados con fórmula láctea.
<i>E coli (EC-AD) con adherencia difusa</i>	Está ampliamente diseminada y parece causar un pequeño número de diarreas en los lactantes.	
<i>E coli (ECEI) enteroinvasiva</i>	Es poco frecuente en los países en desarrollo; causa brotes en niños y adultos por contaminación de alimentos y sus síntomas son similares a la shigelosis.	Los antibióticos contra la Shigella son probablemente efectivos, pero la eficacia no se ha comprobado en estudios controlados.
<i>E coli (ECEH) Enterohemorrágica</i>	Se encuentra en Europa y América donde los brotes son causados por comer carne mal cocida.	Se caracteriza por un comienzo agudo de cólicos, fiebre baja o ausente y diarrea líquida que puede rápidamente volverse sanguinolenta. El serotipo más común asociado con el síndrome urémico hemolítico es O157-H7.

Fuente: OPS, Ministerio de Salud y Protección Social. Libro Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Tercera Edición. Bogotá D.C., Colombia: OPS; 2012

2.4 Infección respiratoria aguda (IRA)

Según la guía de práctica clínica en Colombia ~~la~~ Infección Respiratoria Aguda (IRA) es un conjunto de enfermedades transmisibles auto limitadas que afectan el aparato respiratorio desde la nariz hasta el alveolo~~(16)~~.

La (IRA) se considera una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, se estima que en promedio cada año se presentan 4.000.000 de muertes por esta enfermedad. Los grupos poblacionales con mayor riesgo de morir por IRA son los menores de 5 años, las personas con enfermedad crónica de base, inmunosupresión y las personas mayores de 60 años. En América, se registran más de 100.000 defunciones anuales de menores de un año por procesos respiratorios. Aproximadamente el 90% de las muertes se deben a neumonía; el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe (14); por su parte, en el municipio de San Juan de Pasto la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda fue de 6,2 muertes por cada 100.000 menores de 5 años durante el año 2010 (3).

La estrategia AIEPI clasifica las infecciones respiratorias según la sintomatología (12), a continuación se describe cada categoría:

2.4.1 Rinofaringitis o resfriado común

Estado gripal de curso habitualmente benigno, de etiología viral, que se caracteriza por compromiso catarral de las vías respiratorias superiores, auto limitado (dos a cinco días), rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, dolor de garganta y fiebre, acompañado o no de tos. Es la enfermedad infecciosa más frecuente en la edad pediátrica, especialmente común en los tres primeros años de vida (12).

Se han descrito más de 200 tipos diferentes de virus que pueden causar el resfriado común. Los virus respiratorios que más frecuentemente lo causan pertenecen a los grupos myxovirus, paramyxovirus, adenovirus, picornavirus, y coronavirus, el Rhinovirus es el causante de cerca del 35% de los resfriados. Se han identificado más de 110 tipos diferentes de este virus que ocasionan una enfermedad benigna y es excepcional que produzca una enfermedad severa. Pero por otro lado los adenovirus, coxsackievirus, echovirus, orthomyxovirus (incluyendo virus de la influenza A y B, que causan influenza), paramyxovirus (incluyendo varios virus parainfluenza), virus sincitial respiratorio, y enterovirus, que causan una enfermedad leve en adultos, tienen la potencialidad de ocasionar una infección severa del tracto respiratorio inferior en lactantes (12).

2.4.2 Neumonía

La estrategia AIEPI define la Neumonía como un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar generalmente de origen infeccioso, es causada principalmente por infecciones virales o bacterianas (cerca del 80% de los casos en la infancia), por irritación química secundaria a aspiración o por migración de larvas de parásitos, especialmente de áscaris lumbricoides+ (12). Presenta un cuadro clínico caracterizado por tos, fiebre, taquipnea, tiraje y compromiso variable del estado general. La fiebre no es un criterio eficiente para diagnosticar neumonía; muchas otras enfermedades pediátricas se acompañan de fiebre. Por otro lado, algunos pacientes con neumonía no presentan fiebre, especialmente los severamente enfermos y los desnutridos (12). En la tabla 3. Se muestra la etiología más probable de la neumonía según edad.

Tabla 3. Etiología de las infecciones Respiratorias Agudas según la edad

Recién Nacido	3 semanas a 3 meses	4 meses a 4 años	Mayores 5 años
Bacterias: ~ Streptococcus Beta Hemolítico del grupo B ~ Escherichia coli ~ Listeria monocytogenes ~ S. aureus	Bacterias: ~ S pneumoniae ~ C trachomatis ~ Bordetella pertussis ~ S aureus ~ L monocytogenes	Bacterias: ~ S pneumoniae ~ H influenzae no tipables ~ H influenzae tipo b ~ M pneumoniae	Bacterias: ~ M pneumoniae ~ S pneumoniae ~ C pneumoniae

Virus: ~ Sincitial Respiratorio (VSR) ~ Citomegalovirus	Virus: ~ VSR ~ Parainfluenza	Virus: (son los principales agentes causales) ~ VSR ~ Parainfluenza ~ Influenza A y B ~ Adenovirus ~ Rhinovirus ~ Metapneumovirus (<2 a.)	Virus: ~ Influenza A y B
---	------------------------------------	---	-----------------------------

Fuente: libro Clínico AIEPI 2012/Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), Publicado en sitio web de SLIPE el 8 de Septiembre del 2010.

2.4.3 Laringotraqueitis o CRUP

El CRUP es la causa más frecuente de obstrucción aguda de la vía aérea superior en la infancia. Se caracteriza por la presencia de tos perruna o metálica en grado variable, disfonía, estridor y dificultad respiratoria. En Colombia la incidencia estimada es de 3% en niños menores de seis años. El trastorno de base es un edema subglótico que provoca disfonía y compromiso de la vía aérea superior (12).

La laringotraqueitis es causada por virus como el parainfluenza tipo I (75%), 2 y 3, VSR, virus influenza A y B y adenovirus. Poco frecuente es la etiología bacteriana, sin embargo el *Mycoplasma pneumoniae* es responsable del 3%. La sintomatología es más severa en el CRUP causado por el virus influenza. El CRUP espasmódico se presenta con la misma sintomatología, se desconoce su etiología. Se relaciona con hiperreactividad bronquial e infección viral; tiene carácter recidivante e incidencia familiar(12).

La infección comienza en nasofaringe y se disemina a epitelio de laringe y tráquea donde puede detenerse o continuar su descenso por el árbol respiratorio. Ocasiona inflamación difusa, eritema y edema de las paredes de la tráquea y afecta la motilidad de las cuerdas vocales. El estrechamiento de la laringe origina la dificultad respiratoria y el estridor. La inflamación y paresia de las cuerdas vocales provoca la disfonía. El edema de la mucosa y submucosa de la región subglótica de la vía aérea asociado a aumento en cantidad y viscosidad de las secreciones, provoca la disminución de la luz traqueal, lo que lleva a insuficiencia respiratoria e hipoxemia+(11).

2.4.4 Bronquiolitis

La estrategia AIEPI define la bronquiolitis como enfermedad viral estacional, caracterizada por fiebre, secreción nasal y tos sibilante. A la auscultación se encuentran estertores crepitantes inspiratorios finos y/o sibilancias espiratorias+ (12). El término bronquiolitis hace referencia al primer episodio broncoobstructivo, en niños menores de dos años, de una enfermedad caracterizada por signos de

infección de las vías respiratorias superiores (resfriado) dos - tres días previos seguidos por la aparición de sibilancias, respiración sibilante o crepitantes finos inspiratorios de tono sibilante. Se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas inferiores, aumento de la producción de moco y broncoespasmo (12,17).

La bronquiolitis es un problema de primera magnitud en todo el mundo, tanto por su elevada incidencia estacional, como por el importante consumo de recursos que genera. El 2 - 5% de los casos en niños menores de 12 meses requiere hospitalización y entre el 50 - 70%, según las series, de los niños con bronquiolitis, tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses o años posteriores. La morbimortalidad aumenta en niños con antecedente de prematuridad, muy pequeños o con factores de riesgo (12).

El virus sincitial respiratorio (VSR) es responsable de cerca del 80% de los casos. Otros agentes causantes incluyen Metapneumovirus humano, Rinovirus, Adenovirus (comúnmente seguido de secuelas serias como bronquiolitis obliterante), Virus de influenza y parainfluenza y enterovirus(11)

2.4.5 Asma

La estrategia AIEPI adopta la definición de inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores celulares(12). La inflamación crónica causa un aumento asociado en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento(16,17).

AIEPI clasifica las infecciones respiratorias según la sintomatología, y establece el manejo correspondiente, tal como se evidencia en la tabla 4. (12):

Tabla 4. Clasificación de un niño con tos o dificultad para respirar

SEGÚN LA OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA	Estridor agudo y uno de los siguientes: ~ Somnoliento, confuso y agitado ~ Tiraje subcostal y/o supraclavicular ~ Saturación de oxígeno al aire ambiente < 92% (o < 90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) ~ Edad menor de 3 meses	CRUP GRAVE	~ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte REFIERA+ ~ Administrar oxígeno ~ Administrar Dexametasona ~ Nebulización con adrenalina
	Menor de dos años de edad con un primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal hace 2 a 3 días y uno de los siguientes: ~ Tiraje subcostal ~ Respiración rápida ~ Apneas ~ Saturación de oxígeno al aire ambiente	BRONQUIOLITIS GRAVE	~ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte+ ~ Administrar oxígeno ~ Si tolera la vía oral, aumentar ingesta de líquidos y leche materna

<p><92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm)</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Edad menor de tres meses ~ Edad menor de seis meses y antecedente de prematuridad 		
<p>Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sin criterios para clasificarse como BRONQUIOLITIS GRAVE, y uno de los siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Incapaz de hablar o de beber ~ Somnoliento, confuso o agitado ~ Tiraje subcostal o respiración rápida que no mejora con tratamiento en sala ERA ~ Saturación de oxígeno al ingreso m84% ~ Saturación de oxígeno al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) que no mejora con tratamiento en sala ERA 	<p>SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte %REFIERA+ ~ Administrar oxígeno ~ Administrar un B2 agonista cada 20 minutos por 3 veces ~ Si es sibilancia recurrente administrar la primera dosis de corticosteroide
<p>Estridor agudo y :</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Sin alteración de conciencia ~ No tiene tiraje subcostal ni supraclavicular ~ Saturación de oxígeno al aire ambiente >92% (o >90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) ~ Mayor de 3 meses de edad 	<p>CRUP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Administrar dosis de Dexametasona ~ Clasificar la severidad del CRUP y tratar de acuerdo con la severidad de la obstrucción
<p>Menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal de hace 2 o 3 días y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ No tiene tiraje subcostal ~ No tiene respiración rápida ~ Sin apneas ~ Saturación de O2 al aire ambiente ~ 92% (o ~ 90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) ~ Mayor de tres meses de edad ~ Sin antecedente de prematuridad ~ Prematuro mayor de 6 meses de edad 	<p>BRONQUIOLITIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Aseo nasal con suero fisiológico cada 3 a 4 horas ~ Aumentar ingesta de líquidos y leche materna ~ Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa ~ Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato ~ Consulta de seguimiento dos días después
<p>Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sibilancias y sin criterios para clasificarse en las anteriores y:</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Puede hablar y beber ~ Sin alteración de conciencia ~ Saturación de oxígeno al ingreso > 84% 	<p>SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Iniciar tratamiento en sala ERA con esquema de B2 agonista ~ Si es sibilancia recurrente administrar la primera dosis de un corticosteroide ~ Volver a clasificar según esquema de tratamiento del niño con SIBILANCIAS o CRISIS DE ASMA

Fuente: OPS, Ministerio de Salud y Protección Social. Libro Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Tercera Edición. Bogotá D.C., Colombia: OPS; 2012

2.5 Auditoria en salud

La auditoría hoy en día se hace presente en diferentes escenarios, no solo la parte financiera es la línea base para realizar este tipos de exámenes críticos, sistemáticos y representativos en una organización, es por esto que existen varias definiciones acerca de la misma, tal es el caso de William Thomas Porter y John C. Burton definen la Auditoría como el examen de la información por una tercera persona distinta de quien la preparó y del usuario, con la intención de establecer

su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen, con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario (18)

2.5.1 Generalidades de la auditoria en salud

El artículo 32 del decreto 1011 de 2006 señala que los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, con el fin de lograr mejoramiento de la calidad de la atención de salud (19,20), así mismo señala que los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (19).

Según este mismo artículo la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- “ La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- “ La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- “ La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas

De esta manera entonces, la auditoria en salud se la debe entender como una herramienta de gestión de la calidad, que permite evaluar a una entidad de forma holística, tanto en sus componentes administrativo, financiero, operativo, asistencial y de talento humano. Por tanto la auditoria como base para el mejoramiento continuo debe contribuir a identificar las oportunidades que garanticen la prestación de los servicios con calidad (22).

2.5.2 Atención en salud

El Ministerio de la Protección Social define la atención en salud como ~~el~~ conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población+(20).

La atención en salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurre el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país. Este proceso comprende un conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y

control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura (23).

2.5.3. Nivel de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles(21):

- “ Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- “ Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- “ Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradoras de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa

2.5.3 Tipo de acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

Son el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, a fin de alcanzar las metas programadas y por ende satisfacer las necesidades demandadas de todos sus clientes.

Según el decreto 1011 de 2006 el modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones (21):

- “ Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

- “ Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- “ Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia

2.6 Manejo de la historia clínica

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley, tal como lo señala la Resolución 1995 de 1999 (9). Además, debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma (9).

2.6.1 Característica de la historia clínica

Las características de la historia clínica según la resolución 1995 de 1999 son (9):

- “ Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- “ Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- “ Racionalidad: Aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- “ Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- “ Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

2.7 Aspectos generales de la indígena de Carlosama

2.7.1 Reseña histórica de la indígena de Carlosama

En noviembre del año 2001 el Cabildo indígena de Carlosama atendiendo las sugerencias y el requerimientos de la comunidad con un alto nivel de necesidades básicas insatisfechas en salud, se acordó por mayoría aprovechar la coyuntura privilegiada que en materia de salud estaba entregando el Estado Colombiano a las minorías étnicas al permitirle crear Empresas Promotoras de Salud en Instituciones prestadoras de servicios indígenas cumpliendo requisitos y procedimientos especiales , y después de varias jornadas, el 11 de febrero de 2001 mediante la resolución 024 emanada por el cabildo indígena de Carlosama se crea la I.P.S Indígena de Carlosama de autoridades indígenas de los Pastos, y el 19 de septiembre de 2001 el Instituto Departamental de Salud de Nariño, otorga la Licencia de funcionamiento y así se consolida la Institución Prestadora de los Servicios de Salud de carácter público especial, con base en los principios de autonomía, participación y solidaridad (24)

2.7.2. Misión

Prestar servicios de salud de primer nivel de atención a la Comunidad, con calidad, oportunidad, tecnología en red integral de servicios, con talento humano calificado, caracterizado por atender con humanismo, ética, carisma, respeto, paciencia generando confianza con el usuario y sentido de pertenencia con la institución basados en usos y costumbres.

2.7.3 Visión

En el 2017 ser reconocidos por su modelo de prestación de servicios de salud, articulando la Medicina tradicional y mejorar la Salud comunitaria conservando la identidad cultural en base al Plan de Vida

2.7.4 Principios y valores

Principios:

- “ Autonomía.
- “ No perder participación.
- “ Continuidad.

- " Espiritualidad
- " Sabiduría.
- " Tradición oral.
- " Replicar Usos y costumbres.
- " Armonía.
- " Libertad.

Valores

- " Solidaridad
- " Amor
- " Buen vivir.
- " Equidad.
- " Respeto.

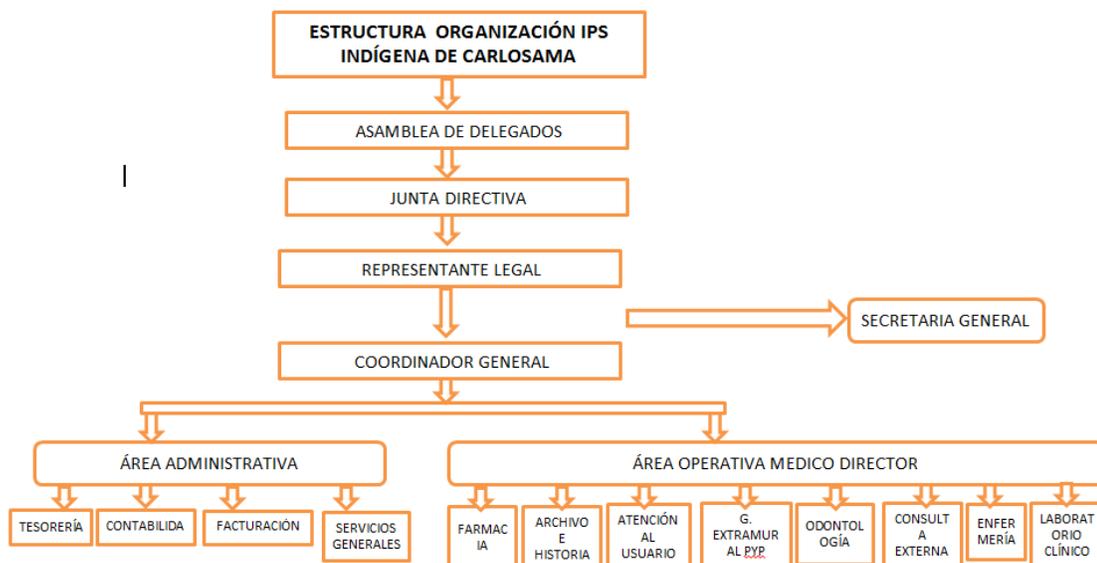
2.7.5 Plataforma estratégica

La IPS Indígena de Carlosama sirve a la comunidad con vocación y amor, tiene empeño al aprendizaje continuo, desarrollo de destrezas técnicas y científicas para brindar servicios integrales y de calidad, logrando la recuperación de la salud de los pacientes.

2.7.6 Organigrama institucional

El organigrama institucional de la IPS indígena de Carlosama, se evidencia en el gráfico 1.

Gráfico 1. Organigrama institucional de la IPS indígena de Carlosama



Fuente: IPS indígena de Carlosama

2.7.7 Política de calidad

La IPS ha instaurado una política calidad con fin de garantizar a cada paciente, de manera oportuna y con el mínimo riesgo la atención específicamente indicada de acuerdo a su enfermedad con su ambiente familiar y comunitario, con los avances tecnológicos de la IPS haciendo uso apropiado de recursos, protegiendo la Pachamama, respetando el plan de vida del Resguardo, los usos y costumbres, el marco legal vigente en salud y obteniendo la satisfacción tanto del paciente como su familia, allegados y todos los actores que participan en la prestación y la atención en salud

2.7.8. Sistema de gestión para el mejoramiento

- " Fe espiritual y en Dios.
- " Unidos en la participación comunitaria.
- " Excelencia en la prestación de servicios.
- " Respeto por la Dignidad Humana.
- " Zarpar con la Sabiduría ancestral.
- " Articulación medicina tradicional y occidental

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar el grado de adherencia al registro de historia clínica AIEPI en niños entre 2 meses y 5 años atendidos en IPS indígena Carlosoma en el período 2014 II 2015 I con diagnóstico de enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población con EDA o IRA entre 2 meses a 5 años atendida en la IPS indígena de Carlosoma durante el periodo julio 2014 y mayo 2015.
2. Evaluar la calidad del registro clínico de las historias de niños entre 2 meses y 5 años con diagnostico EDA o IRA durante el periodo Julio 2014 y mayo 2015
3. Evaluar los componentes de adherencia del registro de historia clínica AIEPI, en la IPS indígena de Carlosoma durante el periodo Julio 2014 y mayo 2015
4. Determinar el porcentaje de adherencia al registro de historia clínica AIEPI en niños entre 2 meses y 5 años atendidos en IPS indígena Carlosoma durante el periodo Julio 2014 y mayo 2015

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque metodológico

El presente proyecto de investigación se desarrolló bajo enfoque metodológico cuantitativo.

4.2 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, tomando los registros de historia clínica de niños entre 2 meses y 5 años atendidos en IPS indígena Carlosoma en el período Julio 2014 y mayo 2015 con diagnóstico de enfermedad diarreica y enfermedad respiratoria aguda.

4.3 Población

La población objeto de estudio se constituyó por registros de historia clínica de niños entre 2 meses y 5 años que fueron atendidos en la IPS indígena Carlosoma, en el periodo Julio 2014 y mayo 2015, con diagnóstico de EDA o IRA. Según el reporte suministrado por la IPS, el total de la población es de 365, de los cuales 50 corresponden a diagnóstico de EDA y 315 con IRA.

4.4 Muestreo

Se diseñó una muestra probabilística aleatoria y estratificada. El tamaño de la muestra se calculó con base a la población de 365 niños atendidos entre julio de 2014 y mayo de 2015. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para muestras finitas (25) :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{Z^2 \times p \times q \times N - 1}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra.

N = población (365).

Z = valor estandarizado en la distribución normal (90%).

p = probabilidad de éxito (0,5).

q = probabilidad de fracaso (0,5).

e = margen de error permitido en la muestra (5%).

Aplicando la fórmula, el tamaño de la muestra correspondió a 155 historias clínicas AIEPI, las cuales se seleccionaron de manera aleatoria según el estrato correspondiente. El muestreo proporcional correspondiente se evidencia en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Tabla 5. Cálculo del tamaño de la muestra

Registro	Número de registros clínicos	Participación %	n
Registros AIEPI con EDA	50	13.7	21
Registros AIEPI con IRA	315	86.3	134
TOTAL	365	100	155

4.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde a los registros médicos de historia clínica de niños entre 2 meses y 5 años atendidos en la IPS indígena Carlosama, en el periodo comprendido entre el 3 julio de 2014 y 19 de mayo de 2015 con diagnóstico de EDA o IRA.

4.6 Criterios de inclusión

- Atenciones a pacientes entre 2 meses y 5 años de edad.
- Consultas con diagnóstico principal de enfermedad diarreica aguda o infección respiratoria aguda.
- Atenciones realizadas en la IPS indígena Carlosama, en periodo de junio a diciembre de 2014 y enero a mayo de 2015.

4.7 Criterios de exclusión

- Atenciones a pacientes menores de 2 meses y mayores de 5 años de edad
- Consultas con diagnósticos simultáneos de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda.

4.8 Operacionalización de variables

Las variables utilizadas en el estudio, se encuentran operacionalizadas de acuerdo a la siguiente tabla.

Tabla 6. Operacionalización de variables **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

4.9 Técnicas de recolección de información

La recolección de información se realizó por medio de un instrumento, el cual se aplicó a las historias clínicas de niños entre 2 meses y 5 años que fueron atendidos en la IPS indígena Carlosama, en el periodo de Julio 2014 y mayo 2015 con diagnóstico de EDA o IRA..

Para el control de sesgos de selección, se tomó en cuenta el marco muestral de historias clínicas de niños entre 2 meses y 5 años con diagnóstico de EDA y/o IRA y se utilizó un muestreo probabilístico. Para el control de sesgo de clasificación, se realizó un protocolo preciso para la recolección de los datos, un instrumento, y una lista de chequeo, el cual se ajustó y se validó con una prueba piloto. En el control de sesgo de confusión, se eliminaron las variables de confusión mediante restricción (criterios de inclusión y exclusión), además, se utilizó técnicas estadísticas de análisis validadas.

4.9.1 Fuentes de información

La fuente de información del presente estudio fueron fuentes secundarias, ya que se obtuvieron a partir de las historias clínicas con registro manual de población objeto a estudio.

4.9.2 Instrumento de recolección de información

Los investigadores adaptaron un instrumento de recolección de información que incluyeron los siguientes ítems (Anexo 1):

- Variables sociales, clínicas, demográficas para caracterizar la población de estudio: Edad, sexo, antecedentes patológicos, lugar de residencia, estado nutricional
- Criterios de calidad del registro según la resolución 1995 de 1999: Formato de registro, legibilidad, tachones, espacios en blanco, uso de convenciones y firma del profesional.
- Criterios para determinar el grado de adherencia a al guía AIEPI: Anamnesis, examen físico, clasificación diagnóstico, registro, recomendaciones y ejecución de tratamiento.

4.9.3 Proceso de obtención de información

El proceso de obtención de información se realizó mediante el siguiente proceso:

1. Acta de acuerdo entre el representante legal de la IPS Carlosama y los investigadores

2. Prueba piloto para realizar los ajustes del instrumento.
3. Codificar el instrumento, en la codificación se establecieron las categorías para las respuestas de tal manera que puedan utilizarse numerales o códigos para representar categorías.
4. Tabular los datos, en este punto se ingresaron los datos en el software Excel propiedad de la institución.
5. Depuración de datos, una vez ingresados los datos al sistema, se procedió a verificar y corregir errores de digitación.
6. Se realizó el correspondiente análisis en software, Excel.
7. Se finalizó con las conclusiones y recomendaciones.

4.9.4 Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto en los días 18 a 22 de enero del 2016, por los integrantes del estudio, donde se tomó 3 historias clínicas, tomadas al azar de consultas en el mes de abril de 2015 de niños entre 2 meses y 5 años con diagnóstico de EDA o IRA, al aplicar el instrumento se evidencio dificultades para recoger información de variables sociodemográficas, de estado nutricional, peso al nacer, vía de parto, antecedentes patológicos, en historias clínicas que no presentan formato AIEPI, razón por la cual se agregó en estas variables una opción de respuesta que incluya sin información, de igual manera, se presentó dificultades para evaluar el estado nutricional al tomar seis categorías de peso para la talla, motivo por el cual se modificó el instrumento para reducir a 4 categorías de peso para la talla, las cuales corresponden a peso muy bajo (desnutrición grave), bajo peso para la talla (desnutrición), riesgo de bajo peso (riesgo de desnutrición) y adecuado peso para la talla (sin desnutrición).

4.10 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Para alcanzar el primer objetivo se tuvo en cuenta las variables de edad, sexo, lugar de residencia, estado nutricional, fecha de atención; las cuales se expresaron en porcentaje las variables cualitativas, y en media y desviación estándar las variables cuantitativas.

Para el segundo objetivo de calidad del registro de historia clínica se tuvo en cuenta la Resolución 1995 de 1999, con las siguientes variables: tipo de formato de registro de historia clínica, legibilidad, tachones, espacio en blanco, uso de convenciones, firma del profesional médico; se expresaron en porcentaje por tratarse de variables cualitativas.

Para el tercer objetivo de evaluación de los componentes de la historia clínica AIEPI, se usaron las variables de anamnesis, clasificación, examen físico,

diagnóstico, recomendaciones y tratamiento. Se expresaron en porcentaje por tratarse de variables cualitativas.

Para el cuarto objetivo, determinar el porcentaje de adherencia a la guía clínica AIEPI, se asignó un valor de 0 y 1 a cada criterio, donde 0 no cumple y 1 si cumple, se realizó la sumatoria de todos los criterios que cumplen, se procedió a dividir el resultado entre el total de criterios, dicho resultado se multiplico por 100 para obtener en términos de porcentaje. Se definieron para esta auditoria los siguientes rangos de calificación según el resultado en porcentaje, optimo igual o mayor a 90%, regular entre 70% y 89%, malo inferior a 70%.

4.11 Plan de divulgación de los resultados

Los resultados obtenidos se presentan en el informe final, donde se encuentran los principales hallazgos, limitaciones, conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Los resultados del estudio junto con el plan de mejoramiento, serán socializados a Gerencia de IPS, coordinador de calidad, coordinador AIEPI y PYP, jefe de presupuesto, para dar a conocer la importancia de las acciones planteadas en el plan de mejora con el fin alcanzar mayor grado de calidad y adherencia a la estrategia AIEPI.

4.12 Consideraciones éticas

El Código de Nuremberg, se promulgó en 1947 como consecuencia de experimentos en humanos durante la segunda guerra mundial su objetivo fue proteger la integridad de la persona que se somete a un experimento, estipula las condiciones necesarias para la realización de trabajos de investigación en seres humanos, haciendo hincapié en "el consentimiento voluntario". Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, la Asamblea General aprobó en 1966 el Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos

Toda investigación realizada en seres humanos debe hacerse de acuerdo a tres principios éticos básicos, respeto a las personas, a la búsqueda del bien y la justicia. Las pautas presentes están orientadas a la aplicación de esos principios en los trabajos de investigación en seres humanos. El respeto a las personas tiene en cuenta el respeto a la autonomía, que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación; y la protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida, que exige que quienes sean dependientes o vulnerables reciban resguardo contra el daño o el abuso. La búsqueda del bien se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. La búsqueda del bien además significa condenar todo acto en que se inflija daño en forma deliberada a las personas.

En Colombia la Resolución N° 8430 de octubre de 1993 (26), establece los reglamentos de investigación en humanos, según el cual el presente estudio se cataloga sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental sin intervención alguna a individuos ni a variables psicológicas ni sociales, por lo que solo se realizaron registros de historias clínicas de pacientes de la IPS indígena de Carlosama, además se tuvo en cuenta la confidencialidad, teniendo como base la autonomía y no maleficencia ni divulgación de información a personas no idóneas, con el cuidado de historias clínicas, por ser este un documento legal.

5. RESULTADOS

Se revisaron 155 historias clínicas de consulta de niños entre 2 meses y 5 años de edad en el segundo semestre del 2014 y primer semestre de 2015, de los cuales 134 historias corresponden a consultas por Infección respiratoria aguda y 21 por enfermedad diarreica aguda. Se evaluaron 26 criterios en el instrumento, 9 de los cuales corresponden a variables sociodemográficas, 5 criterios de calidad del diligenciamiento historia clínica según resolución 1995, y 10 criterios de evaluación de grado de adherencia de la guía AIEPI.

Los criterios 1 al 5 permiten caracterizar la población objeto de estudio, los resultados del estudio fueron los siguientes

Criterio 1: Mes de consulta

Se evidencia que los tres meses con mayor nivel de atención en consulta médica general fueron los meses de marzo, abril y mayo de 2015 ; representados con un 25,8% durante el mes marzo; seguido del mes de mayo con un 16,1% y el mes de abril con un 12,9%. De igual manera se puede constatar que el segundo semestre de 2014 fue el de menor atención, como se muestra en la siguiente tabla.

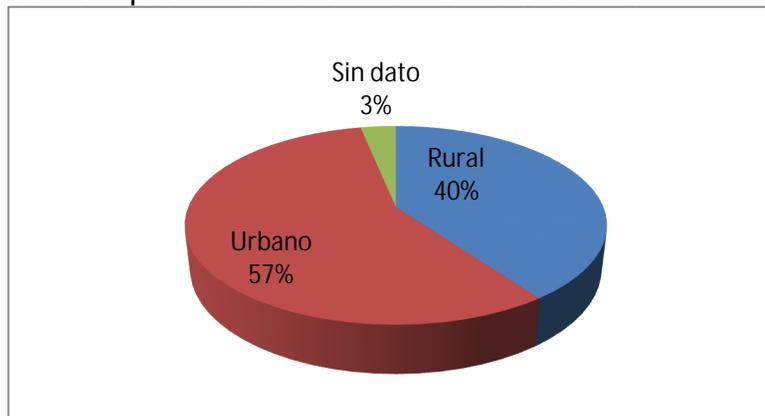
Tabla 7. Distribución porcentual de los meses según consulta, en IPS Carlosama en periodo 2014 y 2015

MES DE CONSULTA	PORCENTAJE
Abril	12,9
Agosto	3,9
Diciembre	3,2
Enero	3,9
Febrero	7,1
Julio	9,7
Junio	1,3
Marzo	25,8
Mayo	16,1
Noviembre	1,9
Octubre	6,5
Septiembre	7,7
TOTAL	100,0

Criterio 2. Residencia

Del total de historias clínicas estudiadas, se evidencia que el mayor porcentaje de consultas corresponde al sector urbano, representado en un 57%, y un 40% del sector rural. Tal como se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfico 2. Distribución porcentual de residencia den consulta



Criterio 3. Edad de pacientes que acuden a consulta

Del total de registros del estudio, se obtiene que el promedio de edad corresponde a 27.2 meses, con un rango de edades entre los 3 y 59 meses, una desviación típico de 18.4 que muestra la gran heterogeneidad de las edades, tal como se evidencia en la siguiente tabla.

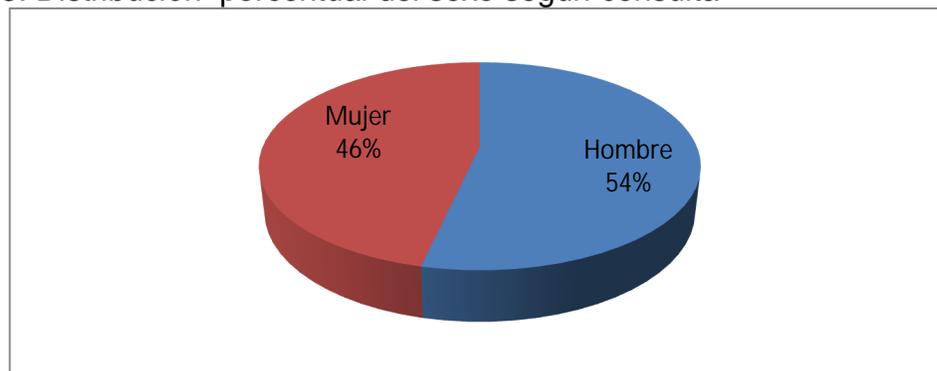
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de edad de consulta

EDAD EN MESES	
Muestra	155
Rango	56
Mínimo	3
Máximo	59
Media	27.2
Desviación típica	18.4

Criterio 4. Sexo de pacientes del estudio

Se evidencia que el sexo masculino representa una ligera mayoría del 53,5% y el sexo femenino corresponde al 46,5% de pacientes, tal como se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfico 3. Distribución porcentual del sexo según consulta



Criterio 5. Tipo de embarazo

Se encontró en el estudio que el 85,2% de los pacientes son fruto de embarazo a término (entre 37 a 41 semanas de embarazo), el 10,3% pre terminó (embarazo menor a 37 semanas) y el 4,5% embarazo prolongado (embarazo mayor a 41 semanas), tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 9. Distribución porcentual de tipo de embarazo según consulta

TIPO DE EMBARAZO	PORCENTAJE
Pre terminó	10,3
A término	85,2
Prolongado	4,5
Total	100,0

Criterio 6. Vía de parto

Los resultados del estudio, evidencian que el 64,5% de los partos corresponden a parto vaginal o eutócico, y el 31% a cesárea. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

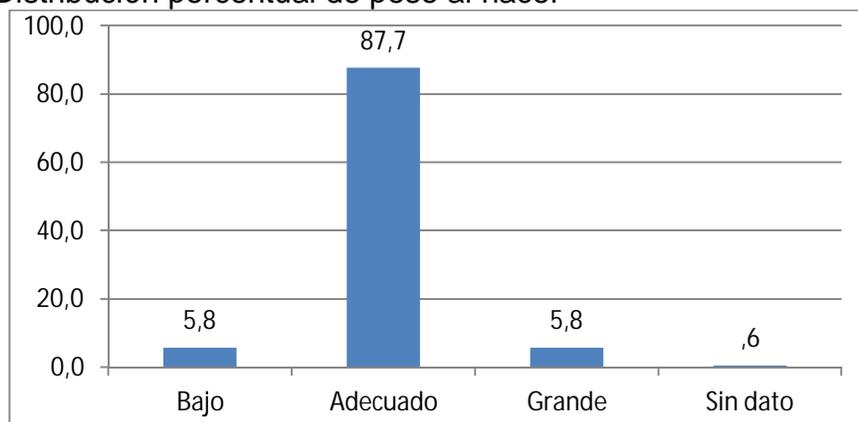
Tabla 10. Distribución porcentual de la vía de parto

VIA DE APARTO	PORCENTAJE
Vaginal	64,5
Cesárea	31,0
Sin dato	4,5
Total	100,0

Criterio 7. Peso al nacer

De acuerdo a los resultados del estudio, se constata que el 87,7% de los partos presenta un peso al nacer entre 2.500 y 4.000 gramos (adecuado); sin embargo, se observa que un 5,8% de los pacientes tuvo un peso inferior a 2.500 gramos (bajo peso). Tal como se evidencia en la siguiente gráfica.

Gráfico 4. Distribución porcentual de peso al nacer



Criterio 8. Antecedentes patológicos pacientes en consulta

Los resultados del estudio muestran que el 82,6% de las consultas no presentan antecedentes; el 10% presento antecedente de neumonía; el 2,6% hipoglucemia, el 1.3% displasia de cadera, ictericia neonatal y síndrome de Down, y el 0,6% hidrocele e infección urinaria, tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 11. Distribución porcentual de antecedente patológico según consulta

ANTECEDENTE	PORCENTAJE
Displasia de cadera	1,3
Hidrocele	0,6
Hipoglucemia	2,6
Ictericia neonatal	1,3
Infección urinaria	0,6
Neumonía	9,7
Sin antecedentes	82,6
Síndrome de Down	1,3
Total	100,0

Criterio 9. Estado nutricional

De acuerdo a los resultados del estudio el 65,8% de los pacientes presento adecuado peso (Percentil de crecimiento de acuerdo a peso para la talla mayor o igual a -1 DE), el 18,1% riesgo de desnutrición (percentil peso para la talla Entre -1 y -2DE); el 9,7% presento desnutrición aguda (percentil peso para la talla entre -2 y -3 DE) y el 1.3% de los pacientes presenta desnutrición aguda grave (percentil peso para la talla menor de <-3 DE), tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 12. Distribución porcentual de estado nutricional de acuerdo al percentil de crecimiento peso para la talla

ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA	PORCENTAJE
Muy bajo peso	1,3
Bajo peso	9,7
Riesgo de bajo peso	18,1
Adecuado Peso	65,8
Sin dato	5,2
Total	100,0

CRUCE DE VARIABLES

Al realizar cruce de variables, sexo y tipo de enfermedad, se obtiene que el 44.5% de las consultas de sexo masculino presentan infección respiratoria aguda, y el 41,9% corresponde a sexo femenino, para el caso de enfermedad diarreica aguda, el 9% de las consultas son de sexo masculino y el 4.5% de sexo femenino tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 13. Tabla de contingencia sexo y tipo de enfermedad

			Enfermedad		Total
			Infección respiratoria	Enfermedad diarreica	
Sexo	Masculino	Recuento	69	14	83
		% del total	44,5%	9,0%	53,5%
	Femenino	Recuento	65	7	72
		% del total	41,9%	4,5%	46,5%
Total		Recuento	134	21	155
		% del total	86,5%	13,5%	100,0%

Al cruzar las variables mes del año y tipo de enfermedad, se obtuvo que el mes de marzo de 2015 se presentaron más casos de infección respiratoria aguda (25,2%), tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 14. Tabla de contingencia mes del año y tipo de enfermedad

			Enfermedad		Total
			Infección respiratoria	Enfermedad diarreica	
Fecha	ABRIL	Recuento	18	2	20
		% del total	11,6%	1,3%	12,9%
	AGOSTO	Recuento	3	3	6
		% del total	1,9%	1,9%	3,9%
	DICIEMBRE	Recuento	4	1	5
		% del total	2,6%	0,6%	3,2%
	ENERO	Recuento	3	3	6
		% del total	1,9%	1,9%	3,9%
	FEBRERO	Recuento	10	1	11
		% del total	6,5%	0,6%	7,1%
	JULIO	Recuento	12	3	15
		% del total	7,7%	1,9%	9,7%
	JUNIO	Recuento	1	1	2
		% del total	0,6%	0,6%	1,3%
	MARZO	Recuento	39	1	40
		% del total	25,2%	0,6%	25,8%
	MAYO	Recuento	22	3	25
		% del total	14,2%	1,9%	16,1%
	NOVIEMBRE	Recuento	2	1	3
		% del total	1,3%	0,6%	1,9%
	OCTUBRE	Recuento	9	1	10
		% del total	5,8%	0,6%	6,5%
	SEPTIEMBRE	Recuento	11	1	12
		% del total	7,1%	0,6%	7,7%
Total		Recuento	134	21	155
		% del total	86,5%	13,5%	100,0%

Al realizar el cruce de variable entre residencia y tipo de enfermedad, se evidencia que el 48% de los pacientes con infección respiratoria aguda presentan residencia en el sector urbano y el 35% en el rural, con respecto a casos de enfermedad diarreica el 8% del sector urbano y el 4% pertenece al sector rural. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 15. Tabla de contingencia residencia y tipo de enfermedad

Residencia		Enfermedad		Total
		IRA	EDA	
Rural	Recuento	55	7	62
	% del total	35,5%	4,5%	40,0%
Urbano	Recuento	75	13	88
	% del total	48,4%	8,4%	56,8%
Sin dato	Recuento	4	1	5
	% del total	2,6%	0,6%	3,2%
Total	Recuento	134	21	155
	% del total	86,5%	13,5%	100,0%

Al cruzar estado nutricional con tipo de enfermedad, se evidencia que aproximadamente el 28% de los pacientes con algún grado y riesgo de desnutrición consulto por infección respiratoria y/o enfermedad diarreica aguda, tal como se evidencia en la tabla

Tabla 16. Tabla de contingencia de estado nutricional y tipo de enfermedad

			Enfermedad		Total
			IRA	EDA	
	Muy bajo peso	Recuento	2	0	2
		% del total	1,3%	0,0%	1,3%
	Bajo peso	Recuento	13	2	15
		% del total	8,4%	1,3%	9,7%
Estado Nutricional	Riesgo de bajo peso	Recuento	27	1	28
		% del total	17,4%	0,6%	18,1%
	Adecuado peso	Recuento	85	17	102
		% del total	54,8%	11,0%	65,8%
	Sin dato	Recuento	7	1	8
		% del total	4,5%	0,6%	5,2%
Total		Recuento	134	21	155
		% del total	86,5%	13,5%	100,0%

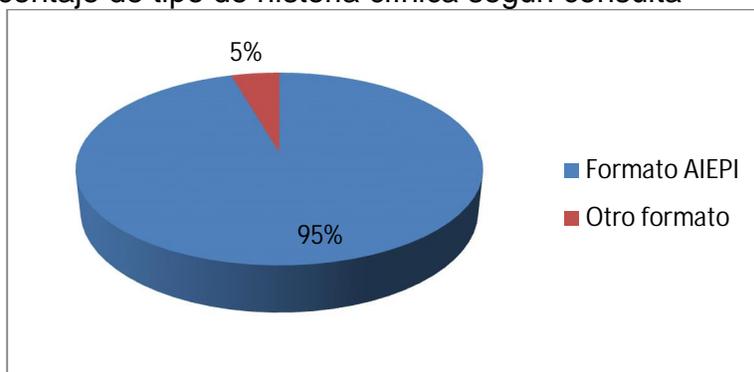
Los criterios 10 al 15 permiten determinar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica según resolución 1995, los resultados del estudio fueron los siguientes

Criterio 10. Tipo de historia clínica utilizado en el registro

De acuerdo a los resultados del estudio, se evidencia que aproximadamente el 95% de los registros de las consultas de niños entre 2 meses y 5 años de edad, se

realiza en el formato AIEPI, y el 5% en otro formato. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Gráfico 5. Porcentaje de tipo de historia clínica según consulta



Criterio 11. Legibilidad de historia

Se evidencia en el estudio que aproximadamente el 83% de los registros de las consultas presenta una historia legible, sin embargo el 17% de los registros presentan deficiencia en claridad en cuanto a su escritura, tal como se muestra en la siguiente tabla.

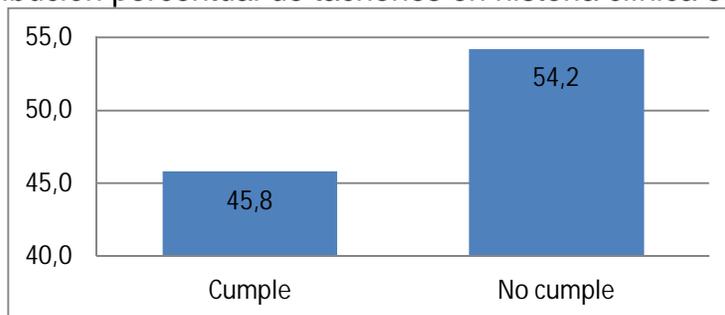
Tabla 17. Porcentaje de historias clínicas con legibilidad de registro

LEGIBILIDAD DE HISTORIA	PORCENTAJE
Cumple	82,6
No cumple	17,4
Total	100,0

Criterio 12. Tachones en historia clínica

De acuerdo al estudio, aproximadamente el 54,2% de las historias clínicas presenta tachones, y el 45,8% dos registros no tiene tachones. Tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 6. Distribución porcentual de tachones en historia clínica según consulta



Criterio 13. Espacios en blanco en historia clínica

De acuerdo a los resultados del estudio, se evidencia que aproximadamente el 65,8% de los registros no presenta espacios en blanco, sin embargo el 34,2% no cumple con el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 18. Porcentaje de distribución de espacios en blanco en historia clínica según consulta

ESPACIOS EN BLANCO	PORCENTAJE
Cumple	65,8
No cumple	34,2
Total	100,0

Criterio 14. Uso de convenciones en historia

De acuerdo al estudio, se evidencia que el 55,5% de los registros no presenta uso de convenciones ni abreviaturas en el registro, y el 44,5% de las historias clínicas si lo tiene. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 19. Porcentaje de uso de convenciones en historia clínica

CONVENCIONES	PORCENTAJE
Cumple	55,5
No cumple	44,5
Total	100,0

Criterio 15. Firma profesional en historia clínica

Se evidencia en el estudio que el 100% de los registros presenta firma y sello en la historia clínica. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 20. Distribución porcentual de registro de la firma del profesional en historia clínica

FIRMA PROFESIONAL	PORCENTAJE
Cumple	100
No cumple	0,0

Tabla 21. Consolidado de calidad de diligenciamiento de historia clínica según resolución 1995 de 1999

N°	CRITERIO	CUMPLE (%)	NO CUMPLE (%)
10	Formato de registro AIEPI	95.5	4.5
11	Legibilidad	82.6	17.4
12	Tachones -y enmendaduras	45.8	54.2
13	Espacios en blanco	65.8	34.2
14	Uso de convenciones establecidas por AIEPI	55.5	44.5
15	Firma de profesional médico	100	0

Los criterios 16 al 26 permiten evaluar los componentes de la historia clínica y el grado de adherencia de la guía AIEPI.

Criterio 16. Motivo de consulta

De acuerdo al estudio, se evidencia que el 98,7% de los registros cumplen con el criterio de motivo de consulta, y el 1,3% no cumple. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

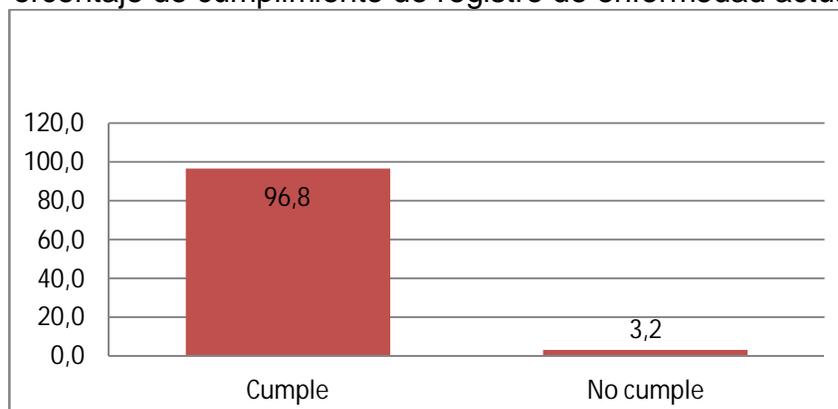
Tabla 22. Porcentaje de cumplimiento de registro de motivo de consulta

MOTIVO DE CONSULTA	PORCENTAJE
Cumple	98,7
No cumple	1,3
Total	100,0

Criterio 17. Enfermedad actual

De acuerdo a los resultados, el 96,8% de los registros cumplen con el criterio de registro apropiado de la enfermedad actual según motivo de consulta y sintomatología de paciente, y el 3,2% no cumple dicho criterio. Tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 7. Porcentaje de cumplimiento de registro de enfermedad actual pertinente



Criterio 18. Registro de signos vitales

De acuerdo a los resultados, el 99,4% de los registros cumplen con el criterio de registro de signos vitales, y el 0,6% no cumple con el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 23. Porcentaje de cumplimiento de registro de signos vitales

SIGNOS VITALES	PORCENTAJE
Cumple	99,4
No cumple	0,6
Total	100,0

Criterio 19. Clasificación AIEPI de enfermedad

De acuerdo a los resultados, el 69,7% de los registros cumplen con el criterio de apropiada clasificación AIEPI de enfermedad según sintomatología y examen físico de paciente, sin embargo el 30,3% no cumple con el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

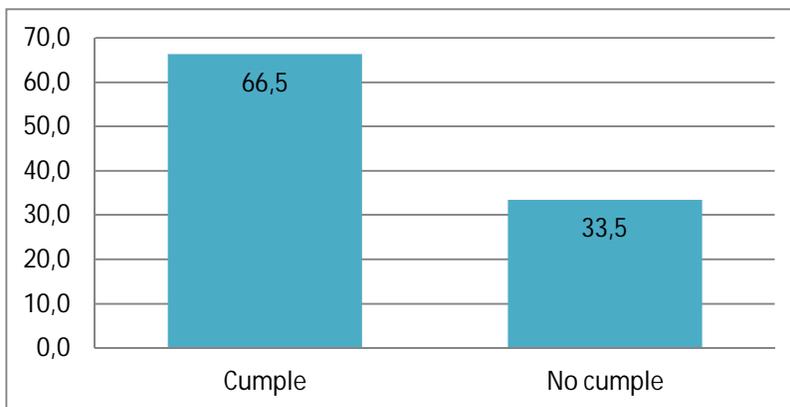
Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento de clasificación AIEPI de enfermedad

CLASIFICACION AIEPI DE ENFERMEDAD	PORCENTAJE
Cumple	69,7
No cumple	30,3
Total	100,0

Criterio 20. Examen físico

De acuerdo al estudio, el 66,5% de los registros cumplen con el criterio de examen físico completo haciendo énfasis en los sistemas afectados de acuerdo a signos y síntomas de motivo consulta, de tal manera que se identifican los signos de alarma y su clasificación oportuna para un manejo pertinente; de otra parte el 33,3% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 8. Porcentaje de cumplimiento de registro de examen físico completo



Criterio 21. Diagnostico

De acuerdo al estudio, el 85,8% de las historias clínicas, registra adecuadamente el diagnostico según CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades) de acuerdo a la sintomatología y examen físico que presenta el paciente, y el 14,2% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

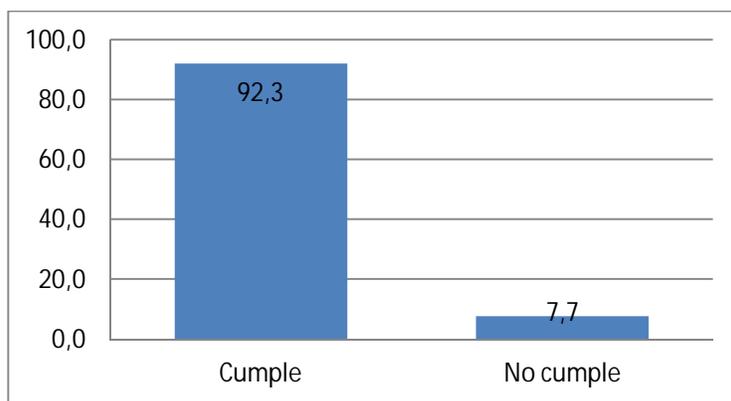
Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento de diagnóstico según CIE 10

DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
Cumple	85,8
No cumple	14,2
Total	100,0

Criterio 22. Registro de signos de alarma

De acuerdo al estudio, el 92,3% de los registros cumplen con el criterio de registro de los signos de alarma correspondiente de acuerdo a patología, y el 7,7% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 9. Porcentaje de cumplimiento de registro de signos de alarma de acuerdo a patología



Criterio 23. Registro consulta de control

De acuerdo al estudio, el 78,1% de los registros cumplen con el criterio de registro de consulta de control según patología, y el 21,9% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 26. Porcentaje de cumplimiento de registro de consulta de control según patología

CONSULTA DE CONTROL	PORCENTAJE
Cumple	78,1
No cumple	21,9
Total	100,0

Criterio 24. Registro medidas preventivas

De acuerdo al estudio, el 60% de los registros cumplen con el criterio de registro de medidas preventivas según patología, el 40% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 27. Porcentaje de cumplimiento de registro de medidas preventivas según patología

MEDIDAS PREVENTIVAS	PORCENTAJE
Cumple	60,0
No cumple	40,0
Total	100,0

Criterio 25. Registro recomendaciones de buen trato

De acuerdo al estudio, el 80,6% de los registros cumplen con el criterio de registro de recomendaciones de buen trato, el 19,4% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 28. Porcentaje de cumplimiento de recomendaciones de buen trato

RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO	PORCENTAJE
Cumple	80,6
No cumple	19,4
Total	100,0

Criterio 26. Tratamiento

De acuerdo al estudio, el 76,1% de los registros cumplen con el criterio de tratamiento farmacológico según protocolo AIEPI, el 23,9% no cumple el criterio. Tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento de tratamiento según guía AIEPI

TRATAMIENTO	PORCENTAJE
Cumple	76,1
No cumple	23,9
Total	100,0

De acuerdo a los resultado del estudio, se obtienen 1401 criterios de cumplimiento a la adherencia de la guía, al dividir 1401 criterios entre 1705 criterios que corresponden al total de criterios y multiplicar por 100, se obtuvo que el porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía AIEPI en la IPS Carlosama es de 82,1%, que corresponde a un grado de cumplimiento regular según la escala descrita en el diseño del estudio. Tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 30. Consolidado de criterios para evaluar componentes de la historia clínica y el grado de adherencia de la guía AIEPI

CRITERIOS PARA EVALUAR ADHERENCIA A LA GUIA AIEPI				
N°	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	SIN DATO
16	Motivo de consulta	153	2	
17	Enfermedad actual	150	5	
18	Registro de signos vitales	154	1	
19	Clasificación de enfermedad	108	47	
20	Examen físico completo	103	52	
21	Diagnóstico	133	22	
22	Cuando volver de inmediato (signos de alarma)	143	12	
23	Cuando volver a consulta de control	121	34	
24	Medidas preventivas específicas	93	62	
25	Recomendaciones de buen trato	125	30	
26	Tratamiento farmacológico administrado se adhiere a la guía AIEPI	118	37	
TOTAL CRITERIOS 1705		1401	304	
Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía AIEPI= $1401/1705 \times 100 = 82.1\%$				

6. DISCUSION

Se ha encontrado que el cambio del estado climático aumenta los casos de presentar patología respiratoria aguda, en el estudio se evidencia que los meses de marzo y abril son los de mayor número de casos de patología respiratoria aguda, los cuales corresponden a los meses de cambio climático de verano a invierno, mostrando resultados concordantes con otras publicaciones (27), de otra parte, no se ha establecido la relación de la variable sexo como factor de riesgo para infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica (27), en el estudio no se obtiene una relación donde el tipo de sexo presente mayor numero de una u otra patología.

Se ha demostrado la relación de infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica a recurrencia, en la población pediátrica con factores nutricionales deficientes (27,28); se encuentra en el presente estudio que aproximadamente el 28% de los pacientes con algún grado de desnutrición presenta patología respiratoria y/o enfermedad diarreica aguda, fenómeno determinado por la desnutrición como factor de deterioro inmunológico, que limita la respuesta defensiva del organismo, generando mayor morbimortalidad, además de impedir un adecuado desarrollo físico y mental de la población pediátrica (27)

De acuerdo a Minsalud, dentro las dimensiones que limitan el acceso a la salud se encuentra la geográfica y la económica entre otras (29), tal como se evidencia en el estudio donde el mayor porcentaje de las consultas médicas en la IPS-pertenece al sector urbano, dichos resultados se explican en que la gran mayoría de núcleos familiares pertenecen al sector rural del Municipio de Carlosama, dado las grandes distancias, la falta de vías de acceso en buen estado y recursos escasos de la población, crean una barrera para que la población pediátrica acuda a consulta médica para acceder de manera oportuna e integral a los servicios de salud.

Se ha encontrado en estudios de auditoria de calidad en diligenciamiento de historias clínicas que los criterios de mayor incumplimiento son la falta de legibilidad, uso de abreviaturas y tachones (30), de igual manera, en el presente estudio se establece que es frecuente encontrar tachones, falta de legibilidad, uso de abreviaturas y espacios en blanco en las historias clínicas, generando falta de claridad para su lectura, diversos significados en su interpretación; produciendo peligros de separación e incomprensión de comunicación entre los profesionales de la salud.

El grado de cumplimiento de adherencia de la presente guía es del 82%, encontrándose en un rango de calificación como regular, siendo este resultado superior a guías de promoción y prevención de otras instituciones del país (30), sin embargo, existe una brecha del 8% para alcanzar un grado de cumplimiento optimo, con el objetivo generar un mayor impacto en reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.

7. CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que aproximadamente el 29% de la población presentó riesgo ó algún grado de desnutrición, una décima parte de los pacientes nació producto de parto pretermino (parto antes de las 37 semanas) y aproximadamente el 6% tuvo bajo peso al nacer, hechos que se constituyen como factores de riesgo para presentar patología respiratoria o intestinal y mortalidad infantil.

En cuanto a calidad de registro, los criterios de mayor cumplimiento son la firma por parte del profesional y el registro en formato AIEPI, aunque su cumplimiento es alto, existen formatos diferentes a los establecidos en el protocolo institucional; la presencia de tachones, el uso de abreviaturas o siglas, espacios en blanco y falta de legibilidad son los criterios con más incumplimiento.

Los criterios de adherencia con mayor cumplimiento son el registro de signos vitales, motivo de consulta, enfermedad actual y registro de signos de alarma con un cumplimiento superior al 92%. El criterio que más incumplimiento presenta es el registro de las medidas preventivas según patología con aproximadamente el 40% de las historias; importante resaltar que un tercio de las historias del estudio no cumple adecuadamente con el registro de examen físico completo así como la correcta clasificación de la patología según la guía AIEPI, en cuanto al tratamiento farmacológico aproximadamente el 24% de las historias no se adhiere al manejo según patología y protocolo.

8. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio se plantean las siguientes recomendaciones.

- Fomentar y sensibilizar a nivel institucional la política AIEPI sobre la importancia de la guía, que permita generar una cultura organizacional para adoptar la guía.
- Realizar capacitaciones periódicas, inducción y reinducción al profesional de salud en la institución para garantizar un grado de adherencia superior a la guía AIEPI.
- Adoptar una historia clínica AIEPI electrónica para garantizar una mayor adherencia a la guía, mejorar legibilidad, evitar tachones y la disminución de errores en la formulación médica.
- Realizar auditoría interna continua con el fin de determinar seguimiento, adherencia, y oportunidades de mejora.
- Realizar brigadas médicas en área rural, para brindar mayor acceso a la población pediátrica de zonas alejadas.

Se propone por parte del grupo de investigación, la siguiente matriz de plan de mejoramiento con fin de alcanzar grados óptimos de calidad y adherencia a la guía AIEPI.

Tabla 31. Matriz de plan de mejoramiento para mejorar calidad y adherencia a guía AIEPI en IPS Carlosama

1.Problema priorizado	2. Objetivo	3.Acciones	4.Responsable	4.Fecha de inicio	5. Seguimiento	6. Resultado
Grado de adherencia regular a la guía AIEPI	Lograr un grado óptimo en cumplimiento de adherencia a la guía AIEPI	<p>Socialización del protocolo AIEPI incluida el formato de Historia Clínica AIEPI.</p> <p>Capacitación trimestral sobre AIEPI Clínico</p> <p>Evaluación de adherencia al protocolo AIEPI trimestralmente</p> <p>Sensibilización sobre la importancia de la adherencia a la guía AIEPI trimestralmente.</p> <p>Inducción y reinducción al profesional de salud en la institución anualmente.</p> <p>Taller sobre manejo de infección respiratoria y enfermedad diarreica aguda cada 6 meses.</p>	<p>Jefe de Calidad.</p> <p>Coordinador de Salud infantil</p>	01/08/2016	<p>Lista de asistencia de socialización y capacitaciones.</p> <p>Evaluación de capacitación y talleres realizados en la institución.</p> <p>Auditoria mensual de historias clínicas.</p>	Aumentar la adherencia a la guía de Práctica clínica AIEPI
Falta de legibilidad y tachones en registro, historia	Aumenta calidad de registro de historia clínica	<p>Socialización de la resolución 1995 de 1997 con los profesionales encargados del diligenciamiento del registro de historia clínica</p> <p>Capacitación trimestral sobre la calidad del registro clínico en historias clínicas de niños</p>	<p>Comité de Historias Clínicas</p> <p>Jefe de calidad</p>	01/08/2016	<p>Lista de asistencia de socialización y capacitaciones.</p> <p>Evaluación de capacitaciones</p>	Historias clínicas legibles, sin tachones, en formato AIEPI.

clínica AIEPI en formato diferente	AIEPI	menores de 5 años. Sensibilización a profesionales sobre la importancia de calidad de registro Implementar historia clínica electrónica	Gerencia general		realizadas en la institución. Auditoria mensual de historias clínicas.	Calidad óptima de registro de historia clínica AIEPI
Menor acceso de la población pediátrica de área rural a servicios de salud.	Aumentar cobertura y acceso a consulta de crecimiento y desarrollo de población pediátrica de área rural	Articulación inter institucional y sensibilización a los padres de familia de área rural sobre la importancia del programa de crecimiento y desarrollo. Realizar y ejecutar un plan de capacitación de puericultura para padres Realizar brigadas médicas y de enfermería en zonas geográficas alejadas	Coordinador de programa crecimiento y desarrollo	01/08/2016	Actas de compromiso de las instituciones de articulación con redes de apoyo a la salud infantil. Evaluación de indicador de cobertura de crecimiento y desarrollo institucional (Indicador: niños que ingresaron al programa sobre niños que nacieron el periodo)	Incremento en el porcentaje de población infantil atendida del área rural Disminución de tasas de morbimortalidad pediátrica
Población Infantil con riesgo o bajo Peso	Reducción de tasa de desnutrición	Fomentar programas de consulta preconcepcional, lactancia materna, consumo alimentos ricos en nutrientes y hábitos alimentarios dentro de la consulta y pos consulta Educación a padres en Prácticas de alimentación, cuidado, crianza, estimulación en cada consulta Suplementación y fortificación con micronutrientes en	Coordinador del programa salud infantil y control prenatal	01/08/2016	Auditoria mensual de programa preconcepcional y control prenatal Auditoria mensual de programa crecimiento y desarrollo Evaluación mensual de indicadores de cobertura de suministro de hierro, vitamina A y zinc desde la consulta de control de crecimiento y desarrollo (indicador: Total de niños con suministro de	Mejorar el estado nutricional de la Población Infantil y reducción de patología respiratoria y gastrointestinal

		consulta médica de crecimiento y desarrollo			hierro, vitamina A y Zinc /Total de consultas de control de crecimiento y desarrollo/	
--	--	---	--	--	---	--

8. BIBLIOGRAFIA

1. OPS, OMS. Sobre la atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. [Citado 9 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiapi&catid=755&Itemid=476
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Primer informe Observatorio Nacional de Salud: Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011 [Internet]. INS; 2011. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>
3. Alcaldía de Pasto. Plan territorial de salud 2012-2015. Alcaldía de Pasto; 2012. Recuperado a partir de http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-2015.pdf
4. ONU. Cumbre Milenio 2000. Declaración del Milenio de las Naciones Unidas [Internet]. 2000 [citado 18 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.un.org/es/events/pastevents/millennium_summit/
5. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el marco de la normatividad vigente de primera infancia. República de Colombia. [Internet].; 2009. Recuperado a partir de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Primera%20Infancia%20AIEPI.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00412 de 2000 [Internet]. Febrero 25, 2000. Recuperado a partir de http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
7. IPS indígena Carlosama. Reporte perfil epidemiológico 2014, 2014.
8. IPS indígena Carlosama. Informe auditorio interna, programa AIEPI, tercer trimestre 2014.

9. Ministerio de salud. Resolución número 1995 DE 1999 [Internet]. julio 8, 1999. Recuperado a partir de: [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/resolución 1995 DE 1999.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/resolución%201995%20DE%201999.pdf)
10. Lamus, F. Durán Sabogal, RS: Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. Revista gerencia política salud, Bogotá (Colombia), 6 (12): 126-143, enero-junio de 2007. 19 de febrero de 2007; 143.
11. OPS. Guía operativa para implementación de AIEPI en entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios Colombia 2011 [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/GU%C3%8da%20operativa%20para%20implementaci%C3%93n%20de%20aiepi%20en%20eps%20e%20ips.pdf>
12. OPS, Ministerio de Salud y Protección Social. Libro clínico atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia [Internet]. Tercera Edición. Bogotá D.C., Colombia: OPS; 2012 [citado 21 de mayo de 2015]. 886 p. Recuperado a partir de: www.paho.org/col
13. Alarcón, C. Párraga Camargo Abello. Estrategia de atención integral a la primera infancia, fundamentos políticos, técnicos y de gestión [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Impresión Nacional; 2013 [citado 21 de mayo de 2015]. 278 p. Recuperado a partir de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: cinets; 2013 [citado 21 de mayo de 2015]. 233 p. Recuperado a partir de: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/EDA/GPC_Comple_EDA.pdf
15. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, y morbilidad en todos los grupos de edad, AÑO 2012 [Internet]. INS; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/EDA%202012.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la

neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2014 [citado 21 de mayo de 2015]. 206 p. Recuperado a partir de:
<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Neumonia%20ni%C3%B1os/Guia%20Neumon%C3%ADa%20y%20Bronquiolitis%20Completa.pdf>

17. Instituto Nacional de Salud Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública infección respiratoria aguda (IRA) [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de
<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Infeccion%20Respiratoria%20Aguda%20IRA.pdf>
18. Construcción de un concepto universal de auditoría [Internet]. Recuperado a partir de: <http://fccea.unicauca.edu.co/old/tgarf/tgarfse1.html>
19. Ministerio de la protección social. Decreto número 1011 de 2006. Abril 3, 2006.
20. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad, pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Minsalud; 2007.
21. Ministerio de la protección social. Decreto número 1011 DE 2006. Abril 3, 2006.
22. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2007. Recuperado a partir de:
http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ca/pautas_de_auditoria_mejoramiento_calidad_de_la_atenci%C3%93n_en_salud.pdf
23. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet]. Imprenta Nacional de Colombia; 2007. Recuperado a partir de:
http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ca/pautas_de_auditoria_mejoramiento_calidad_de_la_atenci%C3%93n_en_salud.pdf
24. IPS indígena Carlosama. Estructura organizacional [Internet]. 2010 [citado 3 de junio de 2015]. Recuperado de
<http://esecarlosama.cuaspu-d-narino.gov.co/es/acerca-de-la-entidad/estructura-organizacional>
25. Jany, JN. Investigación integral de mercados un enfoque operativo. Santa fe de Bogotá: McGraw Hill; 1994.

26. Ministerio de salud. Resolución número 008430 DE 1993 [Internet]. 1993. Recuperado a partir de:
http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
27. Sillau Gilone, JA. Neumonías en niños menores de 5 años [Internet]. UNMSM; 2009. Recuperado a partir de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm
28. Gotfried MH. Epidemiology of clinically diagnosed community-acquired pneumonia in the primary care setting: results from the 1999-2000 respiratory surveillance program. Am J Med; 2001.
29. Minsalud. Política nacional de prestación de servicios de salud. Minsalud [Internet]. Noviembre de 2005; Recuperado a partir de:
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
30. Lopez, CA. Calidad de diligenciamiento de la historia clínica en el procedimiento de hospitalización. Hospital Rafael Uribe Uribe ESE; 2011.

ANEXOS

ANEXO NUMERO 1. . Instrumento de recolección

ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN
MÉDICA EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS, CON ENFERMEDAD
DIARREICA AGUDA Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA, EN LA IPS
INÍGENA DE CARLOSAMA 2014-II Y 2015-I

FECHA: _____

INSTRUCTIVO:

1. Para el ítem 1.1 diligenciar edad en meses
2. Para el ítem en 1.2 escriba H hombre M mujer
3. Para el ítem 1.3 escribir mes del año
4. Para el ítem 1.6 clasificar peso para la talla según percentil
5. Para el resto de ítems 1.si cumple y 2. No cumple

LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR ADHERENCIA A LA GUIA AIEPI		
INFORMACION SOCIOMEGRFICA		
1	Mes de atención	1. Mes ___ 2. Sin información ___
2	Residencia	1. Rural ___ 2. Urbano ___ 3. Sin información ___
3	Edad	1. Meses _____ 2. Sin información ___
4	Sexo	1. Hombre ___ 2. Mujer ___ 3. Sin información ___
5	Edad gestacional	1. Pretermino ___ 2. A termino ___ 3. Posttermino ___ 4. Sin información ___
6	Vía de parto	1. Vaginal ___ 2. Cesárea ___ 3. No tiene
7	Peso al nacer	1. Bajo peso ___ 2. Adecuado ___ 3. Grande ___ 4. Sin información ___
8	Enfermedades previas	1. Cuales _____
9	Estado nutricional	1. Menor de <-3DE (desnutrición aguda grave) ___ 2. entre -2 y -3DE (desnutrición aguda) ___ 3. Entre -1 y -2DE (riesgo de desnutrición) ___ 4. Mayor o igual a -1 DE (adecuado peso) ___ 5. Sin información ___
DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA SEGÚN RESOLUCIÓN 1995		
10	Formato de registro AIEPI	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
11	Legibilidad (H.C. física)	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
12	Tachones - enmendaduras (H.C. física)	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
13	Espacios en blanco	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
14	Uso de convenciones establecidas por AIEPI (H.C. física)	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
15	Firma de profesional médico (H.C. física)	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
ANAMNESIS		
16	Motivo de consulta	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
17	Enfermedad actual	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
18	Registro de signos vitales	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
CLASIFICACIÓN		
19	Clasificación de enfermedad	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
EXAMEN FÍSICO		
20	Examen físico completo	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
DIAGNÓSTICO		
21	Diagnóstico	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
REGISTRO Y RECOMENDACIONES		
22	Cuando volver de inmediato (signos de alarma)	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
23	Cuando volver a consulta de control	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
24	Medidas preventivas específicas	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
25	Recomendaciones de buen trato	1. CUMPLE ___ 2. NO CUMPLE ___
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO		

26	tratamiento farmacológico administrado se adhiere a la guía AIEPI	1. CUMPLE___2. NO CUMPLE___
----	---	-----------------------------