

**EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA,
PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, HOSPITAL SANTA ANA,
GUATICA, RISARALDA 2016.**

**EVALUATION OF CLINICAL HISTORY DILIGENCING, GROWTH AND
DEVELOPMENT PROGRAM. HOSPITAL SANTA ANA, GUATICA, RISARALDA
2016**

**LINA MARCELA MARÍN ZAMORA
ANA MARÍA RODRÍGUEZ MARÍN
DIANA MARIA SANCHEZ LONDOÑO**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA/RISARALDA
2017**

Evaluación del diligenciamiento de la historia clínica, programa de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Santa Ana, Guática, Risaralda 2016.

Evaluation of clinical history diligencing, growth and development program, Hospital Santa Ana, Guática, Risaralda 2016

Lina Marcela Marín Zamora
Ana María Rodríguez Marín
Diana María Sánchez Londoño

Asesores:

Metodológico:

Magda Dicelly Marín Villada

Temático

Ana Milena Montoya Cárdenas

Red Ilumno
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de posgrados
Especialización en auditoría en salud
Pereira, Risaralda
2017

NOTA DE JURADOS

JURADO 1

JURADO 2

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo queremos agradecer a Dios por bendecirnos cada día, a nuestros padres quienes son un gran apoyo para cada una de nosotras, a nuestros asesores Magda Dicelly Marín Villada y Ana Milena Montoya Cárdenas, docente Carmen Luisa Betancur Pulgarin, por brindarnos todos sus conocimientos y orientarnos hacia el cumplimiento de cada uno de los objetivos del trabajo; a la IPS de baja complejidad Santa Ana de Guática por depositarnos su confianza, además a la Fundación Universitaria del Área Andina, por permitirnos ser parte de ella, ofrecer nuestra especialización y proporcionarnos grandes conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3.3 MATRIZ DE OBJETIVO.....	
4. MARCO TEÓRICO	15
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	15
4.1.1 MARCO INSTITUCIONAL	16
4.1.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	16
4.1.3 MISIÓN.....	17
4.1.4 VISIÓN	18
4.2 MARCO TEORICO	18
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	22
4.4 MARCO NORMATIVO O LEGAL	29
5. METODOLOGÍA.....	41
5.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	41
5.2 POBLACION.....	41
5.3 MUESTRA	43
5.4 UNIDAD DE ANALISIS	43
5.5 CRITERIOS DE INCLUSION	43
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	43
5.7 VARIABLES.....	43
5.8 PLAN DE ANALISIS	43
5.8.1 RECOLECCION DE LA INFORMACION	43

5.8.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS.....	
5.8.3 TABULACION DE LOS DATOS.....	
5.8.4 PRUEBAS ESTADISTICAS.....	
5.8.5 PRESENTACION DE LA INFORMACION.....	
5.8.6 CONTROL DE SESGO.....	
5.9 COMPROMISO BIOETICO.....	
5.10 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	
5.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	
5.12 POBLACION BENEFICIADA.....	
5.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	
5.13.1 CRONOGRAMA TABLA DE GANTT.....	
5.13.2 PRESUPUESTO.....	
5.13.3 DIFUSION DE LOS RESULTADOS.....	
6. RESULTADOS	44
6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	44
6.2 ANÁLISIS BIVARIADO	44
6.3 PLAN DE MEJORA.....	
6.4 PRUEBAS ESTADISTICAS Y CONTROL DE SEGGOS.....	
6.5 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	
7. CONCLUSIONES	80
8. RECOMENDACIONES.....	81
9. BIBLIOGRAFÍA.....	82
10. ANEXOS.....	84

LISTA DE CUADROS

Cronograma de actividades.....	48
Normograma	49

GLOSARIO

ALTERACIÓN: Indica un cambio en la forma de algo.

APLICABILIDAD: Es darle cumplimiento a algo que se quiere lograr.

BIENESTAR: Estado físico y mental de las personas que le proporciona satisfacción y tranquilidad.

CENTRO DE SALUD: Institución en la cual se ofrecen servicios y la atención de salud básica.

CRECIMIENTO: Es el proceso que inicia desde el periodo de la concepción del ser humano, avanza por las diferentes etapas de la vida hasta la adolescencia. Es considerado por el aumento en la masa corporal y el tamaño, va ligado al desarrollo ya que son afectados por diferentes factores genéticos y se mide por las variables antropométricas.

DESARROLLO: Son procesos de cambios, diferenciación y evolución del ser humano en aspectos como psicológico, biológico, cognoscitivo, sexual, cultural y social. Se mide por la escala abreviada del desarrollo.

ENFOQUE: Estar centralizado en algo específico, es decir alguna meta o un interés significativo.

ENTORNO: Es todo lo que nos rodea, tiene influencia en lo que nos afecta y nos agrada, en lo bueno y lo malo, es todo lo que nos encontramos en nuestro camino.

ESTRATEGIA: Planeación de un proyecto que se dirige a especialmente a un grupo de personas.

ESTUDIO: Es el desarrollo de aprendizaje, mediante nuevos conocimientos adquiridos.

DESNUTRICIÓN: Es la deficiente asimilación de alimentos por el organismo, lo cual conlleva a un mal estado de salud, ocasionando disminución en su crecimiento y sus funciones vitales.

DIAGNÓSTICO: Es el procedimiento por el cual se identifica alguna alteración que afecta directamente el estado de salud, puede ser físico, psicológico o social.

GUIAS: Es el seguimiento que damos a algo, buscando una dirección lógica que conlleva al cumplimiento de unos objetivos planteados.

HALLAZGO: Encontrar, descubrir algo que se desconoce.

HISTORIA CLINICA: Es un documento privado legal, sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente todos los procedimientos clínicos que se realizan a un paciente durante su atención.

INDICADOR: Es un dato o una información que nos muestra las características importantes en situaciones diversas.

MEJORA: Cambio o progreso de algo que se encontraba en malas condiciones.

MORBILIDAD: Es la proporción de personas que fallecen en una población en un tiempo determinado.

MORTALIDAD: Es la proporción de personas que ese enferman en una población en un tiempo determinado.

MOTRICIDAD: Se considera el movimiento voluntario de las personas dirigido por la corteza cerebral.

MOTRICIDAD FINA: Es la coordinación de huesos, músculos y nervios para provocar movimientos pequeños y precisos.

MOTRICIDAD GRUESA: Tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y capacidad de mantener el equilibrio.

NIÑEZ: Es considerada la fase del desarrollo de la persona que abarca desde el nacimiento hasta la entrada a la etapa de la pubertad. También es considerada como infancia.

NUTRICIÓN: Es el aprovechamiento de los nutrientes, los organismos aprovechan los alimentos y líquidos necesarios para el funcionamiento del cuerpo, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales.

PREVENCIÓN: Es la preparación o la manera de impedir que se ocasione un daño o alteración, en el estado de salud.

PREVALENCIA: Se denomina a un grupo poblacional que presenta una característica relevante en un tiempo determinado.

PROGRAMA: Es el conjunto de planes o proyectos empleados para el desarrollo de las actividades que se irán a realizar.

VARIABLE: Cambios frecuentes de algo que se dan en su momento.

ZONA RURAL: Son zonas alejadas de la ciudad, significativas de lo agropecuario y reconocida por sus paisajes.

ZONA URBANA: Conjunto de calles y casas que conforman una población.

INTRODUCCIÓN

El modelo ancestral de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates ordenaba los datos cronológicamente, partía de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, la evolución clínica y por último la epicrisis; a medida que la ciencia aportaba nuevos estudios diagnósticos, la historia clínica se fue convirtiendo en documentos lentos y tediosos para su interpretación, difícil diligenciamiento y para algunos, con poco valor clínico; además de no considerar los problemas psicológicos o sociales de los usuarios.

En la década del '60 el Dr. Lawrence Weed introdujo el modelo de Historia Clínica orientada al problema. Así se aborda la atención del paciente a partir de una lista de problemas de salud a resolver y no basado en enfermedades o información médica ordenada cronológicamente. La Historia Clínica clásica que todos hemos aprendido tiene muchas falencias, no por falta de datos sino por falta de importancia que se da al registro en detalle. Muchas veces se es más clínico y menos orientado al problema, se da poca importancia a la educación preventiva.

En el caso de la Historia Clínica para programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, el cual está determinado por la guía de atención de las alteraciones en la resolución 412 del 2000, se ha convertido en un gran reto para los profesionales, ya que es necesario que contenga cada detalle del historial de salud del menor. Desde el nacimiento, el registro es dispendioso, sobre todo actualmente cuando las instituciones prestadoras de servicios en salud han unificado criterios para sistematizar el registro clínico, incluso creando la necesidad de incluir las curvas de medidas antropométricas, esquemas de vacunación y análisis de variables del desarrollo según la edad, lo que evidencia la presencia de algún retraso en su estado general.

Los programas de Detección Temprana y Protección Específica requieren de un minucioso registro, pero en las instituciones de salud se evidencian muchas falencias, la más común es delegar funciones a los auxiliares o ayudantes, en cuanto al diligenciamiento del registro clínico o incluso la atención completa. También se asigna personal que no se ha capacitado en el manejo la Historia Clínica del programa, lo cual genera retraso en el diagnóstico y tratamiento, convirtiéndose en un gran riesgo para los usuarios.

A pesar de la legalización que existe actualmente en Colombia, por medio de la resolución 1995 de 1999, en la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, y determina que es un documento de vital importancia para la

prestación de los servicios de atención en salud, para el desarrollo científico y cultural del sector, podemos aún encontrar fallas en el diligenciamiento de ésta por parte de los trabajadores de la salud.

Los programas de Detección Temprana y Protección Específica requieren de un minucioso registro, pero en las instituciones de salud se evidencian muchas falencias, la más común es delegar funciones a los auxiliares o ayudantes, en cuanto al diligenciamiento del registro clínico o incluso la atención completa. También se asigna personal que no se ha capacitado en el manejo la historia clínica del programa, lo cual genera retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuado, convirtiéndose esto en un gran riesgo para el usuario.

Por lo anterior, la Historia Clínica es una herramienta muy importante para la atención en salud, refleja la calidad del servicio, en la atención y la ética profesional, además puede servir como elemento probatorio en casos legales y ser la salvedad de un profesional en caso de verse implicado penalmente; por lo tanto es necesario implementar planes de mejora que sirvan para dar cumplimiento a la norma y mejorar la calidad de la atención en salud.

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los fundamentos pedagógicos de los profesionales en salud tienen fundamentos epistemológicos para realizar la labor en lo que tiene que ver con la atención en salud, es claro que cada profesional es formado académicamente de acuerdo a lineamientos y parámetros que establece la academia, cada profesional debe formarse para brindar una atención integral, ser analítico, autónomo y tener la capacidad de resolver dificultades que se van presentando en la marcha y en el campo de acción, debe ser capaz de plasmar el paso a paso de la atención en forma escrita, clara y oportuna.

Parte de la formación que complementa a un profesional es la calidad de registros clínicos que se derivan de la atención, los cuales son consignados en forma de documento, catalogado en la actualidad como un instrumento legal, secuencial, claro y conciso; este registro presenta diversidad de errores derivados por el mal diligenciamiento, ya sea por factores asociados como el tiempo asignado para la atención a cada usuario o por falta de ética profesional. Específicamente en el programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, se ve reflejada la falta de secuencialidad y claridad en los registros, lo que afecta la prestación de una atención integral para los niños¹.

A pesar de que cada universidad ofrece una formación académica similar, cada profesional tiene sus propios criterios y actúan con base en el aprendizaje, generando esta situación una controversia en la resolución de los casos. Es por esto que se diseñaron guías de manejo que pueden ser bases para que se de coherencia a los tratamientos de los pacientes sin causar traumatismo, estos modelos para la atención permiten agilizar los procesos y establecer en las instituciones de salud un modelo de registro clínico basado en indicadores de cumplimiento con variables que estén contenidos en la Historia Clínica, la cual es una herramienta importante para los análisis y estándares de calidad².

La Detección Temprana de Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo de los niños, se basan en guías de manejo ya estandarizadas a nivel nacional y de esta forma permiten un oportuno diagnóstico, tratamiento y disminución de secuelas. Es necesario que a nivel intrahospitalario las instituciones tengan guías de manejo y las socialicen a los profesionales a cargo de la atención, actualmente, la Historia Clínica sistematizada trata de recopilar los aspectos más relevantes de la guía

¹ E Pablo-Rocano - Rev Soc Peru Med Interna, 2008 - medicinainterna.org.pe

² Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. Acta Med Colomb 2008; 33: 33-41.

técnica 412 para la atención en los niños, cuando estas guías se desconocen o no hay un correcto registro, es posible que la institución no tenga una base para sustentar las decisiones tomadas en los procesos de atención y no sea posible tener oportunidades de mejora³.

En Colombia se han aunado esfuerzos para unificar criterios, las instituciones se han esmerado por digitalizar la Historia Clínica y además que sirva como herramienta para brindar a los menores una atención que contribuya a la protección de la de salud, ya que con un buen registro se pueden sacar antecedentes o situaciones que contribuyan al análisis de posibles causas que desarrollaron enfermedades y así hacer diagnósticos más acertados⁴.

Las instituciones prestadoras de servicios en salud, se basan en las guías de manejo implementadas actualmente, por medio de las cuales se realiza seguimiento a cada programa. En el caso de la Detección de Alteraciones en los niños, el cumplimiento de esta norma se puede evidenciar en el registro clínico, donde se aprecia que hay interrelación con otros programas que hacen parte fundamental del cuidado, como son las de protección específica.

La educación que va de la mano con el cuidado de los niños, es parte de la atención que los profesionales basados en las guías dan a los cuidadores y padres, esta educación presenta una variación de acuerdo a los cambios culturales, sociales económicos, tecnológicos y de políticas públicas, las cuales deben quedar plasmadas clara y detallada en la historia clínica, lo cual no es muy común en la realidad esta debe realizarse según su edad y etapa de crecimiento⁵.

Las guías de detección temprana y protección específica van de la mano para fortalecer la salud de los niños. La guía de vacunación, se actualizara permanente mente para que constituya una herramienta que aporte al profesional de la salud, la confianza y seguridad de un registro claro, de manera que quien realice un análisis pueda determinar el grado de cumplimiento del esquema del menor de cinco (5) años⁶.

³ Bustos P, Muñoz S, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo en problemas nutricionales de los niños que ingresan a la escuela. Salud Pública Mex 2009; 51: 187-93. Revista chilena de nutrición

⁴ J Zafra-Tanaka, L Veramendi-Espinoza... - Revista Peruana de ..., 2013 - scielo.org.pe

⁵ Bustos P, Muñoz S, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo en problemas nutricionales de los niños que ingresan a la escuela. Salud Pública Mex 2009; 51: 187-93. Revista chilena de nutrición

⁶ archivos argentinos de pediatría versión impresa ISSN 0325-0075 Arch. argent. pediatr. vol.109 no.3 Buenos Aires mayo/jun. 2011

El registro de Historia Clínica se contempla en la resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para su manejo, en el artículo tres (3) define las características necesarias para el diligenciamiento de la Historia clínica, la secuencialidad y racionalidad científica, expone requisitos a cumplir para que este documento pueda servir de evidencia en caso de ser necesario. A esta idea deben llegar los profesionales de la salud, para que el registro contribuya de manera importante a resolver casos de enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de conformidad en el diligenciamiento de las Historias Clínicas del programa de Crecimiento y Desarrollo, en el Hospital Santa Ana, de Guática Risaralda, 2016?

2. JUSTIFICACIÓN

Los programas de detección de alteraciones, que actualmente se tienen como estrategia en las instituciones de salud, apuntan a brindar una atención oportuna para mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente de los menores de Diez (10) años. Estas estrategias van de la mano con herramientas que permiten conocer la historia y el seguimiento del estado de salud de los usuarios, un adecuado registro de las actividades, procedimientos, hallazgos, recomendaciones educativas y tratamiento, que hacen parte del ejercicio profesional en la atención, facilitará que los riesgos en salud se minimicen o se conozcan y se traten oportunamente. Es necesario mantener un orden secuencial y que los registros consignados en la Historia Clínica se evidencien de forma lógica, clara y completa, lo que servirá de base para que la atención que brindan los profesionales en salud genere un impacto en la detección temprana⁷.

El diligenciamiento de la Historia Clínica es un indicador de la calidad asistencial, el estudio de la eficacia del registro clínico en una forma de auditoría puede ser un instrumento para la mejora de los estándares de atención, más aún al tener una función educativa para los profesionales de la salud. La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos como método de implementación de un cambio, debe promover el acercamiento a corregir factores que impiden la posibilidad de mejorar los procesos en la atención⁸.

El programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, es una estrategia de salud basada en la identificación del bienestar infantil, constituida en una serie de actividades que son fundamentales para una adecuada evaluación y seguimiento de los cambios durante el desarrollo y para ello la calidad en la prestación del servicio va de la mano con un adecuado manejo del mismo. El mayor porcentaje de desarrollo físico y social, ocurre durante la infancia, esto quiere decir que el ser humano tiene solo una oportunidad de desarrollarse y la atención en salud contribuye a la reducción de la morbimortalidad infantil, por lo tanto, las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del desarrollo infantil, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento, las cuales deben estar consignadas correctamente para que sirvan de soporte a los hallazgos que se puedan presentar⁹.

Para ello se requiere que los profesionales de enfermería y médicos capacitados en el cuidado de los infantes durante su crecimiento y desarrollo, cuenten con alto grado de conocimiento, servicio y compromiso moral en el cuidado de la salud,

⁷ Publicada en el Diario Oficial 43655 de agosto 5 de 2011

⁸ Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima-Perú. Rev Med Hered [online]. 2006, vol.17, n.1, pp. 35-41. ISSN 1729-214X.

⁹ Norma Técnica de detección de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años

fortalecidos en la ética profesional, lo cual va a permitir que sus labores sean limpias y con un sentido humano, todo esto reflejado en el registro que queda como evidencia de la labor realizada¹⁰.

Un registro inadecuado de los datos clínicos derivados de una atención pueden generar riesgos en la seguridad del paciente, causando daño y esto sumado a que la salud de los niños se ve afectada también por los determinantes sociales y el cuidado deficiente que se les brinda actualmente. Es necesario ser muy cautelosos a la hora de fortalecer los registros clínicos, teniendo en cuenta que también hay una responsabilidad de carácter ético y legal, donde se puede ver afectado un profesional de la salud. las instituciones y del personal asistencial, deben tener un compromiso al fortalecer el registro clínico, que garantice una mejor intervención al núcleo familiar¹¹.

Con este trabajo se pretende determinar el grado de diligenciamiento de historias clínicas, del programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, el cual finalmente contribuirá al fortalecimiento de la salud y alcanzara el cumplimiento de los estándares de calidad del programa¹².

¹⁰ Lobos Fernández Luz Lorena, Leyton Dinamarca Barbara, Kain Bercovich Juliana, Vio del Río Fernando. Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil en escuelas básicas de Chile. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Ago [citado 2016 Jun 08]; 28(4): 1156-1164.

¹¹ AIEPI. (2000). La mortalidad por enfermedades transmisibles en la infancia en los países de la región de las Américas: magnitud y tendencia observada y perspectivas de reducción mediante la aplicación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

¹² PERATA SALAZAR, Marianella; LLANOS ZAVALAGA, Luis Fernando; CABELLO MORALES, Emilio Andrés y MAYCA PEREZ

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad en el diligenciamiento de la Historia Clínica para el programa de Crecimiento y Desarrollo, en el Hospital Santa Ana de Guática, Risaralda, durante el año 2016, y proponer un plan de mejora de Acuerdo a los hallazgos encontrados.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de conformidad de los requisitos según la normatividad aplicable (Resolución 412 del 2000) al diligenciamiento de la Historia Clínica.
- Establecer el cumplimiento de las características básicas de la Historia Clínica según la Resolución 1995 de 1999.
- Elaborar un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados.

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

Objetivo	Concepto	Variable	Definición	Indicador
Evaluar el grado de conformidad de los requisitos según la normatividad aplicable (Resolución 412 del 2000) en el diligenciamiento de la historia clínica	Cumplimiento de Guías según el ministerios de la protección social	Actividad	Es el conjunto de actividades realizadas para llevar a cabo una meta	$\frac{\% \text{ de actividades realizadas}}{\% \text{ de historias evaluadas}}$
	Cumplimiento de la resolución 412 del 2000.	Periodicidad	Es la frecuencia en la que se realiza una determinada actividad	$\frac{\% \text{ de incumplimiento de guías}}{\% \text{ de historias evaluadas}}$
	Acatamiento en la E.S.E Hospital Santa Ana	Concentración	Capacidad de fijar claramente una idea y llevarla a cabo	$\frac{\# \text{ de actividades planeadas}}{\% \text{ de historias evaluadas}}$
Establecer el cumplimiento de las características	Características primordiales de la historia clínica	Secuencialidad	Los registros de la prestación de los servicios de salud,	$\frac{\% \text{ de historias clínicas diligenciadas de manera secuencial}}{\% \text{ de historias clínicas diligenciadas de manera secuencial}}$

básicas de la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999			deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.	·# de historias clínicas evaluadas
	Integralidad	Debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud.	$\frac{\% \text{ de historias clínicas con información completa e integral}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$	
	Racionalidad científica	Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, en forma lógica, clara y concreta.	$\frac{\% \text{ de historias clínicas con registro de acciones brindadas a un usuario}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$	
	Disponibilidad	Es la posibilidad de utilizar la historia clínica, en el momento en que se necesita con	$\frac{\% \text{ de historias clínicas disponibles}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$	

		Oportunidad	<p>las limitaciones que impone la ley</p> <p>Es el diligenciamiento inmediato de la historia clínica, después de que ocurra la prestación del servicio.</p>	$\frac{\% \text{ de historias clínicas diligenciadas al momento de la atención}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$
Elaborar un Plan de Mejoramiento de acuerdo a los hallazgos	Plan de mejoramiento	Mejoramiento	Llegar a un estado mejor del que se tiene, a través de un plan para minimizar los hallazgos y obtener mejores resultados	Hallazgos encontrados

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Guática se encuentra ubicado a 92 km al Norte de la capital del departamento de Risaralda y con el Municipio de Riosucio (Departamento de Caldas), por el Sur con el Municipio de Belén de Umbría (Departamento de Risaralda), y Anserma (Departamento de Caldas), por el Oriente con el Municipio de Quinchía (Departamento de Risaralda), por el Occidente con el Municipio de Mistrató (Departamento de Risaralda), sus territorios son montañosos, haciendo parte de la Cordillera Occidental,

El Municipio de Guática cuenta con 48 veredas y tres corregimientos, los cuales son San Clemente, el corregimiento de travesías y Santa Ana, allí se encuentran cultivos de café, caña de azúcar y cebolla, el área urbana se encuentra ubicada al pie del cerro Gamonrra y pose 10 barrios.

Guática está ubicada a 2600 metros sobre el nivel del mar con una temperatura promedio de 20 grados

Está a 92 kilómetros de la capital del departamento Pereira, que se convierten en 2 horas por carretera en excelentes condiciones. Presenta una extensión territorial de 114 Kilómetros cuadrados.

Población total 15306 habitantes

Población urbana 3969 habitantes

Extensión de 100.67 kilómetros cuadrados

Extensión área urbana 0.64 kilómetros cuadrados

Extensión rural 100.03 kilómetros cuadrados

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

Somos una Institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, comprometida en brindar una atención integral y de calidad. Enfocamos nuestro trabajo diario en una cultura de mejoramiento continuo buscando con ello satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y contribuir así a mejorar la calidad de vida de la comunidad Guatiqueña.

VISIÓN

Seremos en el 2015, una institución reconocida regionalmente por la excelencia en la prestación de sus servicios de salud, con enfoque hacia la acreditación y que ofrece sus servicios con humanismo y seguridad, que les generan confianza y un alto grado de satisfacción a todos nuestros usuarios.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- ✓ Mejoramiento Continuo
- ✓ Excelencia del Servicio
- ✓ Responsabilidad Social
- ✓ Desarrollo del talento humano

VALORES CORPORATIVOS

- ✓ Compromiso
- ✓ Sentido de pertenencia
- ✓ Calidez
- ✓ Respeto
- ✓ Discreción
- ✓ Honestidad
- ✓ Transparencia
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Cooperación
- ✓ Solidaridad



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL SANTA ANA DE GUATICA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- ✓ Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños.
- ✓ Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo.
- ✓ Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños.
- ✓ Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital.
- ✓ Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micronutrientes.
- ✓ Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI.
- ✓ Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva.
- ✓ Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

Para evitar las complicaciones durante el crecimiento y desarrollo del niño es necesario:

1. Realización de controles periódicos.
2. Vacunación al día.
3. Visitar al Pediatra al menos una vez al año.
4. Identificación de signos de alarma

POBLACIÓN OBJETIVO:

Población afiliada no solo al régimen contributivo, sino también al subsidiado, que estén en proceso de crecimiento y desarrollo detectados en la vista posparto a las 72 horas. Permitiendo así la disminución de la morbimortalidad infantil en el país.

OBSERVACIONES GENERALES:

FUNCIONAMIENTO:

- Los controles son realizados según la norma, al momento del nacimiento pasado 72 horas, posparto la madre deberá asistir con el niño a la institución.
- Diligencia el carne infantil.
- El primer control se hará al mes de vida del infante, este control es realizado por un médico, los próximos controles serán realizados cada tres meses hasta el año, luego cada cuatro meses hasta los dos años, luego cada seis meses hasta cumplir los siete años y por último cada año hasta cumplir los nueve años, estos controles serán realizados por una enfermera y dependiendo las curvas del crecimiento serán realizados por médico.

4.2 MARCO TEÓRICO

Desde el nacimiento los seres humanos vamos experimentando cambios, desarrollando habilidades, adquiriendo nuevas experiencias, por esto importante que cada ser humano experimente un buen cuidado desde la concepción, con el fin de darle una estabilidad y un equilibrio especialmente en las primeras etapas de la vida. A medida que el ser humano nace, crece, se reproduce y muere este pasa por diversas etapas no solo en su parte física sino también en su estructura (cuerpo) y mente. Los primeros años de vida son la base de los cambios que se van a experimentar, el papel más importante de este conjunto de procesos, lo tiene la madre quien desde la concepción inicia con el cuidado, posteriormente el nacimiento con las medidas de cuidado que se intensifican; la madre debe cuidar de sí misma y tener la madurez psicológica y física para darle al nuevo ser una seguridad de supervivencia¹³.

Es parte de la atención en salud además de la calidad, conservar un historial clínico que puede determinar desde el nacimiento los datos más importantes que se tengan sobre todo si se han presentado alteraciones o complicaciones en salud. La Historia Clínica como documento legal debe conservarse pero ante todo debe tener secuencialidad, claridad y especificar los detalles mínimos que se presentan a la hora de la atención, importante consignar la educación sobre todo la que se da con respecto a la nutrición¹⁴.

¹³ 6. Chaudhury RH, Chowdhury Z. Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh. Dhaka, Gonoproskashani, 2011

¹⁴ Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú

Un tema que es de gran importancia y aqueja a los niños es la desnutrición infantil donde los niños se ven afectados por múltiples causas directas e indirectas, que interrumpen el Crecimiento y Desarrollo oportuno de los infantes, aumentando el riesgo de enfermar o morir en los primeros años de vida. No solo se ven afectados los niños sino también sus madres quienes viven a diario los problemas de salud que ellos presentan. También es válido resaltar que a nivel mundial los países desarrollados y en vía de desarrollo tienen más consecuencias en distintos ámbitos como educación, morbimortalidad infantil y productividad, sus principales mecanismos de transmisión son la pobreza y desigualdad que se refleja entre naciones.

Hay problemas de salud relevantes como lo son el bajo peso al nacer, el sobrepeso y la obesidad infantil, que se han incrementado e impactado notablemente, aumentando la tasa de morbimortalidad en los primeros años de vida. La desnutrición ha afectado notablemente el desarrollo psicomotor de los niños y a pesar que no hay buen registro de casos, los que no son reportados y pasados por alto, hacen que la situación sea más grave y que el panorama para nuestros niños y niñas de escasos recursos se perciba sombrío: muchos mueren y los otros quedan con graves secuelas que repercutirán en su vida adulta, desde la visión de la neuropsicología del desarrollo la desnutrición afecta todas las áreas del desarrollo psicomotor del niño; el nivel de actividad, la atención, el desarrollo motor, lenguaje, la vida personal y social.

Una de las grandes causas que lleva a la desnutrición en los niños menores de dos años son los embarazos en las adolescentes, donde no se pueden evidenciar situaciones familiares, económicas y sociales. La madre adolescente pierde la oportunidad de continuar con sus estudios quedando así analfabeta y sin poder alcanzar grandes triunfos para su futuro, además provocan un aumento en la pobreza y maltrato tanto físico como psicológico por parte de sus parejas, familiares y personas que rodean su entorno.

Aunque en el sistema de salud, se lleva a cabo la ejecución de planes en salud público y dentro de los componentes se encuentra la salud sexual y reproductiva con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, es necesario tener en cuenta que en los niños y adolescentes hay que crear una conciencia de cuidado la cual debe estar fortalecida desde la parte familiar, ya que si desde esta parte es sólida la educación en cuanto al afecto y el buen ejemplo, el resultado puede ser mejor, la coherencia será la evidencia a demostrar ante un adolescente que le gusta buscar justificaciones para dar crédito a las normas que se le plantean. El factor afectivo debe ser un punto importante en la educación que se brinda a los cuidadores el cual debe quedar consignado en la historia clínica como aspecto importante en las recomendaciones.

De acuerdo a la investigación realizada los embarazos en las mujeres adolescentes conlleva a que la calidad de vida tanto de la madre como del hijo se

vea afectada y se presenten consecuencias a nivel de salud, es conveniente realizar continuas campañas para concientizar a los adolescentes, para que tengan una vida sexual responsable y evitar embarazos no deseados¹⁵.

Retomando con la nutrición, posterior al nacimiento otro de los cuidados vitales es el de la alimentación en la cual se debe conocer inicialmente la necesidad de cada individuo, y el estado nutricional, así como las condiciones de salud. Actualmente la nutrición ha tomado un rumbo diferente ya que los productos industrializados han tomado el protagonismo en la canasta familiar, los alimentos naturales preparados pasan a una segunda instancia pese al aporte nutricional que ofrece; un ejemplo claro es el maíz como planta que tiene propiedades alimentarias y que es común en el territorio ya que desde la época prehistórica se ha reconocido por ser común en los cultivos y facilidad en el cuidado y obtención del producto el cual cuenta con nutrientes y vitaminas que favorecen una buena nutrición, este alimento muestra una alternativa de aporte nutricional especialmente en niños de poblaciones vulnerables como son los que habitan en las zonas rurales y las poblaciones indígenas.

Es común encontrar en las poblaciones vulnerables casos de desnutrición crónica o mortalidad a causa de la malnutrición; en países como México se han realizado análisis del consumo de harina de maíz en diferentes grupos de niños y de diferentes lugares, si bien no es un resultado de impacto si se puede recatar las propiedades que posee y los nutrientes que aporta son importantes para que sean parte de la dieta en especial para los niños preescolares por la conservación del estado nutricional.

A nivel cultural la harina de maíz hace parte de la canasta familiar en cualquiera de las diferentes presentaciones, y en algunas regiones se cultiva para ser consumida directamente de la fuente en especial en climas fríos y templados, es posible ver que en las regiones donde más se consume como parte del menú diario, los índices de desnutrición son bajos.

En la investigación se resalta que el maíz es un buen complemento nutricional especialmente para los preescolares, quienes presentan casos de vulnerabilidad nutricional como los indígenas, que por cultura presentan descuido hacia el cuidado que deben brindar a los niños, muchos de ellos mueren a causa de la falta de una adecuada nutrición. Lo más importante para las comunidades es crear políticas enfocadas a la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente dirigida a los niños en los primeros años de vida, esto con el fin de afianzar y mejorar el estado de salud y por ende la calidad de vida.

De acuerdo con el artículo, la harina de maíz tuvo efecto positivo a nivel nutricional en los niños indígenas que tuvieron la oportunidad de consumirla, teniendo en

¹⁵ López-Pisón J, Rebage V, Arana T, Baldellou A, Arcauz P, Peña-Segura JL. Estudio de la demanda asistencial de Neuropediatría en un hospital de referencia regional. II. Motivos de consulta. Rev Neurol. 1997;25:1685-8

cuenta esto, es posible realizar un estudio y estrategias, que permita brindar a los indígenas alternativas para cultivar productos que tengan buen efecto en el estado nutricional de los niños¹⁶.

Después del nacimiento y a raíz de diferentes circunstancias se pueden presentar condiciones de salud que no son positivas para los niños, entre estas retraso psicomotor. Los padres o cuidadores son quienes contribuirán al diagnóstico de alguna enfermedad o trastorno que afecte la parte neurológica de un niño, así mismo se deben tener en cuenta los antecedentes desde el nacimiento para esclarecer la procedencia de la aparición de un trastorno y por medio de diferentes medios diagnósticos lograr determinar el grado de lesión adquirida a nivel neurológico.

El artículo, deja ver claramente los diferentes tipos de retraso psicomotor y trastornos generalizados del desarrollo y explica algunos métodos de diagnosticar algún tipo de trastorno, basados en la detección temprana de algunos síntomas que pueda presentar un niño en los primeros años de vida. Se puede notar como en el artículo explica diferentes maneras de diagnóstico y como está enfocado a esclarecer las posibles causas de los trastornos, las cuales son objeto de estudio incluso desde la etapa preconcepcional, embarazo y post nacimiento, es probable que por el cuidado que se tiene durante estas etapas se produzca algún retraso, puede ser consumo de algunas sustancias nocivas, enfermedades u otros factores que impiden la normalidad de la formación de los sistemas del ser humano.

Después del nacimiento es importante que los padres aprendan a identificar los signos de alarma que presentan los niños, también es importante que aprendan a estimular el desarrollo motriz, lenguaje y habilidades para adaptarse al entorno. Los padres o cuidadores son quienes contribuirán al diagnóstico de alguna enfermedad o trastorno que afecte la motricidad de un niño, así mismo se deben tener en cuenta los antecedentes desde el nacimiento para esclarecer la procedencia o aparición de algún retraso.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la detección temprana de alguna anomalía motriz ayuda a tener un diagnóstico y tratamiento oportuno, el cual puede ser favorable para la disminución de las secuelas, esto teniendo en cuenta la procedencia del trastorno. Es importante educar sobre las etapas de desarrollo por las que atraviesan los niños desde su nacimiento, ya que esto permitirá a las madres ser la fuente de confiabilidad en caso de detectar algún tipo de retraso¹⁷.

¹⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México. CONEVAL. México 2009; 37-81

¹⁷ López Pisón J, García Jiménez MC, Lafuente Hidalgo M, Pérez Delgado R, Monge Galindo L, Cabrerizo de Diago R y cols. Encefalopatías prenatales. Nuestra experiencia diagnóstica de 19 años. ¿Hasta dónde con los estudios bioquímicos y genéticos? Neurología. 2011;26:481-7

Por otro lado la obesidad se está presentando también de forma alarmante y constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil. Es importante comprender que los descuidos de los cuidadores y la no detección de alarmas causan patologías crónicas y alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo que pueden afectar a los menores durante toda su vida¹⁸.

Para continuar es indispensable hablar de la lactancia materna, quizá es el mejor alimento que una madre puede brindar a su recién nacido, es natural, considerada como la primer vacuna para los menores. Sus componentes tienen los nutrientes necesarios para un buen desarrollo físico y mental de los recién nacidos, estimula el vínculo afectivo madre e hijo y evita así la presencia de enfermedades que puedan alterar el estado de salud de los infantes. En este proceso de vida las madres deben tener gran compromiso con sus hijos, brindándoles exclusividad de la lactancia materna hasta los seis meses de vida y complementaria hasta los dos años¹⁹.

Además de los controles de Crecimiento y Desarrollo, el seguimiento que se debe brindar a los niños en su infancia, debe ser indispensable ya que se pueden encontrar alteraciones como las antes mencionadas y de igual forma interrumpirlas o mitigarlas para que no causen enfermedades fatales en sus vidas. Por eso es de gran importancia que se incluya la alimentación complementaria en los niños y se tenga una ingesta adecuada de nutrientes y así poder evitar que a largo plazo sufran de obesidad debido a factores alimenticios inadecuados, previniendo en su gran mayoría las enfermedades cardiovasculares, por eso es el llamando a que siempre se tenga en cuenta los alimentos balanceados y a su vez una dieta rica en frutas y verduras.²⁰

En el proceso de Crecimiento y Desarrollo podemos encontrar como la musicoterapia, es una forma natural de estimular los sentidos para lograr la armonía en las personas. Visto de este modo la armonía musical es una forma de volvernos a integrar a la vida, en todo su esplendor y por lo tanto recuperarnos

¹⁸ Aguilar Cordero M^a J., González Jiménez E., García García C. J., García López P., Álvarez Ferre J., Padilla López C. A. et al. Estudio comparativo de la eficacia del índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal como métodos para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en población pediátrica. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Feb [citado 2016 Jun 08]; 27(1): 185-191.

¹⁹ Cáceres Fernández William, Reyes Santana Marlene de la Caridad, Malpica Alonso Ernesto, Álvarez Alonso Liuva, Solís Molinet Liliét. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Jun 08]; 29(245-252).

²⁰ SAAVEDRA, José M; DATTILO, Anne M. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. **Rev. Perú. med. exp. salud pública**, Lima, v. 29, n. 3, jul. 2012.

tanto en forma física como mental, y de esta forma mejorar nuestro desempeño en la sociedad.

La musicoterapia en la estimulación sensorial, social, cognitiva y motriz que juega un papel importante en niños con déficit neurológico, pudiéndose destacar, niños con síndrome de Down donde este tubo mejoría el cuanto a su lenguaje, socialización y aprendizaje, este es un claro ejemplo de que no se debe decaer cuando encontramos niños con déficit en su aprendizaje, ya que tenemos las herramientas suficientes para ayudar a que tengan un mejor desarrollo. La aplicación de la música en nuestro diario vivir nos ayudara para que a futuro los niños tengan alto grado de aprendizaje en la parte motriz y sensorial, y se pueda tener un óptimo desarrollo, un ejemplo claro de la musicoterapia en nuestro diario vivir es la naturaleza, la cual nos brinda un sin número de sonidos como el sonido del mar y el trinar de los pájaros, estos son factores básicos que despiertan los sentidos del ser humano brindando tranquilidad²¹.

Recopilando todo lo relacionado con el crecimiento y desarrollo la nutrición juega un papel muy importante en el proceso por el cual el cuerpo asimila los alimentos, estos ayudan a reponer las energías gastadas en el diario vivir, durante el día se desarrollan destrezas no solo motoras, sino también musculares y mentales las cuales requieren una gran cantidad de energía que el cuerpo debe recibir tanto de factores ambientales como el aire, el agua, la luz solar entre otras, Para que esto se dé es indispensable que sociedad tanto de forma individual como colectiva mejore así su nivel y calidad de vida mediante procesos que lo ayuden a superar sus dificultades.

Por eso es de vital importancia recalcar siempre a la sociedad sobre los estilos de vida saludable o entornos saludables, para así poder tener niños, jóvenes y personas adultas sanas, cabe aclarar que la desnutrición de la niñez es responsable del total de la mortalidad infantil en el mundo y están relacionadas con la carga global de enfermedades, a este grupo también se une el nivel socioeconómico menos favorecidos posicionándolos así como una fracción vulnerable en la sociedad²².

Es importante tener claro que la nutrición está ligada a la salud pública, los determinantes en salud y las condiciones de vida, además la situación geográfica de los sectores donde habita las poblaciones rurales. El artículo de investigación realizado en México, "Departamento de Crecimiento y Desarrollo humano: más de cuatro décadas monitoreando el crecimiento de los niños cubanos", nos amplía el panorama en cuanto al cuidado sobre la salud de los niños. Los determinantes

²¹ Koelsch S. A neuroscientifi c perspective on music therapy. Ann N Y Acad Sci. 2009; 1169: 374-384.

²² Black M. Zinc deficiency and child development. Am J Clin Nutr 1998; 68: 464S-469S

han puesto en riesgo la salud de la población, cuatro décadas son un periodo suficiente para concluir las causas de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales están basadas en los estilos de vida no saludables. En la actualidad el facilismo ha permitido que hasta la alimentación cambie, también la economía, puesto que los ingresos disminuyen y esto dificulta la adquisición de productos que favorezcan la nutrición, ya que en mercado son muy costosos por tanto la población está obligada a acogerse a productos de poco aporte nutricional. Al establecer una relación entre las condiciones de pobreza y la nutrición es claro que la tendencia es a tener bajos aportes nutricionales, lo cual se verá impactado en las décadas futuras y esto da como resultado aumento de la morbilidad en la población infantil y posteriormente en la salud de los adultos, lo cual se reflejara en aumento de gasto en salud, saturación de servicios dándole continuidad a la crisis en salud²³.

Para continuar ampliando el tema de la atención en salud enfocado en la conservación de la salud, se cuenta con un artículo chileno denominado “El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente”, este da a conocer que uno de los determinantes en salud que más afecta la salud pública en algunos países de Suramérica entre estos Colombia, coincidiendo en la pobreza como determinante principal, también se describe allí que los recursos asignados para la salud en estos países son muy pocos, pero los gastos son muy altos. Uno de los indicadores que mide el impacto en salud es la mortalidad materno infantil, la cual es prevalente en los países latinoamericanos, indicando que pese a las políticas públicas y estrategias, no ha generado impacto. Es posible determinar que hay falencias de base, estas son posibles de detectar, como se mencionaba anteriormente, es necesario que el personal interdisciplinario se especialice y sea exclusivo para los programas preventivos, esto permitirá mayor empoderamiento y control de los procesos, así como del seguimiento en salud de la población objeto, es claro que se requiere contar con recursos económicos desde los gobiernos, los cuales deben pensar en mejorar la calidad de vida protegiendo la salud pública y a la vez que fortaleciendo los programas de prevención. Es evidente que en Colombia, los programas requieren mayor atención, tratar de atravesar las barreras que impiden que la población acceda a esta atención y permitiendo que se detecte oportunamente cualquier situación desfavorable que afecte la calidad de salud y se de atención oportuna, se concibe la idea de que es necesario darle continuidad a los programas teniendo en cuenta que estos estén bien fortalecidos y aplicados a través de las generaciones²⁴.

²³ Jordán J. y cols. Desarrollo Humano en Cuba. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 1979, p. 2

²⁴ OCDE: Statiscs. *Estadísticas de la OCDE sobre la Salud 2014*. Chile en comparación [http://www.oecd.org/els/ health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014](http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014)

Teniendo en cuenta el artículo Mortalidad infantil; Salud de poblaciones indígenas; Condiciones sociales; donde encontramos resultados tales como determinantes relacionados con condiciones de vida y servicios de salud, se puede comparar con la realidad actual que vive nuestro país en cuanto a la salud de la población infantil, este artículo resalta los eslabones críticos de la atención más frecuentes los cuales fueron los programas preventivos, la demora en la provisión de atención en las unidades de salud y deficiencias en las políticas públicas intersectoriales que garanticen el acceso efectivo a los servicios²⁵.

Los resultados presentados por México en esta ocasión son similares a las realidades que viven los programas preventivos de la población colombiana especialmente la rural o perteneciente a los municipios que presentan mayor porcentaje de población rural. Los determinantes que afectan la adherencia a los programas especialmente los diseñados para la población infantil, están asociados a la capacidad económica, esto basado en que los padres viven a grandes distancias y llevar a su hijo a una cita médica implica dejar de ganar un día de salario que para esta población no es igual a la legal vigente, a esto se suma el pago del transporte para desplazarse de sus veredas hacia el centro de salud. Es claro que el personal de salud asigna las citas para la atención según la agenda con la que se cuente, sin tener en cuenta estas dificultades de la población; por otro lado las instituciones prestadoras de servicio de salud, contratan personal que interactúa con los usuarios, teniendo asignadas múltiples funciones lo que genera como resultado un programa con poco o sin seguimiento sin énfasis en la atención individual de cada usuario, aumentando la deserción de los programas y la poca credibilidad de los profesionales así como el incremento de usuarios con más riesgos adquiridos, los cuales pudieron haber sido detectados oportunamente²⁶.

Para mejorar la salud de la población infantil y favorecer la detección temprana de alteraciones de la salud, se requiere que los gobiernos fortalezcan tanto la economía como la inversión de recursos en las estrategias, programas de prevención y también en el personal profesional, formando equipos interdisciplinarios que apoyen las estrategias que pueden estar bien diseñadas en los documentos y normas publicadas. En ninguna de las ciudades hay una política integral de salud pública, hay múltiples políticas y programas enfocados en temas específicos, hay discontinuidad de las políticas y programas entre periodos de gobierno, existen políticas públicas que no son aplicadas o se diseñan para cumplir un requerimiento de un ente territorial, pero no se llevan a la realidad de

²⁵ Jordán J. y cols. Desarrollo Humano en Cuba. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 1979, p.

²⁶ Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008. Cad Saúde Pública. 2011;27: 1603---10.

las tendencias de digitalización de la Historia Clínica, lo que permite conservar y custodiar de manera más efectiva este documento legal. Durante el proceso de implementación de la Historia Clínica digital se encuentran en la actualidad múltiples dificultades en el registro, ya que la habilidad que presentan los trabajadores del área de la salud en el manejo de esta, no es objeto de cátedra ni capacitación constante. Por otro lado el tiempo que se destina para una atención con calidad, no incluye el tiempo que demora el diligenciamiento completo de la Historia Clínica, lo que ha llevado a que hayan deficiencias en la calidad del registro o copias erradas que pueden conllevar a la presencia de eventos adversos en la atención, por datos que no corresponden a la persona que está siendo atendida³⁰.

La referencia de estándares internacionales en indicadores de calidad que competen al profesional de enfermería, médicos y demás trabajadores de la salud, son el resultado de su quehacer en términos de cumplimiento de guías y protocolos establecidos, seguimiento y control estricto de estos. Las bases para nuevas estrategias a fin de lograr que el personal de salud esté completamente empoderado para responder a los retos futuros en el campo de la prestación de servicios de salud. Uno de estos retos es la calidad de registro en tiempos cortos, la Historia Clínica del programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, debe ser muy completa, contener las herramientas que establezcan un adecuado estado de salud integral según la edad del paciente, esto implica que una historia digitalizada, sea más amplia y compleja, ya que en cada atención se requiere determinar una información clara y concisa del paciente atendido como si fuera la primera vez que se ingresara al programa, esta situación es la esencia de la Detección Temprana de las alteraciones y es por eso que se debe apuntar a que la inversión y manejo de estos programas se haga de manera completa y de acuerdo a las normas vigentes³¹.

³⁰ Elsa Yolanda Carvajal Hermida, Jefe del Departamento de Enfermería, (E). Fundación Santa Fe de Bogotá. Actual. Enferm. 2004; 7(1): 32-41

³¹ Fundación Santa Fe de Bogotá. enfermeria@fsfb.org.co Actual. Enferm. 2004; 7(1): 32-41 Introducción Un servicio de excelencia.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 EDAD

Las personas que cuentan con una madurez laboral y se encuentran en una edad entre 40 y más años y además cuentan con una carrera enfocada al cuidado en su mayoría coinciden en que el cuidado es una característica personal humana³².

La edad es una característica trascendental, en los profesionales de la salud la edad representa un factor de predisposición para adquirir el síndrome de agotamiento este se agudiza cuando va acompañado de baja autoestima y otras circunstancias³³.

La satisfacción laboral está ligada a la edad y género de los trabajadores, pues las expectativas laborales se van cumpliendo en la marcha y el ánimo de laborar por la construcción de ideales va siendo menos amplia, pero la satisfacción laboral es más amplia en trabajadores de mayor edad es positiva³⁴.

4.3.2 RAZA

Las variables como la raza usada con propósito clasificatorio es susceptible a los cambios en los ámbitos políticos-sociales, no es satisfactorio relacionarlos con oportunidad ni capacidad laboral, es necesario para otro tipo de situaciones tales como autocuidado factores protectores a tener en cuenta más no en oportunidades de participación³⁵.

La raza como criterio útil para la práctica médica es pobremente relacionada, aunque la raza negra presenta más predisposición a ciertas enfermedades esto no altera el nivel de práctica profesional, pues es claro que la profesión tiene una integración de factores externos a la raza³⁶.

En nuestro medio la raza como calificativo para la brindar atención en salud, no marca la diferencia, pues tanto a población indígena, como afro o mestizo se les brinda una atención igual, puede deberse a la Declaración de Viena de 1993, aprobada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Allí el movimiento indígena logró que se separara su declaración de derechos (art. 20) de la de los

³² THOMPSON, J. J., R. J. MORSE. (1998). An explanation of the U.S. News rankings: Putting the numbers into context. U.S. News and World Report America's Best Colleges 1998, p. 66-68. (citado por Clarke, M. 2002).

³³ Medina E, Kaempffer AM. Necesidad de médicos en Chile. Rev Med Chile 1998; 116: 389-94. [Links]

³⁴ Mayeroff M. On caring. New York: Harper Perennial; 2003. [Links]

³⁵ Brockner J. Low self-esteem and behavioral plasticity: some implications. En: Wheeler L, Shaver PR (directores). Review personality and social psychology. Beverly Hills: Sage; 1993. [Links]

³⁶ Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. Int J Clin Health Psicol. 2007;7(3):47-62.

derechos de las minorías (art. 19), obteniendo así especificidad propia y diferenciada. Esta declaración, reflejó los principios de igualdad³⁷.

4.3.3 ESCOLARIDAD

Las personas con un grado de escolaridad que alcanza hasta la secundaria completa se encuentra en las edades entre 20 y 24 años, las industrias actuales buscan en mayor porcentaje a personas que hayan tenido por lo menos una formación técnica para mejorar el servicio, es claro que actualmente el acceso a la educación se facilita por las políticas gubernamentales, aun así no toda la personas ingresan a una educación superior, solo a la técnica. Según las necesidades de las empresas son las exigencias de la escolaridad³⁸.

La relación entre la escolaridad y la familia es muy estrecha ya que la familia es la primera escuela, donde se aprenden valores humanos y se crean las personalidades, para entregar a la sociedad profesionales de valores y humanos, la familia y la escolaridad no deben actuar por separado puesto que la uno complementa la otra y deben ir de la mano por la estabilidad que se entregan entre sí³⁹.

Para un estudiante es vital que su familia se integre al entorno educativo y así se continúe el aprendizaje desde su ámbito familiar, el apoyo permite que la escolaridad de una persona sea más avanzada y obtengan mejores resultados⁴⁰.

4.3.4 ACTIVIDAD

La actividad vista como proceso de producción implica que se tengan en cuenta los aspectos de igualdad y simetría entre la producción y la remuneración de este, se considera de gran importancia darle al hombre la importancia y reconocimiento como ser activo y productivo⁴¹.

³⁷ Situación de los derechos humanos de las personas y pueblos indígenas en las américas - See more at: <https://encolombia.com/?s=atencion+segun+la+raza+de+las+personas#sthash.0VnRSxc1.dpuf>

³⁸ (Accessed February, 2004).

³⁹ Oliveira SF y Ferreira L. A superficialidade da classificacao de grupos humanos na practica medica. VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica. Ciudad de México. 21-24 de octubre 2002. [Links]

⁴⁰ via Definicion ABC <http://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>

⁴¹ 16. Real Decreto 27/2003, de 10 de enero, por el que se modifica el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por el Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero. Boletín Oficial del Estado, 10, 11/01/2003. [Links]

Es vital tener íntima relación entre la salud y el trabajo ya que así se permite obtener mejores resultados, la relación entre la remuneración y la actividad laboral no son igualadas lo que puede generar una insatisfacción y daño en salud⁴².

Las mujeres han hecho parte de las actividades domésticas pero, poco a poco se ha ido incrementando la participación de estas en las diferentes actividades productivas que se han establecido, así mismo en salud son las mujeres quienes en mayoría se dedican al cuidado⁴³.

4.3.5 PERIODICIDAD

La constancia que implica la actualización de un profesional, va unida a la periodicidad con que el lugar de trabajo debe tener un mantenimiento preventivo, la seguridad en el trabajo es de gran importancia ya que permite minimizar riesgos en los trabajadores, la vigilancia y frecuencia⁴⁴.

La periodicidad con la que se evalúa un proceso v enlazado a la auditoria la cual ha conseguido que atreves de mejoramiento continuo⁴⁵.

Cada que una entidad practica la periodicidad en las auditorias, se acerca más al éxito⁴⁶.

4.3.6 MEJORAMIENTO

Para tener un cambio enfocado al mejoramiento el cual nos llevara a obtener mejores resultados, es necesario realizar una inspección a fondo del efecto que en realidad genera la labor que se está realizando, es así como se logra corregir los resultados no deseados.

La autoevaluación permite que cada individuo desde su parte académica, realice una mejor actividad para desempeñarse en una labor y lograr una calidad en los

⁴² Goerlich Peset, J.M.a, "La reforma de la incapacidad permanente", en AA.VV., La reforma de las pensiones de 1997, Madrid, 1999, pág. 59, que no impide un tratamiento individualizado de cada situación en función de las concretas circunstancias objetivas y subjetivas del trabajador.

⁴³ Whittington, O. R. y Pany, K. (2000). Auditoría, un enfoque integral, (2ª ed.). Bogotá: McGraw-Hill Interamericana S. A

⁴⁴ Whittington, O. R. y Pany, K. (2000). Auditoría, un enfoque integral, (2ª ed.). Bogotá: McGraw-Hill Interamericana S. A.

⁴⁵ Rodríguez Sabiote C, Gutiérrez Pérez J . Debilidades de la evaluación de la calidad en la universidad española. Causas, consecuencias y propuestas de mejora. Revista electrónica de investigación educativa. 2003;5(1). (Acceso 4 de junio de 2007) Disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol5no1/contenido-sabiote.pdf>

⁴⁶ WERNECK, D. O diagnóstico organizacional como elemento decisivo para a qualidade. Hospital Administração e Saúde, v. 118, n. 2, março/abril 1994

procesos de los cuales hace parte. En la rama de la enfermería se requiere de la generación de un sistema que contenga habilidades para el mejoramiento el cual debe ser mirado desde todos los ángulos y del cual hace parte todos los que integran el proceso, siempre se requiere de diagnóstico para identificar por medio de objetivos el cumplimiento de las habilidades que llevaran a la satisfacción integral.

4.4 MARCO NORMATIVO

NORMA / AÑO	EMISOR O FUENTE QUIEN LA SANCIONO	DESCRIPCIÓN
Constitución política de Colombia/1991	Congreso de la república	Derecho a la salud
Ley 100/1993	Congreso de la república	Sistema general de seguridad social.
Resolución 4288/1996	Ministerio de salud y la protección social	Plan de atención básica del SGSS
Resolución 412/200	Ministerio de salud y protección social	Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de diez (10) años.
Ley 1098/2006	Congreso de la república	Código de infancia y adolescencia.
Decreto 1011/2006	Ministerio de salud y la protección social	Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del SGSSS.
Ley 1122/2007	Congreso de la república	Modificaciones en el SGSSS, priorizando el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
Decreto 3039/2007-2010	Ministerio de la	Plan nacional de salud

	protección social	pública.
Decreto 4875/2011	Ministerio de la protección social	Atención integral a la primera infancia
Plan decenal / 2012-2021	Ministerio de la protección social	Plan decenal de salud pública.
Estrategia de cero a siempre / 2013	Ministerio de salud y protección social	Estrategia dirigida a promover y garantizar el desarrollo infantil temprano de niños y niñas en la primera infancia.
Resolución 4505/2012	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica y detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento
Resolución 2003/2014	Ministerio de salud y de la protección social	Por la cual se define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicio de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
Resolución 1995 / 1999	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica
Resolución 3384 de 2000	Ministerio de Salud y la Protección Social	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de

		<p>2000.</p> <p>Asigna responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y establece las metas de cumplimiento.</p>
Resolución 0058 de 2007	Ministerio de Salud y la Protección Social	Se deroga la Resolución 1715 de 2005, que había modificado la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.
Resolución 710 de 2012	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

5. METODOLOGÍA

La investigación se realiza con el fin de determinar la calidad en el diligenciamiento de la Historia Clínica en el programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, teniendo como referencia la Resolución 1995 de 1999 y la resolución 412 del 2000, realizado E.S.E Hospital Santa Ana, durante el año 2016.

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Investigación Cuantitativa Descriptiva

5.2. POBLACIÓN

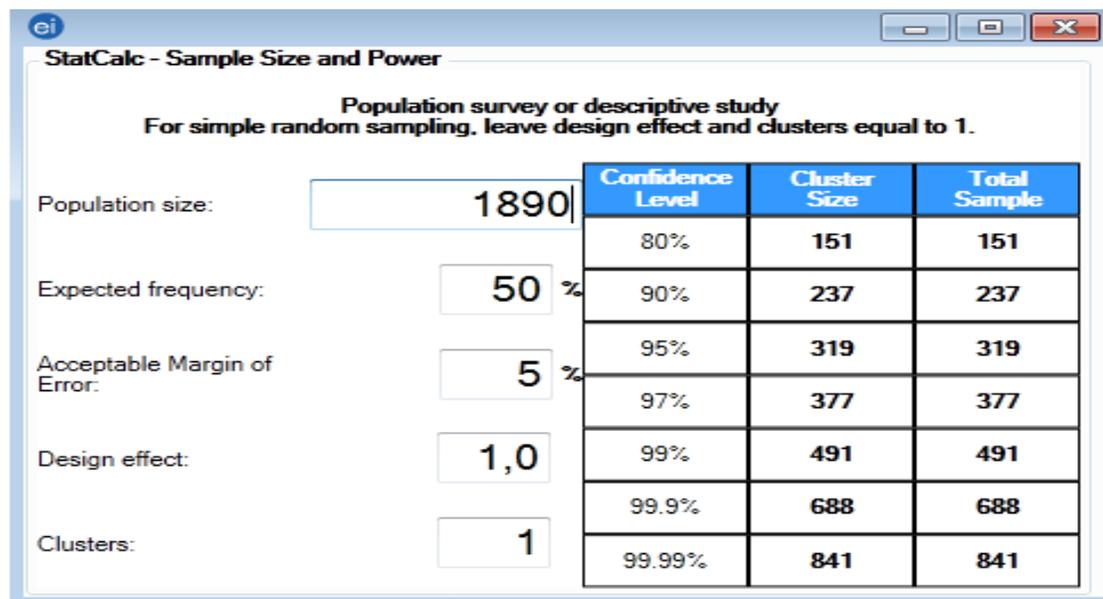
Historias Clínicas, pertenecientes al programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, en la E.S.E Hospital Santa Ana, de Guática Risaralda durante el año 2016.

5.3 MUESTRA

Historias Clínicas pertenecientes a los infantes inscritos al programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, en el Hospital Santa Ana de Guática Risaralda, durante el año 2016, para un total de 320 historias.

Muestra obtenida del programa epi info 7.2 statCalc con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Grafico # 1 cálculo de la muestra



StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	1890	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	50 %	80%	151	151
Acceptable Margin of Error:	5 %	90%	237	237
Design effect:	1,0	95%	319	319
Clusters:	1	97%	377	377
		99%	491	491
		99.9%	688	688
		99.99%	841	841

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada una de las Historias Clínicas pertenecientes al programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, de la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática Risaralda, 2016.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historia clínica de pacientes pertenecientes al programa de “Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo” de la E.S.E Hospital Santa Ana de Guática Risaralda y Consentimiento Institucional.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no se contemplan criterios de exclusión.

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Concepto	Variable	Definición	Nivel de Medición	Fuente	Indicador
Cumplimiento de la resolución 412 del 2000.	Actividad	Es el conjunto de actividades realizadas para llevar a cabo una meta	Nominal	Fuente secundaria	% de actividades realizadas
					% de historias evaluadas
	Periodicidad	Es la frecuencia en la que se realiza una determinada actividad	Nominal	Fuente secundaria	% de incumplimiento de guías
					% de historias evaluadas
	Concentración	Capacidad de fijar claramente una idea y llevarla a cabo.	Nominal	Fuente secundaria	# de actividades planeadas
					% de historias evaluadas

Establecer el cumplimiento de las características básicas de la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999	Secuencialidad	Los registros de la prestación de los servicios de salud, deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas diligenciadas de manera secuencial -# de historias clínicas evaluadas
	Integralidad	Debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con información completa e integral # de historias clínicas evaluadas
	Racionalidad científica	Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, en forma lógica, clara y concreta.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con registro de acciones brindadas a un usuario # de historias clínicas evaluadas

	Disponibilidad	Es la posibilidad de utilizar la historia clínica, en el momento en que se necesita con las limitaciones que impone la ley	Nominal	Fuente secundaria	$\frac{\% \text{ de historias clínicas disponibles}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$
	Oportunidad	Es el diligenciamiento inmediato de la historia clínica, después de que ocurra la prestación del servicio	Nominal	Fuente secundaria	$\frac{\% \text{ de historias clínicas diligenciadas al momento de la atención}}{\# \text{ de historias clínicas evaluadas}}$
Plan de mejoramiento	Mejoramiento	Llegar a un estado mejor del que se tiene, a través de un plan para minimizar los hallazgos y obtener mejores resultados	Variable de Razón	Fuente primaria	hallazgos encontrados

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los estudiantes de auditoría en salud aplicaran una lista de chequeo a las historias clínicas del Programa de “Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo”, basada en la resolución 1995 de 1999 y la resolución 412 del 2000, en el hospital Santa Ana de Guática, Risaralda durante el año 2016.

INSTRUCCIÓN DE VERIFICACION	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
<i>CARACTERIZACION DEMOGRAFICA DE POBLACION OBJETO DEL PROGRAMA</i>				
Genero (colocar hombre o mujer, en la opción de observaciones)				
edad (colocar edad en número en la casilla observaciones)				
Raza (registrar dato en casilla de observaciones)				
1. ADMINISTRATIVOS CRITERIOS DEL PROGRAMA				
Se cuenta con norma de atención para la detección de alteraciones del menor de 10 años en consultorios.(Resolución 412/ 2000)				
Se tiene diseñado la flujoruta de atención para menores de 10 años				
Se tiene asignado talento humano asistencial y administrativo específicos para el proceso de atención en el programa.				
cuenta con consultorios adecuados para la valoración del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores				

de 10 años, según la resolución 2003 de 2014				
Tienen estrategias implementadas para la búsqueda de insistentes				
Se cuenta con materiales para realizar el examen físico tales como: estetoscopio, equipo de órganos, linterna, y tensiómetro pediátrico, martillo pediátrico.				
Materiales para antropometría: metro, tallímetro horizontal y vertical, balanza pesa bebé y balanza de pie.				
Se cuenta con medios de registro para usuarios de programa				
Cuenta con historia clínica específica para detección de alteraciones del menor de 10 años y está completamente diligenciada				
El control lo realiza el personal que corresponde según norma de detección de alteraciones del menor de 10 años				
Realizan capacitaciones en la guía de crecimiento y desarrollo				
Existe sistema de archivo de historia (custodia, orden, acceso)				
Se cuenta con recursos para la evaluación de la escala abreviada del desarrollo:				
mesas y sillas pequeñas y, por lo menos, cinco cajas que contengan cada una: lápices rojos y negros, una pelota de caucho tamaño mediano, un espejo mediano, una caja pequeña con diez cubos de madera de 2.5 cm de largo, de colores rojo, azul y amarillo, cuentas de madera de 1.5 cm de diámetro y un cordón para				

ensartarlas, unas tijeras pequeñas de punta roma, un juego de taza y plato de plástico: objetos para reconocimiento: carro, vaca, botón, moneda, muñeca, pelota, etc., cuentos o revistas con dibujos o fotografías, libretas de cien hojas, un tubo de cartón o PVC de 25 cm de largo y 5 cm de diámetro, una campana pequeña con asa, una bolsa de tela que contiene seis cuadrados, seis triángulos y seis círculos de madera o plástico, en colores amarillo, azul y rojo, de dos tamaños, de 8 y 5 cm de lado.				
Cuenta con medios tecnológicos para brindar educación, folletos, rota folios.				
2. HISTORIA CLÍNICA				
2.1 CRITERIOS ADMINISTRATIVOS				
el software conserva historial cronológico				
Diligenciamiento de la historia clínica del personal a cargo es claro y legible en todas las anotaciones				
Se evidencia identificación clara del personal que atendió.				
2. 2 CRITERIOS CLINICOS				
2.2.1 MOTIVO DE CONSULTA				
registra claramente el motivo de la consulta				

2.2.2 ANTECEDENTES PERSONALES				
Perinatales: Embarazo deseado, Patologías de embarazo, parto o puerperio, Lugar de nacimiento, Edad gestacional. , APGAR. Medidas antropométricas al nacer, Patologías del recién nacido, Alimentación: lactancia materna exclusiva, mixta o complementaria. CONSULTA DE INSCRIPCION				
Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos (medicamentos recibidos). EN CADA CONTROL.				
Resultado de Tamizaje hipotiroidismo, hemoclasificación y serología (caso sífilis gestacional).CONSULTA DE INSCRIPCION				
Revisión del estado de vacunación de acuerdo con el esquema vigente. Se evidencia registro en historia clínica del estado vacunal.				
3. ANTECEDENTES FAMILIARES				
Número y estado de hermanos(as) vivos o muertos antes de 5 años.				
Hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, epilepsia, trastornos mentales, tuberculosis, neoplasias.				
4. REVISION POR SISTEMAS				
Cuenta con la Descripción detallada de cada uno de los Sistemas				
5. EXAMEN FISICO				

Peso, Talla, IMC, perímetros, cefálico, torácico, abdominal y estado nutricional.				
Signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. calidad y lógica en la descripción de las cifras de los signos vitales.				
Cabeza-cuello.				
Tórax- Cardiopulmonar.				
Abdomen				
Genitourinario				
Extremidades				
Neurológico				
Búsqueda de signos de maltrato infantil.				
Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño (EAD).				
Valoración de la escala abreviada del desarrollo que incluye la motricidad (gruesa, fina adaptativa), audición y lenguaje, personal social.				
Análisis de curva de peso y talla de acuerdo al género - rejillas e interpretación.				
6. DIAGNOSTICO				
Registra el diagnostico acorde a los hallazgos				
7. CONDUCTA				
Educación: estimulación adecuada, factores protectores, signos de alarma, nutrición y puericultura.				

Se evidencia en historia clínica cita para el próximo control.				
Se evidencia en historia clínica el tamizaje de agudeza visual al grupo de edad definido en la norma técnica (niño y niñas de 4 años).				
Remisión a otros programas				
8. EVOLUCIÓN				
Controles acordes a la norma				

5.8.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

El instrumento se realizó teniendo en cuenta las características que debe tener la Historia Clínica según la Resolución 412 del 2000 y 1995 de 1999, se seleccionaron en la base de datos del programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, del Hospital Santa Ana de Guática Risaralda durante el año 2016, el cual fue validado por expertos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

5.8.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS

Los resultados fueron obtenidos a través del programa epi info 7.2.

5.8.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Como prueba estadística no se trabajó el valor P, teniendo en cuenta que para el diligenciamiento en la Historia Clínica, todas las variables evaluadas son de obligatorio cumplimiento.

5.8.5 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
El control lo realiza el personal que corresponde según norma de detección de alteraciones del menor de 10 años	219	68%	101	32%	

Se identifica que el 68% de los controles de Crecimiento y Desarrollo son realizados por profesionales de enfermería, según lo establecido en la resolución 412 del 2000, y el 32% de los controles lo realizan auxiliares de enfermería, conllevando al mal diligenciamiento de la Historia Clínica y alterando indirectamente el diagnóstico de los menores.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Tienen estrategias implementadas para la búsqueda de insistentes	130	41%	190	59%	No se evidencia registro completo de los menores en las bases de datos.

El registro de controles del programa de Crecimiento y Desarrollo está almacenado en una base de datos que no está actualizada, por lo tanto no es eficaz la estrategia que tienen implementada para la búsqueda de insistentes, ya que solo el 41% de identificaciones se encuentran almacenadas y del 59% no hay registro.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Se evidencia en historia clínica el tamizaje de agudeza visual al grupo de edad definido en la norma técnica (niño y niñas de 4 años)	77	24%	101	32%	En 142 de las historias auditadas, no aplica la realización de la agudeza visual lo que corresponde al 44%.

Según la norma técnica los niños que pertenecen al rango de edad de cuatro años, debe tener en su historia clínica el tamizaje de agudeza visual. De acuerdo a lo establecido se observó que el 24% de las historias clínicas tienen el reporte, el 32% no cuenta con el registro y el 44% no aplica para este requisito.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Remisión a otros programas	273	85%	47	15%	

El control de Crecimiento y Desarrollo, se realiza con el fin de analizar una serie de parámetros que garantizan un bienestar físico y mental del menor, apropiado según su edad, por tal razón es indispensable remitir a otras subespecialidades si así se requiere. Mediante la verificación de las Historias Clínicas se encontró que el 85% remitieron niños a otros programas y el 15% no fueron remitidos a pesar de que en sus historias clínicas se encontraban alteraciones relacionadas a medidas antropométricas.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Antecedentes perinatales: Embarazo deseado, Patologías de embarazo, parto o puerperio, Lugar de nacimiento, Edad gestacional. , APGAR. Medidas antropométricas al nacer, Patologías del recién nacido, Alimentación: lactancia materna exclusiva, mixta o complementaria	146	46%	174	54%	

Un buen seguimiento a los menores que están en periodo de crecimiento y desarrollo, es el buen diligenciamiento de la historia clínica desde el momento en que son ingresados con un registro único al sistema. Se evidenció que el 46% tiene el registro de antecedentes perinatales, APGAR, medidas antropométricas del nacimiento, etc... y el 54% no cuenta con dicha información por causas desconocidas. Además se observa que los resultados de paraclínicos realizados en el momento del nacimiento no han sido interpretados de manera correcta con un 61%, en la consulta de inscripción al programa.

ANALISIS DE CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO EN HISTORIA CLINICA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN LA GUIA DE ATENCION

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Administrativo del programa	x	
1.1 Recurso para la evaluación de la escala abreviada del desarrollo		x
2. Historia clínica		
2.1 Administrativo		x
2.2 clínico	x	
2.3 Motivo de consulta	x	
2.2.2 Antecedentes perinatales		x
3. Antecedentes familiares		x
4. Revisión por sistemas	x	
5. Examen físico	x	
6. Diagnostico CIE 10	X	
7. Conducta		x
8. Evolución		x
TOTAL	6	6

La distribución de criterios y subcriterios dentro del instrumento de evaluación diseñado para la auditoria de las Historias Clínicas del programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, teniendo en cuenta que las variables de cada uno deben ser cumplidas en su totalidad dentro del ejercicio del diligenciamiento de la historia clínica en cada control, se puede observar que en la institución Santa Ana de Guática Risaralda, se da un 50% de cumplimiento a los parámetros establecidos por la normatividad vigente para dicho programa, y 50% de no cumplimiento, lo que conlleva a un alto riesgo de atención para los menores.

5.8.6 CONTROL DE SEGOS

Se trató de controlar el sesgo a través de la auditoría al documento legal Historia Clínica para obtener datos más veraces.

5.9 COMPROMISO BIOÉTICO

En fundamentación a la resolución 008430 de 1993, el equipo investigador encontró que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad no invasiva y se aplicará consentimiento institucional



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA ANA
GUÁTICA RISARALDA
hospital.quatica@risaralda.gov.co

Yo Carlos Andrés Posada B con Cedula de Ciudadanía N° 2647078 de Arma, como presidente del comité de Ética de la ESE Hospital Santa Ana autorizo a los estudiantes Lina Marcela Marín Zamora, Diana María Sánchez Londoño, Ana María Rodríguez Marín, bajo la asesoría de las docentes Ana Milena Montoya Cárdenas, y Magda Dicelly Marín Villada, para realizar la investigación de "auditoría de historias clínicas del programa de crecimiento y desarrollo de la E.S.E Hospital Santa Ana"

Me queda claro que los resultados de la investigación son y serán dados a conocer, antes que en cualquier otra comunidad y que la institución podrá ser retirada de este proyecto en el momento que así lo considere, sin prejuicio para ninguna de las partes.

CARLOS ANDRÉS POSADA BUITRAGO

PRESIDENTE COMITÉ DE ETICA

Carrera 5ª N° 14 – 58 Tels. 353 9093 353 9358
GUÁTICA RISARALDA

"Por una Comunidad que participa para fortalecer su salud"

5.10 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

El equipo investigador se compromete de acuerdo a las normas nacionales e internacionales a respetar el entorno haciendo mínimo uso de papel y manejando la información en medio magnética.

Marco ético: compromiso que tenemos como grupo, durante el desarrollo del presente trabajo se reconoció la autoría mediante las citas y para esto se cita las bibliografías, la información privada se maneja bajo confidencialidad, para acceder a la información se contó con un permiso del comité de ética de la institución (Ley 1266 del 2008, artículo 15 de la constitución política de Colombia)

5.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL

La investigación planteada nos permite dar a conocer las estrategias que se han implementado en el país y que están contenidas en un marco normativo para mejorar la prestación del servicio de salud a la población infantil, la idea es que este servicio sea sin barreras y de buena calidad. Dar a conocer a nivel mundial, nacional y local la importancia que tiene el cuidado de la primera infancia, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en todos los niveles de atención buscando reducir así la morbimortalidad infantil.

Además de dar a conocerlas y demostrar la importancia de evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica de cada uno de los niños inscritos al Programa de Control y Crecimiento en el Hospital Santa Ana del Municipio de Guática Risaralda y poder determinar así a través de ellas la calidad de la atención en salud del personal que tiene contacto con estos niños, con el fin de disminuir las complicaciones en ellos.

La Responsabilidad con la institución de salud auditada es diseñar un plan de mejoramiento para el programa evaluado con ayuda de las Historias clínicas con el fin de que sean más adherentes a las Guías, protocolos y a todas las diferentes normas que se relacionen con el programa de crecimiento y desarrollo, para que se preste una atención a los niños con calidad, libre de barreras que comprometan su salud y su desarrollo.

Para el personal médico, de enfermería y todos aquellos que tienen contacto con estos niños crear responsabilidad en cada una de las actividades y procedimientos que realicen con los infantes, creando una cultura de seguridad y que brinden un trato más humano para promover la satisfacción en los niños, padres y familias.

Con la Comunidad, el compromiso es de mejorar su calidad de vida, procurar que las madres, con niños inscritos al programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, tengan un bienestar integral, cuenten con una atención en salud óptima y que se les respete los derechos en salud.

Según los hallazgos mejorar la Promoción y Prevención de la Salud en los niños de la institución, promover la asistencia y cumplimiento de estos al programa y a todas las actividades que tienen como objetivo que el Crecimiento y Desarrollo de los niños sea de manera normal.

Según las insuficiencias del programa generar responsabilidades a los demás entes de salud y que tengan relación con la IPS de que se comprometan a mejorar la salud con cada uno de los aportes que les compete.

5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA

- Niños que asisten a los controles de Crecimiento y Desarrollo.
- Institución prestadora de servicios en salud (Hospital Santa Ana de Guática).
- Talento humano que lidera el programa de detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo.
- Comunidad del municipio de Guática, Risaralda.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1 cronogramas tabla de Gantt

ACTIVIDADES	AÑO 2016										AÑO 2017		
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Selección de tema	■												
Crear nube en Google Drive	■												
Buscar datos de literatura científica	■												
Construcción del estado del arte		■											
Árbol de problema		■											
Árbol de solución		■											
Descripción del problema		■											
Justificación		■											
Construcción de objetivos		■	■										
Construcción del marco		■	■	■	■	■	■						

teórico													
Selección y lectura de 35 artículos													
Construcción de marco metodológico													
Revisión y corrección del anteproyecto													
Elaboración del presupuesto del proyecto													
Asesorías													
Elaboración de lista de chequeo (resolución 412 CPN)													
Revisión de Historias Clínicas y Aplicación de Lista de Chequeo													
Análisis de la información.													
Presentación y divulgación de resultados. (elaboración de documento final, presentación de													

5.13.2 presupuesto

ÍTEM	UNIDAD	CANTIDAD	Valor unitario	Aportes		Total
				Patrocinadores	Estudiantes	
TALENTO HUMANO						
Asesores(2)	10 Horas	20 Horas	50.000	Universidad		2.000.000
Estudiantes(3)	120Horas	360Horas	12000		12000	1.320.000
RECURSOS LOGISTICOS						
Internet	7 horas	3 meses	100.000		33.500	1.350.000
computador	hora	50	1800		1800	90.000
biblioteca	2 horas	100	2000	Universidad		2000
desplazamiento	días	15	30.000		30.000	450.000
Alimentación	15 días	45.000	14000			630.000
IMPREVISTOS						
Para cualquier gasto que no se había tenido en cuenta						300.000
TOTAL						6.142.000

5.14 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán entregados en medio magnético al Gerente del Hospital Santa Ana de Guática Risaralda y serán socializados en un evento académico en el mes de marzo en la Fundación Universitaria del Área Andina.

6. RESULTADOS

Se realizó un trabajo de investigación retrospectiva con la población inscrita al programa de “Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de diez (10) años”, con fundamentos en la resolución 412 del 2000, en el Hospital Santa Ana de Guática Risaralda durante el año 2016, para proponer un plan de mejora según lo evidenciado.

6.1. ANALISIS UNIVARIADO

La evaluación se hace aplicando el instrumento a través de variables dicotómicas, donde el evaluador califica el cumplimiento o incumplimiento del criterio evaluado.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
El control lo realiza el personal que corresponde según norma de detección de alteraciones del menor de 10 años	219	68%	101	32%	

Se identifica que el 68% de los controles de Crecimiento y Desarrollo son realizados por profesionales de enfermería, según lo establecido en la resolución 412 del 2000, y el 32% de los controles lo realizan auxiliares de enfermería, conllevando al mal diligenciamiento de la Historia Clínica y alterando indirectamente el diagnóstico de los menores.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Tienen estrategias implementadas para la búsqueda de insistentes	130	41%	190	59%	No se evidencia registro completo de los menores en las bases de datos.

El registro de controles del programa de Crecimiento y Desarrollo está almacenado en una base de datos que no está actualizada, por lo tanto no es eficaz la estrategia que tienen implementada para la búsqueda de insistentes, ya que solo el 41% de identificaciones se encuentran almacenadas y del 59% no hay registro.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Se evidencia en historia clínica el tamizaje de agudeza visual al grupo de edad definido en la norma técnica (niño y niñas de 4 años)	77	24%	101	32%	En 142 de las historias auditadas, no aplica la realización de la agudeza visual lo que corresponde al 44%.

Según la norma técnica los niños que pertenecen al rango de edad de cuatro años, debe tener en su historia clínica el tamizaje de agudeza visual. De acuerdo a lo establecido se observó que el 24% de las historias clínicas tienen el reporte, el 32% no cuenta con el registro y el 44% no aplica para este requisito.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Remisión a otros programas	273	85%	47	15%	

El control de Crecimiento y Desarrollo, se realiza con el fin de analizar una serie de parámetros que garantizan un bienestar físico y mental del menor, apropiado según su edad, por tal razón es indispensable remitir a otras subespecialidades si así se requiere. Mediante la verificación de las historias clínicas se encontró que el 85% remitieron niños a otros programas y el 15% no fueron remitidos a pesar de que en sus historias clínicas se encontraban alteraciones relacionadas a medidas antropométricas.

CRITERIO	CUMPLE		NO NCUMPLE		OBSERVACION
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Antecedentes perinatales: Embarazo deseado, Patologías de embarazo, parto o puerperio, Lugar de nacimiento, Edad gestacional. , APGAR. Medidas antropométricas al nacer, Patologías del recién nacido, Alimentación: lactancia materna exclusiva, mixta o complementaria	146	46%	174	54%	

Un buen seguimiento a los menores que están en periodo de crecimiento y desarrollo, es el buen diligenciamiento de la historia clínica desde el momento en que son ingresados con un registro único al sistema. Se evidenció que el 46% tiene el registro de antecedentes perinatales, APGAR, medidas antropométricas del nacimiento, etc... y el 54% no cuenta con dicha información por causas desconocidas. Además se observa que los resultados de paraclínicos realizados en el momento del nacimiento no han sido interpretados de manera correcta con un 61%, en la consulta de inscripción al programa.

6.3 PLAN DE MEJORA

QUÉ?	POR QUÉ?	CÓMO?	DÓNDE?	CUÁNDO?	QUIÉN?
<p>Actualización y socialización de Guía de detección temprana de las alteraciones del crecimiento desarrollo</p>	<p>Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo el registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de la Historia Clínica. Formar un personal competente, idóneo para realizar una atención con calidad al infante, haciendo énfasis en la Remisión a valoración por odontología y/o pediatría desde el ingreso al programa y al Programa ampliado de inmunizaciones en los meses que corresponde. Formar personal competente y que identifique riesgos en los infantes.</p>	<p>En reunión de comité de calidad, y prevención, comité de Historias clínicas.</p>	<p>Hospital Santa Ana de Guática Risaralda</p>	<p>Programar con el funcionario de calidad.</p>	<p>Funcionario líder de calidad. Enfermera o medico coordinadora del programa.</p>

<p>Crear, implementar y aplicar un instrumento de valoración para recolectar información acerca de la calidad del control de crecimiento y desarrollo que recibió el padre o cuidador del menor.</p>	<p>Determinar la calidad del control de crecimiento y desarrollo realizado al infante y la educación que recibió el padre o cuidador, que a la vez, arroja información sobre la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica.</p>	<p>El Instrumento de Valoración, debe ser creado por la funcionaria de calidad, debe ser aplicado por este mismo funcionario, o trabajador social, en un lugar apropiado y cómodo para el padre o cuidador: al salir del consultorio y que la enfermera o medico haya terminado de realizar el control.</p>	<p>Hospital Santa Ana de Guática Risaralda.</p>	<p>Programar con funcionario de calidad y trabajador social</p>	<p>Funcionario de calidad y trabajo social</p>
<p>Auditoria Interna de manera mensual a un número determinado de Historias Clínicas pertenecientes al programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Evaluar la adherencia a las Guías, protocolo, normatividad vigente en cuanto al diligenciamiento de la Historia Clínica de crecimiento y desarrollo. La Auditoria de Historias Clínicas permite encontrar fallas en su diligenciamiento y acciones inseguras por parte del personal, que conlleven a eventos adversos, incidentes</p>	<p>Realizar la auditoria de Historias clínicas del programa Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de manera mensual, por parte del profesional encargado del programa implantando un formato de evaluación donde, describa los principales hallazgos y dejar un Plan de</p>	<p>Hospital Santa Ana de Guática Risaralda</p>	<p>Fin de cada mes</p>	<p>Auditor Interno o funcionario líder de Garantía de la calidad</p>

	que perjudiquen la salud del menor	Acción, posteriormente socializar en comité de historias clínicas y de calidad.			
Realizar oportunamente el registro en la historia clínica, de la atención prestada en el momento de la consulta	Por cumplimiento a la normatividad y de esta manera se obtiene mayor confidencialidad en el registro de la misma	En comité de historia clínicas realizar Socialización de la resolución 1995 del 1999	Hospital Santa Ana de Guática	Programar con el funcionario encargado del programa de crecimiento y desarrollo	Funcionarios encargados del programa
Gestionar recursos necesarios para obtener la cantidad suficiente de elementos necesarios para el control de crecimiento y desarrollo según la resolución 412	Para obtener mejor respuesta en la realización de los controles	Por medio de la gerencia	Hospital Santa Ana de Guática	A corto plazo	Gerente de la E.S.E

6.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS Y CONTROL DE SESGOS

6.5 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La identificación de los problemas que afectan la calidad de la Historia Clínica, desde el momento de su apertura hasta que se archiva, ha ocasionado una serie de problemas, que alteran la calidad de la atención y retrasan no solo los procesos administrativos sino también los misionales.

A medida que pasa el tiempo, el sistema de salud colombiano, se va organizando cada día mas, permitiéndole a las instituciones de salud, mejorar para el beneficio de la comunidad y de su equipo de trabajo. A través de monitoreo de la página de observatorio de la calidad que si bien no hace énfasis en la Historia Clínica como tal, si maneja indicadores que son obtenidos de estos registros médicos, los hospitales cuentan con el comité de Historias Clínicas, el cual analiza, plantea, interviene y elabora planes de mejoramiento, que han logrado que hoy en día el formato de la historia clínica este organizado y que el profesional de salud se adhiera a estos cambios por el bien de la entidad y servicio a los usuarios.

La historia clínica, es una fuente de información la cual describe el estado y la evolución clínica del paciente, dejando por escrito, todo el acto médico y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud.

El instrumento de valoración fue realizado teniendo en cuenta las características de la Historia Clínica descrita en la Resolución 412 del 2000 y 1995 de 1999.

7. CONCLUSIONES

- Se evidencia un 50% de cumplimiento a los parámetros establecidos por la normatividad vigente para dicho programa.
- Se identifica que el 68% de los controles de Crecimiento y Desarrollo son realizados por profesionales de enfermería, según lo establecido en la resolución 412 del 2000.
- El registro de controles del programa está almacenado en una base de datos que no está actualizada, por lo tanto no es eficaz la estrategia que tienen implementada para la búsqueda de insistentes.
- Mediante la verificación de las historias clínicas se encontró que muchos de los menores no fueron remitidos a otros programas.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos y coordinadores del Hospital Santa Ana de Guática Risaralda, adoptar nuestro plan de mejoramiento.
- Realizar capacitaciones y sensibilizar al personal de salud, sobre la importancia que tiene el cumplimiento de la resolución 0412 del 2000 y la resolución 1995 de 1999, y de esta manera disminuir las complicaciones prevenibles para el infante en cuanto a un mal diagnóstico.
- Al líder de calidad realizar un programa de capacitación continua sobre el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica.
- A la alta gerencia permitir la realización de nuevos estudios investigativos que contribuyan a identificar hallazgos relevantes que permitan mejorar la calidad del servicio.
- El personal encargado del programa deberá ser un profesional de enfermería, el cual deberá brindar y registrar la forma clara la educación que se le brinda a los padres o cuidadores del infante.

9. BIBLIOGRAFIAS

Historia de la historia clínica - Dialnet ,

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4056927.pdf>

[https://www.minsalud.gov.co/...Nuevo/RESOLUCIÓN%201995%20DE%201999.](https://www.minsalud.gov.co/...Nuevo/RESOLUCIÓN%201995%20DE%201999)

<http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/historia.pdf>

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n2/a05v32n2.pdf>

<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/426/363>

<file:///C:/Users/MaternoInfantil/Downloads/426-858-1-PB.pdf>

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/75957/79459>

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182014000200009&script=sci_arttext&tlng=en

<http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDESECUNDARIO/article/viewFile/305/298>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n3/v16n3a11.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v13n1/v13n1a07.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a03.pdf>

<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n3/a22v32n3.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a12.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a07.pdf>

Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. Journal of Nutrition. 2001;131:893S-899S

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5604/1/Desnutricion%2012.pdf>

Black M. Zinc deficiency and child development. Am J Clin Nutr 1998; 68: 464S-469S

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000300023&script=sci_arttext

ARCE, Melitón. Crecimiento y desarrollo infantil temprano. Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima, v. 32, n. 3, jul. 2015

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300014&script=sci_arttext

SAAVEDRA, José M; DATTILO, Anne M. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. **Rev. Perú. med. exp. salud pública**, Lima, v. 29, n. 3, jul. 2012 .

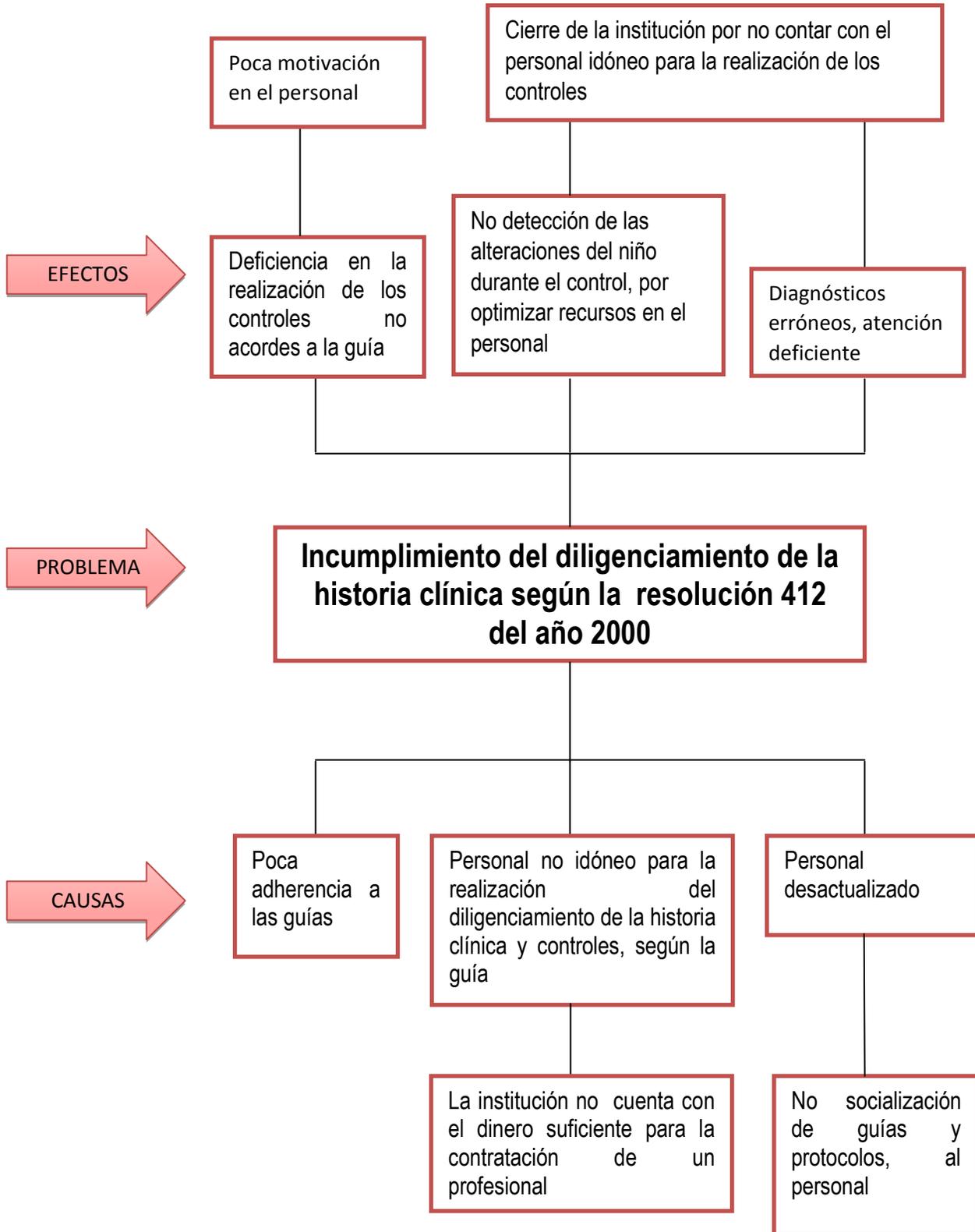
<http://www.mediagraphic.com/pdfs/fisica/mf-2015/mf152a.pdf>

Koelsch S. A neuroscientific perspective on music therapy. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1169: 374-384.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300014&script=sci_arttext

10. ANEXOS

10.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



10.2 ÁRBOL DE SOLUCIONES

