

**SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN CLÍNICA
INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON DENGUE ATENDIDOS EN LAS IPS
PÚBLICAS DE LOS MUNICIPIOS DE ARATOCA, CURITÍ Y PINCHOTE
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2010.**

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

MARTHA LILIANA RODRIGUEZ QUINTERO

ZOILA MILENA SOTELO FUENTES

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO:

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD

**OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA - AUDITORIA Y CALIDAD EN
SALUD**

BUCARAMANGA 2011

**SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE ATENCIÓN CLÍNICA
INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON DENGUE ATENDIDOS EN LAS IPS
PÚBLICAS DE LOS MUNICIPIOS DE ARATOCA, CURITÍ Y PINCHOTE
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2010.**

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

MARTHA LILIANA RODRIGUEZ QUINTERO

ZOILA MILENA SOTELO FUENTES

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO:

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

ASPIRANTES A ESPECIALISTAS EN AUDITORIA EN SALUD

CES – UNAB

BUCARAMANGA 2011

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN.....	7
3. FORMULACION DEL PROBLEMA	9
3.1. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	9
3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	9
4. MARCO TEORICO	9
4.1. EPIDEMIOLOGIA DEL DENGUE EN SANTANDER.....	9
4.2. DEFINICION Y ETIOLOGIA DEL DENGUE	12
4.3. CURSO DE LA ENFERMEDAD DEL DENGUE	13
4.4. CLASIFICACION DEL DENGUE	13
4.5. OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS	15
5. OBJETIVOS.....	17
5.1. GENERAL.....	17
5.2. ESPECIFICOS.....	17
6. METODOLOGIA.....	18
6.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION	18
6.2. TIPO DE ESTUDIO.....	18
6.3. POBLACION.....	18
6.4. VARIABLES.....	18
6.5. TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	20
6.6. PRUEBA PILOTO	20
6.7. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	21

6.8.	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	23
6.9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
7.	RESULTADOS	24
7.1.	DESCRIPTIVOS	24
7.1.1.	Municipio de Curitf:.....	24
7.1.2.	Municipio de Pinchote	25
7.1.3.	Municipio de Aratoca.....	25
7.2.	ADHERENCIA POR HISTORIAS CLINICAS EVALUADAS:	27
7.3.	INDICADORES.....	27
7.3.1.	Municipio de Curitf:.....	28
7.3.2.	Municipio de Pinchote:	28
7.3.3.	Municipio de Aratoca:.....	29
7.3.4.	Cumplimiento general:	29
8.	DISCUSIÓN.....	31
9.	RECOMENDACIONES FINALES.....	33
10.	PALABRAS CLAVES ().....	34
11.	ANEXOS	36
12.	BIBLIOGRAFÍA	38

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla No. 1- Total de casos notificados de Dengue por sitio de procedencia..... 10
- Tabla No. 2- Casos de dengue según edades en los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote. 12
- Tabla No. 3- Descripción de variables..... 19
- Tabla No. 4- Cruce de Variables. 21
- Tabla No. 5- Calificación cualitativa de la adherencia a la guía clínica..... 23
- Tabla No. 6- Resultados Municipio de Cutirí. 24
- Tabla No. 7- Resultados Municipio de Pinchote..... 25
- Tabla No. 8- Resultados Municipio de Aratoca..... 26
- Tabla No. 9- Resultados en general para los tres municipios..... 26
- Tabla No. 10- Adherencia por número de historias clínicas con cumplimiento. 27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico No. 1- Proporciones de cumplimiento municipio de Curití..... 28
- Gráfico No. 2- Proporciones de cumplimiento municipio de Pinchote..... 28
- Gráfico No. 3- Proporciones de cumplimiento municipio de Aratoca 29
- Gráfico No. 4- Proporciones de cumplimiento general en los tres municipios..... 29

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura No. 1- Clasificación binaria del dengue. 14

1. RESUMEN

Entendida la importancia de la adherencia a las guías de manejo clínico como herramienta de calidad que permite controlar la variabilidad en el manejo de los pacientes y así mejorar la seguridad en la prestación de los servicios de salud, se realizó un estudio retrospectivo en el cual se midió el grado de adherencia a la guía de atención integral del dengue en las IPS públicas de tres municipios de Santander. Como resultado se encontró que el grado de adherencia es adecuado pero es necesario mejorar en algunos aspectos puntuales entre los que se destacan en general los criterios relacionados con las actividades e indicaciones al alta del paciente y entre ellos el reporte al SIVIGILA. Por último se recomienda de acuerdo con los hallazgos, sensibilizar al personal asistencial acerca de la importancia de la adherencia a las guías clínicas de atención, en este caso a la de dengue, y adicionalmente dejar constancia de cada actividad y decisión tomada con respecto a la atención del paciente que consulta por este diagnóstico.

2. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa transmitida por vector cuya incidencia, necesidad de manejo oportuno y pertinente implican la implementación de verdaderas estrategias en salud, que permitan básicamente dos cosas: el manejo de los criaderos del vector y el diagnóstico precoz con implementación del tratamiento cuyo objetivo es evitar las complicaciones y porque no, secuelas derivadas de la enfermedad y de su inadecuado manejo.

En este sentido y atendiendo a su función de modulación del sistema, el estado a través del ministerio de la protección social ha implementado las estrategias tendientes a ese adecuado manejo tan importante para los pacientes afectados y para la salud pública en general. Entre estas estrategias está el desarrollo de la guía de atención clínica específica la cual debe ser implementada en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de unificar y estandarizar el manejo específico de la enfermedad.

Es claro que los procesos de implementación de este tipo de estrategias deben ser monitoreados y mejorados de acuerdo con los resultados de dicho seguimiento.

Hasta la fecha, no se ha realizado en el Departamento de Santander una investigación que incluya el seguimiento a la aplicación de la guía de atención clínica integral de los pacientes con Dengue, la cual es importante si se tiene en cuenta que algunos de sus municipios se encuentran ubicados en zona montañosa por donde pasan varios ríos siendo sitios geográficos que conllevan a realizar actividades como: camping, pesca, caminatas, montañismo; los cuales conducen a tener altos riesgos de adquirir la enfermedad.

En esta investigación se pretende analizar los aspectos relacionados con la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue que acuden a las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote durante el segundo semestre de 2010, lo cual puede proporcionar estrategias para la elaboración de campañas de comunicación integral y la formulación de líneas políticas de intervención del dengue, centradas en el profesional clínico encargado de la atención de los pacientes con sintomatología de dengue tanto para la prevención como en el período actual de epidemias que conlleven a la disminución de la incidencia del vector y por ende la disminución de casos reportados. Asimismo, esta experiencia podrá ser replicada por otras regiones endémicas por dengue para mejorar los planes de intervención y contribuir en el control de este problema de salud.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

3.1. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Actualmente el sistema de salud está enfrentando una alta morbilidad por dengue, lo cual representa una clara problemática de salud pública que está tomando fuerza y está teniendo graves repercusiones en la población Santandereana. Este es un tema que ha preocupado a las autoridades y a la comunidad en general; en la cual se ha detectado una gran cantidad de complicaciones en la atención clínica integral de esta patología en las IPS públicas de los diferentes municipios del departamento; uno de los aspectos más relevantes es que aun hoy después de múltiples campañas y estrategias, el personal de estas instituciones en salud no parecen estar aplicando adecuadamente dicha guía durante la atención a los pacientes.

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el grado de adherencia a la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue por parte del equipo médico en las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote durante el segundo semestre de 2010?

4. MARCO TEORICO

4.1. EPIDEMIOLOGIA DEL DENGUE EN SANTANDER

El Ministerio de la Protección Social, a través del Boletín de prensa No. 069 del 02 de junio de 2010 plantea que la mortalidad por dengue inferior al estimado por la Organización Mundial de la Salud, situándose en un 1.5% de los casos totales. La Organización Mundial de la Salud señala que cada año se producen unas 500.000 hospitalizaciones por dengue grave y que aproximadamente un 2,5% de ellos mueren; sin embargo, Colombia se mantiene con una letalidad cercana al 1.5% (1). En cuanto a la mortalidad, el

Instituto Nacional de Salud informó que hasta el 27 de mayo de 2010, se han confirmado 93 muertes por dengue en todo el territorio nacional (2).

En el mismo período, se notificaron al Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud, 77.939 casos totales de dengue, de los cuales 71.815 son casos de dengue clásico (92%) y 6.124 corresponden a dengue grave (8%) (3). El total de casos notificados por sitio de procedencia se evidencia en la siguiente tabla, donde se excluyeron los casos de áreas sin evidencia de transmisión.

• Tabla No. 1- Total de casos notificados de Dengue por sitio de procedencia

DEPARTAMENTO	CASOS			
	LEVE	SEVERO	MUERTES	TOTAL
AMAZONAS	26	0	0	26
ANTIOQUIA	6441	249	1	6694
ARAUCA	1324	60	1	1386
ATLANTICO	465	9	0	474
BARRANQUILLA D.C.	583	9	1	593
BOLIVAR	188	11	1	201
BOYACA	773	30	1	805
CALDAS	1017	9	1	1027
CAQUETA	671	65	3	740
CARTAGENA	163	7	0	170
CASANARE	1058	89	1	1148
CAUCA	799	88	2	889
CESAR	1078	37	1	1117
CHOCO	229	14	1	244
CORDOBA	165	8	2	175
CUNDINAMARCA	2369	280	4	2653
GUAINIA	141	0	0	141
GUAJIRA	348	46	0	394
GUAVIARE	452	16	0	468

DEPARTAMENTO	CASOS			
	LEVE	SEVERO	MUERTES	TOTAL
HUILA	3573	708	8	4289
MAGDALENA	221	21	1	243
META	1703	162	8	1874
NARIÑO	168	1	0	169
NORTE S/DER	3557	623	7	4188
PUTUMAYO	1459	84	6	1549
QUINDIO	6025	14	3	6042
RISARALDA	7964	332	8	8305
SAN ANDRES	3	0	0	3
SANTANDER	8751	1679	9	10440
STA MARTA D.E.	466	24	1	491
SUCRE	539	19	2	561
TOLIMA	7279	225	5	7513
VALLE	11393	1179	15	12596
VAUPES	106	0	0	106
VICHADA	248	9	0	257
EXTERIOR	53	14	0	67
SIN INFORMACION	17	3	0	20
TOTAL	71815	6124	93	78058

Fuente: Boletín de prensa No. 069. Ministerio de la Protección Social. 02 de junio de 2010.

En el boletín No. 16 del Instituto Nacional en Salud, hasta el 20 de mayo de 2010 se han notificado al Sistema de Vigilancia Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud: 71.815 casos totales de dengue, 66.225 (92%) casos de dengue y 5.590 (8%) de dengue grave que a la fecha se encuentran distribuidos así:

- PROBABLES: 37.112 (56%) casos dengue y 2.774 (50%) de dengue grave.

- CONFIRMADOS: 29.113 (44%) casos de dengue y 2.816 (50%) de dengue grave.

- Se han confirmado 75 muertes por dengue (52%), 39 se encuentran aún en estudio (28%) y 29 han sido descartadas (20%), para un total de 143 muertes notificadas (4).

El total casos de dengue notificados hasta semana epidemiológica 19 de 2010 en Santander fue de 7.609 leves y 1533 graves para un total de 9142 (5).

- Tabla No. 2- Casos de dengue según edades en los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote.

EVENTO	MUNICIPIO	< 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 14 AÑOS	15 - 44 AÑOS	45 - 64 AÑOS	>= 65 AÑOS	TOTAL GENERAL
DENGUE	PINCHOTE	0	2	6	8	1	4	21
	CURITI	1	0	2	5	1	0	9
	ARATOCA	0	1	3	11	4	0	19
DENGUE GRAVE	PINCHOTE	0	0	1	2	1	1	5
	CURITI	0	0	0	1	1	1	3
	ARATOCA	0	0	0	1	0	0	1

Fuente: Oficina de Salud Pública de la Secretaria de Salud Departamental. Semana epidemiológica N. 21 a mayo de 2010.

4.2. DEFINICION Y ETIOLOGIA DEL DENGUE

Es una enfermedad viral, de carácter endémico-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad y afectación económica (6).

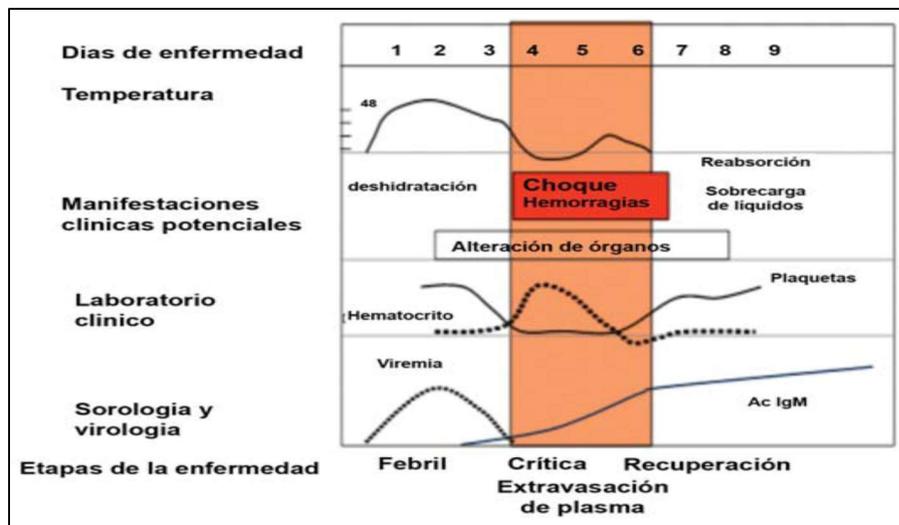
El complejo dengue lo constituyen cuatro serotipos virales serológicamente diferenciables (Dengue 1, 2, 3 y 4) que comparten analogías estructurales y

patogénicas, por lo que cualquiera puede producir las formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han estado asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos. Los virus del dengue pertenecen al género *Flavivirus* de la familia *Flaviviridae* (7).

4.3. CURSO DE LA ENFERMEDAD DEL DENGUE

El curso de la enfermedad del dengue tiene tres etapas clínicas:

- Etapa febril.
- Etapa crítica.
- Etapa de recuperación.



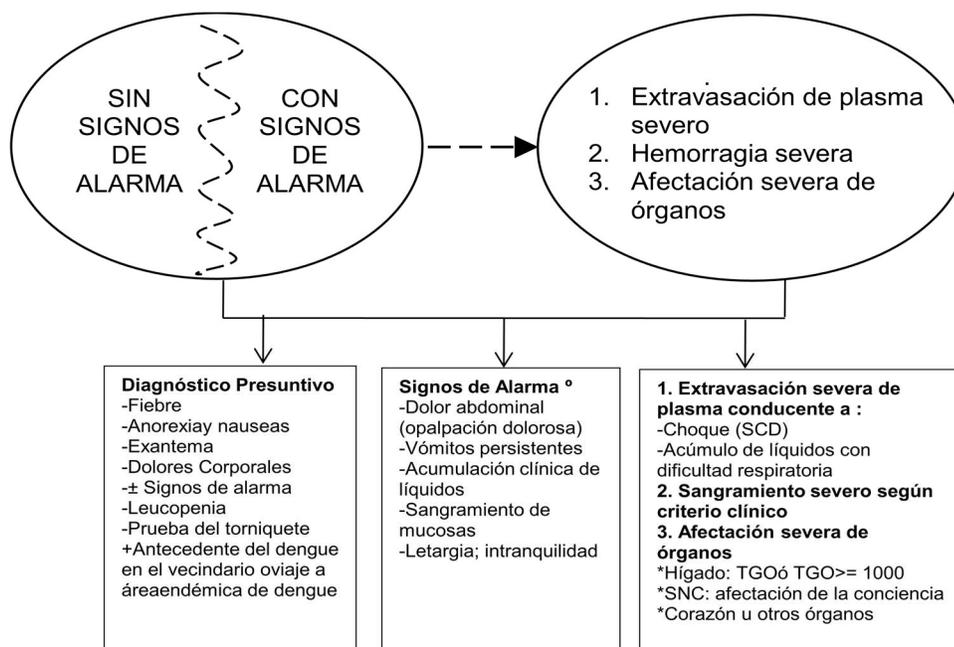
Fuente: Curso taller de atención a pacientes con dengue, Prof. Eric Martínez Torres. DENGUE. Organización Panamericana de la Salud Argentina. 2008

4.4. CLASIFICACION DEL DENGUE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido y recomendado la clasificación del dengue en: fiebre del dengue (FD), fiebre hemorrágica dengue (FHD) con o sin síndrome de choque por dengue (SCD).

El TDR/OMS (Programa de Adiestramiento e Investigación en Enfermedades Transmisibles de la Organización Mundial de la Salud) auspició un estudio internacional, llamado DENCO (Dengue Control), uno de cuyos componentes era de clínica y su objetivo principal era obtener información de un número elevado de enfermos con dengue confirmado, y encontrar una forma mejor de clasificarlos, así como identificar cuáles serían los signos de alarma que fueran útiles para mejorar el protocolo de manejo de casos de dengue (8). El estudio concluyó que de 18 a 40% de los casos no podían ser clasificados mediante la actual Clasificación de la OMS, y más de 15% de casos con choque tampoco podían ser clasificados como casos graves de dengue, porque no cumplían con alguno de los criterios para ser considerado caso de FHD/SCD. El estudio también tuvo otro resultado consistente en la propuesta de una clasificación binaria de la enfermedad: DENGUE y DENGUE SEVERO (9).

• Figura No. 1- Clasificación binaria del dengue.



Fuente: Curso taller de atención a pacientes con dengue, Prof. Eric Martínez Torres. DENGUE. Organización Panamericana de la Salud Argentina. 2008

4.5. OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS

Por último, haciendo una revisión teórica de los estudios relacionados con adherencia a las guías de atención clínica en Colombia, se puede observar que existen pocas publicaciones o estudios y en general, las conclusiones presentadas apuntan a que existe por parte del personal médico baja adherencia a las guías y protocolos de atención.

Por otra parte, hasta la fecha no se ha realizado el seguimiento a la aplicación de la guía clínica integral del paciente con dengue; los estudios encontrados relacionados con este tema son los siguientes:

- Proyecto de Grado: ADHERENCIAS A LAS GUÍAS DE CATETERISMO VESICAL Y APLICACIÓN DE HEMODERIVADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Bibiana María Valencia Hoyos, Luz Elena Naranjo Pineda. Universidad del CES de Medellín. Año 2008. Cuya conclusión fue: “Siendo este un estudio retrospectivo, apoyado en los registros del personal de enfermería, se hace difícil poder inferir si el personal sí realizó todos los pasos descritos en el protocolo o si la falla se basa en los registros, pues en general se encontraron registros poco descriptivos con respecto al procedimiento efectuado, demostrando una baja adherencia a los protocolos definidos por el grupo de enfermeras de la institución” (10).

- Proyecto de Grado: EVALUACIÓN DE LA BAJA ADHERENCIA A GUÍAS MEDICAS IMPLEMENTADAS EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE CALDAS ANTIOQUIA PRIMER SEMESTRE 2008. Hernán Darío Múnera Múnera, Manuel Esteban Piedrahita Calderón. Universidad de Antioquia Facultad nacional de salud pública. “Héctor Abad Gómez”. Medellín. 2008. Con las siguientes conclusiones: “Las guías implementadas por la ESE son en criterio de los médicos de la institución demasiado extensas, complejas e incluso incompatibles con los recursos institucionales,

el sistema general de seguridad social en salud de Colombia y sus planes de beneficios, situación que en algunas ocasiones crea conflicto con los conceptos médicos. Estos inconvenientes se presentan tal vez por un proceso de diseño y adaptación con algunas falencias pese a los grandes esfuerzos de la ESE y sus funcionarios. El proceso de evaluación de adherencia de las guías necesita ser rediseñado teniendo en cuenta la participación del personal asistencial de la institución, asimismo los planes de mejoramiento de este proceso” (11).

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Realizar seguimiento a la aplicación de la guía de atención clínica integral de los pacientes con Dengue atendidos en las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote durante el segundo semestre de 2010.

5.2. ESPECIFICOS

- Determinar el grado de adherencia a la guía de atención integral de los pacientes con dengue por parte del equipo médico de las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote.

- Identificar los criterios de menor cumplimiento de la guía de atención integral de los pacientes con dengue por parte del equipo médico de las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote.

- Proponer un plan de mejoramiento básico de los hallazgos del estudio a la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue de las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote.

6. METODOLOGIA

6.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

Se midió el grado de adherencia a las guías de atención clínica por parte de los profesionales y del personal asistencial de las instituciones públicas de los municipios objeto del estudio en el período comprendido entre los meses de julio y diciembre de 2010.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, cuantitativo, retrospectivo. Las fuentes del dato fueron las historias clínicas de los pacientes atendidos en las IPS públicas de los municipios objeto del estudio durante el segundo semestre de 2010.

6.3. POBLACION

Pacientes que asistieron a las IPS públicas de Aratoca, Curití y Pinchote, durante el segundo semestre del año 2010, con diagnóstico de Dengue. Dada la cantidad de casos no se calculó muestra y se incluyó toda la población.

6.4. VARIABLES

Se definieron catorce (14) variables relacionadas con evidencia en la historia clínica de que se cumplieron las especificaciones de la guía de manejo durante la atención de cada paciente. A cada una de ellas se le asignó un peso porcentual al cual se llegó luego de consultar a profesionales con experiencia en el manejo de la enfermedad, y luego se condensaron en tres grupos de criterios. Dichas variables se describen en la siguiente tabla:

• Tabla No. 3- Descripción de variables.

Nombre	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Codificación	%
Signos de alarma	Dentro de la anamnesis la exploración de la presencia de signos de alarma.	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	7%
Comorbilidad o riesgo social	Dentro de la anamnesis la exploración de la presencia de enfermedades concomitantes y/o riesgo social para dengue.	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	5%
Examen físico y signos vitales	Dentro de la consulta la exploración pertinente para el diagnóstico y de los signos vitales	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	7%
Diagnóstico	Evidencia en la historia clínica de que se hizo diagnóstico de trabajo	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Ayudas Diagnósticas	Evidencia en la historia clínica del uso de ayudas diagnósticas pertinentes	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Confirmación diagnóstica	Evidencia en la historia clínica de que se hizo confirmación diagnóstica	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Signos de alarma	Evidencia en la historia clínica de que se exploraron y definieron signos de clínicos de alarma	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Clasificación	Evidencia en la historia clínica de que se clasificó al paciente de acuerdo con la severidad del cuadro clínico	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Tratamiento	Evidencia en la historia clínica de que se instauró el tratamiento pertinente	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	9%
Indicaciones	Evidencia en la historia clínica de que se dieron las indicaciones de manejo en casa al alta	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	6%

Nombre	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Codificación	%
Tratamiento	Evidencia en la historia clínica de que se ordenó el tratamiento ambulatorio pertinente	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	6%
Revisión	Evidencia en la historia clínica de que se dieron indicaciones acerca de la revisión después del alta	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	5%
Laboratorio	Evidencia en la historia clínica de que se ordenaron las pruebas de laboratorio necesarias para evolucionar el paciente luego del alta	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	6%
Sivigila	Evidencia en la historia clínica de que el caso se notificó al SIVIGILA	Cualitativa	Nominal	Si = 1 No = 0	4%

6.5. TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de datos se llegó a cabo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dengue atendidos durante el segundo semestre del año 2010 en las IPS públicas de los municipios de Aratoca, Curití y Pinchote; teniendo como referente los elementos de la guía de atención clínica integral de los pacientes con dengue correspondientes a la atención en el primer nivel. Y utilizando la herramienta en Excel diseñada para este propósito específico. (Anexo No.)

6.6. PRUEBA PILOTO

Se realizó en 3 historias clínicas de la IPS Publica de Aratoca las cuales finalmente se incluyeron en el estudio, se analizaron las falencias y se realizaron los cambios correspondientes para mayor claridad del instrumento de recolección en cada uno de los criterios.

6.7. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez recolectada se tabuló la información y se calcularon proporciones de cumplimiento que finalmente sirvieron para el análisis, conclusiones y recomendaciones para la toma de decisiones por parte de las directivas de cada institución. Las proporciones calculadas fueron las siguientes:

• Tabla No. 4- Cruce de Variables.

Nombre	Variables a utilizar	Construcción del indicador	Forma de presentación
Proporción de cumplimiento en exploración clínica por municipio	Signos de alarma Comorbilidad o riesgo social Examen físico y signos vitales	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron por municipio / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento en pasos específicos de la atención por municipio	Diagnóstico Ayudas Diagnósticas Confirmación diagnóstica Signos de alarma Clasificación Tratamiento	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron por municipio / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento de pasos específicos al momento del alta del paciente por municipio	Indicaciones Tratamiento Revisión Laboratorio Sivigila	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron por municipio / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje

Nombre	Variables a utilizar	Construcción del indicador	Forma de presentación
Proporción de cumplimiento general de la aplicación de la guía de atención por municipio	Todas	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) que se cumplieron por municipio / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento general en exploración clínica	Signos de alarma Comorbilidad o riesgo social Examen físico y signos vitales	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento general en pasos específicos de la atención	Diagnóstico Ayudas Diagnósticas Confirmación diagnóstica Signos de alarma Clasificación Tratamiento	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento general de pasos específicos al momento del alta del paciente	Indicaciones Tratamiento Revisión Laboratorio Sivigila	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) del componente que se cumplieron / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje
Proporción de cumplimiento general de la aplicación de la guía de atención para los tres municipios	Todas	Sumatoria de los pesos específicos de los criterios (variables) que se cumplieron / Sumatoria de todos los pesos específicos	Porcentaje

Adicionalmente se clasificaron las historias clínicas evaluadas de acuerdo con los siguientes criterios:

- Tabla No. 5- Calificación cualitativa de la adherencia a la guía clínica.

NIVEL Y PROPORCIÓN DE ADHERENCIA	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
EXCELENTE: Más de 95%	ADECUADA ADHERENCIA
BUENO: Entre 80 y 94%	
REGULAR: Entre 65 y 79 %	BAJA ADHERENCIA
DEFICIENTE: Menos de 64%	

6.8. CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

- En la obtención de los datos: se aplicó el instrumento por parte de las investigadoras, previa estandarización de dicha aplicación.
- En la digitación: se digitó inicialmente la base de datos por parte de una de las investigadoras la cual fue revisada luego por ambas en busca de errores de transcripción de los datos.

6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el artículo 11 literal a de la Resolución 008430 de 1993 que se transcribe a continuación, esta investigación se clasifica en la categoría sin riesgo.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

7. RESULTADOS

7.1. DESCRIPTIVOS

7.1.1. Municipio de Curití:

Se evaluaron 13 historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en ese municipio dentro del plazo del estudio, los más altos cumplimientos se dieron en los criterios de Signos de alarma, Comorbilidad o riesgo social, ayudas diagnósticas, signos de alarma y laboratorio al alta, todos ellos con un 100%, mientras que el más bajo fue el de reporte al SIVIGILA con el 23%. La adherencia general a la guía fue del 87%. Los resultados se resumen así:

- Tabla No. 6- Resultados Municipio de Cutirí.

Criterio (Variable)	No. Historias con cumplimiento	Proporción
Signos de alarma	13	100%
Comorbilidad o riesgo social	13	100%
Examen físico y signos vitales	10	77%
Diagnóstico	11	85%
Ayudas Diagnósticas	13	100%
Confirmación diagnóstica	11	85%
Definición de signos de alarma	13	100%
Clasificación	10	77%
Tratamiento	11	85%
Indicaciones	12	92%
Tratamiento	11	85%
Revisión	12	92%
Laboratorio	13	100%
Sivigila	3	23%
Cumplimiento General		87%

7.1.2. Municipio de Pinchote

Se evaluaron 12 historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en ese municipio dentro del plazo del estudio, los más altos cumplimientos se dieron en los criterios de Signos de alarma, Comorbilidad o riesgo social, el examen físico y signos vitales, el diagnóstico, ayudas diagnósticas, las indicaciones y laboratorio al alta, todos ellos con un 100%, mientras que el más bajo fue el de reporte al SIVIGILA con el 50%. La adherencia general a la guía fue del 93%. Los resultados se resumen así:

• Tabla No. 7- Resultados Municipio de Pinchote.

Criterio (Variable)	No. Historias con cumplimiento	Proporción
Signos de alarma	12	100%
Comorbilidad o riesgo social	12	100%
Examen físico y signos vitales	12	100%
Diagnóstico	12	100%
Ayudas Diagnósticas	12	100%
Confirmación diagnóstica	11	92%
Definición de signos de alarma	11	92%
Clasificación	10	83%
Tratamiento	11	92%
Indicaciones	12	100%
Tratamiento	11	92%
Revisión	11	92%
Laboratorio	12	100%
Sivigila	6	50%
Cumplimiento General		93%

7.1.3. Municipio de Aratoca

Se evaluaron 22 historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos en ese municipio dentro del plazo del estudio, los más altos cumplimientos se dieron en los criterios de Signos de alarma y examen físico y signos vitales

con un 100%, mientras que los más bajos fueron los confirmación diagnóstica y laboratorio al alta ambos con un 82%. La adherencia general a la guía fue del 89%. Los resultados se resumen así:

• Tabla No. 8- Resultados Municipio de Aratoca.

Criterio (Variable)	No. Historias con cumplimiento	Proporción
Signos de alarma	22	100%
Comorbilidad o riesgo social	21	95%
Examen físico y signos vitales	22	100%
Diagnóstico	20	91%
Ayudas Diagnósticas	19	86%
Confirmación diagnóstica	18	82%
Definición de signos de alarma	20	91%
Clasificación	17	77%
Tratamiento	21	95%
Indicaciones	19	86%
Tratamiento	19	86%
Revisión	19	86%
Laboratorio	18	82%
Sivigila	21	95%
Cumplimiento General		89%

• Tabla No. 9- Resultados en general para los tres municipios.

Criterio (Variable)	No. Historias con cumplimiento	Proporción
Signos de alarma	47	100%
Comorbilidad o riesgo social	46	98%
Examen físico y signos vitales	44	94%
Diagnóstico	43	91%
Ayudas Diagnósticas	44	94%
Confirmación diagnóstica	40	85%
Definición de signos de alarma	44	94%

Criterio (Variable)	No. Historias con cumplimiento	Proporción
Clasificación	37	79%
Tratamiento	43	91%
Indicaciones	43	91%
Tratamiento	41	87%
Revisión	42	89%
Laboratorio	43	91%
Sivigila	30	64%
Cumplimiento General		89%

7.2. ADHERENCIA POR HISTORIAS CLINICAS EVALUADAS:

El número de historias clínicas que evidencian cumplimiento superior al 80% se describe en la siguiente tabla.

•Tabla No. 10- Adherencia por número de historias clínicas con cumplimiento.

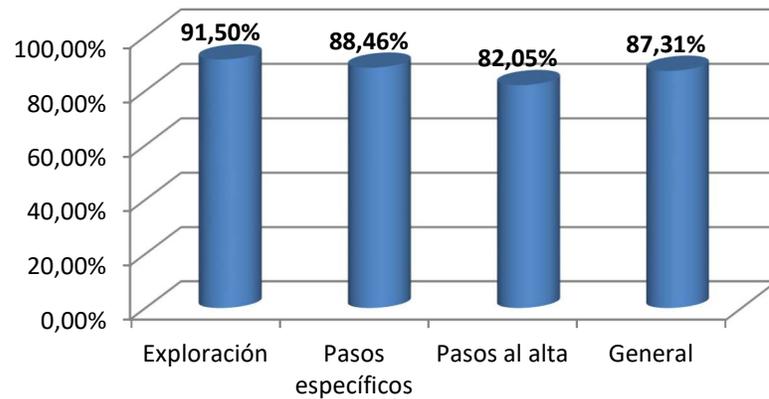
	Total	Cumplen	Proporción
Curití	13	9	69%
Pinchote	12	11	92%
Aratoca	22	11	50%
GENERAL	47	31	66%

7.3. INDICADORES

Una vez hechos los cruces de variables descritos en la tabla, los resultados fueron los siguientes:

7.3.1. Municipio de Curití:

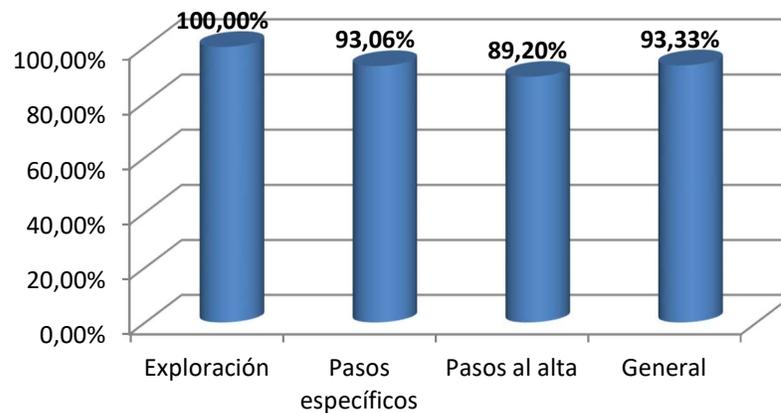
• Gráfico No. 1- Proporciones de cumplimiento municipio de Curití



El grupo de criterios de mayor cumplimiento fue el de Exploración en el que se incluyen la exploración de signos de alarma, la comorbilidad o riesgo social y el examen físico y signos vitales con un 91.5% mientras que el más bajo fue el de pasos al alta del paciente (indicaciones, tratamiento ambulatorio, condiciones de revisión, pruebas de laboratorio y notificación al SIVIGILA) con un 82%.

7.3.2. Municipio de Pinchote:

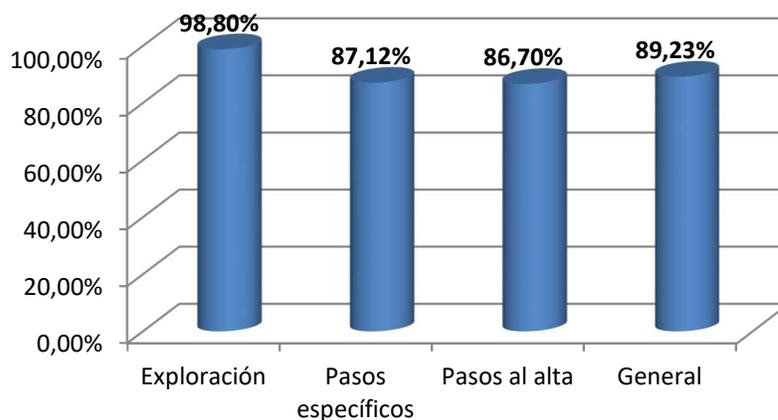
• Gráfico No. 2- Proporciones de cumplimiento municipio de Pinchote



Tiene en general un alto grado de cumplimiento en todos los grupos de criterios destacándose también el de exploración como el más alto con un 100% y el de pasos al alta del paciente como el más bajo con un 82.2%.

7.3.3. Municipio de Aratoca:

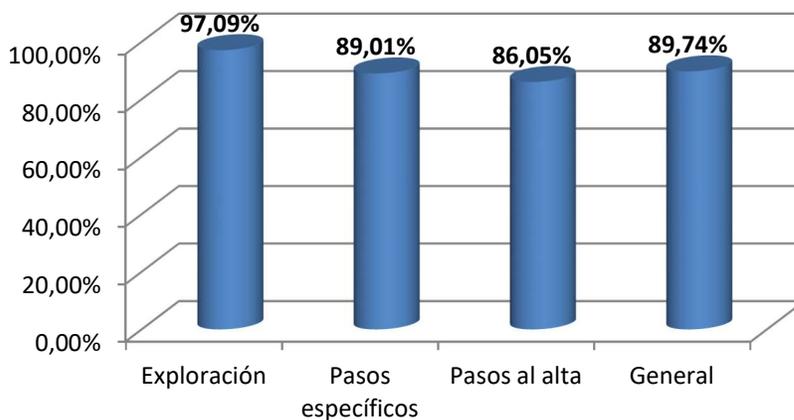
• Gráfico No. 3- Proporciones de cumplimiento municipio de Aratoca



Similar a los anteriores los grupos de criterios destacados son los mismos, el de exploración con el 98.8% y el de pasos al alta con 86.7%.

7.3.4. Cumplimiento general:

• Gráfico No. 4- Proporciones de cumplimiento general en los tres municipios



Los cumplimientos generales son el reflejo de los individuales, continúa siendo el grupo de mayor cumplimiento del de Exploración con un 97% y el de menor el relacionado con los pasos al alta con un 86%. La proporción de cumplimiento general de todos los grupos de criterios fue del 89.7%.

8. DISCUSIÓN

Para comenzar, es claro que los resultados de este estudio solamente son aplicables al comportamiento de las instituciones y poblaciones estudiadas, ya que no se abarcó en la población objeto y muestra el número suficiente de historias pacientes (e historias clínicas) analizados, esto porque solamente se tuvieron en cuenta las instituciones de carácter público.

Desde su función como modulador del sistema, el ministerio de la Protección Social desarrolló las guías de atención clínica entre las cuales se encuentra la guía de atención integral del dengue. La aplicación de dicha guía pretende estandarizar la manera en que se desarrolla la atención puntual a los pacientes con este diagnóstico, disminuyendo así la variabilidad tanto en los procesos como en los resultados. En ese sentido la no adherencia a la guía generará mayor riesgo de complicaciones y/o efectos adversos durante la atención de dichos pacientes. De allí se deriva la importancia de trabajar en la medición de la adherencia necesaria para garantizar el impacto deseado.

La evaluación realizada en este estudio analizó en las historias clínicas de los pacientes atendidos, catorce criterios distintos de adherencia que fueron condensados en tres grupos de criterios, el de exploración, el de pasos específicos durante la atención y el de pasos específicos al alta del paciente. Tanto en los análisis individuales de cada una de las instituciones como en el general los grupos de criterios de mayor cumplimiento en la adherencia fueron el de exploración con valores que oscilaron entre el 97 y 100% y el de pasos específicos durante la atención, los cuales contaron con soporte evidente en las historias clínicas evaluadas, de alguna manera esto muestra que el diligenciamiento mismo de la historia clínica en estas instituciones es bastante adecuado y realmente muestra lo ocurrido con el paciente durante su atención.

De otro lado el grupo de criterios de menor cumplimiento fue el de pasos específicos al alta del paciente lo cual no necesariamente representa que no se cumplió con lo especificado en la guía de atención sino que probablemente no fue consignado en la historia clínica. Lo anterior evidencia la necesidad de concientizar directamente al personal asistencial en la importancia del diligenciamiento de la historia clínica y establecer una estrategia que permita en todos los casos que ese diligenciamiento sea correcto y suficiente.

Por último si se entiende que se trata de una guía de manejo (cuyo cumplimiento no necesariamente es estricto) y se acepta que en no pocos casos lo especificado en la guía se cumple pero no se escribe en la historia clínica, se puede concluir que el grado de adherencia evidenciado solamente por la revisión de éstas historias, es bueno si se miran las proporciones generales finales que se encuentran entre el 86% para los pasos al alta y el 97% para la exploración.

En conclusión aunque el grado de adherencia puede calificarse como adecuado, es necesario mejorar especialmente en los criterios relacionados con las instrucciones al alta del paciente y dentro de este grupo de criterios mejorar de manera sustancial el reporte del caso al SIVIGILA cuyo cumplimiento específico solo alcanzó el 64%.

9. RECOMENDACIONES FINALES

- Se debe concientizar al personal asistencial acerca de la importancia de adherir a la guía clínica, la atención realizada a los pacientes con dengue y dejar constancia de ello en la historia clínica con el objeto de mejorar la calidad de la atención ya que esto conlleva a una disminución de los reingresos, disminución de los costos institucionales y a mejorar la satisfacción de los usuarios.

- Es importante realizar capacitaciones periódicas al personal profesional sobre la guía clínica integral de los pacientes con dengue donde se involucre la implementación y el seguimiento, lográndose evidenciar a través de la práctica médica la adherencia a la guía.

- Es necesario un cambio de actitud por parte de los profesionales frente a la adherencia a las guías clínicas por lo cual se sugiere realizar un trabajo de sensibilización con este gremio sobre la importancia de aplicar unas guías que son institucionales y que mejorarán la calidad de la atención de los usuarios.

10. PALABRAS CLAVES (12)

• **Dengue:** Es una enfermedad viral, de carácter endémico-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti* en la región de las Américas, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.

• **Área endémica:** Es un área específica donde existen condiciones eco epidemiológicas adecuadas para que persista la transmisión de la enfermedad como son la presencia del vector, circulación viral y huéspedes susceptibles.

• **Huésped:** Es la persona o animal vivo que en circunstancias naturales permiten el alojamiento, subsistencia o reproducción de agentes infecciosos.

• **Serotipo:** Los virus del dengue han sido agrupados en cuatro serotipos: DENV-1, DENV 2, DENV-3 y DENV-4. Cada serotipo crea inmunidad específica a largo plazo contra el mismo serotipo (homólogo), así como una inmunidad cruzada de corto plazo contra los otros tres serotipos, la cual puede durar varios meses. Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros severos que pueden conducir hasta la muerte, dada la variación genética en cada uno de los cuatro serotipos. Algunas variantes genéticas parecen ser más virulentas o tener mayor potencial epidémico.

• **Vector:** Organismo que transmite un agente infeccioso desde los individuos afectados a susceptibles. Los mosquitos de la familia *Culicidae* son vectores de diversos virus y protistas patógenos.

• **Viremia:** Es la fase de la enfermedad donde el virus se encuentra en el torrente sanguíneo. En dengue la fase de viremia es desde el primer día de síntomas hasta el quinto día siendo el pico máximo el tercer día.

11. ANEXOS

ANEXO No. 1- Instrumento de recolección de datos

1. ANAMNESIS

ENFERMEDAD ACTUAL						
Fecha y hora del inicio de fiebre:		día:	mes:	año:	HORA:	a.m. p.m.
SIGNOS DE ALARMA					SI	NO
Dolor abdominal intenso y continuo:		Vómitos persistentes:				
Hipotensión postural /lipotimias:		Hepatomegalia dolorosa:				
Hemorragias importantes:		Melenas:	hematemesis:	epistaxis:		
Somnolencia o irritabilidad:		Disminución de la diuresis:		Disminución		
repentina de la temperatura /hipotermia:		Aumento del hematocrito:				
Caída abrupta de plaquetas:		Acumulación de líquidos:		ascitis:		
edema: derrame pleural:						
EN NIÑOS					SI	NO
Pérdida del apetito, Síntomas gastrointestinales:		Vómito:		Dolor		
Abdominal: Distensión Abdominal:						
COMORBILIDAD O RIESGO SOCIAL					SI	NO
Embarazo:		Menor de 5 años:	Mayor de 65 años:			
Enfermedades Crónicas: H.A:		Diabetes:	EPOC:	Anemia:		
ERC:	ECG:	EAP:	EA:	PRS:		

Abreviaciones: HA: Hipertensión Arterial - EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - ERC: Enfermedad Renal Crónica - ECG: Enfermedad Cardiovascular Grave - EAP: Enfermedad Acido Péptica - EA: Enfermedades Autoinmunes - PRS: Paciente con riesgo social (Pacientes que viven solos, difícil acceso a los servicios de salud, pobreza extrema, otros)

2. EXAMEN FISICO

EXAMEN FÍSICO GENERAL					SI	NO
Edemas (palpebral, de pared abdominal, de extremidades):		Llenado capilar:				
Manifestaciones hemorrágicas en piel, mucosa, escleras:		Evaluación del Estado de hidratación:				
SIGNOS VITALES					SI	NO
Toma de Frecuencia cardiaca:		Toma de pulso:	Toma de Frecuencia respiratoria:			
Peso:		Toma de Tensión Arterial en dos posiciones:				
SIGNOS DE CHOQUE:					SI	NO
Hipotensión arterial	Presión arterial convergente <20mmHg	Extremidades frías, cianosis	Pulso rápido y fino	Llenado capilar lento >2 seg.		
EXAMEN FISICO DEL TORAX: Signos de dificultad respiratoria (tirajes):						
Signos de derrame pleural y pericárdico :						

EXAMEN FÍSICO ABDOMINAL: Hepatomegalia, dolor abdominal, ascitis:		
EXAMEN FISICO SISTEMA NERVIOSO: Signos de irritación meníngea: Estado de conciencia: Alteraciones de comportamiento: Convulsiones: Sensibilidad: Fuerza muscular:		
Prueba de torniquete		

3. TRATAMIENTO

PREGUNTAS BASICAS	SI	NO
¿Tiene dengue?		
¿Tiene alguna comorbilidad o signos de alarma? EMBARAZO, VIH		
¿Está en choque? TIENE ALGUNA COMPLICACIÓN?		
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE	SI	NO
GRUPO A: PRIMER NIVEL: Tratamiento ambulatorio (sintomático e hidratación) con indicaciones, signos de alarma y control el primer día sin fiebre.		
GRUPO B: SEGUNDO NIVEL: Hospitalización para una estrecha observación y tratamiento médico.		
GRUPO C: TERCER NIVEL: Tratamiento intensivo urgente		

4. GRUPO A: PRIMER NIVEL: PACIENTES AMBULATORIOS

SEGUIMIENTO AL PCTE AMBULATORIO CON DENGUE	SI	NO
Valoración c/48 horas		
Recomendaciones y orientación al paciente: reposo en cama, ingesta de líquidos, evitar antibióticos, esteroides, aspirina, naproxeno, diclofenaco, dipirona.		
Tratamiento: acetaminofén 500mg por vía oral cada 6 horas adultos y 10 mg/kg/dosis c/6 horas niños. Utilización de Medios físicos		
Recuento de plaquetas, hematocrito y aparición de signos de alarma		

5. VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	SI	NO
Notificación obligatoria según los lineamientos e instrumentos al SIVIGILA		

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de la Protección Social. Boletín de prensa No. 069. MPS. 02 de junio de 2010
- 2 Ministerio de la Protección Social. Boletín de prensa No. 069. MPS. 02 de junio de 2010
- 3 Ministerio de la Protección Social. Boletín de prensa No. 069. MPS. 02 de junio de 2010
- 4 Ministerio de la Protección Social. Boletín No. 16 del Mayo 20 de 2010, INS. Pág. 1
- 5 Ministerio de la Protección Social. Boletín No. 16 del Mayo 20 de 2010, INS. Pág. 4
- 6 GUZMÁN, M. G.; KOURÍ, G. Dengue diagnosis, advances and challenges. *Int. J. Infect. Dis.*, v.8, p.69-80, 2004
- 7 GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clin. Microbiol. Rev.*, v.11,n.3, p.480-96, 1998.
- 8 Curso taller dengue, Prof. Eric Martínez Torres. DENGUE. OPS Argentina. 2008
- 9 Curso taller dengue, Prof. Eric Martínez Torres. DENGUE. OPS Argentina. 2008
- 10 Adherencias a las guías de cateterismo vesical y aplicación de hemoderivados por el personal de enfermería.
<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/343/1/Microsoft%20Word%20-%20TESIS.pdf>

11 Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008.

<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf>

12 Guía de atención clínica integral del paciente con dengue. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Protección social y la Organización Panamericana de la Salud. 2010.