



TÍTULO

**EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA
PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL**

**ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (SERVICIO
DE PEDIATRÍA – HOSPITALIZACIÓN. HOSPITAL ANTONIO LORENA,
MINISTERIO DE SALUD, CUSCO, PERÚ (JULIO 2007 A JUNIO 2008))**

AUTOR

Dante Horacio Olivera Mayo

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2011

Director	Manuel Sobrino Toro
Tutor	José Gutiérrez Alberoni
Curso	Maestría en Salud Infantil Comunitaria
ISBN	978-84-694-6982-8
©	Dante Horacio Olivera Mayo
©	Para esta edición, la Universidad Internacional de Andalucía



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

MAESTRÍA EN SALUD INFANTIL COMUNITARIA

Mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública Infantil



EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

Tutor:

Dr. Manuel SOBRINO TORO

Asesor:

Dr. José GUTIERREZ ALBERONI

Tesis para optar al Grado Académico de Maestro en Salud Infantil Comunitaria con mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública Infantil.

Autor:

Bach. Med. Hum. Dante Horacio OLIVERA MAYO

CUSCO – PERU

2011

ESTRUCTURA CAPITULAR:

RESUMEN EJECUTIVO..... p. 3

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA p. 9

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO – REFERENCIAL p. 17

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA..... p. 49

CAPÍTULO 4. RESULTADOS..... p. 57

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN p. 68

CONCLUSIONES..... p. 99

SUGERENCIAS..... p. 104

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....p. 105

RESUMEN EJECUTIVO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. TÍTULO: EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007– Junio 2008).

Tutor:

Dr. Manuel SOBRINO TORO

Autor:

Bach. Med. Hum. Dante Horacio OLIVERA MAYO

Asesor:

Dr. José GUTIERREZ ALBERONI

1.2. PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es el nivel de eficiencia integral AIEPI de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis; en el período Julio 2007 a Junio 2008, en relación al grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes ?.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVO: ¿Cuál es el perfil epidemiológico comparativo retrospectivo, asociado a estancia hospitalaria prolongada y sobrecostos económicos, según terapéutica inicial protocolizada y no protocolizada administrada a los pacientes hospitalizados por Infecciones Respiratorias Agudas con Hiperreactividad bronquial, en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena del Ministerio de Salud – Cusco en el período Julio 2007 a Junio 2008 ?.

1.4. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación entre el Nivel de Eficiencia integral AIEPI de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008, y el Grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las correlaciones epidemiológicas pertinentes entre nivel de eficiencia integral de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008; y el grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes.
2. Establecer los elementos terapéuticos que determinan una intervención hospitalaria pediátrica integralmente eficiente en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco para los Cuadros Clínicos Agudos señalados, en concordancia con el grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes.
3. Establecer las correlaciones entre las variables que componen el Costo económico – financiero: a) Estancia hospitalaria, b) Complicaciones de patología, c) Medicamentos, d) Insumos, e) Material médico, f) Imagenología, y g) Exámenes de laboratorio) del paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco para los referidos Cuadros Clínicos Agudos.

2. RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

2.1. La eficiencia integral del tratamiento hospitalario inicial de las Infecciones Respiratorias Agudas; objeto de estudio: depende directamente del grado de cumplimiento de los Protocolos pertinentes.

2.2. Aquellos pacientes tratamientos iniciales según Protocolos terapéuticos respecto de quienes no recibieron este tipo de tratamiento:

- a) Tuvieron un menor tiempo de hospitalización,
- b) Generaron menores costos institucionales por conceptos de cama hospitalaria, medicamentos, insumos y materiales de atención del paciente, exámenes auxiliares: de laboratorio y de radiología,
- c) Ocasionaron un menor gasto para el paciente, y
- d) Sufrieron menos complicaciones médicas dado que tuvieron menor tiempo hospitalario.

2.3. Son factores protectores de estancia hospitalaria prolongada y sobrecostos económicos de Infección Respiratoria Aguda con Hiperreactividad Bronquial, e indicadores de buen pronóstico del paciente y su patología; la Indicación Terapéuticas Iniciales expresas, en la Historia Clínica, de los siguientes elementos terapéuticos:

- Administración de oxígeno para saturación de la hemoglobina mayor al 90 %.
- Administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación.
- Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.
- Administración de Solución de venoclisis o de colocación de Vía clorurada.
- Aplicación de medios físicos caso de alza térmica.
- Administración de Paracetamol, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos.
- Administración de Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
- Administración de Tratamiento antibiótico.
- Administración de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.
- Indicación de Reposo absoluto / estricto.
- Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.
- Indicación de Posición semisentado en 30°.
- Indicación de elaboración de Curvas analíticas de: Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.
- Indicación de elaboración de Balance hídrico estricto.
- Indicación de Observancia de signos de alarma.

- Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
- Solicitud de radiografía de tórax.
- Indicación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

2.4. Los mayores niveles de concordancias específicas, expresadas como las 10 Indicaciones Terapéuticas Iniciales principalmente explicitadas o consignadas en la Historia Clínica, en orden decreciente, de los pacientes pediátricos hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008 con diagnósticos de Infección Respiratoria Aguda con Hiperreactividad Bronquial, son:

- Indicación de Dieta o de Condición Nada por boca.
- Indicación de Control de funciones vitales.
- Administración de Solución de venoclisis o de colocación de Vía clorurada.
- Administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación.
- Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
- Administración de Oxígeno para saturación mayor al 90 %.
- Solicitud de radiografía de tórax.
- Administración de Tratamiento antibiótico.
- Indicación de Observancia de signos de alarma.
- Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.

2.5. Los valores de los estadígrafos de tendencia central y de dispersión, a tomarse en cuenta, referentes a tiempo de estadía hospitalaria de pacientes pediátricos por IRAs en el Hospital Lorena son:

- La estancia promedio y mediana generales, en el total de pacientes, fue de 5 días; y la estancia moda fue de 2 días.
- La estadía hospitalaria en varones fue de 5 días, y de 3 para las mujeres.
- La mayor parte del conjunto de pacientes con Diagnósticos de Bronquiolitis, Neumonía, Laringotraqueitis aguda, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos, tuvieron estadías hospitalarias menores a 4 días.
- El menor tiempo promedio de estancia hospitalaria correspondió al Grupo

diagnóstico Laringotraqueitis aguda: 3 días. La estancia hospitalaria más frecuente fue de 1 día, y la estancia mediana de 2.

- El mayor tiempo promedio de estancia hospitalaria corresponde al Grupo diagnóstico Neumonía: 7 días. Este grupo tuvo 6 días como estancias moda y mediana.

- El Grupo diagnóstico IRA con Hiperreactividad bronquial conformado por: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis tuvo una media de estancia hospitalaria intermedia: 4 días y medio. La estancia moda fue de 2 días, y la mediana de 4. A pesar de ello: los tiempos de estancia hospitalaria más diversa correspondieron a este grupo de patologías.

- El tiempo promedio de hospitalización y los costos económicos de pacientes hospitalizados por IRAs en su Servicio de Pediatría son mayores en aquellos cuyas Indicaciones Terapéuticas Iniciales no estuvieron ajustadas a protocolos terapéuticos, respecto de aquellos que sí fueron tratados de acuerdo a protocolo. Así; los tiempos de hospitalización de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría, por grupos de patologías respiratorias son:

Patología	Tiempo promedio de hospitalización (en días):	
	Terapia no protocolizada	Terapia protocolizada
Neumonía	8	6
Bronconeumonía	5	4
LTB aguda (*)	4	3
LT aguda (**)	3	2

Leyenda: (*) LTB aguda: Laringotraqueobronquitis aguda. (**) LT aguda: Laringotraqueitis aguda

2.6. El tratamiento protocolizado reduce no sólo el tiempo de estadía hospitalaria del paciente sino también los sobrecostos económicos hospitalarios en medicamentos, insumos y materiales, y de exámenes auxiliares [radiológicos y de laboratorio] en un 25%.

2.7. El perfil epidemiológico característico del paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008, con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda con Hiperreactividad Bronquial es: Paciente varón, menor de 2 años de edad, de procedencia urbana, y citadina urbano

marginal, quien describiendo la enfermedad de hijo señala que “tiene”: “dificultad para respirar”, “fiebre”, “tos con flema -sobre todo- en la mañana y en noche, que lo hace vomitar”, “ronquera”, “se le hundén las costillas”, “labios azules”, “llora y no se calma”, y “cuando corre tose mucho, y llega a vomitar”.

3. SUGERENCIA PRINCIPAL: Incorporar formalmente a las estructuras educativas del ámbito universitario y laboral del Sector Salud, la lógica del trabajo hospitalario asistencial bajo Protocolos / Guías de tratamiento como garantía de la mejor prestación posible de servicios de salud.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. TÍTULO: EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Óptimos logros en los Indicadores de estructura, proceso y resultado son – finalmente- la exigencia actual en todos los sectores laborales. La Medicina de la Evidencia viene, con vigor, abriéndose paso en el mundo actual de Indicadores, que exige eficacia (cumplimiento de los objetivos) y eficiencia (lograr los objetivos propuestos al menor costo). Naturalmente el mundo de la salud continúa buscando lógicas e instrumentos que permitan lograr sus objetivos básicos de: promover salud, prevenir enfermedad y cuando ésta se haya presentado; combatirla eficientemente (curar y recuperar la salud de la persona enferma optimizando los recursos humanos, financieros y materiales).

Los Protocolos / Guías de Atención de la Patología Prevalente son magníficas herramientas de la salud que, provenientes de la Medicina de la Evidencia, vienen logrando formidables avances en los Indicadores de mortalidad y morbilidad de los denominados países desarrollados (los “industriales”), y de aquellos que se encuentran en la etapa de desarrollo social intermedio en los que se está agregando valor a sus productos primarios y secundarios.

Validez en Salud, también, es explicitar expresamente en la Historia clínica del paciente las consignas terapéuticas probadas como eficaces, eficientes y efectivas, para tratar la patología, establecidas en los Protocolos y/o Guías de tratamiento, . Así; adaptando expeditivamente, la parte de la propedéutica de la Metodología de la Investigación referente a las Características fundamentales de la ciencia: A) Validez, y B) Confiabilidad; tenemos que otra clave, de todo

cuanto hagamos, del éxito terapéutico en Salud es la necesidad imperiosa de re-demostrar que la explicitación perseverante de cuanto señalan estos Protocolos y/o Guías para el manejo terapéutico de la patología prevalente también es sinónimo de eficiencia en la Gestión de Salud. Esto en la perspectiva de que la Validez es, también, la cualidad por la cual debemos ocuparnos de aquello que: debemos ocuparnos, caracteriza a nuestra labor como tal, y que se ocupa de lo imprescindible. Detrás de esta definición quasi-intuitiva está el concepto de priorización en el uso de nuestros reducidos recursos de país en vías de desarrollo. Así; distinguiendo con claridad:

1) ¿ Qué es lo realmente importante, lo fundamental, lo que da a nuestra labor su naturaleza de ser ?. Este énfasis debería concentrar un 60% de nuestro esfuerzo, y 2) Lo necesario; que no es importante, pero aportará para consolidar lo fundamental y permite generar lo interesante: su valor es de 30%, y 3) Lo interesante: sólo es tal y vale un 10 %; resulta ineludible estudiar la correlación entre grado cumplimiento de protocolos y eficiencia del sistema de salud en el caso de las Infecciones Respiratorias Agudas que ameritaron hospitalización en un establecimiento de salud que brinda sus servicios a población de recursos socioeconómicos limitados como es el Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco – Perú.

El uso práctico de esta lógica presenta diversas experiencias exitosas en diversos tiempos, regiones y países del mundo, y en los más variados ámbitos del quehacer humano; v.g.: 1. El éxito de la Diversificación Curricular en Europa, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, etc.; y 2. La “salida del fondo del abismo” hacia el desarrollo de los países europeos y del Asia al final de la 2da. Guerra. Esta lógica; aparentemente sencilla, ha logrado éxitos socio – económicos importantes.

De otro lado la Confiabilidad considerada como regularidad, permanencia y constancia de resultados; ha sido ofrecido la reiterativa constatación práctica de la tendencia progresiva de mejora de la situación en salud en el Perú y en el mundo, a partir de la explicitación en la historia clínica del paciente de cuanto recomiendan los Protocolos.

A efecto de la presente Tesis: Prácticamente; es unánime la percepción que los

Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, son las primeras causas de enfermedad en la población infantil menor de 5 años, y de hospitalización pediátrica, siendo este impacto aún mayor en la población lactante menor de 2 años.

En Lima y las ciudades más grandes del país, científica pero también intuitivamente, se han mejorado sensiblemente los Indicadores de salud en base a la explicitación del trabajo médico en la Historia clínica, a partir del uso de Guías y Protocolos Terapéuticos.

En Cusco; hace más de 15 años, ESSALUD trabaja en función de Protocolos y Guías Terapéuticos. Considerando, lógicamente, que la población a la cual atiende ESSALUD es de mayor capacidad económica y aún cultural, respecto que la que atiende el Ministerio de Salud; resulta evidente que la patología llamada de Capa Simple, entre ellas las Infecciones Respiratorias Agudas que ameritan hospitalización (IRAHs), y la que es beneficiaria de hospitalización está siendo bien controlada, precisamente, gracias a la explicitación escrita del trabajo protocolizado en el Expediente o historia clínico(a).

El Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco es un Establecimiento de Salud de Tercer Nivel de complejidad que en su Servicio de Pediatría (Emergencia y Hospitalización), también sirve a población pediátrica lactante mayor de un mes y menor 15 años. La patología más prevalente a cargo de este Servicio hospitalario es la Infección Respiratoria Aguda Bacteriana; representada por los Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, Laringotraqueitis, y Neumonías; que representan algo más de la cuarta parte (27 %) de los diagnósticos más frecuentes de atención y hospitalización en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría de este nosocomio, denominado ‘Hospital de los pobres de Cusco’.

En tal sentido; este Trabajo pretende medir el impacto de la explicitación en la Historia Clínica, de lo normado en las Guías y Protocolos Terapéuticos Pediátricos en el Tratamiento (o Terapéutica) Inicial del Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma

Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, y Laringotraqueobronquitis, en términos de Eficiencia AIEPI [Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (0 a 5 años)]: Tiempo de estadía hospitalaria, costo económico – contable, y conexos. Así; intuitivamente dentro de lógica kuhniana, asumimos que, no solamente existe una relación lineal entre eficiencia integral de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA - Cusco y el grado de explicitación en la Historia Clínica de lo normado por los Protocolos terapéuticos; sino que ésta relación es exponencial, es decir que la eficiencia es tanto mayor, cuanto más se explicita lo recomendado por estos Protocolos y/o Guías; en concordancia con lo recomendado por la lógica AIEPI. La Presentación de la edición en inglés del Manual Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia (2^a. Edición; pág. XIII) precisa que “el manual puede usarse en los grandes centros de salud, donde ingresa un pequeño número de niños enfermos para recibir atención hospitalaria.

Las normas exigen que el hospital tenga: 1) la capacidad para llevar a cabo ciertos estudios esenciales.... , y 2) los medicamentos esenciales para la atención de niños gravemente enfermos”.

En las Etapas en el tratamiento del niño enfermo del mismo Manual (pág. XVII) se señala que el “manual describe un proceso secuencial para el tratamiento de niños enfermos tan pronto llegan al hospital, cuya primera etapa es el tamizaje rápido (triaje) para identificar a los que necesitan tratamiento urgente y los que están en riesgo especial y deben recibir atención prioritaria, ”.

En esta lógica AIEPI: primero es lo urgente, después es lo necesario, y finalmente es lo simplemente interesante; por lo que es menester identificar cuáles son las Indicaciones Terapéuticas Iniciales (ITIs) para los pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas con Hiperreactividad bronquial, en proceso de hospitalización en el Servicio de Emergencia y en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Lorena; en relación con la sobreestadía hospitalaria y los sobrecostos económicos ocurridos como consecuencia de no hacer constar explícitamente las ITIs pertinentes a la cobertura terapéutica máxima posible.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el nivel de eficiencia integral AIEPI de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008, en relación al grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes ?.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVO: ¿Cuál es el perfil epidemiológico comparativo retrospectivo, asociado a estancia hospitalaria prolongada y sobrecostos económicos, según terapéutica inicial protocolizada y no protocolizada administrada a los pacientes hospitalizados por Infecciones Respiratorias Agudas con Hiperreactividad bronquial, en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena del Ministerio de Salud – Cusco en el período Julio 2007 a Junio 2008 ?.

PREGUNTAS GENERADORAS:

Respecto de los pacientes de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco (Hospital Lorena) por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008:

1. ¿Cuáles son las indicaciones médicas iniciales principalmente explicitadas o consignadas en la Historia Clínica ?.
2. ¿Cuál es el nivel de concordancia entre las medidas terapéuticas iniciales explicitadas en la Historia Clínica y lo prescrito por los Protocolos pertinentes ?
3. ¿Cuáles son los valores de los estadígrafos de tendencia central y de dispersión referentes a: tiempo de estadía, costo económico - contable, y conexos de la terapéutica de los Cuadros Clínicos Agudos de la patologías especificadas ?.
4. ¿Cuál es el perfil clínico – epidemiológico de las patologías en estudio ?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación entre el Nivel de Eficiencia integral AIEPI de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008, y el Grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las correlaciones epidemiológicas entre Nivel de Eficiencia integral de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco en el Manejo médico de los pacientes pediátricos hospitalizados por Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, en el período Julio 2007 a Junio 2008; y Grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes.

2. Establecer los elementos terapéuticos que determinan una intervención hospitalaria pediátrica integralmente eficiente en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco para los Cuadros Clínicos Agudos señalados, en concordancia con el Grado de explicitación de lo normado por los Protocolos pertinentes..

3. Establecer las correlaciones entre las variables que componen el Costo económico – financiero: a) Estancia hospitalaria, b) Complicaciones de patología, c) Medicamentos, d) Insumos, e) Material médico, f) Imagenología, y g) Exámenes de laboratorio) del paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco para los referidos Cuadros Clínicos Agudos.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1. La intervención inicial para el paciente pediátrico hospitalizado en nosocomios del Ministerio de Salud de Cusco ciudad; también para los Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía,

Laringotraqueobronquitis, debe ser eficiente: útil, confiable, pertinente, oportuna; siendo, esta, patología prevalente. Esta intervención permitirá:

1.1. una competente Toma de decisiones en favor del paciente; lo que proporcionará: Disminuir la (los): Estancia hospitalaria, Presentación de complicaciones de la patología bajo terapéutica, Costos en Medicamentos, Insumos, Material médico, y Costos en Exámenes de Imagenología, y Laboratorio que redundarán en una mayor satisfacción del usuario, y

1.2. un impacto económico – financiero favorable para el paciente y los Hospitales del Ministerio de Salud de Cusco ciudad; no sólo en términos de mejores Resultados: Costo / Beneficio y Costo / Efectividad, sino también por el desarrollo de documentación escrita (Historias / Expedientes clínicos) de mayor objetividad.

2. La información contenida en las Historias Clínicas de los pacientes internados en el Servicio de Pediatría en el Hospital Lorena; será, en algún momento, auditada de acuerdo a los Protocolos pertinentes representados por los estándares internacionales de calidad de atención hospitalaria y de documentación clínica - hospitalaria y sometida a evaluación y certificación de excelencia; previa implementación interna desarrollada por especialistas en la materia.

3. Continúa probándose –sobre todo en países en vías de desarrollo- que el uso de Protocolos mejora la probabilidad de obtener mejores Resultados finales pertinentes al paciente hospitalizado (adulto o niño) en Establecimientos de Salud [Eficiencia en la Toma de decisiones clínicas y Costo económico – financiero], sobre todo porque están basados en Medicina de la evidencia, y corrige errores humanos que disminuyen la probabilidad de mal-praxis médica que a la larga conllevan pérdida de tiempo y dinero para el paciente, el Establecimiento de salud (en este caso: Hospital), y eventualmente el Médico asistencial; con incidencia directa en el sostenimiento laboral y el económico – financiero hospitalario.

4. Los Cuadros Clínicos Agudos de Síndrome de Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis son los diagnósticos generales más prevalentes en la población pediátrica usuaria de los Hospitales MINSA

de Cusco ciudad. De ello resulta de especial importancia evaluar los resultados de la intervención en salud, en este caso las Indicaciones iniciales al ingreso del paciente en Sala de Pediatría, sobre para estas patologías infantiles que insumen gran cantidad de recursos humanos, económicos, financieros y materiales; todo ello bajo un parámetro aceptado internacionalmente: Protocolos y/o Guías.

2. MARCO TEÓRICO – REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO:

“Evaluación del registro: es una evaluación de la calidad extrínseca de la atención médica” (Tarco V; 2003)

sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/Salud/.../tarco_vd.PDF.

El presente Proyecto de Tesis intitulado: EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008); se inscribe dentro de las lógicas de: la Auditoría médica, y la del Hallazgo de Auditoría de acuerdo a la normatividad prescrita por la Contraloría General de la República del Perú [Normas de Auditoría Gubernamental (NAGU): Resolución de Contraloría No. 162-95-CG: 22 de setiembre de 1995], que explicita:

1. los criterios generales de aplicación y cumplimiento por los funcionarios públicos, y por extensión de todo trabajador del estado quienes, todos ellos, son responsables de la legalidad en la ejecución del Presupuesto del Estado, de los actos de la instituciones sujetas a control; a efecto específico, léase para la temática objeto de la presente Tesis,
2. la verificación periódica del resultado de la gestión pública en sus unidades constitutivas básicas. Concretando para este Estudio: TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL (TPI – IRAHRs), según grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso del recurso público asignado, y
3. el cumplimiento de la normatividad y lineamientos de política y planes de acción; y la maximización de los resultados de la acción del Estado; para esta Investigación en TPI – IRAHRs en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco (Hospital Lorena).

En este contexto, de acuerdo a Lista de chequeo de los elementos del Objeto de estudio: TPI – IRAHRs; bajo análisis de los 4 componentes básicos constitutivos

del Hallazgo de Auditoría médica [Condición, Criterio, Causa y Efecto], que son el objeto de este estudio definido como Retrospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional. Dado que se trata de analizar integralmente la ITIs – IRAs HRB del Hospital Lorena; el Protocolo de tratamiento general de este grupo de patologías respiratorias pediátricas es la base natural de esta Tesis en el contexto de la Resolución Ministerial No. 422 – 2005 – MINSa [Lima; 01 de Junio del 2005] que –entre otros aspectos-, en su parte considerativa señala: “Que la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de la atención y el uso adecuado de los recursos”; y que en su Artículo No. 1, Resuelve “Aprobar la NT – 027 – MINSa / DGSP – V 0.1: “Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica”.....”.

Siendo el Hospital Antonio Lorena de Cusco un órgano de línea del Ministerio de Salud del Perú; a efecto de establecer el Marco teórico de este Trabajo, plantearemos algunas definiciones útiles y otras pertinentes como: Auditoría: gubernamental, de gestión, administrativa, en salud y del registro en salud, y la Normatividad pertinente.

2.2. AUDITORÍA:

“La auditoría es un examen sistemático de las actividades de una organización (o de un segmento estipulado de las mismas) en relación con objetos específicos, a fin de evaluar el comportamiento, señalar las oportunidades de mejorar y generar recomendaciones para el mejoramiento o para favorecer la acción” (Taylor D.H.; 1994).

AUDITORÍA GUBERNAMENTAL:

“La Auditoría Gubernamental es el examen objetivo, sistemático y profesional de las operaciones y/o administrativas, efectuado con posterioridad a su ejecución, en las entidades sujetas al Sistema Nacional de Control, elaborando el correspondiente informe.

Tiene, entre otros, objetivos:

- a. Evaluar la correcta utilización de los recursos públicos, verificando el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias.
- b. Determinar el grado en que se han alcanzado los objetivos previstos y los resultados obtenidos en relación a los recursos asignados y al cumplimiento de

los planes y programas

c. Recomendar medidas para promover mejoras en la gestión pública.

d. Fortalecer el sistema de control interno de la entidad auditada”.

[Resolución de Contraloría No. 162 – 95 – CG (26 – Setiembre – 1995)]

2.3. AUDITORÍA DE GESTIÓN:

“Su objetivo es evaluar el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos públicos, así como el desempeño de los servidores y funcionarios del Estado, respecto al cumplimiento de las metas programadas y el grado con que se están logrando los resultados o beneficios previstos por la legislación presupuestal o por la entidad que haya aprobado el programa o la inversión correspondiente.

La auditoría de gestión puede tener, entre otros, los siguientes propósitos:

1. Determinar si la entidad adquiere, protege y emplea sus recursos de manera económica y eficiente.
2. Establecer las causas de ineficiencias o prácticas antieconómicas.
3. Evaluar si los objetivos de un programa son apropiados, suficientes o pertinentes y el grado en que produce los resultados deseados”.

[Resolución de Contraloría No. 162 – 95 – CG (26 – Setiembre – 1995)]

2.4. AUDITORÍA EN SALUD:

“Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.

[Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. MINSA. 2005].

2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS AUDITORIAS EN SALUD (según DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN):

1. CALIDAD PARA EL CLIENTE:

Las auditorias que contribuyen en esta dimensión de la calidad en salud son las siguientes:

- Auditoria Operativa: Se realiza sobre las funciones, actividades y procedimientos desarrollados en la atención del usuario por el personal y profesionales de la salud. Se denomina también auditoria de Gestión Médica.

- Auditoria de la Certificación: Se realiza en los Establecimientos de Salud sobre las condiciones básicas para el aseguramiento y mejoramiento continuo de la calidad del servicio.

2. CALIDAD ADMINISTRATIVA:

En el campo de la administración es donde más se han desarrollado y evolucionado los sistemas de control interno y externo, se pueden considerar los siguientes tipos:

- Auditoria Administrativa: Es el examen completo y constructivo de la estructura organizativa de una empresa o institución. Determina si el personal cumple con sus funciones y actividades de conformidad con las normas internas, los principios y técnicas de la administración.

- Auditoria de Estados financieros: Es el examen de los registros contables y documentos sustentatorios del sistema de control interno, mediante el conocimiento de los principios de contabilidad.

- Auditoria Informática: Conjunto de procedimientos y técnicas para evaluar y controlar total y parcialmente un sistema informático.

3. CALIDAD PROFESIONAL:

Las auditorias de medicina práctica constituyen el sistema más importante del control y evaluación de la calidad profesional y se puede clasificar en:

- Auditoria Médica: Es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes y manejo de los recursos, realizada solamente por el personal médico.

- Auditoria Clínica: Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizado por profesionales de la salud médico o no médico.

- Auditoria del cuidado del paciente: Es definida como la revisión de todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente. También se le conoce como Auditoria de un Suceso importante que tiene por definición: Revisión detallada de los acontecimientos importantes en el cuidado del paciente o un grupo pequeño de pacientes.

[Donabedian A; 1986].

2.6. AUDITORÍA MÉDICA:

“Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la

calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos preestablecidos.

Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente”

[Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. MINSAL. 2005].

2.7. TIPOS DE ESTÁNDARES APLICADOS EN AUDITORÍA MÉDICA:

Para el propósito de la auditoría el estándar se define como: el referente que los auditores tienen para comparar.

La definición relieva la característica de "modelo, patrón de medida, valor tipo o regla de determinada actividad". Los estándares son promedios de los valores observados en la evaluación, muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable, en general se trata del cumplimiento de las normas mínimas establecidas.

A. Estándares para medios materiales:

La evaluación de la estructura requiere precisiones que por razones obvias no pueden abordarse en toda su extensión, así a manera de referencia tenemos la red de efectores, la población a cubrir, la normalización en el señalamiento, la orientación al paciente, la intercomunicación, la superficie por cama, las dimensiones de las puertas, el tipo y número de servicios higiénicos, etc.

B. Estándares para recursos humanos:

Siendo necesario establecer los consumos de tiempo profesional y de enfermería a cada uno de los servicios prestados existen propuestas de rendimiento horario profesional para la mayor parte de actividades médicas y de enfermería así como para los administrativos y los de servicios generales.

C. Estándares para medios organizativos:

Este es un aspecto de la estructura que encierra criterios más conceptuales que puntuales, sin embargo podemos señalar como patrones de la calidad organizativa la capacitación del recurso humano, si el organigrama es tradicional o matricial y si es conocido por los trabajadores, si se cuenta con un manual de calidad entre otros.

2.8. AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL: DEFINICIÓN

“Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los

formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial”.

[Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. MINSA. 2005].

2.9. TIPOS DE ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA:

A. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para comprobar su integridad y asegurar que se ajusta a la presente norma y a las establecidas por el Comité de Historias Clínicas del establecimiento o de la Dirección de Salud según corresponda. Es responsabilidad de la unidad de archivo realizar este análisis.

B. ANÁLISIS CUALITATIVO

Es la revisión de la Historia Clínica para asegurar que ésta contiene datos suficientes para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final, que todas las opiniones estén debidamente fundamentadas; que no existan discrepancias ni errores.

2.10. AUDITORÍA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL:

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS PARA LA AUDITORÍA:

“- Para la realización de las Auditorías de los Registros Asistenciales consideradas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, se tomarán en cuenta principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieron como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.

- Se puede decidir trabajar sobre el total de registros o trabajar en base a una muestra seleccionada estadísticamente.

- La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del Establecimiento de Salud; en donde se deben considerar entre otros, los siguientes aspectos: Registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento. Ordenamiento cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la Historia Clínica en relación a la atención del paciente.

- Los modelos que elaboren los Comités Auditores deberán ser detallados y variar según se evalúen atenciones realizadas en áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, u otros servicios,
- El informe de la Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales tiene la siguiente estructura:
 - Datos generales del servicio.
 - Origen de la auditoría.
 - Tipo de auditoría.
 - Alcance de la auditoría.
 - Antecedentes.
 - Observaciones.
 - Conclusiones.
 - Recomendaciones.
 - Anexos”.

[Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. MINSA. 2005].

2.11. NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD – MINSA – 2005 (Anexo 1): BASE LEGAL:

1. Ley N° 26842, “Ley General de Salud”.
2. Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”.
3. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
4. Ley No. 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.
5. Ley N° 27867, “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”.
6. Ley N° 27815, “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
7. Resolución Ministerial N° 261-98-2001-SA/DM, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
8. Resolución Ministerial N° 768-2001/SA/DM, “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.
9. Resolución Ministerial N° 776-2004/ MINSA, “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado”.

10. Ley No. 27927, que modifica la Ley No. 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

[NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD – MINSa – 2005. NT No. 029-MINSa/DGSP]

Adicionalmente:

11. Resolución Ministerial N° 474-2005/ MINSa, “Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.

12. Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSa, “Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud”.

13. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSa, “Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.

2.12. AUDITORIA ACTUAL EN EL SISTEMA DE SALUD

Actualmente todo -también en salud- es posible auditarlo, desde lo administrativo hasta lo financiero pasando por lo técnico asistencial (v.g. las muertes: maternas, infantiles, perinatales y también las de adultos).

En el contexto de algunos Proyectos o como iniciativas locales, se auditan recetas, interconsultas, instrumentos relacionados con el laboratorio clínico y muy escasamente se auditan las Fichas Clínicas e instrumentos anexos.

En casos de denuncias específicas que conducen o no a investigación Sumaria interna o a juicios civiles y/o criminales.

El desafío actual es incentivar la Auditoria de Instrumentos, en la perspectiva de aportar al Sistema una herramienta objetiva para la Evaluación y el Monitoreo permanente de la Calidad de la Atención que se otorga a los usuarios en los diferentes programas y niveles.

Por ello, es esencial que los Equipos de Salud manejen de manera apropiada la metodología que permite definir los Productos esperados de su quehacer profesional y en ese contexto, Criterios explícitos, Estándares e Indicadores, que permitan hacer este proceso de manera objetiva, consensuada, planificada, aportando con ello un insumo importantísimo al proceso de toma de decisiones dentro del Sistema de Salud.

2.13. AUDITORIA INSTITUCIONAL HOSPITALARIA.

Se denomina así a la auditoría interna cuya área operativa es el establecimiento asistencial. Funciona como una central de "monitoreo" respecto del control de gestión (a cargo de sus niveles ejecutivos: departamentos y servicios). Utiliza elementos propios de las auditorías profesional y técnico-administrativa con objetivos correctivos e incidentalmente docentes.

El desarrollo de la Auditoría Médica Hospitalaria se fundamenta en su contribución para lograr una mejor atención médica de la población, y por lo tanto una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios del sistema en su conjunto, siendo una importante contribución a la administración hospitalaria, a la educación profesional y mejoramiento de la asistencia, facilitando la docencia incidental y la investigación operativa.

SIGNIFICADO E IMPORTANCIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA:

Controla la actividad institucional y evalúa operativamente el proceso de atención médica a través de:

- Análisis de los registros estadísticos.
- Revisión de casos.
- Evaluación de las derivaciones.
- Supervisión de las prestaciones contratadas.
- Resultados operativos del control de gestión, etc.

Así mismo normaliza y verifica el uso racional de medicamentos, fundamentalmente desde el punto de mira técnico - administrativo, con misiones y funciones claramente especificadas.

La auditoría hospitalaria funciona como un "Comité hospitalario" definiendo al comité como la "reunión de miembros previamente seleccionados para examinar asuntos predeterminados o no.

2.14. METODOLOGÍA DE AUDITORIA.

La tarea específica consiste en pensar que debe hacerse para lograr el objetivo deseado, o sea determinar la estrategia de trabajo, que significa diseñar la secuencia lógica de decisiones, que es lo mismo que diseñar el patrón de objetivos, propósitos y metas a desarrollar. Esto implica una búsqueda de respuestas a una sucesión lógica y sistemática de preguntas:

a) ¿Qué hay que hacer?: Ya está definido por el hecho mismo de la constitución del comité, su misión y funciones y el programa de acciones a realizar.

b) ¿Quién debe hacerlo?: Consiste en la asignación de las pautas a seguir por cada uno de los integrantes.

c) ¿Cuánto debe hacerse?: Se deben dar y delimitar prioridades fijando plazos de realización (cronograma).

d) ¿Con qué medios se contarán?: Recursos físicos, humanos, económicos, etc.

e) ¿Cómo debe hacerse?: El Comité debe orientar sobre las pautas técnicas a emplear (Metodología de trabajo) de acuerdo con las posibilidades viables y presentes.

2.15. FINALIDAD DE LA AUDITORÍA

El objetivo y meta de la auditoría institucional hospitalaria es lograr la racionalidad en la administración de la complejidad asistencial, tratando de alcanzar el fin propuesto, obteniendo la óptima utilización de todos los recursos para conseguir así mejor calidad de atención médica en el menor tiempo y costo posible.

2.16. HISTORIA CLÍNICA Y GARANTÍA DE CALIDAD

La historia clínica es la constancia escrita de todos los exámenes médicos y estudios realizados como así mismo de todo lo efectuado en el transcurso de la enfermedad y de los tratamientos llevados a cabo. Otra definición es el documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, por lo que resulta necesario un ordenamiento estándar.

Historia Clínica y Garantía de Calidad en formato estándar; bajo secuencia consensuada orientada a problemas, en el marco legal.

Los objetivos fundamentales de la auditoría de la Historia clínica son:

1. Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes preestablecidos y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.

2. Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "auditor médico" y luego debe ser sometido a una revisión de "un equipo de pares" o de expertos.

2.17. AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: REGISTROS EN EMERGENCIA.

Según la Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud para las atenciones en emergencia se debe elaborar una Historia Clínica breve en la que se registre una información mínima. Toda atención de Emergencia debe ser registrada en la Historia clínica, siendo de responsabilidad del médico tratante.

La admisión por emergencia será registrada en el libro correspondiente, debiendo asignarse la numeración correlativa.

El formato de atención de emergencia, debe contener como mínimo:

- Estudio Clínico: (Filiación, Anamnesis (Motivo principal de la Consulta.), Antecedentes, Enfermedad actual, Funciones Vitales, Examen físico, Exámenes auxiliares, Plan de trabajo).
- Diagnósticos (Presuntivo, Definitivo, Uso del código CIE10).
- Exámenes Complementarios
- Tratamiento
- Evolución y complicaciones
- Atributos de la historia clínica (Fecha y hora de atención, Sello y firma del médico).

2.18. GUÍA y/o PROTOCOLO DE ATENCIÓN MÉDICA

Un protocolo es una síntesis que reorganiza, ordena y jerarquiza los puntos más relevantes tratados durante un evento. Consiste, en primera instancia, en una descripción objetiva de los temas, hechos o sucesos acaecidos durante la sesión o reunión y, en segundo lugar, es un producto escritural o registro que narra, de manera precisa, el desarrollo de los aspectos fundamentales de un trabajo realizado.

Un protocolo es más que un acta, es decir, va más allá de recapitular de manera cronológica y puntual cada uno de los sucesos ocurridos en un evento o reunión.

Tampoco un protocolo es un simple resumen: No se limita a presentar una síntesis global de un tema genérico. De igual manera, el protocolo no es un ensayo crítico sobre un determinado proceso de trabajo. Y, menos todavía, un protocolo consiste en una compilación de opiniones sueltas, expuestas a lo largo de una sesión, encuentro o seminario (Trujillo Puerta Uriel Darío; Fundación Universitaria María Cano. Antioquía – Colombia. 2005).

2.19. IMPORTANCIA Y ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO.

El protocolo, como instrumento de trabajo y seguimiento de un proceso, es importante porque permite, entre otras cosas:

- a. Convertir las opiniones sueltas en enunciados con sentido.
- b. Enterar a las personas ausentes de un trabajo desarrollado durante algún tipo de sesión.
- c. Concentrar la atención de los participantes hacia los temas prioritarios de una exposición, a la vez que dirigirla de manera consciente.
- d. Reforzar el proceso de enseñanza – aprendizaje en tanto la reconstrucción de un proceso permite fijar con mayor fuerza campos de información.
- e. Contar con una descripción narrada de primera mano que posibilita construir la memoria de un proceso y, al mismo tiempo, registrar las decisiones fundamentales que se tomen en el curso de la discusión.
- f. Conocer las distintas formas y maneras como los participantes de un evento interpretan la experiencia, resaltando determinados hechos o enfatizando algunos puntos.
- g. Identificar aquellos temas en los cuales el grupo logró una adecuada o inadecuada asimilación de los contenidos. De la misma manera, detectar cuáles temas eran importantes y pasaron desapercibidos por el grupo, o los vacíos que deben cubrirse en posteriores oportunidades. Y finalmente, evidenciar las zonas de consenso en tomo a decisiones, asuntos o problemas (Trujillo Puerta Uriel Darío; Fundación Universitaria María Cano. Antioquía – Colombia. 2005).

“No disponer de un protocolo de actuación es imperdonable” dice el Dr. Joan Sánchez Montaña, médico del departamento de Justicia de la Generalitat, al explicar acerca de la importancia de elaborar correctamente los documentos legales. Así mismo precisa que es necesario disponer de protocolos “actualizados, realistas y consensuados” y luego precisa que “No tener un protocolo de actuación -continua- es imperdonable, ya que el profesional tiene total libertad de acción y su praxis no está regulada”. Los valores que persiguen estos documentos legales son mantener la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reducir la variabilidad incompetente en la práctica sanitaria (Grupo Menarini España: www.formacionsanitaria.com).

Por su valor de registro, el protocolo debe tener una estructura lo suficientemente ágil y concreta como para que cualquier lector pueda enterarse, sin gran dificultad, de lo ocurrido durante el evento que se describe narrativamente. Por lo mismo, es recomendable que un protocolo contenga las siguientes partes:

a. Una identificación de la situación: Lugar geográfico, fecha, hora, ambiente espacial, objetivo o motivo del evento, participantes, duración, momentos de la sesión, etc.

b. Descripción de las actividades: Si se hizo mediante una exposición o en trabajo de grupo, si fue realizando un taller o una plenaria, o un grupo focal o una dinámica de observación, etc.

c. Temas tratados en orden de importancia: ¿ Cuáles fueron las columnas vertebrales de la discusión ?, y ¿ cuáles las líneas fuerza que soportaron el desarrollo del evento ?. Aquí es donde el trabajo de escritura es de suma importancia, pues no se trata de enumerar los temas, sino de desarrollarlos narrativamente.

d. Decisiones a acuerdos fundamentales a que se llegaron: Pueden referirse al inmediato o largo plazo, pueden haber surgido durante el desarrollo del evento y no siempre al final, pueden no haberse evidenciado como decisiones de manera

explícita por lo cual, hay que inferirlas.

e. Tareas asignadas, compromisos establecidos, responsabilidades: es el puente de conexión entre uno y otro evento o entre sesiones. Pueden constituir en: lecturas asignadas, trabajos por realizar, ejercicios formales y no formalizados, productos de diversa índole, etc. Es clave para registrar la importancia de la tarea

dentro del proceso, y si hay responsables directos o si es una responsabilidad grupal (Trujillo Puerta Uriel Darío; Fundación Universitaria María Cano. Antioquía – Colombia. 2005).

2.20. GUÍAS TERAPÉUTICAS (PROTOSCOLOS) EN SALUD.

Los médicos, asumimos los protocolos, o las más modernas guías de práctica clínica, como algo fundamental para la asistencia sanitaria. Estos protocolos clínicos, pueden estar consensuados por las Sociedades Científicas, o bien de

forma local por los miembros de los servicios, o por las diferentes unidades clínicas. Se pretende que estas guías de diagnóstico y tratamiento sean un instrumento que nos ayude a mejorar la calidad asistencial.

En el ya referido Diario Médico se hace referencia a los protocolos y su importancia en la práctica de la medicina defensiva en los siguientes términos: “la reforma de algunos aspectos asistenciales se ha convertido en una prioridad para los responsables del Insalud. Así se desprende del plan de mejora de la calidad asistencial que ha elaborado la entidad gestora para este año, un ambicioso conjunto de programas que persiguen afinar la elaboración de protocolos para evitar la práctica de la medicina defensiva”, “deberán impulsar la implantación de protocolos que, además de perseguir una disminución de los costos, guiando a los clínicos hacia una práctica más estandarizada con estrategias de costo -efectividad, tendrán que contribuir a reducir la percepción que tienen los médicos del riesgo de ser procesados por mala praxis y, por tanto, disminuir la práctica de una medicina defensiva con la consiguiente reducción de costos y riesgos para los pacientes”.

Como se puede comprobar, se pretende dar al protocolo un papel importante para evitar demandas. Los magistrados suelen ser muy cautos cuando analizan la importancia que tiene el seguimiento de los protocolos en el curso de las instrucciones de una demanda. Es evidente, que el seguimiento estricto de los mismos puede usarse como prueba de una buena asistencia.

En conclusión; desde nuestro punto de vista, los protocolos son una guía excelente para la asistencia clínica.

El 01 de Junio de 2005, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) definió como Política de Estado en Salud (Resolución Ministerial: 422-2005/MINSA) la necesidad de la atención de la salud a partir de un conjunto de procedimientos clínicos que se sustenten en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento para estandarizar estos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de la atención de la salud y el uso adecuado de los recursos.

Para homogenizar la metodología para el desarrollo de Protocolos / Guías de manejo de la patología prevalente, de acuerdo a criterios metodológicos internacionalmente aceptados que respondieran a las prioridades en la

atención de salud de la población, el MINSA elaboró la “Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica”.

2.21. PROTOCOLO TERAPEUTICO GENERAL (DE LAS HOSPITALIZACIONES) POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL.

DIETA:	NADA POR BOCA; EXCEPTO MEDICAMENTOS; POR ____ HORAS LACTANCIA MATERNA A DEMANDA ____ cc (VOL. APROX.); POR TOMA; POR ____ TOMAS LECHE ____ AL ____ %; EN VOLUMEN DE ____ cc; POR ____ TOMAS DIETA ____; EN VOLUMEN DE ____ cc; POR RACIÓN
SOLUCIÓN DE VENOCLISIS	DEXTROSA ____ %: ____ cc; en ____ horas. + CLORURO DE SODIO: ____ mEq + CLORURO DE POTASIO: ____ mEq
TRATAMIENTO BRONCODILATADOR	1ª. hora NEBULIZACIÓN CON ____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA 20 MINS. 2ª. hora NEBULIZACIÓN CON ____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA 30 MINS. NEBULIZACIÓN CON ____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA ____ HORAS.
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	AMPICILINA SÓDICA: ____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 06 HORAS CEFTRIAXONA: ____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 12 HORAS CLORAMFENICOL: ____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 06 HORAS
TRATAMIENTO CORTICOIDE:	DEXAMETASONA: ____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; STAT; Y LUEGO: DEXAMETASONA: ____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; CADA 08 HORAS.
TRATAMIENTO ANTIPIRÉTICO:	CONTROL DE ALZA TÉRMICA POR MEDIOS FÍSICOS PARACETAMOL: ____ mg.; VÍA ORAL; CASO NO REMITENCIA ALZA TÉRMICA POR MEDIOS FÍSICOS. METAMIZOL: ____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; CASO NO REMITENCIA ALZA TÉRMICA POR PARACETAMOL.
CUIDADOS DE SALA:	CUIDADOS: CUNA / CAMA PEDIÁTRICA REPOSO LIMPIEZA DE SECRECIONES: FOSAS NAALES Y CAVIDAD ORAL A NECESIDAD POSICIÓN SEMISENTADO EN BLOQUE EN 30° OXÍGENO PARA SATURACIÓN HEMOGLOBINA MAYOR A 90%. CONTROL DE FUNCIONES VITALES CURVAS ANALÍTICAS DE: FREC. RESP., FREC. CARDIACA, Y SATURACIÓN CADA ____ HORAS BALANCE HÍDRICO ESTRICTO OBSERVANCIA DE SIGNOS DE ALARMA
EXÁMENES AUXILIARES:	HEMOGRAMA COMPLETO; RECUENTO PLAQUETARIO; PROTEÍNA C REACTIVA; VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR ANÁLISIS DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EXAMEN COMPLETO DE ORINA COPROPARASITOLÓGICO SERIADO
INTERCONSULTA RE-EVALUACIÓN	RE-EVALUACIÓN SEGÚN CURSO CLÍNICO Y/O CON RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES.

2.22. PROTOCOLO TERAPEUTICO GENERAL (DE LAS HOSPITALIZACIONES) POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL, BAJO LÓGICA AIEPI

OXÍGENO:		NADA POR BOCA; EXCEPTO MEDICAMENTOS; POR _____ HORAS
TRATAMIENTO BRONCODILATADOR	1ª. hora 2ª. hora	NEBULIZACIÓN CON _____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA 20 MINS. NEBULIZACIÓN CON _____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA 30 MINS. NEBULIZACIÓN CON _____ GOTAS DE FENOTEROL + 4 cc. SOLUCIÓN FISIOLÓGICA; CADA _____ HORAS.
TRATAMIENTO CORTICOIDE:		DEXAMETASONA: _____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; STAT; Y LUEGO: DEXAMETASONA: _____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; CADA 08 HORAS.
DIETA O SOLUCIÓN DE VENOCLISIS		LECHE _____ AL _____ %; EN VOLUMEN DE _____ cc; POR _____ TOMAS DIETA _____; EN VOLUMEN DE _____ cc; POR RACIÓN DEXTROSA _____ %; _____ cc; en _____ horas. + CLORURO DE SODIO: _____ mEq + CLORURO DE POTASIO: _____ mEq
TRATAMIENTO ANTIPIRÉTICO:		CONTROL DE ALZA TÉRMICA POR MEDIOS FÍSICOS PARACETAMOL: _____ mg.; VÍA ORAL; CASO NO REMITENCIA ALZA TÉRMICA POR MEDIOS FÍSICOS. METAMIZOL: _____ mg.; ENDOVENOSO LENTO DILUIDO; CASO NO REMITENCIA ALZA TÉRMICA POR PARACETAMOL.
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		AMPICILINA SÓDICA: _____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 06 HORAS CEFTRIAXONA: _____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 12 HORAS CLORAMFENICOL: _____ mg.; ENDOVENOSO DILUIDO; CADA 06 HORAS
CUIDADOS DE SALA:		CUIDADOS: CUNA / CAMA PEDIÁTRICA REPOSO _____ LIMPIEZA DE SECRECIONES: FOSAS NASALES Y CAVIDAD ORAL A NECESIDAD POSICIÓN SEMISENTADO EN BLOQUE EN 30° OXÍGENO PARA SATURACIÓN HEMOGLOBINA MAYOR A 90%. CONTROL DE FUNCIONES VITALES CURVAS ANALÍTICAS DE: FREC. RESP., FREC. CARDIACA, Y SATURACIÓN CADA _____ HORAS BALANCE HÍDRICO ESTRICTO OBSERVANCIA DE SIGNOS DE ALARMA
EXÁMENES LABORATORIALES:		HEMOGRAMA COMPLETO; RECUENTO PLAQUETARIO; PROTEÍNA C REACTIVA; VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR RADIOGRAFÍA DE TÓRAX
RE-EVALUACIÓN		RE-EVALUACIÓN SEGÚN CURSO CLÍNICO Y/O CON RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES.

2.23. TEORÍA EPIDEMIOLÓGICA DEL RIESGO

De Metodología de la Investigación: Determinación de factores de riesgo. Pita Fernández, S., Vila Alonso MT, Carpente Montero J.. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España). CAD ATEN PRIMARIA 1997; 4: 75-78:

“CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO

El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.

La cuantificación del grado de riesgo constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades Hay diferentes maneras de cuantificar ese riesgo:

b. Riesgo Relativo:

Compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen (Tabla 1).

Tabla 1.2. Tabla 2 x 2 en los Estudios de Casos y Controles.

	Casos	Controles
Expuestos	.a	.b
No expuestos	.c	.d

.a.d
Odds ratio (razón de predominio, oportunidad relativa): OR = -----
.b.c

2.24. ADAPTACIÓN DE LA TABLA DE RIESGOS A EFECTO DE LA TESIS: “EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008)”.

	CASOS: PACIENTES QUE RECIBIERON TERAPÉUTICA PROTOCOLIZADA EXPLÍCITA IRAB c/ HRB – H. LORENA	CONTROLES: PACIENTES QUE NO RECIBIERON TERAPÉUTICA EXPLÍCITA PROTOCOLIZADA IRAB c/ HRB – H. LORENA	SUB – TOTALES
PRESENCIA DE FACTOR DE EFICIENCIA: INDICACIÓN EXPLÍCITA EN HOJA TERAPÉUTICA.	.a	.b	.a + .b
AUSENCIA DE FACTOR DE EFICIENCIA: NO INDICACIÓN EXPLÍCITA EN HOJA TERAPÉUTICA.	.c	.d	.c + .d
SUB - TOTALES	.a + .c	.b + .d	TOTAL .a + .b + .c + .d

Interpretación de OR a efecto de la Tesis:

OR < 1. Factor de riesgo de Estancia hospitalaria prolongada y Sobrecosto económico institucional.

OR = 1. No asociación entre variables estudiadas.

OR > 1. Factor de protección de Estancia hospitalaria prolongada y Sobrecosto económico institucional.

2.25. ANTECEDENTES:

2.25.A) ANTECEDENTES NACIONALES (AN):

AN1. Estudio realizado por Rocano E. sobre "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL". RESUMEN: Se revisaron 86 historias clínicas de los pacientes fallecidos en enero y febrero del 2008 en el Servicio de Emergencia del Hospital Loayza de Lima. Siendo los resultados: El 100% de las historias clínicas (HC) auditadas se encontró en un rango de calificación entre 48 y 64%. Datos de filiación incompletos (100%); registró incompleto de la Enfermedad Actual (100%); no énfasis en el motivo de consulta (70%); no se enfatizó el estado general o de conciencia (50%); en ninguna HC se registró la codificación CIE10; sólo el 15% del total de HC registró la epicrisis; sólo el 15% de las HC tuvo la apreciación del caso clínico, correspondiendo todas al área de medicina; en el 60% de las HC no se utilizaron los formatos adecuados para el registro de los diferentes procesos; en el 77% de las HC no se registró el nombre completo del paciente en cada formato de la HC; y, en más del 50% de HC no se registró los resultados de los exámenes radiológicos (tomografía y placas radiográficas) ni el comentario y/o apreciación de los mismos.

Conclusión: Las historias clínicas auditadas calificaron como regulares.

AN2. Estudio realizado por Peratta M. , Llanos Z. L., Cabello M.E., Mayca P.J. sobre "AUDITORÍA MÉDICA EN LA CONSULTA EXTERNA PEDIÁTRICA EN

UN HOSPITAL GENERAL, LIMA.” Revista Médica Herediana; 17(1):35-41, ene.- mar. 2006. RESUMEN: La calidad asistencial se puede medir basada en el llenado de la historia clínica (HC), documento médico-legal que registra la identificación del usuario, su edad, enfermedad, diagnóstico, evolución y terapia. Para ello se realiza la auditoria de fuentes secundarias como un estudio de calidad de llenado.

Objetivo: Evaluar la calidad de los datos registrados en HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos atendidos en consultorios externos de Pediatría General en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio transversal descriptivo de corte retrospectivo, incluyendo 384 HC mediante un muestreo aleatorio simple con reemplazo. Se consideró las siguientes dimensiones: datos del paciente, anamnesis, examen físico, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento e identificación del médico tratante, realizando una medición dicotómica de la variable (presencia o ausencia de la variable). Resultados: Se encontró que el motivo de consulta, el peso y talla del paciente estuvieron presentes en todas las HC. La fecha, edad, y examen físico estuvieron presentes en más del 90 por ciento, el nombre y número de HC en menos del 50 por ciento, mientras que las funciones biológicas y funciones vitales en menos del 20 por ciento. El diagnóstico fue registrado en 99,2 por ciento y el plan de trabajo en 84,6 por ciento. El tratamiento farmacológico se encontró completo en 7,4 por ciento. La identificación del médico se encontraba completa sólo en 49,7 por ciento.

Conclusiones: La calidad del registro de datos en las HC de atención ambulatoria de pacientes nuevos de Pediatría General en el HNCH es deficiente, se deben implementar mecanismos que permitan de manera efectiva a los médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

AN3. Estudio realizado por Piscoya, A.J. “CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE LA AUDITORIA MÉDICA.” RESUMEN: Los procedimientos de mejoramiento de la calidad de atención al paciente han logrado un desarrollo significativo en la última centuria, constituyéndose en piedra angular de un adecuado diagnóstico y tratamiento lo que ha dado lugar

a la institucionalización de la Auditoría Médica como una especialidad dentro de la práctica médica. La velocidad del desarrollo de la Auditoría Médica ha creado expectativa tanto en los métodos como en la tecnología utilizada. La definición convencional presentada muy repetida en la publicación “Trabajando para los pacientes”, es poco útil: ‘Análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes’, pues no identifica los propósitos de la auditoría, ni sugiere como llevar a cabo los estudios, el término sistemático también supone que sea continuo y que todos los aspectos deben ser monitorizados, siendo que esto es sumamente costoso y a menudo no cumple expectativas. La definición por el método propuesta por Slee: “Evaluación de calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” es una definición metodológica, obvia por ejemplo presentación de casos, estudios ad-hoc, auditoría basada en evidencias. En cuanto a la definición de Heath: “Regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación” es una aproximación a la revisión por pares, ha sido mejorada por Dixon es una propuesta de identificación de oportunidades de mejora y proveyendo un mecanismo para su realización. Esta definición es más comprensible, introduce la idea de medir también como propósito del método pero no dice qué aspectos del cuidado médico deben ser auditados ni como implementar estas mejoras. Crombie antepone el propósito en su definición “Auditoría es el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones” que es el marco de referencia que utilizamos regularmente.

AN4. Estudio realizado por Llanos Z.L., Mayca P.J., Navarro Ch.G. “AUDITORÍA MÉDICA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTA EXTERNA DE CUATRO HOSPITALES PÚBLICOS PERUANOS.”Revista Médica Herediana 17(4):220- 226, 2006. RESUMEN: La auditoría es definida como análisis crítico sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo procedimientos, uso de recursos y resultados que repercuten en los desenlaces clínicos y la calidad de vida del paciente. Objetivos: El presente estudio busca evaluar el llenado de historias clínicas (HC) de consulta externa, permitiendo identificar los errores o vacíos de información. Materiales y Métodos: Se realizó

un estudio transversal descriptivo. Se incluyeron muestras aleatorias representativas de pacientes nuevos atendidos en 04 hospitales MINSA de la costa norte (Lambayeque – 390 HC) y sur (Ica -396 HC), sierra (Junín -384 HC), y selva (Amazonas-396 HC). La unidad de muestreo y análisis fue la HC de pacientes atendidos en consultorios. Resultados: Se encontró: registro de funciones vitales en 8,75 por ciento de las HC, registro de síntomas de consulta en 91,08 por ciento registro de examen físico en 56,63 por ciento, registro de diagnóstico del paciente en 97,43 por ciento, registro del tratamiento o plan de trabajo en 89,37 por ciento, registro de fecha y hora en 13,70 por ciento y registro de la firma y sello del profesional en 54,65 por ciento. Se observan diferencias significativas entre los cuatro hospitales. Conclusiones: Tal como se ha reportado, el llenado de HC es pobre para la mayoría de variables evaluadas. Se esperaba que los hallazgos mostrasen valores elevados en aspectos que en consideración de los profesionales son sustantivos para una buena calidad de atención al usuario. La auditoría médica mejorará los estándares de la práctica médica cuando el personal de salud entienda y se convenza de su valor como herramienta educativa.

AN5. Estudio realizado por Cordero B.R. sobre “AUDITORIA MÉDICA EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE ESSALUD CON SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIA MARZO Y ABRIL DEL 2003.” UNMSM Lima – 2003. RESUMEN: Objetivos: Mejorar la calidad de atención mediante la Auditoria Médica de Historias Clínicas. Elaborar plantilla de Auditoria para centros asistenciales de Essalud nivel I con Sistema de Gestión Hospitalaria. Material y Métodos: Es un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se evaluaron 250 Historias Clínicas de pacientes que se atendieron en los servicios de Medicina y Pediatría, en los meses de Marzo y Abril del 2003. Se auditó 15 rubros de la Historia Clínica. Resultados: El puntaje promedio fue de 69.40 puntos, calificándose de regular. Datos de Filiación (100%) y Diagnóstico realizado con criterios del CIE-10 (98.4%), tuvieron alta calificación. Se encontró ausencia o registro incompleto en forma repetitiva en rubros de Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y Tratamiento. El 100% de las Historias Clínicas presento registro incompleto por falta de firma y sello del médico. Conclusiones: Las Historias Clínicas con Sistema de Gestión

hospitalaria tienen más atributos de calidad en relación a las Historias Clínicas convencionales. Las deficiencias observadas ameritan la implementación de Auditoria Médica como procedimiento de rutina, con la participación de los médicos e inicialmente liderada por el Director, capacitación y finalmente, se sugiere la modificación de la Historia Clínica con Sistema de Gestión Hospitalaria.

AN6. Zárate Cárdenas E., Llosa Isenrich L.; "HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS PERUANOS Y FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLOS".

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);118(6):479-87, jun. ilustr.

RESUMEN: Con objeto de determinar qué fuentes de información influyen en los hábitos de prescripción de los médicos peruanos, hasta qué punto la experiencia modifica estos hábitos y cuán racional es el tratamiento medicamentoso de ciertas afecciones comunes, de septiembre de 1991 a diciembre de 1992, se administró un cuestionario a 800 médicos de dos zonas marginales de Lima y Chimbote, Perú. De ellos, 184 tenían prácticas establecidas y 309 eran médicos recién graduados. El cuestionario se compuso de preguntas en que el médico debía indicar qué fuentes de información determinan su conducta a la hora de prescribir medicamentos; que medicamentos son y no son indispensables en la práctica clínica ambulatoria y cuál es el tratamiento farmacológico adecuado de la anemia ferropénica y de las Infecciones urinarias bajas en la mujer. Según las contestaciones, los conceptos aprendidos en las escuelas de medicina tenían poca influencia en los hábitos de prescripción de ambos grupos médicos. Más de dos tercios afirmaron, además, que su principal fuente de información farmacológica era la literatura científica. Esta afirmación la hicieron 69,9 por ciento de los médicos con práctica y 79,9 por ciento de los recién graduados. La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($P < 0.01$). En lo concerniente a los grupos farmacológicos indispensables en la práctica ambulatoria, 28,8 por ciento de los médicos contestaron correctamente la pregunta, mientras que 28,9 por ciento acertaron en contestar la pregunta sobre los grupos de fármacos que no se deben recetar. Las diferencias entre los dos grupos no fueron significativas. Por otra parte, 60 por ciento de los médicos establecidos y 52 por ciento de los recién graduados, respectivamente, contestaron bien a las preguntas sobre el

tratamiento de la anemia ferropénica y la infección urinaria y en ningún caso hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

2.25.B) ANTECEDENTES INTERNACIONALES (AI):

AI1. Estudio realizado por Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. sobre "EFECTOS DE LA AUDITORÍA Y LA RETROALIMENTACIÓN (FEEDBACK) EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y LAS MEDIDAS DE RESULTADO DE ATENCIÓN SANITARIA." Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Objetivos: Evaluar los efectos de la auditoría y la retroalimentación sobre la práctica de los profesionales sanitarios y las medidas de resultado de los pacientes. Resultados: Se incluyeron en total 118 estudios.

Se incluyeron 88 comparaciones de 72 estudios que comparaban cualquier intervención en la que la auditoría y la retroalimentación (feedback) era un componente comparado con ninguna intervención. En los resultados dicotómicos la diferencia de riesgo ajustada del cumplimiento de la práctica deseada varió de -0,16 (una disminución absoluta del 16 % del cumplimiento) a 0,70 (un aumento del 70% del cumplimiento) (mediana = 0,05; rango intercuartil = 0,03 a 0,11) y la razón de riesgo ajustada varió de 0,71 a 18,3 (mediana = 1,08; rango intercuartil = 0,99 a 1,30). En los resultados continuos el cambio porcentual ajustado con relación al control varió de -0,10 (una disminución absoluta del 10 % del cumplimiento) a 0,68 (un aumento del 68% del cumplimiento) (mediana = 0,16; rango intercuartil = 0,05 a 0,37). Conclusiones: La auditoría y la retroalimentación pueden ser eficaces para mejorar la práctica profesional. Cuando son eficaces, los efectos son generalmente de pequeños a moderados. Es probable que la efectividad relativa de la auditoría y la retroalimentación (feedback) sea mayor cuando el cumplimiento al inicio de la práctica recomendada es bajo y cuando se proporciona la retroalimentación (feedback) con mayor intensidad.

AI2. Estudio realizado por Dr. Rencoret S.G. sobre "AUDITORIA MEDICA: DEMANDAS Y RESPONSABILIDAD POR NEGLIGENCIAS MEDICAS. GESTION DE CALIDAD: RIESGOS Y CONFLICTOS" Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 3, año 2003; 157-160. En el que se analiza sobre los

costos y pérdidas financieras originadas en reclamaciones por asistencia sanitaria tanto en el ámbito internacional como nacional, que según cifras publicadas en un informe de la OMS y del Consejo Europeo sobre Seguridad del Paciente del año 2001: a) En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte un monto de casi US\$ 9.000 millones entre costos por indemnizaciones, estadías hospitalarias, responsabilidad por reclamos e infecciones hospitalarias, estimándose que un 15% de éstas pueden ser evitadas. b) En EE.UU. el costo nacional por eventos médicos adversos, lucro cesante, demandas por discapacidad y otros, asciende a alrededor de US\$ 40.000 millones por año. c) En España, considerando sólo los costos de las primas de seguros del sector público INSALUD, compromete un monto de US\$ 60 millones, debiendo tener presente que de acuerdo a la información del año 2002 los seguros estarían retirándose del mercado asegurador sanitario español porque habría incurrido en pérdidas. d) En Chile se estima que las demandas que debió enfrentar el sector público de salud los años 2001 y 2002 ascenderían a la suma de US\$ 40 a 50 millones por año. Esto ha llevado a las instituciones de salud al desarrollo de programas de Auditoría Médica que tienen por objeto la evaluación crítica periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes.

AI3. Estudio realizado por Rosa S., Delgado A.E. sobre "MEDICAL AUDIT: THE SPANISH EXPERIENCE" [AUDITORÍA MÉDICA: LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA] publicada en la Revista British Medical Journal (BMJ) Volumen 303 16 Noviembre de 1991 y realizada durante los años de 1980-1990, determina que la Auditoría tiene una función de consultoría para el Hospital Español. La participación de médicos en los programas es voluntaria y rotatoria; entre el 15 % y el 30 % de personal en cada hospital por lo general participan en cierta época, y los médicos no reciben el pago especial para su participación. La jefatura muestra los problemas más comunes de hospital después de la auditoría médica. Gracias a la legislación se realizaron auditorías obligatorias en todos los hospitales españoles.

Luego se fundaron comités clínicos de auditoría en todos los centros médicos. Los programas de garantía de calidad se han desarrollado desde entonces

cada vez más rutinarios dentro de la estructura de hospital, y aproximadamente 50 a 60 hospitales actualmente están usando como herramienta de calidad; la auditoría. La auditoría por lo general cubre lo siguiente: El proceso y los resultados del cuidado de los pacientes, la utilización de Recursos, los riesgos y la opinión de los pacientes.

AI4. Estudio realizado por Lembcke PA. "MÉTODOS CIENTÍFICOS DE AUDITORÍA MÉDICA. INVESTIGACIONES SOBRE SERVICIOS DE SALUD: UNA ANTOLOGÍA." Washington. Organización Panamericana de Salud 1992:92. Objetivo: Describir los métodos científicos de auditoría médica. Resultados: Tras una introducción que señala la obsolescencia e incongruencias de los índices de calidad previamente utilizados, se establecen las 5 características esenciales de la auditoría médica: 1) ordenación de la información en clasificaciones que tengan sentido clínico; 2) comprobación de los procesos realizados mediante la revisión de la historia; 3) determinación de la fiabilidad de los resultados de las pruebas diagnósticas; 4) comparación de los datos obtenidos con los criterios relevantes para confirmar diagnósticos, justificar intervenciones o tratamientos y valorar la evitabilidad de los sucesos adversos; y 5) comparar el grado de cumplimiento de los criterios con el cumplimiento en los mejores hospitales). Conclusiones: La utilidad de la auditoría médica depende de que tenga su base en métodos científicos. Estos métodos deberían incluir el empleo de definiciones uniformes para clasificar diagnósticos y tratamientos, la comprobación de los procesos realizados en base a la documentación clínica, la medición de la calidad en función de criterios objetivos y su valoración en relación a hospitales "testigos".

2.26. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

ALGORITMO: Conjunto de reglas o procedimientos lógicos, secuenciales simples y definidos que conduce a resolver un problema específico (Resolución 422- 2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN: Proceso mediante el cual se interpreta y desglosan con apoyo de la estadística descriptiva e inferencial los diversos datos, cuadros y gráficas estadísticas e información recolectada y organizada (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD NT N° 029- MINSA/DGSP- V.01: Es de aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN: Proceso mediante el cual se interpreta y desglosan con apoyo de la estadística descriptiva e inferencial los diversos datos, cuadros y gráficas estadísticas e información recolectada y organizada (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".

AUDITORIA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL: Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.

AUDITORÍA EN SALUD: Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

AUDITORÍA INTERNA: Es una auditoria realizada por personal dependiente de la propia organización.

AUDITORÍA MÉDICA: Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

BRONCONEUMONÍA: Diagnóstico clínico referido a Infección Respiratoria Aguda que incluye los cuadros clínicos de bronquitis, bronquiolitis y neumonía; con predominio semiológico bronquítico: fiebre, disnea, taquipnea, tos productiva, tiraje subcostal o intercostal, estertores roncantes inspiratorios, sibilancias y tiempo espiratorio prolongado (Definición de experto: Pediatra Consultor AIEPI . 2006).

BRONQUIOLITIS: Enfermedad aguda viral caracterizada por la obstrucción inflamatoria de las vías aéreas pequeñas (menores de 3 mm de diámetro). Etimológicamente 'bronquiolitis' significa inflamación de los bronquiolos (Guías de Manejo 2004. Servicio de Pediatría. 6ª. Guía. Hospital Antonio Lorena – Cusco. MINSA).

CALIDAD (GRADO DE CUMPLIMIENTO): Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades y expectativas implícitas o expresadas por los clientes.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad, es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005).

CAUSA: Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.

CONCLUSIÓN: Juicios de carácter profesional basados en los hechos resultantes de la evaluación realizada.

CONDICIÓN: Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

CONFIDENCIALIDAD: Principio por el cual el auditor debe mantener absoluta reserva respecto a la información que conozca en el transcurso de su trabajo.

CRITERIO: Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.

EFECTO: Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento hallado.

ENFOQUE BASADO EN HECHOS: El auditor fundamentará su accionar en las evidencias objetivas que sustenten sus observaciones y conclusiones.

ESTANDARIZACIÓN: Procedimientos que determinan los patrones de desempeño de los componentes de la organización (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías

de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

ETICA: orienta la conducta del auditor hacia el bien, hacia la búsqueda de lo correcto, lo ideal y la excelencia.

FINALIDAD DE LA NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01: Fortalecer la función gerencial de control interno Institucional a fin de promover la calidad, la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (PROTOCOLO): Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud. La Guía de práctica Clínica debe tener validez, fiabilidad, flexibilidad, reproducibilidad, y aplicación clínica. (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

INDEPENDENCIA: Actitud de independencia de criterio respecto de la organización evaluada y de mantenerse libre de cualquier situación que pudiera señalarse como incompatible con su objetividad, en cuyo caso deberá comunicarlo por escrito y eximirse de participar.

INDICADOR: Expresión numérica que cuantifica situaciones, escenarios, cambios en procesos o fenómenos por medio de los cuales en forma práctica, se propicia la detección de las desviaciones y sus posibles causas (Resolución 422- 2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA BACTERIANA (IRA):

1. Es la falla aguda de una o más etapas de la respiración que ponen en peligro la vida del paciente. Incapacidad del aparato respiratorio para mantener la presión parcial de gases en sangre arterial dentro de límites normales, la PaO₂ > 60 mmHg y la PaCO₂ < 45 mmHg (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio

del 2005. Guía de práctica clínica. Insuficiencia respiratoria en Pediatría. Pág.1).

2. Falla del pulmón para oxigenar adecuadamente la sangre arterial y/o evitar la retención de CO₂. Proceso deficiente de intercambio gaseoso entre un organismo y su medio ambiente. Tiene un cuadro relativamente específico, pero el diagnóstico es especialmente gasométrico. Aunque a menudo la IRA se acompaña de síntomas y signos de dificultad respiratoria, esto no es invariable, como en el síndrome de depresión central por drogas o meningitis, principalmente en estos casos es que se requiere de ayuda del análisis de gases arteriales para verificar alteraciones en oxigenación o eliminación del CO₂.

Para definir la IRA se usan las cifras de PaO₂ < 50 torr (< 60 torr) y PaCO₂ > 50 torr (a excepción de las cardiopatías congénitas graves) [Villafuerte Rivera, Hernán: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Pág. 176. Hospital Nacional del Sur. (ESSALUD – Arequipa) – 1999].

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS: Es el uso concienzudo, juicioso y explícito de la mejor evidencia científica disponible, para la toma de decisiones sobre la atención individual de los pacientes (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: Actitud por la cual el auditor realiza sus actividades con la finalidad de contribuir a la búsqueda permanente de las mejoras.

OBJETIVO DE LA NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01: Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

OBSERVACIÓN: Referida a hechos o circunstancias significativos identificados durante la auditoria y que pueden motivar oportunidades de mejora.

PAPELES DE TRABAJO: Registran el planeamiento, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoria aplicados por el auditor; los resultados y conclusiones extraídas de la evidencia obtenida. Se utilizan para controlar el progreso del trabajo y proveer evidencia del trabajo realizado para respaldar la opinión del auditor.

RECOMENDACIONES: Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.

REPORTE DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD: Es el documento en el cual se comunican al Director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorias de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo a modelo.

REVISIÓN SISTEMÁTICA: Revisión que utiliza los métodos estadísticos apropiados para el análisis de un conjunto de datos obtenidos de manera cuantitativa y cualitativa, para proveer un estimado de eficacia, seguridad y significancia clínica a los resultados discutidos (Resolución 422-2005/MINSA: 01 de Junio del 2005. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica: NT No. 024 – MINSA/DGSP-V.01. Pág.2).

SIBILANCIAS: Sonido suave y agudo que se produce por el paso del aire por las vías aéreas estrechadas. (Organización Panamericana de la Salud. Programa AIEPI. Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Glosario. 2004).

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL AGUDO:

1. Síndrome que generalmente se caracteriza por la presencia de sibilancias o tos persistente, con o sin dificultad respiratoria, únicas o recurrentes, que

traducen una disminución de la luz bronquial y que puede corresponder a diferentes etiologías [Recabarren Lozada, Arturo: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Hospital Nacional del Sur. Pág. 135. (ESSALUD – Arequipa) – 1999].

2. Es un grupo de enfermedades que se presentan generalmente en lactantes y niños menores de 2 años. Se manifiestan con episodios de obstrucción bronquial y dificultad respiratoria recurrente. Es una denominación transitoria e idealmente se debe llegar a un diagnóstico específico en cada paciente [Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. Pág. 388. (MINSa) – 07 de Enero de 1999].

SUMILLA: Título que utiliza el hecho observado.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este Trabajo de Investigación: “EFICIENCIA INTEGRAL AIEPI Y EXPLICITACIÓN TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA INICIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: ESTUDIO CORRELACIONAL POR AUDITORÍA MÉDICA (Servicio de Pediatría - Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008)”; según la tipología clásica de los Estudios de Salud de Méndez – Namihira 1984, esta Tesis tiene como características, de acuerdo:

1. al período de captación de la información: Retrospectivo.
2. a la evolución del fenómeno de estudio: Transversal.
3. a la comparación de poblaciones: Descriptivo.
4. a la intervención del investigador: Observacional.

3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN:

Las variables operacionales son cada uno de los Elementos constitutivos del Protocolo de Indicaciones Terapéuticas Iniciales para hospitalizaciones por Infecciones Respiratoriasd Agudas con Hiperreactividad bronquial (ITIs – IRAB c/HRB) del Hospital Lorena, precisados líneas abajo, que deben constar en la primera Prescripción Médica “considerada completa”, expedida por el Personal Médico en el Servicio de Emergencia y/o en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena - Ministerio de Salud – Cusco.

Dado que las posibilidades de respuesta operacional son la presencia o la ausencia de cada uno de los elementos prescritos; todas y cada una de las variables, que son enumeradas en el Ítem siguiente, de este Trabajo tienen las siguientes características:

Naturaleza: Cualitativa.

Forma de medición: Indirecta.

Escala de medición: Nominal.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

Expresión final: Si y No.

3.3. CRITERIO GENERAL DE INCLUSION:

Historias clínicas y Hojas de emergencia de los pacientes pediátricos lactantes, mayores de 1 mes y menores de 1 año de edad, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional – MINSA – Cusco en razón de Diagnósticos de Hiperreactividad bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, y Bronquiolitis, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis, durante el periodo Julio 2007 a Junio 2008.

3.4. CRITERIOS GENERAL DE EXCLUSION:

Historias clínicas y Hojas de Emergencia de estos pacientes pediátricos lactantes que; aún teniendo los diagnósticos señalados en el período Julio 2007 a Junio 2008, presenten información parcial o incompleta que imposibilite una eficaz recolección y/o de datos.

3.5. PROTOCOLO DE INDICACIONES TERAPÉUTICAS INICIALES GENERALES PARA HOSPITALIZACIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL QUE AMERITAN HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL LORENA – MINSA – CUSCO, BAJO LÓGICA DE PRIORIDADES AIEPI:

1. Administración de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno mayor de 90 %.
2. Administración de Tratamiento broncodilatador
3. Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.
4. Instalación de Vía endovenosa: Solución de venoclisis y/o vía clorurada.
5. Aplicación de medios físicos caso de alza térmica, mayor de 38°C.
6. Administración de Paracetamol por vía oral, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos.
7. Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
8. Administración de Tratamiento antibiótico
9. Prescripción de Dieta o de Condición Nada por boca.
10. Indicaciones de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.

11. Indicación de Reposo estricto o absoluto.
12. Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.
13. Indicación de Colocación del paciente en posición semisentado en treinta grados (30°).
14. Indicación de Control de funciones vitales.
15. Indicación de Elaboración de Curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardiaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.
16. Indicación de Control / Balance hídrico estricto.
17. Indicación de Observancia de signos de alarma.
18. Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
19. Solicitud de radiografía de tórax.
20. Especificación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

3.6. HIPÓTESIS:

El nivel de eficiencia integral de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud, en el período Julio 2007 a Junio 2008, para la Terapéutica de los Cuadros Clínicos Agudos de IRAs bacterianas con Hiperreactividad Bronquial: Síndrome de Obstrucción Bronquial Agudo, Asma Bronquial, Bronconeumonía, Laringotraqueobronquitis; depende exponencialmente del grado de explicitación en Historia Clínica de las recomendaciones señaladas en los Protocolos / Guías terapéuticos AIEPI pertinentes.

3.7. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE [VARIABLE EFICIENCIA INTEGRAL]:

Eficiencia integral de las Indicaciones Terapéuticas Iniciales hospitalarias instaladas en pacientes pediátricos lactantes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena – MINSAL – Cusco por diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial.

VARIABLES INDEPENDIENTES [VARIABLE HOJA TERAPEUTICA]:

Cumplimiento de las Guías de Tratamiento Estandarizado de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas; expresado en la explicitación (o no) de Indicaciones Terapéuticas Iniciales instaladas en pacientes pediátricos lactantes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena – MINSA – Cusco por diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial:

1. Administración de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno mayor de 90 %.
2. Administración de Tratamiento broncodilatador
3. Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.
4. Instalación de Vía endovenosa: Solución de venoclisis y/o vía clorurada.
5. Aplicación de medios físicos caso de alza térmica, mayor de 38°C.
6. Administración de Paracetamol por vía oral, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos.
7. Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
8. Administración de Tratamiento antibiótico
9. Prescripción de Dieta o de Condición Nada por boca.
10. Indicaciones de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.
11. Indicación de Reposo estricto o absoluto.
12. Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.
13. Indicación de Colocación del paciente en posición semisentado en treinta grados (30°).
14. Indicación de Control de funciones vitales.
15. Indicación de Elaboración de Curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.
16. Indicación de Control / Balance hídrico estricto.
17. Indicación de Observancia de signos de alarma.
18. Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
19. Solicitud de radiografía de tórax.
20. Especificación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

3.8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	VALORES FINALES
VARIABLE DEPENDIENTE: EFICIENCIA INTEGRAL	Cuantitativa	Indirecta	Intervalo	Cálculo de OR adaptado	Estancia hospitalaria no prolongada, sin sobrecostos; con OR adaptado > 1. Estancia hospitalaria no prolongada, sin sobrecostos; con OR adaptado < 1..
VARIABLES INDEPENDIENTES: EXPLICITACIÓN DE INDICACIONES MÉDICAS.					
Administración de oxígeno	Cualitativa	Indirecta	Nominal	Ficha de recolección de datos consolidada Excel	Indicado No indicado
Administración de tratamiento broncodilatador					
Administración de tratamiento antiinflamatorio corticoide					
Instalación de vía endovenosa y/o dieta					
Aplicación de medios físicos para alza térmica					
Administración de Paracetamol					
Administración de Metamizol					
Administración de antibiótico					
Indicación de Cuidados de Cuna o Cama pediátrica					
Indicación de reposo absoluto / estricto					
Indicación de limpieza de secreciones de fosas nasales y boca					
Indicación de posición semisentado 30°					
Indicación de control de funciones vitales					
Indicación de elaboración de curvas analíticas de funciones vitales					
Indicación de balance hídrico estricto					
Indicación de observancia de signos de alarma					
Indicación de solicitud de hemograma completo					
Indicación de solicitud de radiografía de tórax.					
Indicación de re-valoración clínica					

3.9. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La muestra es censal puesto que está constituida por todas las Unidades de Análisis: ITIs – IRABs c/HRB del Hospital Lorena correspondientes a todos los pacientes pediátricos lactantes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena – MINSA – Cusco por los diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial (IRABs c/HRB), entre Julio 2007 a Junio 2008.

3.10. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: Metodología de Auditoría médica.

Instrumentos: En base de los Instrumentos validados del Ministerio de Salud:

1. Ficha de Auditoría de la Calidad de los Registros de Historia Clínica, y 2. Instructivo de Auditoría de la Calidad de los Registros de Historia Clínica; fueron elaboradas las Fichas Resumen parciales y generales pertinentes de acuerdo a las 20 variables específicas del estudio.
2. Ficha de recolección de datos, que investiga acerca de cada una de las 20 variables que componen la Terapéutica hospitalaria inicial maximalista a instalarse en pacientes pediátricos lactantes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena – MINSA – Cusco por los diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial, entre Julio 2007 a Junio 2008.

MÉTODOS DE CONTROL Y CALIDAD DE DATOS: El Tutor de Tesis podrá evaluar y supervisar la documentación fotocopiada; así como las Hojas de Cálculo auxiliares, cuando considere conveniente.

3.11. SECUENCIA METODOLÓGICA:

1. Se realizó una búsqueda y revisión completa del Libro de Hospitalización, que registra a los pacientes pediátricos, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena – MINSA – Cusco en razón de diagnósticos de las mencionadas Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad Bronquial, en el período entre Julio 2007 a Junio 2008.
2. Se solicitaron las Historias Clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados por IRABs c/HRB en el Hospital Lorena en el período Julio 2007 – Junio 2008.

3. Se ubicaron los referidos expedientes clínicos en la Unidad de Estadística del Hospital.
4. Se ubicaron, seleccionaron y fotocopiaron las Unidades de Análisis: ITIs – IRABs c/HRB del Hospital Lorena.
5. Se trasladó la data específica de las IRABs c/HRB a las Fichas Resumen parciales.
6. Se elaboró una Ficha Resumen integrada.
7. Se calcularon los estadígrafos pertinentes.
8. Se elaboraron los cuadros pertinentes por variables de análisis.
9. Se explicaron y discutieron los resultados según los objetivos específicos de la Tesis.
10. Se plantearon las Conclusiones y Recomendaciones.
11. Se elaboró el Informe final y se lo envió al Tutor.

3.12. ANÁLISIS DE DATOS:

- Para la presentación de textos, cuadros y gráficos se utilizó el Programa informático Microsoft Word.
- Para el desarrollo de las tareas específicas del Procedimiento de recolección de datos, se usó el Programa informático Excel.
- Para las variables de naturaleza cuantitativa se procedió a análisis de medidas de tendencia central; y para la comparación de proporciones se usó el Paquete estadístico SPSS 17.
- Para las variables de naturaleza cualitativa, mediante Excel avanzado, se calcularon los valores OR y sus Límites inferior y superior de confianza al 95%, y Chi².

3.13.PRESUPUESTO: Trabajo de Tesis autofinanciado.

3.14. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

1. Se construyeron Tablas 2x2, basadas en las Tablas Epidemiológicas Clásicas, que consideraron en Filas:
 - la Indicación explícita en hoja terapéutica (1^a fila) de cada una de las Indicaciones del Protocolo de tratamiento de IRABs c/HRB, y
 - la No indicación en hoja terapéutica (2^a fila);

y en Columnas se colocaron como:

- Casos a los pacientes que recibieron terapéutica protocolizada IRAs HRB, y como Controles a los pacientes que no recibieron terapéutica protocolizada IRABs c/HRB:

	CASOS: PACIENTES QUE RECIBIERON TERAPÉUTICA PROTOCOLIZADA EXPLÍCITA IRAB c/ HRB – H. LORENA	CONTROLES: PACIENTES QUE NO RECIBIERON TERAPÉUTICA EXPLÍCITA PROTOCOLIZADA IRAB c/ HRB – H. LORENA	SUB – TOTALES
PRESENCIA DE FACTOR DE EFICIENCIA: INDICACIÓN EXPLÍCITA EN HOJA TERAPÉUTICA.	.a	.b	.a + .b
AUSENCIA DE FACTOR DE EFICIENCIA: NO INDICACIÓN EXPLÍCITA EN HOJA TERAPÉUTICA.	.c	.d	.c + .d
SUB - TOTALES	.a + .c	.b + .d	TOTAL .a + .b + .c + .d

2. Se procedió a calcular el Odds Ratio (OR), y el RR a título referencial.
3. Se realizó análisis de límites de confianza de valores OR.
4. Se calculó el valor Chi² para cada una de las 20 tablas tetracóricas resultantes, y se efectuó la interpretación estadística correspondiente.
5. Finalmente se procedió a los Comentarios y a la Discusión pertinentes. Para la contabilización de la explicitación (o no) de las ITIs de los pacientes con IRABs c/HRB se procedió a llenar en una Hoja de Cálculo: en filas, cada una de las Unidades de análisis; y en columnas, cada una de las 20 Indicaciones terapéuticas que deben constar explícitamente. Luego se asignó el valor 1 cuando la Indicación fue consignada, y con 0 si no lo fue a efecto de obtener las sumatorias totales horizontales y verticales, que luego fueron comparadas con los totales para obtener los porcentajes correspondientes.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA Nº 1.

PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y DIAGNOSTICO DE EGRESO (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

DIAGNOSTICO	CONJUNTO ((N)(%))	VARONES ((N)(%))	MUJERES ((N)(%))
BRONQUIOLITIS	(71)(41.77%)	(47)(41.96%)	(24)(41%)
NEUMONÍA	(35)(20.58%)	(21)(18.75%)	(14)(24.13%)
ASMA	(4)(4.12%)	(6)(5.35%)	(1)(1.72%)
BRONQUITIS	(14)(8.24%)	(8)(7.14%)	(6)(10%)
LAR-TRAQ	(18)(10.58%)	(13)(11.6%)	(5)(8.62%)
TRAQ- BRONQ	(8)(4.7%)	(5)(4.46%)	(3)(5%)
BNM	(14)(8.24%)	(9)(8.03%)	(5)(8.62%)
OTROS DXS	(3)(2.14%)	(3)(4.46%)	(0)(0%)
TOTAL	170	112	58

Leyenda:

(N): Frecuencia absoluta.

(%): Frecuencia relativa.

LAR- TRAQ: Laringotraqueitis.

TRAQ- BRONQ: Traqueobronquitis

BNM: Bronconeumonía

OTROS DXS Otros Diagnósticos Pertinentes

TABLA N° 2.

ESTADÍGRAFOS GENERALES DE EDAD, EN AÑOS, DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: DISTRIBUCIÓN SEXO (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

ESTADÍGRAFO	CONJUNTO ((N)(%))	VARONES ((N)(%))	MUJERES ((N)(%))
MEDIA (años)	2.1	1.77	1.98
MEDIANA (años)	1	1	1
MODA (años)	1	1	1
DESV. STD (años)	3.23	2.2	2.92
CURTOSIS (años)	6.14	9.02	7.39
COEF. ASIMETRÍA (años)	2.6	2.7	2.74
MÍNIMO (años)	0.167	0.083	0.083
MÁXIMO (años)	14	12	14

Leyenda:

DESV. STD. (años) Desviación estándar en años

COEF. ASIMETRÍA: Coeficiente de asimetría.

TABLA N° 3.

ESTADÍGRAFOS GENERALES DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN DIAS, DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: DISTRIBUCIÓN POR SEXO (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

ESTADÍGRAFO (estancia hospitalaria)	CONJUNTO ((N)(%))	VARONES ((N)(%))	MUJERES ((N)(%))
MEDIA (días)	4.87	4.87	4.89
MEDIANA (días)	4	4	4
MODA (días)	2	5	3
DESV. STD (días)	4.23	3.91	4.82
CURTOSIS (días)	13.13	7.43	17.96
COEF. ASIMETRÍA (días)	3.07	2.46	3.69
MÍNIMO (días)	1	1	1
MÁXIMO (días)	32	22	32

Leyenda:

DESV. STD. (días): Desviación estándar en años

COEF. ASIMETRÍA: Coeficiente de asimetría.

TABLA N° 4.

ESTADÍGRAFOS GENERALES DE EDAD, EN AÑOS, DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS RESPIRATORIOS (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

ESTADÍGRAFO (edad de los pacientes)	SOBA + ASMA + BRONQUIOLITIS + BNM + TRAQUEOBRONQUITIS	NEUMONÍA	LARINGOTRAQUEITIS
MEDIA (a)	1.51	3.526	2.09
MEDIANA (a)	0.79	2	2
MODA (a)	1	2	2
DESV. STD (a)	2.42	4.36	1.36
CURTOSIS	12.73	0.86	0.54
COEF. ASIMETRÍA	3.43	1.49	0.46
MÍNIMO (a)	0.0833	0.0833	0.167
MÁXIMO (a)	14	14	5

Leyenda:

MEDIA (a): Edad promedio en años.

MEDIANA (a): Edad mediana en años.

MODA (a): Edad moda en años.

DESV. STD. (a): Desviación estándar de la edad en años.

COEF. ASIMETRÍA: Coeficiente de asimetría.

MINIMO (a): Edad mínima de los pacientes en años.

MAXIMO (a): Edad máxima de los pacientes en años.

SOBA: Síndrome de obstrucción bronquial agudo.

BNM: Bronconeumonía.

TABLA N° 5.

ESTADÍGRAFOS GENERALES DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN DIAS, DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

ESTADÍGRAFO (estancia hospitalaria)	SOBA + ASMA + BRONQUIOLITIS + BNM + TRAQUEOBRONQUITIS	NEUMONÍA	LARINGOTRAQUEITIS
MEDIA (d)	4.5	7	3.1
MEDIANA (d)	4	6	2
MODA (d)	2	6	1
DESV. STD (d)	4.23	4.31	2.62
CURTOSIS (d)	19.35	3.49	3.52
COEF. ASIMETRÍA (d)	3.86	1.81	1.79
MÍNIMO (d)	1	2	1
MÁXIMO (d)	32	21	11

Leyenda:

Leyenda:

MEDIA (d): Estancia promedio en días.

MEDIANA (d): Estancia mediana en días.

MODA (d): Estancia moda en días.

DESV. STD. (d): Desviación estándar de la estancia hospitalaria en días.

COEF. ASIMETRÍA: Coeficiente de asimetría.

MINIMO (d): Estancia mínima en días.

MAXIMO (d): Estancia máxima en días.

SOBA: Síndrome de obstrucción bronquial agudo.

BNM: Bronconeumonía.

TABLA N° 6.

PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y TOTAL DE PACIENTES – EGRESOS HOSPITALIZADOS: DISTRIBUCIÓN MENSUAL POR ESTANCIAS HOSPITALARIAS (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

MES	ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TOTAL DE PACIENTES	NUMERO TOTAL DE PACIENTES	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TOTAL DE PACIENTES	ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	NUMERO TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TOTAL DE PACIENTES DE HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
Jul. 07	528	57	9.26	66	10	6.6
Ago. 07	338	66	5.12	126	22	5.72
Set. 07	500	68	7.35	42	11	3.88
Oct. 07	346	49	7.06	43	10	4.3
Nov. 07	313	50	6.26	38	11	3.45
Dic. 07	477	61	7.82	74	11	6.72
Ene. 07	212	39	5.44	37	8	4.625
Feb. 07	206	35	5.89	15	6	2.5
Mar. 07	411	54	7.61	113	17	6.65
Abril. 07	429	53	8.09	63	17	3.7
Mayo. 07	286	60	4.77	99	26	3.8
Junio. 07	446	63	7.08	113	21	5.38
Jul-07 ^a Jun. 08	4492	655	6.81	829	170	4.77

Test de hipótesis: Grupos Independientes (Prueba t para varianzas diferentes).

Valor calculado = 3.62. Grados de libertad = 21. Valor p (2 colas) = 0.0016.

PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TOTAL DE PACIENTES (en días) N=12	PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL TOTAL DE PACIENTES DE HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (en días) N=12
6.812609	4.77708
Desviación estándar = 1.342700	Desviación estándar = 1.41341

TABLA N° 7:

PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR IRABs c/HRB (SOBA + ASMA + BRONQUIOLITIS + BNM + LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS): DISTRIBUCIÓN POR EXPLICITACIÓN ESPECÍFICA DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA O SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR; EN 34 CASOS (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

INDICACIONES TERAPÉUTICA INICIAL:	NUMERO DE EXPLICITACIONES EN HISTORIA CLÍNICA:
Administración de Oxígeno	33
Administración de tratamiento broncolilatador	31
Administración de tratamiento antiinflamatorio corticoide	32
Instalación de Vía endovenosa	33
Aplicación de Medios físicos para alza térmica	28
Administración de Paracetamol	28
Administración de Metamizol	27
Administración de Antibióticos	33
Instalación Vía EV o Indicación NPO o Dieta	33
Indicación de Cuidados de Cuna o Cama pediátrica	28
Indicación de Reposo absoluto o estricto	23
Indicación de Limpieza de fosas nasales y boca	26
Indicación de Posición semisentado 30°	32
Indicación de Control de funciones vitales	33
Indicación de Elaboración de curvas analíticas de funciones vitales	26
Indicación de Balance hídrico estricto	33
Indicación de Observancia de signos de alarma	33
Indicación de Solicitud de Hemograma completo	33
Indicación de Solicitud de Radiografía de tórax	33
Indicación de Reevaluación clínica	33

Importante: El conteo de 33 elementos en cada una de las categorías de indicaciones terapéuticas corresponde a 34; artificio matemático que no afecta el análisis posterior. Se ha efectuado esta mínima modificación a efecto de construir, luego, las correspondientes tablas tetracóricas de la Teoría de Riesgos con análoga tabla con los 91 Controles.

TABLA N° 8:

PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS POR IRABs c/HRB (SOBA + ASMA + BRONQUIOLITIS + BNM + TRAQUEOBRONQUITIS): DISTRIBUCIÓN POR EXPLICITACIÓN ESPECÍFICA DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA O SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR, EN 91 CONTROLES (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

INDICACIONES TERAPÉUTICA INICIAL:	Numero de explicitaciones en historia clínica
Administración de Oxígeno	67
Administración de tratamiento broncolilatador	73
Administración de tratamiento antiinflamatorio corticoide	38
Instalación de Vía endovenosa	75
Aplicación de Medios físicos para alza térmica	2
Administración de Paracetamol	28
Administración de Metamizol	8
Administración de Antibióticos	55
Instalación Vía EV o Indicación NPO o Dieta	85
Indicación de Cuidados de Cuna o Cama pediátrica	1
Indicación de Reposo absoluto o estricto	1
Indicación de Limpieza de fosas nasales y boca	10
Indicación de Posición semisentado 30°	23
Indicación de Control de funciones vitales	86
Indicación de Elaboración de curvas analíticas de funciones vitales	2
Indicación de Balance hídrico estricto	33
Indicación de Observancia de signos de alarma	47
Indicación de Solicitud de Hemograma completo	68
Indicación de Solicitud de Radiografía de tórax	64
Indicación de Reevaluación clínica	21

Importante: El conteo de 1 elementos en cada una de las categorías de indicaciones terapéuticas corresponde a 0. También en este caso, el artificio matemático escogido no alterará el análisis posterior. Se ha efectuado esta mínima modificación a efecto de construir, luego, las correspondientes tablas tetracóricas de la Teoría de Riesgos con, análoga tabla, con los 34 Casos.

TABLA No 9:

PACIENTES PEDIÁTRICOS CASOS Y CONTROLES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: DISTRIBUCIÓN EN TABLA TETRACÓRICA, POR EXPLICITACIÓN ESPECÍFICA DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA, CON VALORES ODDS RATIO DE EFICIENCIA DE CADA INDICACIÓN (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

Explicitación de:	En a	En b	En c	En d	ODDS RATIO	IC. INF. OR	IC. SUP. OR
OXIGENO	33	67	1	24	11,8208955	1,29069793	108,262024
BRONCODILATADOR	31	73	3	18	2,54794521	1,05046672	6,18013369
CORTICÓIDE	32	38	2	53	22,3157895	6,89459759	72,229663
VENOCLISIS	33	75	1	16	7,04	0,73912808	67,054143
MEDIOS FCOS	28	2	6	89	207,666667	48,5138759	888,930099
PARACETAMOL	28	28	6	63	10,5	6,2581395	17,617057
METAMIZOL	27	28	7	63	8,67357143	5,41506154	13,9089097
ANTIBIÓTICOS	33	55	1	36	21,6	2,41011049	193,584486
DIETA o NPO	33	85	1	6	2,32941176	0,19847722	27,345840b
CUIDADOS DE SALA	28	1	6	90	420	35,4318707	4978,56863
REPOSO	23	1	11	90	188,181818	18,2344224	1942,06298
LIMPIEZA	26	10	8	81	26,325	15,0071552	46,1783475
S EMISENTADO 30°	32	23	2	68	47,3043478	14,2328955	157,220386
CONTROL FVs	33	86	1	5	1,91860465	0,1527439	24,09944 86
CURVAS FVs	26	2	8	89	144,625	36,5749296	571,877809
BAL. HIDRICO	33	33	1	58	58	6,45072824	521,491508
OBSERVAR ALARMA	33	47	1	44	30,893617	3,46084892	275,774989
HEMOGRAMA	33	68	1	23	11,1617647	1,21478158	102,557574
RX TÓRAX	33	64	1	27	13,921875	1,53232096	1 26,486949
REEVALUACIÓN	33	21	1	70	110	11,881343	1018,40339

TABLA No 10:

PACIENTES PEDIÁTRICOS CASOS Y CONTROLES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: DISTRIBUCIÓN EN TABLA TETRACÓRICA, POR EXPLICITACIÓN ESPECÍFICA DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA, CON VALORES CHI-2 DE EFICIENCIA DE CADA INDICACION (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

Explicitación de:	En a	En b	En c	En d	Chi 2
OXIGENO	33	67	1	24	8.49
BRONCODILATADOR	31	73	3	18	2.12
CORTICÓIDE	32	38	2	53	27.43
VENOCLISIS	33	75	1	16	4.51
MEDIOS FCOS	28	2	6	89	87.1
PARACETAMOL	28	28	6	63	26.63
METAMIZOL	27	28	7	63	23.76
ANTIBIÓTICOS	33	55	1	36	15.92
DIETA o NPO	33	85	1	6	0.62
CUIDADOS DE SALA	28	1	6	90	91.71
REPOSO	23	1	11	90	70.65
LIMPIEZA	26	10	8	81	51.75
S EMISENTADO 30°	32	23	2	68	47.6
CONTROL FVs	33	86	1	5	0.35
CURVAS FVs	26	2	8	89	78.55
BAL. HIDRICO	33	33	1	58	36.7
OBSERVAR ALARMA	33	47	1	44	22.15
HEMOGRAMA	33	68	1	23	7.95
RX TÓRAX	33	64	1	27	10.17
REEVALUACIÓN	33	21	1	70	55.21

TABLA No 11:

PACIENTES PEDIÁTRICOS CASOS Y CONTROLES HOSPITALIZADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BACTERIANAS CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: DISTRIBUCIÓN EN TABLA TETRACÓRICA, POR EXPLICITACIÓN ESPECÍFICA DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA, CON VALORES RIESGO RELATIVO DE EFICIENCIA DE CADA INDICACION (Servicio de Pediatría – Hospitalización. Hospital Antonio Lorena. Ministerio de Salud - Cusco. Julio 2007 – Junio 2008).

Explicitación de:	En a	En b	En c	En d	RIESGO RELATIVO
OXIGENO	33	67	1	24	8.25
BRONCODILATADOR	31	73	3	18	2.08
CORTICOÍDE	32	38	2	53	12.57
VENOCLISIS	33	75	1	16	5.19
MEDIOS FCOS	28	2	6	89	14.77
PARACETAMOL	28	28	6	63	5.75
METAMIZOL	27	28	7	63	4.9
ANTIBIÓTICOS	33	55	1	36	13.875
DIETA o NPO	33	85	1	6	1.95
CUIDADOS DE SALA	28	1	6	90	15.44
REPOSO	23	1	11	90	8.79
LIMPIEZA	26	10	8	81	8.03
S EMISENTADO 30°	32	23	2	68	20.36
CONTROL FVs	33	86	1	5	1.66
CURVAS FVs	26	2	8	89	11.25
BAL. HIDRICO	33	33	1	58	29.5
OBSERVAR ALARMA	33	47	1	44	18.56
HEMOGRAMA	33	68	1	23	7.84
RX TÓRAX	33	64	1	27	9.52
REEVALUACIÓN	33	21	1	70	44.38

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Los resultados del presente Trabajo de Tesis, según se ha precisado en el Marco Teórico, se inscriben dentro de la lógica del Hallazgo de Auditoría, inserta en la normatividad de la Contraloría General de la República del Perú que, aprobó sus Normas de Auditoría Gubernamental (NAGU) [Resolución de Contraloría No. 162-95-CG: 22 de setiembre de 1995], que explicita:

1. los criterios generales de aplicación y cumplimiento por los funcionarios públicos, y por extensión de todo trabajador del Estado quienes, todos ellos son así, responsables de la legalidad de la ejecución del presupuesto del Estado, de los actos de las instituciones sujetas a control;

4. la verificación periódica del resultado de la gestión pública en sus unidades constitutivas básicas; al efecto, léase: Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco (Servicio de Pediatría-HALMINSA), según grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso de los recursos públicos, y

5. el cumplimiento de la normatividad y lineamientos de política y planes de acción; y la maximización de los resultados de la acción del Estado.

En este contexto; Condición, Criterio, Causa y Efecto son los 4 elementos, componentes o fundamentos básicos constitutivos del Hallazgo de Auditoría.

Condición y Criterio son los 2 elementos pertinentes al presente Estudio que definido como Retrospectivo, Comparativo de efecto a causa de casos y controles, Transversal y Observacional; dado que se trata de comparar integralmente los resultados del tratamiento de los pacientes, que ameritaron hospitalización, durante el período Julio 2007 a Junio 2008, en el Servicio de Pediatría-HALMINSA por Diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas con Hiperreactividad bronquial [Bronquiolitis, Neumonía, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos pertinentes]; que recibieron atención hospitalaria, según protocolos / guías de tratamiento, con indicaciones terapéuticas explicitadas (o escritas) en la Hoja de Emergencia y de Tratamiento en el Servicio, respecto de aquellos pacientes que recibieron atención no sistematizada según protocolos / guías de terapia.

Según especificaciones hechas en los Capítulos II y III de esta Tesis; el elemento

del Hallazgo: Causa; no es objeto de este Estudio, dada la naturaleza de este Trabajo enmarcada en la lógica de la MAESTRÍA EN SALUD INFANTIL COMUNITARIA con Mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública Infantil de la UNIA. El elemento Efecto será visto como consecuencia económica.

El elemento Condición del Hallazgo de Auditoría fue representado por los elementos fácticos escritos en las unidades de análisis, bajo la forma de Variable independiente: Explicitación (o no) terapéutica pediátrica inicial [Hoja de Emergencia y de Tratamiento en el Servicio]; y el elemento Efecto se constituyó en la forma de los componentes de la Variable dependiente compuesta Eficiencia integral terapéutica: No sobreestancia hospitalaria prolongada, y su consecuencia No sobrecostos económico – contables.

Condición del Hallazgo de Auditoría, en tanto descripción de la situación hallada, cuya descripción respecto de la norma debe ser demostrada fue representado por los elementos fácticos escritos en las Unidades de análisis, bajo la forma de Variable independiente: Explicitación (o no) terapéutica pediátrica inicial [Hoja de Emergencia y de Tratamiento en el Servicio]; y Efecto en cuanto consecuencia real o potencial cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el hallazgo, indispensable para establecer su importancia y recomendar se tomen las acciones requeridas para corregir la condición, se constituyó como componentes de la Variable dependiente compuesta Eficiencia integral terapéutica.

Analizadas las Unidades de análisis pertinentes a esta Investigación [Hojas de Emergencia de Pediatría y Primera prescripción en Hoja terapéutica en el Servicio de Pediatría] de acuerdo a las fases definidas del Ciclo de Auditoría de Shaw: 1.

Formulación de estándares de calidad (en el Marco teórico), 2. Observación y medición la práctica habitual (Descripción del Problema de Investigación), 3. Comparación de la práctica observada con los estándares (Objetivo de validez de constructo de este Estudio), 4. Decisión de si se debe cambiar algún procedimiento para mejorar la práctica (Objetivo tecnológico de esta Investigación), 5. Generación del cambio pertinente, y 6. Análisis de los efectos de los cambios, una vez hayan sido introducidos; y del análisis sistemático y crítico, de la asistencia médica, incluyendo diagnósticos y terapéutica, uso de

recursos, resultados y desenlaces clínicos, según Normas de Auditoría; las Indicaciones médicas iniciales registradas en Hojas de Emergencia y en la Primera hoja terapéutica al ingreso en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena del Ministerio de Salud de Cusco ciudad para los pacientes pediátricos hospitalizados por Diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial [Bronquiolitis, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos pertinentes] que ameritaron hospitalización, durante el período Julio 2007 a Junio 2008; obtenemos como conclusiones generales, que:

- I. La eficiencia integral del tratamiento hospitalario de las Infecciones Respiratorias Agudas objeto de estudio depende directamente del grado de cumplimiento de los Protocolos pertinentes; y
- II. Aquellos pacientes con tratamiento según Protocolos terapéuticos respecto de quienes no recibieron este tipo de tratamiento: 1) Tuvieron un menor tiempo de hospitalización, 2) Generaron menores costos institucionales por conceptos de cama hospitalaria, medicamentos, insumos y materiales de atención del paciente, exámenes auxiliares: de laboratorio y de radiología, 3) Ocasionaron un menor gasto para el paciente (léase: la familia del paciente) por los conceptos ya señalados; y 4) Sufrieron menos complicaciones médicas dado que tuvieron menor tiempo hospitalario.

V.I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

V.I.1. RESULTADOS GENERALES.

Del total de 635 pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; algo más de la cuarta parte (26.8 %): 170 correspondieron a pacientes con Diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas [Bronquiolitis, Neumonía, Laringotraqueitis, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos pertinentes] quienes ameritaron hospitalización, en el Servicio de Pediatría-HAL-MINSA, durante el período Julio 2007 a Junio 2008.

Según datos consignados en los registros consolidados de la Unidad de Estadística del Hospital Lorena; una, favorable, primera constatación es que no falleció ninguno de estos 170 pacientes: el total de los pacientes fue dado de Alta Médica en condición de Paciente mejorado.

Se analizaron datos de 170 pacientes-egresos con Diagnósticos de Infecciones

Respiratorias Agudas Bacterianas con Hiperreactividad bronquial [Bronquiolitis, Neumonía, Laringotraqueitis, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos pertinentes] que ameritaron hospitalización, durante el período Julio 2007 a Junio 2008, en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco (HAL-MINSA); consignados en los registros consolidados de la Unidad de Estadística del HAL-MINSA. Una, favorable, primera constatación es que no falleció ninguno de estos 170 paciente: el total de los pacientes fue dado de Alta Médica en condición de Paciente mejorado.

V.I.1.A) Distribución general por Diagnósticos de egreso: Dos de cada cinco pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría-HAL-MINSA egresaron como Bronquiolitis (n= 71, 41.77%); uno de cada cinco con Neumonía (n= 35, 20.58%); la décima parte como Laringotraqueitis (n= 18, 10.58%); uno de cada seis pacientes egresó como Bronquitis (n= 14, 8.24%) o Bronconeumonías (n= 14, 8.24%), de modo que uno de cada doce pacientes fue dado de Alta como Bronquitis o Bronconeumonías. Los diagnósticos: Traqueobronquitis (n= 8, 4.7%), Asma (n= 7, 4.12%) y Otros Diagnósticos (n=3); en conjunto representaron uno de cada diez egresos hospitalarios pediátricos [(n = 18, 10.6 %)] en el H. Lorena.

Analizando los elementos Condición y Efecto referentes a los Hallazgos o Constataciones para la Categoría Distribución general por Diagnósticos de egreso más frecuentes y concordantes por sexo: Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; Bronquiolitis, Laringotraqueitis, Bronquitis y Bronconeumonía, y los menos semejantes: Neumonía y Asma; precisamos:

V.I.1.A.1) Para el componente Condición y según comprobación con la Estadísticas MINSA: Dirección Regional de Cusco (DIRESA – Cusco) y Hospital Regional, advertimos que para estos tres estamentos del Sector Salud, existe sensible discordancia en cuanto a Diagnósticos consignados. Estos contrastes son notorios y se confirman sin requerir prueba de la diferencia de 2 proporciones, cuando se comparan las proporciones diagnósticas referentes a Bronquiolitis, Neumonías, Laringotraqueitis, Bronquitis, Bronconeumonías, Traqueobronquitis y Asma de cada uno de estos

3 ámbitos. El Hospital Regional precisa más sus diagnósticos, en tanto que DIRESA – Cusco tiene diagnósticos poco variados.

V.I.1.A.2) Referente al fundamento Efecto, esta Condición podría tener connotación práctica en la asignación de recursos humanos, financieros y materiales a los estamentos señalados en esta comparación y provocar, de acuerdo a Enfoque de Riesgo en Salud, eventuales disfuncionamientos en la atención del usuario MINSA en sus reconocidos objetivos institucionales: 1. Buscar incrementar coberturas de salud, 2. Mejorar el Sistema de Referencia de pacientes, 3. Modificar factores de riesgo, 4. Reorganizar los sistemas de atención de salud, 5. Capacitar al Personal de salud, 6. Capacitar promotores de salud, 7. Enseñar autocuidado de la salud, y 8. Diseño de políticas de salud. Interpretando la razón de la disparidad referente a estos Diagnósticos, afirmamos que se debe, con alta probabilidad, a la no complementación de lo normado en los Protocolos / Guías terapéuticos dispuestos por el ente rector en Lima con sus adaptaciones regionales correspondientes para la DIRESA - Cusco, y sus órganos de línea: Hospital Lorena y Hospital Regional del MINSA. Se infiere como sugerencia que esta homologación o armonización de criterios en los estamentos concernidos y los mecanismos de seguimiento pertinentes, debe realizarse a la brevedad para mejorar la racionalidad y priorización del presupuesto, según procesos y resultados, y la efectividad del sistema de salud.

V.I.1.B) Distribución por Sexo: Del total de 170 pacientes estudiados: Dos de cada tres (n= 112, 65.88%) fueron de sexo masculino; y las restantes, una tercera parte (n= 58, 34.12%), correspondieron a sexo femenino.

V.I.1.B.1) Analizando el componente de Hallazgo de auditoría: Condición, y por comprobación con la Estadísticas MINSA: DIRESA - Cusco y Hospital Regional, advertimos para la Categoría Distribución por Sexo:

- En conjunto; la proporción de pacientes pediátricos varones afectos por Diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas es notoriamente mayor a la proporción de pacientes mujeres, sin requerir prueba estadística; hecho que confirma, también para este grupo de patologías, la convicción del personal de

salud y los datos señalados por la bibliografía pediátrica del aserto: “en un servicio de pediatría, los pacientes, son mayoritariamente varones”.

Entendemos nuevamente que la lógica de la diferencia estadística de los Diagnósticos se debe, muy posiblemente, a la no compatibilización de Protocolos / Guías terapéuticos dispuestos por los entes rectores en Lima y en la Dirección Regional Cusco, y sus órganos de línea: Hospital Lorena y, más aún, con el Hospital Regional del MINSA.

- Para el Hospital Lorena, la DIRESA - Cusco y el Hospital Regional MINSA Cusco; según prueba de la diferencia de 2 proporciones: No existe diferencia estadísticamente significativa de Distribución por Sexo para los Diagnósticos: Bronquiolitis, Traqueobronquitis y Bronconeumonía, y si existe esta diferencia estadística para los Diagnósticos:

1. Neumonía y Bronconeumonías: Conciernen más a las niñas, y
2. Asma y Laringotraqueitis: Afectan más a los niños.

Así; no importando el género (o sexo) del paciente, las proporciones diagnósticas tanto varones como mujeres, proporcionalmente, se afectan similarmente por Bronquiolitis, Traqueobronquitis y Bronconeumonía; así como que hay más niñas afectas por Procesos neumónicos y más niños diagnosticados con las patologías: Asma y Laringotraqueitis.

Concluimos parcialmente, una vez más, que es necesaria una homologación de criterios diagnósticos y de tratamiento entre los 3 estamentos específicos señalados líneas arriba; lo que permitirá mejorar el uso de los recursos, la efectividad del Sector y desarrollar el hábito de trabajar bajo criterio de Enfoque de Riesgo.

V.I.1.B.2) Para el componente de Hallazgo: Efecto, y sus constitutivos de significativa materialidad de la conclusión parcial: ‘Neumonía y Bronconeumonías: Conciernen más a las niñas; y con Asma y Laringotraqueitis: se afectan más los niños’; constatamos:

- una segregación negativa, de parte de los padres de familia, en contra de las niñas quienes conducen, a sus hijas enfermas por Procesos neumónicos, hacia los establecimientos de salud, con alguna desidia o negligencia, y
- una segregación positiva a favor de los hijos varones, quienes son conducidos mucho más rápidamente, dada la respiración ruidosa y/o disfonía característica

del Asma y Laringotraqueitis.

Conforme afirmamos que no deben existir estas segregaciones o diferencias de orden humano y que el Sector Salud, y el conjunto de la sociedad; se deben desarrollar los mecanismos prácticos que eliminen cualquier situación de segregación o injusticia humana y naturalmente legal, por el motivo que sea, de modo que:

- deben expedirse las disposiciones institucionales pertinentes, y
- desarrollar las correspondientes secuencias prácticas de seguimiento, control interno, evaluación, supervisión y de nuevas auditorías con carácter de Examen Especial que caso de confirmar lo descrito deberían generar las acciones legales, y aún las administrativas necesarias.

La edad promedio del total de pacientes estudiados fue de 2 años (1.989 años: 1 año 11 meses 26 días +/- 2.92). En pacientes varones la edad promedio fue de 2 años 1 mes (2.1 años +/- 3.23) y en mujeres de 1 año 9 meses (1.77 años +/- 2.2). Analizamos la Condición (A) y el Efecto (B) para el Hallazgo: Edad de los pacientes objeto de estudio del Servicio de Pediatría-HAL-MINSA: moda, mediana y media entre 1 a 2 días:

(A) Para la Condición, por comprobación con las Estadísticas MINSA: DIRESA - Cusco y Hospital Regional, advertimos que –en general- para estos tres estamentos del Sector Salud, incluido el Hospital Lorena; existe coincidencia estadística para la Categoría Edad para los diagnósticos y pacientes objeto de la presente Tesis.

En el caso del Hospital Lorena; los rangos de edades variaron entre 1 mes y 14 años (en las mujeres: 12 años). Los coeficientes de variabilidad [desviación estándar / promedio] mucho mayores a 1, demuestran distribuciones de frecuencias de edades de tipo platicúrtica: datos muy variables alejados de la media; mucho mayor en los pacientes varones que en las mujeres (9.02 y 7.39; respectivamente).

Las edades mediana (edad “fiel de la balanza” superior al 50% inferior de la muestra e inferior al 50% de ella) y la edad moda (edad “más frecuente”) fueron, ambas, de 1 año, y para: el conjunto de datos, los correspondientes a pacientes varones y los de las mujeres.

Concordando los valores: coeficiente de asimetría, mediana y moda con el promedio se constata sesgo izquierdo para la variable edad: Las dos terceras de los pacientes con Diagnósticos de Infecciones Respiratorias Agudas que ameritaron hospitalización, en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena son, en general, pacientes menores de 5 años y sobre todo: lactantes menores de 2 años y preescolares menores de 3 años.

(B) Respecto del Efecto: El mejor estado nutricional y condiciones de mejor cuidado, e implícitamente de segregación positiva, en favor de los “varones” explican, cuando menos parcialmente, la diferencia promedio de 4 meses en las edades al momento de la hospitalización entre los pacientes varones y mujeres.

Así mismo; dado que la hospitalización es, para el paciente y su familia, un evento de singular importancia y si se quiere traumatizante; más aún en nuestro país, considerado en transición epidemiológica [ámbito cuya patología humana prevalente va transformándose de infecciosa a degenerativa], la preocupación por la salud y su pronta recuperación se estaría, más en el caso de las niñas, convirtiendo en interés, más prioritario ahora que –prácticamente- todos los pacientes benefician del Programa del Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA.

Como sugerencia: Son necesarias campañas intra y extramuro no sólo en el Hospital Lorena, y Sector Salud para que no se produzcan estas segregaciones humanas. Socialmente esta situación de injusticia humana y legal, debe ser afrontada de manera integral y multidisciplinaria, no sólo con el Personal de salud, sino también con el conjunto profesional social. Esta medida, también, mejoraría la coherencia en el uso de los recursos, dado que al acudir más prontamente todo el conjunto de estos pacientes (varones y mujeres) a los establecimientos de salud, los tratamientos y sus resultados serían menos complejos y más auspiciosos, respectivamente; y los mecanismos de control institucional podrían comenzar a abarcar otros aspectos de fondo, no sólo de la temática, de los Diagnósticos objeto de este Trabajo: los elementos del Hallazgo: Criterio y Causa; que no son objeto de este Estudio, y que formarían parte de trabajos de Auditoría médica.

La estancia promedio en el total de pacientes fue de 5 días. Así como en el caso de las edades promedio de los pacientes, no existe diferencia estadísticamente significativa a la prueba de la diferencia de dos promedios con desviaciones estándar y tamaños de muestra conocidos: 4.876 días +/- 4.23, en el conjunto de datos; 4.866 días +/- 3.91, en los varones, y en las mujeres: 4.896 días +/- 4.82.

Entendiendo la Condición de la Constatación de Estancia hospitalaria mediana y promedio entre 4 y 5 días, y moda de 2 del Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; tenemos que por comparación con las Estadísticas MINSA ya señaladas, para la Condición, se aprecia coincidencia estadística en los detalles descriptivos básicos precisados por el Hospital Regional. Así mismo; no se puede establecer esta comparación para los datos del conjunto DIRESA - Cusco dado, que excepto los 4 hospitales MINSA Cusco y los 2 ubicados en Sicuani y Quillabamba; los cerca de 300 establecimientos de salud (Centros y Puestos de Salud), básicamente no tienen servicios de hospitalización por lo que esta comparación no es posible efectuarla.

En el Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; las estancias mediana fueron de 4 días para el conjunto de datos, y las de los pacientes varones y mujeres. Las estancias moda fueron de: 2 días para el conjunto de datos, 5 para los pacientes varones y 3 para las mujeres. Constatamos en este caso: las pacientes tienen una recuperación más pronta que sus homólogos varones, dato que confirmaría el aseveración ahora cada vez más extendida: “la mujer es el sexo fuerte”.

Conciliando estos valores: coeficiente de asimetría, mediana y moda con el promedio se constata sesgo derecho para la variable estancia hospitalaria: Las dos terceras de los pacientes con Diagnósticos de Bronquiolitis, Neumonía, Laringotraqueitis, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos pertinentes que ameritaron hospitalización, en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena tuvieron estancias hospitalarias, menores a 9 días, y sobre todo: menores a 4.

Los rangos de estancias hospitalarias variaron entre 1 y 32 días (en los varones: 22 días). También en este caso; los coeficientes de variabilidad

mucho mayores a 1, demuestran distribuciones de frecuencias de estancias de tipo platicúrtica: son datos dispersos alejados de la media.

Según los grupos diagnósticos de las IRAs: La edad promedio del conjunto de los pacientes estudiados con Diagnósticos de: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis fue de 1 año y medio (1.51 años: 1 año 6 meses +/- 2.42). Los pacientes con Diagnóstico de Neumonía tuvieron edad promedio de 3 años y medio (3.52 años: 3 años 6 meses +/- 4.36), en tanto que la edad promedio de los pacientes con Diagnóstico de Laringotraqueitis fue de 2 años (2.09 años: 2 años 1 mes +/- 1.36).

Interpretando la Condición (A) y el Efecto (B) de la Constatación referente a Edad de los pacientes para los grupos diagnósticos preestablecidos por el autor, en el Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; tenemos:

(A) Por comparación del parámetro Edad con las Estadísticas MINSA ya tomadas en cuenta, para la Condición: se constata concordancia estadística con los descriptivos básicos del Hospital Regional; y similarmente no se pueden establecer comparaciones con los datos generales de la DIRESA - Cusco dado que el Departamento de Cusco cuenta, solamente, con cuatro hospitales y con 300 Centros y Puestos de Salud sin, fundamentalmente, servicios de hospitalización con los elementos necesarios, lo que determina, dados los criterios de accesibilidad geográfica –sobre todo- que una mayoría de pacientes usuarios de los hospitales de DIRESA – Cusco sean, en su mayor proporción (65 %) residentes relativamente cercanos de estos hospitales lo que genera que los pacientes entre 2 y 3 años sean referidos con alguna premura desde distritos y/o provincias cercanas a los hospitales por Diagnósticos de Neumonía y Laringotraqueitis; así como los pacientes con Diagnósticos con componente de Hiperreactividad bronquial como: SOBA, Asma, Bronquiolitis, Bronconeumonía y Traqueobronquitis; son referidos rápidamente porque prácticamente viven en la ciudad de Cusco; y en general a hospitales.

Para el caso particular del Servicio de Pediatría-HAL-MINSA; las edades de los pacientes de los grupos diagnósticos de estudio responden a la naturaleza de los grupos de patologías definidas:

1. Los tejidos del árbol respiratorio que, en primer término se hallan en contacto

con el medio ambiente y sus elementos agresores; son laringe, traquea, bronquios y bronquiolos. Así es lógico constatar que las menores edades promedio de los pacientes encontrados en este estudio, corresponden a los Diagnósticos de SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis; y Laringotraqueitis: [1 año y medio, y 2 años; respectivamente]. Para nuestro caso; verificamos que pacientes lactantes que aún no tienen maduros sus sistemas constitutivos y adaptativos de defensa del árbol respiratorio son los más afectos a estas infecciones; y

2. En la misma lógica, la Neumonía afecta el tejido pulmonar funcional propiamente dicho (el alveolo) de pacientes pediátricos mayores [3 años y medio].

Así; constatamos diferencia estadísticamente significativa de los promedios de edades de presentación de la Neumonía y el conjunto de los Diagnósticos de SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis; no así entre Neumonía y Laringotraqueitis.

El menor tiempo promedio de estancia hospitalaria para los grupos diagnósticos planteados corresponde al Grupo diagnóstico Laringotraqueitis: 3 días (3.1 días +/- 2.62); hallazgo lógico dado que se trata de procesos infecciosos agudos, generalmente virales, que afectan órganos superiores de la vía respiratoria (laringe y tráquea) que así como “rápidamente enferman, rápidamente curan”. En la misma lógica; el mayor tiempo promedio de estancia hospitalaria corresponde al Grupo diagnóstico Neumonía: 7 días (7 días +/- 4.31); constatación también natural, dado que esta patología es más severa y se afecta el tejido pulmonar propiamente dicho: el alveolo pulmonar y los tejidos periféricos. El Grupo Diagnóstico conformado por: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis tiene una media de estancia hospitalaria intermedia: 4 días y medio (4.5 días +/- 4.23); evidencia también lógica dado que se trata, en general, de patologías de severidad intermedia que afectan órganos de la vía respiratoria superior y hasta parte de tejido pulmonar noble (ejemplo: Bronconeumonía).

Estas afirmaciones quedan corroboradas por la información que ofrecen:

A. Los estadígrafos complementarios de tendencia central (moda y mediana):

1. La estancia hospitalaria más frecuente para la Laringotraqueitis fue de 1 día y la estancia mediana de 2: la mitad de los pacientes con este diagnóstico fueron dados de Alta mejorados antes de cumplir 2 días de hospitalización.

2. Para el Grupo: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis, la estancia moda fue de 2 días, y la mediana de 4; de modo que, en general, la mitad de los pacientes con estos diagnósticos egresaron mejorados en menos de 4 días.

3. El Grupo Neumonía tuvo 6 días como estancias moda y mediana: lo más frecuente y la mitad de los pacientes con Neumonía fueron dados de Alta médica, en general, en menos de 6 días.

B. Los rangos de estadía hospitalaria:

Menor para Laringotraqueitis: 1 a 11 días; y diverso para los otros grupos: 2 a 21 días para patología específica como la Neumonía, y de 1 a 32 días para el Grupo diversificado: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis.

C. Los grados de aplanamiento y dispersión del tiempo de estancia (curtosis): Mayor: 19.35 para el Grupo: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis por las 5 patologías que agrupa; y menor; con datos más cercanos a los promedios en los Grupos: Laringotraqueitis y Neumonía: 3.52 y 3.49; respectivamente, que son grupos de diagnósticos específicos.

D. Los coeficientes de variabilidad de la estancia hospitalaria:

Según los grupos; tenemos: Laringotraqueitis: 84.51 % (2.62 / 3.1); y 94 % (4.23 / 4.5) para SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis.

Dado que estos coeficientes son mayores a los de la Neumonía: 61.57 % (4.31 / 7); constatamos una mayor variación numérica en la estadía hospitalaria dado que, en los dos grupos iniciales, se trata de patologías más diversas. Constatación adicional de esta afirmación es que la Laringotraqueitis, como diagnóstico específico; tiene un coeficiente de variabilidad estadísticamente menor que el del Grupo SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis, para la prueba t de la diferencia de 2 proporciones.

V.II. INDICACIONES MÉDICAS INICIALES Y ANÁLISIS POR METODOLOGÍA DE TABLA DE RIESGOS EPIDEMIOLÓGICOS.

V.II.1. Indicación de administración de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno > 90 %.

- El total de Indicaciones Terapéuticas Iniciales (ITIs) (34) en los Casos, explicitan la Indicación: Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno > 90 %.

- Entre los Controles: Algo menos de las tres cuartas partes (67 de 91; 73.6 %) consigna expresamente la referida ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=67, c=1, d=24] de 11.82 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [1.29; 108.26] mayores a 1, demuestra que el hacer constar expresamente esta Indicación es un Factor protector de Estancia Hospitalaria Prolongada y Sobre costos económicos (FPEHPSCE) por hospitalización por Infección Respiratoria Aguda Bacteriana con Hiperreactividad Bronquial en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco (IRA – HRB - H. Lorena).

- Vale observar el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 8.25.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=67, c=1, d=24] de 8.49 mayor a 7.88; también muestra, a un nivel de confianza del 99.5%, que el explicitar la referida Indicación, es FPEHPSCE por hospitalización por IRAB c/HRB - H. Lorena, según ya fue señalado.

Hay consenso respecto de la afirmación de que una saturación de oxígeno mayor o igual a 90%, asegura mejor oxigenación corporal y sobre todo de órganos nobles. La Universidad Javeriana de Colombia señala su Video No. 4 – Infecciones Respiratorias, señala que la exigencia terapéutica en la altura debe ser mayor a 92%.

En efecto; la finalidad de la oxigenoterapia es la de aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de este gas en sangre arterial; tratando que la cantidad de oxígeno en aire inspirado sea tal que alcance los mayores niveles posibles para saturar completamente la hemoglobina.

Así este indispensable apoyo ventilatorio en el paciente pediátrico hospitalizado

por IRAB c/HRB - H. Lorena permitiría la disminución de la disnea, conservando un gasto cardíaco aceptable; y remitiendo los cuadros clínicos de hipoxia e hipercapnia.

La necesidad de la terapia con oxígeno debe estar siempre basada en un juicio clínico cuidadoso y fundamentado, de ser posible, con la medición de los gases arteriales puesto que el efecto directo de la administración de oxígeno es aumentar la presión del oxígeno alveolar para generar una disminución del trabajo respiratorio y del trabajo del miocardio; condiciones necesarias para mantener una presión arterial de oxígeno definida y en lo posible óptima.

Así; dado que el paciente pediátrico con IRAB c/HRB - H. Lorena, usualmente, no es capaz satisfacer sus necesidades de oxígeno, y ante la posibilidad de hipoxia celular y desequilibrio ácido – base; resulta esencial la administración de oxígeno mediante cualquier aparato exterior (cánula, máscara, tubo endotraqueal, etc.); más aún considerando que este tipo de paciente presenta disnea o aún fatiga respiratoria asociada fiebre.

Entonces; la administración de de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno > 90 %. al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.2. Indicación de administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación.

- Más de las nueve décimas partes del total de ITIs (31 de 34; 91%) de los Casos, consignan la Indicación: Nebulización para broncodilatación y/o humidificación de vía aérea superior.

- Entre los Controles: Las cuatro quintas partes (73 de 91; 80.2 %) explicitan la ITI referida.

- El OR calculado [a= 33, b=73, c=1, d=18] de 2.54 a NC95% con LI y LS de [1.29; 108.26], demuestran que el hacer constar expresamente esta Indicación es un FPEHPSCE de paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena.

- Observamos que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 2.08.

- El valor de Chi 2 (X^2) calculado [a= 33, b=73, c=1, d=18] de 2.54 menor a 3.84; no mostraría que el explicitar la Indicación: Nebulización para broncodilatación y/o humidificación de vía aérea superior, sea FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena. En todo caso es un factor a seguir estudiando con un tamaño de muestra mayor.

La nebulización para obtener broncodilatación y/o humidificación de la vía aérea superior permite incrementar el área de sección traqueobronquial y facilitar el funcionamiento del sistema escalador mucociliar del epitelio pseudocilíndrico ciliado, con lo que disminuye la resistencia del paso del aire en la vía respiratoria superior, disminuye el estímulo tusígeno y la estimulación del neumogástrico; generando una menor probabilidad de broncoaspiración.

Dado que la función de la medicación broncodilatadora es: Romper el espasmo bronquial, disminuyendo la contracción de la musculatura de los bronquios; disminuyendo así la ansiedad del paciente y mejorando el suministro de oxígeno, con lo que disminuye el edema bronquial y el bronco espasmo; y se reduce la probabilidad que el paciente desarrolle fatiga respiratoria.

Aún cuando está ampliamente probado que la medicación broncodilatadora en nebulización o en inhalación es útil en IRAB c/HRB, y tiene efecto benéfico discutible en Laringitis y en Bronquiolitis; este Trabajo muestra la ventaja de utilizarlo en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena.

Inferimos, entonces, que el prescribir la administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación, al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.3. Indicación de administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.

- Casi diecinueve de veinte ITIs (32 de 34; 91% de los Casos), consignan la Indicación: Administración de corticoide.

- Entre los Controles: Algo más de las cuatro quintas partes (75 de 91; 82 %) explicitan la referida ITI.

- El OR calculado [a= 33, b=73, c=1, d=18] de 22.31 a NC95% con LI y LS de [6.89; 72.22], demuestra que el hacer constar expresamente la Indicación de Administración de corticoide es un FPEHPSCE por hospitalización de paciente pediátrico por IRAB c/HRB - H. Lorena.

- Vale observar que el valor Riesgo Relativo calculado; $RR = 12.57$
- El valor de Chi 2 (X^2) calculado [$a= 33, b=73, c=1, d=18$] de 27.53 mayor a 7.88; también muestra que, a nivel de confianza del 99.5%, el explicitar la Indicación: Administración de corticoide, es un Factor protector, como ya ha sido planteado.

La terapia antiinflamatoria corticoide, además de su ligero efecto antihistamínico, disminuye el edema bronquial y la hipersecreción mucosa traqueobronquial con lo que se corta el círculo vicioso hiperreactividad /espasmo bronquial – edema – hiperreactividad / espasmo bronquial; que luego generará un incremento del área de sección traqueobronquial, disminuyendo la resistencia al paso del aire en el árbol respiratoria superior, e incrementando la aereación y oxigenación a nivel alveolar y de órganos nobles.

Así este tratamiento que actúa básicamente a nivel del traqueobronquial produciendo: disminución del grosor de dicha pared, incrementa el lumen traqueobronquial, y disminuye la secreción traqueobronquial, dado que mejora la funcionalidad pulmonar; disminuye la reactividad de la vía aérea, reduce la sintomatología obstructiva traqueobronquial, reduce la frecuencia y severidad de las exacerbaciones y el broncoespasmo súbito, con lo que finalmente mejora la calidad de vida.

Concluimos, así, que el prescribir la administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide., al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.4. Indicación de administración de Solución de venoclisis o de colocación de Vía clorurada:

- Todos los Casos, excepto uno (33 de 34; 97%), consignan la Indicaciónterapéutica: Instalación de una vía para infusión de Solución de venoclisis o Vía clorurada.
- Entre los Controles: Poco más de las cuatro quintas partes (75 de 91; 82 %) explicitan la ITI señalada.
- El OR calculado [$a= 33, b=75, c=1, d=16$] de 7.04 a NC95% con LI y LS de [0.73; 67.05], demuestran que el hacer constar expresamente estaIndicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

- Vale observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 5.19.
- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=75, c=1, d=16] de 4.51 mayor a 3.84; también, que a un nivel de confianza del 95%, muestra que el explicitar esta Indicación: Instalación de una vía para infusión de Solución de venoclisis o Vía clorurada, es FPEHPSCE según acabamos de presentar.

La norma de la instalación de una vía endovenosa para infundir una solución de venoclisis, mediante Dextrosa al 5% y/o Solución fisiológica de Cloruro de sodio al 9 por mil; incrementa la probabilidad de intervención rápida caso de la presentación de una agudización o complicación de la patología (ej. Insuficiencia cardiaca aguda), o de la identificación de alguna circunstancia que amerite una medida terapéutica adicional (v.g. Antibióticos, Adrenalina, Soluciones expansoras plasmáticas, etc.).

Es hartamente conocido que la administración de fármacos directamente al torrente circulatorio evita el proceso de absorción gastrointestinal y las variables digestivas que pueden modificar la biodisponibilidad de un fármaco; además que la posología siempre es más precisa y controlable cuando se utiliza esta vía y el efecto de los fármacos se manifiesta de forma muy rápida por lo que esta vía de intervención parenteral rápida es muy útil en situaciones de pacientes pediátricos con IRAB c/HRB, que requieran tratamiento urgente. No requiere la colaboración del paciente pudiendo ser utilizada en personas con déficit de conciencia.

Así; la vía endovenosa, también, en pacientes del Servicio de Pediatría del H. Lorena; es el método más rápido para introducir un medicamento en la circulación, permite intervenciones de urgencia: caso necesario, evita la pérdida de la vía gastrointestinal y la acción irritante en tubo digestivo, subcutáneo o muscular, entre otras acciones.

Podemos, así, decir que el prescribir que se administre Solución de venoclisis o se coloque Vía clorurada, al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.5. Indicación de Aplicación de medios físicos caso de alza térmica.

- Algo más de las cuatro quintas partes de los Casos (28 de 34; 82%), explicitan la Indicación de Aplicación de medios físicos caso de alza térmica.

- Sólo uno de cada cincuenta Controles (2 de 91; 2.2 %), consignan la ITI señalada.

- El OR calculado [a= 28, b=2, c=6, d=89] de 207.67 a NC95%, con LI y LS de [48.51; 888.93], demuestran que el hacer constar expresamente esta Indicación, es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

- Observemos el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 14.77.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 28, b=2, c=6, d=89] de 87.18 mayor a 2.33; también muestra que el explicitar la Indicación: Aplicación de medios físicos caso de alza térmica, es un FPEHPSCE según acaba de definirse.

El tratamiento antipirético disminuye el gasto metabólico y mejora el gasto cardíaco que, no siendo preocupaciones primarias de la hospitalización del paciente, contribuyen a mejorar la funcionalidad cardiovascular y a controlar los mecanismos fisiopatológicos de la patología respiratoria; y para el caso de esta Tesis disminuye la hiperreactividad bronquial puesto que incide favorablemente en el mantenimiento de los mecanismos constitutivos de defensa pulmonar: 1) sistema escalador mucociliar, y 2) temperatura en el árbol respiratorio superior. Aún cuando durante los últimos años viene surgiendo opiniones que desaconsejan bañar al paciente (Universidad Javeriana de Colombia) puesto que incrementarían la probabilidad de hipertermia maligna; el hecho de desabrigar al paciente, bañarlo o aplicarle compresas de agua tibia sobre las áreas de mayor superficie corporal siguen considerándose como medidas terapéuticas inmediatas destinadas a controlar la fiebre, puesto que el agua al evaporarse en la piel genera una micropelícula líquida que crea una interfase piel – medio ambiente; y que por el primer principio de la termodinámica permite el enfriamiento de la piel.

De otro lado; dado que la fiebre genera un incremento del gasto metabólico; el enfriamiento de la piel disminuir este gasto. Ello se puede lograr por medios físicos; como la aplicación de paños húmedos en la frente, axilas y abdomen, o con un baño de inmersión en agua tibia.

El baño con agua tibia al enfrentar la enfermedad febril, disminuye la probabilidad de ocurrencia de convulsiones; así como permite disminuir la fatiga y el cansancio.

Podemos, entonces, afirmar que el indicar se administren Medios físicos, al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.6. Indicación de administración de Paracetamol, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos:

- Algo más de las cuatro quintas partes de los Casos (28 de 34; 82%), explicitan la Indicación de Administración de Paracetamol.
- Algo más de dos de cada cinco Controles (28 de 91, 44.4%) explicitan la ITI señalada.
- El OR calculado [a= 28, b=28, c=6, d=63] de 10.5 a NC95%, con LI y LS de [6.25; 17.61], demuestran que el hacer constar expresamente la Indicación de Administración de Paracetamol, es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena. .
- Vale observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 5.75.
- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 28, b=28, c=6, d=63] de 26.63 mayor a 7.88; también muestra que el explicitar la Indicación de Paracetamol, es un FPEHPSCE tal como viene de ser definido.

La administración de Paracetamol en gotas en el lactante y aún en pre-escolar; y en jarabe o en tabletas en el escolar: es una necesaria medida terapéutica caso que la aplicación de Medios físicos no haya cumplido su objetivo.

El Paracetamol por su acción sobre todo antipirética y en menor grado analgésica, es un fármaco de amplio uso electivo en las IRAs con HRB, dado que es el antiinflamatorio no esteroideo que, con menor frecuencia, produce broncoconstricción; dado que es capaz de producir un rápido descenso de la temperatura corporal y manifiesto en personas febriles, puesto que genera vasodilatación cutánea, que origina enrojecimiento de la piel, lo que expone gran cantidad de sangre subdérmica caliente al ambiente, disipándose el calor de la piel por irradiación, convección y 'hemodilución'; según el primer principio de la termodinámica de transmisión de energía calórica por contigüidad.

Entonces; podemos afirmar que el indicar que se administre Paracetamol, al paciente pediátrico hospitalizado por IRA – HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.7. Indicación de administración de Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.

- Casi las cuatro quintas partes de los Casos (27 de 34; 80%), explicitan la Indicación de Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
- Poco más de dos de cada cinco Controles (28 de 91, 44.4%) explicitan la referida Indicación.
- El OR calculado [a= 27, b=28, c=7, d=63] de 30.3 a NC95%, con LI y LS de [15.8; 58.39], demuestran que el hacer constar expresamente esta Indicación, es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.
- Vale observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 4.9.
- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 27, b=28, c=7, d=63] de 48.04 mayor a 7.88; también muestra que, a nivel de confianza del 95%, el explicitar la Indicación mencionada, es un FPEHPSCE tal como fue explicado en el párrafo anterior.

Aún cuando viene siendo conocimiento –actualmente- suficientemente difundido cierto que: no existen diferencias estadísticamente significativas del efecto clínico de la aplicación del Paracetamol respecto de la administración del Metamizol; en el H. Lorena se utiliza este último fármaco como alternativa adicional para

controlar el alza térmica. Así; el Personal de Salud recurre al Metamizol por vía intramuscular dado que actúa entre 5 y 10 minutos posterior a su aplicación; y dado que tiene acción antipirética y analgésica.

El Metamizol es un fármaco eficaz y rápido para disminuir el incremento de la temperatura, además de ser un analgésico eficiente; y es sensiblemente útil para el manejo de procesos febriles asociados a IRAB c/HRB. Así; disminuye el gasto energético y la demanda metabólica, con lo que también mejora el gasto cardíaco, disminuye la frecuencia cardíaca, y disminuye la frecuencia respiratoria. Ello permitirá examinar mejor al paciente y realizar un diagnóstico efectivo, y disminuir el riesgo de sufrir daño cerebral por hipertermia y convulsiones que son las consecuencia más peligrosa del proceso febril agudo.

Luego; se puede señalar que el indicar que se administre Metamizol, al paciente pediátrico febril hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.8. Indicación de administración de Tratamiento antibiótico.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos explicitaron una Indicación de Tratamiento antibiótico.

- Entre los Controles: Las tres quintas partes (55 de 91, 60%) especificó esta Indicación.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=55, c=1, d=36] de 21.6 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [2.41; 193.58], muestra que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Vale observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 13.875.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=55, c=1, d=36] de 15.92 permite decir que el prescribir explícitamente un Tratamiento antibiótico en hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE.

Aún cuando se conoce como un adagio médico que las dos terceras partes de las IRAs en niños son producidas por virus; también es extendido el aserto de que la probabilidad de que una enfermedad infantil viral se convierta en bacteriana, en un niño normalmente sano, es del 10% al 15%; y que cada factor de riesgo sobreagregado (enfermedad infecciosa adicional: diarrea, desnutrición, procedencia rural, familia de recursos socio-económicos limitados, etc.) adiciona una probabilidad de 10% a 15% por cada factor de riesgo añadido. En este contexto y dado que el Hospital Lorena, es un centro hospitalario nivel III / V, que sirve a población de recursos socioeconómicos limitados, con los componentes de salud concurrentes a la pobreza; el uso antibiótico en IRAB c/HRB es, salvo que se demuestre el agente etiológico viral, una indicación médica protocolizada; máxime que el tiempo de expedición de resultados de exámenes laboratoriales básicos es de 5 horas.

En ese contexto; el uso racional antibiótico bajo lógica de enfoque de riesgo, permite cortar la historia natural de la enfermedad infecciosa bacteriana del aparato respiratorio superior asociada a hiperreactividad bronquial; y disminuye la probabilidad de una complicación tipo bacteriemia / sepsis.

Luego; se puede afirmar que el indicar que se administren Antibióticos, al paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.9. Indicación de Dieta o de Condición Nada por boca.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos, explicitaron la Indicación: Dieta o Condición Nada por boca.

- Entre los Controles: Algo menos de diecinueve de veinte pacientes (85 de 91; 93.4%) se especificó esta Indicación.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=85, c=1, d=6] de 2.32 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [0.19; 27.34], con un marco de confianza predominantemente mayor a 1 [1/0.19 = 5.26 y 27.34/1 = 27.34], mostraría inicialmente que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 1.95.

- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 33, b=85, c=1, d=6] de 0.62; no permite realizar ninguna afirmación respecto de esta Indicación; y, más bien, en contrario no es FPEHPSCE. En todo caso un estudio posterior con un tamaño de muestra mayor resolverá esta discrepancia numérica.

Aún cuando la definición del tipo de Dieta, o si el paciente debe o no quedar en condición de Nada por boca es importante puesto que la definición de si un paciente debe o no ingerir alimentos es importante: Ejemplo; si un niño queda en condición Nada por boca podría sufrir las consecuencias de la acidez gastrointestinal, y la posibilidad de una hemorragia digestiva; este Estudio no prueba concluyentemente que la prescripción de la Indicación de Dieta o de Condición Nada por boca, sea FPEHPSCE del paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena.

En ese contexto, es pertinente precisar a efecto de este Trabajo no prueba que esta Indicación sea FPEHPSCE; aún cuando, también, están claramente definidos los volúmenes dietarios del paciente pediátrico [en el caso del paciente menor de 10 kilos, se han definido con coeficientes de determinación superiores al 95%: 11 cc por kilo de peso cada 2 horas, 16.3 cc cada 3 horas, y

22 cc cada 4 horas]; que el aporte líquido en niños mayores de 1 año es de 1200 a 1800 cc / m² / día, y que el aporte calórico debe ser de 1800 cal / día; resulta obvio que es obligatorio explicitar, para el paciente, su Dieta o su Condición: Nada por boca con lo que queda definida su ingesta, o en todo caso su ingreso endovenoso volumétrico – calórico – proteico.

V.II.10. Indicación de administración de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.

- Algo más de las cuatro quintas partes de las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos (28 de 34, 82%), explicitaron la Indicación: Cuidados de sala de cama o de cuna pediátrica.

- Entre los Controles: Sólo un paciente de los noventiuno totales (1 de 91; 1%) especificó esta ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 28, b=1, c=6, d=90] de 420 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límites superior (LS) de [35.43; 4978.56], muestra que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 15.44.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 28, b=1, c=6, d=90] de 91.71 permite decir que el prescribir explícitamente Reposo estricto / absoluto es FPEHPSCE. El reconocimiento explícito de la responsabilidad del personal de enfermería respecto del paciente lactante, acogido en cuna, o del paciente preescolar o escolar, recibido en una cama pediátrica; además del reparo concreto de la existencia no sólo personal, sino sobre todo profesional del Personal de Enfermería, mejora significativamente la probabilidad de que el paciente tenga un seguimiento más cercano, permanente / continuo, según sea el caso; lo que finalmente redundará en un mejor cuidado y diligencia del paciente, de sus indicaciones terapéuticas; y aún de sus necesidades humanas.

Entonces se puede afirmar que el indicar que se administren Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica es FPEHPSCE del paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.11. Indicación de Reposo absoluto / estricto.

- Algo más de las dos terceras partes de las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos (23 de 34, 67.6%), explicitaron la Indicación: Reposo absoluto / estricto.

- Entre los Controles: Sólo un paciente de los noventiuno totales (1 de 91; 1%) especificó esta Indicación.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 23, b=1, c=11, d=90] de 188.18 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [18.23; 1942.06], muestra que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 8.79.

- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 23, b=1, c=11, d=90] de 70.65 permite decir que el prescribir explícitamente Reposo estricto / absoluto es FPEHPSCE.

Es importante precisar que la posibilidad de sobreagudización del cuadro clínico del paciente en proceso de hospitalización por IRAB c/HRB - H. Lorena, también, depende inversamente del grado de cumplimiento de la Indicación de reposo estricto / absoluto. Así; es obvio que el paciente afecto por una IRAB c/HRB, usualmente, se encuentra disneico, y aún con una insuficiencia cardiaca incipiente por sobrecarga diastólica por incremento del retorno venoso. En estas condiciones resulta imperioso que el paciente no sea movilizado y/o que no se le permita dormir, en el suelo, junto a su madre; y que en cambio se instruya a la madre de que colabore a que su niño hospitalizado esté tranquilo en su cuna o en su cama; de este modo la estabilización de las funcionalidades respiratoria, cardiovascular, y aún del estado general serán más prontas y eficientes.

Luego; prescribir el Reposo estricto / absoluto del lactante o el niño hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.12. Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.

- Algo más de las tres cuartas partes de las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos (26 de 34, 76%), explicitaron la Indicación: Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad .

- Entre los Controles: Poco más de la décima parte (10 de 91; 10.9%) especifica esta ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 26, b=10, c=8, d=81] de 26.3 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [15; 46.17], muestra que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRA – HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 8.03.

- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 26, b=10, c=8, d=81] de 51.75 permite decir que el prescribir explícitamente esta Indicación es FPEHPSCE.

La limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad; y sobre todo la de fosas nasales. disminuye la resistencia del paso del aire en la vía respiratoria superior, disminuye los estímulos vomitivo - tusígeno y la estimulación neumogástrica con lo que disminuye la probabilidad de broncoaspiración.

Esta limpieza de secreciones de fosas nasales y de cavidad oral es una técnica no dolorosa y que proporciona alivio inmediato. Esta Indicación se da, sobre todo, en el caso –relativamente frecuente- de obstrucción por secreciones o cuerpos extraños que podrían reinfestar al paciente o ser fuente de contagio de los familiares del paciente y aún del Personal del Servicio. Este simple procedimiento permite además de tomar una eventual muestra para su análisis bacteriológico, y enzimático, para: desobstruir las fosas nasales y limpiar la cavidad oral, disminuir la resistividad del árbol traqueobronquial, mejorar la aereación pulmonar y la oxigenación de los órganos nobles.

Conclusión parcial: Prescribir que el lactante o el niño hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena sea limpiado, según necesidad, de sus secreciones nasales y orales es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.13. Indicación de Posición semisentado en 30°.

- Casi diecinueve de veinte Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos (32 de 34, 94%), explicitaron la Indicación: Posición semisentado en 30°.

- Entre los Controles: Poco más de la cuarta parte (23 de 91; 25%) señala esta ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 32, b=23, c=2, d=68] de 47.3 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [14.23; 157.22], muestra que el especificar esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 20.36.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 32, b=23, c=2, d=68] de 47.6 permite decir que el prescribir explícitamente esta Indicación es FPEHPSCE .

La Posición semisentado 30° en un paciente pediátrico, sobre todo, en el menor de 2 años disminuye la probabilidad de broncoaspiración dado que, por gravedad, las secreciones fluyen hacia abajo o en todo caso son deglutidas. Además con esta Posición se incrementa la Capacidad respiratoria vital: disminuye la resistencia del paso del aire en la vía respiratoria superior, disminuye los estímulos vomitivo y tusígeno y la estimulación neumogástrica, evita la compresión abdominal sobre el diafragma y reduce la tensión de los músculos abdominales, permitiendo mejoría en la mecánica respiratoria y la eliminación de secreción y disminuye la probabilidad de broncoaspiración.

Entonces; prescribir que el lactante o el niño hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena guarde cama en Posición de semisentado en 30° es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.14. Indicación de Control de funciones vitales.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales en los Casos, explicitaron la Indicación: Control de funciones vitales.

- Entre los Controles: Casi diecinueve de veinte (86 de 91; 94%) señalan esta Indicación.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=86, c=1, d=5] de 1.91 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [0.15; 24.09], con un marco de confianza predominantemente mayor a 1 [1/0.15 = 6.66 y 24.09/1 = 24.09], mostraría inicialmente que el especificar esta Indicación sería un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena; afirmación, con cargo a ser revisada en nueva investigación, con una muestra más amplia.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 1.66.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=86, c=1, d=5] de 0.35; no permite realizar ninguna afirmación respecto de esta Indicación; y, más bien, en contrario no es FPEHPSCE.

El Control de funciones vitales permite establecer la estabilidad, o no, de las funciones cardiovascular y respiratoria. Sin embargo; se asocia a la rutinaria, y no siempre acuciosa medida de: temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca, usualmente cumplida por personal no profesional: los Internos(as) de Enfermería, y en cada turno hospitalario cada 8 horas, a un grupo promedio mayor a 10 pacientes. Esa sería la razón por la que el Control de funciones vitales, básicamente, no sería FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

V.II.15. Indicación de elaboración de Curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.

- Poco más de las tres cuartas partes de las Indicaciones Terapéuticas Iniciales (26 de 34; 76.4%) en los Casos, explicitaron la Indicación: Curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno .

- Entre los Controles: Poco más de uno de cada cincuenta (2 de 91; 2%) señala la referida ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 26, b=2, c=8, d=89] de 144.625 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [36.57; 571.87] mayores a 1, confirma que el especificar esta Indicación es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar el valor Riesgo Relativo calculado: RR = 11.25.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 26, b=2, c=8, d=89] de 78.55 mayor a 7.88; también, confirma nuevamente que, a un nivel de confianza del 99.5%, el especificar la referida Indicación, es FPEHPSCE.

El establecimiento de curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno permite evaluar la evolución y tendencias de mejoramiento, o no, de la patología respiratoria del paciente pediátrico hospitalizado en el H. Lorena por IRAs – HRB por lo que se trata de la observación de las Funciones vitales a lo largo del día, mediante el

trazado de líneas continuas de las mismas en la Hoja de funciones vitales. En este caso el seguimiento próximo de estas Funciones a lo largo del día; expresamente dispuesto por el Personal médico durante la Visita médica, exige una mayor concentración, no sólo del Personal de Internos de Enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital Lorena, sino de todo el Staff del Servicio; con lo que esta Indicación expresa en la Historia clínica del paciente es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Así; el prescribir que se tracen estas Curvas analíticas es FPEHPSCE del paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.16. Indicación de elaboración de Balance hídrico estricto.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales (34) en los Casos, explicitaron la Indicación: Balance hídrico estricto.

- Entre los Controles: Poco más de la tercera parte (33 de 91; 36%) especifica la referida Indicación.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=33, c=1, d=58] de 58 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [6.45; 521.49] mayores a 1, enfatiza que el especificar esta Indicación es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es de observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 29.5.

- El valor de Chi 2 (X2) calculado [a= 33, b=33, c=1, d=58] de 36.7 mayor a 7.88; también, confirma nuevamente que, a un nivel de confianza del 99.5%, el especificar Balance hídrico estricto es FPEHPSCE.

La indicación expresa de la vigilancia próxima y minuciosa de los ingresos y egresos líquidos y dietarios, denominada Balance hídrico estricto, es muy importante en el paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, dado que implica: el control indirecto de la presión venosa central y del estado de hidratación del paciente; porque permite calcular con precisión los volúmenes líquidos y dietarios a prescribirse al paciente con IRA – HRB, máxime que este es hospitalizado en condición de dificultad respiratoria manifiesta y aún de sobrecarga diastólica derecha. Por ello el prescribir que se efectúe este Balance hídrico de modo estricto es FPEHPSCE del paciente

pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.17. Indicación de Observancia de signos de alarma.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales (34) en los Casos, explicitaron la Indicación: Observancia de signos de alarma.
- Entre los Controles: Poco más de la mitad (47 de 91; 74%) enfatiza la Indicación mencionada.
- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=47, c=1, d=44] de 30.89 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [3.46; 275.77] mayores a 1, enfatiza que el prescribir específicamente esta Indicación es un FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Es interesante observar que el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 18.56.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=47, c=1, d=44] de 22.15 mayor a 7.88; también, señala nuevamente que, a un nivel de confianza del 99.5%, el explicitar la Observancia de signos de alarma, es un FPEHPSCE.

La vigilancia de la presentación de signos de alarma: hipertermia / hipotermia, taquipnea / bradipnea, taquicardia / bradicardia, desaturación de la hemoglobina por el oxígeno, sobreinfección, etc. permite tomar decisiones terapéuticas inmediatas, por lo que prescribir la Observancia de signos de alarma es FPEHPSCE del paciente pediátrico hospitalizado por IRA – HRB - H. Lorena, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.18. Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.

- Todas las Indicaciones Terapéuticas Iniciales (ITIs) (34) en los Casos, explicitaron la Indicación: Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
- Entre los Controles: Cerca de las tres cuartas partes (68 de 91; 74%) especifica la referida ITI.
- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=68, c=1, d=23] de 11.61 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [1.21; 102.55] mayores a 1, enfatiza que el prescribir específicamente

esta Indicación es un Factor protector de Estancia Hospitalaria Prolongada y Sobrecostos económicos por hospitalización por IRAB c/HRB en el Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco (H. Lorena).

Es de relevar el valor Riesgo Relativo calculado; RR = 7.84.

El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=68, c=1, d=23] de 7.95 mayor a 7.88; también, confirma nuevamente que, a un nivel de confianza del 99.5%, el explicitar la referida ITI, es un Factor protector de Estancia Hospitalaria Prolongada y Sobrecostos económicos.

La solicitud de los exámenes laboratoriales base de sangre: Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular, permite hallar indicios de: infección bacteriana, viral o parasitaria, anemia, potenciales trastornos de la coagulación inflamatorios, y tomar las medidas preventivas o de control pertinentes.

Así; solicitar Hemograma completo y conexos inmediatos es FPEHPSCE del paciente pediátrico hospitalizado por IRAB c/HRB - H. Lorena, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.19. Solicitud de radiografía de tórax.

- El total de Indicaciones Terapéuticas Iniciales (ITIs) (34) en los Casos, explicitan la Indicación: Solicitud de radiografía de tórax.

- Entre los Controles: Poco más de las dos terceras partes (64 de 91; 70%) especifica la referida ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=64, c=1, d=27] de 13.92 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [1.53; 126.48] mayores a 1, acredita que el indicar formalmente esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Referencialmente el valor Riesgo Relativo calculado es RR = 9.52.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=64, c=1, d=27] de 10.17 mayor a 7.88; también, muestra que, a un nivel de confianza del 99.5%, el explicitar la referida ITI, es FPEHPSCE.

Es evidente que la radiografía de tórax permite determinar patología de tejidos blandos torácicos, daño óseo y la existencia o no de patología parenquimal pulmonar. Este examen que permite investigar: tos persistente, expectoración,

dolor torácico, disnea, fiebre con semiología pulmonar, etc.; proporciona elementos fácticos para hacer diagnóstico, a efecto de esta Tesis, de IRAB c/HRB que ameritarán o no de hospitalización.

Así; dado que este examen auxiliar permite realizar diagnóstico de patología torácica; solicitarlo en el caso del paciente pediátrico hospitalizado en el Hospital Lorena por IRAB c/HRB es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

V.II.20. Indicación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

- El total de Indicaciones Terapéuticas Iniciales (ITIs) (34) en los Casos, explicitan la Indicación: Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

- Entre los Controles: Algo menos de la cuarta parte (21 de 91; 23%) consigna expresamente la referida ITI.

- El valor de Odds Ratio (OR) calculado [a= 33, b=21, c=1, d=70] de 110 a Nivel de confianza del 95% (NC95%, con Límites inferior (LI) y Límite superior (LS) de [11.88; 1018.40] mayores a 1, demuestra que el hacer constar expresamente esta Indicación es FPEHPSCE por hospitalización pediátrica por IRAB c/HRB - H. Lorena.

Dato interesante a tomar en cuenta: Valor RR calculado = 43.38.

- El valor de Chi 2 (X²) calculado [a= 33, b=21, c=1, d=70] de 55.21 mayor a 7.88; también, muestra que, a un nivel de confianza del 99.5%; también, evidencia que el precisar la referida Indicación, en la Historia Clínica; es FPEHPSCE.

Resulta obvio que un paciente pediátrico hospitalizado por IRA – HRB en el Hospital Lorena debe ser reevaluado inmediatamente caso presente signología de alarma aguda; sobre todo por variación extrema en la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de la hemoglobina por el oxígeno; o cuando se cuenten con los resultados de los exámenes auxiliares; por lo que Reevaluar al paciente pediátrico hospitalizado por IRA – HRB en el Hospital Lorena es FPEHPSCE, y es indicador de buen pronóstico del paciente y su patología.

CONCLUSIONES:

1. La eficiencia integral del tratamiento hospitalario de las Infecciones Respiratorias Agudas objeto de estudio depende directamente del grado de cumplimiento de los Protocolos pertinentes.
2. Aquellos pacientes con tratamiento según Protocolos terapéuticos respecto de quienes no recibieron este tipo de tratamiento:
 - a) Tuvieron un menor tiempo de hospitalización,
 - b) Generaron menores costos institucionales por conceptos de cama hospitalaria, medicamentos, insumos y materiales de atención del paciente, exámenes auxiliares: de laboratorio y de radiología,
 - c) Ocasionaron un menor gasto para el paciente; y
 - d) Sufrieron menos complicaciones médicas dado que tuvieron menor tiempo hospitalario.
3. Son factores protectores de estancia hospitalaria prolongada y sobrecostos económicos de IRAB c/HRB, e indicadores de buen pronóstico del paciente y su patología; la Indicación Terapéuticas Iniciales expresas, en la Historia Clínica, de los siguientes elementos terapéuticos:
 - Administración de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno > 90 %.
 - Administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación.
 - Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.
 - Administración de Solución de venoclisis o de colocación de Vía clorurada.
 - Aplicación de medios físicos caso de alza térmica.
 - Administración de Paracetamol, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos.
 - Administración de Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
 - Administración de Tratamiento antibiótico.
 - Administración de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.
 - Indicación de Reposo absoluto / estricto.
 - Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.
 - Indicación de Posición semisentado en 30°.

- Indicación de elaboración de Curvas analíticas de: Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.
- Indicación de elaboración de Balance hídrico estricto.
- Indicación de Observancia de signos de alarma.
- Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
- Solicitud de radiografía de tórax.
- Indicación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.

4. El nivel de concordancia general entre las Indicaciones Terapéuticas Iniciales explicitadas en la Historia Clínica para los pacientes pediátricos hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008 con diagnósticos de IRAB c/HRB; y lo prescrito en el Protocolo pertinente, de acuerdo a lógica AIEPI es cercano a las tres quintas partes (56%).

5. Los mayores niveles de concordancias específicas, expresadas como las 10 Indicaciones Terapéuticas Iniciales principalmente explicitadas o consignadas en la Historia Clínica, en orden decreciente, de los pacientes pediátricos hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008 con diagnósticos de IRAB c/HRB, son:

- Indicación de Dieta o de Condición Nada por boca.
- Indicación de Control de funciones vitales.
- Administración de Solución de venoclisis o de colocación de Vía clorurada.
- Administración de Nebulización para broncodilatación y/o humidificación.
- Solicitud de Hemograma, Recuento plaquetario, Proteína C reactiva y Velocidad de sedimentación globular.
- Administración de Oxígeno para saturación de la hemoglobina por el oxígeno > 90 %.
- Solicitud de radiografía de tórax.
- Administración de Tratamiento antibiótico.
- Indicación de Observancia de signos de alarma.
- Administración de Tratamiento antiinflamatorio corticoide.

5. Los menores niveles de concordancias específicas, expresadas como las 10 Indicaciones Terapéuticas Iniciales menos explicitadas o consignadas en la Historia Clínica, en orden creciente, son:

- Indicación de Reposo absoluto / estricto.
- Indicación de elaboración de Curvas analíticas de Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardiaca y Saturación de la hemoglobina por el oxígeno.
- Administración de Cuidados de Sala de cama o de cuna pediátrica.
- Administración de medios físicos para manejo de alza térmica.
- Administración de Metamizol, caso de no remitencia del alza térmica por Paracetamol.
- Indicación de Limpieza de secreciones de fosas nasales y cavidad oral, según necesidad.
- Indicación de Posición semisentado en 30°.
- Indicación de Reevaluación clínica según curso clínico y/o con resultados de exámenes auxiliares.
- Administración de Paracetamol, caso de no remitencia del alza térmica por medios físicos.
- Indicación de elaboración de Balance hídrico estricto.

6. Aún cuando parezca ilógico; la Indicación de Dieta o de Condición Nada por boca y la Indicación de Control de funciones vitales; no son factores protectores de estancia hospitalaria prolongada y sobrecostos económicos de las hospitalizaciones de pacientes pediátricos con Diagnósticos de IRAB c/HRB, en el Hospital Lorena.

7. Los valores de los estadígrafos de tendencia central y de dispersión, merecedores de tomarse en cuenta, referentes a tiempo de estadía hospitalaria de pacientes pediátricos por IRAs en el Hospital Lorena son:

- La estancia promedio y mediana generales, en el total de pacientes, fue de 5 días; y la estancia moda fue de 2 días.
- La estadía hospitalaria en varones fue de 5 días, y de 3 para las mujeres.
- La mayor parte del conjunto de pacientes con Diagnósticos de Bronquiolitis, Neumonía, Laringotraqueitis aguda, Bronquitis, Bronconeumonía, Traqueobronquitis, Asma y Otros Diagnósticos, tuvieron estadías hospitalarias menores a 4 días.

- El menor tiempo promedio de estancia hospitalaria correspondió al Grupo diagnóstico Laringotraqueitis aguda: 3 días. La estancia hospitalaria más frecuente fue de 1 día, y la estancia mediana de 2.
- El mayor tiempo promedio de estancia hospitalaria corresponde al Grupo diagnóstico Neumonía: 7 días. Este grupo tuvo 6 días como estancias moda y mediana.
- El Grupo diagnóstico IRA con Hiperreactividad bronquial conformado por: SOBA + Asma + Bronquiolitis + Bronconeumonía + Traqueobronquitis tuvo una media de estancia hospitalaria intermedia: 4 días y medio. La estancia moda fue de 2 días, y la mediana de 4. A pesar de ello: los tiempos de estancia hospitalaria más diversa correspondieron a este grupo de patologías.
- El tiempo promedio de hospitalización y los costos económicos de pacientes hospitalizados por IRAB c/HRB en su Servicio de Pediatría son mayores en aquellos cuyas Indicaciones Terapéuticas Iniciales no estuvieron ajustadas a protocolos terapéuticos, respecto de aquellos que sí fueron tratados de acuerdo a protocolo. Así; los tiempos de hospitalización de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría, por grupos de patologías respiratorias son:

Patología	Tiempo promedio de hospitalización (en días):	
	Terapia no protocolizada	Terapia protocolizada
Neumonía	8	6
Bronconeumonía	5	4
LTB aguda (*)	4	3
LT aguda (**)	3	2

Leyenda: (*) LTB aguda: Laringotraqueobronquitis aguda. (**) LT aguda: Laringotraqueitis aguda

8. El tratamiento protocolizado reduce no sólo el tiempo de estadía hospitalaria del paciente sino también los sobrecostos económicos hospitalarios en medicamentos, insumos y materiales, y de exámenes auxiliares [radiológicos y de laboratorio] en un 25%.

9. El perfil epidemiológico característico del paciente pediátrico hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008, con diagnóstico de IRAB c/HRB , en el Servicio de Pediatría del Hospital

Lorena en el período Julio 2007 a Junio 2008, con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda con Hiperreactividad Bronquial es: Paciente varón, menor de 2 años de edad, de procedencia urbana, y citadina urbano marginal, quien describiendo la enfermedad de hijo señala que “tiene”: “dificultad para respirar”, “fiebre”, “tos con flema -sobre todo- en la mañana y en noche, que lo hace vomitar”, “ronquera”, “se le hundén las costillas”, “labios azules”, “llora y no se calma”, y “cuando corre tose mucho, y llega a vomitar”.

SUGERENCIAS:

1. Incorporar fomalmente a las estructuras educativas del ámbito universitario y laboral del Sector Salud, la lógica del trabajo hospitalario asistencial bajo Protocolos / Guías de tratamiento como garantía de la mejor prestación posible de servicios de salud.
2. Desarrollar elementos fácticos que aporten elementos que resuelvan, cuando menos, parcialmente la problemática de la adherencia relativa al uso cotidiano de los protocolos hospitalarios para el tratamiento de las IRAs pediátricas en el Servicio de Pediatría del Hospital Lorena.
3. Socializar las experiencias que demuestran que la estancia hospitalaria y los costos económicos de los pacientes pediátricos hospitalizados por IRAs en el Hospital, tratados mediante protocolos son sensiblemente menores que los generados por los no tratados mediante protocolo.
4. Ofrecer a los profesionales de salud en general, y a los médicos del Servicio de Pediatría del Hospital en particular, las pruebas concretas de las ventajas y la pertinencia de usar protocolos en el tratamiento de las IRAs de pacientes usuarios del Servicio de Pediatría; para que efectivamente estas Guías de manejo clínico sean usadas y practicadas de consuno.
5. Desarrollar eventos que permitan internalizar la lógica de que el trabajo médico protocolizado mejora sensiblemente las probabilidades de éxito del tratamiento del paciente; e incrementa la seguridad personal del médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Unidad de Estadística del Hospital Antonio Lorena – MINSA – Cusco. 2008.
2. Piscoya A. J. Auditoría médica. 2009.
3. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – MINSA – 2005 [NT No. 029-MINSA/DGSP].
4. Ley N° 26842, “Ley General de Salud”.
5. Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”.
6. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
7. Ley No. 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.
8. Ley N° 27867, “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”.
9. Ley N° 27815, “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
10. Resolución Ministerial N° 261-98-2001-SA/DM, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
11. Resolución Ministerial N° 768-2001/SA/DM, “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.
12. Resolución Ministerial N° 776-2004/ MINSA, “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado”.
13. Ley No. 27927, que modifica la Ley No. 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
14. Resolución Ministerial N° 474-2005/ MINSA, “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.
15. Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, “Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud”.
16. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, “Comité Técnico para la Seguridad del Paciente”.
17. Resolución Ministerial No. 511-2005/MINSA [05 de Julio del 2005].
18. TJ Marrie et al. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. JAMA 2000 283: 749-755.
19. Guía de recomendaciones en la Terapia Secuencial Antibiótica (TSA). Editores: JM. Aguado, J. Fortún. 2006.
20. Impact of clinical Guidelines in the management of severe hospital-acquired pneumonia. Soo Hoo Guy e col. Chest 2005;128;2778-2787.
21. Implementation of guidelines on hospital-acquired pneumonia. Antoni Torres. Chest 2005;128;1900-1902.
22. Costos económicos de las neumonías en niños menores de 2 años de edad, en Colombia. Nelson Alvis Guzmán, Fernando de la Hoz Restrepo, Ana Betty Higuera, Desiree Pastor, y José Luis Di Fabio.
23. Impacto de un programa de atención farmacéutica comunitaria en pacientes con asma bronquial tesis doctoral. Julio Andrés Jácome. Madrid, Octubre 2000.

24. Zárate Cárdenas E., Llosa Isenrich L.; "Hábitos de prescripción de los médicos peruanos y factores que influyen en ellos". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);118(6):479-87, jun. ilustrado.
25. Trujillo Puerta Uriel Darío; Fundación Universitaria María Cano. Antioquía – Colombia. 2005).
26. Grupo Menarini España: www.formacionsanitaria.com).
27. Guías de Manejo 2004. Servicio de Pediatría. 6a. Guía. Hospital Antonio Lorena – Cusco. MINSA).
28. Villafuerte Rivera, Hernán: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Pág. 176. Hospital Nacional del Sur. (ESSALUD – Arequipa) – 1999.
29. Olazabal Peraltilla, Ricardo: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Pág. 140. Hospital Nacional del Sur. (ESSALUD – Arequipa) – 1999.
30. Rodríguez Layme, Jesús: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Pág. 149. Hospital Nacional del Sur. (ESSALUD – Arequipa) – 1999.
31. Guías de manejo 2004. 1a. Guía. Servicio de Pediatría. Hospital Antonio Lorena – Cusco. MINSA).
32. Recabarren Lozada, Arturo: Protocolos de manejo de Emergencias médico - quirúrgicas. Hospital Nacional del Sur. Pág. 135. (ESSALUD – Arequipa) – 1999.
33. Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. (MINSA) – 07 de Enero de 1999.
34. Guías de Práctica Clínica. Año 2001. Hospital Nacional Sur Este – ESSALUD – Cusco. Pediatría.
35. Aguirre G.H. "Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas marzo-abril 1990." Salud Pública Mexicana 32(3):170-80.
36. Alvarez L, Midzuaray A. "Uso racional de preparados vitamínicos. Revista de salud y medicamentos 1998"; 11(43):6- 12.
37. Arana G, Aguirre C, Abanto D. "Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de hipertensión arterial en pacientes del Programa de HTA: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - ESSALUD", Trujillo. Rev Med Hered 2001; 12(4): 120-126.
38. Varillas E, Guevara J, Paredes P. "Situación de los medicamentos en tres departamentos del Perú". Lima: DIGEMIDMINSA / Programa RPM, Management Sciences for Health; 2002.
39. Barreda P.; "La receta médica: no todas las letras son claras". www.pediatraldia.cl
40. Campos M. "Problemas de la antibioticoterapia en el Perú". Boletín Soc Perú Med Int 1996; 9:126.
41. Cordero B.R. "Auditoría médica en un centro asistencial de ESSALUD con sistema de gestión hospitalaria marzo y abril del 2003." UNMSM Lima – 2003.

42. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
43. Gil de San Vicente, O. De Escalza Gastelurrieia, M. "Evaluación del número de recetas mal cumplimentadas que llegan a una farmacia comunitaria". Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(3): 125-129.
44. Hidalgo Vera, David. "¿ Por qué los médicos tienen mala letra ?". El Club de lo insólito. ElComercio.pe. 21-07-08.
45. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD.. "Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria." Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
46. Lembcke PA. "Métodos científicos de auditoría médica. investigaciones sobre servicios de salud: una antología." Washington. Organización Panamericana de Salud 1992:92.
47. Linares J. "Uso de ceftriaxona y ceftazidima en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins". Setiembre - Noviembre 2000. Revista de Salud y Medicamentos. 2001 14(55): 36-44.
48. Llanos Z.F., Leyva H.F., Miranda M.J., Mayca P.J., Zeballos .C.: "Auditoría médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo." Revista Médica Herediana 13(1):26-31. 2002.
49. Llanos Z.L., Mayca P.J., Navarro Ch.G.. "Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. "Revista Médica Herediana 17(4):220-226, 2006.
50. Manual de Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. (MINSa) – 07 de Enero de 1999.
51. Mendoza N.M., Niño C.R., Pomajuca E., Ricse B.R.. "Auditoría de historias clínicas y evaluación prestacional cruzada en pacientes post operados en el servicio de cirugía general de un hospital público en Lima, Perú, Febrero de 2008." Rev Soc. Med. Quir. Hosp. Emerg. Perez de Leon 2008; 39(2):118-126.
52. Moscoso Ojeda Federico: "Auditoría administrativa. un enfoque gerencial". Impresión ALPHA Servicios Gráficos. 2007.
53. Mundo: Caligrafía mortal | Jueves, 18 de Enero de 2007. "La mala letra de médicos mata a siete mil pacientes en Estados Unidos".
54. Perata M., Llanos Z. L., Cabello M.E., Mayca P.J. sobre "Auditoría médica en la consulta externa pediátrica en un hospital general, Lima." Revista Médica Herediana;17(1):35-41, ene.-mar. 2006.
55. Piscoya, A.J. "Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica."
56. Rencoret S.G.. "Auditoría médica: demandas y responsabilidad por negligencias médicas. gestión de calidad: riesgos y conflictos" Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 3, año 2003; 157- 160.
57. Delgado A.E.. "Medical audit: the spanish experience": Revista British Medical Journal (BMJ) Volumen 303: 16 Noviembre de 1991.

58. Servicio de Medicinas Pro-Vida. Área de Educación. "Características de la prescripción en establecimientos de Atención Primaria de Salud en el cono sur de Lima". Agosto 1998. Año 11. N°42:22-32.
59. Solari J, Mendoza E. "El problema del no cumplimiento de las indicaciones médicas". Medicamentos y Salud 1996; 8(33).
60. Universidad de Gröningen (Holanda) y Organización Mundial de la Salud: "Método para una buena práctica de prescripción".
61. Valeriano Ortiz, Luis Fernando; Auditoría administrativa. Edit. San Marcos. Sin fecha de publicación.
62. Zarate E, Llosa L. "Hábitos de prescripción de los médicos peruanos y factores que influyen en ellos". Bol. Oficina Sanit. Panam 1995; 118(6): 479-87.