

Adherencia a la ruta de atención en salud materno-perinatal en una institución hospitalaria en Valledupar, Colombia

Adherence to maternal-perinatal health care route in a hospital institution in Valledupar, Colombia

Jhony Rojas-Rangel, Claudia Medina-Riascos,
Geny Pinto-Ortiz y Fabio A. Escobar-Díaz

Recibido 29 julio 2021 / Enviado para modificación 10 de abril 2022 / Aceptado 22 abril 2022

RESUMEN

Objetivo Evaluar la adherencia de médicos y enfermeros a la ruta integral de atención materno-perinatal (RMP) en el Hospital Eduardo Arredondo Daza (HEAD) de Valledupar, Colombia, 2021.

Materiales y Métodos Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se aplicó una encuesta virtual a los profesionales de la salud que desarrollan la RMP. Adicionalmente, se usó una lista de chequeo a 505 historias clínicas (HC), evaluadas mediante los criterios de Cumple (C), No Cumple (NC) y No Aplica (NA) y confrontadas con un formato diseñado previamente por el HEAD.

Resultados La encuesta fue respondida por los 12 profesionales de la salud a cargo de la RMP. Un 58,3% tienen dificultades en la implementación de la RMP, el 91,7% de ellos resalta la importancia de recibir capacitaciones y el 45,5% solicita que estas capacitaciones tengan una frecuencia de 2 veces al año; en la evaluación de las historias clínicas, la adherencia fue de 77%.

Discusión La adherencia por parte de los profesionales a la RMP es deficiente. Se requiere fortalecer el entrenamiento y la capacitación para mejorar la ejecución de la ruta.

Palabras Clave: Atención integral de salud; personal de salud; salud materna; atención perinatal (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To evaluate the adherence of doctors and nurses to the maternal perinatal care route (RMP, by its initials in Spanish) of the Eduardo Arredondo Daza Hospital (HEAD, by its initials in Spanish), 2021.

Materials and Methods Quantitative, descriptive, and cross-sectional research. A virtual survey was applied to the 12 professionals who develop the RMP. In addition, a checklist was used for 505 medical records (HC), evaluated by the criteria of Compliant (C), Does Not Comply (NC, by its initials in Spanish) and Does Not Apply (NA, by its initials in Spanish), confronted with a format previously designed by the HEAD.

Results The survey was answered by the 12 professionals in charge of RMP. 58.3% have difficulties in the implementation of the RMP, 91.7% of them highlight the importance of receiving training, and 45.5% request that these trainings have a frequency of 2 times a year; in the evaluation of medical records, adherence was 77%.

Discussion The adherence by professionals to the RMP is weak. Better training is required to improve implementation of the route.

Key Words: Comprehensive health care; health personnel; maternal health; perinatal care (*source: MeSH, NLM*).

JR: Enf. Esp. Salud Familiar. Esp. Gerencia y Auditoría de la Calidad. M. Sc. Salud Pública y Desarrollo Social. Programa de Medicina, Fundación Universitaria del Área Andina. Valledupar, Colombia
jhonyrojas2006@gmail.com
CM: MV. Zootecnista. M. Sc. Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. Buenaventura, Colombia.
cmr1309@hotmail.com
GP: Enf. M. Sc. Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. Pamplona, Colombia.
nunciortiz@gmail.com
FE: Soc. M. Sc. Salud Pública.
Ph. D. Salud Pública. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.
fescobar13@areandina.edu.co

La mortalidad perinatal, neonatal y materna son un problema de salud pública. Además, son un indicador del desarrollo económico de una sociedad y de la calidad de vida de las gestantes y sus familias; también reflejan la eficacia en el acceso, la cobertura y la atención oportuna de los servicios de salud (1,2).

Por otra parte, la morbilidad materna extrema (MME) es considerada una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y requiere una intervención médica urgente con el fin de prevenir la muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la vigilancia de la MME como una estrategia transversal para la reducción de desenlaces fatales (3).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia estableció las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), de conformidad a la Resolución 3280 de 2018 (4), obligatorias para los integrantes del sector salud, porque definen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad en salud a las personas, familias y comunidades. Existen tres rutas definidas por la normatividad: la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la ruta de grupo de riesgo y la ruta de eventos específicas de atención (5). A la segunda pertenece la ruta integral de atención para la población materno-perinatal (RMP).

La adherencia, para el caso de este estudio, hace referencia a la aplicación de un conjunto de conocimientos por parte de los profesionales de la salud que contribuya a mejorar la salud de los pacientes o usuarios y que cuenta con alguna base científica reflejada en protocolos o guías, como las clínicas, por ejemplo (6).

Algunos estudios han abordado la adherencia al uso de guías de práctica clínica desde el punto de vista terapéutico. Particularmente, en uno de ellos (7) y en el campo de la atención prenatal, la adherencia ha tenido un alcance parcial en aspectos como la edad gestacional, a la que se realizó la captación en la indicación profilácticas de sales de hierro y ácido fólico en la entrega de plan de parto y la aplicación de score mama. En otro de los estudios, se muestra que la falta de adherencia al control prenatal tiene factores económicos, geográficos e incluso de tiempo (8). Otra investigación, por su parte, concluyó que se requiere mejorar el seguimiento a las alteraciones detectadas durante el embarazo como parte de lo determinado por las RIAS (9).

Otras investigaciones encontraron barreras culturales para la adherencia al programa de control prenatal, relacionadas con creencias, hábitos alimenticios y asistencia a interconsultas con algunos especialistas (10). Un estudio destacó que la adherencia a estas guías fue buena, pero se necesitan estrategias para fortalecerla en

cuanto al manejo del posparto inmediato de las maternas y el adecuado seguimiento a largo plazo (11).

Estas investigaciones están soportadas por diversos protocolos y guías de manejo, los cuales incluyen orientaciones de acciones preventivas para ser aplicadas antes, durante y después del embarazo (12), así como metodologías para la evaluación de la adherencia. Este es un instrumento de orientación a fin de que los hospitales cumplan con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (13).

Conforme a lo anterior, se realizó un estudio para conocer el nivel de la adherencia de los y las profesionales de medicina y enfermería a la RMP en el Hospital Eduardo Redondo Daza (HEAD), de la ciudad de Valledupar, Colombia, en el año 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación tiene un diseño cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en la que se emplearon dos técnicas: la encuesta y lista de chequeo. La encuesta se aplicó de manera virtual a la totalidad de los profesionales de medicina y enfermería responsables de la aplicación RIAS materno perinatal en la atención de maternas por primera vez del HEAD.

Se utilizó la herramienta Google Forms para realizar las encuestas, conformadas con 16 preguntas cerradas y mixtas y fueron aplicadas entre mayo y junio de 2021. Los encuestados firmaron un consentimiento informado en el que expresaron su intención de participar en el estudio, así como de permitir la utilización de la información obtenida con fines académicos, manteniendo el anonimato de estos.

Por otro lado, se utilizó una lista de chequeo (Tabla 1) a 505 historias clínicas (HC), con 16 ítems relacionados con la atención de población materna por primera vez, que fueron evaluados mediante los criterios de Cumple (C), No cumple (NC) y No Aplica (NA); dichas HC correspondían al 30% de las pacientes inscritas y atendidas (1 653 pacientes) en el control prenatal de la institución entre enero y mayo de 2021 en los seis centros de salud urbanos del HEAD. Se realizó la sistematización de la información en Microsoft Excel® para la sumatoria de los porcentajes obtenidos generación de tablas dinámicas y figuras. Para la valoración de las historias clínicas y definir adherencia a la RMP, se utilizó el formato de evaluación elaborado por el HEAD (14). Este formato establece una escala de ponderación en la que excelente corresponde a un puntaje de 100%; buena, de 99% a 90%; regular, de 89% a 80%; deficiente, 79% a 70%, y muy deficiente, de 69% o menos.

Tabla 1. Lista de chequeo

Descripción de la intervención	Resultados según lista de chequeo			
	C	NC	NA	Total
1. Se informa a la paciente antes de su inicio en control prenatal sobre el derecho de la interrupción de su embarazo teniendo en cuenta las 3 causales establecidas en la sentencia c355 de 2006.				
2. Se registra en la historia de la paciente sus antecedentes personales (patologías, quirúrgicos, alérgicos, traumáticos, trastornos).				
3. Se registran sus antecedentes ginecológicos (edad de menarquía, ciclo menstrual, método anticonceptivo utilizado y hasta cuando, antecedente de ITS, presencia de flujos vaginales, fecha de última citología).				
4. Se registran sus antecedentes obstétricos (fecha de última menstruación, fecha de último parto, intervalos intergenésicos, número de gestaciones, abortos, cesáreas, partos, molas, peso al nacer).				
5. Se registran antecedentes familiares (patologías como HTA, diabetes, preeclampsia eclampsia, embarazos múltiples).				
6. Se registran datos de la gestación actual (fecha de última menstruación, semanas gestacionales, altura uterina, fecha probable de parto, presencia o ausencia de movimientos fetales, signos y síntomas asociados a la gestación (vómito, mareos, dolor de cabeza, tinnitus, náuseas)).				
7. Se registra la valoración psicosocial (apoyo de la pareja, apoyo de la familia, gestación deseada y aceptada) utilizando la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado.				
8. Se registran datos sobre la indagación de la exposición a violencia con las preguntas durante el último año y durante la gestación ha sido golpeada, abofeteada o lastimada física y/o psicológicamente.				
9. Si el registro de la pregunta anterior fue que "sí", se activó ruta de atención en salud a riesgo o víctima de violencia.				
10. Se realizó registro de valoración física como medidas antropométricas, signos vitales, valoración obstétrica.				
11. Se evidencia en la historia clínica la solicitud de exámenes del trimestre de la gestación (especificadas en la resolución 3280 del 2008 pág. 268).				
12. Se evidencia la solicitud de pruebas rápidas como VIH, sífilis, hepatitis b, de forma trimestral.				
13. Se evidencia el envío de los micronutrientes (como ácido fólico, sulfato ferroso, carbonato de calcio).				
14. Se registra la educación acerca de la importancia del esquema de vacunación durante el embarazo (a partir de la semana 14 y TDAP a partir de la semana 26 de gestación).				
15. Se evidencia la solicitud y registros médicos de consultas multidisciplinarias para salud oral/ odontología, psicología, nutrición, ginecología.				
16. Se evidencia el registro del carnet prenatal incluyendo la próxima cita de control.				
Total				

RESULTADOS

El 66,7% de los profesionales de salud encuestados encargados de desarrollar las acciones de la ruta materno perinatal del HEAD, pertenecen al género femenino, lo cual está íntimamente relacionado con el tipo de usuarias y permite un grado de mayor confianza e intimidad. A su vez, el 66,7% del talento humano en salud son profesionales de la medicina, mientras que el 33,3% corresponde a enfermería. El HEAD adoptó la Resolución 3280 del 2018 (4) de tal forma que ambos profesionales tuvieran la capacidad de realizar las consultas por primera vez. No obstante, se vincula de forma predominante a los profesionales médicos, debido que cuentan con capacidad resolutoria frente a posibles situaciones de salud de las pacientes.

Por otra parte, el 100% de los y las profesionales conocen la ruta e importancia de su aplicabilidad; de estos, el 75% la implementa correctamente, el 25% lo hace adecuadamente ("casi siempre"). Este resultado aparentemente positivo significa que existe un margen de riesgo de que un número de gestantes no hubiera recibido la atención adecuada y completa (Figura 1).

Además, el 91,7% resalta la importancia de la capacitación en las RMP y el 45,5% de ellos sugiere que sean dos veces al año (Figura 2), ya que esto contribuiría a mejorar la prestación de los servicios y reduciría la posibilidad de cometer errores y el riesgo a la vida del binomio madre-hijo.

El 100% del personal encuestados manifestaron la importancia de diligenciar cada una de las variables de la HC, ya que cada aspecto ofrece información relevante para diagnósticos y manejo integral de madre e hijo. El 83,3% considera fácil la comprensión de la guía. No obstante, un 58,3% han tenido dificultad en la correcta aplicación de la RMP, debido a dificultades asociadas a la deficiencia de insumos, especialmente, reactivos de laboratorio (58,3%), equipo interdisciplinario (25%) o medicamentos (8,3%).

Al evaluar las HC se observó que en un 99% de ellas, los profesionales de la salud que realizaron la atención informaron a las pacientes sobre el derecho que tiene en la interrupción del embarazo; el 98% contiene los registros de los antecedentes personales, pero solo el 92% tiene los ginecológicos. Cabe resaltar que en 30% de las HC no están consignados los antecedentes obstétricos, y un 4% de las historias no condensan datos de la gestación

Figura 1. Implementación de la ruta materno-perinatal

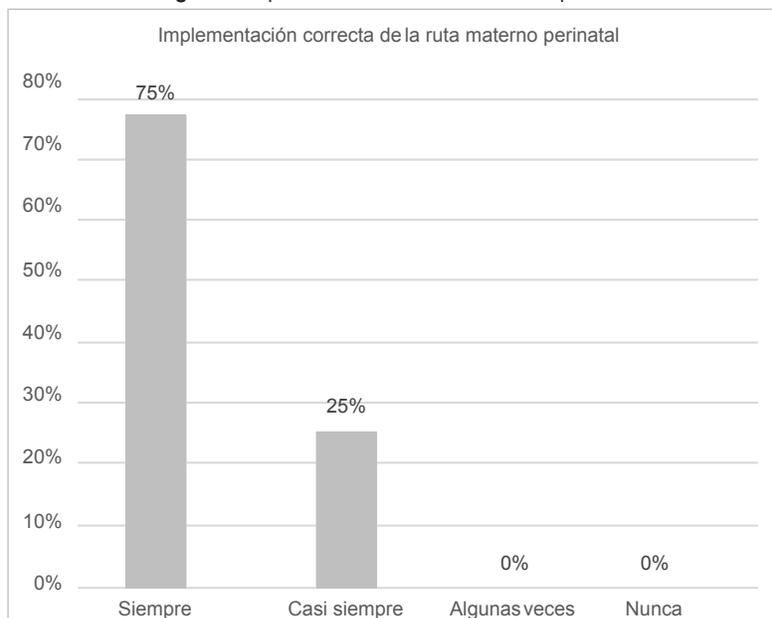
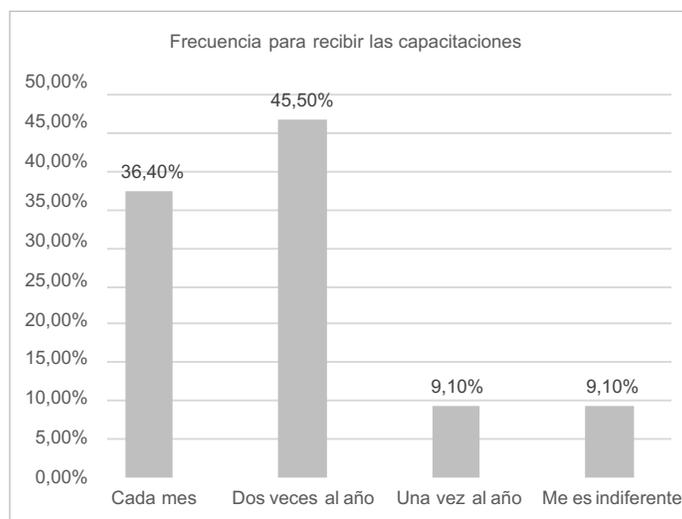


Figura 2. Necesidad de recibir capacitaciones



actual correspondientes a fecha de última menstruación, semanas gestacionales, altura uterina, fecha probable de parto, presencia o ausencia de movimientos fetales, signos y síntomas asociados a la gestación como vómito, mareos, dolor de cabeza, tinnitus y náuseas.

Asimismo, 83% de las HC no tienen datos sobre la valoración psicosocial. En la indagación acerca de la exposición a violencia durante el último año, un 4% de los registros no detallan información, aunque para el 96% restante correspondiente a los casos en los que sí se realizó el registro, solo el 1% activó la ruta de atención en

salud a riesgo o víctima de violencia establecida por la Ley 1257 de 2008 (15).

De igual modo, en el 6% no se solicitaron los exámenes del trimestre de la gestación y solo al 5% de las pacientes les realizaron las pruebas rápidas de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y hepatitis B de forma trimestral. El 4% de las HC no registran solicitud de los micronutrientes, mientras que el 5% no se evidencia que se halla brindado información acerca de la importancia del esquema de vacunación durante el embarazo; respecto al 26%, se observa la solicitud y los registros médicos de

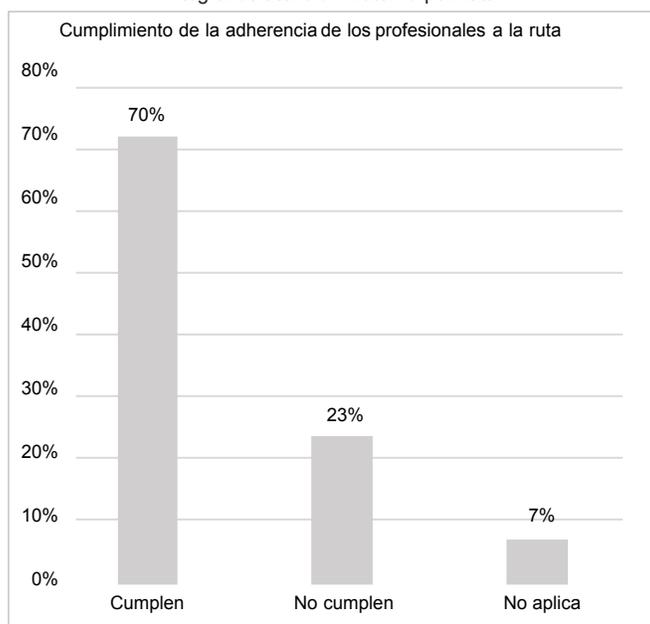
consultas multidisciplinarias para salud oral/odontología, psicología, nutrición, ginecología, empero, para el 96% no se aprecia el registro de carné prenatal ni la fecha de la próxima cita control.

En razón a la evaluación total de la RMP para la atención de maternas por primera vez por parte del personal de medicina y enfermería del HEAD, se aprecia que, de las historias clínicas evaluadas, el 7% no aplicaban las variables verificadas mediante la lista de chequeo, ya que estas pacientes fueron inscritas al control del embarazo por los profesionales encargados de desarrollar la RMP.

Sin embargo, ellas no asistieron a los próximos controles, razón por la cual las historias clínicas no fueron evaluadas.

De acuerdo con lo anterior, mediante la lista de chequeo fue posible encontrar que el 23% de las 505 HC analizadas no cumplen con los criterios definidos en dicho instrumento, mientras que el 77% restante sí lo hacen (Figura 3). Por tanto, teniendo en cuenta la escala de valoración que diseñó el HEAD, la adherencia se considera como deficiente, puesto que su resultado se sitúa dentro del rango 70% a 79%.

Figura 3. Cumplimiento de la adherencia de los profesionales a la ruta integral de atención materno-perinatal



DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la adherencia del personal médico y de enfermería en la ruta materno perinatal del HEAD, utilizando una lista de chequeo y el formato de evaluación definido por esta institución (14). Dicho formato tiene una escala de ponderación en la que excelente tiene un puntaje de 100%; buena, de 99% a 90%; regular, de 89% a 80%; deficiente, 79% a 70%, y muy deficiente, de 69% o menos. Los resultados evidencian la deficiente adherencia refrendada en un 23% de incumplimiento por parte de los profesionales en las historias clínicas.

En cuanto a la relación de estos resultados con otras investigaciones, el estudio de Ortiz *et al.* (9) sobre adherencia a las guías de atención de control prenatal en la red pública del departamento del Magdalena, evidenció la falta de adherencia por parte de los profesionales

responsables de la aplicación de la ruta. De igual forma, Espinosa y Varón (16) realizaron una investigación acerca de la adherencia de los médicos a las guías de práctica clínica de hipertensión arterial en Pereira. Los resultados obtenidos de la calificación y la categorización de las variables valoran a la institución con una calificación de nivel medio de adherencia.

En el estudio sobre la adherencia a las guías de prácticas clínicas en neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad en un hospital universitario de Lima entre 2006 y 2007, según Fragozo Marchante *et al.* (17), los resultados mostraron que todavía existe un alto porcentaje de pacientes a los que no se está haciendo uso de las guías y se concluye que la no adherencia a las guías de práctica clínica tiene relación con la mortalidad.

Por otro lado, Pérez *et al.* (11) identificaron la adherencia a las recomendaciones de la guía de manejo del síndrome hipertensivo asociado a la gestación en

un hospital universitario de Medellín. Sus resultados muestran que la adherencia a la guía fue buena. Por su parte, en el estudio de Mejía-Delgado (18), se identificó un porcentaje de 73% de adherencia de los registros clínicos de enfermería a la norma oficial mexicana para los expedientes clínicos NOM 168-SSA1-1998, es decir, que el 73% de los expedientes se adhieren a la norma en mención y también se identifican deficiencias en los registros como la mención de los nombres y las firmas del personal de enfermería.

Así, pues, el presente estudio permitió evaluar el cumplimiento de la RMP y determinó la adherencia del personal médico y de enfermería a esta, al revisar 505 HC y contrastar esta información con la percepción de los profesionales de la salud.

La principal limitación de este estudio radica en los ajustes metodológicos necesarios por el contexto de la pandemia por COVID-19, pues las encuestas solo se pudieron hacer de manera virtual y no presencial. Esto impidió una interacción cara a cara con el personal de salud, lo que influyó también en la imposibilidad de contar con una retroalimentación por parte de ellos.

A pesar de lo anterior, los hallazgos revelan que la adherencia a las RMP se encuentra en valoración deficiente, menor a 79%, conforme a los criterios establecidos por el HEAD. Esto brinda evidencia para el mejoramiento de los procesos de capacitación o fortalecimiento de todos los aspectos relacionados con esta ruta, a fin de implementar con éxito esta estrategia. Es fundamental, por consiguiente, aumentar la capacidad de adherencia de los diferentes profesionales involucrados en la atención integral de la población desde la atención primaria en salud (APS), con enfoque de salud familiar y comunitaria, cuidado, gestión integral del riesgo y enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (19,20).

Desde un punto de vista investigativo, son necesarios estudios posteriores sobre el diseño y la implementación efectiva de mecanismos que contribuyan a fortalecer la adherencia de los profesionales y el talento humano en salud. Adicionalmente, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, las acciones dentro del HEAD pueden ajustarse a fin de que las RIAS puedan alcanzar un mejor cumplimiento, en especial, de las RMP ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Barbosa MM, Mancilla A, Bolaños JD, Moreno SL. Análisis descriptivo de la mortalidad perinatal y neonatal en un hospital universitario en el año 2013. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2014; 9(1):21-6.
- Ticonal M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú. *Ginecol Obstet [Internet]*. 2003 [cited 2021 Oct 19]; 49(4):227-36. <https://bit.ly/3SiOfCS>.
- Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Morbilidad Materna Extrema. Semana Epidemiológica 08 [Internet]. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2021 [cited 2021 May 8]. <https://bit.ly/3Dc4vBo>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 (agosto 2): Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá D.C.: Diario Oficial 50.674; agosto 3 de 2018. [cited 2021 May 4]. <https://bit.ly/2zw47fv>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud RIAS [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2020 [cited 2020 May 4]. <https://bit.ly/2PRZnYj>.
- Bautista Rodríguez LM, Vejar Ríos LY, Pabón Parra MR, Moreno J, Fuentes Rodríguez L, León Solano KY, Bonilla J. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Rev Cuid*. 2016; 7(1):1195-203. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>.
- Rangel-Flores Y, Hernández-Ibarra L, Martínez-Ledezma A, García-Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(9):e00035418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035418>.
- Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y vida*. 2020; 4(7):74-96. <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>.
- Ortiz-Grisolle KJ, García-Galezo K, Gómez-Cardona AP, Maestre-Álvarez SJ, Vargas-Guerrero GE, Ramos-Navas N, et al. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia). *Duazary*. 2019; 16(1):115-27. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2511>.
- Lasso Toro P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensam Psicol [Internet]*. 2012 [cited 2021 Oct 19]; 10(2):123-33. <https://bit.ly/3CE3b8Y>.
- Pérez Restrepo N, Muñoz Segovia H, Zuleta Tobón JJ. Adherencia a la Guía de manejo de la paciente con síndrome hipertensivo asociado a la gestación, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. *Iatreia [Internet]*. 2008 [cited 2021 Oct 19]; 21(2):s19. <https://bit.ly/3TzPAq5>.
- Nguyen T, Nguyen TH, Pham HTK, Nguyen TTA, Huynh KM, Vo PTB, et al. Physicians' adherence to acute coronary syndrome prescribing guidelines in Vietnamese hospital practice: a cross-sectional study. *Trop Med Int Health*. 2015; 20(5):627-37. <https://doi.org/10.1111/tmi.12467>.
- Amaya-Guío J, Díaz-Cruz LA, Cardona-Ospina A, Rodríguez-Merchán DM, Osorio-Sánchez D, Barrera-Barinas A, et al. Guía de Práctica Clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Rev Colom Obstet Ginecol [Internet]*. 2013 [cited 2021 Apr 10]; 64(3):245-88. <https://bit.ly/3DbD4rr>.
- Hospital Eduardo Arredondo Daza. Resolución 250 de 2021: Por medio de la cual se adopta el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, de la ciudad de Valledupar. Valledupar: Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E.; 2021.
- Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008 (diciembre 4): Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 47.193; diciembre 4 de 2008 [cited 2021 Oct 19]. <https://bit.ly/3CLBcnY>.
- Espinosa-Acosta MA, Varón-Ramírez CP. Adherencia de los médicos a la guía de Hipertensión arterial en el municipio de Pereira. *Cultura del*

- Cuidado. 2015; 12(2):55-68.
<https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2015v12n2.3837>.
17. Fragoso Marchante MC, Espinosa Brito AD, Álvarez Amador G, González Morales I, Bernal Muñoz JL, Mosquera Fernández M. Adherencia a las guías de prácticas clínicas sobre neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad. *MediSur* [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 23]; 8(4):49-56. <https://bit.ly/3Sgckdq>.
 18. Mejía-Delgado AN, Dubón-Peniche MC, Carmona-Mejía B, Ponce-Gómez G. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *Revista CONAMED* [Internet]. 2011 [cited 2021 Oct 19]; 16(1):4-10. <https://bit.ly/3VzJPup>.
 19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019 (septiembre 27): Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE. Bogotá D.C.: Diario Oficial 51.092; septiembre 30 de 2019 [cited 2021 Oct 19]. <https://bit.ly/3elpHWa>.
 20. Jaimes C. Adiós MIAS, bienvenido MAITE [Internet]. Bogotá D.C.: Consultorsalud; 2019 [cited 2021 Jun 27]. <https://bit.ly/2WBbCeS>.