



FACULTAD DE POSGRADOS

EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA INFANCIA EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS, POR PARTE DE LOS MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD LA RUMIÑAHUI, QUITO, EN EL PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 1 DE DICIEMBRE DEL 2016.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

Mg. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autora

Lucía del Carmen Cáceres Fernández

Año

2017

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

---

Susana Janneth Larrea Cabrera  
Magíster en Economía  
C.I.: 1709576597

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación

-----  
Mg. Irma Veronica Garcés Fuentes  
CI.1712241239

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que éste trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

-----  
Md. Lucía del Carmen Cáceres Fernández

C.I: 1706519111

## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a personas e Instituciones que han intervenido de uno u otro modo para priorizar y valorar la salud pública.

A mi familia, gracias por creer en mí y apoyarme al transitar éstos y otros trayectos de la vida.

## DEDICATORIA

A todas las personas que luchan  
y se esfuerzan a diario con amor  
por alcanzar la excelencia con  
sensibilidad social y constancia.

## RESUMEN

Las infecciones respiratorias constituyen la primera causa de atención en los servicios para la primera infancia. Igualmente, representan un gasto elevado para los Estados y bolsillo de los usuarios, de los cuales un porcentaje alto se destina para medicamentos.

El objetivo del presente estudio es identificar las prácticas de prescripción de medicamentos por parte de los médicos del Centro de Salud La Rumiñahui en Quito en casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños de 2 meses a menores de 5 años y su correlación con la implementación de la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional. El Universo de estudio fueron 180 casos de Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas de 2 meses a menores de cinco años de la consulta ambulatoria en el Centro de Salud Rumiñahui de la ciudad de Quito, en el período desde el 01 de Noviembre al 01 de Diciembre del 2016. También se aplica una encuesta a los médicos que atienden niños en la Unidad.

Se evidencia en general un exagerado uso de medicamentos en relación a lo indicado en la estrategia AIEPI. El grupo de medicamentos más prescrito son los antihistamínicos que no están recomendados por el manejo estándar de casos de infección respiratoria aguda en la infancia. El porcentaje de uso de antibióticos sí bien ha disminuido notoriamente en forma global relación a un estudio realizado en 1995 en el centro de salud Rumiñahui, aún sigue siendo excesivamente alto y no está correlacionado con los criterios claves del AIEPI. Se observan problemas en la capacitación recibida por los profesionales médicos, dificultades tanto en estadística como en enfermería del centro de salud, buen uso de los medicamentos genéricos, no conocimiento exacto de los signos de alarma.

Dentro de las recomendaciones principales, se determina la necesidad de fortalecer la capacitación de los equipos de salud, organizar intervenciones sostenidas con la comunidad, implementar auditoria de calidad a nivel del Centro de Salud e involucrar al personal de farmacia en el seguimiento de una buena prescripción, entre otros.

## ABSTRACT

Respiratory infections are the primary cause of attention in early childhood services. Likewise, they represent a high expenditure both for States and for the users' out-of-pocket spending; who must allocate a great percentage of this money to medicines.

The objective of this research document is to identify the prescription practices of the physicians at the Health Center "La Rumiñahui" located in Quito, in cases related to Acute Respiratory Infections (ARI) in children from 2 months to under 5 years old; and its correlation with the implementation of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy, developed by the World Health Organization.

This is a descriptive, cross-sectional, retrospective, and observational study. The research sample was delimited to 180 cases of ARI in children from 2 months to less than five years old, who were part of the daily outpatient care at the Health Center "La Rumiñahui" in the city of Quito, during the period of 01 November to 01 December 2016. Additionally, a survey was applied to doctors who treated children in the Unit.

As a result, there is evidence of an exaggerated use of medicines in relation to what is indicated in the IMCI strategy. The most prescribed group of drugs are antihistamines that are not recommended for the standard management of cases of acute respiratory infection in childhood. In the same way, the research has also determined that, although the percentage of antibiotic use has declined globally in relation to a study carried out in aforementioned center in 1995, it is still excessively high and not correlated with the key criteria of IMCI. There are problems related to personnel training, statistics and nursing, good use of generic drugs and ignorance of the warning signs.

Finally, according to the research results, the documents' main recommendations focus on the need to strengthen the training of health teams; to organize sustained interventions with the community; to implement quality audits at the Health Center level; and to involve pharmacy staff in following a good prescription, among others.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
1. Capítulo I Presentación del problema	
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Razones por las que se escogió el tema.....	7
1.3 Planteamiento del problema.....	8
1.4 Pertinencia del problema a investigar.....	10
1.5 Metodología propuesta para realizar la tesina.....	11
1.5.1 Tipo de estudio a realizarse.....	11
1.5.2 Período y lugar de la investigación.....	12
1.5.3 Universo.....	12
1.5.4 Métodos, técnicas e instrumentos.....	12
1.5.5 Criterios de inclusión.....	13
1.5.6 Criterios de exclusión.....	13
1.5.7 Variables a estudiarse.....	14
1.5.8 Resultados esperados.....	14
1.5.9 Conclusiones del capítulo.....	14
2. Capítulo II. Revisión de la información y resultados de la evaluación	
2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y puesto en práctica.....	16
2.2 Revisión de la literatura académica profesional pertinente.....	17
2.3 Hallazgos de la investigación realizada.....	22
2.3.1 Resultados de la encuesta a médicos.....	34

2.4 Conclusiones del capítulo.....	40
<b>3. Capítulo III Análisis soluciones planteadas al problema</b>	
3.1 Discusión sobre la problemática en casos de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños de 2 a 5 años.....	42
3.2 Alternativas planteadas a la problemática.....	44
3.3 Conclusiones del capítulo.....	50
<b>4. Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones</b>	
4.1 Conclusiones.....	51
4.2 Recomendaciones.....	54
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diagnósticos de IRA que entran en el estudio acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	5
Tabla 2: Matriz FODA Centro de Salud Rumiñahui.....	7
Tabla 3: Casos IRA revisados según diagnóstico consignado por los médicos del Centro de Salud Rumiñahui.....	25
Tabla 4: Casos IRA revisados según profesional que atiende.....	26
Tabla 5: Casos IRA revisados en los que se constata fiebre.....	27
Tabla 6: Casos IRA según medicamentos prescritos.....	29
Tabla 7: Llenado del formulario del AIEPI por los pediatras versus los médicos generales.....	32
Tabla 8: Comportamiento en la prescripción de Médicos Generales vs Médicos Pediatras.....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Casos de IRA según sexo.....	23
Figura 2: Casos de IRA según grupo de edad.....	24
Figura 3: Casos de IRA según profesional.....	26
Figura 4: Casos de IRA en los que los médicos usan genéricos.....	28
Figura 5: Uso de antibióticos en casos de IRA.....	30
Figura 6: Antibióticos usados según AIEPI.....	31
Figura 7: Tiempo de experiencia clínica de médicos.....	35
Figura 8: Número de capacitaciones recibidas.....	35
Figura 9: Tiempo hace de haber recibido capacitación AIEPI.....	36
Figura 10: Antibiótico de elección en neumonía.....	37
Figura 11: Criterios cardinales en neumonía nombrados por los médicos.....	38
Figura 12: Efectos secundarios de antigripales mencionados por médicos.....	39
Figura 13: Signos de alarma expresados por los médicos.....	40

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son el origen de un importante gasto económico y social en el mundo entero ya que están relacionadas con la prescripción de medicamentos innecesarios, aumento del índice de resistencia bacteriana, consumo de dinero de bolsillo en las familias y costos altos para los gobiernos. Adicionalmente son motivo frecuente de ausentismo laboral-escolar y los cuadros de neumonías siguen siendo causa de la muerte de muchos niños pequeños.

Las IRA, se refieren a una gama de enfermedades que atacan al aparato respiratorio. Son la primera razón de demanda de atención por parte de los usuarios en especial pacientes pediátricos en los que continúa siendo la primera causa de morbi-mortalidad en la mayoría de países.

Hace un poco más de veinte años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la implementación de la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en donde las IRA tienen un papel preponderante. La estrategia, va enfocada hacia la aplicación de medidas simples y poco costosas, el uso apropiado de medicamentos en especial de antibióticos, la mejora del aspecto nutricional, el mejoramiento global de los servicios de salud, el progreso de las destrezas de manejo por parte de las familias, entre otros aspectos.

En el campo de la gestión pública de la salud específicamente con referencia a la implementación del AIEPI, existe una política propuesta desde el Ministerio de Salud del Ecuador, sin embargo a nivel local en las instituciones operativas, se siguen evidenciando los defectos de la aplicación de la estrategia.

## **OBJETIVOS**

### **a. Objetivo general**

Identificar las prácticas de prescripción de medicamentos por parte de los médicos del Centro de Salud La Rumiñahui en casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños de 2 meses a menores de 5 años y su correlación con la implementación de la estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

### **b. Objetivos específicos**

b.1. Establecer la utilización de la estrategia del AIEPI, en lo que compete a la prescripción de antibióticos en el enfoque de las IRA en niños de 2 meses a menores de cinco años, por parte de los médicos de la Unidad.

b.2. Establecer el porcentaje de uso de antibióticos y de otros medicamentos prescritos para las IRA en niños de 2 meses a menos de cinco años y la pertinencia de su uso en los casos analizados.

b.3. Proponer alternativas que permitan mejorar el posicionamiento de la estrategia del AIEPI en torno al uso racional de medicamentos en la gestión médica de dicha unidad.

## CAPÍTULO I

### PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

#### 1. ANTECEDENTES

El Centro de Salud La Rumiñahui, es un Centro tipo A acorde a la nueva clasificación dada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, localizado al norte de la ciudad de Quito en el Distrito D1705 de la Coordinación Zonal No. 9. Su población de referencia es aproximadamente 73.728 habitantes, de los cuales 6970 corresponden a niños menores de 4 años (9,45%) (Centro de Salud Rumiñahui, 2016)

El Centro de Salud funciona como tal desde hace 25 años en el Barrio La Rumiñahui, en un local dado en comodato por el Municipio de Quito ubicado en las calles Sancho Hacho y Cristóbal Tuquir. Dentro de su área geográfica de influencia se encuentran catorce barrios del norte de Quito y dieciséis unidades educativas. El barrio cuenta con todos los servicios básicos, agua potable y alcantarillado, servicio eléctrico y de telefonía, red de transporte público, internet, recolección de desechos diferenciada. En el sector, se ubican locales comerciales, restaurantes, farmacias, clínicas, hospitales, tiendas de varios tipos. La mayoría de la población atendida se auto identifica como mestiza, al igual que el conjunto de la población que habita en Quito (Centro de Salud Rumiñahui, 2016).

En la actualidad, el centro de salud cuenta con programas a través de atención en medicina general, pediatría, ginecología, odontología, psicología, trabajo social, enfermería, vacunas, laboratorio clínico, farmacia, estadística y control sanitario. Adicionalmente se brinda atención en calificación y recalificación de discapacidades. Los horarios de atención del Centro son de lunes a sábado de

07:30h a 16:30h. Los pacientes agendan sus citas por intermedio de un call center llamando al número 171, el cual agenda el 70% de los pacientes. El otro 30% se agenda por demanda espontánea y citas subsecuentes dadas en la misma unidad (Mediavilla, 2017).

La Unidad cuenta con 6 profesionales médicos que atienden niños, dos de ellos médicos especialistas en Pediatría y cuatro médicos generales. Los dos médicos pediatras y un médico general son de nombramiento fijo. Los otros médicos generales son de nombramiento provisional.

En la Unidad en el año 2016, se dieron 35.758 atenciones en total, de éstas, 5.677 corresponden a niños y niñas menores de 5 años es decir el 15,87%. Igualmente, en cuanto al perfil epidemiológico 2016 de la Unidad, las IRA ocupan el primer lugar de presentación en el listado de enfermedades. La rinofaringitis aguda y la faringitis aguda representan el 15,5% de todas las enfermedades. (Distrito D1705 Coordinación Zonal No. 9, 2016).

La morbilidad varía según los grupos etarios. En edad infantil hay predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias, mientras que en edad adulta se aprecia prevalencia de patologías de tracto genitourinario en la población femenina que acude mayoritariamente al centro de salud. En cuanto a las atenciones en menores de cinco años, las IRA ocupan el primer lugar de presentación (Distrito D1705 Coordinación Zonal No. 9, 2016).

En el Centro Rumiñahui en un período de nueve meses, desde el mes de enero a septiembre del 2016 dentro de la población de niños y niñas menores de 5 años, se atendieron 1815 pacientes, de los cuales el 47,65% tuvieron un diagnóstico de IRA (Mediavilla, 2017) . En la Tabla 1 se presentan a continuación, los diagnósticos que se tomarán en cuenta en el estudio presente sobre IRA, acorde a la clasificación internacional de enfermedades.



Tabla 1

*Diagnósticos de IRA que entran en estudio acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*

Códigos	Descripción
J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
J01	Sinusitis aguda
J02 a J02.9	Faringitis aguda y sus variedades
J03	Amigdalitis aguda
J04	Laringitis y traqueítis aguda
J04.0	Laringitis aguda
J04.1	Traqueítis aguda
J04.2	Laringo traqueítis aguda
J05	Laringo traqueo bronquitis y epiglotitis aguda
J05.0	Laringo traqueo bronquitis aguda
J05.1	Epiglotitis aguda
J06	Infecciones respiratorias superiores agudas de múltiples sitios y sitios sin especificar
J09 a J12	Gripe y sus variedades
J12 a J18-9	Neumonía y sus variedades
J20	Bronquitis aguda
J20.9	Bronquitis aguda o subaguda (con broncoespasmo u obstrucción)
J21	Bronquiolitis aguda
J22	Infección respiratoria inferior aguda sin especificar
J40	Bronquitis no especificada como aguda o crónica
J80	Síndrome de distrés respiratorio agudo

*Tomada de MSP Ecuador, Instructivo para llenado del Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDACAA.*

En relación al manejo del AIEPI, hay un formulario que se incluye en las historias clínicas del Centro por regla del Ministerio de Salud (Ver Anexo 1). Enfermería del centro de salud, llena la parte del formulario que compete a las vacunas y los signos vitales. El médico debe llenar el resto de la información del formulario y colocar los diagnósticos posteriormente en el sistema informático. Una parte del formulario se refiere al manejo de las IRA. Al fin de mes los diagnósticos por

cada profesional se condensan en el sistema de Registro Diario de Atención de Consulta Ambulatoria (RDCA) del Ministerio de Salud. El médico puede incluir hasta tres diagnósticos diferentes. Anteriormente, todo el control se realizaba en forma manual.

En referencia al manejo de la prescripción de medicamentos en la Unidad, los médicos deben realizar por cada medicamento una receta. Los medicamentos que están autorizados a prescribir por parte del Ministerio de Salud, son los que se encuentran en el cuadro nacional de medicamentos, al momento la novena edición emitida por la Autoridad Nacional. El control y el abastecimiento de medicinas y vacunas del Centro, se lo realiza a través del sistema de gestión del inventario (SGI) desde el Distrito correspondiente. (Gallardo, 2017).

En el contexto general, según criterio de la Directora del Centro, los principales problemas generales de la Unidad son: déficit en el número del Talento Humano acorde a la población asignada, problemas en la infraestructura del local y la ubicación del centro de salud. Cómo es de esperar, la Autoridad del Centro de Salud, no identifica de primera instancia a los problemas de control de la prescripción de medicamentos como un inconveniente trascendental del centro de salud. Sin embargo, al analizar en conjunto los problemas específicos de la prescripción y manejo de medicamentos por parte de los médicos, es un problema que no ha podido ser tratado a fondo, sobre todo en el tema de las IRA.

De acuerdo al análisis personal realizado con apoyo de informantes claves, se presenta a continuación en la Tabla 2 el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) del Centro de Salud Rumiñahui. (Gallardo, 2017).

Tabla 2

*Matriz FODA Centro de Salud La Rumiñahui año 2016*

<i>Fortalezas</i>	<i>Debilidades</i>
Atención permanente inclusive los días sábados	Déficit en número del talento humano
Equipo multidisciplinario	Problemas en la infraestructura
Veinticinco años en el barrio	Tiempo corto para las consultas médicas
Entrega de medicamentos básicos	Local en comodato localizado en calle secundaria
Conocimiento del sector	Poca investigación científica
Adecuada coordinación con la Dirección del Distrito	Historia clínica manual
Trabajo extramural	Atención fundamentalmente medicalizada
Buen nivel de cobertura en la atención	Limitado seguimiento de la calidad
<i>Oportunidades</i>	<i>Amenazas</i>
Trabajo coordinado con Club Local De Salud conformado	Inestabilidad económica en el país
Trabajo con Institutos, Colegios y Escuelas.	Cambios políticos en el Ministerio de Salud
Relacionamiento con otros Programas de Apoyo Social	Asignación presupuestaria cambiante
Trabajo conjunto con otras instituciones públicas y privadas	Cambios en la legislación de la salud

*Nota: Construcción personal con base a análisis y entrevistas de actores claves, Enero 2017*

## 1.2 RAZONES POR LAS CUALES SE ESCOGIÓ EL TEMA

En los últimos años en el Ecuador con la aprobación e implementación de la nueva Constitución (Constitución Política del Ecuador, 2008), el Plan Nacional del Buen Vivir (Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, 2016), la Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia (Desarrollo, 2012) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se considera una prioridad nacional el optimizar integralmente la salud en los niños menores de 5 años. (Secretaría Nacional de

Planificación, 2014). Dentro de ésta, se trabaja intensamente en algunos aspectos con este grupo poblacional, entre ellos en estrategias para disminuir la morbilidad y la mortalidad a causa de las enfermedades prevalentes, fortalecer la lactancia materna, mejorar la nutrición, favorecer la estimulación temprana, brindar el cuidado integral de los niños en los nuevos Centros Infantiles para el Buen Vivir (CIBV), entre otros (Morejón, 2015).

La estrategia del AIEPI fue implementada desde el año 1996 en forma progresiva en todo el Ecuador. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) proponen el uso del AIEPI como puntal para mejorar la salud en la niñez con el fin de combatir la alta mortalidad y morbilidad que producían estas enfermedades, sobre todo la neumonía. Los casos de IRA en los niños, es decir aquellos que duran menos de quince días, pueden complicarse por tardanza en la búsqueda de atención médica cuando el caso lo amerita, por la presencia de diagnósticos equívocos o prescripción de medicamentos inadecuados (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Después del lanzamiento de la estrategia AIEPI, se efectuaron evaluaciones de sus avances por parte del Ministerio de Salud del Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los años 2000, 2005 y 2011, en donde se evidenciaron aún muchas debilidades en los procedimientos de atención en las enfermedades prevalentes, problemas en el manejo específico de los casos, defectos en las habilidades de comunicación con la población, deficiencias en los servicios de atención de salud y poca adherencia a los esquemas de manejo sugeridos en la Estrategia AIEPI, falta de adecuada sistematización y seguimiento (Valdivieso, 2012).

En los casos de infecciones respiratorias virales la mayoría de cuadros son considerados como auto limitados y no requerirán del uso de medicamentos especializados peor aún antibióticos. La mayoría de estudios apuntan a

demostrar un exceso en la prescripción de antibióticos, lo cual ha ocasionado un aumento importante en la resistencia bacteriana, problema que se evidencia a nivel mundial siendo una gran preocupación en la salud pública. Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2012 comenta que según el informe internacional sobre la resistencia bacteriana de la OMS del 2004, en el Ecuador se encuentra resistencia del estreptococo pneumoniae a varios antibióticos (oxacilina, penicilina, eritromicina, trimetoprim sulfametoxazol, tetraciclina y ceftriaxona) (Quizhpe, A., Encalada, L., Aservier, S., 2012).

El uso rutinario de antibióticos y otros medicamentos son de uso controversial en los cuadros de IRA sin neumonía en los niños (Diez pruebas o tratamientos cuestionados en niños, 2016). Por otro lado, en casos de diagnóstico de neumonía, un antibiótico precoz, evita el manejo hospitalario, reduce notoriamente las complicaciones y la mortalidad infantil y se reducen los costos contando con intervenciones simples y la utilización de signos claves en la examinación como la taquipnea y el tiraje subcostal. (Organización Mundial de la Salud, 2016), (Gonzalez, 2013).

Otro asunto significativo a tomar en cuenta es el tema de la medicalización de la atención en la cual el usuario común e incluso los profesionales de salud presuponen erróneamente que una buena atención va ligada casi exclusivamente a la prescripción de medicamentos descuidando los aspectos de educación para la salud, promoción y prevención.

El tema del uso de los medicamentos en las IRA es muy importante por todas sus implicaciones médicas y económicas. Algunos estudios que se han realizado, denotan que incluso personal médico al parecer capacitado no prescribe adecuadamente medicamentos en los casos de IRA en la infancia, lo cual puede relacionarse con problemas en el seguimiento y calidad de los procesos, además de creencias y conocimientos errados (López, O., González, J., Castillo, E., Rosales, M., y Rodríguez, H., 2011).

Otra situación relacionada es la automedicación que en algunos países como el nuestro, no puede ser controlada del todo ya que aún en las farmacias se dispensan medicamentos delicados como de venta libre, incluso antibióticos (Ríos,B., Gaitán, B. Castillo,E., 2012).

De acuerdo a lo que se ha mencionado por informantes claves en el Centro de Salud Rumiñahui, no se han realizado investigaciones específicas recientes sobre las IRA en niños de 2 meses a 5 años.

#### **1.4 PERTINENCIA DEL PROBLEMA O SITUACIÓN A INVESTIGAR**

La resistencia bacteriana es un problema mundial que afecta a la mayoría de países debido al uso inadecuado de antibióticos, Los pacientes aquejados por infecciones por bacterias multi resistentes tienen un peor pronóstico y además ocupan mayores recursos económicos en salud. En la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros adoptaron un plan de acción mundial sobre la resistencia antimicrobiana.

El objetivo de este plan, consiste en velar por la continuidad al mayor plazo posible del éxito de la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas con medicamentos eficaces, seguros, de calidad garantizada, utilizados en forma responsable y accesible a todas las personas que los necesiten (Organización Mundial de la Salud, 2016) .

Se han observado en algunos estudios que el gasto por medicinas representa un gasto muy importante para las familias, de aquí que la prescripción sea un punto crucial, no solamente desde la efectividad en términos de mejoría de los pacientes sino también en términos de efectos económicos. Según un informe en los últimos años en el Ecuador, el 47,5% del consumo económico de los hogares ecuatorianos en salud, va para fármacos. (Ayala, 2016)

Si bien los efectos de la aplicación del AIEPI son fundamentales en el impacto sobre la mortalidad, también es trascendental su impacto sobre la enfermedad,

el uso de medicamentos apropiados, el fortalecimiento del cuidado intrafamiliar y comunitario, los aspectos preventivos y la promoción de la salud.

Por las razones expuestas, la presente investigación es pertinente, tratándose de un tema importante debido a la prevalencia de IRA en este grupo de edad, la necesidad de una estandarización del manejo de estos casos, las implicaciones financieras, técnicas y culturales.

## **1.5 METODOLOGÍA QUE SE PROPONE PARA REALIZAR LA TESIS**

### **1.5.1 TIPO DE ESTUDIO A REALIZARSE**

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional. El Universo de estudio serán todas las historias clínicas que se mencionen en los partes diarios electrónicos del sistema RDCA con diagnósticos de IRA a niños de 2 meses a menores de cinco años (2 meses de edad a 4 años 11 meses 29 días), en el período determinado.

También se aplicará una encuesta a los profesionales médicos que atienden niños en la Unidad en la cual se evaluará: médico general o especialista, tiempo de experiencia clínica con pacientes pediátricos, capacitación recibida en AIEPI, averiguar si aplica o no la estrategia AIEPI en los casos de IRA, razón por la que no la utiliza sí es el caso, conocimiento sobre los criterios claves de diagnóstico de neumonía según AIEPI, antibióticos apropiados en casos de neumonía, tiempo de uso de antibióticos en estos cuadros, reconocimiento de los signos de alarma en las IRA, efectos secundarios de los antigripales en niños en casos de IRA en niños. Se realizará una validación previa de la encuesta con profesionales similares de otro centro de salud.

### **1.5.2 PERÍODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizará en el Centro de Salud La Rumiñahui, de la ciudad de Quito, Coordinación de Salud No. 9., perteneciente al Distrito D1705, ubicado en

el norte del Distrito Metropolitano de Quito, con la revisión de historias clínicas del período desde el 01 de Noviembre al 01 de Diciembre del 2016.

### **1.5.3 UNIVERSO**

Se realizará una revisión documental. El universo de estudio serán todos los casos clínicos que constan en los partes diarios electrónicos con diagnósticos de IRA mencionados en la tabla 1, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que maneja internamente la unidad. en niños de 2 meses a menores de cinco años (2 meses a 4 años 11 meses 29 días), De acuerdo al informe de Estadística de la Unidad, se identificaron 180 atenciones con los criterios mencionados en niños y niñas de 2 meses a menores de cinco años en el período indicado (Mediavilla, 2017).

### **1.5.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

- Condensación de la información teórica
- Entrevistas con informantes claves: directora de la Unidad, representante de Estadística, responsable de farmacia de la Unidad.
- Revisión directa de los partes diarios electrónicos en el sistema informático RDCA que utiliza el Ministerio de Salud, para determinar los casos de IRA en el período determinado.
- Revisión de las historias clínicas de los casos determinados.
- Recolección de datos en una matriz.
- Procesamiento de datos.
- Validación de la encuesta para profesionales.
- Aplicación de la Encuesta a profesionales (Ver Anexo 2).
- Análisis de datos y conclusiones



### **1.5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Todos los niños y niñas de 2 meses a menores de cinco años que fueron atendidos en el Centro en el período del 1 de noviembre al 1 de diciembre 2016 con diagnósticos de IRA, los cuales constan en el listado anteriormente expuesto en la Tabla 1.

Para el estudio, los diagnósticos que están incluidos en IRA se encuentran incluidos en el sistema RDCA con los códigos J y H de acuerdo al CIE-10 (Ministerio de Sanidad España, 2016)

### **1.5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Historias clínicas ilegibles o deterioradas.
- Casos que no contengan los diagnósticos determinados
- Niños o niñas de otras edades a las pre-determinadas en el estudio

### **1.5.7 VARIABLES A ESTUDIARSE**

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: se divide en los grupos de 2 meses a 1 año, de 1 a 2 años y de 2 a 4 años 11 meses 29 días.
- Diagnóstico (s): los considerados como IRA en el listado de la Tabla 1.
- Tipo de profesional que atiende: médico general o pediatra
- Llenado de formulario AIEPI: si o no
- En la parte que compete a IRA, constatación de signos claves y/o diagnóstico de neumonía en el formulario.
- Constatación de la medición de la temperatura en la historia clínica.
- Número promedio de medicamentos prescritos en cada atención.
- Descripción de utilización de medicamentos genéricos en la historia clínica: Si o No.
- Tipo de medicamentos prescritos. Se clasifican en antitérmicos,

antiinflamatorios, mucolíticos, expectorantes, antihistamínicos, antitusígenos, antibióticos, medicamentos naturales, antigripales en asociación, nebulizaciones, otros (especificar).

- Porcentaje general de uso de antibióticos en los casos revisados.
- Porcentaje de uso de antibióticos acorde al tipo de profesional: médico General o Pediatra.
- Antibiótico apropiado según criterios AIEPI.

## **1.6 RESULTADOS ESPERADOS**

- Reconocimiento y determinación de las prácticas de prescripción en casos de IRA en los niños por parte de los profesionales médicos en relación al uso de la estrategia AIEPI en una Unidad de atención médica del primer nivel del Ministerio de Salud.
- Contar con una estadística sobre el porcentaje de uso de antibióticos en casos de IRA y el comportamiento del uso de medicamentos en general en estos casos.
- Contar con recomendaciones para la Unidad.

## **1.7 CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO**

- El Centro de Salud La Rumiñahui, de la ciudad de Quito, es una Unidad tipo A del Ministerio de Salud con una población de referencia de 73.728 habitantes. Cuenta con 2 médicos Pediatras y 4 médicos generales que atienden niños, en el horario de lunes a sábado. Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de atención de los menores de cinco años.
- La estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, surge desde hace veinte años como una respuesta para estandarizar el manejo de los casos y evitar la mortalidad por neumonía, con medios sencillos y poco costosos.
- Las razones por las cuales se escogió el tema en cuestión para investigar son la carencia de estudios actualizados sobre el mismo, la relevancia que

tienen las IRA por su frecuencia de presentación, el riesgo que implica una no detección temprana de una neumonía, los excesos en el uso de medicamentos en la mayoría de casos, la resistencia bacteriana y el gasto elevado que ocasionan prescripciones equivocadas.

- Este estudio es pertinente ya que no se ha medido suficientemente la aplicación de la estrategia del AIEPI y como consecuencia se estima que en la mayoría de centros de salud existe un inadecuado uso de medicamentos en casos de IRA en especial de antibióticos con la consecuente resistencia bacteriana y el gasto innecesario del bolsillo de los usuarios y de los Estados.
- La metodología del estudio implica un análisis descriptivo, observacional, transversal de los casos de IRA en niños y niñas de dos meses a menores de cinco años que son atendidos en el Centro de Salud Rumiñahui en el período de noviembre a diciembre 2016.
- Se investigará documentalmente en las historias clínicas respectivas el uso de la estrategia del AIEPI en torno a los medicamentos, en especial antibióticos, las diferencias de manejo entre médicos generales y pediatras. Se complementará con una encuesta a los médicos sobre AIEPI, el tiempo de experiencia profesional con niños, entre otros aspectos.
- Los resultados esperados de la investigación, son contar con el reconocimiento de las prácticas de prescripción por parte de los médicos en los casos de IRA en niños, su adherencia a la estrategia del AIEPI, estadística del uso de medicamentos en los casos citados y elementos para emitir recomendaciones a la Unidad.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

#### 2.1. ESTUDIOS SIMILARES QUE SE HAYAN DISEÑADO, ANALIZADO Y/O PUESTO EN PRÁCTICA PREVIAMENTE

De acuerdo a las indagaciones realizadas, en los últimos años no se han efectuado evaluaciones formales con respecto al AIEPI o IRA organizadas por el Centro de Salud, el Distrito o la Coordinación Zonal correspondiente.

Sin embargo, se evidencia un estudio realizado de evaluación del manejo de las IRA en el año de 1995 y publicado en 1998, en treinta centros y sub centros de la ciudad de Quito, en donde se investigó el uso de IRA e AIEPI, con una metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para efectos del presente trabajo, nos permite comparar algunos aspectos, luego de veinte y dos años aunque es la misma metodología de estudio y los escenarios y contextos han cambiado. En este estudio, específicamente en el entonces sub centro de salud La Rumiñahui, la frecuencia de uso de antibióticos en IRA por parte de los médicos era del 85% y en todo Quito, un total del 62%. (Álvarez,M.,Cáceres,L.,Gavilanes,G., 1998)

Otros datos de esta investigación citada, hablan de un 40% del personal capacitado en el sub centro Rumiñahui en ese entonces para el manejo estandarizado de casos de IRA mediante el AIEPI, la tendencia general era al desabastecimiento de medicamentos gratuitos, aunque en estos años los pacientes podían conseguir algo más baratos los medicamentos en las llamadas farmacias populares. Un 28,3% de médicos usaban antitérmicos, 15% antigripales en asociación, 13,5% antiinflamatorios, 11% mucolíticos. No se mencionan los antihistamínicos solos. (Álvarez,M.,Cáceres,L.,Gavilanes,G., 1998)

En lo que respecta a la capacitación de acuerdo a los médicos entrevistados en el Centro de Salud Rumiñahui, indican que hace aproximadamente cinco años

hubo una capacitación teórica sobre el tema AIEPI a la cual no asistieron todos los médicos. Posteriormente no ha habido otras capacitaciones y mucho menos que incluyan práctica clínica. (Cáceres, 2017)

## **2.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA ACADÉMICA PROFESIONAL PERTINENTE**

Con respecto al tema planteado, encontramos literatura que dimensiona la relevancia del manejo y tratamiento adecuados de los casos de IRA en la infancia a nivel del mundo y en especial en los países latinoamericanos. En un documento reciente publicado en Colombia, se alude al tema.

Instituto Nacional de Salud (2016, Mayo). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Infección Respiratoria Aguda (IRA)*. Colombia

Este protocolo menciona a las infecciones respiratorias agudas entre las 10 principales causas de muerte en la población general y entre las tres primeras causas en los niños menores de cinco años. Adicionalmente se hace referencia a que las situaciones socioeconómicas de los países en especial de los que se encuentran en vías de desarrollo influyen para que exista una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad. En cuanto a los diagnósticos, las IRA son la primera causa de consulta y hospitalización en niños y niñas en casi todos los países, generando importantes gastos de bolsillo para los pacientes, familiares y los Estados.

Cuando se habla de Infecciones Respiratorias Agudas se hace referencia a una gama de enfermedades que atacan al aparato respiratorio y que pueden presentarse como cuadros leves, moderados o graves.

Ministerio de Salud Colombia. (2016, Noviembre). *Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)*

“Las IRA son consideradas aquellas afecciones del aparato respiratorio que tienen una duración menor a 15 días. Su etiología es viral en la mayoría de casos o puede ser bacteriana”. (Ministerio de Salud de Colombia, 2016, p.1)

Ante esta problemática aún vigente, surgen ciertas estrategias de intervención entre las que se destaca la de la AIEPI que como su nombre lo indica, integra una serie de componentes para que sean aplicados en los pacientes.

Organización Panamericana de la Salud. (2010, Octubre). *AIEPI-Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia*, Boletín Electrónico.

La Organización Panamericana de la Salud, argumenta a favor de la estrategia AIEPI, la introducción de un dinámico componente de promoción y prevención de la salud, la detección de signos claves clínicos para detectar la neumonía en fase precoz, el uso apropiado de antibióticos, la mejora del aspecto nutricional, el mejoramiento global de los servicios de salud, el mejoramiento de las destrezas de manejo por parte de las familias, entre otros aspectos.

Con respecto al uso de medicamentos en IRA en la infancia, mencionan los estudios que en general muchos de los medicamentos en niños tienen más efectos secundarios que beneficios. Es así que incluso en los casos de otitis media aguda que anteriormente se aceptaba el uso estandarizado de antibióticos, ahora están debatidos como una conducta permanente. Así lo determinan algunas guías de estudio, entre la que se menciona a continuación.

Infac (2011, Octubre). *Actualización en el tratamiento antibiótico de las Infecciones Respiratorias Agudas*. Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad.

En la Otitis Media Aguda (OMA) sin complicaciones, se ha planteado el llamado antibiótico diferido que consiste en indicar a los padres o cuidadores de los niños el uso de un antibiótico luego de 48 a 72 horas de iniciado el cuadro cuando éste se agravase. Esto no se aplica para los casos de niños con otitis media bilateral o los casos de otalgia severa, quienes son candidatos a recibir un antibiótico desde el inicio.

Por otro lado, en los casos de neumonía, el uso de un antibiótico temprano y adecuado, reduce notoriamente las complicaciones y la mortalidad infantil. Como se ha mencionado, con medidas simples y poco costosas se logra incidir en la mortalidad por neumonía como es el caso de Cuba. En un Editorial se menciona al respecto.

González, J. Rev. Cubana de Pediatría, (2013, Junio). *Las infecciones respiratorias agudas en el niño*. Vol.85 no.2.

En Cuba fallecieron en 2011 solo 25 niños menores de un año por neumonía, con una tasa de 0,2 x 1 000 nacidos vivos, similar a la de Canadá, y más baja que la de Estados Unidos (0,3 x 1 000 nacidos vivos), lo que demuestra que el tratamiento de la neumonía en nuestro país nos sitúa a nivel de los países desarrollados (González, 2013, p.1).

En relación al uso de antibióticos en casos de IRA en la infancia, la mayoría de estudios apuntan hacia demostrar un exceso en la prescripción de antibióticos, en cuadros que la mayoría de casos son virales y auto limitados. Esto ha

ocasionado un aumento importante en la resistencia bacteriana, problema que se evidencia a nivel mundial siendo una gran preocupación en la salud pública. Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca describe la situación mencionada.

Quizhpe, A., Encalada, L., Aservier, S. Rev. De la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, (2012, Junio). *Percepciones sobre infecciones respiratorias agudas, gravedad y tratamiento en responsables del cuidado de niños menores de cinco años.* Vol.30 no.2.

Los autores mencionan que de acuerdo a una revisión realizada se demuestra que aproximadamente el 71% de las consultas de niños menores de 2 años terminan con la prescripción de un antibiótico. Los antibióticos inadecuados y el uso de medicamentos innecesarios pueden complicar el diagnóstico y evolución de las enfermedades respiratorias. Los autores comentan que según el informe internacional sobre la resistencia bacteriana de la Organización Mundial de la Salud del 2004, en el Ecuador se encuentra resistencia del *Streptococo pneumoniae* a varios antibióticos (oxacilina, penicilina, eritromicina, trimetoprim, sulfametoxazol, y ceftriaxona).

El tema del uso de los medicamentos en las IRA es muy importante por todas sus implicaciones médicas y económicas. Los estudios denotan que incluso personal médico al parecer capacitado no prescribe adecuadamente medicamentos en los casos de IRA en la infancia, lo cual puede relacionarse con el seguimiento y calidad de los procesos. A continuación se evidencia un estudio sobre el tema.

López, O., González, J. Castillo, E., Rosales, M., 1 y Rodríguez, H. Rev. Medisan (2011). *Prescripción de antimicrobianos contra infecciones respiratorias*



*agudas en niños menores de 5 años.*

En un estudio al área de salud Libertador en el Municipio del Estado de Carabobo (Venezuela), realizado desde septiembre de 2006 hasta marzo de 2007, se evidencia que la prescripción de medicamentos contra infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años no resultó adecuada. A pesar de disponer de medios apropiados para poder acceder a la administración de medicinas, el 60,2 % de prescripciones de los médicos eran inadecuadas, es decir recomendaban el uso de fármacos innecesarios para el padecimiento en cuestión o indicaban otras alternativas terapéuticas no determinadas por el manejo estandarizado de casos.

En cuanto a las prácticas realizadas más frecuentes por los padres o cuidadores de niños pequeños, en el manejo de las IRA, algunas de ellas apuntan a aumentar el problema descrito, debido a la automedicación que muchas veces no puede ser controlada en algunos países como el nuestro, ya que en las farmacias se presentan como de venta libre. Esto se refleja en un estudio.

Ríos, B., Gaitán, B. Castillo, E. Medisan (2012). *Infección Respiratoria Aguda en niños y niñas menores de 5 años en el Municipio de Segovia.*

En el estudio descrito se enfatiza que dentro de las prácticas más frecuentes para el manejo de las IRA están el uso de hierbas y preparaciones caseras, medicamentos como paracetamol, descongestionantes, antitusígenos y antibióticos en forma indiscriminada.

La prevención de las IRA en la infancia se basa en algunos elementos de

atención integral tal como lo menciona la estrategia AIEPI. En las guías de manejo, se condensan algunos de estos elementos.

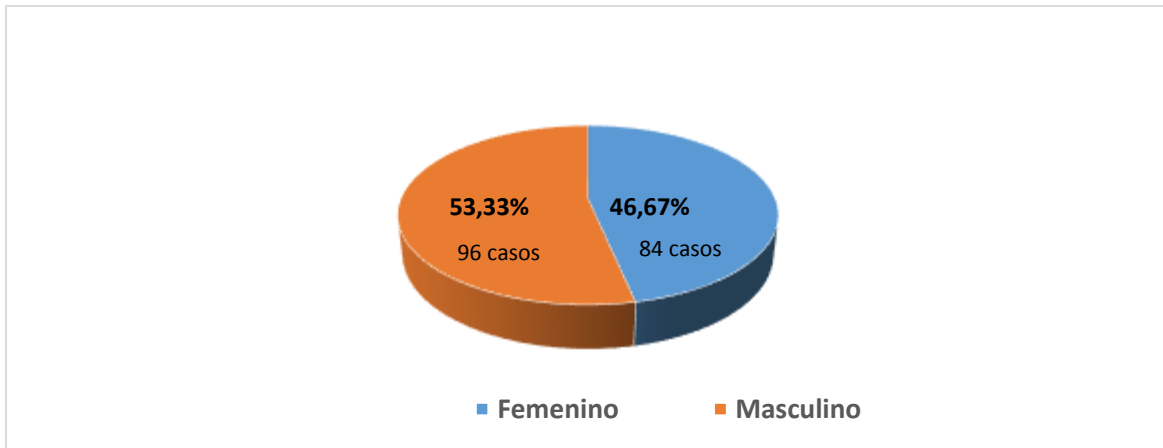
Ministerio de Salud de la Nación. *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, Guía para el Equipo de Salud* (2011). Argentina

En las Guías Clínicas de Argentina para el Abordaje Integral del Equipo de Salud, se propone el manejo sistémico a través de varias acciones que incluyen el control de la diseminación de las infecciones respiratorias agudas en la familia y la comunidad, la información a la población y personal de salud, el lavado frecuente de manos con agua y jabón, evitar el hacinamiento, la contaminación ambiental, fortalecer la vacunación, el manejo estandarizado de los casos, el uso adecuado de medicamentos, entre otras.

### **2.3. HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA**

El presente estudio, permitió evaluar cómo seis médicos del Centro de Salud Rumiñahui manejaron 180 casos de IRA en niños y niñas de dos meses a cinco años, en el período del 01 de Noviembre al 01 de Diciembre 2016.

De los seis médicos investigados, cuatro son médicos generales y dos son pediatras. Los casos de IRA se distribuyeron cómo se expresa en las siguientes figuras:

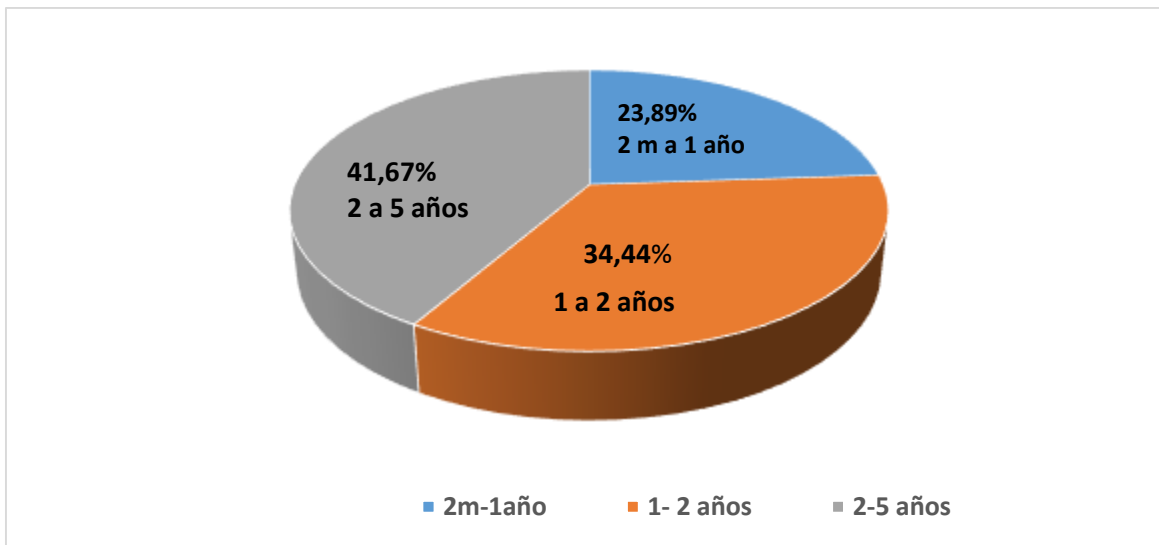


*Figura 1.* Casos IRA revisados según sexo, niños de 2 meses a 5 años, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016. No se encontró una diferencia significativa entre sexo femenino y masculino. Hay un predominio ligero (1,14:1.00) a favor del sexo masculino.

En relación al grupo de edad en donde se registran más casos de IRA corresponde a la edad de 2 a 5 años, lo cual se correlaciona con el estudio realizado hace 22 años en la ciudad de Quito.

Al parecer, influyen varios factores para que haya un predominio a esta edad, sobre todo debido a que los niños y niñas comúnmente acuden a centros infantiles o guarderías para su cuidado o también tienen contacto con otros niños de edad similar que entre otras cosas, son portadores de gérmenes diversos que contagian a los niños. Dentro de estos gérmenes, los más frecuentes son los respiratorios.

En la figura siguiente, se evidencia lo mencionado con respecto a la edad identificada en los casos estudiados.



*Figura 2.* Casos IRA revisados según grupo de edad, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016. La frecuencia de los casos de IRA en el Centro de Salud Rumiñahui, es mayor en el grupo de edad de 2 a 5 años, probablemente relacionada con la edad pre escolar en donde las infecciones son frecuentes.

En relación a los diagnósticos usados para clasificar los casos de IRA, se evidencia el uso común de la codificación internacional CIE-10 ya que actualmente es una política emitida por el Ministerio de Salud. Los médicos en su inmensa mayoría, registran la codificación respectiva en el sistema informático RDCA, usada en estadística.

Los diagnósticos encontrados en la presente investigación, se pueden apreciar en la siguiente tabla, que reflejan los diagnósticos colocados por los médicos. Sin embargo se ha observado que no se encuentran en los 180 casos revisados un solo diagnóstico de neumonía, lo cual puede hacer presuponer que hay un sub registro de éste diagnóstico, posiblemente debido a que no se toma la frecuencia respiratoria en forma sistemática.

Tabla 3  
 Casos IRA revisados según diagnóstico consignado por los médicos CS  
 Rumiñahui, Nov-Dic, 2016

	Núm.	%
Rinofaringitis	131	68.59
Faringitis	24	12.57
Rinitis	14	7.33
Bronquitis	5	2.62
Otitis	5	2.62
Amigdalitis	3	1.57
Gripe	3	1.57
Resfriado Común	3	1.57
Sinusitis	3	1.57
<i>Total</i>	191	100.00

*Nota: algunos pacientes tienen más de un solo diagnóstico*

La inmensa mayoría de casos son catalogados por los médicos como Rinofaringitis que tienen como etiología prevalente los virus. Los términos de resfriado común y gripe son generalmente usados por los médicos como sinónimos, aunque no lo son verdaderamente.

Igualmente, la mayoría de casos de Faringitis, Bronquitis, Rinitis la mayoría son producidos primariamente por virus. Incluso algunos casos de otitis o sinusitis son virales y por lo tanto no requerirán del uso de antibióticos.

En relación a qué tipo de profesional atiende los casos en el estudio realizado, observamos que la mayoría fueron atendidos en su mayoría por el Pediatra pese a que son minoría dentro del personal. Esto se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 4  
Casos IRA revisados según profesional que atiende casos de niños de 2 meses a 5 años, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016

	Núm.	%
Médico general	36	20.00
Pediatra	144	80.00
<i>Total</i>	180	100.00

Se evidencia que hay una instrucción interna en la Unidad para derivar principalmente la atención al especialista. Esto en el plano teórico podría ser adecuado, siempre que los especialistas sean capacitados permanentemente.

El formulario AIEPI del Ministerio de Salud que maneja el Centro de Salud Rumiñahui tiene un error ya que en el documento consta que el programa va dirigido a niños hasta los 9 años, cuando la estrategia menciona que es hasta los 5 años. En todo caso, este formulario es la constatación de la aplicación de la estrategia AIEPI, por lo cual es importante el adecuado llenado. El comportamiento del llenado de dicho formulario en los casos estudiados, se expresa en el siguiente gráfico:

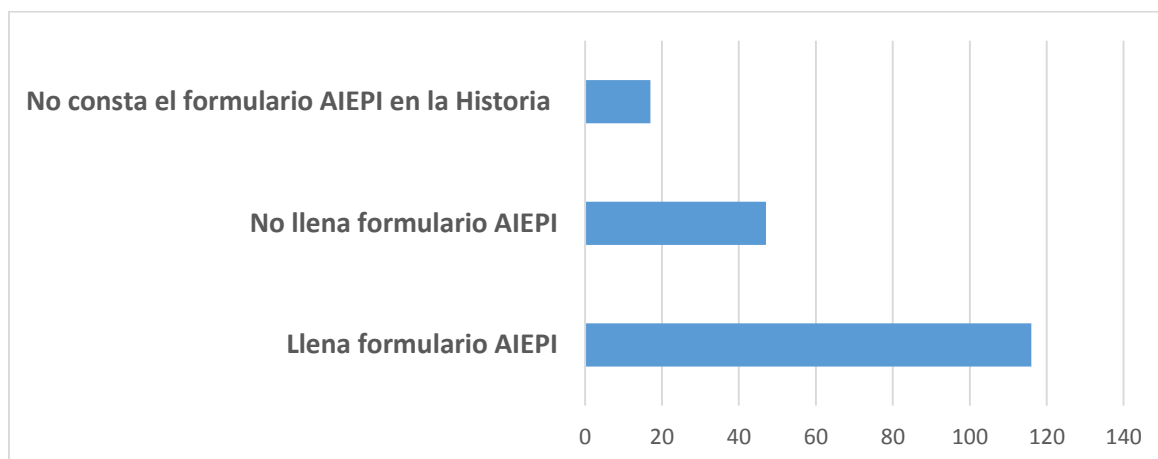


Figura 3. Casos IRA según llenado de formulario AIEPI, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016. Un importante porcentaje de profesionales no llena el formulario del AIEPI o lo llena en forma incompleta.

Los pediatras llenan en un mayor porcentaje el formulario AIEPI en relación a los médicos generales (66,66% a 33,33%). En un 9,44% de casos, el formulario no consta en la historia clínica lo cual refleja problemas en la dotación de papelería de estadística, hecho que afecta la atención médica.

En los casos de IRA que ingresan como emergencia de la unidad, la fiebre es un criterio del triaje para priorizar una atención. Según el AIEPI, la fiebre es un signo importante en el diagnóstico de las IRA, pese a que es un síntoma que puede estar presente en infecciones respiratorias de tipo viral o bacteriano, muchas veces asociada a otros síntomas, pueden orientar a un diagnóstico adecuado. En la presente investigación, se constató lo siguiente con respecto a la fiebre:

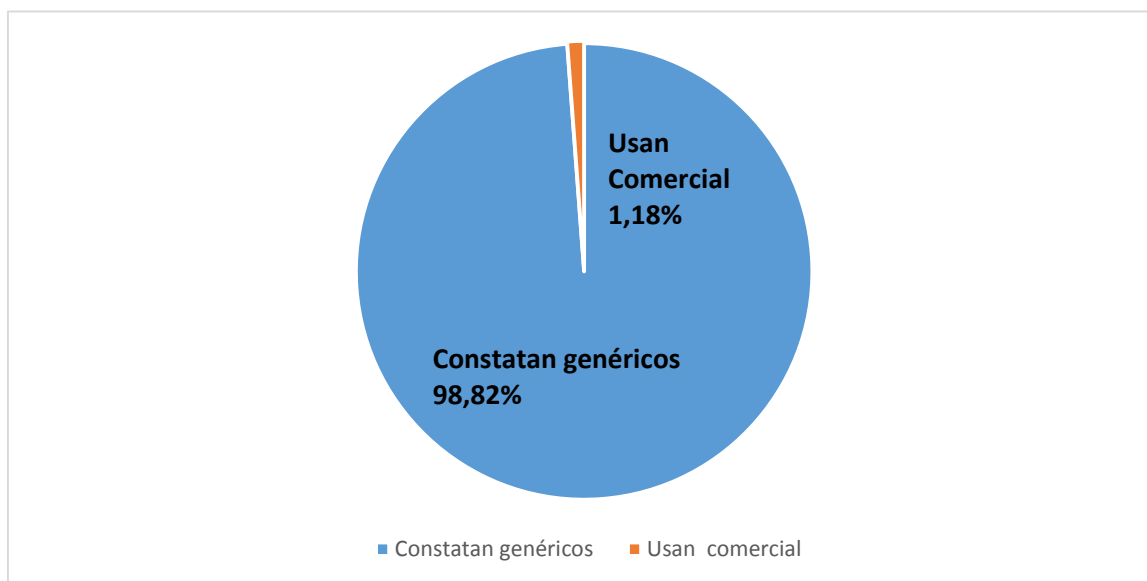
Tabla 5  
*Casos IRA revisados en los que se constata fiebre en los niños, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016*

	Núm.	%
Sin fiebre	126	70.00
Con fiebre	23	12.78
No consta medición en la Historia	31	17.22
<i>Total</i>	180	100.00

Con respecto a los casos de IRA que se acompañan de fiebre son apenas el 12,78%. En un número considerable, no se constata la fiebre en la historia clínica lo que podría indicar problemas en enfermería quienes son los encargados del registro.

Otro de los problemas en general, no solamente en IRA, es la prescripción de medicamentos genéricos versus de marca. En el caso del Ministerio de Salud, existe una normativa fuerte actualmente al uso de medicina genérica. Esto no se veía anteriormente en años anteriores. La presente investigación ratifica lo mencionado, es decir que la mayoría de médicos en el Centro de Salud Rumiñahui, constata el uso de genéricos en las historias clínicas usadas.

Producto de otra investigación será revisar si existe prescripciones fuera de las historias clínicas.



*Figura 4.* Casos IRA en los que los médicos usan Genéricos en historias clínicas, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016. La inmensa mayoría de profesionales consignan los genéricos en la historia clínica, lo cual denota que la reglamentación existente del MSP se está cumpliendo.

Con respecto a los medicamentos prescritos y constatados en las historias clínicas, que justamente es uno de los motivos principales de ésta investigación, se ha evidenciado que en las historias clínicas se constatan aquellos medicamentos que constan en el cuadro básico de medicamentos que autoriza el Ministerio de Salud del Ecuador.

Como hemos mencionado, podría ser motivo de otra investigación adicional confirmar que no se prescriban adicionalmente otros medicamentos. Lo encontrado en la presente investigación, se expresa en la tabla siguiente:



Tabla 6  
*Casos IRA según tratamientos consignados por los médicos CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016*

	Núm.	%
Loratadina	65	24.81
Paracetamol	58	22.14
Ibuprofeno	56	21.37
Amoxicilina	22	8.40
Amoxicilina/ Ácido clavulánico	22	8.40
Vaporización	13	4.96
Vitaminas	12	4.58
Claritromicina	3	1.15
Mometasona	3	1.15
Ambroxol	2	0.76
Eucalipto/miel	2	0.76
Montelukast	1	0.38
Cetirizina	1	0.38
Suero fisiológico	1	0.38
Hedera helix	1	0.38
<i>Total</i>	262	100.00

Dentro de los tratamientos, es muy llamativo que el medicamento más utilizado en IRA en niños de 2 meses a 5 años por los médicos del CS Rumiñahui, sea la loratadina (antihistamínico), que incluso supera a los analgésicos y antitérmicos. En los niños, los efectos secundarios más frecuentes de la loratadina son diarrea, epistaxis, faringitis, fatiga, malestar y rash y su uso en las rinofaringitis aguda o resfriado común, no se ha demostrado más efectivo que un placebo. (González, 2015). En la investigación realizada en el año 1995, los antihistamínicos no eran mencionados, lo cual representa un cambio en la conducta de prescripción que podría estar motivada por la necesidad aparente del médico por prescribir algún elemento o por el desconocimiento de la efectividad del tratamiento y sus efectos secundarios. (Álvarez, M., Cáceres, L., Gavilanes, G., 1998).

El uso del suero fisiológico que es tan importante para la limpieza nasal, se encuentra consignado sólo en un mínimo de los tratamientos, hecho que podría denotar escasa importancia dada por los profesionales.

Con respecto específicamente al uso de antibióticos en el Centro Rumiñahui, se puede observar el siguiente comportamiento:

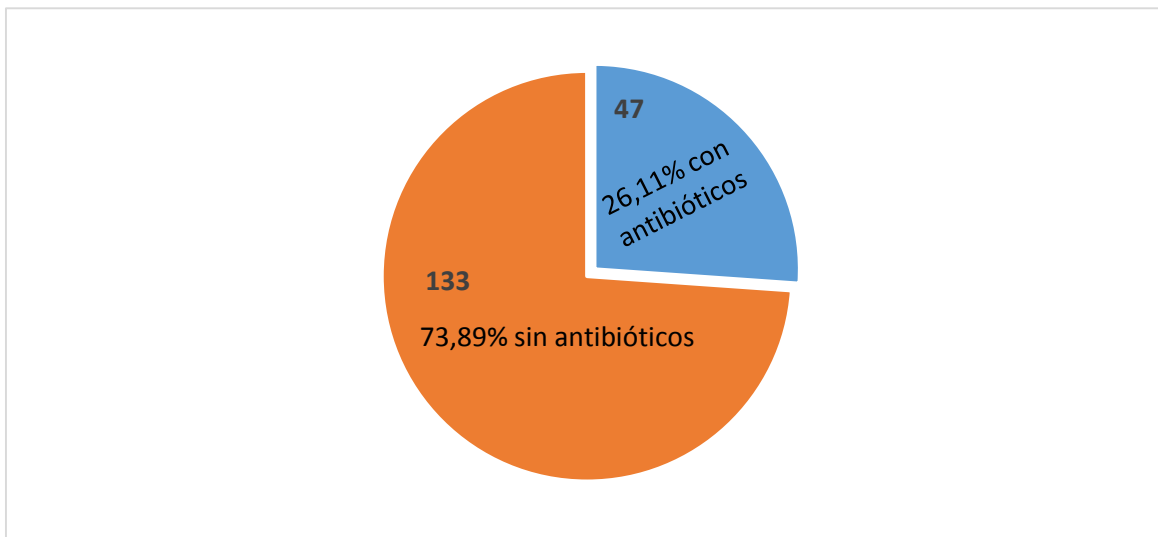
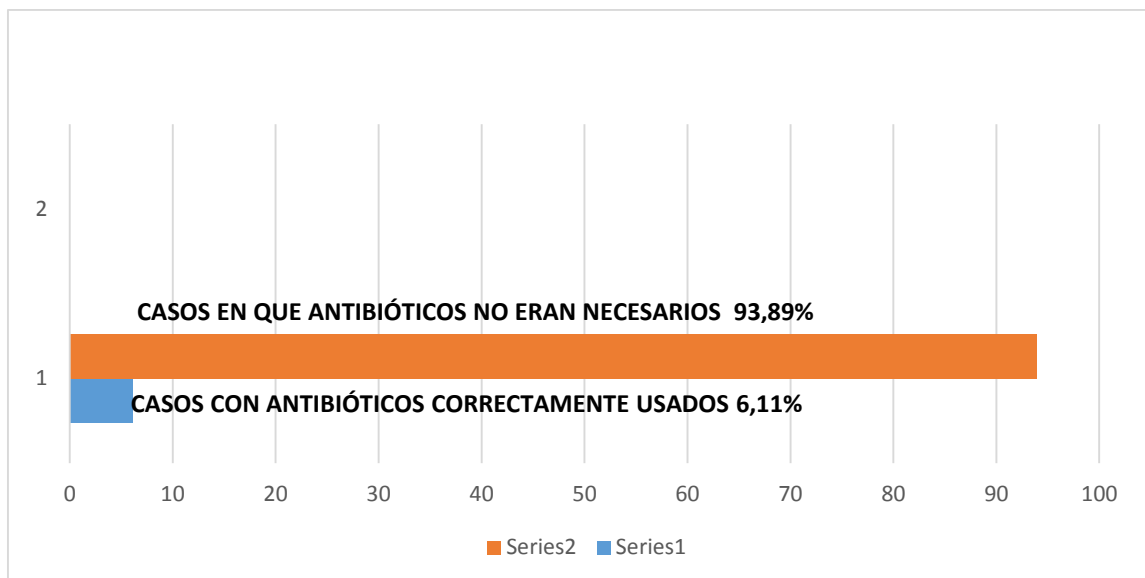


Figura 5. Uso de Antibióticos en casos de IRA niños de 2 meses a 5 años, CS Rumiñahui , Nov-Dic, 2016. 47 de los 180 casos recibieron antibióticos, lo cual corresponde a un 26,11% de casos. Sí se hubiese aplicado el AIEPI adecuadamente, se hubiese prescrito 4,2 veces menos de acuerdo a los diagnósticos estipulados por los médicos.

En cuanto al tipo de antibióticos recetados, 44 de los 47 casos reciben amoxicilina que se encuentra entre los medicamentos sugeridos por AIEPI, aunque en la mitad de casos los médicos sugieren amoxicilina más ácido clavulánico que no es precisamente la amoxicilina sola que preconiza el AIEPI. El ácido clavulánico es un inhibidor de  $\beta$ -lactamasas que se ajusta a preparaciones antibióticas con alguna penicilina para vencer ciertos tipos de resistencias a antibióticos, esto encarece el costo de la medicina. (Flores, 2016).

En la figura siguiente, se puede observar de acuerdo a los casos analizados, los casos en los que el uso de antibióticos era necesario según AIEPI:



*Figura 6.* Antibióticos necesarios según AIEPI por los médicos, CS Rumiñahui, Nov-Dic 2016. Solamente once casos que corresponden a los diagnósticos de otitis, amigdalitis, sinusitis, ameritaban el uso de antibióticos (6,11% de casos. El 93,89%, no estaba indicado de acuerdo al diagnóstico).

En ningún caso se lo correlacionó con el diagnóstico de neumonía, lo que hace presuponer que hay un sub diagnóstico de esta entidad por parte de los profesionales, ya que no se constata el signo cardinal que indica el AIEPI que es la taquipnea.

Se observa que algunos médicos con frecuencia prescriben antibióticos en casos innecesarios como rinofaringitis aguda, faringitis o similares. El uso de antibióticos en ciertos casos, estaba motivado por aumento de la tos o el catarro, poco apetito e incluso algunos pacientes no tenían ningún signo de agravamiento. En algunos casos que inicialmente el médico no recetaba un antibiótico, controlaba al paciente en segunda instancia, irónicamente afirma que hay mejoramiento del cuadro, pero prescribe un antibiótico innecesario.

Al observar el comportamiento de médicos generales y pediatras, se resume lo hallado en la tabla siguiente:

Tabla 7

*Casos IRA revisados según profesionales que llenan el formulario AIEPI, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016*

	Núm.	%
Llena formulario AIEPI	116	64.44
No llena formulario AIEPI	47	26.11
No consta el formulario AIEPI en la Historia	17	9.44
<i>Total</i>	180	100.00

En general se observa que porcentualmente, los médicos pediatras llenan en mayor proporción los formularios AIEPI, sin embargo la prescripción de antibióticos como se verá más abajo, es ligeramente más alta que la de los médicos generales y menos precisa, ya que la mayoría de casos, son innecesarios, lo que denota problemas en el conocimiento del AIEPI o poca adherencia al mismo.

Por otro lado, los médicos generales porcentualmente prescriben mayor cantidad de antihistamínicos, pero los pediatras lo realizan igualmente en gran proporción. En la siguiente tabla, se puede apreciar el comportamiento comparativo entre la prescripción del pediatra versus el médico general.

De lo observado en los hallazgos en definitiva, la atención no se ve beneficiada ampliamente por el hecho de que le atienda el pediatra. Esto podría reflejar un problema de adiestramiento o actitud en los médicos pediatras.

Tabla 8  
*Comportamiento en la prescripción de médicos generales vs médicos pediatras casos IRA , niños de 2 meses a 5 años, CS Rumiñahui, Nov-Dic, 2016*

	Médico General	Porcentaje	Médico Pediatra	Porcentaje
No. Casos atendidos	36	20,00%	144	80,00%
Casos que llenan formulario AIEPI	12	33,33%	24	66,66%
Casos que prescriben antibióticos	9	25,00%	38	26,38%
Casos que estaba justificado antibiótico	6	66,66%	5	13,15%
Casos que prescriben antihistamínicos	21	58,33%	45	31,25%

Por otro lado, según versiones de personal clave del mismo Centro de Salud, algunos profesionales entregan papeles a manera de recetas de otros medicamentos a los responsables de los niños, sin que estas prescripciones se constaten en las historias clínicas. La valoración de este tipo de prescripciones, es motivo de otro estudio.

En general de las constataciones realizadas, hay adecuada disponibilidad de medicamentos propugnados por el AIEPI en el Centro de Salud para el manejo estándar de casos de IRA, los médicos tienen la obligatoriedad de usar los medicamentos consignados en el cuadro nacional de medicamentos, razón por la cual se han disminuido notoriamente el uso de antigripales por ejemplo, ya que no constan en el mismo, pero cómo hemos mencionado, es probable que se receten sin constatar en las historias clínicas.

### 2.3.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA A MÉDICOS

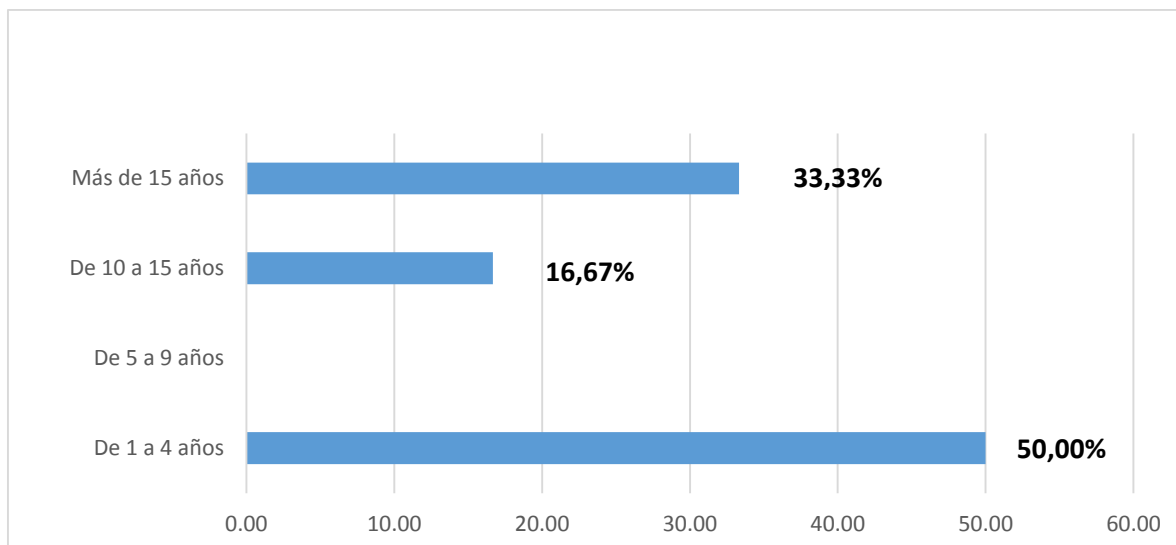
Adicional a la evaluación de las fichas clínicas, se realizó una encuesta a los médicos que atienden niños en la unidad para conocer algunos aspectos relacionados con el manejo del AIEPI. La encuesta fue validada previamente con profesionales de otro centro de salud.

Se evaluó entre otros aspectos, el tiempo de experiencia clínica, la capacitación recibida, el conocimiento sobre la estrategia AIEPI y sobre los posibles efectos secundarios de medicamentos antigripales, etc. (Ver Anexo 2).

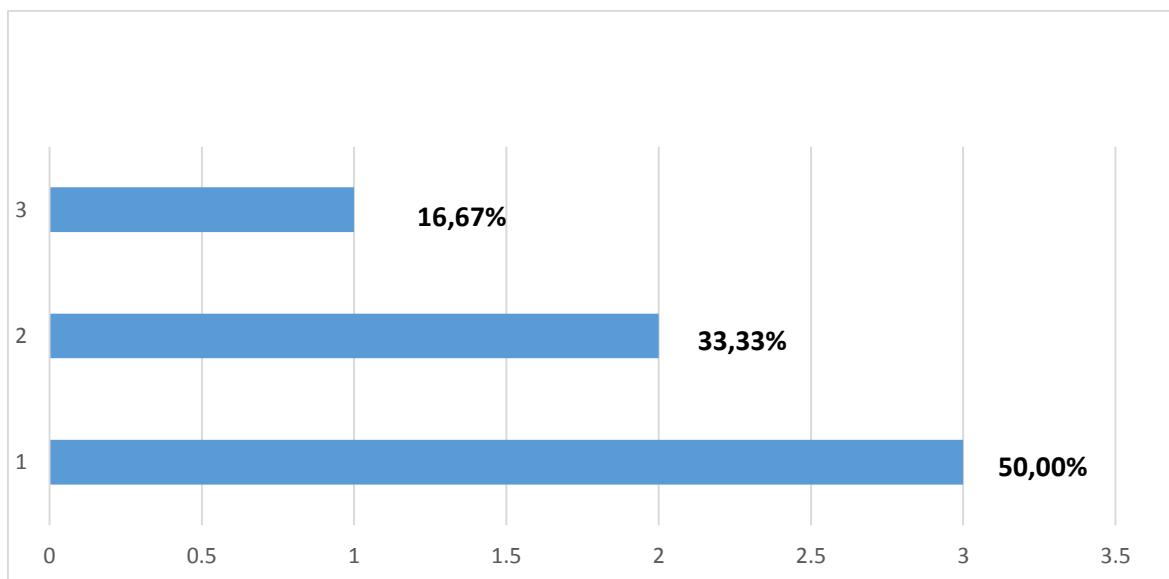
Los médicos encuestados fueron seis profesionales, cuatro médicos generales correspondientes al 66,67% y dos pediatras que corresponden al 33,33%. El 100% de los profesionales declararon haber recibido alguna vez capacitación en AIEPI, pero sólo uno de ellos indicó que la recibió incluida práctica clínica. El resto de profesionales declararon que las capacitaciones habían sido solamente teóricas.

Se evaluó en general el tiempo de práctica clínica con pacientes pediátricos, el número de veces que han recibido capacitación AIEPI, el conocimiento sobre los antibióticos de elección, los signos clínicos cardinales para el diagnóstico de neumonía, el conocimiento sobre los efectos secundarios de los antigripales y los signos de alarma en IRA.

En la figura siguiente, se puede apreciar el comportamiento de los casos estudiados en relación al tiempo de experiencia clínica de los profesionales médicos al trabajar con niños. En el plano teórico, es de suponer que profesionales que han atendido niños desde años atrás, estarán mayormente capacitados que los que inician en la atención.



*Figura 7.* Tiempo de experiencia clínica con pacientes pediátricos. CS Rumiñahui, 2017. La mayoría de médicos encuestados tienen entre 1 a 4 años de experiencia con pacientes pediátricos, sumando los porcentajes, el 50% tienen más de 10 años de experiencia e incluso hay un importante 33% de profesionales que tienen más de 15 años.



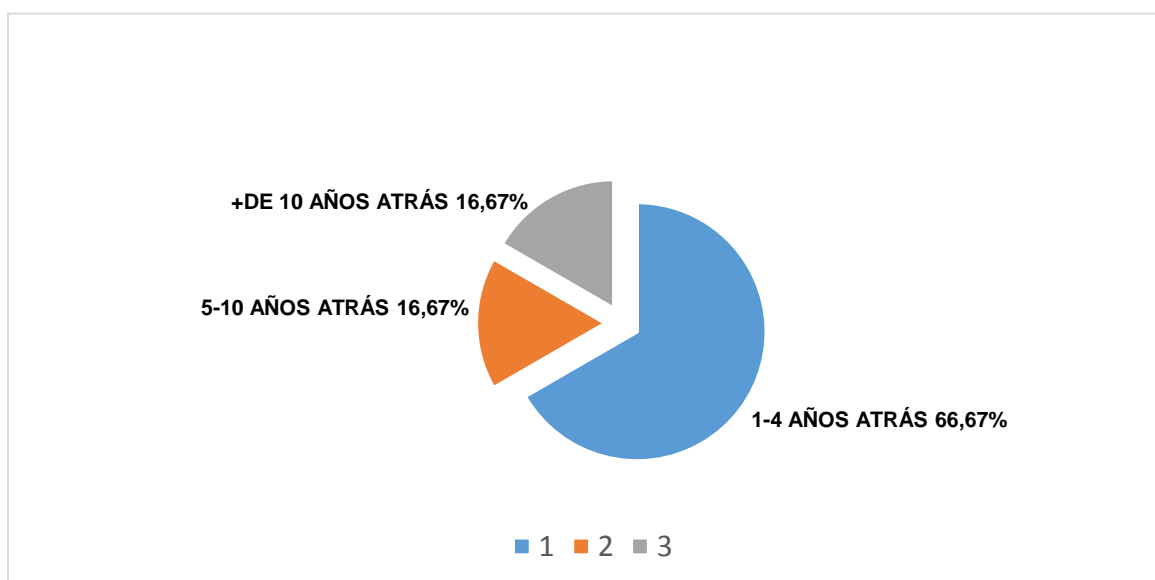
*Figura 8.* Número de veces que han recibido los médicos capacitación AIEPI, CS Rumiñahui, 2017. El 50% de médicos encuestados han recibido una sola vez capacitación en AIEPI y un 16,67% recibió por tres ocasiones.

El 66,67% de médicos declararon haberla recibido entre 1 a 4 años atrás, pero como hemos manifestado no incluyó práctica clínica, razón por la cual es

probable que no esté bien interiorizada en los profesionales. El 33,33% no ha recibido capacitación de AIEPI más de 5 a 10 años atrás.

Cinco de los seis profesionales (83,33%) manifiestan en la encuesta utilizar siempre el AIEPI para manejo de casos de niños con IRA, más no se observa esto en la práctica. Solamente un profesional declaró no hacerlo siempre, debido a que aduce está esperando que publiquen la nueva versión.

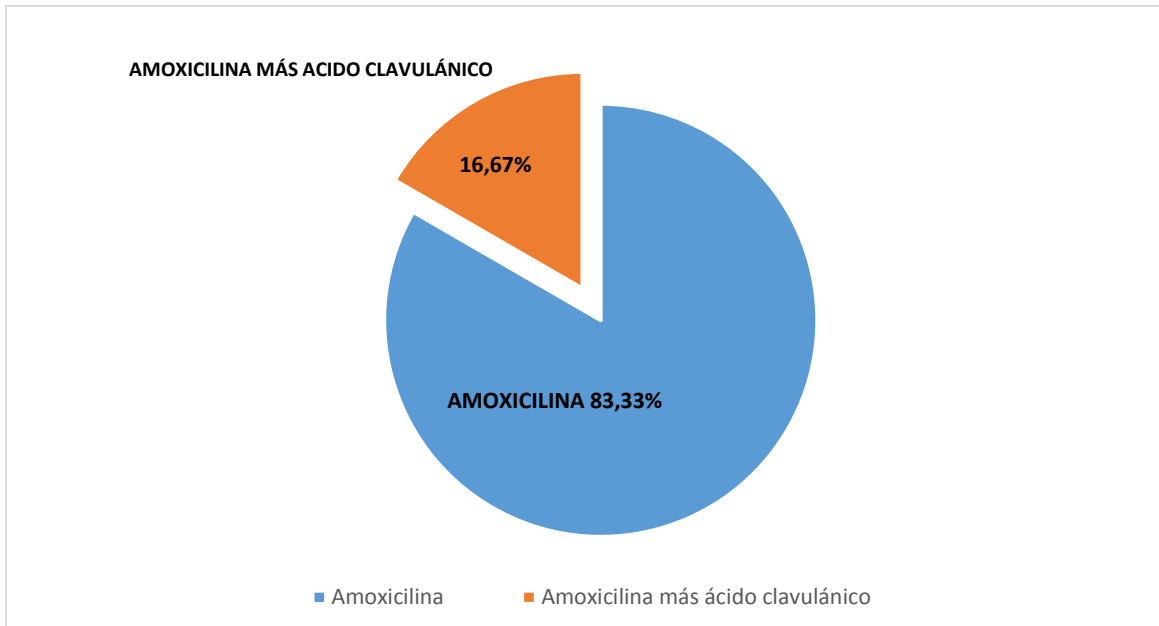
Cuándo se les preguntó a los médicos sobre el tiempo que habían recibido la última capacitación en AIEPI, estos fueron los resultados.



*Figura 9.* Tiempo de última capacitación recibida en AIEPI. CS Rumiñahui, 2017. Hay un gran porcentaje de médicos no han recibido fortalecimiento o renovación de la capacitación en los últimos tiempos. Solo un médico de los entrevistados declaró haber recibido práctica clínica.

Al preguntar a los médicos sobre conocimientos sobre la estrategia AIEPI, específicamente sobre cuál es el antibiótico de primera elección en casos de neumonía. Obtuvimos los siguientes resultados reflejados en la figura siguiente:





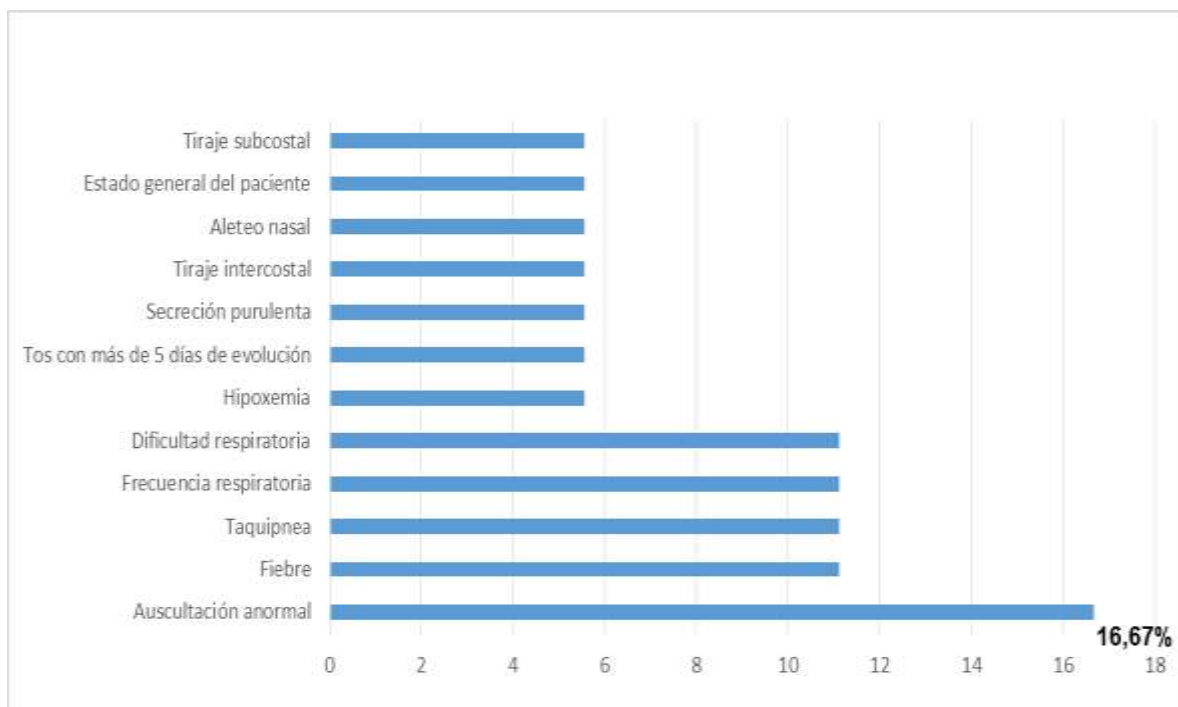
*Figura 10.* Conocimiento de los médicos encuestados sobre el antibiótico de elección en casos de neumonías. CS Rumiñahui, 2017. El 83,33% de médicos identifican a la amoxicilina como antibiótico de primera línea para los casos de neumonía.

Igualmente, el 50% de entrevistados identifican al Trimetoprim Sulfa como antibiótico de segunda elección para neumonía. Sin embargo hubo un 16,67% que indica a la eritromicina y otro 16,67% que no sabe el medicamento de segunda elección.

Al ser interrogados por los signos cardinales para diagnóstico clínico de neumonía, los médicos no identifican claramente a la taquipnea como predictor de la enfermedad (apenas el 11,11% la mencionan). Algunos mencionan a la frecuencia respiratoria pero no como taquipnea o a la dificultad respiratoria, pero sin claridad absoluta y la confunden con algunos criterios de gravedad con casos de neumonías graves u otras enfermedades. En otros casos, hay una confusión importante con otros signos, dando mayor validez a la auscultación pulmonar, por ejemplo.

Los signos y/o síntomas, para diagnóstico de neumonía mencionados por los

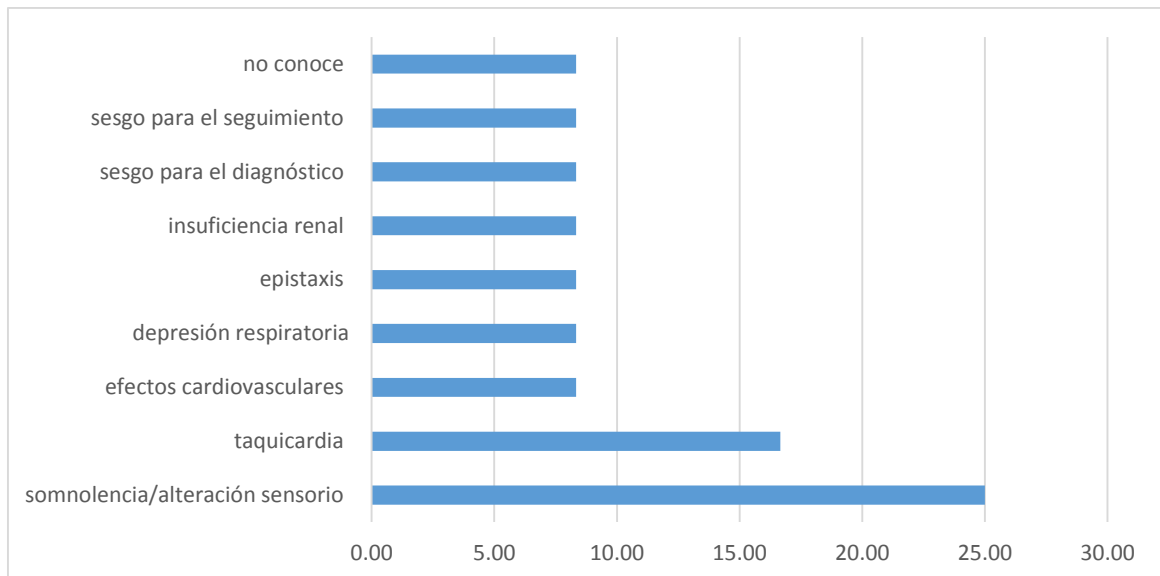
médicos, se expresan en la figura siguiente:



*Figura 11.* Criterios cardinales para diagnóstico clínico de neumonía nombrados por los médicos, CS Rumiñahui, 2017. Según el AIEPI, la taquipnea es el signo cardinal en el diagnóstico de neumonía. Pero los médicos mencionan muchos otros criterios.

Según las bases técnicas del AIEPI, la auscultación pulmonar que es el más mencionado por los médicos con un 16,67%, es un signo tardío y poco específico en los niños. La taquipnea es indicada por un 11,11% de médicos, quienes como ya hemos dicho anteriormente, confunden con neumonía grave, enfermedad muy grave y otros cuadros que no tienen nada que ver con neumonía como tos de más de 5 días de evolución.

Se averiguó a los médicos sobre el conocimiento sobre los efectos secundarios de los antigripales en los niños. En los resultados se observa que dicho conocimiento no está presente siempre en los profesionales, lo cual podría provocar que en ciertas circunstancias aconsejen o prescriban su uso.



*Figura 12.* Conocimiento de los médicos sobre los efectos secundarios de los antigripales en niños. CS Rumiñahui, 2017. Hay algunos profesionales que no conocen los efectos secundarios del uso de antigripales en niños menores de cinco años.

Los antigripales en asociación especialmente, en niños pueden tener algunos efectos secundarios como mareo, aumento de la frecuencia cardíaca, problemas respiratorios, convulsiones, disminución de niveles de conciencia e incluso si se toleran bien, no son considerados efectivos. Hay una hipótesis de que al parecer las vías aéreas de los niños son más estrechas y retienen más secreciones. (Ministerio de Salud del Perú, 2014)

Con referencia al conocimiento de los llamados signos de alarma en IRA, pocos son los profesionales que tienen claridad al respecto. El AIEPI menciona que los signos de alarma en IRA son aquellos que los padres o cuidadores de niños deben tener presentes en casa para acudir urgentemente a un servicio de salud.

En los casos de IRA son: respiración rápida, dificultad para respirar, no puede beber ni tomar el seno, vomita todo lo que ingiere, empeora o no se ve bien. Esto es muy importante ya que de este conocimiento dependerá que se informe o no a las madres y cuidadores para cuándo regresar de forma inmediata en

caso de que su niño o niña agrave.

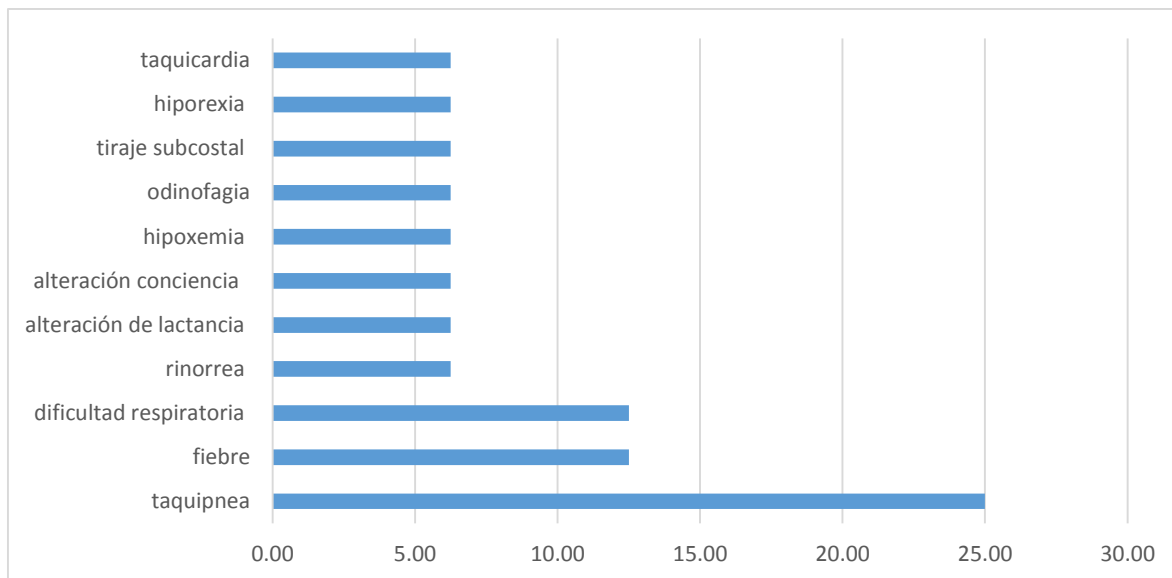


Figura 13. Conocimiento de los médicos sobre signos de alarma en IRA. CS Rumiñahui, 2017. La taquipnea sí es identificada en mayor porcentaje, pero se mencionan criterios no considerados por el AIEPI como por ejemplo rinorrea, hiporexia, taquicardia, odinofagia. En las historias clínicas, no se constatan por escrito los signos de alarma ni se indica que se les ha dicho a las madres o cuidadores.

## 2.4. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

- Se evidencia en general un exagerado uso de medicamentos en relación a lo indicado en la estrategia AIEPI. Uso de antihistamínicos que no están recomendados por el manejo estándar de casos de IRA.
- El porcentaje de uso de antibióticos sí bien ha disminuido notoriamente en forma global en relación al estudio de 1995, aún sigue siendo excesivamente alto y no está correlacionado con los criterios diagnósticos del AIEPI.
- Se observa problemas en la capacitación recibida por los profesionales médicos, la misma que ha sido dada anteriormente pero no fortalecida a través de programas continuos que incluyan monitoreo de casos.
- El signo clave para el diagnóstico de neumonía que es la taquipnea, se

evidencia como de muy poco uso diario. Incluso se hace notar que en ningún caso se constata la frecuencia respiratoria en los casos ni se toma por norma en los signos vitales de inicio. Tampoco se toma la saturación de oxígeno en ninguno de los casos estudiados.

- Se observan problemas tanto en estadística como en enfermería del centro de salud, que se traducen en la no constatación escrita de la temperatura y algunos casos en los que no consta la hoja de AIEPI.
- Hay un buen uso de los medicamentos genéricos en la casi totalidad de los casos estudiados.
- No hay claridad suficiente ni conocimiento exacto de los signos de alarma que pueden conllevar a no comunicar de los mismos a los cuidadores de niños menores de cinco años.
- Hay un desconocimiento de los efectos secundarios del uso de los antigripales en niños, lo cual podría llevar en algunos casos a prescribirlos fuera de la norma.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS Y SOLUCIONES PLANTEADAS AL PROBLEMA

#### 3.1 DISCUSIÓN SOBRE LA PROBLEMÁTICA EN CASOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS

Como se ha manifestado anteriormente, las IRA como enfermedad prevalente de la infancia son muy importantes en el ámbito de la salud pública, debido a que constituyen la primera causa de atención en las consultas ambulatorias.

La relevancia de un manejo estandarizado de casos promovido por la OMS a través de la estrategia del AIEPI, tiene una amplia base técnica que justifica el uso de métodos sencillos y confiables para tratar los casos. El mismo manejo estándar, permite diagnosticar tempranamente los posibles casos de neumonía que son causa de agravamiento en los pacientes que llevan incluso a la muerte.

En el caso de la neumonía, la diferenciación entre la etiología viral o bacteriana mediante exámenes complementarios que alerten precozmente al profesional médico no es fácil, incluso los cambios radiográficos se presentan en la mayoría de casos tardíamente. Otros exámenes como la determinación de la Proteína C Reactiva, biometría hemática, velocidad de sedimentación, serología, hemocultivos, cultivos de secreciones, son inespecíficos de cuadros de neumonías y no aportan para la diferenciación en la etiología. Solamente la pro calcitonina se ha relacionado como un elemento importante que determina una alta probabilidad de tener neumonía bacteriana, cuando el valor es superior a 2ng/ml, sin embargo es un examen altamente costoso y de poca accesibilidad (Martínez,A., Moreno-Pérez,D. Miguélez,A., 2012).

En este contexto, a nivel mundial se preconiza lo propuesto en el AIEPI que es el tratamiento empírico de las neumonías con los antibióticos apropiados, lo cual reduce la mortalidad notoriamente en la población afectada. Del lado contrario a lo señalado, la inmensa mayoría de IRA en la infancia son de etiología viral y por tanto son auto limitadas, hecho que se comprueba en la presente investigación

ya que la rinofaringitis o resfriado común, es el primer diagnóstico en nuestra lista de hallazgos. En algunas investigaciones se estima que hasta el 90% de IRA son de etiología viral. Otros estudios manifiestan que alrededor de un 45 a 77% de los casos son de etiología viral, por tanto no requerirán antibióticos (Bayona, Y., Niederbacher, J., 2015).

Desde el punto de vista técnico y financiero, la excesiva prescripción de medicamentos ocasiona varios aspectos negativos: aumento de la resistencia bacteriana lo cual es una preocupación mundial, medicalización de la atención que induce a la automedicación, creencia de que el antibiótico es preventivo, gastos excesivos en medicamentos innecesarios, enorme desperdicio de recursos (Malo, S., Bjerrum, L., Feja, C., Lallana, M., Poncel, A., Rabanaque, M., 2015).

Otros medicamentos como por ejemplo los antihistamínicos no están aconsejados para tratar los resfriados comunes según la mayoría de guías clínicas, debido a que carecen de efecto, ocasionan egresos innecesarios y son potencialmente causantes de efectos secundarios. Los antihistamínicos de primera generación como por ejemplo la loratadina, tienen el inconveniente de afectar al sistema nervioso central ocasionando sedación. Algunos productos que combinan estos antihistamínicos con la pseudoefedrina causan muchos efectos secundarios, como excitación y alucinaciones en algunos niños (Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos Perú, 2013).

Los medicamentos que contienen antitusígenos por ejemplo, pueden generar adicción, causar depresión respiratoria cuando se exceden las dosis. Por otro lado, no hay estudios científicos que demuestren su eficacia y seguridad en los niños, ya que la tos es un mecanismo de defensa en el niño (Barreda, 2014).

Se ha dicho también que medicamentos mucolíticos carecen de efecto comprobado e incluso algunos autores indican que tienen el mismo efecto que el agua. Sin embargo en una investigación realizada en la ciudad de Cuenca

Ecuador, en el año 2011, se evidenció que los mucolíticos eran los medicamentos más usados en IRA en un 43,5% de los casos (León,N.,Muñoz,M.,Padrón,C., 2011).

En la presente investigación se analizó el manejo de casos de IRA en niños por parte de pediatras vs médicos generales, encontrándose el llenado de los formularios no es utilizado adecuadamente. Los médicos pediatras, llenan en mayor proporción el formulario AIEPI, aunque no es en porcentajes altos. Los médicos tanto generales como pediatras no consignan en las historias clínicas los signos de alarma, es más los desconocen de acuerdo a la encuesta aplicada, por lo que probablemente no insisten en ellos al dar las instrucciones a los padres o cuidadores de niños entre dos meses y cinco años.

Los tratamientos utilizados por los médicos evaluados son inadecuados en la mayoría de casos, ya que la prescripción de un antibiótico sólo era necesaria en un 11 de los casos y se realiza en 47 de ellos. Adicionalmente, el uso de antihistamínicos que predomina en las prescripciones, no está recomendada por la estrategia del AIEPI.

### **3.2 ALTERNATIVAS PLANTEADAS A LA PROBLEMÁTICA**

La problemática del AIEPI evidenciada en la presente investigación, podría ser el reflejo de muchas situaciones actuales en el diario accionar de los centros de salud públicos y privados del país.

Ante esta situación, se plantean algunas alternativas que deben partir desde lo macro a lo micro. A nivel global, iniciando por el Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria, dentro del contexto de la reforma de salud liderada por el Modelo de Atención Integral de la Salud (MAIS), se requiere sostenimiento de la aplicación de políticas públicas de alto nivel hasta estrategias locales que permitan el mejoramiento de la aplicación de la estrategia en los centros y sub centros de salud y en los consultorios médicos a nivel público y privado. Yendo más allá, sería ideal que la estrategia AIEPI sea adoptada como una verdadera



norma técnica por parte del Ministerio de Salud, ya que al momento al no ser una norma, es considerada por algunos técnicos como opcional de uso. Esto generaría una exigencia mayor de uso, mayores recursos destinados para la capacitación, seguimiento, sensibilización y control de la problemática.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) como tal, implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención en salud, involucra también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. El MAIS aplicado al control de las enfermedades prevalentes, en este caso las IRA, prioriza la Atención Primaria organizando el primer nivel de atención como la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención, con el propósito de brindar atención integral y determinada a las demandas en salud. El MAIS incluye un sistema adecuado de fármaco vigilancia, con presupuestos y compromisos de gestión técnicamente definidos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Sí se aplicaría el MAIS en el marco planteado, el manejo de las IRA y el AIEPI, deberían ser nada más que un peldaño más dentro de ese contexto global. En resumen, entre las alternativas para fortalecer el AIEPI y mejorar el manejo de la prescripción y manejo de las IRA, se mencionan:

- Plantear establecer como norma del Ministerio de Salud la estrategia AIEPI y realizar revisiones periódicas.
- Sensibilización hacia la problemática a profesionales y la comunidad a través de talleres periódicos y planes de marketing social.
- Seguimiento metódico de los casos con equipos locales conformados.
- Auditoria permanente de la calidad del manejo y prescripciones por parte de las autoridades del Centro y el Distrito.
- Organización adecuada de una red escalonada y efectiva de servicios en IRA.

- Mantenimiento y fortalecimiento de los programas de inmunizaciones.
- Sistemas de información y comunicaciones culturalmente adecuados.
- Fortalecimiento y monitoreo periódico de la capacitación a los profesionales tanto presencial como virtualmente (incluir a directores de unidades, enfermeras, médicos generales, pediatras).
- Medición global y específica del gasto financiero en medicamentos.
- Establecer estudios periódicos de seguimiento de resistencia bacteriana.
- Programas de promoción de la salud dirigidos a la comunidad sobre el tema de IRA que abarquen usuarios, instituciones educativas, madres y en general cuidadores de niños y niñas.
- Fomentar la revisión periódica de los instrumentos técnicos del AIEPI.
- Promover la participación intersectorial con el Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión social, Organismos no gubernamentales nacionales e internacionales.
- Organizar líneas telefónicas de consulta y soporte para padres o cuidadores, con guías y protocolos previamente establecidos-
- Establecer metas institucionales y comunitarias con respecto al problema.

Específicamente, para la prevención de IRA en los niños, se debe trabajar en mejorar el contexto socio económico de la población, que involucra mejorar la nutrición, disminuir el hacinamiento, fortalecer la lactancia materna, evitar el contacto con personas enfermas (uso de mascarilla en adultos, evitar acudir niños enfermos a centros infantiles), lavado adecuado y frecuente de las manos, aplicación de la estrategia AIEPI, disminución de la inequidad social. Muchos estudios apuntan a que existe más incidencia y complicaciones de IRA en niños de estratos socio-económicos deprimidos (Ministerio de Salud de Colombia, 2015).

Aproximadamente el 45% de muertes infantiles en general, están relacionadas con malnutrición. Según un reporte último de la Organización Mundial de la Salud del 2016, la neumonía sigue siendo una causa importante de mortalidad en la infancia conjuntamente con la diarrea y el paludismo, desde el final del período neonatal hasta los cinco años (Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, 2016).

Ahora bien, al hablar del AIEPI específicamente, es una estrategia que tiene veinte y dos años de iniciada en el Ecuador. Comparativamente se observa un importante avance, sin embargo se evidencia que no se ha trabajado demasiado en el acompañamiento a los médicos, en el seguimiento y monitoreo los casos, en una auditoría de calidad y programas de capacitación para los profesionales.

Por tanto, el planteamiento local de una mejora en el manejo de las IRA en el Centro de Salud Rumiñahui, idealmente debe partir desde las políticas planteadas desde la Coordinación Zonal responsable, las mismas que deberían ser aplicadas de manera estándar a todos los centros de salud con iniciativas locales.

En las estrategias para lograr el mejoramiento del manejo estándar de las IRA, se deben incluir medidas innovadoras y creativas que involucren a autoridades profesionales de la salud, cuidadores de los pacientes, educadores, niños y niñas como agentes del cambio.

Es así, que se observa diferencia significativa entre las capacitaciones teóricas simples a aquellas que incluyen práctica clínica con casos específicos, lo que se ve, en otras palabras, se olvida más difícilmente. Es ideal conformar y hacer funcionar comités locales de seguimiento de la calidad, que entre otros temas monitoree la fusión de los temas técnicos con los de promoción de la salud.

El asunto de la promoción de la salud en la comunidad a través de los comités

locales es un tema que en ocasiones se ha utilizado para llenar espacios obligatorios impuestos por el Ministerio de Salud del Ecuador, sin que se hayan valorado los impactos reales de esa participación social. ¿Cómo promover esa real intervención? Esa es la pregunta.

En la ciudad de Cuenca por ejemplo, existen experiencias positivas como producto de una iniciativa de un grupo, en el que se incluyen intercambios de conocimientos y experiencias a través de dramatizaciones a favor de la salud con los médicos y la población, semanas de ciclo paseo por la no resistencia bacteriana, procesos de sensibilización y concientización a través del arte. Como dice el Dr. Arturo Quizhpe, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y coordinador de una red constituida por centros académicos y de investigación, organismos de salud y movimientos sociales de la región (Re Act Latinoamérica), el objetivo es "...romper el enfoque biomédico de la dependencia pura al medicamento, defender el agua y la soberanía alimentaria, que el problema está en ver las causas profundas de las infecciones y ahí servirán mejor los medicamentos..." (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Para obtener resultados de impacto social a nivel de centros de salud, distritos y zonas, se debe contar con instrumentos medibles y verificables que se enfoquen en la reducción de la mortalidad y la morbilidad por enfermedades prevalentes o indicadores que nos muestren la potenciación de las condiciones o estilos de vida y espacios saludables. Esto de hecho involucra a otros sectores adicionales al sector salud como la educación, trabajo, vivienda, ambiente, entre otros.

En el Ministerio de Salud del Ecuador, existe una Gerencia de Medicina Familiar que trabaja en todas las estrategias orientadas a posicionar la Atención Primaria Renovada y entre ellas, la estrategia del AIEPI. Esta gerencia menciona a través de una entrevista, que pronto va a publicarse y difundirse la última versión del AIEPI del año 2017, en la que se han incorporado nuevos conceptos del manejo. Adicionalmente menciona la intencionalidad del Ministerio de Salud por fortalecer

la estrategia del AIEPI (Vinueza, 2017).

Internamente en el Centro de Salud La Rumiñahui, es importante mejorar la calidad de la toma de signos vitales de los niños y niñas, incluyendo la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. Los médicos deben controlar que todos sus pacientes tengan constatada la temperatura y los otros signos. Personal de enfermería capacitado, debería incluso alertar al médico de la presencia de taquipnea o signos de peligro, lo cual podría derivar en una atención más pronta y oportuna.

A nivel de Estadística, sí bien es cierto es menor el problema, establecer mecanismos de control para revisar que todas las historias clínicas de niños y niñas, tengan el formulario del AIEPI y posteriormente a las consultas chequear aleatoriamente que el profesional llene las partes concernientes del formulario.

Se sugiere organizar auditorías permanentes y talleres periódicos para retroalimentar los resultados a los profesionales involucrados con fines de mejora de la calidad y no punitivos. En éstos talleres deben participar personal médico, enfermería, farmacia y promotores de la salud. Otra estrategia es establecer manuales de inducción para profesionales nuevos que incluyan el conocer las principales normas y estrategias de las enfermedades más comunes. Es importante así mismo, trabajar con la comunidad en distintos niveles para que se conozcan y reconozcan los signos de peligro en los niños y niñas enfermos, se desmitifique la atención mediada por medicamentos y se estimule costumbres y prácticas ancestrales positivas y culturalmente aceptadas. En estos encuentros con la comunidad, se deberá no recomendar algunas prácticas nocivas.

### **3.3 CONCLUSIONES DEL CAPITULO**

- La mayoría de infecciones respiratorias en la infancia son de causa viral. No existen métodos ni examen altamente confiables para distinguir la etiología viral o bacteriana en los casos de neumonía.

- La mayoría de casos de IRA en niños pequeños, no ameritan tratamiento con medicamentos, con excepción de las neumonías que se indica un antibiótico apropiado en etapa temprana de la enfermedad.
- Como alternativas al problema de las IRA se requieren acciones en lo macro y a nivel micro que contemplen integralidad de la atención, promoción y prevención, atención oportuna y protocolizada, intersectorialidad, planes organizados de intervención, auditoría no punitiva de casos, capacitación del talento humano y de la comunidad para identificar los signos de alarma, entre otras estrategias.
- Adicionalmente a lo mencionado, se requiere trabajar en la prevención de las infecciones respiratorias en la infancia fomentando la lactancia materna, mejorando la nutrición, fortaleciendo hábitos higiénicos, disminuyendo el hacinamiento, capacitando a equipos de salud y a la comunidad en signos de alarma y otros temas expuestos en el AIEPI.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIONES

4.1.1 El tema de investigación se centra en los hábitos de prescripción por parte de los médicos. La metodología del estudio presente implica un análisis descriptivo, observacional, transversal del manejo de los casos de IRA en niños y niñas de dos meses a menores de cinco años que son atendidos en el Centro de Salud Rumiñahui de la ciudad de Quito, en el período de noviembre a diciembre 2016. Se revisaron retrospectivamente 180 casos de IRA en el período determinado y se realizó una encuesta a los médicos.

4.1.2 La mayoría de infecciones respiratorias en la infancia son de causa viral. No existen métodos ni exámenes altamente confiables para distinguir la etiología viral o bacteriana en los casos de neumonía. La mayoría de casos de IRA en niños pequeños, no ameritan tratamiento con medicamentos, con excepción de las neumonías que se indica un antibiótico apropiado en etapa temprana de la enfermedad.

4.1.3 En la presente investigación se evidencia poca adherencia de los médicos a la estrategia AIEPI en torno a: uso de antibióticos, llenado de formulario AIEPI, falta de uso de signos clínicos claves como la taquipnea, uso de medicamentos no sugeridos por la estrategia como por ejemplo antihistamínicos, desconocimiento de los signos de alarma, entre otros.

4.1.4 El porcentaje de uso de antibióticos en casos de IRA en el Centro de Salud Rumiñahui sí bien ha disminuido notoriamente en forma global en relación al estudio realizado en Quito en 1995, aún sigue siendo excesivamente alto. Pero lo realmente complejo es que según los criterios del AIEPI de los casos revisados sólo el 6,11% requería antibióticos de acuerdo al diagnóstico, mientras en la realidad, se prescribieron el 26,11%, lo cual es 4,2 veces más que lo necesario.

4.1.5 Solamente once casos que corresponden a los diagnósticos de otitis, amigdalitis, sinusitis, ameritaban el uso de antibióticos (6,11% de casos. El 93,89%, no estaba indicado de acuerdo al diagnóstico).

4.1.6 En ningún caso, el uso de antibióticos se lo correlacionó con el diagnóstico de neumonía, lo que hace presuponer que hay un sub diagnóstico de esta entidad por parte de los profesionales, ya que no se constata el signo cardinal que indica el AIEPI que es la taquipnea.

4.1.7 En cuanto al tipo de antibióticos recetados, 44 de los 47 casos reciben amoxicilina que se encuentra entre los medicamentos sugeridos por AIEPI, aunque en la mitad de casos los médicos sugieren amoxicilina más ácido clavulánico que no es precisamente la amoxicilina sola que preconiza AIEPI. Esto encarece el costo de la medicina.

4.1.8 En las historias clínicas analizadas, hay un buen uso de los medicamentos genéricos como tales, en la casi totalidad de los casos estudiados. Hay un desconocimiento por parte de los médicos de los efectos secundarios del uso de los antigripales en niños, lo cual podría llevar en algunos casos a prescribirlos fuera de las pautas establecidas. Llama la atención el uso de un porcentaje elevado de antihistamínicos que no están recomendados por el manejo estándar de casos de IRA.

4.1.9 Se observa problemas en la capacitación recibida por los profesionales médicos para el manejo de las IRA. Las capacitaciones no han sido periódicas y han sido eminentemente teóricas, sin contar con prácticas clínicas. No se ha realizado seguimiento y monitoreo adecuados. El signo clave para el diagnóstico de neumonía que es la taquipnea, se evidencia como de muy poco uso diario en la práctica profesional de los médicos. En enfermería, no se toma en forma estándar la frecuencia respiratoria en los niños enfermos, ni tampoco se toma la saturación de oxígeno en ningún niño de los estudiados. No hay claridad suficiente ni conocimiento exacto de los signos de alarma lo cual implica problemas en la comunicación que se dé a los cuidadores de niños menores de cinco años.

4.1.10 De acuerdo a lo estudiado en la presente investigación, la atención de los niños en los casos de IRA no se ampliamente beneficiada por la atención del pediatra versus el médico general. Si bien es cierto, los pediatras llenan en mayor proporción el formulario AIEPI, la prescripción de antibióticos es más alta y menos precisa que en los médicos generales. Igualmente, el uso de



antihistamínicos es alto en pediatras y en médicos generales.

4.1.11 Se observan problemas tanto en estadística como en enfermería del centro de salud Rumiñahui, que se traducen en la no constatación escrita de la temperatura y algunos casos en los que no consta la hoja de AIEPI. Estos hechos podrían afectar la calidad de la atención que se brinda a este grupo etario.

## **4.2 RECOMENDACIONES**

4.2.1 Como alternativas al problema de las IRA se requieren acciones en lo macro y a nivel micro que contemplen integralidad de la atención, promoción y prevención, atención oportuna y protocolizada, intersectorialidad, planes organizados de intervención, auditoría no punitiva de casos, capacitación del talento humano y de la comunidad, entre otras tácticas.

4.2.2 Es importante considerar que la estrategia del AIEPI, debería ser elevada a categoría de norma del Ministerio de Salud del Ecuador para que su aplicación sea de característica obligatoria.

4.2.3 Adicionalmente a lo mencionado, se requiere trabajar en la prevención de las infecciones respiratorias en la infancia fomentando la lactancia materna, mejorando la nutrición de los niños, fortaleciendo los hábitos higiénicos, disminuyendo el hacinamiento y fortaleciendo la vacunación específica.

4.2.4 La capacitación de los equipos de salud en el manejo estándar de las IRA debe incluir práctica clínica y ser periódica y constante. Es importante poner énfasis en la detección oportuna y metódica de los signos claves de enfermedad grave, la taquipnea, los signos de alarma y el uso apropiado de medicamentos, en especial antibióticos.

4.2.5 A nivel de la comunidad es importante organizar intervenciones sostenidas a través de planes de marketing social enfocados a la desmedicalización de la atención médica en las IRA, fortalecimiento los hábitos saludables, capacitando en el conocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos, evitando la automedicación y promoviendo la participación comunitaria. Se recomienda colocar afiches

y organizar documentos escritos educativos que especifiquen claramente los riesgos de medicamentos mal utilizados.

- 4.2.6 Incorporar la toma de la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno a la preparación de todos los pacientes pediátricos que tengan síntomas respiratorios. Chequear que todos los pacientes tengan consignados en la historia clínica la temperatura.
- 4.2.7 Fortalecer el rol del área de farmacia del Centro para que influya en el seguimiento de los casos y en asegurar buenos hábitos de prescripción a través de la participación de profesionales Bioquímicos que puedan influir en los hábitos de prescripción de los médicos.
- 4.2.8 Capacitar a los profesionales en el uso de antigripales, antihistamínicos y similares, desaconsejando su uso.
- 4.2.9 En el centro de salud Rumiñahui, sería relevante organizar equipos internos de auditoría de la calidad, multidisciplinarios para mejorar el manejo integral de las IRA en todas sus fases: estadística, enfermería, atención médica, promoción de la salud, manejo de la historia clínica, farmacia, etc. El equipo de auditoría debe retroalimentar por escrito los resultados a los intervinientes del proceso con el fin de estimular las prácticas adecuadas y desmitificar las inadecuadas.

## REFERENCIAS

- Álvarez, M., Cáceres, L., Gavilanes, G. (1998). *Investigaciones Operativas sobre el control de las Infecciones Respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe*. (Y. V. Benguigui, Ed.) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ayala, S. (21 de Diciembre de 2016). La fijación de precios a las medicinas moverá el mercado local. *Revista Líderes*. Obtenido de La fijación de precios de las medicinas moverá el mercado local: <http://www.revistalideres.ec/lideres/fijacion-precios-medicinas-movera-mercado.html>
- Barreda, P. (Julio de 2014). *Pediatría al Día*. Obtenido de Remedios para la gripe en niños: <http://pediatraldia.cl/remedios-para-la-gripe-en-ninos/>
- Bayona, Y., Niederbacher, J. (2015). Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *Neumología pediátrica*, 28(1); 133-141. Obtenido de Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a14.pdf>
- Cáceres, L. (16 de Febrero de 2017). Entrevistas a Médicos Centro de Salud Rumiñahui. Quito.
- Centro de Salud Rumiñahui. (2016). *Análisis Situacional Integral de Salud*. ASIS, Quito.
- Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos Perú. (2013). *Uso indiscriminado de antihistamínicos y antialérgicos puede ocasionar convulsiones y taquicardia*. CENADIM. Obtenido de <http://bvcenadim.digemid.minsa.gob.pe/noticias/25-uso-indiscriminado-de-antihistaminicos-y-antialergicos-puede-ocasionar-convulsiones-y-taquicardia>
- Constitución Política del Ecuador*. (2008). Obtenido de [http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion\\_2008.pdf](http://cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf)
- Desarrollo, M. C. (2012). *Primera Infancia*. Obtenido de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/>
- Diez pruebas o tratamientos cuestionados en niños. (13 de Noviembre de 2016). *Revista Médica de Nuestros Hospitales*. Obtenido de <http://www.infosalus.com/salud-bienestar/noticia-10-pruebas-tratamientos-cuestionados-ninos-20140324153235.html>

- Distrito D1705 Coordinación Zonal No. 9. (2016). *Información personal*. Quito.
- Gallardo, R. (03 de Febrero de 2017). Entrevista Personal. (L. Cáceres, Entrevistador)
- González, A. (17 de Septiembre de 2015). *Tratamiento de las Infecciones Respiratorias en Pediatría, Catarro de Vías Altas*. Obtenido de Guia ABE: <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-catarro-de-vias-altas>
- Gonzalez, J. (Junio de 2013). Las infecciones respiratorias en el niño. *Revista Cubana de Pediatría*, 85:2. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312013000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000200001)
- León,N.,Muñoz,M.,Padrón,C. (2011). USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3463/1/MED86.pdf>
- López,O.,González,J.Castillo,E.,Rosales,M., y Rodríguez,H. (2011). Prescripción de antimicrobianos contra infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 año. *Rev. Medisan*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000900010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900010)
- Malo,S.,Bjerrum,L.,Feja,C.,Lallana,M.,Poncel,A., Rabanaque,M. (Junio de 2015). Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *Anales de Pediatría, Vol 82. Núm 6*, 412-416.
- Martína,A., Moreno-Pérez,D. Miguélez,A. (2012). Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad. *Anales de Pediatría, 2012;76(3)*. Obtenido de <http://www.neumoped.org/docs/analesp1.pdf>
- Mediavilla, R. (17 de Enero de 2017). Técnico de Estadística del Centro de Salud Rumiñahui. (L. Cáceres, Entrevistador)
- Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCIÓN-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pd>
- Ministerio de Salud del Perú. (07 de julio de 2014). *Digemid/ Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas*. Obtenido de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=3&IdItem=1651>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Obtenido de [https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/M anual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

- Ministerio de Sanidad España. (2016). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10. Revisión. Edición Española*. Obtenido de [http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html)
- Morejón, K. (08 de Mayo de 2015). Centros Infantiles del Buen Vivir cumplen con estándares de calidad. *El Ciudadano*. Obtenido de <http://www.elciudadano.gob.ec/centros-infantiles-del-buen-vivir-cumplen-con-estandares-de-calidad/>
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2016). *Centro de Prensa*. Obtenido de Neumonía nota descriptiva: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2016). *Resistencia a los antimicrobianos*. Obtenido de Centro de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>
- Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa. (Septiembre de 2016). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (18 de 10 de 2010). *AIEPI-Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia*. Obtenido de [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=909:aiepi-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia&Itemid=607](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=909:aiepi-atencion-integrada-enfermedades-prevalentes-infancia&Itemid=607)
- Organización Panamericana de la Salud. (15 de Marzo de 2012). *Presentación del album Fotoresistencia*. Obtenido de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=589:presentacion-fotoresistencia&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=589:presentacion-fotoresistencia&Itemid=360)
- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. (13 de Noviembre de 2016). Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/descarga-objetivo>
- Quizhpe, A., Encalada, L., Aservier, S. (Junio de 2012). Percepciones sobre Infecciones Respiratorias Agudas, gravedad y tratamiento en responsables del cuidado de menores de 5 años. *Rev. de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca*, 30(2). Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20632>
- Ríos, B., Gaitán, B. Castillo, E. (2012). Infección Respiratoria Aguda en niños y niñas menores de 5 años en el Municipio de Segovia. *Medisan*. Obtenido de <http://bellanitleal2012.blogspot.com/>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2014). *Objetivos del Milenio Balance Ecuador 2014*. Obtenido de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>

- Valdivieso, L. D. (2012). *Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud*. Informe Técnico, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, OPS/OMS, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Obtenido de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=401-atencion-nino-y-embarazada&Itemid=599&lang=en](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=401-atencion-nino-y-embarazada&Itemid=599&lang=en)
- Vinueza, A. (22 de marzo de 2017). Entrevista con Gerente de Medicina Familiar MSP. (L. Cáceres, Entrevistador) Quito, Pichincha.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1 FORMULARIO AIEPI APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD

ESTADO (OBSERVAR)		MUNICIPIO (OBSERVAR)		3700	FECHA DE ATENCIÓN		EDAD DEL NIÑO/A EN MESES		
<b>1. SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>2. TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>3. DIARREA</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>4. FIEBRE</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>5. FIEBRE SIN OTROS SIGNOS DE PELIGRO</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>	
CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Dificultad para respirar Diarrea con sangre o moco	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Tasa de respiración rápida Tasa de respiración rápida Tasa de respiración rápida	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Más de 3 episodios Más de 3 episodios Más de 3 episodios	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente
CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente	CLASIFICAR	<b>PELIGRO GENERAL (DEFERIR URGENTE)</b> Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente Fiebre alta persistente

FECHA DE ATENCIÓN		CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3	CONSULTA 4	CONSULTA 5	
<b>6. RESPIRATORIO / ANEMIA</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>7. DESARROLLO FÍSICO MOTOR</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>8. MAL TRATO Y DESECHO</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>		<b>9. ALIMENTACIÓN</b> <small>Señales de alarma que indican la necesidad de atención urgente</small>	
CLASIFICAR	<b>RESPIRATORIO GRAVE O ANEMIA GRAVE</b> Hay dificultad para respirar Hay anemia grave	CLASIFICAR	<b>RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor	CLASIFICAR	<b>RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor	CLASIFICAR	<b>RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor
CLASIFICAR	<b>PESO MUY BAJO</b> Tasa de peso muy baja Tasa de peso muy baja	CLASIFICAR	<b>POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor	CLASIFICAR	<b>RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor	CLASIFICAR	<b>RETRASO DEL DESARROLLO</b> Retraso en el desarrollo motor Retraso en el desarrollo motor
CLASIFICAR	<b>NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA</b> No tiene anemia grave No tiene anemia grave	CLASIFICAR	<b>DESARROLLO NORMAL</b> Desarrollo normal Desarrollo normal	CLASIFICAR	<b>NO HAY SUSPECHA DE MAL TRATO O DESECHO</b> No hay sospecha de maltrato o desecho No hay sospecha de maltrato o desecho	CLASIFICAR	<b>NO HAY SUSPECHA DE MAL TRATO O DESECHO</b> No hay sospecha de maltrato o desecho No hay sospecha de maltrato o desecho
CLASIFICAR	<b>NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA</b> No tiene anemia grave No tiene anemia grave	CLASIFICAR	<b>DESARROLLO NORMAL</b> Desarrollo normal Desarrollo normal	CLASIFICAR	<b>NO HAY SUSPECHA DE MAL TRATO O DESECHO</b> No hay sospecha de maltrato o desecho No hay sospecha de maltrato o desecho	CLASIFICAR	<b>NO HAY SUSPECHA DE MAL TRATO O DESECHO</b> No hay sospecha de maltrato o desecho No hay sospecha de maltrato o desecho



## ANEXO 2 ENCUESTA REALIZADA A LOS MÉDICOS

### ENCUESTA SOBRE IRA /AIEPI PARA MÉDICOS QUE ATIENDEN NIÑOS EN EL CENTRO DE SALUD LA RUMIÑAHUI

Favor conteste la siguiente encuesta de la manera más precisa. En algunas preguntas se maneja la selección de opciones múltiples (Existe una sola respuesta, marque con una X). Otras preguntas son abiertas, favor coloque su respuesta con letra imprenta y clara.

No	Pregunta	Opciones	Respuesta
1	Tipo de profesional	Medicina General	
		Pediatra	
		Medicina Familiar	
		Otro	
2	Tiempo de experiencia con pacientes pediátricos	De 1 a 4 años	
		De 5 a 9 años	
		De 10 a 15 años	
		Más de 15 años	
3	Ha recibido capacitación en AIEPI?	Si	
		No	
4	De contestar SI a la pregunta anterior, favor indique cuántas veces ha recibido capacitación en AIEPI	1	
		2	
		3	
		4 o más	
5	En caso afirmativo, hace cuánto tiempo atrás recibió la última capacitación?	Menos de un año	
		1-4 años atrás	
		5-10 años atrás	
		Más de 10 años	

Sí

No

Siempre

6

Igualmente, de ser afirmativo, alguna vez en las capacitaciones recibidas en AIEPI, indique si han incluido práctica clínica?

8

7

En su práctica diaria utiliza el AIEPI para tratar casos de pacientes con IRA en niños de 2 meses a 5 años?

9

Favor indique según el AIEPI, cuáles son el/los signos claves en el diagnóstico clínico de la Neumonía en niños de 2 meses a 5 años

Respuesta Abierta

10

Según el AIEPI cuáles son los antibióticos apropiados de primera y segunda elección en los cuadros de neumonía en niños de 2 a 5 años

Respuesta Abierta

11

Según el AIEPI, cuántos días debe usarse un antibiótico apropiado en casos de Neumonía?

3 días

5 días

7 días

10 días

12

Según AIEPI cuáles son los signos de alarma en IRA en niños de 2 meses a 5 años?

Respuesta Abierta

---

13 Enumere tres efectos secundarios del uso de antigripales en asociación en los niños Respuesta Abierta

---