

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



**IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI PARA EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DE NIÑOS
MAYORES DE 2 MESES Y MENORES DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE SAN CRISTOBAL**

Autor: Dr. Héctor Jesús Hernández Giraldo

Tutor Científico: Dra. Mery Useche

Tutor Metodológico: Dr. Marcos A. Labrador R.

SAN CRISTOBAL – 2014

**IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI PARA EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DE NIÑOS
MAYORES DE 2 MESES Y MENORES DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE SAN CRISTOBAL**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO
PRESENTADO POR EL MÉDICO
CIRUJANO: HECTOR JESUS HERNANDEZ
GIRALDO, C.C.: 13.511.101, ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA
OBTENCIÓN DEL GRADO DE PEDIATRA
PUERICULTOR.

AUTOR:

Héctor Jesús Hernández Giraldo

Médico Cirujano.

Residente del 3er año del postgrado de Puericultura y Pediatría de la ULA.

TUTOR CIENTIFICO:

Dra. Mery Useche

Médico Especialista en Puericultura y Pediatría, egresada de la ULA, Adjunto del servicio de emergencia pediátrica del hospital central de San Cristóbal y Profesora de Medicina Integral Comunitaria de la UNELLEZ, extensión Táchira.

TUTOR METODOLOGICO:

Dr. Marcos A. Labrador R.

Médico Puericultor y Pediatra

Profesor Jubilado de la Escuela de Medicina de la Universidad de los Andes.

Profesor de Metodología de la Investigación, del postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de los andes, extensión Táchira.

AGRADECIMIENTOS

A todos los especialistas del postgrado, a mis tutores y profesores por su apoyo incondicional para la culminación de nuestros estudios profesionales, por el tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación.

Agradezco a todo el personal médico que presta sus servicios en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, ya que gracias a ellos se pudo llevar a cabo este proyecto.

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A mi esposa y mis padres, quiero hacer un humilde reconocimiento en el presente trabajo, porque han contribuido en mi formación profesional y humana a lo largo de mi vida, los desvelos, la paciencia, el perdón, el amor y el apoyo frente a las adversidades para continuar el camino de frente, sabiendo que una caída implica la oportunidad de soportarla con esperanza, con el consecuente de aprender de los errores propios. No sería el mismo sin el apoyo de ustedes a quienes amo y admiro, y de quienes he recibido grandes lecciones.

Hoy al alcanzar esta meta solo puedo decir que nos queda un hermoso camino por recorrer y muchos triunfos que lograr, siempre juntos, los amo infinitamente.

INDICE

Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCION	9
CAPITULO I	
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Justificación	14
1.3. Antecedentes	16
CAPITULO III	
2.1 Marco Teórico	20
CAPITULO III	
3.1. Objetivo General	30
3.2. Objetivos Específicos.....	30
CAPITULO IV	
4.1. Tipo y modelo de investigación	32
4.2. Población	33
4.3. Muestras	33
4.4. Recursos Humanos	34
4.5. Recursos Materiales	34
4.6. Sistema de variables.....	36
CAPITULO V	
5.1. Presentación y Análisis de los Resultados	38
5.2. Discusión	47
CAPITULO VI	
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Desarrollo de la Capacitación en la estrategia AIEPI	58
Cronograma.....	62
Referencias Bibliografía	63
Anexos.....	67

RESUMEN

La incidencia de infecciones respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años son elevadas, llevando esto a un mayor número de hospitalizaciones. En tal sentido, el objetivo de la investigación consistió en implementar la aplicación de la estrategia AIEPI para el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes mayores de 2 meses y menores de 5 años con IRA por parte del personal médico que presta asistencia en emergencia pediátrica del HCSC, estado Táchira. Los materiales y métodos se corresponden con un estudio descriptivo, observacional y transversal, comunitario, tipo de campo, realizado en 447 niños que asistieron a la Consulta de Emergencia Pediátrica durante abril a junio de 2014. Resultados: los niños más afectados son los comprendidos entre edades de 1-4 años con un total 225 casos que representan el 50,33% del total de la población, en los que prevalece el sexo masculino con 150 pacientes (33,55%). Se evidencia que al 73.38% de pacientes se les indico hematología y al 54,09% se les indico radiografía de tórax, lo que demuestra que predominan las ayudas diagnosticas sobre la clínica del paciente. También que en el 44,07% de los pacientes se indicó tratamiento antibiótico, en el 95.5.% acetaminofén, antihistamínicos 84.06%, corticoides 20,54%, y broncodilatadores 35,63%. El diagnóstico más frecuente para todos los rangos de edad evaluados fue el de resfriado común con un total de 286 casos (59,95%) del total de la población atendida. Conclusión: la aplicación de la estrategia AIEPI por el personal médico es importante para la detección de signos de alarma, permite clasificar a los niños según el tipo de patología respiratoria y uso racional de ayudas diagnósticas y medicamentos, principalmente los antibióticos. **Palabras claves:** Estrategia AIEPI, infección respiratoria.

ABSTRACT

The incidence of acute respiratory infections in children under 5 years are high, taking this to a higher number of hospitalizations. , the objective of the research consisted of deploying the application of the AIEPI strategy for the diagnostic and therapeutic approach in patients older than 2 months and under 5 years with IRA by the medical staff that assists in pediatric emergency of the HCSC, Táchira State. Materials and methods correspond to a community, cross, observational and descriptive study field type, in 447 children attending pediatric emergency consultation during April to June 2014. Results: the most affected children are those between ages 1-4 years with a total of 225 cases representing the 50,33% of the total population, in which prevails the male sex with 150 patients (33,55). It is evident that 73.38% of patients were indicated hematology and 54.09% are indicated chest radiograph demonstrating that predominate on the clinical diagnostic aids patient. Also that in 44.07% of patients antibiotic treatment was indicated in 95.5.% Acetaminophen, antihistamines 84.06%, 20.54% corticosteroids, bronchodilators and 35.63%. The most common for all age ranges diagnosis was evaluated common cold with a total of 286 cases (59.95%) of the total population served. Conclusion: The implementation of the AIEPI strategy by medical personnel is important for the detection of warning signs, allows classifying children according to type of respiratory disease and rational use of medicines and diagnostic aids, mainly antibiotics.

Keywords: Strategy AIEPI respiratory infection.

INTRODUCCION

Las condiciones climáticas del área predisponen a la aparición de infecciones respiratorias agudas y la no detección temprana de las mismas o el mal tratamiento de las mismas predispone a sus complicaciones, una de estas y de las más frecuentes es la neumonía en menores de 05 años.

Numerosos estudios muestran la relación entre los factores de riesgo relacionados con componentes genéticos, familiares, hábitos de vida y un entorno difícil que los condicionan a presentar este tipo de patologías que si no se detectan de manera oportuna pueden generar complicaciones. Resulta preocupante que muchos de los pacientes que terminan hospitalizados con diagnóstico de neumonía o bronconeumonía, previamente habían recibido tratamiento ambulatorio por médico general y en ocasiones especialista, sin respuesta adecuada a los mismos por lo cual finalmente requieren tratamiento intrahospitalario aumentando de esta manera los costos en los sistemas de salud, con riesgos de adquirir otro tipo de infecciones y dificultades a los padres que necesitan ausentarse de sus sitios de trabajo para poder acompañar a sus hijos cuando son internados¹.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica, el asma y la desnutrición son las enfermedades que más afectan a la población infantil en los países de América Latina, especialmente al grupo de los menores de 5 años. Para afrontarlas, entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la oficina Panamericana de la salud (OPS), el fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Ministerios de Salud de varios países, han impulsado en los últimos 20 años diversos programas orientados a su prevención y tratamiento, empleando tecnologías apropiadas para las circunstancias socioeconómicas y culturales de la región. No hay la menor duda de que la implementación de estos programas ha ocasionado un impacto altamente positivo en la salud infantil, especialmente en la reducción significativa de la mortalidad. Sin embargo, las repercusiones no han sido tan relevantes en lo que a morbilidad se refiere. De hecho, las primeras causas de consulta y de hospitalización siguen siendo, en su orden, las infecciones respiratorias y las diarreas².

Pero, además de lo anterior, se han detectado problemas en puntos tan cruciales como la formulación de medicamentos, el empleo de ayudas diagnósticas, los criterios de hospitalización y de referencia de pacientes, así como en la detección de patologías co-mórbidas. Igualmente, se ha encontrado una pobre capacidad resolutive de los problemas más comunes de los niños, especialmente en el nivel primario de atención, el que constituye muchas veces el único contacto de las familias con el sistema de salud.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para reducir la mortalidad y la morbilidad provocadas por las principales causas de enfermedad en la niñez³. Con su aplicación se busca mejorar la calidad de la atención de los niños en las instalaciones del servicio de emergencia pediátrica del hospital central de San Cristóbal, por medio del uso de procedimientos uniformes y de un enfoque integrado de la atención de la salud.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil.

La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios". Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es indicador del estado de salud de la población sensible también para evaluar el bienestar global de una población. Sin embargo, puede no ser específico respecto de ninguna medida sanitaria determinada porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de numerosos factores relacionados con el desarrollo social y económico. Los indicadores de salud y relacionados con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los

efectos. La deficiente situación de salud que limita el desarrollo humano integral de la población de todos los países en vía de desarrollo, es la principal problemática en el sector salud. Se expresa en los niños menores de cinco años mediante indicadores de morbilidad y de mortalidad por enfermedades Prevalentes.

Esta problemática de salud pública puede ser analizada, teniendo en consideración los determinantes biológicos, ambientales, comportamentales y la organización de los servicios de salud. Bajo este enfoque puede decirse que persisten problemas de salud pública intervenibles con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación de la salud. Son especialmente modificables, algunos comportamientos negativos, la organización de los servicios de salud y la accesibilidad al sistema de salud.

La salud del niño se ve afectada entre otros factores por las condiciones socioeconómicas y sanitarias desfavorables, la mala atención en los Servicios de Salud y el cuidado deficiente recibido en el Hogar. El personal de salud tiene limitadas habilidades y destrezas para atender en forma integral a los niños menores de cinco años. Es posible que en lo técnico y científico el personal de salud sea muy competente, pero cuando se trata del manejo holístico, las carencias formativas se evidencia en la pérdida de oportunidades de manejo integral, desconociéndose que el niño es un ser con cuerpo, alma y sociedad.

Cada año en Latinoamérica mueren más de 250,000 niños menores de cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición y otras inmunoprevenibles. Estas enfermedades son también la causa de 60-80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40-50% de hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Por esta razón se hace indispensable la implementación de este tipo de estrategias, conocer a fondo estas patologías, sus desencadenantes, sus complicaciones y las diferentes modalidades de tratamiento para poder brindar una atención óptima a estos pacientes⁴.

www.bdigital.ula.ve

1.2. JUSTIFICACION

Mediante este proyecto de implementación de la estrategia AIEPI para Infecciones de Vías Respiratorias en menores de 5 años, se quiere dar a conocer al personal médico que presta atención en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, el abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado en niños menores de 5 años con este tipo de patología, que asistan al Servicio.

Se considera que el desarrollo del proyecto para la implementación de la estrategia AIEPI es especialmente necesario en zonas donde habitan las poblaciones más vulnerables, como lo son la gran mayoría de los municipios que conforman el estado Táchira, por las condiciones climáticas de los mismos.

La estrategia AIEPI es eficaz para la evaluación de la condición de salud y los distintos problemas que afectan al niño, la elección del tratamiento más apropiado y su efectiva aplicación y seguimiento; así como para mejorar los conocimientos y prácticas de la familia respecto del cuidado y atención del niño en el hogar. De esta manera, la estrategia AIEPI contribuye no solamente a renovar la calidad de la atención de los distintos episodios de enfermedad que afectan al niño, sino también a mejorar el cuidado de su salud por parte de la familia.

Poner a disposición de todos los menores de 5 años los beneficios de esta estrategia se ha constituido por lo tanto en la principal herramienta para lograr un mejoramiento en la condición general de la infancia en todos los países y una mayor equidad en el acceso de la población a aquellos conocimientos e

intervenciones que tienen una importancia esencial para la prevención de muertes y casos de enfermedad.

En la Región de las Américas, la implementación de la estrategia AIEPI ha sido adoptada como una prioridad para contribuir al aumento de la esperanza de vida y reducir la brecha existente entre países y entre grupos de población, en lo que respecta a la salud de la infancia.

Analizados los datos epidemiológicos de morbilidad en los menores de 5 años correspondientes a los años 2011 y 2012 en el Hospital Central de San Cristóbal, se encontró lo siguiente que en el año 2011, se reportaron un total de 3.581 casos de infecciones respiratorias en menores de 5 años, y durante el año 2012 se reportaron 2.805 casos. En ambos años fue mayor la infección de vías respiratorias superiores de sitios no especificados, en las edades de 1-4 años y predominando en el sexo masculino⁵.

El Hospital Central de San Cristóbal, es el principal centro de referencia de pacientes de todo el estado Táchira, y en ocasiones el centro más cercano al cual acuden los padres angustiados para conseguir la atención de sus hijos; por lo cual muchas veces se prestan servicios de I nivel a pesar de ser un centro asistencial de IV nivel. Por lo anteriormente descrito y sabiendo que actualmente en el Hospital Central de San Cristóbal no se cuenta con un protocolo estandarizado para el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con Infección de Vías Respiratoria en menores de 5 años, se hace indispensable la implementación de la estrategia AIEPI, con el fin de mejorar la atención y utilizar de manera racional los recursos con los que se cuenta.

1.3. ANTECEDENTES

De acuerdo a la información disponible, cada año alrededor de 10 millones de niños(as) mueren antes de cumplir los cinco años de edad, más del 99% de las cuales ocurren en los países pobres. Las neumonías, diarreas y problemas neonatales son los “grandes asesinos” de los niños y la desnutrición es la causa básica de más de la mitad de estas muertes. Seis millones de estas muertes pueden prevenirse con intervenciones disponibles y factibles si alcanzaran a las madres y a los niños⁶.

Millones de niños mueren cada año en el mundo, a pesar de que existen tratamientos y medidas prácticas que podrían salvarlos. El 99 por ciento de las muertes ocurren en países en desarrollo. En Colombia se ha venido presentado a nivel nacional una reducción en las tasas de mortalidad en menores de 5 años, pero al interior del país persisten diferencias importantes de una región a otra. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005, la “tasa de mortalidad infantil disminuyó a la mitad en los últimos 20-24 años, desde 41 por mil en el quinquenio 1980-1985 a 19 por mil en el quinquenio 2000-2005. La tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por mil a 12 por mil. La mortalidad postneonatal pasó de 18 a 6 por mil. Sin embargo, encontramos fuertes diferencias entre la zona rural y la zona urbana. La mortalidad infantil sigue siendo más alta en la zona rural, 24 por mil frente a 17 por mil de la zona urbana; esto posiblemente relacionado con diferencias en los niveles de pobreza, condiciones del entorno físico, niveles de educación de la madre y acceso a los servicios de salud, entre otros⁷.

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ingresa a la Región de las Américas en 1996, siendo el Perú uno de los países pioneros en su adaptación, implementación inicial y expansión. La implementación del componente clínico, orientado a mejorar las habilidades del personal de salud, se inició en 1997 y continúa hasta la fecha. En marzo de 1999, en la República Dominicana, OPS y otros socios hicieron el lanzamiento oficial del Componente Comunitario; meses después, en el Perú se crea el Subcomité AIEPI Comunitario encargado de adaptar los materiales e iniciar su implementación, proceso que tuvo la virtud de convocar no solo a los diferentes Programas del Ministerio de Salud (MINSA) relacionados con la salud infantil, sino que además participaron ONGs, OPS y UNICEF. Este Comité finalizó en diciembre del 2000⁸.

En la actualidad se encuentra bien documentada la relación existente entre morbilidad, mortalidad y prescripción irracional de fármacos. También se ha aceptado ampliamente en todos los círculos científicos, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los medicamentos no siempre se usan de la manera más apropiada y que a pesar de los numerosos esfuerzos para mejorar la situación, aún se está lejos de alcanzar soluciones satisfactorias. En ese sentido, la OMS ha reconocido la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos y la importancia de una estrategia de investigación que incluya estudios de utilización de medicamentos, a fin de lograr una práctica terapéutica racional y mejorar el nivel de conocimientos en cuanto a la toma de decisiones sobre la prescripción de fármacos por los facultativos. Cabe agregar que la administración racional de medicamentos en el menor de 5 años no solo implica

controlar su excesivo e innecesario uso, sino también propiciar el empleo de aquellos cuya efectividad ya ha sido demostrada; es decir, el término racional debe ser utilizado en sus 2 acepciones: de racionalización y de razón⁹.

Para los años 2011 y 2012, en el hospital central de San Cristóbal, las estadísticas fueron las siguientes:

Durante el año 2011 se reportaron un total de 3.581 casos de infecciones respiratorias en menores de 5 años, siendo más frecuentes en el género masculino para todos los rangos de edad, dentro de este tipo de patologías la clasificación más frecuente fue infección de vías respiratorias superiores de sitios no especificados con un total de 3.232 casos reportados.

Para el año 2012 se reportaron un total de 2.805 casos de infecciones respiratorias en menores de 5 años, también con más frecuencia en el género masculino para todos los rangos de edad, la clasificación más frecuente sigue siendo infección de vías respiratorias superiores de sitios no especificados con un total de 2.493 casos reportados. Estos datos fueron obtenidos del registro de estadísticas del servicio de epidemiología del Hospital Central de San Cristóbal.

La asistencia de menores a guarderías infantiles, en Venezuela, constituye mayor riesgo de adquirir infecciones, principalmente de los tractos respiratorios y digestivos. De hecho, en el municipio Libertador Estado Carabobo en el 2007 se notificó un incremento en las prescripciones de antimicrobianos, como los beta-lactámicos, para el tratamiento de niños con infecciones del tracto respiratorio, lo cual puede ser expresión de dificultad en la calidad del tratamiento, pues no siempre constituyen los fármacos de primera línea; sin embargo, no existen estadísticas que puedan definir exactamente las dificultades, las cuales conllevan

a un detrimento en la calidad de la asistencia médica, con consecuencias desfavorables para el estado de salud de los pacientes¹⁰.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO II

2.1. MARCO TEORICO

ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia AIEPI se constituye actualmente en una herramienta fundamental para mejorar la salud de la niñez. Centrando su atención en el estado de salud de los menores de cinco años y no en las enfermedades que pueden afectarlos, AIEPI reduce las oportunidades perdidas en la detección precoz y tratamiento de enfermedades; que en ausencia de una estrategia integral, pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud. Además incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los niños menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable¹¹.

Por otro lado, AIEPI reconoce que el trabajo que se ha venido desarrollando en los servicios de salud, que tiene un impacto limitado para reducir la mortalidad y morbilidad de la niñez, si no se considera que la madre y la familia tienen un papel vital en la recuperación, el mantenimiento y protección de la salud del niño en el hogar. Sin embargo, la información que se ofrece a los padres no es adecuada. Es por esto que, la comunicación del personal de salud con la familia y la comunidad, juega un importante papel dentro de la estrategia¹².

En este momento implementar la estrategia AIEPI para infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años es una necesidad en el Hospital Central de San Cristóbal Venezuela, teniendo en cuenta el gran número de niños de esta edad que consultan por estas patologías. Se debe buscar que cuando un

niño logre acceso a la consulta, ésta sea de calidad y que se realice de forma integrada, de manera que no solo se trate el motivo de la consulta, sino que también se integren las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud.

En conclusión, la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, es una estrategia que está basada en el derecho que todo niño tiene a ser atendido con calidad y calidez. La Estrategia adopta un enfoque de identificación del riesgo, de integración total, respondiendo a las causas principales de morbilidad y mortalidad de niños de nuestro país. Nos ofrece la posibilidad de ser partícipes en la disminución de las muertes evitables y de cambiar el enfoque de una consulta rutinariamente asistencial, a un enfoque preventivo y de promoción de la salud.

La atención integrada es un **“modelo de atención”** basado en la detección oportuna de casos con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnósticos nosológicos. Cubre las enfermedades prevalentes de cada región y parte de medicina basada en evidencia¹³.

El “MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA” está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud que atienden niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un consultorio, centro de salud, departamento ambulatorio de un hospital, consulta externa o de urgencias de todos los niveles de atención¹⁴.

El manejo de casos es más efectivo si las familias acuden oportunamente con sus niños, para la atención por personal de salud capacitado. Si la familia acude a la unidad de salud cuando observa que el niño está en condición grave, o bien el personal de salud no tiene las competencias para su atención, el niño tiene más probabilidades de morir. AIEPI reconoce que el trabajo que se ha venido desarrollando en los servicios de salud tiene un impacto limitado sino se considera que la madre y la familia tengan un papel vital en la recuperación, el mantenimiento y protección de la salud del niño en el hogar para reducir la morbilidad y mortalidad de la niñez¹⁵.

Hay evidencias crecientes de que los padres y la familia muchas veces no reconocen los signos de peligro, no saben cómo pedir ayuda y no entienden y/o no practican las indicaciones del tratamiento recomendado por el servicio de salud. El éxito de la estrategia depende de la relación que el personal de salud establezca con la madre para lograr que ambas partes interpreten el problema del niño, comprendan sus causas y apliquen las medidas adecuadas. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la adecuada interrelación entre el personal de salud y la madre o familiares de los niños, esto no se tiene en cuenta. La información que se ofrece no es adecuada y la forma en que ésta se explica y comparte con las madres es inapropiada.

Tanto las madres como el personal de salud tienen valores, creencias, opiniones y actitudes basadas en las experiencias y conocimientos que adquieren a lo largo de sus vidas. Si desconocemos lo que piensan y hacen las madres respecto a la salud de los niños en el tratamiento de diarreas, lactancia materna,

alimentación y tratamiento de infecciones respiratorias, podemos encontrarnos con una barrera infranqueable para conseguir la recuperación y salud de la infancia¹⁶.

Para lograr producir acciones efectivas de atención y cuidado de los niños, es conveniente que los profesionales hagamos una reflexión crítica sobre cuáles son los elementos que influyen en la comunicación durante la consulta¹⁶.

Niños que tuvieron tos y respiración rápida que fueron llevados a un servicio de salud:

En el salvador se implementó esta práctica para reducir las muertes por neumonía, generando un efecto significativo en los niños que fueron llevados a un servicio de salud cuando tuvieron tos y respiración rápida luego de comparar los resultados antes y después del componente comunitario de AIEPI. En las áreas del Proyecto 1,35 veces más hogares llevaron a sus hijos a los servicios de salud cuando tuvieron tos y respiración rápida¹⁷.

El porcentaje de madres que conocen los signos de alarma de la neumonía es casi tres veces mayor al finalizar el componente comunitario de la estrategia AIEPI. El reconocimiento de los signos de peligro de la neumonía es muy importante para que las madres busquen ayuda en los servicios de salud. En todos los ámbitos que participaron de la estrategia AIEPI, se ha aumentado el porcentaje de madres que conocen al menos dos de los tres signos de alarma de la neumonía, y en todo el Proyecto tuvo efecto significativo sobre esta práctica. En San Luis-Honduras el porcentaje de madres que conocen los signos de peligro de la neumonía fue cuatro veces mayor después del Proyecto; en Ayacucho-Perú el efecto fue tres veces mayor. En Cotahuma-Bolivia y en las tres localidades de El Salvador el efecto fue mayor de dos veces¹⁸.

La implementación de la estrategia AIEPI en Bolivia, la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) en Bolivia, decide en forma unánime introducir la estrategia AIEPI durante la revisión curricular que se llevó a cabo en enero del año 2000, como parte del programa de clases teóricas, además se desarrolla un curso de capacitación para los profesores que para entonces no fueron entrenados en la estrategia AIEPI. Finalmente el año 2001 se implementa la estrategia de capacitación AIEPI a los estudiantes de medicina durante sus roles de práctica pediátrica. La estrategia se implementó a los estudiantes de la promoción 2001 y se mantuvo vigente, gracias al convenio de cooperación entre la Universidad y la Unidad Nacional de Atención a las Personas, área del Niño, Escolar y Adolescente¹⁹.

Se incluyeron a los estudiantes de quinto año de medicina de la UMSA del año 2001 en su rote práctico por pediatría, para realizar 5 días por las mañanas de entrenamiento en los hospitales del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” y Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz. El entrenamiento estuvo a cargo de los profesores de pediatría y supervisado por el jefe de la Cátedra. Se realizaron las prácticas con pacientes que acudieron a la consulta externa y con pacientes internados en las diferentes salas de cada hospital²⁰.

La implementación de la estrategia AIEPI en Bolivia es una realidad, sobre todo desde la introducción de la misma a las universidades y es uno de los primeros países en el mundo en lograr la participación y aceptación de las universidades como parte de la enseñanza formal de los estudiantes de medicina. Los resultados esperados demostraron una disminución de la morbilidad y

mortalidad de los niños menores de cinco años y sobre todo lograron conseguir las metas trazadas para el año 2002²¹.

Cada año en Latinoamérica mueren más de 250,000 niños menores de cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición y otras inmunoprevenibles. Estas enfermedades son también la causa de 60-80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40-50% de hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Esta abrumadora cantidad de muertes y sufrimiento es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil son mayores a 40 muertes por mil nacidos vivos²².

Esta elevada mortalidad se debe a que la población no tiene acceso ni a información ni a los servicios de salud, debido a barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. Tampoco tiene conocimientos de signos de alarma o medidas de prevención. En los centros de salud se atiende sólo el motivo de consulta sin preocuparse de buscar otros problemas que pueden estar afectando al niño en su integridad, no se revisa el estado de las inmunizaciones ni el estado nutricional, ni tampoco se realiza consejería sobre tratamiento, seguimiento ni prevención. Muchas veces el personal de salud no está capacitado para identificar a tiempo signos de peligro o no tiene conocimientos ni habilidades para manejar correctamente la enfermedad, agravándose el riesgo de complicaciones y muerte.

Finalmente se prescriben antibióticos y otros medicamentos en exceso y en forma innecesaria, así como a exámenes complementarios en forma inadecuada ocasionando interpretaciones erróneas, así mismo, se incrementan el número de hospitalizaciones no necesarias²³.

Todos los problemas mencionados deben ser enseñados a los estudiantes para que tomen conciencia del problema y logren aplicar conocimientos correctos para mejorar la calidad de atención y manejo de los niños y al mismo tiempo multipliquen la enseñanza e implementación de la estrategia AIEPI a todo nivel, ya que la meta final es disminuir la alta mortalidad y morbilidad infantil con un costo mínimo. La estrategia nos enseña a evaluar al niño en forma integral y no solo a focalizar al motivo de consulta, identificar niños gravemente enfermos que requieren referencia e internación, evaluar el estado nutricional, de crecimiento e inmunizaciones, asegurar el tratamiento de todas las enfermedades que puede presentar y realizar labores de consejería, enseñanza y seguimiento²⁴.

Medio millón de niños menores de 5 años mueren cada año en América Latina. El 50% de estas muertes son debidas a causas evitables como diarrea, neumonía, paludismo, desnutrición o una combinación de éstas. El 50% de las causas restantes se debe a enfermedades neonatales²⁵.

Colombia es un país de contrastes en cuanto a población, cultura, clima y situación socioeconómica. Para 1999 contaba con un estimado de 41'544.090 habitantes, de los cuales, 4'686.985, o sea el 12%, eran menores de 5 años. La tasa de mortalidad infantil (estimada por el DANE para 1999) es de 30 x 1000 y la mortalidad en menores de 5 años de 288 x 100.000 (1996). Sin embargo, independientemente de la tasa de mortalidad, el país tiene regiones críticas con tasas de mortalidad mayores de 40 x 1.000²⁶.

En el país se presentan 30 defunciones diarias, 900 mensuales y más de 10.000 anuales en menores de 5 años que no son noticia. Entre las principales causas de muerte de este grupo se encuentran: causas perinatales 43%, Infección

Respiratoria Aguda 14%, Enfermedad Diarreica 10%, accidentes 7%, desnutrición 4%, otras infecciones 4%. Al analizar el perfil de atención en los servicios de salud de América Latina, se encuentra que el 73% de la demanda es materno infantil y sólo un 27% corresponde a consulta de adultos. Del grupo materno infantil, 82% son menores de 5 años, es decir, el peso de la consulta externa son los menores de 5 años²⁷.

En Colombia, para el año 2000, las Infecciones Respiratorias Agudas y las enfermedades diarreicas ocuparon el 1° y 2° lugar, respectivamente, como causas de consulta externa, tanto para los niños menores de un año, como para los de 1 a 4 años, y la primera y segunda causas de egreso hospitalario para el grupo con edades comprendidas entre 1 y 4 años²⁸.

En Venezuela según estudio realizado en el municipio libertador, ubicado en el Estado Carabobo, por González Arancibia A, Chávez la Rosa Y. Abuso de antibióticos en las enfermedades respiratorias agudas, publicado en la Revista Médica Electrónica año 2006, se describe que la prescripción racional constituye un aspecto individual de la atención médica y su calidad puede evaluarse a través de los estudios de utilización de medicamentos, los cuales caracterizan la interacción de estos con el proceso global de atención de salud y permiten analizar su comercialización, distribución, prescripción y uso en la sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes y cuyo objetivo es conseguir una terapéutica óptima ²⁵.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela, reportó en el año 2010 que la IRA representó la primera causa entre las enfermedades de denuncia obligatoria y fue motivo de consulta en 89.426 casos ³⁰. En ese mismo

año, Bravo, P. realizó un estudio en El Estado Lara, Venezuela. Reportó que la mayor frecuencia de IRA, en los pacientes menores de 5 años, fue en niños de 1 a 2 años (26,2%) seguido por los menores de un año (16,4%). De igual manera, demuestra que predominaron las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el grupo de edad de 1 a 2 años (44%), en aquellos pacientes que presentaron nivel socioeconómico no aceptable (62,1%), y en el género masculino (55.9%) ³⁰.

La Estrategia AIEPI le responde al país con una disminución de la mortalidad a corto plazo, si los padres aprenden a reconocer los signos de peligro y consultan a tiempo y si el personal de salud capacitado detecta en forma rápida los niños que requieren atención hospitalaria y derivan en forma inmediata al nivel de atención que corresponde. A largo plazo disminuye mortalidad a través de la educación del personal de salud, de madres y cuidadores sobre cómo prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia. AIEPI promueve y refuerza factores protectores como lactancia, nutrición, inmunización y afecto²⁹.

AIEPI le responde a los servicios de salud, mejorando la calidad de atención de los mismos, reduciendo costos innecesarios y ofreciendo las herramientas para abordar los principales problemas de salud de los niños respondiendo así a la demanda. Además capacita al personal de salud para mejorar sus conocimientos y habilidades, permitiéndoles mejorar la calidad de atención que se ofrece a los niños, así como una comunicación eficaz con la madre y la comunidad. Desde el punto de vista ético, la Estrategia AIEPI concientiza al personal de salud en la necesidad de renovar compromisos y esfuerzos, para que no siga existiendo inequidad en la atención de los niños y nos hace sentir responsables por todas aquellas muertes de los niños que eran

evitables o prevenibles. La Estrategia AIEPI le responde a la infancia, porque da la posibilidad de una atención integrada para una vida más sana. Es un derecho de los niños.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO III

3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementación de la estrategia AIEPI para el diagnóstico y tratamiento de IRA en pacientes mayores de 2 meses y menores de 5 años en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, abril-junio 2014.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar a todos los pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años que asisten a la consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, por parte del personal médico según la estrategia AIEPI para IRA.
- Clasificar a los niños evaluados según los diagnósticos en: Bronquiolitis Grave, Bronquiolitis, Sibilancia, Sibilancia recurrente, CRUP, Neumonía Grave, Neumonía, Tos o Resfriado.
- Evidenciar la cantidad de recursos radiológicos y de laboratorio empleados por parte del personal médico en la atención de los pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años que asisten a consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, por IRA.
- Verificar el uso de medicamentos en los casos de tratamientos ambulatorios, empleados por parte del personal médico en la atención de los pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años que

asisten a consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, para tratamiento de IRA.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

4.1. TIPO Y MODELO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio denominado: “Estrategia AIEPI en Infección Respiratoria Aguda de Niños Menores de 5 años” tendrá un diseño: de intervención educativa *descriptivo, observacional, transversal y comunitario* que incluirá personal médico que presta asistencia en emergencia pediátrica en el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira.

En el estudio descriptivo los datos son utilizados con finalidad descriptiva, observacional por que el factor de estudio no es controlado por el investigador, el investigador se limita a observar y medir; *transversal*, porque los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo.

El presente estudio, se llevará a cabo implementando la Estrategia AIEPI para Infección de Vías respiratorias en menores de 5 años, capacitando al personal médico que presta asistencia en emergencia pediátrica en el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento respectivo. Se aplicará la estrategia en niños y niñas mayores de dos meses y menores de 5 años que asistan con síntomas de Infección Respiratoria Aguda.

Por otra parte, será un estudio de campo, definiéndose como la recolección de datos directamente de los historias clínicas y registros de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal a partir del aporte dado por los médicos adscritos a Emergencia pediátrica; por tanto, se considera que es de

campo porque la información será tomada en el lugar donde emergen los casos de Infección Respiratoria en niños menores de 5 años.

El estudio, buscará analizar, describir e interpretar la información proporcionada por los sujetos de estudio, y de la aplicación de los criterios de inclusión en la estrategia AIEPI para Infección de Vías Respiratorias en Menores de 5 años.

4.2. POBLACION

Pacientes de ambos sexos atendidos en la emergencia pediátrica del hospital Central de San Cristóbal en el periodo abril-junio 2014.

4.3. MUESTRA

Se consideraran como criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años de cualquier género que ingresen al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal con sintomatología respiratoria durante los meses de abril a junio de 2014.

Se consideraran como criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 5 años que ingresen al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal por cualquier otra causa que no sea una infección respiratoria.

4.4. RECURSOS HUMANOS

El abordaje diagnóstico y terapéutico fue hecho por Médicos Residentes de Primer Año del Postgrado de Pediatría, Médicos internos y el autor del estudio, por lo cual previamente se realizó una actividad técnica dirigida por el investigador a través del desarrollo de un Taller pedagógico Teórico-Práctico para capacitar a los Médicos Residentes de primer año de Pediatría e internos sobre el manejo de la estrategia AIEPI.

4.5. RECURSOS MATERIALES.

En el trabajo investigativo, se aplicó el instrumento basado en la estrategia AIEPI para infección de vías respiratorias en niños mayores de 2 meses y menores de 5 años. Se realizó una hoja de registro (ver anexo I) que permitió clasificar los eventos observados en los niños y niñas, los cuales fueron clasificados según los siguientes parámetros: Bronquiolitis grave, bronquiolitis, sibilancia, sibilancia recurrente, CRUP, neumonía y tos o resfriado.

Se seleccionó del registro diario de consulta de emergencia los pacientes que ingresen al servicio de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal, aquellos con el diagnóstico de infección de vías respiratorias durante los meses de abril a junio de 2014.

Pasos para la aplicación de la Estrategia AIEPI

Capacitación del Personal Médico. Inicialmente, se realizó la capacitación del personal médico por parte del investigador con el fin que adquieran conocimientos previos sobre la estrategia AIEPI, se establezca la habilidad para su manejo, potenciar la aplicabilidad durante la consulta con niños y niñas mayores de dos

meses y menores de 5 años. Para ello, se diseñó un plan que será conocido por los participantes, se realizó la presentación de la estrategia y sus elementos, además, se trataron estudios de casos, practicaron aptitudes realizando ejercicios escritos, discusión en grupo, incluso, presentación, discusión y resolución de casos, para luego, practicarse en un entorno clínico real que será el servicio de emergencia pediátrica del hospital central de San Cristóbal.

En la ejecución de la capacitación, se consideró el diseño metodológico revisándose el contenido de la estrategia, se explicó por qué la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades a través de la capacitación. Luego, concluido el desarrollo del contenido de la sesión, se realizó una retroalimentación sobre los elementos tratados a través de preguntas concretas para cada participante, planteamiento de ejemplos, entre otros. Finalmente, se evaluó la capacitación, así como el resultado de la aplicación de la estrategia, a fin de verificar el desempeño de los participantes.

Acciones para la Implementación de la Estrategia AIEPI.

A. Realizar una valoración inicial que incluyó:

1. Interrogatorio: el relato se extrajo del familiar o cuidador adulto y cuando fue posible por parte del niño; incluyó los antecedentes familiares y personales, el entorno familiar, hábitos personales y hábitos tóxicos en la familia.

2. Observar: en el niño si presenta dificultad respiratoria, cuanto tiempo hace, si hay sibilancias, es el primer episodio, si es recurrente, cuadro gripal previo, si ha presentado apneas o fue prematuro.

3. Se llevó a cabo la exploración física: observar y escuchar con el niño tranquilo, frecuencia respiratoria en un minuto, si hay tiraje subcostal, determinar si

presenta saturación de Oxígeno <92%, observar y auscultar si hay estridor o sibilancias.

4. Se determinó si el niño presentaba tos o dificultad respiratoria para clasificarlo como: bronquiolitis grave, bronquiolitis, sibilancia, sibilancia recurrente, CRUP, neumonía grave, neumonía, tos o resfriado.

4.6. SISTEMA DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Valores de la Variable	Naturaleza de la Variable	Definición operacional de la variable
Edad	Tiempo de vida del paciente	Mayores de 2 meses y menores de 5 años	Cuantitativa	Hoja de registro de pacientes
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Masculino Femenino	Cualitativa	Hoja de registro de pacientes
Presentación clínica	Conjunto de signos y síntomas que orientan hacia el diagnóstico de una patología	Bronquiolitis Grave Bronquiolitis Sibilancia Sibilancia Recurrente CRUP Neumonía Grave Neumonía Tos o Resfriado	Cualitativa	Hoja de registro de pacientes
Abordaje terapéutico	Medicamentos empleados para el tratamiento de una patología	Sintomático Antibióticos	Cualitativa	Hoja de registro de pacientes
Métodos diagnósticos	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o cualquier condición de salud-enfermedad.	Exámenes de laboratorio Radiografías Clínico	Cualitativa	Hoja de registro de pacientes
Uso de medicamentos en los casos de tratamientos ambulatorios	Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad.	Antibióticos Sintomático	cualitativa	Hoja de registro de pacientes

Metodología estadística

Una vez obtenido los datos se transcribieron en hojas de cálculo del programa Excel versión 2013, al obtenerse los resultados, se expresaron utilizando tablas de frecuencias y diagramas de barras.

El análisis estadístico de los datos recolectados se fundamentó en el componente descriptivo y analítico. El cual involucró el uso de tablas de frecuencias y porcentajes, de las cuales se discuten los valores máximo o mínimo según el interés de la investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V

5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la estrategia AIEPI para IRA que se aplicó en la emergencia pediátrica en el Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira en el cual se revisó el registro diario de consulta de emergencia y las hojas de registro que para tal fin se crearon, se evaluaron un total de 477 niños mayores de 2 meses y menores 5 años que recibieron asistencia medica durante los meses de abril-junio de 2014, se procedió al análisis de los resultados, presentándose en cuadros descriptivos y analíticos.

El propósito del estudio consiste en la evaluación de todos los pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años en cuanto a sexo, edad, diagnóstico y tratamiento que asistieron a la consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal y se les aplicó la estrategia AIEPI para IRA por parte del personal médico.

Para efectuar un análisis más comprensible de los datos obtenidos en el presente estudio, el investigador en forma autónoma decidió separar por rangos de edad en menores de un año, de 1 a 4 años y de 5 años y mostrar los resultados en cada uno de los meses trabajados con la estrategia AIEPI en el periodo abril-junio de 2014.

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes según género y edad de los niños menores de un año sometidos a la estrategia AIEPI para IRA

MENORES DE UN AÑO								
SEXO	ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	33	54,10	58	55,77%	15	44,12	106	53,27
FEMENINO	28	45,90	46	55,77%	19	55,88	93	46,73
TOTAL	61	100	104	100%	34	100	199	100

Fuente: Instrumento de Registros de emergencia pediátrica, Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

En la tabla 1 Los resultados relacionados con el rango de edad y sexo de menores de un año sometidos a la estrategia AIEPI para infección de vías respiratorias pertenecen al sexo masculino 106 pacientes que corresponde al 53,27% del total de la población, en comparación a las niñas, quienes representan en su totalidad el 46.73% con 93 pacientes atendidos en emergencia pediátrica durante los meses de abril-junio de 2014.

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes según género y edad de los niños entre 1-4 años sometidos a la estrategia AIEPI para IRA

DE 1 A 4 AÑOS								
SEXO	ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	54	68,35	80	68,38	16	55,17	150	66,67
FEMENINO	25	31,62	37	31,62	13	44,83	75	33,33
TOTAL	79	100	117	100	29	100	225	100

Fuente: Instrumento de Registros de emergencia pediátrica, Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

En la tabla 2. En el rango de edad de 1-4 años de los menores sometidos a la estrategia AIEPI para IRA, 150 pacientes pertenecen al sexo masculino que corresponde al 66,67% del total de la población que asistieron al servicio de emergencia pediátrica del hospital central durante abril-junio de 2014, y un total de 75 pacientes del sexo femenino que corresponde al 33,33% del total de la población para este rango de edad.

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes según género y edad de los niños de 5 años sometidos a la estrategia AIEPI para IRA

5 AÑOS								
SEXO	ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	5	35,71	18	56,25	3	60	26	50,98
FEMENINO	9	64,29	14	43,75	2	40	25	49,02
TOTAL	14	100	32	100	5	100	51	100

Fuente: Instrumento de Registros de emergencia pediátrica, Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

En la tabla 3 se presentan los resultados relacionados con el género y edad de los niños a quienes se les aplicó la estrategia AIEPI para infección de vías respiratorias, mostrando como para el rango de edad de 5 años, de los sometidos al estudio el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al género masculino con un total de 26 pacientes que corresponde al 50,98% del total de la población de 5 años que asistió al servicio de emergencia pediátrica del hospital central durante abril-junio de 2014, y un total de 25 mujeres que corresponde al 49,02% del total de la población para este rango de edad.

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes según los diagnósticos en menores de un año

MENORES DE UN AÑO						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
BRONQUIOLITIS G	0	0	0	0	0	0
BRONQUIOLITIS	3	75	1	25	4	2,01
SIBILANCIA	16	51,61	15	48,39	31	15,57
SIBILANCIA RECUR.	0	0	0	0	0	0
CRUP	15	71,42	6	28,58	21	10,55
NEUMONIA GRAVE	0	0	0	0	0	0
NEUMONIA	7	31,81	15	68,19	22	11,05
TOS O RESFRIADO	65	53,71	56	46,29	121	60,80
TOTAL	106	53,26	93	46,73	199	100

Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

Producto de la capacitación efectuada a los médicos residentes e internos del hospital central de San Cristóbal, éstos pudieron valorar y clasificar los menores de 5 años atendidos en el servicio de emergencia pediátrica, que consultaron por sintomatología respiratoria durante los meses de abril a junio de 2014 como Bronquiolitis Grave, Bronquiolitis, Sibilancia, Sibilancia recurrente, CRUP, Neumonía Grave, Neumonía, Tos o Resfriado.

Los datos arrojados para los menores de un año nos muestra que del total de pacientes atendidos para este rango de edad de 199 pacientes el 60,8% equivalente a 121 niños menores de un año, según las historias clínicas realizadas presentaban resfriado común, ahora el 53,72% con 65 pacientes eran sexo

masculino y 46,28% es decir 56 pacientes eran del sexo femenino. La única patología más frecuente para el sexo femenino fue la Neumonía con un total de 15 casos es decir 68,18%, y 7 casos correspondientes al 31,82% del sexo masculino para un total general de 22 casos.

Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes según los diagnósticos en menores de 1-4 años

DE 1 A 4 AÑOS						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
BRONQUIOLITIS G	0	0	0	0	0	0
BRONQUIOLITIS	0	0	0	0	0	0
SIBILANCIA	13	52	12	48	25	11,11
SIBILANCIA RECUR.	26	78,78	7	21,21	33	14,66
CRUP	17	62,96	10	37,04	27	12
NEUMONIA GRAVE	0	0	0	0	0	0
NEUMONIA	8	61,53	5	38,47	13	5,77
TOS O RESFRIADO	86	67,71	41	32,29	127	56,44
TOTAL	150	66,66	75	33,34	225	100

Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

Para el rango de edad de 1-4 años según el registro de las historias clínicas realizadas en el servicio de emergencia pediátrica del hospital central nos muestra que durante los meses de abril a junio de 2014 se atendieron 225 pacientes, de los cuales 150 es decir 66,66% pertenecen al sexo masculino y 75 pacientes es decir 33,33% sexo femenino, para este grupo de edad la patología más frecuente fue tos o resfriado común con un total de 86 casos sexo masculino lo que equivale

al 38,22% del total de la población atendida, las otras patologías que se presentaron en orden de frecuencia fueron sibilancia recurrente con 33 casos lo que corresponde al 14,66% de la población atendida, CRUP 27 casos lo que equivale al 12%, sibilancia 25 casos que corresponde a 11,11% y finalmente 13 casos de neumonía que equivalen a 5,77% del total de la población atendida.

Se evidencia que el rango de edad en el cual se presentó con más frecuencia infección respiratoria aguda fue en el rango de edad de 1-4 años, con un total de 225 casos lo que corresponde al 47,16% de la población menor de 5 años que asistió al servicio de emergencia pediátrica del hospital central de San Cristóbal entre los meses de abril a junio de 2014.

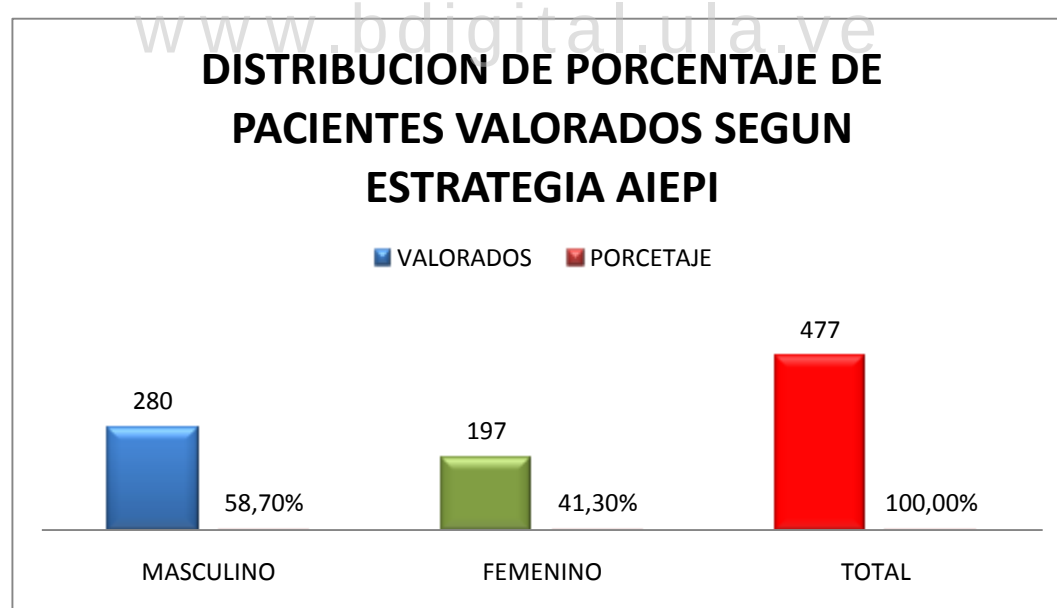
Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes según los diagnósticos en niños de 5 años

5 AÑOS						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
BRONQUIOLITIS G	0	0	0	0	0	0
BRONQUIOLITIS	0	0	0	0	0	0
SIBILANCIA	0	0	6	100	6	11,32
SIBILANCIA RECUR.	0	0	1	100	1	1,8
CRUP	0	0	0	0	0	0
NEUMONIA GRAVE	0	0	0	0	0	0
NEUMONIA	7	87,5	1	12,5	8	15,09
TOS O RESFRIADO	21	55,26	17	44,74	38	71,69
TOTAL	28	53	25	47	53	100

Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

Para el rango de edad de 5 años durante el periodo de tiempo abril a junio de 2014, se registraron 53 pacientes atendidos de los cuales 28 corresponden al sexo masculino y 25 del sexo femenino, encontramos que la patología más frecuente fue resfriado común con un total de 38 casos, de estos 21 pacientes es decir el 55,26% eran del sexo masculino, y 17 casos que corresponden al 44,77% eran del sexo femenino. Las otras patologías presentadas en orden de frecuencia son: neumonía con 8 casos reportados que equivalen a 15,09% de los cuales 7 pacientes son de sexo masculino es decir el 87,5% y 1 caso del sexo femenino lo que equivale al 12,5%.

Grafico 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de pacientes valorados con estrategia AIEPI para IRA mayores de 2 meses y menores de 5 años



Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

Durante los meses de abril a junio de 2014 se atendieron un total de 477 pacientes con infección respiratoria aguda en mayores de 2 meses y menores de

5 años, de los cuales el 58,70% es decir 280 pacientes eran del sexo masculino y 197 que equivale al 41,30% al sexo femenino, en esta población se siguieron las pautas de tratamiento recomendadas en la estrategia AIEPI para IRA.

Tabla 7. Recursos de Imagenología y laboratorio empleados por parte del personal médico en la atención de pacientes mayores de 2 meses de edad y menores de 5 años al aplicar estrategia AIEPI.

PACIENTES EN LOS CUALES SE EMPLEARON AYUDAS DIAGNOSTICAS						
	HEMATOLOGIA		RX		TOTAL VALORADOS	
	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	206	43,19%	160	33,54	282	59,11%
FEMENINO	144	30,19	98	20,55	195	40,88%
TOTAL	350	73,38	258	54,09	477	100

Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

En la tabla 10 podemos observar que durante el periodo de tiempo comprendido entre abril a junio de 2014, se atendieron un total de 477 pacientes, a 350 de estos es decir 73,38% se les realizó hematología y a 258 pacientes es decir el 54,09% se les efectuó radiografía de tórax. Lo anterior nos muestra como a pesar de estarse implementando una estrategia para definir diagnósticos y conductas terapéuticas los médicos siguen empleando exámenes de laboratorio que en muchas de las ocasiones son innecesarios y realmente se debe tener en cuenta más la parte clínica del paciente.

Tabla 8. Uso de medicamentos ambulatorios por parte del personal médico aplicando la estrategia AIEPI, para tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

MEDICAMENTOS

		BRONCODILATADOR		AMOXICILINA		CORTICOIDE		ANTIHISTAMINICOS		ANTIPIRETICO	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BRONQUIOLITIS G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BRONQUIOLITIS	4	4	100	0	0	0	0	2	50	4	100
SIBILANCIA	62	62	100	28	45,16	35	56,45	48	77,41	56	90,32
SIBILANCIA RECUR.	34	34	100	22	32,35	26	64,70	29	85,29	24	70,58
CRUP	48	27	56,25	6	12,5	37	77,08	32	66,66	43	89,58
NEUMONIA GRAVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUMONIA	43	43	100	43	100	0	0	38	88,37	43	100
TOS O RESFRIADO	286	0	0	98	34,26	0	0	252	88,11	286	100
TOTAL	477										

Fuente: Instrumento Anexo I de Registros Realizados por médicos residentes e internos, en Emergencia Pediátrica Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Junio 2014.

Se atendieron un total de 447 pacientes, pudiéndose observar que en 197 de ellos es decir 41,29% se indicaron antibióticos para el tratamiento ambulatorio, en este caso amoxicilina, en 456 pacientes atendidos se indicó antipirético (acetaminofén) es decir en el 95,59% de los casos, otro de los medicamentos indicados con mucha frecuencia fueron los antihistamínicos en este estudio se prescribieron a un total de 401 pacientes representando el 84,06%, corticoides fueron empleados en 98 pacientes es decir en el 20,54%, en 170 pacientes es decir en 35,63% de la población atendida se utilizaron broncodilatadores. Vemos que el uso de antibióticos es un porcentaje bastante alto teniendo en cuenta que esta estrategia tiene como objetivo disminuir el uso irracional de antibióticos, y detectar de manera oportuna los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.

5.2. DISCUSION

Cada año en Latinoamérica mueren más de 250,000 niños menores de cinco años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición y otras inmunoprevenibles. Estas enfermedades son también la causa de 60-80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40-50% de hospitalizaciones de niños menores de cinco años. Esta abrumadora cantidad de muertes y sufrimiento es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil son mayores a 40 muertes por mil nacidos vivos¹⁷.

La elevada mortalidad se debe a que la población no tiene acceso ni a información ni a los servicios de salud, debido a barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. Tampoco tiene conocimientos de signos de alarma o medidas de prevención. En los centros de salud se atiende sólo el motivo de consulta sin preocuparse de buscar otros problemas que pueden estar afectando al niño en su integridad, no se revisa el estado de las inmunizaciones ni el estado nutricional, ni tampoco se realiza consejería sobre tratamiento, seguimiento ni prevención ¹⁷.

En ocasiones el personal de salud no está capacitado para identificar a tiempo signos de peligro o no tiene conocimientos ni habilidades para tratar correctamente la enfermedad, agravándose el riesgo de complicaciones y muerte. Finalmente se prescriben antibióticos y otros medicamentos en exceso y en forma innecesaria, así como exámenes que conllevan a interpretaciones erróneas incrementando el número de hospitalizaciones. La estrategia nos enseña a evaluar

al niño en forma integral y no solo a focalizar al motivo de consulta, identificar niños gravemente enfermos que requieren tratamiento hospitalario, evaluar el estado nutricional, de crecimiento e inmunizaciones, asegurar el tratamiento de todas las enfermedades que puede presentar y realizar labores de consejería, enseñanza y seguimiento.

Por lo anteriormente enunciado y sabiendo que las infecciones de vías respiratorias en menores de 5 años, son de las patologías más frecuentes en nuestra población tal y como se evidencia en las estadísticas reportadas por el servicio de epidemiología del hospital central de San Cristóbal durante los años 2011 y 2012. Se hace indispensable implementar la estrategia AIEPI, para que los residentes del postgrado y médicos internos que prestan atención en el servicio de emergencia pediátrica la pongan en práctica y de esta manera brindar una atención racional.

En nuestro estudio durante los meses de abril a junio de 2014 se reportaron un total de 477 pacientes mayores de 2 meses y menores de 5 años con infección de vías respiratorias, siendo más frecuente en el sexo masculino en casi todos los rangos de edad; solo en los niños de 5 años el porcentaje de IRA fue mayor en mujeres, lo cual se evidencia en las tablas 1, 2 y 3. Estos resultados se asemejan a los arrojados en el Boletín Epidemiológico, semana epidemiológica N. 11, Gobierno Bolivariano de Venezuela, marzo de 2011 (1) y por el estudio realizado por Rowensztein H, Demirdjian G, Rodríguez J. Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños, archivos Argentinos de Pediatría 2007 ²².

En estudio realizado por la Dra. Isabela Quevedo, neumóloga pediatra, Incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad en el hospital “Dr. Juan Aponte”. El Baúl, Estado Cojedes (Venezuela). Enero 2010 – Julio 2010, en el cual se describe que en Venezuela, las infecciones respiratorias representen un problema de salud pública relevante y es considerada como la principal causa de morbilidad en niños menores de 5 años, a finales del año 2006 ³⁰.

Se observó que en los diferentes estudios que han determinado la distribución y frecuencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en niños menores de 5 años, han llegado a conclusiones similares, Bravo, P. en El Estado Lara, Venezuela, reportó que la mayor

frecuencia de (IRA), en los pacientes menores de 5 años, fue en niños de 1 a 2 años (26,2%) seguido por los menores de un año (16,4%) ³⁰.

En las tablas 5, 6 y 7 se describe la distribución por porcentajes y rangos de edad de las diferentes patologías, encontrándose que la patología más frecuentemente reportada es tos o resfriado común, con un total de 121 casos en menores de un año, equivalentes 60,80% del total de las IRA reportadas en los meses de abril a junio, en el rango de edad de 1 a 4 años se reportaron 127 casos de resfriado común que corresponde al 56,44% y para el rango de edad de 5 años se reportaron 38 casos con este diagnóstico que corresponde al 71,69% de las patologías registradas en este grupo de edad.

Lo anterior coincide con lo reportado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, la IRA representó la primera causa entre las enfermedades de denuncia obligatoria y fue motivo de consulta en 89.426 casos ³⁰. En ese mismo año, Bravo, P. realizó un estudio en El Estado Lara, reportando que la mayor frecuencia de IRA, en los pacientes menores de 5 años, fue en niños de 1 a 2 años (26,2%) seguido por los menores de un año (16,4%). De igual manera, demuestra que predominaron las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el grupo de edad de 1 a 2 años (44%), en aquellos pacientes que presentaron nivel socioeconómico no aceptable (62,1%), y en el género masculino (55.9%) ³⁰.

En las tabla 7 y 8 se evidencia que existen muchas fallas en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias en menores de 5 años, mostrándose como las ayudas diagnosticas siguen predominando en vez de la clínica de un total de 477 pacientes atendidos se realizaron hematologías en 350 pacientes, lo que representa el 73,38% del total de la población atendida y Radiografía de tórax en 258 pacientes que equivale al 54,09% de la población atendida. No podemos hacer una diferenciación entre los tratados con estrategia AIEPI y los que no, ya que solo se tuvo en cuenta 477 pacientes a los cuales se les aplicó la estrategia.

En 197 pacientes es decir 41,29% se indicaron antibióticos para el tratamiento ambulatorio, en este caso amoxicilina. En 456 pacientes atendidos se indicó antipirético (acetaminofén) es decir en el 95,59% de los casos, otro de los medicamentos indicados con mucha frecuencia son los antihistamínicos en este estudio se prescribieron a un total de 401 pacientes representando el 84,06%, los corticoides fueron empleados en 98 pacientes es decir en el 20,54%, en 170

pacientes es decir en 35,63% de la población atendida se utilizaron broncodilatadores.

En estudio realizado Rowensztein H, Demirdjian G, Rodríguez J. Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños, Archivos Argentinos de Pediatría año 2007, muestran el número de pacientes involucrados y la magnitud de los recursos que se emplean para su tratamiento. Por lo menos el 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años padecen una infección respiratoria aguda durante el año y un 15% de estos episodios son de magnitud suficiente como para producir dificultad respiratoria y requerir tratamiento en un servicio de emergencias pediátricas²². La Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños, Archivos Argentinos de Pediatría año 2007, se evidencia como el mal uso de ayudas diagnósticas pueden generar hospitalizaciones innecesarias, incrementando costos tanto hospitalarios como en los desplazamiento tanto para la red pública encargada de los mismos, como para los familiares de los pacientes, ya que los mismos terminan siendo referidos a niveles de complejidad más altos, lejanos de sus sitios de residencia habitual generándoles costos de estancia y alimentación⁽²²⁾. El costo de una internación promedio ronda el 20% a 25% del ingreso familiar mensual, pero cuando existen hermanos y ambos padres trabajan, las perdidas alcanzan al 40% del ingreso del hogar. Las internaciones por IRAB suelen afectar a una amplia gama de familias argentinas, pero especialmente la pobreza, el hacinamiento y la falta de servicios sanitarios adecuados conspiran contra las clases sociales más bajas. Conocer el

perfil demográfico y socioeconómico de la población que se atiende en el hospital, y demostrar el impacto que tiene una internación por IRAB, ayudan a comprender mejor la importancia de implementar programas preventivos y redes sanitarias por niveles de complejidad ²².

Según estudio realizado en el municipio libertador del estado Carabobo, Venezuela por González Arancibia A, Chávez la Rosa Y. Abuso de antibióticos en las enfermedades respiratorias agudas, publicado en la Revista Médica Electrónica año 2006, se describe que la prescripción racional constituye un aspecto individual de la atención médica y su calidad puede evaluarse a través de los estudios de utilización de medicamentos, los cuales caracterizan la interacción de estos con el proceso global de atención de salud y permiten analizar su comercialización, distribución, prescripción y uso en la sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes y cuyo objetivo es conseguir una terapéutica óptima ²⁵.

Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de consulta por enfermedad en niños menores de 5 años en todo el mundo y representan 60 % del total de estas en los 2 primeros años de vida. Esta demanda constituye un problema de salud pública por el número de pacientes afectados y la magnitud de los recursos que se emplean para su tratamiento ²⁵.

En la actualidad se encuentra bien documentada la relación existente entre morbilidad, mortalidad y prescripción irracional de fármacos. También se ha aceptado ampliamente en todos los círculos científicos, incluida la OMS, que los medicamentos no siempre se usan de la manera más apropiada y que a pesar de

los numerosos esfuerzos para mejorar la situación, aún se está lejos de alcanzar soluciones satisfactorias. En ese sentido, la OMS ha reconocido la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos y la importancia de una estrategia de investigación que incluya estudios de utilización de medicamentos, a fin de lograr una práctica terapéutica racional y mejorar el nivel de conocimientos en cuanto a la toma de decisiones sobre la prescripción de fármacos por los facultativos ²⁵.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Al evaluar los pacientes mayores de 2 meses y menores de 5 años de edad que asistieron a consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal por IRA en el periodo de tiempo de abril a junio de 2014, con la estrategia AIEPI, se encontró que el sexo con mayor tendencia a presentar este tipo de infecciones era el masculino.
- En la clasificación de los niños evaluados según los diagnósticos, el más frecuente fue resfriado común, seguido de sibilancia recurrente, sibilancias y por último neumonía. Diagnósticos como bronquiolitis y CRUP no son habituales; y siempre se mantiene la tendencia de mayor número de casos en el sexo masculino. La neumonía fue la complicación más frecuente en menores de un año.
- Las ayudas diagnósticas más empleadas por los médicos del servicio de emergencia pediátrica del HCSC en pacientes que consultan por IRA, son Radiografía de tórax y hematología, muchos de estos exámenes son solicitados en forma innecesaria por insistencia de los familiares sin una indicación precisa, generándose malversación de los recursos.
- El uso de medicamentos para tratamientos ambulatorios empleados por parte del personal médico en la atención de los pacientes con IRA en el servicio de emergencia pediátrica, se efectuó de manera adecuada cuando el tratamiento era sintomático, sin embargo en ocasiones el uso de antibióticos sigue siendo inadecuado.

- Un número representativo de residentes del postgrado de puericultura y pediatría desconocían la estrategia AIEPI (38%), realizar el taller de capacitación a los residentes de primer año del postgrado y médicos internos para darla a conocer y ponerla en práctica, proporcione al personal una mayor detección de los signos de alarma y facilite la toma de decisiones en el tratamiento de pacientes menores de 5 años que consultaron el servicio de emergencia pediátrica con IRA.
- La aplicación de la estrategia AIEPI por parte de los residentes del postgrado de pediatría y médicos internos permite asumir con mayor conocimiento los diagnósticos y establecer acciones de promoción, prevención, seguimiento y evaluar en forma secuencial e integrada, la condición de salud del niño.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

- Seguir la formación continua sobre la estrategia AIEPI para IRA en menores de 5 años para los casos atendidos en la consulta de emergencia pediátrica y hacerla extensiva a otros servicios, para identificar con habilidad los signos de alarma, dar las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.
- Incluir en el departamento de pediatría del HCSC y en los servicios ambulatorios del estado Táchira, dentro de sus protocolos de manejo la estrategia AIEPI para infección de vías respiratorias en pacientes mayores de 2 meses y menores de 5 años.
- Apoyar este tipo de iniciativas para prevenir las complicaciones de la IRA en menores de 5 años, teniendo en cuenta que son patologías muy frecuentes en este rango de edad, dejando muy claros los signos de alarma, con el objeto de anticipar acciones para disminuir el uso innecesarios de los servicios de salud y evitar hospitalizaciones por las complicaciones que se pueden generar.
- Realizar actividades de seguimiento y capacitación continua a los médicos residentes del postgrado de pediatría y a los internos que se encuentran constantemente en contacto con este tipo de pacientes.
- Brindar un espacio adecuado para poder implementar la estrategia AIEPI para IRAS en menores de 5 años, mejorando las instalaciones o el consultorio donde se valoren este tipo de pacientes, tener una historia clínica adecuada que se

pueda guardar por un tiempo mínimo de una semana, con el fin de poder hacer un seguimiento apropiado del paciente.

- A los médicos, este tipo de conocimiento les permite efectuar en las consultas un abordaje más amplio detectando de manera oportuna las complicaciones, ser racionales en el uso de medicamentos y especialmente de los antibióticos, así mismo asumir su responsabilidad con compromiso profesional.
- Establecer que los residentes del postgrado de puericultura y pediatría y los médicos internos reciban capacitación sobre la estrategia AIEPI, no solo para el abordaje de este tipo de patologías, sino para todos los componentes de la misma. Con el fin de establecer protocolos de manejo bien definidos que permitan un diagnóstico precoz, el uso adecuado de las ayudas diagnósticas, el uso racional de medicamentos, referir de manera oportuna a las especialidades competentes, prevenir recurrencias y disminuir las complicaciones.

DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN EN LA ESTRATEGIA AIEPI PARA INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Pasos para la aplicación de la Estrategia AIEPI

Capacitación del Personal Médico. Inicialmente, se realizó la capacitación del personal médico por parte del investigador con el fin de que adquirieran conocimiento previo sobre la estrategia AIEPI, se establezca la habilidad para su manejo, potenciar la aplicabilidad durante la consulta con niños y niñas. Se realizó la presentación de la estrategia y sus elementos, además, se trataron y analizaron casos, discusión en grupo para la resolución de los mismos, para luego, practicarse en un entorno clínico real bajo.

En la ejecución de la capacitación, se consideró el diseño metodológico revisándose el contenido de la estrategia, se planteó el desarrollo de las sesiones según el tiempo programado, se explicó por qué la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades a través de la capacitación. Luego, concluido el desarrollo del contenido de la sesión, se realizó una retroalimentación sobre los elementos tratados a través de preguntas concretas para cada participante, planteamiento de ejemplo, entre otros. Finalmente, se realizó una evaluación de la capacitación, así como el resultado de la aplicación de la estrategia, a fin de verificar el desempeño de los participantes.

Acciones para la Implementación de la Estrategia AIEPI.

El método se inició con la inclusión de todos los pacientes menores de 5 años que acudieron a la consulta de emergencia pediátrica del Hospital Central de San Cristóbal entre abril y julio del 2014 con sintomatología respiratoria. Para tal fin fue necesario:

Realizar una valoración inicial que incluyera:

- A. Interrogatorio: para lo cual se empleará historia clínica prediseñada y que se encuentra en el anexo I.
- B. Se clasificará según los datos de la historia clínica y examen físico en:

CRUP GRAVE, BRONQUIOLITIS GRAVE, SIBILANCIA GRAVE, SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE, NEUMONIA GRAVE, NEUMONIA Y TOS O RESFRIADO, según los signos de alarma y los hallazgos encontrados a la exploración física.
- C. Instauración del tratamiento según clasificación.
- D. Analizar resultados obtenidos.

www.bdigital.ula.ve

TALLER TEÓRICO- PRÁCTICO DIRIGIDO A LOS MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES

Duración: 5 horas.

Lugar: Biblioteca del Hospital Central de San Cristobal

Participantes: Médicos internos y residentes del Servicio de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal.

Fecha: 27 de Marzo 2014.

Contenido: Cuadro de Procedimientos, Formulario de Registro, Signos de alarma, Clasificación de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, ejercicios, Discusión de Casos.

Recursos Humanos: Autor del estudio, Médicos Internos y Médicos Residentes.

Materiales: Material Impreso, Material Instruccional, Fotocopias.

Metodología: Taller Teórico-Práctico, Presencial, bajo modalidad de Aprendizaje Andragógico.

Actividades:

Introducción del taller: 30 min.

Presentación de cada uno de los participantes, procediéndose a ocupar los respectivos lugares en el salón de actividades para el inicio de la jornada.

Introducción al módulo: 1 hora

Presentación del módulo por parte del investigador. Los participantes leen el módulo, previamente su distribución por parte del facilitador.

Explicación sobre el propósito de la jornada para atención de menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

Capítulo I: 1 hora 30 min

Explicación del cuadro de procedimientos y el Formulario de registro para casos de niños mayores de 2 meses y menores de 5 años que consulten al servicio de emergencia pediátrica del hospital central de San Cristóbal.

Cuadro de procedimientos: 30 minutos.

Explicación del Formulario de Registro: 25 minutos.

Explicación del proceso de atención de casos: 20 minutos.

Capítulo II: Evaluar al niño con infección respiratoria aguda: 2 horas.

Explicar el reconocimiento de los signos de alarma.

Dar a conocer la clasificación de las IRAS en menores de 5 años.

Explicación de cómo evaluar al niño con IRA, si hay signos de alarma, clasificación de las IRAS y pautas de manejo.

Ejercicios de llenado de hojas de registro: 40 minutos.

Elaboración de ejercicios, revisión individual, corrección y discusión de errores.

Argumentar razones para modificar alguna clasificación.

Manejo del Cuadro de Procedimientos, haciendo resaltar que las clasificaciones y tratamientos a instaurar, establecer la importancia en el uso de las hojas de registro y el cuadro de procedimientos durante la consulta.

Tratar al niño con IRA: 35 minutos.

Procedimiento a seguir en casos de IRA signos de alarma, procedimientos a seguir, ayudas diagnósticas, tratamientos ambulatorios u hospitalarios en caso de requerirse.

Aclarar dudas sobre los aspectos tratados en el taller y realizar recomendaciones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	FECHA
Revisión Bibliográfica	2012-2013
Elaboración de los Instrumentos	Diciembre 2013
Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	Diciembre 2013
Recolección de Datos	abril – Junio 2014
Procesamientos de Datos	Julio-Agosto 2014
Análisis e Interpretación de Resultados	Julio-Agosto 2014
Elaboración de lineamientos y redacción del trabajo final	Agosto 2014
Entrega y Defensa del Trabajo Final	Octubre 2014

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Boletín Epidemiológico, Semana Epidemiológica nº 11. Marzo 2011:7-8.
2. Montoya A, Roberto. Centro de Conocimiento Colombia Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, 2da ed, Octubre 2010.
3. Autores Latinoamericanos y del Caribe.OPS, OMS: Serie HCT/AIEPI – 13. Washington. Septiembre 1998.
4. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia para los países de la región de las Américas. OPS/OMS UNICEF- TACRO OPS/HCP/HCT/ARI- CDD/96,36 Bogotá (Colombia) 1996.
5. Jaulin Plana JF. La Atención de los niños en los servicios de salud y en el hogar. La necesidad de la implementación de la estrategia AIEPI. Actualizaciones Pediátricas. Fundación Santafé de Bogotá. Vol. 11 Nº 2 Junio 2001: 49–54.
6. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre la estrategia AIEPI OPS/HCT AIEPI. Noviembre 1997.
7. Dávila M, Pereyra, Investigaciones relacionadas al componente. comunitario de AIEPI. AIEPI Comunitario en el Perú. Lecciones aprendidas. Tercera sesión: 123.
8. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Washington 1997.
9. Benguigui Y, Bossio JC, Fernández HR. Protocolo 14 criterios del personal de salud para el tratamiento ambulatorio del síndrome de obstrucción bronquial en

- los niños. Investigaciones Operativas sobre atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia OPS/OMS Serie HCT/AIEPI- 27.E. Washington, Abril 2001.
- 10.Ochoa V. Control de las enfermedades diarreicas. Diez años de actividades. Noticias sobre AIEPI, Grupo CID, Washington D.C. Diciembre 2000. Vol 4.
- 11.Revista Boliviana de Pediatría, Organo Oficial de la Sociedad Boliviana de Pediatría, Pub. cuatrimestral. Vol. 41, N° 2, 2002.
- 12.Guía para docentes de las Escuelas de Medicina y Enfermería para la Aplicación de la Estrategia del Manejo Estándar de los casos de Infecciones Respiratorias Agudas (MEC/IRA). Washington, D.C. OPS/OMS/HCP7HCT/ARI/95.19
- 13.Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la Niñez en el Perú. 2003.
- 14.Division of Child Health and Development (CHD) World Health Organization.
- 15.Nandí-Lozano E, Espinosa LE, Viñas-Flores L, Avila-Figueroa C. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. Salud Publica Mex 2002 44:201-6.
- 16.Salazar s, Chavez M, Delgado X, Pacheco T, Rubio E. Lactancia materna. Arch Venezol Puericult 2009;72:163-6.
- 17.Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Una Iniciativa conjunta de la OMS y la UNICEF. Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Washington, 1997.
- 18.Prescripción de antimicrobianos contra infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. MEDISAN 2011; 15(9):1259

19. Paganini JM. Los sistemas locales de salud. Una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. Acciones de salud materno infantil a nivel local. Según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Washington, D.C. 1996.
20. Posada S.R. Inhaladores de Dosis Medida. IDM. Publicación del Grupo AIRE, 3ª ed Medellín: Enero 2002.
21. Chatkin JM, Molinari JF, Fristcher CZ. Necesidad de incluir el asma en la estrategia AIEPI. Noticias sobre AIEPI. No. 6 Diciembre 2001.
22. Rowensztein H, Demirdjian G, Rodríguez J. Carga de enfermedad y costos asociados a las internaciones por infección respiratoria aguda en niños. Arch Argent Pediatr 2007; 105(1):5-11.
23. González E, Quiroga C, Pantoja M, Cornejo C, Mendoza A. Experiencia con la estrategia AIEPI en el pregrado de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 2002; 41 (1):3-6
24. Delpiano L, Cabalan P, Díaz C, Pinto A. Características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles. Revista Chil Infec 2006;23(2):128-133. <<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v23n2/art05.pdf>> [consulta:22 mayo 2009].
25. González Arancibia A, Chávez la Rosa Y. Abuso de antibióticos en las enfermedades respiratorias agudas. Rev Médica Electrón 2006; 28(1).
26. Robaina Suárez G, Campillo Molieva R. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cubana Pediatr 2003; 75(3).

- 27.Chatkin JM, Molinari JF, Fristcher CZ. Necesidad de incluir el asma en la estrategia AIEPI. Noticias sobre AIEPI. No. 6 Diciembre 2001.
- 28.García LR. Reflexiones sobre el aumento de enfermedades respiratorias en niños. Rev Med Hond 2003; 72(4):216.
- 29.Leiva H, Heidy León K. Hospitalización de enfermedades respiratorias infantiles. Chile 2002/Hospitalization for respiratory diseases in childhood in Chile during 2002 Bol Hosp San Juan de Dios 2006; 53(1):50-7.
- 30.Isabela G, Quevedo A. Incidencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad. Octubre 2010. Revista electrónica de portales médicos.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

MATERIAL DE APOYO PARA EL TALLER

ANEXO I

AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____
 INSTITUCION _____
 MUNICIPIO _____
 NOMBRE: _____
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE _____ PARENTESCO _____ DIRECCIÓN _____
 N° HISTORIA CLÍNICA _____
 CONSULTA EXTERNA _____ URGENCIAS _____
 CONSULTA INICIAL _____ CONTROL _____
 EDAD: AÑOS _____ MESES _____ SEXO (F) (M)
 TEL _____

MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES: Cómo fué el embarazo? Y Cuánto duro? _____

Cómo fué El parto? _____ Cuánto peso al nacer? _____ Cuánto midió? _____

Presentó algún problema después del nacimiento? _____

Qué enfermedades há tenido? _____

TEMPERATURA	°C	FC	/min.	FR	/min.	TALLA	cms.	PESO	Kg	PC:	cms.	IMC
VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL												
No puede beber o tomar del pecho						Letárgico ó inconsciente			ENFERMEDAD MUY GRAVE			
vomita todo						convulsiones			OBSERVACIONES:			
¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI _____ NO _____												
Desde hace _____ días			Respiraciones por minuto _____			Respiración Rápida			BRONQUIOLITIS GRAVE			
Primer episodio de sibilancias: SI _____			Tiraje subcostal			SaO2 <92% (90% altura >2500msnm)			BRONQUIOLITIS			
Sibilancias recurrentes: SI _____			Estridor			Sibilancias			SIBILANCIA			
Cuadro gripal previo: SI _____			Apnea						SIBILANCIA RECURRENTE			
Antecedente prematuréz: SI _____									CROUP			
OBSERVACIONES:									NEUMONIA GRAVE			
									NEUMONIA			
									TOS O RESFRIADO			
COMPLETAR EXAMEN FÍSICO: _____										OTRO PROBLEMA DETECTADO:		

ESCRIBIR LAS RECOMENDACIONES Y ORIENTACIONES DADAS SOBRE:

1. CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Signos de Alarma):

2. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL: DONDE:

3. REFERIDO A CONSULTA DE:

4. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS:

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TRATAMIENTO	

ANEXO II

2.1. ¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

PREGUNTAR	OBSERVAR Y ESCUCHAR:	CLASIFICAR LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA	Estridor agudo Y uno de los siguientes:	CRUP GRAVE	> Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REPERA" > Administrar oxígeno > Administrar Dexametasona > Nebulización con adrenalina
• ¿Cuánto tiempo hace?	• Contar las respiraciones en un minuto		• Somnoliento, confuso o agitado • Tiraje subcostal y/o supraclavicular • Saturación de oxígeno al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Edad menor de 3 meses		
• Si hay sibilancias: - ¿Es el primer episodio? - ¿Es recurrente? - ¿Tiene cuadro gripal previo? - ¿Ha presentado apneas? - ¿Fue prematuro?	• Observar si hay tiraje subcostal • Observar y determinar si presenta saturación de O ₂ >92% (<90% en altura >2500 msnm) • Observar y auscultar si hay estridor • Observar y auscultar si hay sibilancias • Si está somnoliento • Si hay incapacidad para beber o hablar		Menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal hace 2 o 3 días Y uno de los siguientes: • Tiraje subcostal • Respiración rápida • Agitados • Saturación de oxígeno al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Edad menor de 3 meses • Edad menor de 6 meses y antecedente de prematuridad	BRONQUIOLITIS GRAVE	> Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización y transporte "REPERA" > Administrar oxígeno. > Si tolera la vía oral aumentar ingesta de líquidos y leche materna.
			Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sin criterios para clasificarse como BRONQUIOLITIS GRAVE Y uno de los siguientes: • Incapaz de hablar o de beber • Somnoliento, confuso o agitado • Tiraje subcostal o respiración rápida que no mejora con tratamiento en sala ERA • Saturación de oxígeno al ingreso <94% • Saturación de oxígeno al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) que no mejora con tratamiento en sala ERA	SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE	> Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REPERA" > Administrar oxígeno > Administrar un B agonista cada 20 minutos por 3 veces > Si es sibilancia recurrente administrar la primera dosis de corticosteroide
			Estridor agudo Y: • Sin alteración de conciencia • No tiene tiraje subcostal ni supraclavicular • Saturación de oxígeno al aire ambiente >92% (o >90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Mayor de 3 meses de edad	CRUP	> Administrar una dosis de Dexametasona > Clasificar la severidad del CRUP y continuar manejo y observación en el servicio según la clasificación
			Menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal hace 2 o 3 días Y: • No tiene tiraje subcostal • No tiene respiración rápida • Sin agitados • Saturación de O ₂ al aire ambiente >92% (o >90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm) • Mayor de 3 meses de edad • Sin antecedente de prematuridad • Prematuro mayor de 6 meses de edad	BRONQUIOLITIS	> Asesó nasal con suero fisiológico cada 3 o 4 horas > Aumentar ingesta de líquidos y leche materna > Enseñar a la madre a cuidar al niño en casa > Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato > Consulta de seguimiento 2 días después
			Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sibilancias y sin criterios para clasificarse en las anteriores Y: • Puede hablar y beber • Sin alteración de conciencia • Saturación de oxígeno al ingreso >94%	SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE	> Iniciar tratamiento en sala ERA con esquema de B agonista > Si es sibilancia recurrente administrar la primera dosis de un corticosteroide > Volver a clasificar según esquema de tratamiento del niño con SIBILANCIAS o CRISIS DE ASMA

www.biblioteca.cl

SI NO HAY
OBSTRUCCIÓN DE LA
VÍA AÉREA

**CLASIFICAR LA
TOS O DIFICULTAD
PARA RESPIRAR**

Uno de los siguientes signos: • Cualquier signo general de peligro • Tiraje subcostal • Saturación de O₂ al aire ambiente <92% (o <90% si vive en una altura superior a 2.500 msnm)	NEUMONÍA GRAVE	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA" ➤ Administrar oxígeno ➤ Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado ➤ Tratar la fiebre ➤ Si hay neumonía severa que requiere UCI descarte VIH
• Respiración rápida	NEUMONÍA	➤ Dar un antibiótico apropiado ➤ Tratar la fiebre ➤ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➤ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➤ Enseñar a la madre signos de alarma para volver de inmediato. ➤ Hacer consulta de seguimiento 2 días después ➤ Enseñar medidas preventivas específicas ➤ Si hay neumonía a repetición (más de 2 al año) siga recomendación de protocolo de VIH
• Tos y ninguno de los signos anteriores	TOS O RESFRIADO	➤ Tratar la fiebre ➤ Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas ➤ Enseñar a la madre a cuidar el niño en casa ➤ Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato ➤ Si no mejora, consulta de seguimiento 5 días después ➤ Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis.

SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años:	40 respiraciones o más por minuto.

ANEXO III

TRATAR A TODOS LOS NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD 1. TRATAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

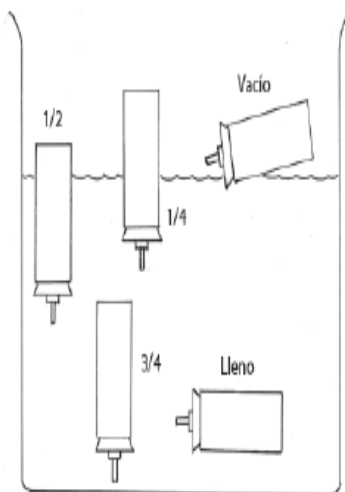
ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA GRAVE

PESO	PENICILINA CRISTALINA 250.000 U/kg/día Dividido en 6 dosis	AMPICILINA* 200mg/kg/día dividido en 4 dosis
4 – 6 kg	200.000 U cada 4 horas	250 mg cada 6 horas
7 – 9 kg	350.000 U cada 4 horas	400 mg cada 6 horas
10 – 12 kg	450.000 U cada 4 horas	550 mg cada 6 horas
13 – 15 kg	600.000 U cada 4 horas	700 mg cada 6 horas
16 – 18 kg	700.000 U cada 4 horas	850 mg cada 6 horas
19 – 21 kg	850.000 U cada 4 horas	1000 mg cada 6 horas

*Si el niño no ha recibido dos dosis de vacuna contra Haemophilus Influenza

ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA

PESO	AMOXICILINA 90 mg/kg/día Suspensión			FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250mg/ 5ml	500mg/ 5ml	700 ó 750mg/ 5ml	
	Dosis cada 12 horas			
4 a 6 kg	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	CADA 12 HORAS DURANTE 5 DÍAS
7 a 9 kg	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	
10 a 12 kg	10 ml	5 ml	3,5 ml	
13 a 15 kg	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	
16 a 18 kg	14,5 ml	7,5 ml	5 ml	
19 a 21 kg	18 ml	9 ml	6 ml	



TRATAR AL NIÑO CON SIBILANCIAS

PRIMER CICLO:

Administre broncodilatador de acción rápida (salbutamol) inhalado 3 – 5 puff cada 20 minutos, evaluar luego de cada dosis

Confirme si respira mejor, la FR ha disminuido, los signos de dificultad respiratoria han desaparecido, se siente mejor y se observa mejor.

SI ↓

NO ↓

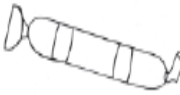
Tratamiento en el hogar con salbutamol inhalado cada 2 – 3 horas hasta que el niño se encuentre mejor, aumentar el intervalo según respuesta hasta suspenderlo.
Control en 2 días, si es recurrente, recuerde iniciar tratamiento controlador.

Inicie **SEGUNDO CICLO**: 3 inhalaciones o nebulizaciones con salbutamol, cada 20 minutos y evaluar nuevamente al terminar el ciclo:

- **MEJORA**: continuar indicaciones del niño que mejora con el primer ciclo.
- **NO MEJORA**: Refiera para tratamiento en un hospital

Recuerde que el niño con sibilancias y signos de dificultad respiratoria debe tener oxígeno durante los ciclos de tratamiento

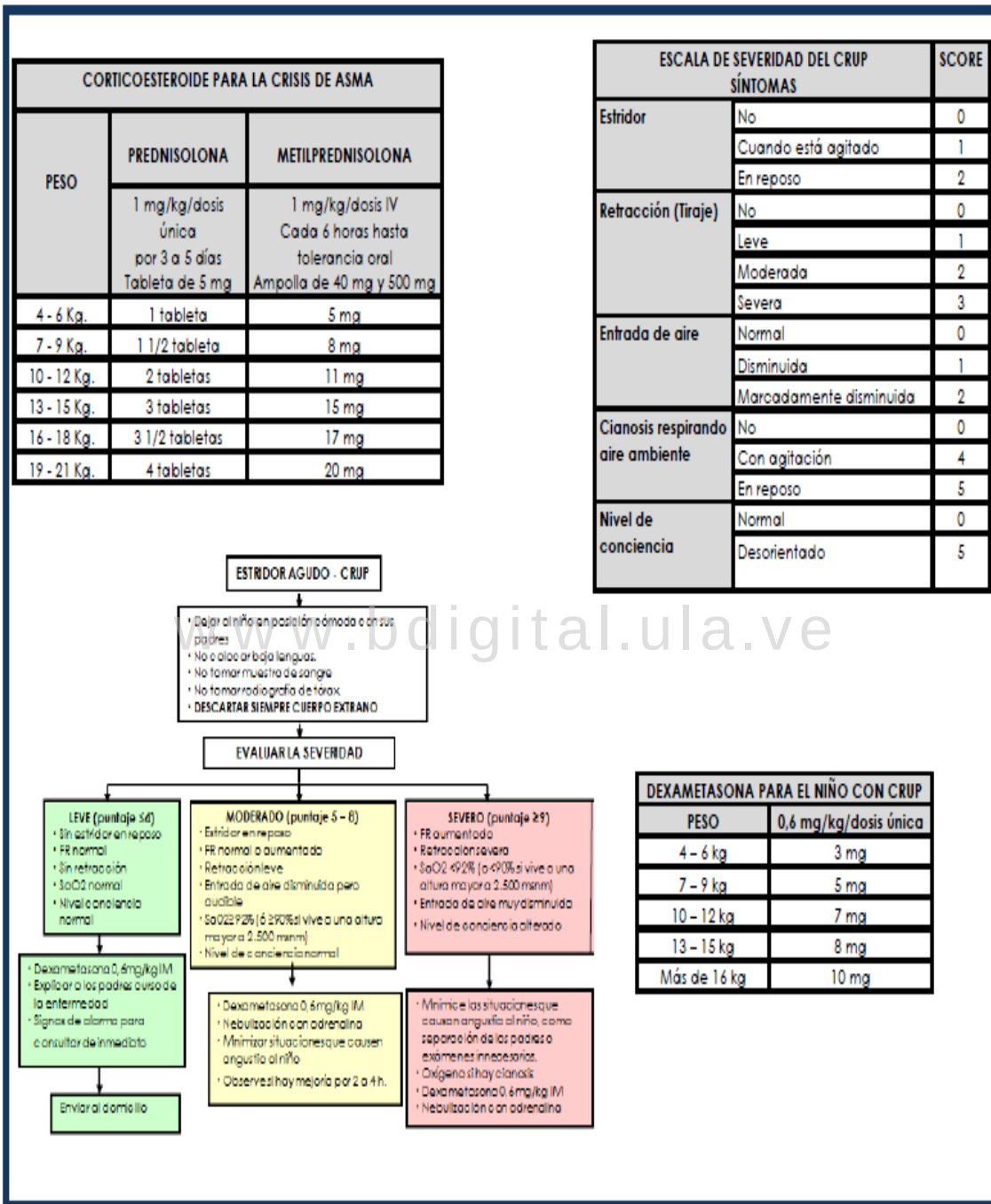
ANEXO IV

Cuatro años o menos	
	
INHALADORES + CÁMARAS DE INHALACIÓN	
 1 - Destapar	 2 - Agitar
 3 - Introducirlo en la cámara	 4 - Ajustarlo a la boca-nariz
 5 - Pulsar estando tranquilos	 6 - Respirar cuatro o cinco veces
 7 - Si es necesario otra dosis, esperar un minuto	

De cuatro a siete años		
		
INHALADORES + CÁMARAS DE INHALACIÓN		
 1 - Destapar	 2 - Agitar	 3 - Echar el aire
 4 - Pulsar	 5 - Inspirar lentamente	 6 - Seguir hasta llenar los pulmones
 7 - Aguantar la respiración	 8 - Expulsar el aire despacio	 9 - Enjuagarse la boca con agua

CÓMO HACER LA INHALACIÓN CON CÁMARA ESPACIADORA CON MÁSCARA PARA NIÑOS DE CERO A MENOS DE 4 AÑOS	MODO DE EMPLEO DE LA CÁMARA ESPACIADORA CON BOQUILLA PARA NIÑOS DE CUATRO A SIETE AÑOS:
1. Agitar el inhalador y encajarlo en la cámara. 2. Cargar al niño en brazos en posición de dar biberón; si no coopera sujetar los brazos. 3. Acoplar la mascarilla en la cara del niño cubriendo nariz y boca. 4. Pulsar una sola dosis de fármaco. 5. Dejar que respire normalmente al menos cinco veces (30 segundos en el lactante). 6. El número mínimo de inhalaciones debe ser entre cinco y 10 veces. 7. Si hay que repetir la dosis espera uno a dos minutos. 8. Al terminar retirar el inhalador y taparlo. 9. Enjuagar la boca con agua y la zona de contacto de la mascarilla.	1. El niño debe estar sentado o semisentado para permitir la máxima expansión torácica. 2. Agitar el inhalador enérgicamente y acoplarlo en la cámara. 3. Espirar el aire de los pulmones normalmente o de forma lenta y profunda, según la edad. 4. Colocar la boquilla en la boca apretando bien los labios a su alrededor. 5. Pulsar una dosis del fármaco. 6. Inspiración lenta y profunda cinco segundos 7. Mantener el aire en los pulmones cinco a diez segundos. Expulsarlo por la nariz. 8. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos a un minuto. 9. Retirar el inhalador y taparlo.

ANEXO V



ANEXO VI

RECOMENDACIONES PARA CUIDAR AL NIÑO CON TOS O RESFRIADO EN CASA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

El tratamiento del resfriado se basa en unas medidas generales que, si se realizan con frecuencia, el niño se sentirá mejor:

- ▶ Aseo nasal con suero fisiológico y limpieza de las secreciones de la nariz
- ▶ Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia
- ▶ Ingesta permanente de líquidos
- ▶ Evitar exceso de abrigo

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS CUADROS DE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

- ▶ Evitar contacto con fumadores
- ▶ Evitar contacto con personas con gripa
- ▶ Tapar boca y nariz cuando el niño va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches
- ▶ Lavado de manos siempre:
 - Después de toser
 - Después de estornudar
 - Después de sonarse o tocarse la nariz o la boca
 - Antes y después de cada comida
 - Después de entrar al baño o cambiar los pañales del bebé
 - Después de jugar o tocar objetos comunes
 - Cuando estén visiblemente sucias
- ▶ Higiene respiratoria: evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- ▶ Enseñar a toser o estornudar:
 - Colocar un pañuelo de papel desechable o papel higiénico sobre boca y nariz al toser o estornudar y posteriormente botarlo a la basura y lavarse las manos.
 - Cuando no sea posible acceder a papel desechable, se debe hacer sobre la flexura del codo
- ▶ Cuidar al niño enfermo en casa, no debe salir ni estar en contacto con otros niños; no deben asistir al jardín o la guardería hasta 24 horas después de mejorar los síntomas.
- ▶ Ventilar adecuadamente a diario la casa y la habitación del niño enfermo y en lo posible aislarlo del resto de los miembros de su familia, mínimo un metro.
- ▶ Una de las medidas preventivas más efectiva es la vacunación completa

ANEXO VII

