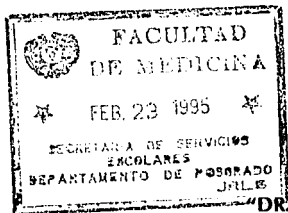


11226

5
28j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARIA DE SALUD

CENTRO DE SALUD

"DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

**UTILIZACION DEL MANUAL DE NORMAS PARA EL TRATAMIENTO
DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista
en medicina familiar, presenta:

DRA. CLAUDIA VERONICA ALONSO RIVAS

MEXICO, D.F.

ENERO 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


TRABAJO DE INVESTIGACION

UTILIZACION DEL MANUAL DE NORMAS PARA EL
TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS


QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. CLAUDIA VERONICA ALONSO RIVAS

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO RICOY ENCORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

~~DR. MARIO ALFREDO RODRIGUEZ LEON
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRA VILLAGRANA"
S. S.~~



S. S.
DIREC. GRAL. DE SERVICIOS
DE SALUD PUBLICA EN EL D.F.
JURISDICCION SANITARIA TLALPAN
C.S.C. T-III - A DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA
DIRECCION

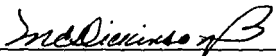
ASESOR:



DR. EPREN RAUL PONCE ROSAS
INVESTIGADOR. COORDINACION DE
INVESTIGACION

C.S. "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

S. S.



DRA. ELOISA DICKINSON BANNACK
COORDINADORA DE INVESTIGACION

C. S. "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

S. S.

I N D I C E

ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
MANUAL DE LA NORMA TECNICA No. 34 PARA PREVENCION Y CONTROL DE IRAS.....	21
JUSTIFICACION.....	35
OBJETIVOS.....	37
MATERIAL Y METODO.....	38
RESULTADOS.....	42
DISCUSION Y CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	49
CUADROS Y FIGURAS	
ANEXOS	

ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son padecimientos de alta contagiosidad que afectan tanto a las vías aéreas superiores como las inferiores.

Su existencia data desde la antigüedad siendo referidas en el Corpus Hipocraticum dentro de la gran variedad de enfermedades, las cuales son ordenadas dentro de las causas externas (inanidad, mala alimentación, aire corrompido, intemperancias térmicas) e internas (raza, temperamento, sexo, edad) (1). En la actualidad continúan siendo de gran importancia debido a sus repercusiones, complicaciones y altos índices de morbimortalidad.

Las IRAS ocupan el primer lugar entre los motivos de consulta externa en atención primaria, sobresaliendo principalmente los países en vías de desarrollo. En una encuesta hecha en 88 países, aproximadamente 25% de la población mundial, se constató que en esos países, la mortalidad de la población general atribuida a las IRAS en un periodo de 12 meses fué de 666 por 100 000. Si consideramos que el resto de la población estuviera sujeto a una tasa similar de mortalidad, significaría que anualmente hay cerca de 2.2 millones de defunciones por IRAS en todo el mundo.

Epidemiológicamente presentan inclinación por la edad, teniendo una mayor frecuencia en los primeros años de vida, el porcentaje de mortalidad general en niños menores de 5 años llega hasta el 27% en algunas partes, variando habitualmente entre el 15 y 20%. La tasa de mortalidad mas elevada ocurre en los menores de un año, disminuyendo progresivamente en los grupos de 1 a 4 y de 5 a 14 años. En el grupo de 0 a 4 años la mortalidad por IRAS representa del 10 al 20% en los países en desarrollo y menos del 2% en países desarrollados. Las IRAS adquieren una gran relevancia por el impacto social que suponen al motivar un alto grado de ausentismo laboral y escolar, el importante costo farmacéutico que ocasionan y el tiempo de consulta que generan en los centros de atención primaria. (2)(3)(6).

La diversa literatura reporta un gran número de clasificaciones para el estudio, entendimiento y aplicación de las IRAS, de tal manera, tenemos aquellas referentes a su etiología, la cual no es práctica debido a dos razones; primero por la propiedad que tienen todos los microorganismos que causan enfermedades respiratorias, de originar varios cuadros clínicos y segundo, porque un cuadro clínico puede estar producido por varios agentes etiológicos. (4).

Clasificación de acuerdo a su severidad, como son: leve, moderada, severa y muy severa. De acuerdo a su localización:

infecciones respiratorias altas en donde figura el resfriado común, otitis media, faringitis, tonsilitis y sinusitis aguda; infecciones respiratorias medias figurando el crup, en donde se engloba a la laringotraqueobronquitis, epiglottitis, laringitis y traqueitis; y, las infecciones respiratorias bajas en donde se incluye: la bronquitis, bronquiolitis y neumonía. (5).

Infecciones respiratorias agudas agrupadas por síndromes, como son: resfriado común; faringoamigdalitis; bronquitis y otitis media. (4) (14).

Clasificación de acuerdo a sus manifestaciones clínicas y edad del paciente: - según síntomas y signos: A) Tos o dificultad respiratoria; B) Problema de oído y C) Problema de garganta y según edad: A) Menores de 2 meses y B) Niño de 2 meses a 4 años. (7).

Y por último todos los procesos reunidos bajo las siglas IRA agrupadas en el intervalo 460-466 del Código Numérico establecido según la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (WONCA), incluidas desde 1982 en la lista de enfermedades de declaración obligatoria diaria, su clasificación es como sigue: 460 Rinofaringitis aguda; 461 Sinusitis aguda; 462 Faringitis aguda; 463 Amigdalitis aguda; 464 Laringitis aguda y traqueitis; 465

Infecciones agudas de las vías respiratorias y 466
Bronquitis y bronquiolitis aguda. (2)(9).

Como es de notarse existe una gran variedad de clasificaciones, pero en este trabajo sólo se incluirán a las infecciones respiratorias superiores, en especial al resfriado común, faringitis y faringoamigdalitis, de las cuales se hará referencia en forma general.

El huésped, el reservorio, la fuente de infección y el portador de estas infecciones, es el humano. Los objetos excepcionalmente son responsables de la transmisión, ya que es requisito indispensable que hayan sido contaminadas muy recientemente. El mecanismo de transmisión es fundamentalmente el contacto directo, el período de incubación es variable, de 1 a 14 días, pues depende del agente etiológico, pero con mayor frecuencia es de 48 a 72 horas, así mismo el período de contagiosidad varía, iniciándose en algunos casos un día antes de las manifestaciones clínicas y prolongándose, en algunas ocasiones, por más de 5 días. Los cuadros clínicos se presentan con mayor frecuencia en climas fríos o templados, en los meses de invierno y primavera. Aunque existen variaciones de individuo a individuo y de una familia a otra, la convivencia con muchas personas en lugares cerrados, la contaminación ambiental, el tabaquismo, el estado nutricional, la economía, la salud, la educación y la

cultura, constituyen factores predisponentes de gran importancia para la manifestación de las IRAS.

Algunos autores mencionan que existe mayor incidencia en el sexo masculino que en el femenino hasta la adolescencia, invirtiéndose esta relación hasta la edad adulta. En termino medio un niño de una zona urbana padece de 5 a 8 episodios de infecciones respiratorias al año durante los 5 primeros años de vida. Los niños en guarderías tienen "normalmente" de 10 a 12 cuadros clínicos por año. (2) (4) (5) (6) (3) (8) (13) (16).

En cuanto a su etiología se puede mencionar que el agente causal en forma primaria, en su mayor parte, es viral, algunos autores mencionan que hasta el 90%, y solo el 10% restante o menos es de etiología bacteriana primaria. Los agentes mas importantes que se presentan con mayor frecuencia son: los rinovirus; coronavirus; adenovirus; sincicial respiratorio; parainfluenza; Epstein-Barr; Cocsakie A; Echovirus; influenza A y B y herpes simple.

Desde el punto de vista bacteriano, en general el estreptococo beta hemolítico del grupo A y *Corynebacterium diphterie* son los agentes más frecuentemente encontrados, pero para fines prácticos solo el estreptococo es el responsable en la actualidad, ya que gracias a la vacunación con D.P.T. la faringoamigdalitis diftérica es inexistente,

por otro lado es cierto que el cultivo de exudado faríngeo ha reportado otros agentes bacterianos como: H. influenza; Diplococcus neumonie; Estafilococo aureus; Neisseria; etc., pero todos deben ser considerados como flora normal de orofaringe, pues estudios bien realizados lo han demostrado, y solo excepcionalmente han reportado en la literatura que otras bacterias puedan producir este cuadro en niños. También han sido involucrados Mycoplasma neumonie y más raramente estreptococo beta del grupo B, básicamente este último en niños recién nacidos. En cuadros de resfriado común es rara la etiología bacteriana, no así en la faringoamigdalitis. (2)(3)(5)(6).

Referente a su patología se puede mencionar que la nasofaringe es la puerta de entrada, el agente patógeno se implanta directamente sobre la mucosa produciendo las manifestaciones clínicas por acción directa como en los virus y por medio de toxinas como en las bacterianas. La diseminación es por contigüedad. La respuesta de la mucosa nasofaríngea al agente es principalmente, a base de infiltración mononuclear, aunque tardíamente existen polimorfonucleares. (4)(6)(13).

Las manifestaciones clínicas, cuando son de etiología viral, generalmente se autolimitan, son de leve intensidad con una duración media de 3 a 6 días, hay malestar general, escalofríos, fiebre de leve a moderada, sequedad de fosas

nasales y nasofaringe, rinorrea hialina que posteriormente se hace profusa y espesa, tos seca y anorexia. La tos puede ser molesta en forma importante y hacerse productiva con secreción purulenta, sin que necesariamente exista complicación bacteriana agregada.

Al exámen físico solo se encuentra enrojecimiento de la mucosa nasal y/o la orofaringe, a veces con membranas mucosas, cierto grado de hiperplasia linfoide en retrofaringe, con descarga mucopurulenta retronasal, de 3 a 4 días de duración, ocasionalmente puede haber adenopatías pequeñas y difusas, algunas personas desarrollan aftas en mucosa labial. En ocasiones la existencia de un exudado purulento no se distingue facilmente de un estreptococcico, sin embargo debe orientarse hacia adenovirus, si tal evento está ocurriendo en un niño menor de 3 años y la sintomatología persiste por 4 a 7 días, independientemente de la terapia instituida.

Los casos no complicados rara vez exceden de una semana de duración, principalmente en el resfriado común, no así en los casos de faringoamigdalitis por herpes simple, Epstein-Barr y Coxsackie A. Por otro lado cuando se presenta el cuadro clínico por estreptococo, mas comunmente en la faringoamigdalitis, destaca la cefalea, odinofagia intensa, náusea, vómito, fiebre alta, gran afección al estado general con astenia, adinamia, anorexia, mialgias y artralgias. Al

exámen físico encontramos frecuentemente halitosis, hiperemia y edema de paladar blando, faringe y amígdalas, en ocasiones hay petequias y característicamente exudado con placas blanco-grisácea en las criptas amigdalares, se encuentra también adenopatías dolorosas en cara anterior de cuello. En cuadros repetitivos se puede encontrar diversos grados de hipertrofia amigdalal.

Las complicaciones, en el caso del resfriado común, puede mostrar, en un pequeño porcentaje de casos, extensión de la infección viral, o infecciones bacterianas agregadas que afectan los diversos niveles del tracto respiratorio. Las faringoamigdalitis virales rara vez se complican pero puede ocurrir diseminación y afectar otras partes de las vías respiratorias, o bien sufrir agregación bacteriana, sin embargo las faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A adquieren gran relevancia, debido a las graves complicaciones que pueden ocasionar a distancia y que son de base inmunológica, como son la fiebre reumática y la glomerulonefritis. (2) (4) (9) (6) (10).

El diagnóstico de las infecciones respiratorias superiores se realiza básicamente por clínica y por datos epidemiológicos. En la práctica diaria debe diferenciarse la causa estreptococcica de las demás, ya que es la única que requiere antibioticoterapia específica, con la finalidad de prevenir las complicaciones locales a distancia ya

mencionadas. Analizando la presentación clínica, se tiene en primer lugar que ningún dato clínico aislado puede diferenciarse la etiología, no obstante, se ha relacionado de forma significativa de causa estreptococcica; la fiebre elevada superior a 38°C, intensa odinofagia de inicio súbito, la presencia de exudado faríngeo y de amígdalas, especialmente si es en forma de puntos o placas adherentes y adeopatías dolorosas en cara anterior de cuello. Es importante referir que en niños pequeños la faringoamigdalitis estreptococcica puede cursar con rinorrea, tos irritativa y ausencia de exudado, es poco frecuente antes de los 3 años, el pico máximo de incidencia es entre los 4 y 11 años.

En cuanto a las pruebas diagnósticas existe cierta controversia para su uso. La demostración de un título ascendente de antiestreptolisinas no tiene utilidad inmediata ya que solo tendrá valor en pacientes con sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis.

Algunos autores no justifican la utilización del exudado faríngeo, sobre todo en atención primaria debido a la demora en la obtención de los resultados, sin embargo otros autores recomiendan su uso en todo paciente y retrasar el tratamiento mientras se obtiene el resultado positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A, pues este retraso parece no aumentar la diseminación intrafamiliar, ni tampoco

el inicio inmediato de antibiótico significa disminución de la morbilidad por faringitis. Los antibióticos no influyen en las faringitis con cultivo negativo.

En los últimos años se viene desarrollando las Pruebas Antigénicas Estreptococcicas Rápidas (PAR), técnica de aglutinación que permite detectar el antígeno estreptococcico específico de grupo, tiene la ventaja de la rapidez en la obtención del resultado (de 10 a 70 minutos) instaurando así precozmente el tratamiento, su empleo es sencillo y no requiere personal especializado, presenta una aceptable correlación diagnóstica en relación con el cultivo. Su especificidad es superior al 98%, su sensibilidad esta entre el 80 y 95%, lo que lo hace del todo fiable en caso de resultado positivo y solo tiene el inconveniente de que su costo es elevado.

La introducción progresiva de las PAR en los centros de atención primaria esta del todo justificada si la finalidad es mejorar el conocimiento del valor real de la clínica y la prevalencia de la infección estreptococcica en cada comunidad. (2) (5) (9) (17).

Con respecto al manejo de las infecciones de las vías aéreas superiores, éste se orientará hacia el control de los síntomas, principalmente si la etiología es viral, mediante medidas generales de autocuidado a base de: ingestión

suficiente de líquidos y calorías; limpieza de las secreciones nasales, ya sea con agua de manzanilla o agua salina, reposo en cama y ambiente húmedo para humidificación de la mucosa del tracto respiratorio, de éste último aún no existe una base científica que explique sus beneficios. (11)(12).

Para el uso de sintomáticos es recomendable utilizar como antitérmico-analgésico, ácido acetilsalicílico de 10 a 15 mg/kg/dosis cada 4 horas, hasta un total de 60 a 80 mg/kg/día, la dosis máxima al día es de 3.6 g. (18), o bien acetaminofén como sigue: 0-3 meses: 40 mg; 4-11 meses: 80 mg; 12-24 meses: 120 mg; 2-3 años: 160 mg; 4-5 años: 240 mg; 6-8 años: 320 mg; 9-10 años: 400 mg y de 11-12 años: 480mg. La alternativa de este medicamento es una dosis de 5-10 mg/kg/dosis 4 a 5 veces al día (18) o bien 35 mg/kg/ cada 6 horas. (2).

En cuanto al uso de antihistamínicos existe controversia, ya que resecan e irritan la mucosa, así mismo los vasoconstrictores nasales tienen su contraindicación debido a su acción pasajera, tendencia a la habituación y efecto de rebote, por lo que solo en caso muy necesario podría utilizarse por períodos cortos de 3 a 5 días. Los antitusígenos al parecer carecen de utilidad, pero pueden emplearse cuando la tos es hemetizante o cianozante.

Muchos medicamentos han demostrado efectos antivirales, pero en su mayoría, no son aplicables al humano y solo unos cuantos se han usado en el tratamiento de algunos padecimientos. La amantadina únicamente tiene valor profiláctico en infecciones por virus influenza A, pero no es útil en el tratamiento de la enfermedad y por ello su uso es limitado. En el comercio se dispone de vacunas antivirales contra algunos serotipos de virus influenza, hay vacunas monovalentes, bi, tri y pentavalentes, otros virus de la gripa como el A Filipinas/2/82 H3N2; Achile/1/83 H1N1 y la cepa B URSS/100/83, pero su utilidad es muy poca ya que el tiempo de inmunidad es muy corto y la protección conferida es del orden del 60% o menos. (4) (15).

No deben utilizarse en forma profiláctica los antibióticos en ningún caso de origen viral, solo se justifica en IRAS de origen bacteriano, que evitan la aparición de complicaciones no habiéndose demostrado que aceleren la curación del proceso.

Desde hace 30 años, hasta la actualidad el antibiótico de elección sigue siendo la penicilina, la cual, manteniendo niveles en sangre adecuados logran un porcentaje de erradicación satisfactorio. Algunos autores recomiendan el esquema de penicilina benzatínica dosis única, intramuscular de 300 a 600 mil UI para niños que pesen menos de 25 o 30 kg

y 1 200 mil UI en niños con peso mayor de 25 o 30 kg y en adultos.

Otros esquemas recomiendan penicilina procaínica intramuscular durante 10 días, 100 a 600 000 UI cada 24 horas en niños menores de 6 o 10 años o que pesen menos de 25 o 30 kg y en niños mayores de edad y peso antes referido dosis de 800 000 UI.

Sin embargo Rodríguez (6) y colaboradores han demostrado buenos porcentajes de erradicación combinando penicilina procaínica durante 3 días a las dosis señaladas y al 4o. día penicilina benzatinica. Por otro lado el uso de penicilina benzatinica en una sola aplicación a las mismas dosis, logran también similares resultados en la erradicación, aproximadamente el 88%.

Se puede emplear la pauta oral con amoxicilina de 30 a 50 mg/kg/día en niños y 500 mg cada 6 horas en adultos por 10 días o penicilina V potásica 125 mg cada 6 horas en niños con peso menor de 30 kg y 250 mg en niños con peso mayor de 30 kg, durante 10 días.

El estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) mantiene en forma generalizada su sensibilidad a la penicilina, aunque se ha descrito cepas de estreptococo tolerante, de forma que, para que actué la penicilina como bactericida,

hay que administrar dosis altas. Este fenómeno y el hecho de existir en las secreciones faríngeas bacterias productoras de betalactamasa, podrían explicar el elevado porcentaje de portadores de EBHGA después del tratamiento. Es menos probable que esto se deba a la baja concentración de penicilina en la saliva o a un contagio familiar. El fracaso microbiológico post-tratamiento penicilínico (similar en ambas pautas oral y parenteral) se cifra alrededor del 20% según algunos estudios. Esta situación disminuye con los macrólidos abarcando otras bacterias que no son sensibles a la penicilina, pero a diferencia de éstas ya se han descrito cepas de estreptococo resistentes a los macrólidos.

La controversia sobre la elección del preparado se relaciona con la disminución de la frecuencia de fracasos terapéuticos y recurrencias. Una revisión de estudios reciente, sugiere que algunas cefalosporinas como la axetil cefuroxima a dosis de 125 mg cada 12 horas, en niños y 250 mg en adultos, o cefadroxil 33 mg/kg/día en una sola dosis, también son eficaces. La elección de antibiótico para los fracasos terapéuticos, también son controversiales, las razones del fracaso al parecer son complejas y en consecuencia un segundo curso de tratamiento con el mismo fármaco no necesariamente es irracional. En este caso, las alternativas de la penicilina son: la cefuroxima y algunas otras

cefalosporinas; dicloxacilina; amoxicilina con clavulanato y clindamicina.

En pacientes alérgicos a la penicilina, la alternativa es con estolato de eritromicina de 20 a 30 mg/kg/día cada 12 horas o etilsuccinato de eritromicina de 40 a 50 mg/kg/día cada 8 horas durante 10 días, al término de los cuales se obtendrán resultados similares de erradicación como se observa en la penicilina.

En las complicaciones postestreptocócicas, se utilizará la penicilina procainica de 600 000 a 1 200 000 UI diaria intramuscular hasta que la enfermedad este controlada, continuando con penicilina benzatínica intramuscular dosis única 600 000 o 1 200 000 UI según edad y peso, o penicilina oral hasta la desaparición de los síntomas. (2) (4) (6) (9) (17) (18).

En lo que se refiere a la prevención de las IRAS, el aislamiento es poco práctico, ya que el individuo empieza a ser infectante antes de iniciar las manifestaciones clínicas. La prevención debe hacerse básicamente, por medio de educación higiénica y nutricional; evitando aglomeraciones en épocas de epidemia; aplicación adecuada de los tratamientos antibióticos; debida instrucción a las madres para identificación de los problemas respiratorios y la aplicación de medidas generales contra los síntomas en

niños que no requieren antibiótico y que los niños cuenten con sus esquemas de vacunación completos. El uso de vacunas antineumónicas y antigripales resultan ineficaces, especialmente en los niños, debido a su breve acción, además de encontrarse a un alto costo, inaccesible para países en vías de desarrollo.

Debido a que las IRAS son la principal causa de utilización de los servicios de salud en todos los países, se han llevado a cabo estudios operacionales, los cuales indican que entre los niños portadores de IRAS básicamente mueren: a) los casos que se quedan en la comunidad, sin oportunidad de llegar a los servicios de salud; b) los casos moderados que no reciben un tratamiento adecuado y que evolucionan hacia la severidad y c) los casos graves que llegan tardíamente a los servicios de salud. Algunos de los factores que lo determinan son: 1) la inaccesibilidad a los servicios; 2) problema socioeconómico; 3) la cultura, que limita la frecuencia y aceptación de los servicios médicos y 4) la inadecuación en el manejo de casos de IRAS por parte de los servicios de salud.

Por lo anteriormente descrito se han realizado programas para el control de IRAS, en diferentes partes del mundo, con la finalidad de: reducir la morbimortalidad en la población de mayor incidencia y riesgo; promover y prevenir las IRAS integradas a las acciones de salud materno-infantil, con

orientación a las madres e inmunización a los niños; establecer protocolos simplificados de toma de decisiones para clasificación de los casos, según criterios de gravedad y tratamiento apropiado a todos los niveles de atención médica; disminuir el uso de antibióticos y promover su empleo racional con medicamentos específicos de comprobada eficacia, costo aceptable y fácil utilización; y conocer el comportamiento epidemiológico real de las IRAS en la población, especialmente en los niños, para viabilizar la evaluación de las normas estandarizadas del programa de control.

En los países desarrollados, los componentes del programa son en gran parte ineludibles, mientras que en los países en desarrollo se aplican esporádicamente, sobre todo en las ciudades y centros donde se practica la medicina occidental. En una comunidad rural de la India la evaluación de los efectos de esas medidas reveló un enorme descenso de las tasas de mortalidad infantil, es muy probable que dicho programa tenga una repercusión equivalente, cuando se introducen de manera coordinada en otras zonas rurales por conducto de los servicios de atención primaria a la salud, al mismo tiempo, a medida que los programas se desarrollen, es evidente que se obtendrán más pruebas de su eficacia.

(3) (4).

Con respecto a la ciudad de México, en el Distrito Federal, al igual que en otros países, las IRAS constituyen el rubro de enfermedades más frecuentemente notificadas y las formas más graves son causa de un gran número de defunciones, particularmente en menores de 5 años, grupo en el que anualmente se concentra el 60% de las muertes atribuidas a las IRAS. Del total de estas muertes el 80% son causadas por la neumonía, la cual en los países subdesarrollados es de etiología bacteriana en un porcentaje elevado. (7).

El centro de salud "Dr. José Castro Villagrana", perteneciente a la Secretaría de Salud, ubicado al sur del Distrito Federal, correspondiente a la Delegación Tlalpan, jurisdicción No. VIII, cuenta con las siguientes áreas y departamentos: Dirección; administración; epidemiología; enseñanza; Coordinación de Investigación; computación; Jefatura de Enfermería; Trabajo Social; laboratorio; radiología; vacunación; Psicología; Psiquiatría; Odontología; Terapia Familiar y 12 consultorios médicos.

Este centro de salud otorga atención médica primaria a 51 colonias en toda su periferia, en las cuales existen alrededor de 5482 niños menores de 5 años. El Departamento de Epidemiología reporta una morbilidad promedio de 1178 IRAS en niños menores de 5 años, durante los tres últimos años (1991-1993). (19) (20).

El reconocimiento de la importancia de las bacterias como causa de defunciones por infecciones respiratorias inferiores en los países subdesarrollados, la eficacia comprobada del tratamiento antimicrobiano y de apoyo para evitar la muerte y del adecuado control y prevención de las infecciones respiratorias superiores, justifican la iniciación de un programa de lucha contra las IRAS. Es por esto que el 7 de Julio de 1986 en el Diario Oficial fué publicada la Norma Técnica Número 34 para la Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas en la atención primaria a la salud.

A esta acción le siguieron otras que culminaron con el Programa Nacional de Prevención y Control de las IRAS el cual, inició su aplicación a partir de 1988 en el territorio nacional.

El Manual de la Norma Técnica para la Prevención y Control de las IRAS tiene como propósito, precisar y dar a conocer al personal médico y paramédico que atiende la salud de la población en el primer nivel de atención, los criterios de identificación, clasificación y manejo de los casos de IRAS en los menores de 5 años, que son la población objeto del Programa Nacional de Control de las IRAS, a fin de sumar los esfuerzos del personal de salud para disminuir las tasas de mortalidad y contribuir a elevar la expectativa de vida de los niños mexicanos.

Ante tal situación, se hace patente la firme convicción de la necesidad de evaluar la utilización de la norma técnica, ya que en la actualidad, al parecer no hay reportes publicados en los cuales se evalúe o se describa cómo se ha utilizado la norma técnica; así mismo se desconocen las características de cómo se siguen los lineamientos y recomendaciones de dicha norma.

A continuación se describen las características generales y de mayor importancia de la Norma Técnica Número 34 para Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

**MANUAL DE LA NORMA TECNICA NUMERO 34 PARA PREVENCION Y
CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

La norma técnica plantea los siguientes criterios de identificación, evaluación, clasificación y manejo de casos

1.- IDENTIFICACION DE CASOS: Se entiende por IRAS todo cuadro clínico que tenga desde su inicio 15 días de evolución en el que se presenta uno o más de los siguientes síntomas y signos:

- * Obstrucción o secreción nasal.
- * Dolor o secreción de oído.
- * Dolor o enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas.
- * Tos.
- * Ronquera.
- * Dificultad respiratoria.

2.- EVALUACION DE LOS CASOS: De acuerdo con la localización, severidad y pronóstico del cuadro clínico las IRAS se agrupan en:

- * A) Problema que provoca tos o dificultad

para respirar.

- * B) Problema de oído o de garganta. (anexo 1)

3.- CLASIFICACION DE LOS CASOS: Se toma como base los síntomas y signos del niño y su edad:

- * Según los síntomas y signos, se dividen en 3 grupos:

- a) Tiene tos o dificultad respiratoria.
- b) Tiene problema de oído.
- c) Tiene problema de garganta.

- * Según la edad, las opciones son:

- a) Menor de 2 meses.
- b) Niño de 2 meses a 4 años. (anexos 2,3,4,5)

4.- TRATAMIENTO DE LOS CASOS: Una vez clasificado el caso se procede a la indicación del tratamiento. (anexos 6, 7, 8, 9, 10)

* MEDIDAS GENERALES: Las recomendaciones que los familiares del niño enfermo deben aplicar como medidas de apoyo al tratamiento son:

- a) Reposo en cama de todo niño febril.
- b) Elevar la cabecera de la cama de modo que el niño este semisentado y pueda respirar con facilidad.
- c) Mantener las fosas nasales permeables mediante la aplicación de gotas de suero fisiológico o agua con sal, o bien introduciendo un papel absorbente humedecido con agua hervida no caliente, a manera de mecha para limpiar la nariz.
- d) En las IRAS esta contraindicado el uso de cualquier otro tipo de gotas o jarabes antitusígenos, que son de poca utilidad.
- e) Humidificar el ambiente con paños húmedos colgados en la habitación donde se encuentra el niño.

- f) Alimentación normal, sin forzar al niño. (NO SUSPENDER LA LACTANCIA).
- g) Aumentar el consumo de líquidos, para fluidificar las secreciones, facilitar su eliminación y recuperar el agua que pierde por la fiebre, sudoración y taquipnea.
- h) Mantener la higiene del niño, diariamente evitando el enfriamiento y las corrientes de aire.
- i) No es necesario usar antitérmicos cuando la fiebre es menor de 38°C , basta un baño con agua tibia durante 3 a 5 minutos. También es recomendable usar compresas tibias en la cabeza.
- j) Deberá revalorarse al niño enfermo a las 72 horas en la unidad de salud o antes, en caso de agravamiento.
- k) No utilizar braceros para calentar el agua o el ambiente, pues se corre el riesgo de quemaduras o asfixia.

Por otro lado, debido a que el principal propósito de este estudio es evaluar la Norma Técnica de IRAS, es preciso hacer a continuación una breve descripción sobre la Evaluación de los Servicios de Salud.

La evaluación médica (23) constituye la suma de acciones que permiten cuidar correctamente los problemas de salud, en consecuencia, la finalidad fundamental de la evaluación es promover el perfeccionamiento de la atención médica, e implícito a ello obtenerla mediante un mejor rendimiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales a través de la aplicación de las normas vigentes.

La evaluación por otra parte, es la comparación de los resultados conseguidos en relación con las normas establecidas para, de esta manera, juzgar sobre las discrepancias encontradas.

La evaluación considerada como línea constante de medición se conceptúa como una de las partes importantes de la administración. Dentro de las aportaciones valiosas de la evaluación, se contempla el uso y diseño de aquellos instrumentos que proporcionan índices de calificación, los cuales permiten comparar resultados y establecer normas.

Los principales objetivos de la evaluación son:

- 1) Medir el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto generales como específicos.
- 2) Advertir el grado de cumplimiento de las metas establecidas.
- 3) Verificar los programas y su grado de avance
- 4) Conocer del cumplimiento en la aplicación de las normas establecidas.
- 5) Determinar un juicio sobre la calidad de la atención médica otorgada.

El procedimiento de la evaluación se efectúa mediante la aplicación de: una cédula con formatos para la captación de información básica de la unidad y un instructivo que brinda las orientaciones necesarias que permiten un llenado uniforme y por lo tanto comparable, el cual se considera esencial, pues contempla la evaluación de la calidad de atención. Con respecto a la calidad de atención, el instructivo contiene una descripción de funciones y actividades que, conforme a las normas vigentes, deberán observarse para lograr una atención de mejor calidad.

El primer requisito para estar en condiciones de evaluar la atención médica (21) es definir diversos términos; los cuales participan en forma determinante en "El Marco Conceptual de Evaluación", de acuerdo al modelo PRIDES, dichos términos se encuentran ordenados lógicamente siguiendo la clasificación sugerida por diferentes autores (Donabedian A., A Suchman E., Echeverri O, entre otros).

La clasificación incluye la evaluación del esfuerzo invertido por un sujeto (programa, servicio, función, actividad) en lograr un objetivo o resultado. En la dimensión esfuerzo se distinguen dos componentes: 1) La Estructura de los servicios, la cual es tangible y relativamente estática y 2) El Proceso administrativo envuelto en su producción, el cual es intangible y dinámico.

La estructura engloba a la disponibilidad y accesibilidad en donde la disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir y su análisis debe tener los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio y la accesibilidad considera las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población. La disponibilidad y accesibilidad se encuentran ligadas y afectan tanto a la producción y utilización como a la calidad y uso.

El proceso incluye: uso; utilización; productividad y calidad. Con respecto al uso se puede mencionar que el uso de los servicios de salud es un resultado operacional de la interacción entre la población a servir y el sistema de prestación de servicios; el concepto de uso se trata bajo dos enfoques: extensión e intensidad de uso. Extensión de uso se refiere a la proporción de la población de una región que usa un servicio determinado en un período de tiempo. La intensidad de uso se define como el número promedio de servicios recibidos por los usuarios en un período determinado. Incrementar la extensión de uso equivale a llevar a más personas con los servicios, incrementar la intensidad de uso, equivale a llegar con más servicios a las mismas.

La utilización se define como la relación entre el recurso realmente utilizado y el disponible para un servicio o actividad por unidad de tiempo. Esta relación se presenta en su dimensión cuantitativa que mide la proporción del recurso utilizado y explica en parte los cambios en productividad. También se presenta en su dimensión cualitativa y organizacional, que evalúa la concordancia entre la naturaleza y complejidad del servicio o actividad y las capacidades del recurso asignado para ejecutarlo.

La productividad es el número de actividades o servicios por unidad de recursos disponibles por unidad de tiempo. Se encuentra en función del rendimiento y la utilización de recursos, el rendimiento es el número de actividades por unidad de recursos utilizados por unidad de tiempo.

La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios. Se considera como el medio más importante de la agencia para lograr los resultados deseados, o sea para lograr la eficacia de los servicios.

En cuanto a los resultados, estos incluyen: eficacia; eficiencia; efectividad y cobertura.

La eficacia se define como un logro del objetivo en servicio sobre los usuarios del mismo, si el objetivo de un servicio es curar, su eficacia se mide en términos de los pacientes atendidos que lograron su curación. La calidad y la eficacia tienen muchos puntos en común, pues la primera esta determinada fundamentalmente por factores internos de la agencia (humanos, físicos, tecnológicos) y la segunda depende de factores internos como la organización de los servicios, su administración, el nivel de atención y la

misma calidad, y de factores externos al mismo como la colaboración de los pacientes, calidad de medicamentos, etcétera.

Cobertura se define como la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para estas necesidades, es un indicador de si el servicio de salud esta llegando a la población que realmente lo necesita. La cobertura debe hacerse brindando los recursos adecuados a la necesidad. Con frecuencia se confunde cobertura con extensión de uso, cuando se considera toda la población que usa los servicios, no aquella que los usa y tiene la necesidad. Se confunde también con disponibilidad de recursos, sin tener en cuenta si éstos se usan o no, y sin quien los usa los necesita.

La eficiencia se define como la relación existente entre el resultado logrado por una actividad, programa o servicio, y el esfuerzo que se ha desarrollado para alcanzar ese resultado, es un concepto que liga la parte de evaluación y la prestación de los servicios con la de costos de los mismos. La eficacia de un servicio o programa es mayor que otro cuando se logra el mismo impacto en la población con menores recursos, o cuando con iguales recursos se logra mayor efectividad.

La efectividad se define como el resultado de los servicios de salud sobre la población objeto de los mismos, de acuerdo con esta definición, los indicadores de efectividad los son también de necesidades en salud, pues la medida en la cual las necesidades disminuyen debido a la acción de los servicios, indica la efectividad de los mismos. Para que un servicio sea efectivo, debe ser eficaz y tener la cobertura adecuada. La efectividad siempre se evalúa con referencia a una estrategia, programa o servicio.

En forma complementaria (22) y con objeto de asignar un grado de valor se puede establecer en forma precisa y en términos absolutos, los límites entre los diferentes grados de calidad, que se resumen en cinco puntos, y agrupando las calificaciones en una escala descendente, el sistema de calificación propuesto incluye los siguientes rubros:

E = excelente

S = suficiente

I = insuficiente

N = no realizado

I = inadecuado o improcedente

EXCELENTE: Logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente organizado.

SUFICIENTE: Logro del objetivo de la atención médica como consecuencia de la integración de:

- a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales.
- b) La oportuna realización de este proceso que permite conseguir la solución integral del problema

INSUFICIENTE: Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como el resultado de la combinación de fallas que impiden alcanzar un mínimo indispensable de calidad:

- a) El proceso de atención fue inadecuado por desconocimiento o aplicación incorrecta de normas y conocimientos vigentes de la medicina.
- b) Realización correcta del proceso pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo.

NO REALIZADO: La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas.

INADECUADO: La realización incorrecta de la atención médica por un proceso de atención llevado a cabo por ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos o tecnologías vigentes, que conduzcan a resultados negativos.

Aún cuando el sistema ESINI (22) fué diseñado originalmente para evaluar el proceso de la calidad de la atención médica, es aplicable también a la evaluación de estructura, resultados, satisfacción del usuario, de la enseñanza y de la investigación

Los esquemas diseñados para tal efecto pueden ajustarse a las necesidades de cada evaluador y a las condiciones del servicio o función para evaluar. Cuando los resultados de la evaluación incluyen un conjunto de elementos, es factible incluir en la columna correspondiente, la cifra absoluta o porcentual que corresponde a cada uno de ellos.

En base a lo anteriormente descrito, en este estudio se ha llevado a cabo una Escala ESINI Modificada, la cual incluyen los diferentes porcentajes:

EXCELENTE	----	81 a 100%
SUFICIENTE	----	51 a 80%
INSUFICIENTE	----	31 a 50%
NO REALIZADO	----	21 a 30%

INADECUADO ---- 0 a 20%

En este estudio ubicados en el proceso de atención médica, se pretende evaluar la utilización de la Norma Técnica de IRAS a través del expediente clínico.

JUSTIFICACION

Es de vital importancia comprender que el Programa Nacional para la Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas, no es una actividad aislada, sino una acción integrada a la atención de la salud del niño, sin embargo, se debe tomar en cuenta la participación de la comunidad, la familia, los promotores de salud, paramédicos y médicos de los centros de atención primaria.

Por lo anteriormente descrito, cabe mencionar, que es importante la realización de actividades educativas y de adiestramiento, para que la población y personal paramédico, reconozcan los síntomas y signos respiratorios graves y aprendan los principios básicos del manejo de casos leves en el hogar y acudan a los servicios de atención médica oportunamente, en los casos de gravedad.

Es claro que, con una adecuada promoción para la salud y el fortalecimiento en el conocimiento del Programa Nacional para Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, por los centros de atención primaria, es posible disminuir la mortalidad de infecciones pulmonares y la morbilidad de infecciones respiratorias altas, especialmente en niños menores de 5 años de edad, que es la población objetivo del programa de IRAS.

Por otro lado la evaluación médica, tiene la finalidad primordial de mejorar la calidad de la atención, de medir el logro de los objetivos de los programas, además de estar siempre ligada de manera indisoluble al conocimiento de los servicios y normas establecidas.

Como ya se menciona en párrafos anteriores, el objetivo de este estudio es la evaluación sobre la utilidad de la norma técnica de IRAS, y debido a que en la actualidad no se conocen publicaciones sobre la evaluación médica de dicha norma, aunado a la necesidad de ofrecer a los niños un mejor nivel de vida, es conveniente que mediante el marco conceptual de evaluación de los servicios de salud, según el Modelo PRIDES, se lleva a cabo la evaluación de la utilización de la norma técnica de IRAS y establecer los diferentes grados de calidad mediante el sistema ESINI modificado.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el manejo médico de las Infecciones Respiratorias Agudas con problema de garganta en niños menores de 5 años conforme al Manual de Normas Técnicas

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el manejo de los pacientes con IRAS en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" en cuanto al tratamiento médico realizado.
- Determinar si las medidas generales para el manejo de las IRAS con afección de garganta son consideradas por el médico y están de acuerdo a la norma técnica de IRAS.
- Identificar si el tratamiento medicamentoso de las IRAS con afección de garganta, es acorde a lo estandarizado en el Manual de Normas Técnicas para el tratamiento de las IRAS.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo, utilizando los expedientes clínicos de niños con diagnóstico de infección respiratoria superior con afección de garganta, en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" durante el bimestre noviembre-diciembre de 1993.

La muestra se realizó en base al total de casos registrados en los últimos tres años de infección de vías respiratorias superiores en niños de 0 a 4 años, se encontró una media aproximada anual de 1178 casos; sin embargo para hacer más confiable el cálculo de la muestra, se calculo en base al total de casos registrados en los últimos diez meses previos al estudio que fueron 1682. Se uso la siguiente fórmula: (24)

$$n = \frac{z^2 \cdot q}{e^2 \cdot p}$$

$$n = \frac{1 + 1 \left[\frac{z^2 \cdot q}{N} \right] - 1}{e^2 \cdot p}$$

Con 90% de confianza (z) y 10% de error (e)

Con estos datos se obtuvo una muestra de 233 expedientes a los cuales se sumó el 10% para mantener la confianza muestral. De esta forma la muestra final fué de 233+23=256.

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes menores de 5 años.
- 2.- De ambos sexos.
- 3.- Con diagnóstico de infección respiratoria superior, con afección de garganta.
- 4.- Que estuvieran registrados en el expediente clínico familiar, durante el año de 1993.

Criterio de exclusión:

- 1.- Pacientes mayores de 5 años.
- 2.- Infecciones respiratorias altas con afección de oído
- 3.- Pacientes con insuficiencia respiratoria.
- 4.- Pacientes con rinitis alérgica.

De cada expediente se obtuvieron las siguientes variables:

- 1.- Folio: de 001 a 250
- 2 y 3.- Módulo/Equipo:

MA E1: 21	MB E1: 21	MC E1: 21
MA E2: 21	MB E2: 29	MC E2: 3
MA E3: 21	MB E3: 21	MC E3: 37

MA E4: 6 MB E4: 36 MC E4: 13

- 4.- Expediente: con expediente y sin expediente.
- 5.- Edad: de 0 a 5 años cumplidos.
- 6.- Sexo: ambos sexos Femenino: F y Masculino: M
- 7.- Cuadros faríngeos en el último año: número de cuadros faríngeos durante 1992.
- 8.- Diagnóstico: Faringitis Viral: 1
 Faringitis Bacteriana: 2
 Absceso faríngeo: 3

TRATAMIENTO

A) MEDIDAS GENERALES:

- 9.- Reposo en cama en caso de fiebre.
- 10.- Posición semifowler (vías respiratorias libres).
- 11.- Permeabilidad nasal (gotas con suero fisiológico o agua con sal).
- 12.- Humidificación del ambiente con paños húmedos en la habitación del enfermo.
- 13.- Aumento del consumo de líquidos.
- 14.- Mantener la higiene diaria.
- 15.- Evitar enfriamientos y corrientes de aire.
- 16.- Control térmico con baños de agua tibia si la temperatura es de 38° C.
- 17.- Evitar el uso de antitusígenos.
- 18.- Revaloración a las 72 horas o antes en caso de agravamiento.

B) USO DE ANTITERMICO/ANALGESICO/ANTIBIOTICO:

19.-Penicilina combinada.

21.-Trimetroprim/sulfametoxazol.

23.-Acetaminofén.

25.-Uso de otro fármaco.

26.-Especificaciones.

20, 22 y 24.- Dosis: - No_especifica dosis.

- Adecuada.

- Inadecuada.

RESULTADOS

Durante los meses de noviembre y diciembre de 1993 se estudiaron 250 expedientes clínicos de niños menores de 5 años, de ambos sexos con diagnóstico de infección de garganta.

La distribución por edad de los niños estudiados fué de 0 a 5 años, con promedio de 1.6, una desviación estandar de 1.26 y una mediana de 1. La distribución de casos por módulo y equipo se presenta en el cuadro 1, en donde llama la atención que en el Módulo A Equipo 4 y el Módulo C Equipo 2 existen pocos casos. De acuerdo con el tipo de diagnóstico, la faringitis viral fué la de mayor incidencia, presentandose en 140 casos, lo que representa el 56%, la faringitis bacteriana se presentó en 110 casos representando el 44%. No se encontró ningún caso de absceso faríngeo.

Con respecto al número de cuadros faríngeos durante el año anterior al estudio, se encontró que el 34% de casos presentó solo un cuadro faríngeo durante 1992. (cuadro 2).

La distribución por sexo de los individuos del estudio, fué predominante para el sexo masculino con respecto al femenino, correspondiendo el 50.8% y 49.2% respectivamente.

En cuanto a las medidas generales se encontró que: el reposo en cama en caso de fiebre, la posición semifowler, la

permeabilidad nasal, la humidificación del ambiente y evitar el uso de antitusígenos, no se indicaron en el 100% de los casos.

La indicación de aumento de líquidos fue positiva en el 8% y no se indicó en el 92%, la higiene diaria se indicó en un 42% y no se indicó en el 58%, la indicación para evitar enfriamientos y corrientes de aire fue casi nula en el 97% y positiva en el 3%, el control térmico con baño en caso de fiebre se indicó solo en un 3% de los pacientes y fue negativa en el 96% y, la revaloración a las 72 horas de la consulta solo se llevo a cabo en el 12% y no se indicó en el 87% de los casos: (cuadro 3) En este apartado sobresale el alto porcentaje de indicaciones no llevadas a cabo.

En el uso de medicamentos para el tratamiento de la infección de garganta, se utilizó penicilina combinada en el 8% de los pacientes con una dosificación adecuada del 15%, inadecuada del 80% y no especificada del 5%, el trimetoprim con sulfametoxazol se utilizó solo en el 1% de casos, con dosificación adecuada, inadecuada y no especificada del 33%. El uso de acetaminofén se presento en 105 casos que corresponde a un 42%, con dosis adecuada del 4%, inadecuada del 77% y no especificada del 18%. (cuadro-4) Es de llamar la atención la frecuencia tan baja del uso de penicilina y sobre todo del alto porcentaje de la

dosificación inadecuada del mismo y del acetaminofén, según la norma técnica de IRAS.

En cuanto el uso de otro fármaco que no se estandariza en la norma técnica de IRAS, se encontró que se utilizaron un total de 68 medicamentos, solos y en combinación, los mayormente utilizados fueron: amoxicilina en el 12%, guaifenesina-seudofedrina-dextrometorfán (dimacol) en un 12%, ambroxol en el 9%, eritromicina en el 5%, carbocisteína, dipirona y loratadina en el 3%. De esta manera se encontró que en el 72% de los pacientes, 180 casos, se indicó el uso de otro fármaco y el 28% no lo indicaron, 70 casos. (cuadro 5). Es interesante, que en esta variable, sobresale el gran número de los diferentes fármacos usados.

En la evaluación general se encontró una media de 8.3% con una desviación estandar de 8.14%, una mínima de 0 y una máxima de 41.6%, la distribución de los valores de evaluación se muestran en la figura 1.

Utilizando la Escala de ESINI Modificada se encontró que no hubo casos evaluados como Excelente o Suficiente, presentando la mayor proporción una evaluación inadecuada, 224 casos que representa el 89.6% (cuadro 6).

Con respecto a la evaluación por módulo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (prueba Kruskal-Wallis = 2.78, $p = 0.24$) y en la evaluación por equipo si se encontraron diferencias significativas, resultando el equipo 3 como el mejor evaluado y el equipo 2 como el peor, (prueba de Kruskal-Wallis = 14.8, $p = 0.001$) .

El manejo de las infecciones virales y bacterianas fué similar.

DISCUSION Y CONCLUSION

En base a los datos y resultados obtenidos en este trabajo de investigación, podemos concluir que, en efecto las infecciones respiratorias agudas continúan ocupando uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención médica, en niños menores de 5 años, con una incidencia mayor en el sexo masculino 50.8% y un 49.2% para el femenino. Aunque la faringitis viral fue la más frecuentemente encontrada en los casos con respecto a la faringitis bacteriana, se consideró una frecuencia relativa, ya que según reporta la literatura, la etiología viral como infección primaria es de un 90%. Esta situación, aunque no necesariamente pudo haberse dado con la realización de diagnósticos de etiología bacteriana, es probable que al ser viral se indicara antibiótico para justificar un tratamiento en pacientes con riesgo de complicarse, como en el caso de los niños con desnutrición, inmunocomprometidos, con deficientes hábitos higienico-dietéticos, etc.

En lo que se refiere al manejo de la faringitis, se encontró en forma sorprendente que las medidas generales indicadas en la norma técnica de IRAS, la mitad de ellas no se llevaron a cabo en el 100% y la otra mitad se llevaron a cabo en porcentajes muy bajos: 2, 3, 8 y 12% y solo una en el 42% de los casos.

Se cree que la mayoría de éstas sí se indican, pero en forma verbal ya que la mayor parte de las veces no se cuenta con el tiempo suficiente para anotarlas en el expediente clínico por la alta demanda de consultas. Por lo anterior se sugiere que se realice un formato en donde se especifique, una a una las indicaciones que deberá llevar a cabo el paciente para complementar su tratamiento, hacerle entrega al paciente dicho formato y anotar la entrega en el expediente clínico.

Por otro lado se registró un bajo porcentaje del uso de penicilina y trimetoprim con sulfametoxazol, probablemente debido a la gran controversia que existe sobre la elección del preparado, pues la frecuencia de fracasos terapéuticos y recurrencias son factores que determinan el uso de otros antibióticos, ya sea por comodidad o preferencia del paciente (no desean la vía intramuscular).

El alto porcentaje encontrado en el uso de otros fármacos no estandarizados en la norma técnica de IRAS, en lo que se refiere a los antibióticos, probablemente se presentó por las mismas razones expuestas para la penicilina, pero con respecto al uso de antihistaminicos, antitusígenos y vasoconstrictores muchas veces se prescriben para la tranquilidad de las madres, pues bien se sabe sobre la poca utilidad y las contraindicaciones de éstos.

En la evaluación general de acuerdo a la Escala ESINI Modificada, encontramos que la utilización de la norma técnica de IRAS se ubicó en los rubros de lo inadecuado, no realizado e insuficiente, obteniendo el mayor número de casos en el rubro inadecuado, resultados que dejan ver, que siendo la norma técnica un instrumento valioso y útil para la identificación y manejo de las IRAS y que contribuye a disminuir la morbimortalidad de las mismas, es conveniente tomarla en consideración y llevarla a la práctica.

Finalmente es recomendable que los resultados de este trabajo sean difundidos al personal médico del Centro de Salud y, a manera de retroalimentación se realice un posible seguimiento a mediano plazo con la probable implementación del formato sugerido para evaluar el impacto que este tenga en el manejo de enfermedades respiratorias agudas superiores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LAIN ENTRALGOS, P. Historia de la Medicina, Capitulo 4 Editorial Salvat, México 1981, p.p. 92-108
- 2.- BAILON, E.; PRADOS, M.A.; VAZQUEZ, R.; MELGUIZO, M. Criterios Diagnósticos y Terapeuticos de la Infección Respiratoria Aguda. Atención Primaria 9(18); 15 Mayo 1992; 452-55
- 3.- YEHUDA, B. M.C. Magnitud y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños. Salud Pública de México, 1988; 30: 362-69
- 4.- GAMES ETERNOD, J.; PALACIOS, T.J. Introducción a la Pediatría Capitulo 33, Editorial Mendez, 5a. Edición; México 1993, 357-63
- 5.- GRAHAM, N.MH. The Epidemiology of acute respiratory infections in children and adults: a global perspective. Epidemiologic Reviews, 1990; 12:149-178
- 6.- GONZALEZ, S.N.; TORALES, T.A.; GOMEZ, B.D. Infectología Clínica, Capitulo 2. Editorial Trillas, 3a. Edición, México 1987, 43-69
- 7.- MANUAL DE NORMAS PARA TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS NIÑOS. Secretaría de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. México 1991 .
- 8.- BOIX, C.; PERIS, A. Epidemiología de las enfermedades respiratorias agudas durante un brote de gripa en una residencia de ancianos. Lancet, 16 Julio 1988; 72.
- 9.- MARTI, L.J. La infección respiratoria alta. Atención Primaria. 6 (9), Nov; 1989; 665-670
- 10.- WALD, E.R. et al. Upper Respiratory tract Infections in Young Children: Duration of and frequency of complications. Pediatrics 87 (2) february 1991; 129-133
- 11.- GORDON, W.B. Mucosal humidification. Lancet; 338 August 24, 1991; 552
- 12.- SZILAGYI, P. G. Humidifiers and others symptomatic therapy for children with respiratory tract infection. The Pediatric Infections Disease Journal: 10(6), June; 1991: 478-79
- 13.- ISAACS, D. Cold comfort for the catarrhal child. Archives of disease in childhood, 1990; 65:1295-96

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 14.- BAENA, J.M. y cols. Adecuación del término de gripe en la declaración de las enfermedades. Atención Primaria 6(7); Nov 1989:613-16
- 15.- ALVAREZ, J. y cols. Estudio sobre la respuesta inmunitaria a la vacuna antigripal. Atención Primaria 6(7); Agosto-Sept, 1989: 494-99
- 16.- PEREZ, F.J. y cols. Epidemiología, causas predisponentes y costes para España. An Esp Pediat., 36, S 48 (209-255) 1992 Junio
- 17.- KRUPP, M.A. y cols. Diagnóstico Clínico y Tratamiento Editorial Manual Moderno, 27a. edición, México 1992, pp 139-40
- 18.- HARRIET, L.H. Manual de Pediatría Hospitalaria: Formulario. Editorial Interamericana, 11a. edición, México 1989, pp. 139, 145, 147, 159, 207
- 19.- MORA S.J., Documento de Informe Mensual de Casos Nuevos de Enfermedades IM-83-6. Departamento de Epidemiología, CIE 460-466 Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", México, D.F., 1993
- 20.- Manual de Distribución de Areas Geoestadísticas por módulo del área de influencia del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" Jefatura de Enfermería, México D.F. 1993
- 21.- PABON, L.H., Evaluación de Servicios de Salud. Editorial XYZ, 2a. Edición; Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social; Cali (Colombia) 1985 pp. 47-62.
- 22.- AGUIRRE/GAS, H., Evaluación y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Salud Pública 33(6); Noviembre-Diciembre, México, 1991: 623-29
- 23.- GONZALEZ, P.J. y cols. Sistema de Evaluación Médica, progresos y perspectivas. Rev. Med. IMSS, México 22(6): 1984: 407-17.
- 24.- ROJAS, S R. Guía para realizar investigaciones sociales. 7a. edición, UNAM, México 1982

CUADRO 1
DISTRIBUCION DE CASOS ESTADISTICOS DE INFECCION
DE GARGANTA POR MODULO Y EQUIPO

EQUIPO	1		2		3		4		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC	%	FREC.	%	FREC.	%
A	21	8.4	21	8.4	21	8.4	6	2.4	69	27.6
B	21	8.4	29	11.6	21	8.4	36	14.6	107	42.8
C	21	8.4	3	1.2	37	14.8	13	5.2	74	29.6
TOTAL	63	25.2	53	21.2	79	31.6	55	22	250	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL
 CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
 VILLAGRANA"

CUADRO 2
NUMERO DE CUADROS FARINGEOS
DURANTE 1992

No. DE CASOS	FRECUENCIA	%
0	22	29.3
1	26	34.7
2	16	21.3
3	5	6.7
4	6	8
TOTAL	75	100

FUENTE: DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
VILLAGRANA"

CUADRO 3
INDICACION DE MEDIDAS GENERALES PARA EL MANEJO
DE INFECCION DE GARGANTA EN MENORES DE 5 AÑOS

MEDIDAS GENERALES	INDICADO		NO INDICADO	
	CASOS	%	CASOS	%
REPOSO EN CAMA EN CASO DE FIEBRE	-	-	0	100
POSICION SEMIFOWLER (VIAS RESP. LIBRES)	-	-	0	100
PERMEABILIDAD NASAL (GOTAS S. FISIOLÓGICO)	-	-	0	100
HUMIDIFICACION DEL AMBIENTE	-	-	0	100
AUMENTO DEL CONSUMO DE LIQUIDOS	20	8	230	92
MANTENER HIGIENE DIARIA	105	42	145	58
EVITAR ENFRIAMIENTOS Y CORRIENTES DE AIRE	6	2	244	97
CONTROL TERMICO CON BAÑO EN CASO DE FIEBRE	8	3	242	96
EVITAR EL USO DE ANTITUSIGENOS	-	-	0	100
REVALORACION A LAS 72 HORAS DE LA CONSULTA	31	12	219	87

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

CUADRO 4
USO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE
INFECCION DE GARGANTA ACORDE A LA NORMA TECNICA DE IRAS

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	%	% DE DOSIFICACION		
			ADECUADA	INADECUADA	NO ESPECIFICADA
PENICILINA COMBINADA	20	8	15	80	5
TRIMETROPRIM SULFAMETOXAZOL	3	1	33	33	33
ACETAMINOFEN	105	42	4	77	18

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
VILLAGRANA"

CUADRO 5
USO DE OTRO FARMACO NO ACORDE A LA NORMA
TECNICA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	%
AMOXICILINA	23	12
GUAIFENESINA/ SEUDOEFEDRINA/ DEXTROMETORFAN/ (DIMACOL)	22	12
AMBROXOL	18	9
ERITROMICINA	10	5
CARBOCISTEINA	7	3
DIPIRONA	6	3
LORATADINA	6	3

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL
 CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
 VILLAGRANA"

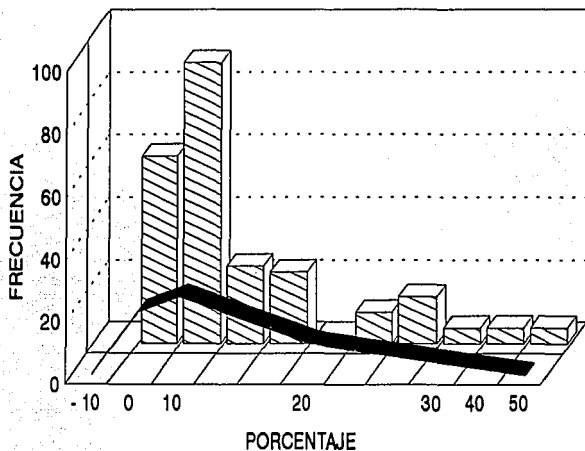
CUADRO 6
EVALUACION GENERAL SEGUN LA ESCALA
ESINI MODIFICADA

	%	No. DE EXPEDIENTES
EXCELENTE	81 - 100	---
SUFICIENTE	51 - 80	---
INSUFICIENTE	31 - 50	2
NO REALIZADO	21 - 30	24
INADECUADO	0 - 20	224
		250 TOTAL

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
VILLAGRANA"

FIGURA 1

EVALUACION DE LA NORMA TECNICA DE IRAS



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO
VILLAGRANA"

ANEXO 1

EVALUACION DEL CASO DE I.R.A.

INTERROGATORIO

EN EL MOTIVO DE LA CONSULTA, SE DEBERA IDENTIFICAR SI EL FAMILIAR:

- MENCIONA LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
- MENCIONA OTROS PROBLEMAS SIN MENCIONAR TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

A LA OBSERVACION DEBE PONERSE ATENCION EN:

SI EL NIÑO TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR
NO SE OBSERVAN NI TOS NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR

LA EVALUACION SERA RESULTADO DE LOS PUNTOS ANTERIORES

- A) SI LA MADRE MENCIONA O EL TRABAJADOR DE LA SALUD OBSERVA QUE EL NIÑO TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SE PROCEDERA A MANEJARLO SEGUN EL ESQUEMA DE ATENCION DEL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
- B) SI LA MADRE MENCIONA OTROS PROBLEMAS Y NO SE OBSERVA NI TOS NI DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SE PROCEDERA A MANEJARLO DE ACUERDO AL ESQUEMA DE ATENCION DEL NIÑO CON PROBLEMA DE OIDOS O DOLOR DE GARGANTA.

ANEXO 2

NIÑO MENOR DE DOS MESES
CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

SIGNOS	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> * DEJO DE COMER BIEN * CONVULSIONES * DIFICULTAD PARA DESPERTARLO * ESTRIDOR EN REPOSO * SIBILANCIA * FIEBRE O HIPOTERMIA 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> * TIRAJE MUY MARCADO <li style="text-align: center;">O * RESPIRACION RAPIDA (60 RESPIRACIONES POR MINUTO O MAS) 	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> * NO TIENE TIRAJE * NO TIENE RESPIRACION RAPIDA (< DE 60 RESPIRACIONES POR MINUTO)
CLASIFICACION	ENFERMEDAD MUY GRAVE	NEUMONIA GRAVE	TOS O RESFRIADO (NO ES NEUMONIA)
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> * REFERENCIA URGENTE A HOSPITAL * MANEJO AL NIÑO ABRIGADO * PROPORCIONAR LA PRIMERA DOSIS DE ANTIMICROBIANO (AMPICILINA) 		<ul style="list-style-type: none"> * CUIDADOS DOMICILIARIOS * MANTENERLOS ABRIGADO * AMAMANTARLO CON FRECUENCIA * LIMPIEZA DE NARIZ * REGRESAR A CONSULTA A LAS 72 HS. O ANTES SI APARECEN SIGNOS DE ALARMA -DIFICULTAD PARA RESPIRAR -RESPIRACION RAPIDA -DIFICULTAD PARA ALIMENTARLO -SE AGRAVA

ANEXO 3
NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS
CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

	1	2	3	4
SIGNOS	<ul style="list-style-type: none"> • NO PUEDE BEBER • CONVULSIONES • DIFICULTAD PARA DESPERTARLO • ESTRIDOR EN REPOSO • DESNUTRICION GRAVE 	<ul style="list-style-type: none"> • TIRAJE 	<p>TIENE RESPIRACION RAPIDA (50 RESPIRACIONES POR MINUTO O MAS EN NIÑO DE 2 A 11 MESES Y 40 RESPIRACIONES POR MINUTO O MAS EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS)</p>	<p>RESPIRACION NORMAL SIN TIRAJE (MENOS DE 50 RESPIRACIONES POR MINUTO EN NIÑO DE 2 A 11 MESES Y MENOS DE 40 RESPIRACIONES POR MINUTO EN NIÑO DE CERO A 4 AÑOS).</p>
CLASIFICACION	ENFERMEDAD MUY GRAVE	NEUMONIA GRAVE	NEUMONIA	TOS O RESFRIADO (NO ES NEUMONIA)
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> • REFERENCIA URGENTE A HOSPITAL • DARLE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIMICROBIANO (TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL). • TRATE LA FIEBRE SI TIENE • TRATE LA SIBILANCIA SI TIENE 		<ul style="list-style-type: none"> • DARLE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIMICROBIANO (TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL) Y EXPLIQUE A LA MADRE QUE DEBE MANTENER EL TRATAMIENTO EN CASA • TRATE LA FIEBRE SI TIENE • TRATE LA SIBILANCIA SI TIENE • REGRESARLO A CONSULTA A LAS 72 HORAS PARA EVALUARLO ANTES 	<ul style="list-style-type: none"> • SI TIENE TOS POR MAS DE 30 DIAS REFERIRLO PARA ESTUDIO. • SI TIENE PROBLEMA DE OIDOS O GARGANTA VER ANEXO 6 • CUIDADOS DOMICILIARIOS • TRATE LA FIEBRE SI TIENE. • TRATE LA SIBILANCIA SI TIENE • REGRESARLO A CONSULTA A LAS 72 HS. PARA EVALUARLO O ANTES SI SE AGRAVA

ANEXO 4

NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
CON PROBLEMA DE OIDOS

SIGNOS	<ul style="list-style-type: none"> * INFLAMACION DOLOROSA DETRAS DE LA OREJA 	<ul style="list-style-type: none"> * SUPURACION POR EL OIDO DE MENOS DE 2 SEMANAS <li style="text-align: center;">O * DOLOR PERSISTENTE DE OIDO, O * TIMPANO ROJO E INMOVIL (AL EXAMEN DE OTOSCOPIA) 	<ul style="list-style-type: none"> * SUPURACION POR OIDO DE DOS SEMANAS O MAS
CLASIFICACION	MASTOIDITIS	INFECCION AGUDA DEL OIDO	INFECCION CRONICA DEL OIDO
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> * REFERENCIA URGENTE A HOSPITAL * DARLE LA PRIMER DOSIS DE ANTIMICROBIANO. (TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL) * TRATA LA FIEBRE SI TIENE * TRATE EL DOLOR SI TIENE 	<ul style="list-style-type: none"> * DARLE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIMICROBIANO. (TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL) Y EXPLICAR A LA MADRE EL TRATAMIENTO EN CASA. * SECAR EL OIDO * TRATAR LA FIEBRE SI TIENE * TRATAR EL DOLOR (ACETAMINOFEN) * REGRESARLO A CONSULTA EN 72 HS. 	<ul style="list-style-type: none"> * SECAR EL OIDO * TRATAR LA FIEBRE SI TIENE * TRATAR EL DOLOR (ACETAMINOFEN) * REFERIRLO PARA ESTUDIO

ANEXO 5

NIÑO CON PROBLEMA DE GARGANTA

	<ul style="list-style-type: none"> * NO PUEDE BEBER 	<ul style="list-style-type: none"> * GANGLIOS LINFATICOS DEL CUELLO SENSIBLES Y ABULTADOS Y * EXUDADO BLANCO EN GARGANTA 	<ul style="list-style-type: none"> * NO TIENE GANGLIOS LINFATICOS DEL CUELLO SENSIBLES Y ABULTOS * NO TIENE EXUDADO BLANCO EN GARGANTA * DOLOR O ARDOR DE GARGANTA * ENROJECIMIENTO DE GARGANTA
CLASIFICACION	ABSCESO DE GARGANTA	INFECCION DE LA GARGANTA (PROBABLEMENTE BACTERIANA)	FARINGITIS (PROBABLEMENTE VIRAL)
MANEJO	<ul style="list-style-type: none"> * REFERENCIA URGENTE AL HOSPITAL * DARLE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIMICROBIANO (PENICILINA BENZATINICA COMBINADA) * TRATE LA FIEBRE SI TIENE * TRATE EL DOLOR (ACETAMINOFEN) 	<ul style="list-style-type: none"> * APLICARLE ANTIMICROBIANO (PENICILINA BENZATINICA COMBINADA) * TRATE CON REMEDIO CASEROS LAS MOLESTIAS DE LA GARGANTA * TRATE LA FIEBRE SI TIENE * TRATE EL DOLOR (ACETAMINOFEN) * REVALORACION A LAS 72 HORAS O ANTES SI EMPEORA 	<ul style="list-style-type: none"> * TRATAMIENTO EN CASA * TRATE CON REMEDIO CASERO LAS MOLESTIAS DE LA GARGANTA * TRATE LA FIEBRE SI TIENE * TRATE EL DOLOR (ACETAMINOFEN) * ACUDA A REVALORACION A LAS 72 HRS O ANTES SI EMPEORA.

ANEXO 6

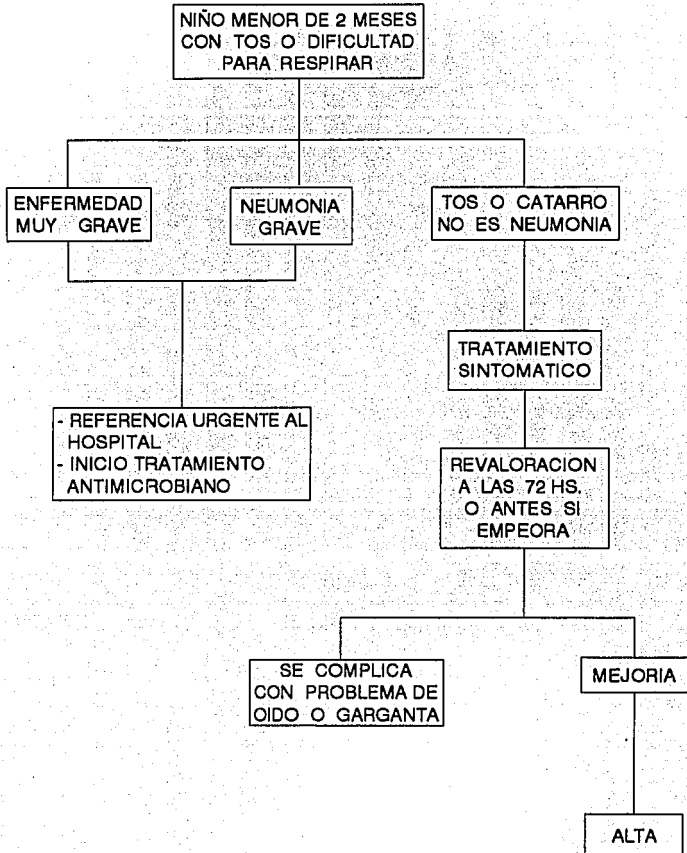
TRATAMIENTO DEL NIÑO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

EDAD	CLASIFICACION	MEDICAMENTO	DOSIS	DURACION TRATAMIENTO
MENOR DE 2 MESES	ENFERMEDAD MUY GRAVE	AMPICILINA	50-100 MG/KG/DIA ORAL	INICIO TRATAMIENTO Y ENVIO INMEDIATO AL HOSPITAL
	NEUMONIA GRAVE	AMPICILINA	50-100 MG/KG/DIA ORAL	INICIO TRATAMIENTO Y ENVIO INMEDIATO AL HOSPITAL
	TOS O RESFRIADO COMUN (NO ES NEUMONIA)	ACETAMINOFEN	50-60 MG/MK/DIA ORAL	SOLO EN CASO NECESARIO
2 MESES A 4 AÑOS	ENFERMEDAD MUY GRAVE	TRIMETROPRIM CON SULFAMETOXAZOL	8 MG TRIMETRO PRIM/KG/DIA 48 MG SULFAMETO XAZOL/KG/DIA ORAL	INICIO TRATAMIENTO Y ENVIO INMEDIATO AL HOSPITAL
	NEUMONIA GRAVE	TRIMETROPRIM CON SULFAMETOXAZOL	8 MG TRIMETRO PRIM/KG/DIA 48 MG SULFAMETO XAZOL/KG/DIA ORAL	INICIO TRATAMIENTO Y ENVIO INMEDIATO AL HOSPITAL
	NEUMONIA	TRIMETROPRIM CON SULFAMETOXAZOL	8 MG TRIMETRO PRIM/KG/DIA 48 MG SULFAMETO XAZOL/KG/DIA ORAL	7 DIAS
	TOS O RESFRIADO DE COMUN (NO ES NEUMONIA)	ACETAMINOFEN	50-100 MG/KG/DIA ORAL	SOLO EN CASO NECESARIO
	MASTODITIS	TRIMETROPRIM CON SULFAMETOXAZOL	8 MG TRIMETRO PRIM/KG/DIA 48 MG SULFAMETO XAZOL/KG/DIA ORAL	INICIO TRATAMIENTO Y ENVIO INMEDIATO AL HOSPITAL
	INFECCION AGUDA DEL OIDO	TRIMETROPRIM CON SULFAMETOXAZOL	8 MG TRIMETRO PRIM/KG/DIA 48 MG SULFAMETO XAZOL/KG/DIA ORAL	7 DIAS
		ACETAMINOFEN	50-100 MG/KG/DIA ORAL	SOLO EN CASO NECESARIO
	ABSCESO DE GARGANTA	BENZETACIL COMBINADO	600,000 U.I.BENZATINICA 300,000 U.I.PROCAINICA 300,000 U.I.SODICA CRISTALINA (INTRAMUSCULAR)	DOSIS UNICA REFERENCIA AL HOSPITAL
	INFECCION DE LA GARGANTA (PROB. BACTERIANA)	BENZETACIL COMBINADO	600,000 U.I.BENZATINICA 300,000 U.I.PROCAINICA 300,000 U.I.SODICA CRISTALINA (INTRAMUSCULAR)	DOSIS UNICA *
	FARINGITIS (PROB. VIRAL)	ACETAMINOFEN	50-100 MG/KG/DIA ORAL	SOLO EN CASO NECESARIO

* CUANDO PUEDE ASISTIR A LA CONSULTA LOS DIAS SIGUIENTES AL INICIO DE TRATAMIENTO, SE RECOMIENDA APLICAR PENICILINA PROCAINICA DE 400,000 U.I. CADA 24 HORAS HASTA COMPLETAR 3 APLICACIONES

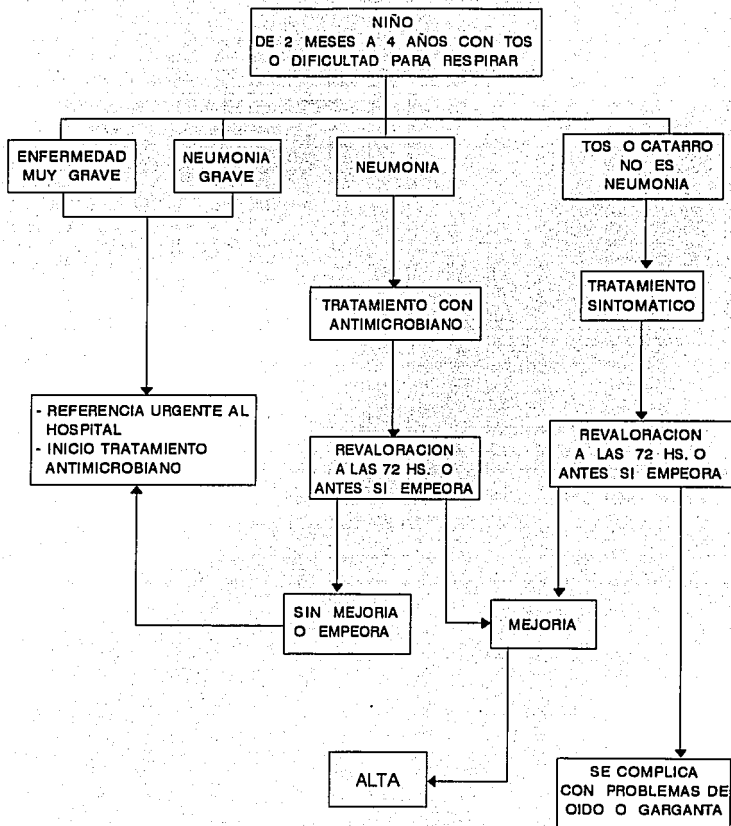
ANEXO 7

MANEJO DE LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (I.R.A.)



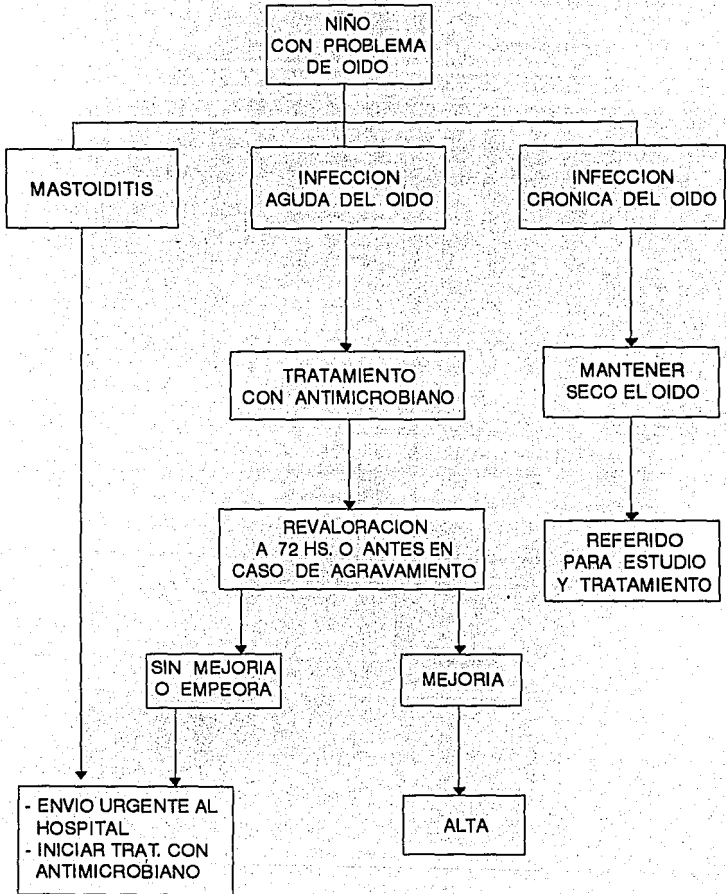
ANEXO 8

MANEJO DE LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (I.R.A.)



ANEXO 9

MANEJO DE LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
(I.R.A.)



ANEXO 10

MANEJO DE LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
(I.R.A.)

