



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MÉDICOS
FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE VÍAS
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS, DE LA UMF 9”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. MARIA GUADALUPE BELLO MARINA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. LIBRADO PEREZ MIJANGOS**

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: R-2019-1101-004

ACAPULCO GRO. FEBRERO DEL 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Guerrero
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

**“IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MÉDICOS
FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE VÍAS
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS, DE LA UMF 9”**

Director de Tesis:

Dr. Librado Pérez Mijangos

Tesista:

Dra. María Guadalupe Bello Marina

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN
MÉDICOS FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DE ENFERMEDADES
DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS, DE LA UMF 9**

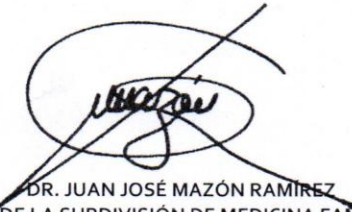
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

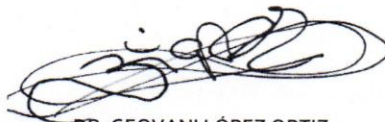
PRESENTA:

DRA. MARIA GUADALUPE BELLO MARINA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO


IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MÉDICOS
FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE VÍAS
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS, DE LA UMF 9
No. Registro R-2019-1101-004


Dra. Ingrid Zaragoza Ruíz

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Francisco Barbosa Castañeda
Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud


Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud




Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1101.
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 001 2018022

FECHA Martes, 15 de octubre de 2019

Dr. librado perez mijangos

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MÉDICOS FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS, DE LA UMF 9** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-1101-004

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANGEL GOMEZ CARBAJAL
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTO

Primeramente le doy gracias a DIOS por permitirme realizar esta especialidad tan hermosa y humana

Al Dr. Librado Pérez Mijangos quien me brindo ayuda y nunca dudo en apoyarme como director de tesis.

A la Dra. Guillermina Juanico Morales quien tuvo paciencia para la revisión de mi trabajo.

A la Dra. Irasema Urbina Aranda profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar, por su experiencia y enseñanza en esta noble profesión.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos coordinador clínico de educación e investigación en salud, quien siempre me brindo de su apoyo en el uso de la infraestructura de la sede para mi trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a todos los medico especialistas de las diferentes ramas de esta hermosa profesión que se involucraron a lo largo de estos 3 años.

DEDICATORIA

Le dedico este logro a DIOS el más grande y digno de adorar, el mejor doctor de doctores, y a mis padres que siempre me impulsaron y ayudaron a seguir adelante en esta profesión, el señor Anselmo bello Villegas un gran ejemplo a seguir en puntualidad y cumplimiento en su deber y dar más del 100% y a mi madre Melania marina montero y mi gran enfermera , que desde pequeña me llevo a conocer esta grande institución, por su perseverancia y buena relación con su pacientes, ellos quienes desde pequeña dieron todo por mí. A mi amado esposo Carlos Vargas quien siempre me ayudo y apoyo a superarme en mi carrera, como en los mejores y malos momentos, y a mi hermoso regalo que Dios me dio, mi preciosa princesa Noemí Vargas Bello, quien es mi motor que me impulsa a seguir, y dar lo mejor de mí, me motiva con gran alegría, y a mis amigos quien tuve y encontré en esta especialidad de medicina familiar.

INDICE	PÁGINAS
Resumen	9
Marco teórico	11
Planteamiento del problema	33
Justificación	35
Objetivos de la investigación	36
Objetivo General	36
Objetivos específicos	36
Hipótesis	36
Metodología	36
Tipo de estudio	36
Población, lugar y tiempo de estudio	37
Tamaño de la muestra	37
Criterios de selección	37
Definición y Operacionalización de las variables	38
Instrumento de medición	39
Descripción general del estudio	39
Análisis estadístico	41
Consideraciones éticas	42
Resultados	44
Discusión	51
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Referencias bibliográficas	55
Anexos	60

RESUMEN

TITULO: Implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9

ANTECEDENTES: En México la semana 38 epidemiológica de octubre 2019 a nivel nacional se notificaron 363 casos nuevos de IRA por cada 100, 000 habitantes. La tasa de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 38 en menores de un año es de 50,255 casos y en el grupo de 1 a 4 años es de 31,832. La estadísticas de mortalidad de la INEGI del 2017 fue de 3.3 % muertes de influenza y neumonías por cada 1000 niños nacidos vivos. El Médico Familiar se encuentra en el primer nivel de atención y es el primer contacto con el paciente infantil, lo cual nos lleva a detectar a tiempo las IRAS, hacer un diagnóstico clínico oportuno y tratamiento eficaz. Para ello se requiere de diversas estrategias educativas para actualización sobre dichas enfermedades.

OBJETIVO: evaluar una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9

METODOLOGIA: Se realizó un estudio cuasi experimental, "diseño de grupo control", descriptivo, se evaluó la congruencia clínico, diagnóstico, terapéutica con apego a la guía de práctica clínica previa y 1 mes posterior a la implementación de una estrategia educativa en médicos familiares de la UMF9, divididos en dos grupos de 28 médicos, uno con la estrategia educativa y el grupo control no. Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo de Excel y el análisis estadístico se realizó en el programa estadístico SPSS obteniendo frecuencias simples y porcentajes, así como medidas de tendencia central.

RESULTADOS: En el grupo experimental previa intervención tubo 14.71% (4/28) de cumplimiento de cedula de evaluación y el grupo control 7.14% (2/28), posterior a la estrategia educativa, hubo un aumento cumplimiento de 68.28 % (18/28).

CONCLUSIÓN: la implementación de una estrategia educativa en médicos familiares impacto en el conocimiento y congruencia clínica diagnostica significativamente.

Palabras clave: enfermedades respiratorias agudas, estrategia educativa.

SUMMARY

TITLE: Implementation of an educational strategy in family doctors on the management of acute respiratory diseases in children, of the UMF 9

BACKGROUND: In Mexico, the 38th epidemiological week of October 2019 nationwide reported 363 new cases of ARF per 100,000 inhabitants. The cumulative national incidence rate up to epidemiological week 38 in children under one year of age is 50,255 cases and in the group of 1 to 4 years it is 31,832. The INEGI mortality statistics for 2017 were 3.3% deaths from influenza and pneumonia for every 1000 children born alive. The Family doctors is in the first level of care and is the first contact with the child patient, which leads us to detect IRAS in time, make a timely clinical diagnosis and effective treatment. For this, various educational strategies are required to update these diseases.

OBJECTIVE: to evaluate an educational strategy in family doctors on the management of acute respiratory diseases in children, of the UMF 9

METHODOLOGY: A quasi-experimental study, "control group design", descriptive, clinical, diagnostic, and therapeutic congruence was evaluated according to the prior clinical practice guideline and 1 month after the implementation of an educational strategy in family doctors of the UMF 9, divided into two groups of 28 doctors, one with the educational strategy and the control group No. The data obtained were captured in an Excel spreadsheet and the statistical analysis was performed in the SPSS statistical program obtaining frequencies simple and percentages, as well as measures of central tendency.

RESULTS: In the experimental group previous intervention tube 14.71% (4/28) of compliance with the evaluation card and the control group 7.14% (2/28), after the educational strategy, there was a 68.28% compliance increase (18 / 28).

CONCLUSION: the implementation of an educational strategy in family doctors impact on knowledge and clinical congruence significantly diagnoses.

Keywords: acute respiratory diseases, educational strategy.

1. MARCO TEORICO

Según la OMS 5.9 millones de niños murieron antes de cumplir 5 años en 2015. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y accesibles. Y una de la principal causas de muerte entre los menores de 5 años es la neumonía. El 13 de diciembre de 2017, en Ginebra cada año se producen hasta 650.000 defunciones por enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe estacional, según nuevas estimaciones de los centros para el control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y asociados para la salud mundial. (1)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2018, con datos de la ENOE (Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo), las niñas, niños y adolescentes en México representan 30.1% de la población total suman 38.3 millones. De acuerdo con los datos del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) la tasa de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos se redujo de 20.8 en el año 2000 a 12.1 en 2016.(2)

A partir del 2017, la principal causa de muerte en menores de un año son las afecciones originadas en el periodo perinatal, responsable de una de cada dos muertes (51.3%); 24.8% se deben a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y 4.2% a muertes por accidente Y solo 3.3 % a influenza y neumonías. La tasa de mortalidad del 2016 en los estados de Puebla (14.4), Campeche (14.1) y Tabasco (14.0) presentaron las tasas más altas de mortalidad infantil a nivel nacional. Y guerrero (13.3) por cada 1000 niños y niñas nacidos vivos. (2)

El informe semanal de vigilancia de IRA de la semana 34 a semana 38 del 2019 por entidad federativa, en México, por la subsecretaria de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología. (3)

Las entidades federativas que presentaron el mayor incremento de casos de IRA en la semana epidemiológica 38, con respecto a la anterior fueron: Baja California 15.4%, Coahuila 8.6%, Nuevo León 3.4 %, Tamaulipas 2.6%, Veracruz 1.3%, Durango 1.2 % Michoacán 0.9%. Por incidencia la entidad más afectada durante la semana epidemiológica 38 fue: Zacatecas (809.5), Yucatán (669.7) y Aguascalientes (596.3). En la semana 38 a nivel nacional se notificaron 363 casos nuevos de IRA por cada 100, 000 habitantes. La tasa de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 38 en menores de un año es de 50,255 casos y en el grupo de 1 a 4 años es de 31,832. La razón de tasas de incidencias hombre-mujer es de 1.2. El 56% de los casos se presentaron en el sexo femenino. (3)

La norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994 (prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud), las IRAS ocupa el 1er lugar dentro de las causas de morbilidad y demanda de atención médica en menores de 5 años, la infección respiratoria aguda es una enfermedad infecciosa causada por microorganismos, que afecta el aparato respiratorio en un periodo de menor de 15 días, se divide en 2, infecciones de vías respiratorias superiores que van por arriba de la cuerdas bucales, e inferiores por debajo de estas.(4)

La guía de práctica clínica (GPC) de infección aguda de vías respiratorias superiores (IAVRS) es la primera causa de enfermedad en México, y el primer motivo por el cual se busca atención médica. Los niños presentan de 5 a 8 episodios de infecciones respiratorias, anualmente. El 80 a 90% es de etiología viral, son benignos se auto limitan y solo 15 al 30% es bacteriana. Las características clínicas de IRAS viral son: conjuntivitis, coriza tos, diarrea, ronquera, estomatitis ulcerativa leve, exantema. (5)

A diferencia de las bacterianas, la más común es por estreptococo b hemolítico del grupo A. Se agrega fiebre, cefalea, náuseas, vomito, y dolor abdominal, inflamación amigdalina, adenitis cervical, rash escarlatiforme, petequias en palatinas, exudado amigdalino purulento.

Una de las escala clínica que apoya el diagnóstico de infección por estreptococo b hemolítico del grupo A, es la escala de Centor modificada, la cual evalúa 4 parámetros: exudado faríngeo, nódulos cervicales dolorosos e inflamados, fiebre, ausencia de tos y grupo etario, Centor de 3-5: alta probabilidad y 0-2 baja probabilidad. (5)

La CIE-10 propuesta por la OMS, agrupa a las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, se subdividen en códigos: J-00 Rinofaringitis aguda (Resfriado común) J-01 Sinusitis aguda, J-02 Faringitis aguda, J-03 Amigdalitis aguda, J-04 Laringitis y traqueítis aguda, J-05 Laringitis obstructiva aguda y epiglotis, J-06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados. (6)

La Rinitis aguda es más frecuentes en niños y ocupa el 50 % de los casos de IRAS, de origen viral, por lo que se auto limita, es más frecuente en invierno, su transmisión es con la secreciones nasofaríngeas, directa o indirectamente. Los rinovirus son responsable del 30 a 50%, coronavirus 10-20%, se caracteriza por inflamación de la mucosa nasal y faringe, hiperemia de mucosa, tos y obstrucción nasal, epifora, mialgias y artralgias, astenia, adinamia. Una de más medidas de prevención es la vacunación como ocurre en la influenza y parainfluenza, el tratamiento es sintomatológico, reposo, hidratación, solución salina para lavados nasales, se puede prescribir paracetamol 10-15 mg/kg/dosis.(7)

La sinusitis (rinosinusitis), es la inflamación de la mucosa tanto de los seno paranasales como la nariz, son de origen viral y solo el 5 a 13% se coloniza por bacterias, afecta más a preescolares, con duración de 4 semanas, por factores de riesgo como guarderías, bajas defensas, mala nutrición y exposición frecuente.(7)

La sinusitis subaguda tiene una duración de 4-12 semanas, y la crónica de 12 semanas o 90 días. Los síntomas cardinales de criterio mayor son: dolor o presión facial, plenitud o congestión facial, obstrucción nasal, rinorrea purulenta, o descarga retro nasal purulenta, hiposmia o anosmia. Los criterios menores: fiebre, cefalea, halitosis, fatiga, tos y otalgia. El tratamiento en la sinusitis viral es permeabilizar los orificios de drenaje, y en infecciones bacterianas dar amoxicilina 45-90/mg/kg/día de 2-3 dosis si hay resistencia usar, ácido clavulánico, las complicaciones de la sinusitis son: celulitis peri orbitaria, absceso orbitario, neuropatía óptica, meningitis, absceso cerebral y choque séptico. (7)

La sociedad española de infectología pediátrica, realizó un consenso del diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda, en enero - marzo 2014, la cual define como un proceso agudo febril de origen infeccioso, con inflamación de la mucosa de la faringe, el patógeno frecuente es el estreptococo pyogenes o B hemolítico del grupo A. Las complicaciones supurativas se presentan del 1-2% como celulitis y absceso periamigdalino, otitis media aguda, sinusitis, mastoiditis, adenitis cervical supurativa y las complicaciones no supurativas: la fiebre reumática y glomerulonefritis pos estreptocócico, artritis reactiva postestreptocócica, eritema nodos, la purpura anafilactoide y el síndrome PADAS. El diagnóstico es clínico, existe una escala clínica de valoración de Centor, otros estudios de laboratorio como TDR (detección rápida de antígeno estreptocócico) es rápida 10-20min, especificidad del 95% y sensibilidad del 70-90%, el tratamiento de elección es penicilina y amoxicilina aunque se puede usar el cefadroxilo, en alergias a beta-lactámicos, así como macrólidos en alergias. (8)

La amigdalitis es una enfermedad infecciosa más frecuente antes de los 3 años, se define como la inflamación aguda de las amígdalas incluso la faringe, fiebre, odinofagia, y modificación de la orofaringe. El 50-90 % es de origen viral, un 20 % es de origen bacteriano, el patógeno más visto es estreptococo B hemolítico del grupo A 25-40 %. Su clasificación es la siguiente:

Amigdalitis eritematosa: amígdalas y faringe congestiva es de origen viral, acompaña a parotiditis, gripe, sarampión, rubeola, varicela y poliomielitis.

Amigdalitis Eritematopultacea: amígdala de color rojo intenso de un exudado pultáceo: gris amarillento, puntiforme o trabéculado, delgado y fiable, puede ser de origen viral o estreptococo b hemolítico no A.

Amigdalitis vesiculosa: con vesículas hialinas a nivel de amígdala y pilares que aparecen de color rojo intenso, después aparece exudado blancos rodeados de una areola eritematosa, que a veces confluye en una pseudomembranas de contorno poli cíclico es prototipo de amigdalitis herpética y herpangina.

Amigdalitis ulcero necrótica: es unilateral profunda está recubierta por material necrótico.

Amigdalitis pseudomembranosa: muestran pseudomembranas nacaradas se extiende desde la amígdala a úvula, el velo y los pilares se debe sospechar en mononucleosis infecciosa, virus de Epstein - Barr y difteria. (9)

En la sesión de neumología pediátrica en el hospital clínico universitario de Valladolid se realizó un estudio integral de Laringitis, Crup y Estridor. La laringitis aguda subglótica o Crup es la causa de la obstrucción de la vía aérea superior, más frecuente en la infancia, en época de otoño-invierno en niños de 6 meses y 3 años, con la triada de disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio con o sin disnea, tras un cuadro prodrómico catarral, su mayor etiología es de origen viral por (parainfluenza tipo 1), es una urgencia respiratoria benigna, hay que diferenciar de epiglotis y traqueítis bacteriana. (10-11)

El diagnóstico es clínico, pero puede usarse pruebas complementarias: escalas de puntuación taussin y West-ley para determinar la gravedad, así como evaluación radiológica, el signo de punta de lápiz o de aguja, o del campanario.

Los corticoides es el tratamiento de elección en urgencias con dosis única de dexametasona oral de 0.15 mg/kg en una dosis y hasta 0.30, y 0.60 con máximo 10mg, así como prednisona por tres días, a dosis 2mg/kg/día más eficaz.(10-11)

Se ha usado la humidificación y oxigenoterapia de vapor frío como apoyo, y en casos graves con adrenalina racimada su efecto comienza en 10 min, a dosis 0.5 ml/kg hasta un máximo de 5ml, completando 10 ml con suero salino nebulizando con flujo de 5-10 l/min con oxígeno al 100%. (10-11)

La GPC de la epiglotis nos habla que es un proceso inflamatorio infeccioso el cual involucra la epiglotis y es una urgencia médica que amenaza la vida, la bacteria haemophilus influenza del serotipo b es la principal causa de enfermedad invasiva en los niños, en regiones no industrializadas, causando meningitis, epiglotitis, sepsis, osteomielitis. A la introducción de la vacuna H1b en estados unidos de norte américa disminuyo la incidencia anual de epiglotis aguda en población inmunizada de 3.74 casos por cada 100,000 (1980) a 0.63 casos por 100,000 (1990). (12)

Los factores de riesgo para sospecha de epiglotitis aguda: pacientes sin inmunizar contra H1b, niños de 5 a 11 años de edad y género masculino, uso antibiótico persistente, Enfermedad Oncológica, inmunodeficiencia hipoparatiroidismo. (12) El cuadro clínico es de inicio abrupto y progresión rápida, fiebre, dolor laríngeo, toxicidad, voz apagada, las 4 "Ds" Disfagia, disfonía disnea, sialorrea. El diagnóstico es clínico y visualización directa de la epiglotis edematosa e hiperemia (rojo cereza), el tratamiento es asegura la vía aérea e inicio temprano con cefalosporinas de segunda generación, deben referirse a los niños con sospecha y dar quimioprofilaxis a contactos con rifampicina por 4 días, menores 1 mes 10mg/kg/día, y mayores de 1 mes a 12 años 20mg /kg/día (12).

La otitis media es la presencia de derrame en el oído medio con inflamación de la membrana timpánica se acompaña de fiebre, de origen bacteriano (S. pneumoniae y H. influenzae.) suele ser aguda menos de 6 semanas o crónica más de 3 mes, afecta a 1 de cada 4 niños menores de 10 años, con predominio de 3 meses y 3 años, el pico de prevalencia es de 6 meses a los 18 meses.(13)

Los factores de riesgo son: infección viral previa, bajo peso al nacer, no lactancia materna, exposición al tabaco, hacinamiento, asistencia a guarderías y defectos congénitos, biberón, inmunodeficiencia. El cuadro clínico se divide en 3 fases:

Hiperemica: fiebre, otalgia e irritabilidad, otoscopia con hiperemia.

Exudativa: otalgia y fiebre intensa, otoscopia formación de moco y pus, abombamiento, edema y opacidad de la membrana timpánica.

Supurativa: cede los síntomas al romperse la membrana timpánica, otorrea macroscópica, inicialmente Serosanguinolento, posteriormente mucopurulento y fétido.

El diagnóstico es clínico con otoscopia, y las complicaciones graves: son otitis recurrente, mastoiditis y celulitis periorbitaria, el tratamiento en menores de 2 años es a base de penicilina (amoxicilina 90mg/kg/ día por 7- 10 días) y cefuroxima 30mg/kg/día cada 12 hrs. x 10 días, cefdinir 14 mg/kg/día cada 12-24 hrs x 10 días en caso de alergia macrólidos. Se deben referir pacientes pérdida de la Audición y complicaciones graves. (13)

Manejo de infecciones respiratorias bacterianas en pediatría, por Dr. Torres del departamento de pediatría clínica los condes, el cual nos comenta que la infección respiratoria constituye la principal causa de consulta y de hospitalización en pediatría. Las infecciones virales no requieren tratamiento más que de soporte, este artículo se refiere al manejo de infecciones respiratorias bacterianas, faringoamigdalitis Estreptocócica, sinusitis, otitis y neumonía. Con el uso de amoxicilina en una dosis por 10 días y en neumonías, sinusitis y otitis media el tratamiento con amoxicilina a dosis 80-100mg /kg/día cada 12 hrs. (14)

La Rev. Med. Clin, Condes 2017 Vacunas e Infecciones Respiratorias, Una de las intervenciones más exitosa de salud pública, ha sido la introducción de campañas y programas de vacunación mundial, logrando reducir e incluso erradicar enfermedades de alta morbimortalidad, se estima que gracias a ellas se ha evitado más de 3 mil millones de casos de enfermedades y se salvan 25 millones de muertes entre el período a nivel 2011 al 2020. (15)

Las enfermedades respiratorias infecciosas son causa relevantes de morbimortalidad a nivel mundial por lo que el desarrollo de estrategias de prevención a través de las vacunas ha sido una tarea desde los inicios, nuestro PNI tiene incorporado varias vacunas tales: como infecciones respiratorias que protegen contra distintas infecciones respiratorias tales como neumonía, epiglotitis, gripe, otitis media aguda, coqueluche, difteria, tuberculosis y sarampión. (15)

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 253 pacientes menores de 5 años de edad, ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el hospital distrital de sayaxche, desde enero a septiembre de 2012, con vista a caracterizar la morbilidad. En la que predominó el sexo masculino (55.7%), los niños menores de 1 año (55.3%), la exposición al humo pasivo como principal factor de riesgo asociado (75%), la fiebre como manifestación clínica al ingreso (98%), así como la neumonía/bronconeumonía en este grupo de edades (88,6%) de los cuales 58.7 % recibió tratamiento con ceftriaxona.(16)

La estadística hospitalaria fue generalmente de 4-6 días y la mayoría de los afectados egresaron mejorados. Entre los factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas pueden encontrarse la presencia de desnutrición, situaciones ambientales y condiciones socioeconómicas bajas como hacinamiento, pésima ventilación, baja escolaridad de padres, escasa percapital familiar, lo que conlleva alimentación deficiente en niños, e inestabilidad familiar , lo cual suma problemas culturales, migratorios y falta de acceso a servicios de salud (16).

Se llevó a cabo un estudio analítico de casos y controles para identificar factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias altas recurrentes (IRAR) en menores de 5 años de la Habana vieja entre enero y junio del 2008, se estudiaron 40 niños con IRAR seleccionados por muestreo por conveniencia y 40 controles. Se aplicaron encuestas a los familiares. Los resultados fueron que las IRAR más frecuentes fue la adenoiditis con un 18 casos (45%). (17)

En conclusión los factores de riesgo que inciden en las IRAR son: antecedentes personales y familiares de alergia, la lactancia materna inadecuada, la exposición al humo de tabaco y la presencia de animales domésticos, el frío, el cambio de tiempo y la humedad. (17)

La prevalencia de infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 5 años de edad y su asociación con desnutrición en el centro de salud de Jadan, Azuar, Ecuador de enero a diciembre 2014 se realizó un estudio observacional analítico, transversal, en los pacientes de la consulta ambulatoria se registraron un total de 808 pacientes menores de 5 años de edad, con diferentes patologías, la principal IRA fue la Rinofaringitis que alcanzó 68.2 % de los casos seguida por neumonía 14.9%, la prevalencia de atención predominó en el sexo masculino, de los 808 se registraron, 484 presentaron IRAS con una prevalencia del 59.9% de atenciones por morbilidad la edad fue de 24.62 meses, de los 484 con IRAS se encontraron 92 casos de desnutrición, que corresponde el 78% de los pacientes desnutridos, se encontró una asociación significativa entre la desnutrición y las IRAS dada por una razón de prevalencia de 1.37 con intervalo de confianza al 95%. (18)

Se realizó un estudio de la revista medicina general y de la familia de actualización en patología de las vías respiratorias pediátricas: abordaje desde un servicio de urgencias de atención primaria. El diagnóstico de todas las IRAS es fundamentalmente clínico, y es tan importante su reconocimiento como la valoración adecuada de su gravedad para instaurar un tratamiento apropiado en el servicio de urgencias de atención de primaria. Por clínica se divide en vía aérea superior en la cual está la laringitis infección producida por virus localizada en región subglótica de la faringe, el cuadro clínico es ronquera o pérdida de la voz, por la noche con tos perruna, estridor espiratorio, dificultad respiratoria, fiebre en otoño e invierno y predominio en hombre. La epiglotitis: es la inflamación grave de la estructura supra glótica con la introducción de la vacuna, no cursa con tos el niño adopta posición de trípode, aspecto tóxico y fiebre. (19)

La traqueítis bacteriana es inflamación de la pared tráquea, y bronquio principal con estridor, fiebre alta, aspecto toxico y dificultad respiratoria intensa. El tratamiento laringitis corticoide sistémico dexametasona 0.15-0.6/ mg/kg, así como budesónida en inhalación y adrenalina racimada en nebulización con frio. (19)

La Prevalencia y periodicidad de virus Sincitial Respiratorio en Colombia, es uno de los primero agentes causantes de hospitalización en niños menores de 5 años en todo el mundo y responsable de mortalidad en países en vías de desarrollo, los estudios recientes sobre inmunidad antiviral ha generado un ambiente óptimo para lograr un vacuna antiviral segura y eficaz en un futuro cercano, uno de los objetivos de salud de la Cideim es facilitar la introducción de la vacuna contra el VSR en Colombia.(20)

Se hizo revisión de 36 estudios epidemiológicos y clínicos sobre el virus Sincitial respiratorio realizado en el país en 40 años, con el fin de evaluar históricamente la prevalencia de la enfermedad por este patógeno y la periodicidad reportada en las diferentes ciudades de Colombia, aunque en varias ciudades existe un pico en la presentación del virus de marzo y abril particularmente en Bogotá. La prevalencia VSR (rango 7 a 41%) en los últimos 40 años este ha sido el principal agente responsable de la infección respiratoria baja en niños menores de 5 años en Colombia. (20)

Se documentó una evaluación del conocimiento sobre el uso clínico de antibióticos en residentes de pediatría en un hospital pediátrico de ciudad de México, Federico Gómez es un estudio prospectivo trasversal y comparativo mediante la aplicación de un cuestionario anónimo para evaluar el conocimiento de médicos residentes de primer, segundo, tercer año de pediatría y de diversas especialidades pediátricas, como quirúrgica y de infectología. Fueron evaluados 161 residentes se observaron diferencias estadísticas significativas, con el grupo de infectología ($p:= < 0.001$) sin embargo no hubo diferencia entre los grupos de médicos de pediatría y especialidades pediátricas. (21)

El conocimiento básico sobre antibióticos de los residentes que ingresan al HIMFG es de 60%. En conclusión debemos educar a los padres en cuanto al uso de antibiótico, conozcamos mejor los antibiótico, prescribir de acuerdo a la razón y no la moda, esforzarnos para hacer diagnóstico clínicos de infección bacteriana de más certeza. (21)

Se realizó una revisión documental sobre aspectos de interés relacionados con las IRA, en la universidad de ciencias médicas Guantánamo, Cuba, la cual ofrecemos como material complementario a todos los profesionales involucrados de alguna forma en la promoción, prevención, diagnóstico y manejo de los casos, y a todos aquellos interesados en la lucha incesante por la calidad de vida de nuestra población infantil. Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen, en los países en desarrollo, una de causa frecuente de morbilidad y mortalidad, y en Cuba ocasionan los principales problemas de salud en la población infantil menor de 5 años. Estudios realizados demuestran que persisten dificultades en el manejo estandarizado de los casos, la identificación de signos de alarma por parte de las familias y el tratamiento a los factores de riesgo. (22)

Autores como Benguigui y colaboradores, plantean que la mitad de las muertes en niños ocurre a los 6 meses por infecciones respiratorias, en menores de 5 años de edad. Es debido a inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y destete temprano. Unido a este aspecto, el uso de prácticas inadecuadas y hasta perjudiciales por parte de los padres, y la existencia de personal de la salud poco capacitado. El Programa cubano descansa sobre los 3 pilares fundamentales de la estrategia AIEPI: identificación precoz de los signos de alarma, manejo estándar de casos y capacitación de las madres, y le concede especial importancia a la prevención, la capacitación profesional, social y comunitaria, y la evaluación de las acciones para medir el impacto como forma de retroalimentación. (22)

Se documentó un estudio sobre el cumplimiento terapéutico en niños a los que se prescribieron tratamiento antibiótico e identificar los factores de riesgo con el cumplimiento. Es un estudio observacional y prospectivo, en 3 consultas de pediatría de 2 centros de atención integrada de la provincia de Albacete, se evaluaron al cabo de una semana 117 niños que recibieron tratamiento antibiótico en 2 zonas básicas de salud. Se estudiaron variables sociales, (edad, sexo, nacionalidad del niño, niveles de estudio de los padres, estado civil de los padres, clase social de los padres), problemas de salud, cumplimiento (cuestionario de Morisky-Green,) y otras características relacionadas con el antibiótico prescrito y con los participantes. (23)

Resultados: la edad media fue 4.8 años (DE: 3.3), el cumplimiento del cuestionario Morisky-Green no fue adecuado 55.6%. Los motivos más frecuentes fue: la administración incorrecta o abandono del tratamiento de los cuales son: no despertar al niño, mejoría, y olvido de toma. 14 pacientes tuvieron efecto adverso. En conclusión: más de la mitad de los niños que tomaron antibiótico en atención primaria no cumplen correctamente con el tratamiento prescrito, el nivel de estudios de los padres y el número de tomas al día se relaciona con el incumplimiento del tratamiento antibiótico (23)

Se llevó a cabo un estudio de incidencia en infecciones respiratorias agudas y prescripción de medicamentos en niños menores de 5 años que acudan al puesto de salud la begonias Perú de noviembre 2012 - diciembre 2013, se realizó un estudio descriptivo no experimental y prospectivo con una muestra de 350 niños menores de 5 años de edad con IRAS, cuya población fue de 1371, para determinar la frecuencia en la incidencia de IRAS, en niños menores de 5 años se utilizó la historia clínicas ,se obtuvo la información para fichas de recolección, se tabularon analizaron e interpretaron de acuerdo a los objetivos planeados.(24)

Se obtuvieron los siguientes resultados: 350 niños presentaron IRAS cuyo porcentaje fue 25.52%, la frecuencia de IRAS en los niños de 0 a 1 año fue 33.14%, de 1 a 2 años 22.00%. La faringoamigdalitis es la IRA más frecuente (37.98%), luego faringitis aguda (19.40%).(24) El medicamento más prescrito fue ibuprofeno (37.50%). El número de fármacos prescritos fueron: dos 33.14%, tres 22.00%. Finalmente eferente las patologías que se presentaron paralelamente con las IRAS fueron: anemia por deficiencia de hierro 45.57 %; parasitosis, intestinal 17.72 % y caries dental 11.39 %. (24)

Se realizó un estudio sobre los costos de tratamiento hospitalario de la infección respiratoria aguda grave en niños de Nicaragua, en El Hospital Infantil Jesús Rivera de Managua del año 2009 -2011, casos de alta complejidad, en población de 6 meses a 9 años de edad. Se usaron 5 categorías para estimar costos: 1. Gastos administrativos, 2. atención por parte del personal de médico, 3. Exámenes de laboratorio y radiología; 4. Procedimientos y 5. Medicamentos. Se obtuvo información de un total de 113 historias clínicas con una edad promedio de 24 meses.El 35.4% fueron niñas y el 43.4 % de la población reportaba un antecedentes patológico: el 24% desnutrición y el 10% anemia. (25)

Se calculó una muestra aleatoria de pacientes con diagnóstico neumonía, se estimó el costo promedio por paciente, del 2011 en dólares americanos. Resultados: el costo promedio de atención de casos en niños fue de 314, 9 US\$ y de 971,6 para los que requieren UCI. El 41 % de los costos en los que solo requirieron hospitalización general se explica por gastos de hotelería, mientras que en los que solo requieren UCI el 52% es por medicamentos. En conclusión el micro costó de los casos de IRAG permitió estimar un valor promedio por caso tratado (25).

En el estudio de Participación comunitaria en la prevención y manejo de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del Barrio el Verdel, san Gil, el objeto de este estudio fue implementar procesos de participación comunitaria en los habitantes. Este lugar se encuentra cerca de la rivera del río fonce así como en zona industrial por collados y cementos argos. El tratamiento que usaba para tratar la gripe, fue jugos de vitamina C, leche de sauco, miel con limón preparados de boticarios, auto recetados, los padres indicaron que el ejercicio ayuda a eliminar la toxina por el sudor preferían no bañar a los niños cuando pasan por un cuadro viral. (26)

Se estudió a 2 grupos con 24 cuidadores (padre o familiar cercano) de 20 niños y niñas menores de 5 años. Se aplicó una encuesta socio-sanitaria 2009. Resultado: en el barrio Vergel la población está en 30 a 44 años de edad (27.4 %) y menores de 5 años (10.1 %, con primaria incompleta (30.2 %) y es frecuente la gripe (39.6 %). Conclusión se identificaron en la población, prácticas culturales para el manejo y prevención de la IRA en niños y se establece un plan de cuidado transculturales de manera participativa. Ya que la población del barrio el verdel es joven y con baja escolaridad, inexperiencia por lo que requirieron de apoyo y educación en salud por personal de enfermería (26)

Según el artículo; Conocimiento y Practica en Madre de niños menores de un año Sobre infecciones Respiratorias Agudas Servicio de pediatría del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2016 se utilizó el método cuantitativo de corte trasversal, con diseño descriptivo, la muestra estuvo conformada por 71 madres de niños menores de 1 año, a quienes se les aplicó un instrumento constituido por 40 ítems. (Se concluyó: a) las madres de niños de un año de servicio de pediatría presentan un nivel de conocimiento alto sobre IRAS, en relación a una alimentación adecuada, vacunas y complicaciones. B) otras presentan un nivel de conocimiento medio sobre IRAS, signos de alarmas, causas de las IRAS, lugares de riesgo y c) un grupo reducido presenta prácticas incorrectas en relación a las vacunas que previamente la enfermedad y los factores de riesgo.(27)

En conclusión solo un tercio presenta un nivel de conocimiento alto de IRAS, en relación a los signos de alarma y factores de riesgo; casi el 50% en relación a la alimentación y vacunas, más del 50% de madres encuestada tienen un nivel de conocimiento alto en relación a las complicaciones. (27)

Se realizó un estudio sobre percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el hospital distrital de horqueña 2012. De los cuales se presentaron los objetivos: identificar los conocimientos de las madres de los niños menores de 5 años acerca de la infecciones respiratorias aguda, identificar las actitudes de las madres de niños menores de 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias aguda, Identificar las prácticas de las madres de niños menores de 5 años acerca de la prevención de las infecciones respiratorias agudas. Se hizo un estudio descriptivo y de enfoque cuantitativo, tipo transicional y de diseño no experimental se usó técnica de encuesta como instrumento del cuestionario con preguntas cerradas en forma personal a cada madre. (28)

Los resultados en tablas y gráficos muestra 72 madres que acude al hospital distrital de horqueta de los cuales un 93% conocen las infecciones respiratorias agudas, el 74 % de las madres manifiestan actitud positiva para el tratamiento de la mencionada enfermedad y un 68% de las encuestadas realizan todas las actividades para prevenir las infecciones agudas. Se puede deducir que las madres de niños menores de 5 años poseen buenos conocimientos acerca de la enfermedad, manifiestan actitud positiva y practican las normas adecuadas para prevenir las IRAS (28)

Se llevó a cabo un estudio de la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad, Racar 2017. La investigación fue cuantitativo, analítica de corte trasversal. Con resultados 43.9% son de género masculino y 56.1% femenino; de ellos 27.6 % tiene 4 años y 20.3% tienen 1 año. La percepción de las Madres de familias afirma que entre los factores ambientales 73.2% considera el polvo es un riesgo para IRA, donde el 37.2% es generado por la presencia de vehículos. (29)

De total de personas encuestadas solo el 54.5% tienen vivienda propia, así mismo el 49.6% no cuenta con servicios de agua potable, en conclusión los factores ambientales son uno de los principales factores para la prevalencia de infecciones respiratorias agudas, de los cuales el polvo, el humo, son los generadores de tos, fiebre y catarros como síntomas de IRA. (29)

Se documentó un estudio para evaluar la competencia del médico familiar en iras en menores de 5 años de la UMF 11 en delegación de Aguascalientes, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal se tomó como universo de trabajo a todos los médicos familiares de la UMF 11, el conocimiento se midió mediante respuesta dicotómicas, mediante un caso clínico auto-aplicado, los ejes de habilidad y actitud se midió con un escala cualitativa tipo Likert. Con resultados en la evaluación del conocimiento se encontró 47.6% nivel medio y 52.4 al nivel más alto. En la valoración de habilidades, 9.5% correspondió a nivel medio, y 90.5% a nivel bajo. (30)

En cuanto a la actitud de los médicos 9.5% mostro una actitud positivo y un 90.5% una actitud neutra. En conclusión existe una mejoría en el nivel de competencia clínica; teniendo un mejor desempeño en la dimensión cognitivo y en la actitud, trabajando con el nuevo modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar (30).

Se realizó un estudio experimental de intervención educativa en infecciones respiratorias agudas de 1 de enero al 30 septiembre del 2008, en la población del consejo popular Lenin- Albaisa del área de salud carlós J. Finlay perteneciente al municipio de Camagüey, el universo se constituyó por 14 615 personas, de los 14 consultorios de medicina familiar, se tomó como muestra 157 personas por muestreo aleatorio simple.(31)

Esta investigación se realizó en 3 etapas: diagnóstico, intervención, y evaluación a través de un cuestionario validado por expertos para medir el conocimiento de IRA, se evidenció que antes de recibir las labores educativas eran escasos los conocimientos sobre que es una infección respiratoria aguda, sus síntomas, vía de transmisión, factores favorecedores, formas de prevención y la conducta a seguir, en cuanto al uso de antimicrobiano en dependencia de su etiología. Las actividades de capacitación se realizaron una vez por mes por 8 meses se utilizó técnicas educativas como animación y reflexión, charlas, dinámicas grupales, proyección, plegable, debates, entrega de material educativo, así como profesores capacitados. En conclusión, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se consideró efectiva la intervención. (31)

Alcance de 2 estrategias educativas para desarrollar la aptitud clínica del médico familiar, este estudio cuasi experimental en el que se sorteó al azar 20 médicos generales en formación para medicina familiar de la sede de UMF22 de Toluca, 10 quedan en estrategia educativa tradicional (EET) y 10 en estrategia educativa promotora de la participación (EEPP). Ambas estrategias se aplicaron durante 24 horas con el mismo contenido. En la EET se aplicó exposición con preguntas; en la EEPP discusión en pequeños grupos. (32)

El instrumento de la evaluación validado tuvo una confiabilidad de 0.91, con la prueba 20 de Kuder-Richardson. Resultados: antes de la intervención, el grupo EET tuvo una mediana de 124 y el de EEPP, 105 $P=0.19$. Después el grupo EET tuvo una mediana de 126 y el de EEPP una de 156 ($p=0.012$). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, lo cual no difiere de estudios previos. En conclusión la aptitud clínica alcanzó mayor desarrollo en la EEPP al ser comparada con la EET. (32)

Según el artículo competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Tiene como objetivo demostrar que una estrategia educativa promotora de la participación es mejor para el desarrollo de la competencia clínica y conducta prescriptiva en infecciones de vías respiratorias agudas en el médico familiar, que la estrategia educativa tradicional. Diseño de estudio cuasi experimental, la población: 2 grupos de médicos familiares. (33)

El grupo (I) se expuso a estrategia tradicional con la técnica expositiva, el grupo II se manejó con la estrategia promotora de la participación. Con la discusión en cada sección de guías de estudio de casos de IRA, se aplicó un instrumento validado de 72 reactivos para medir la competencia clínica el cual se aplicó antes y después de cada estrategia educativa, la conducta prescriptiva se evaluó en forma previa y posterior a cada estrategia, se aplicó el instrumento a dos casos clínicos de IRA por médico familiar que valoro la congruencia clínico, diagnóstica, diagnóstica terapéutica y concordancia de inter jueces.(33)

Se identificaron diferencias significativas en los indicadores de tratamiento medicamentoso y no medicamentoso en el grupo experimental II. La magnitud del cambio en indicadores de competencia clínica fue mayor en el grupo experimental, sin embargo en conducta prescriptiva la diferencia se observó también en el grupo de control (I). Se observaron valores con tendencia al incremento en el momento pos estrategia educativa en ambos grupos sin que sus valores sean significativos. Se considera que una estrategia promotora de la participación influye de manera favorable en la competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en IRA. (33).

En el estudio aptitud clínica (AC) en infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) de niños menores de 5 años, en médicos familiares con y sin el curso aprendizaje en la clínica, con y sin especialidad en medicina familiar y por turnos, adscritos a la unidad de medicina familiar No.1, de Cd. Obregón, Sonora. (México) Material y métodos: Se elaboró y validó un instrumento basado en casos clínicos.

Indicadores: Capacidad para reconocer factores de riesgo, integrar diagnóstico clínico, selección de exámenes de laboratorio y gabinete, seleccionar acciones terapéuticas, acciones preventivas, interconsulta con otros colegas. (34)

Se aplicó el instrumento a 32 médicos. Resultados: Kuder Richardson 0.83, prueba por mitades significativa ($p= 0.079$). Nivel de AC global: 25% bajo, 53.1% medio, 21.8% alto. La mediana del curso aprendizaje en la clínica 72.5 y sin el curso 74 ($p= 0.954$). Mediana con residencia 72 y sin residencia 74.5 ($p= 0.616$). Mediana turno matutino 76 y turno vespertino 68 ($p=0.195$).

La comparación en las variables independientes por indicador no fue estadísticamente significativa. Conclusiones: el instrumento elaborado tiene validez y confiabilidad aceptable. El nivel de AC del médico familiar en casos de IRAS <5 años no presento diferencias significativas al comparar los grupos por aprendizaje en la clínica, por residencia, por turno y por indicador (34).

Se realizó un estudio observacional a 450 médico de atención primaria (MAP) y medico generales (MG) en Madrid España, sobre el conocimiento, actitud y comportamiento de los médico de atención primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias; con cuestionarios previamente validados y recopilaciones de historias clínicas y fueron comparados con otros médicos especialistas , como médico de urgencias, médico internista, geriatras y pediatras. Resultados: Los MAPS Y MG son los mayores prescriptores de antibióticos, su conocimiento adecuado en microbiología y el uso de las recomendaciones de las guías, les ha permitido seleccionar el antimicrobiano. (35)

El poco tiempo del que se dispone en la consulta de atención primaria, dificulta el desarrollo eficaz de la entrevista clínica, limita el establecer pactos terapéuticos adecuados, favoreciendo el incumplimiento y la actitud de complacencia del profesional ante la prescripción innecesaria e inducida, surge así una importante oportunidad de mejora en la gestión del tiempo cuando aumenta la presión asistencial. (35)

El uso excesivo de antimicrobianos es una práctica generalizada en todo el mundo. Pero la calidad científica en el uso de antibiótico en infecciones bacterianas en España es mejor que en otros países en desarrollo, los resultados han sido favorables pero es necesario seguir avanzando en esta línea aumentando la concienciación para el uso prudente de antibióticos en el entorno de la educación sanitaria y promoción de la salud. (35)

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, sobre uso adecuado de antibióticos en infección respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años atendidos el centro de salud N°1 Cuenca 2009-2010, aplicándose técnica de investigación de análisis documental mediante formularios realizados según la normativas de la AIEPI, se observaron 1797 niños de 2 meses a 5 años que fueron diagnosticados con IRA, el más frecuente fue resfriado común con (58.2%) y la neumonía (6.7 %), el sexo masculino fue el más afectado 54.6 %, en octubre con mayor número de IRA y marzo neumonías. (36)

Siguiendo la normativa AIEPI que un 98.5% presento una valoración diagnóstica adecuada y un 9.8 % prescribió antibióticos como amoxicilina junto con inhibidores de betalactamasas, son los de mayor uso, al igual que mucolíticos y analgésicos. En conclusión se recomienda promover y establecer controles más estrictos en las prescripciones tanto de antibióticos como de otros fármacos, de esta manera se evitara un aumento en la tasa de morbimortalidad en niños menores de 5 años y un consumo innecesario de recursos.(36)

Consumo de antibióticos y prevención de las resistencias bacterianas, Madrid España, mesa de debate: la resistencia bacteriana a antibióticos constituye un problema global que afecta tanto los países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo. Se ha estimado que para el año 2050 el número de personas que morirá cada año por infecciones causadas por bacterias multiresistentes excederán al número de personas que mueren actualmente por cáncer cada año. (37)

La expansión de las poblaciones de bacterias resistentes está estrechamente relacionada con el consumo de antibióticos tanto en agricultura y ganadería como en el tratamiento de los humanos. Muchos niños con infecciones respiratorias son tratados con antibióticos, pese a que la mayoría de ellas son de etiología viral, con la excepción de otitis bacteriana, faringitis estreptocócica y la sinusitis.

Para disminuir el consumo de antibióticos y resistencia bacteriana se recomienda seguir las guías profesionales, hacer un diagnóstico preciso, cursos de antibióticos con dosis adecuadas, en corto tiempo, uso de vacunas antigripal y neumocócica conjugada ayudara a disminuir el consumo de antibióticos. (37)

Se documentó un estudio sobre la evaluación de la competencia del médico familiar, ser un buen médico no es solo conocimiento de medicina, si no es el que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su precesión para resolver adecuadamente la situaciones de su ejercicio, a través EOCÉ evaluaciones clínicas objetivas y estructuradas en España, ya que la medicina es una ciencia en cambio constante. (38)

Se hizo la Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar en México , un estudio cualitativo, descriptivo y de análisis ocupacional, con aplicación de técnicas DACUM Y TKJ, INDICE CRITICO (IC) en 152 especialistas en medicina familiar, fueron comparados los estudios con Estados unidos y Reino Unido, con resultados de 1840 registros recopilados con las 3 técnicas se obtuvieron 3831 conceptos, a partir de estos y mediante técnica DACUM , se identificaron 57 categorías diferentes en relación a conocimiento, habilidades y actitudes, con la técnica TKJ fueron 879 conceptos de elementos indispensables para otorgar atención medica familiar y con IC 21 categorías para resolver problemas en la práctica de MF. Se fusionaron por similitud las categorías diferentes de las 3 técnicas y se infirió en 42 categorías diferentes, las cuales consideraron competencias finalmente se agruparon en 12 dominios competenciales. (39)

En conclusión, el marco referencial de competencia de este estudios permite incorporar el programa del curso de especialización en medicina familiar avalado por la UNAM, los elementos necesarios para dirigir la formación de los especialistas en esta disciplina hacia el logro de sus competencias profesionales.

(39)

Una estrategia educativa o estrategia de enseñanza y aprendizaje son instrumentos de los que se vale el docente para contribuir a la implementación y el desarrollo de las competencias de los estudiantes, con base a una secuencia didáctica que incluye inicio, desarrollo y cierre. Por tal motivo se desea realizar un estudio sobre estrategias educativas para favorecer la competencia clínica, conducta prescriptiva y actualización de los médicos familiares con respecto al manejo de las infecciones respiratorias superiores en niños menores de 5 años, se utilizara para su medición la cedula de evaluación del proceso de atención integral de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años de edad, a todos los médicos adscritos a la UMF 9, turno matutino y vespertino, con la valoración de 3 a 5 expedientes clínicos de cada médico.

2. Planteamiento del problema.

Las infecciones respiratorias agudas superiores ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y demanda de atención médica en niños menores de 5 años, según la OMS más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y accesibles. Y una de la principal causas de muerte entre los menores de 5 años es la neumonía.

Las IRAS son en su mayoría de origen viral en 80% y solo un 20% es de origen bacteriano, muchos niños con infecciones respiratorias son tratados con antibióticos, pese a que la mayoría de ellas son de etiología viral. El uso excesivo de antimicrobianos es una práctica generalizada en todo el mundo, La expansión de las poblaciones de bacterias resistentes está estrechamente relacionada con el consumo de antibióticos tanto en agricultura y ganadería como en el tratamiento de los humanos.

El poco tiempo del que se dispone en la consulta de atención primaria, dificulta el desarrollo eficaz de la entrevista clínica, limita el establecer pactos terapéuticos adecuados, favoreciendo el incumplimiento y la actitud de complacencia del profesional ante la prescripción innecesaria e inducida, surge así una importante oportunidad de mejora en la gestión del tiempo cuando aumenta la presión asistencial.

Si no actuamos en el manejo adecuado y medidas preventivas de las infecciones respiratorias agudas, el uso y abuso de antibióticos prescritos sin justificación clínica de acuerdo a las guías de práctica clínica ocasionara más aumento en la resistencia bacteriana , con los antibióticos usados en primer nivel de atención, así como efectos adversos de los antibióticos como colitis medicamentosa, destrucción de la flora bacteriana del intestino por ende neumonías e intoxicación medicamentosa hasta llegar a la muerte del niño.

Lo cual traduce un aumento en los costos para la institución y el gasto del bolsillo a las familias quienes buscan atención médica privada.

El objeto del estudio es demostrar que una estrategia educativa mejora el desarrollo de la competencia clínica y conducta prescriptiva en infecciones de vías respiratorias en el médico familiar.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto de la implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9?

3. Justificación.

Las infecciones respiratorias agudas superiores son patologías prioritarias en el acervo del médico familiar por lo tanto este debe ser competente en la prevención, diagnóstico y manejo.

Como médicos familiares somos el primer nivel de atención y contacto con los niños menores de 5 años, existen pocos estudios que hablen sobre buen manejo clínico y farmacológico en las IRAS de los médicos familiar, y en las unidades de IMSS se ha encontrado que las cédulas de IRAS están por debajo del porcentaje para su aprobación. Por lo tanto los pacientes afectados más vulnerables son los niños menores de 5 años.

Con el presente trabajo de investigación se pretende evaluar los conocimientos del médico familiar sobre las IRAS, para posteriormente efectuar capacitación y proporcionar la actualización de la guías de práctica clínica de infecciones de vías aéreas superiores en pacientes menores de 3 meses a 18 años, cuyo beneficio será reforzar el intelecto del personal médico de primer nivel, mejor atención a los pacientes y elevar el índice de atención medica constituido en las cedulas de evaluación de las IRAS del IMSS. Para el uso adecuado de los recursos de la institución.

4. Objetivo general.

Evaluar el impacto de la implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9

Objetivos específicos.

- Evaluar el nivel de conocimiento en el manejo de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años antes y posterior a la estrategia educativa
- Evaluar la aptitud del médico con respecto a sus variable sociodemográficas
- Evaluar la aptitud del médico con respecto a sus variable laborales

5. Hipótesis.

Con la implementación de la estrategia educativa se incrementará la competencia en el 65-70% de los médicos familiares.

6. METODOLOGÍA:

6.1 Tipo de estudio.

Estudio Cuasi experimental, "diseño de grupo control no equivalente", Descriptivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco fueron todos los médicos familiares de la UMF 9 de Acapulco Guerrero, del turno matutino y vespertino, se contó con 2 grupos de 28 médicos familiares, un grupo experimental con estrategia educativa y el otro grupo de control sin ella, en el mes de noviembre a diciembre 2019, se tomaron de 3 a 5 expedientes de cada consultorio de niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias altas, para la aplicación de la cédula única de evaluación de IRAS.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia tomando a todos los médicos familiares de la UMF 9.

6.4 Criterios de selección:

- a) Todos los Médicos familiares de la UMF 9
- b) Se trabajador de base
- c) Ambos sexos

Criterios de exclusión:

- a) Personal que este cubriendo turno
- b) Médicos familiares móviles
- c) Médicos no familiares
- d) Médicos que no estén en consulta externa

Criterios de eliminación:

- a) Médicos que estén de vacaciones
- b) Médicos incapacitados
- c) Médico familiar que no deseen continuar participando

6.5 Definición y Operacionalización de las variables:

Variables Dependientes: Impacto de la estrategia educativa

Variables Independientes: edad, genero, estado civil, turno laboral, número de empleos.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad del MF	Cuantitativa	Tiempo que transcurre desde nacimiento hasta el momento del estudio.	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual (se aplicara en cuestionario)	Discreta	1. En años
Genero del MF.	Cualitativa	Condición humana que diferencia al macho de la hembra, cromosómica, fenotípica y/o socialmente.	Sexo fenotípico identificado en el individuo al momento del estudio y/o referido por el mismo.	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado Civil del MF.	Cualitativa	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Lo referido por el entrevistado al momento del estudio	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Unión libre
Turno laboral	Cualitativa	Horario de trabajo establecido en la unidad de adscripción, de acuerdo a la normativa institucional	De acuerdo al consultorio que tiene designado en horas laborales	Nominal	1. Matutino 2. Vespertino
Antigüedad	Cuantitativa	Años de servicio como médico familiar dentro de la institución del IMSS	Años laborados en el IMSS	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • <5 años • <6 - 10 años • >11 y más años
Número de empleo	Cuantitativa	Número de sitios laborales donde ejerce como profesional de la salud medica	Instituciones públicas o privadas donde la persona ejerce la profesión medica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 o mas

Capacitación	Cualitativa	Conjunto de actividades didácticas , orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa	Este dato se obtendrá de la cedula de evaluación inicial con 80%.	Nominal	1. Si 2. No
Tiempo en capacitación en IRAS	Cuantitativa	Magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos, permitir ordenar los suceso en secuencias pasado , presente y futuro	Duración de un conjunto de actividades didácticas orientadas a ampliar los conocimientos	Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • 30 min • 1 hora • 2 a 4 hrs • 6 hrs
Impacto de Estrategia educativa	Cualitativa	Se utilizó el instrumento de cedula de evaluación de CUEPS de IRAS del IMSS, antes y después de la estrategia educativa	Cumplimiento de la CUEPS mas del 80 % o no cumplimiento debajo del 79 %	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Enfermedad Respiratoria agudas superiores	Cualitativa	Es la enfermedad infecciosa. Que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de epiglotis durante un periodo de 15 días	<p>Signos clínicos: es un elemento clave que el medico puede percibir en un examen físico.</p> <p>Síntomas: elementos subjetivos percibidos por el paciente.</p>	<p>Manifestaciones del paciente signos y síntomas</p> <p>Fiebre Tos Rinorrea Disfonía Obstrucción nasal Otalgia Odinofagia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resfriado común 2. Rinitis 3. Sinusitis 4. Faringitis 5. Faringoamigdalitis. 6. Otitis media

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, realicé un estudio cuasi experimental, "caso control", descriptivo, Se aplicó mediante un método de revisión de expediente clínico, se realizó a todos los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No 9, del turno matutino y vespertino, se tomaron de 3 a 5 expedientes electrónicos de niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas altas.

Se les aplicó la cedula única de evaluación de IRAS para valorar el manejo clínico, diagnóstico y terapéutico en menores de 5 años, con la finalidad de conocer en los médicos familiares evaluados el conocimiento sobre IRAS así como también la clara y adecuada utilización de la Guía de Práctica Clínica.

Posteriormente se formaron dos grupos de los médicos familiares evaluados de 28 integrantes; al primer grupo se les aplicó una intervención (estrategia educativa); por medio de trípticos, carteles y rotafolios con información de prevención primaria, diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas superiores con apego a la guía de práctica clínica, además de que la difusión de información se llevara a cabo de manera personal y haciendo uso de redes sociales como el whats App; el segundo grupo no recibió ningún tipo de intervención así como también no recibió información de IRAS, todo esto con la finalidad de hacer una comparación en mi estudio y delimitar si la intervención fue un factor favorable para el diagnóstico y manejo de IRAS, se llevó a cabo en un lapso de 2 meses que abarco desde el mes de noviembre al mes diciembre del año 2019. Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo de Excel y el análisis estadístico se realizó en el programa estadístico SPSS obteniendo frecuencias simples y porcentajes, así como medidas de tendencia central.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó mediante un método de revisión de expediente clínico, a 2 grupos de 28 médicos familiares de la UMF n° 9, del turno matutino y vespertino, se tomaron 3 a 5 expedientes de niños menores de 5 años con enfermedades respiratorias agudas altas, se aplicó la cedula única de evaluación de IRAS para valorar el manejo clínico diagnóstico y terapéutica en menores de 5 años, con apego a la guía de práctica clínica, así como cuestionario sociodemográfico a todos los médicos familiares previamente validados, se procedió a solicitar el consentimiento informado por escrito a todos los participantes, posteriormente se asignó una cita concertada, para la aplicación de instrumentos de medición.

El instrumento de medición de la Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Integral de la Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años de edad consta de 13 ítems:

- Tiene esquema de vacunación completo
- Se registraron en el expediente acciones educativas a los familiares del paciente (incluidos signos de alarma),
- Se registraron signos y síntomas relacionados con el diagnóstico.
- Se buscaron intencionadamente los signos de alarma: cianosis, estridor, respiración superficial o dificultad respiratoria.
- Se recomendaron medidas generales y de bienestar al paciente (medidas no farmacológicas).
- La prescripción de otros medicamentos está justificada (antihistamínicos, antitusivos, etc.).
- Se justifica el uso de antibiótico
- En caso de sospecha de infección bacteriana se indicó antimicrobiano.
- En caso de prescribir antimicrobiano, se calculó dosis-Kg.
- En caso de prescribir antimicrobiano, fue el de primera elección.
- En caso de prescribir antivirales, se iniciaron en las primeras 48 horas.,
- Se realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia.
- Se realizó diagnóstico de acuerdo a la GPC

6.8 Organización de datos:

Los datos obtenidos se capturaron en una hoja de cálculo de Excel y la cedula de evaluación del proceso de atención integral de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años de edad del IMSS y cuestionario previamente validado para los médicos familiares.

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 22.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis estadístico obteniendo frecuencias simples y porcentajes. Se comparó el impacto del grupo experimental que llevo la estrategia educativa, con el de control que no llevo la estrategia educativa.

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitará consentimiento informado a los derechohabientes que deseen participar, se les informará el objetivo del estudio y se brindará confidencialidad de los resultados.

6.11 Presupuesto y financiamiento:

Humanos:

- Investigador. \$ 7,000 pesos
- Asesor de tema. \$12,000 Pesos
- Asesor metodológico. \$12,000 pesos

Materiales y físicos:

- Una computadora portátil. \$10,000 pesos
- Uso de computadora \$ 500 pesos
- Una impresora. \$ 2,500 pesos
- Tinta de impresora \$ 600 pesos
- Horas de internet \$ 500 pesos
- Mil hojas blancas. \$ 120 pesos
- 10 lápices. \$ 50 pesos
- 5 lapiceros. \$ 60 pesos
- USB. \$ 400 pesos
- trípticos \$ 200 pesos
- Carteles \$ 500 pesos
- Rotafolio \$ 500 pesos
- Celular \$ 4000 pesos

Financiamiento:

1. Salario del investigador \$ 6,950 pesos

Total: \$ 38, 880 pesos

7. RESULTADOS

Se realizó un estudio cuasi experimental, "diseño de grupo control", descriptivo, se evaluó la congruencia clínico, diagnóstico, terapéutica con apego a la guía de práctica clínica previa y 2 mes posterior a la implementación de una estrategia educativa en médicos familiares de la UMF. 9 divididos en dos grupos de 28 médicos, uno con la estrategia educativa y el grupo control no. La población estudiada fue de 56 médicos familiares de los cuales la edad con base a las medidas de tendencia central, fue una media de 46 años de edad, la mediana de 45 años de edad, la moda de 36 años de edad, y una desviación estándar de 8.180 con un mínimo de 31 años de edad y un máximo de 62 años de edad.

Tabla 1

TABLA 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS EDADES	
Media	46
Mediana	45
Moda	36
Desviación estándar	8.180
Rango	31
Mínimo	31
Máximo	62

En cuestión de sus variables laborales de los médicos familiares en los dos grupos estudiados, encontramos que en el grupo experimental, la edad en grupos predominante es de 51 años o más con un 50% (14/28). Y el género femenino con una prevalencia 78.57% (22/28), Respecto al estado civil el 78.57% (22/28) de los médicos familiares son casados. En el turno laboral fueron 14 médicos del turno matutino y vespertino con un 50% de cada uno, con predominio de una antigüedad laboral de más de 11 años presentando un 67.85% (19/28) y un 92.85 (26/28) que poseen solo una fuente de trabajo, con predominio sin capacitación de los médicos familiares con un 85.71 % (24/28) .Tabla 2

En el grupo control, la edad en grupos predominante fue 41-50 años con 32.71% (10/28), presentando una igualdad del género femenino 50% (14/28) y masculino 50% (14/28), Respecto al estado civil el 78.57% (22/28) de los médicos familiares son casados. En el turno laboral fueron 14 médicos del turno matutino y 14 del turno vespertino con un 50% de cada uno, con predominio de una antigüedad laboral de más de 11 años presentando un 67.85% (19/24). Un 78.57% (22/24) de los médicos poseen solo una fuente de trabajo. Con predominio sin capacitación de los médicos familiares 92.85 (26/28). Tabla 2

TABLAS 2. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICOS Y LABORALES					
DATOS		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
VARIABLES		(n)	(%)	(n)	(%)
EDAD	• 30-40 años	9	32.14	9	32.14
	• 41-50 años	5	17.85	10	32.71
	• 51 o más años	14	50	9	32.14
GENERO	Masculino	6	21.42	14	50
	Femenino	22	78.57	14	50
ESTADO CIVIL	Casado	20	71.42	22	78.57
	Soltero	6	21.42	4	14.28
	Viudo	0	0	1	3.57
	Divorciado	2	7.14	0	0
	Unión libre	0	0	1	3.57
TURNO LABORAL	• Matutino	14	50	14	50
	• Vespertino	14	50	14	50
ANTIGÜEDAD DEL MEDICO	• <5 años	0	0	3	10.71
	• <6 - 10 años	9	32.14	6	21.42
	• >11 y más años	19	67.85	19	67.85
NUMERO DE TRABAJOS	• 1	26	92.85	22	78.57
	• 2 o mas	2	7.14	6	21.42
CAPACITACION	1. Si	4	14.28	2	7.14
	2. No	24	85.71	26	92.85

Se evaluó a todos los médicos familiares en un total de 56 divididos en 2 grupos uno experimental y el otro grupo control, con la cedula de evaluación del proceso de atención integral de la infección respiratoria aguda en menores de 5 años de edad del IMSS en la unidad de medicina familiar n° 9, con parámetros del cumplimiento de la cedula por arriba del 80% y el 79% sin cumplimiento de la cedula de evaluación.

El grupo experimental presento con una frecuencia del cumplimiento de la cedula de evaluación previa intervención de 14.28% (4/28), y solo por debajo del cumplimiento de la cedula 85.71% (24/28). El grupo control tuvo una frecuencia del cumplimiento 7.14% (2/28) y por debajo del cumplimiento con un 92.85 % (26/28). Tabla 3

Se realizó la capacitación de 2 meses a un grupo de 28 médicos de ambos turnos, con una duración de 5-6 horas, que consistió en entrega de trípticos, cartel, de la guía de práctica clínica de infecciones agudas de vías aéreas superiores en cada consultorio de los médicos familiares y uso de los medio de información por wat sap. Presentando el grupo experimental con un cumplimiento de cedula de evaluación posterior a la intervención con un aumento de 68.28 % (18/28), y por debajo del cumplimiento 35.71 % (10/28). El grupo control no presento cambios con un cumplimiento de la cedula fue 7.14 % (2/28) y por debajo del cumplimiento 92.85 % (26/28). Tabla 3.

TABLA 3. EVALUACION DE LA COMPETENCIA					
DATOS		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Porcentaje de CUEPS de IRAS Previo a intervención	80% y Más	4	14.28	2	7.14
	79 % y menos	24	85.71	26	92.85
Porcentaje de CUEPS de IRAS Posterior a intervención	80% y Más	18	68.28	2	7.14
	79 % y menos	10	35.71	26	92.85

En el grupo experimental con sus variables sociodemográficas previa intervención se encontró que la Edad en el grupo con cumplimiento predominante fue en médicos más jóvenes de 30-40 años con 10.71% (3/28), el grupo con más bajo cumplimiento fue de 51 años y más de 46.42% (13/28), En cuestión del género predominó el femenino tanto con un cumplimiento por arriba 10.71% (3/28) al igual que el bajo cumplimiento 67.85 % (19/28), el estado civil predominante fue casado tanto por arriba con un 10.71% (3/28) o debajo de la cedula de evaluación 60.71% (17/28), el turno vespertino como matutino tuvieron un cumplimiento igual de 7.14% (2/28), y por debajo de la cedula fue el turno matutino 50% (14/28). El grupo con antigüedad de médicos con mayor cumplimiento fue de 6-10 años con un 10.71 % (3/28) y el inferior de la cedula fue el grupo mayor de 11 años de antigüedad 64.28% (18/28), el tener una fuente de trabajo presentó un cumplimiento 14.28 (4/28) y al igual por debajo cumplimiento 78.57% (22/28) por ser más médicos que cuentan con una trabajo. Tabla 4.

4. TABLA CRUZADA SOCIODEMOGRAFICAS CON CUEPS DE IRAS PREVIA INTERVENCIÓN									
VARIABLES		GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
		Si Cumplimiento (80% y Más)		No Cumplimiento (79% y Menos)		Si Cumplimiento (80% y Más)		No Cumplimiento (79% y Menos)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD EN GRUPOS	• 30-40 años	3	10.71	6	21.42	2	7.14	7	12.5
	• 41-50 años	0	0	5	17.85	0	0	10	38.71
	• 51 o más años	1	3.57	13	46.42	0	0	9	32.14
GENERO	Femenino	3	10.71	19	67.85	1	3.57	13	46.42
	Masculino	1	3.57	5	17.85	1	3.57	13	46.42
ESTADO CIVIL	Soltero	1	3.57	5	17.85	0	0	4	14.28
	Casado	3	10.71	17	60.71	2	7.14	20	71.42
	Viudo	0	0	0	0	0	0	1	3.57
	Divorciado	0	0	2	0	0	0	0	0
	Unión libre	0	0	0	0	0	0	1	3.57
TURNO LABORAL	Matutino	2	7.14	12	42.85	0	0	14	50
	Vespertino	2	7.14	12	42.85	2	7.14	12	42.85
ANTIGÜEDAD DEL MEDICO	Menor 5 años	0	0	0	0	0	0	3	10.71
	De 6 - 10 años	3	10.71	6	21.42	2	7.14	4	14.28
	Más de 11 años	1	3.57	18	64.28	0	0	19	67.85
NUMERO DE TRABAJOS	• 1	4	14.28	22	78.57	2	7.14	20	71.42
	• 2 o mas	0	0	2	7.14	0	0	6	21.42

En el grupo control con sus variables sociodemográficas, en cuestión de la edad, el grupo predominante del cumplimiento fue de 30-40 años con un 7.14 (2/24) y el grupo por debajo del cumplimiento fue de 41-50 años con un 38.71%(10/24), en cuestión del género fue igual tanto femenino y masculino en el cumplimiento de la cedula con 3.74 (1/24) e inferior de cumplimiento ambos géneros fue 46.42 (13/24).

El estado civil casado predominó tanto por arriba con un 7.14%(2/24) y debajo de la cedula de evaluación 71.42 % (20/24), el turno con cumplimiento de la cedula fue el vespertino con un 7.14 % (2/56), y el turno matutino con bajo cumplimiento del 50% (14/24), en cuestión la antigüedad el grupo con más cumplimiento fue de 6-10 años con 7.14 % (2/24) y el grupo con más bajo cumplimiento de la cedula fue de más de 11 años de antigüedad con un 67.85% (19/24), una fuente de trabajo presentó cumplimiento 7.14% (2/24) al igual que por debajo del cumplimiento 71.42 % (20/24).Tabla 4.

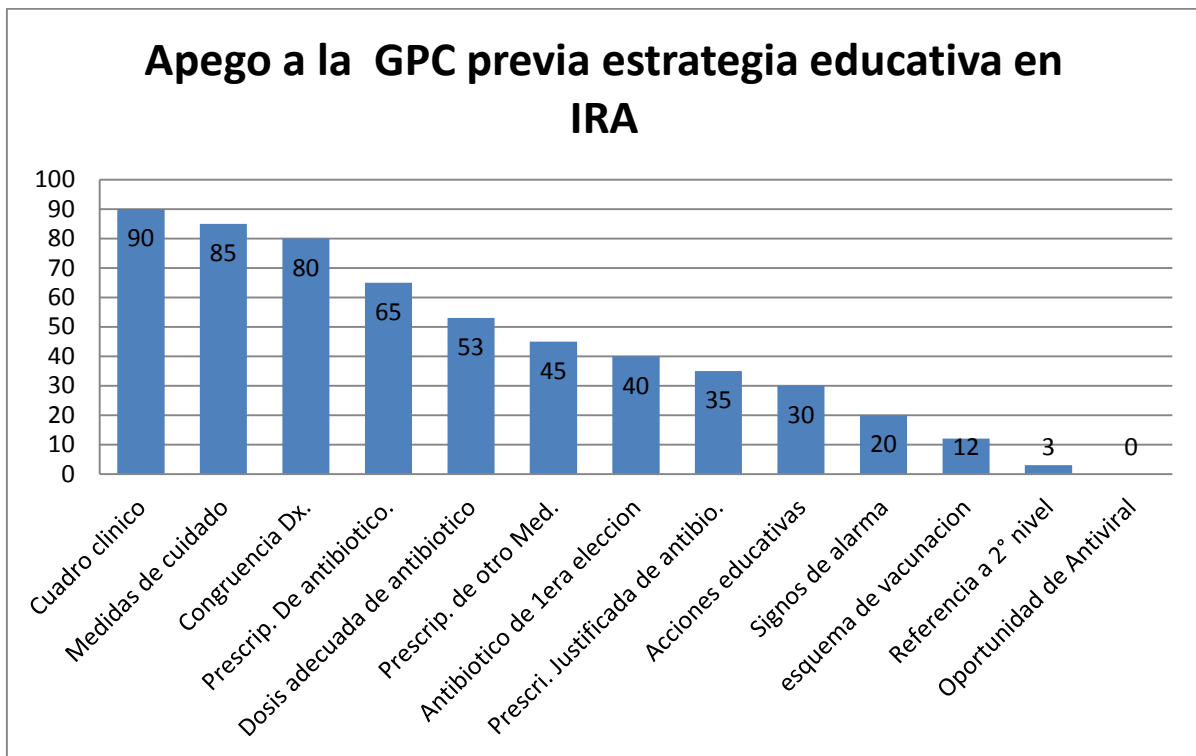
5. TABLA CRUZADA SOCIODEMOGRAFICAS CON CUEPS DE IRAS POS ESTRATEGIA EDUCATIVA									
VARIABLES		GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
		Si Cumplimiento (80% y Más)		No Cumplimiento (79% y Menos)		Si Cumplimiento (80% y Más)		No Cumplimiento (79% y Menos)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD EN GRUPOS	• 30-40 años	7	25	2	7.14	2	7.14	7	12.5
	• 41-50 años	2	7.14	3	10.71	0	0	10	38.71
	• 51 o más años	9	32.14	5	17.85	0	0	9	32.14
GENERO	Femenino	14	50	8	28.57	1	3.57	13	46.42
	Masculino	4	14.28	2	7.14	1	3.57	13	46.42
ESTADO CIVIL	Soltero	5	17.85	1	3.57	0	0	4	14.28
	Casado	12	42.85	1	3.57	2	7.14	20	71.42
	Viudo	0	0	0	0	0	0	1	3.57
	Divorciado	1	3.57	1	3.57	0	0	0	0
	Unión libre	0	0	0	0	0	0	1	3.57
TURNO LABORAL	Matutino	9	32.14	5	17.85	0	0	14	50
	Vespertino	9	32.14	5	17.85	2	7.14	12	42.85
ANTIGÜEDAD DEL MEDICO	• Menor 5 años	0	0	0	0	0	0	3	10.71
	• De 6 - 10 años	8	28.57	1	3.57	2	7.14	4	14.28
	• Más de 11 años	10	35.71	9	32.14	0	0	19	67.85
NUMERO DE TRABAJOS	• 1	17	60.71	9	32.14	2	7.14	20	71.42
	• 2 o mas	1	3.57	1	3.57	0	0	6	21.42

Posteriormente de la estrategia educativa, el grupo experimental su cumplimiento de cedulas de IRAS arriba del 80% aumento considerablemente en dos grupos de edades de los médicos familiares participantes de 30-40 años 25% (7/28) y mayor de 51 años con un 32.14%(9/56) , con aumento del cumplimiento de la cedula en el género femenino 50% (14/28) y el género masculino con cumplimiento de un 14.28% (4/28) ya que contamos con más personal del sexo femenino, y en cuestión del estado civil los médicos casados presento un puntaje 42.85%(12/28) y el soltero 17.85 %(5/28). El turno vespertino y matutino ambos después de la intervención aumento 32.14% (9/28)). Así como los médicos con antigüedad de 2 grupos de 6-10 años con 28.57% (8/28) y el grupo de mayor de 51 un 35.71% (10/28), en el cumplimiento de la cedula los medico con una sola fuente de trabajo presento 60.71% (17/28). Tabla 5

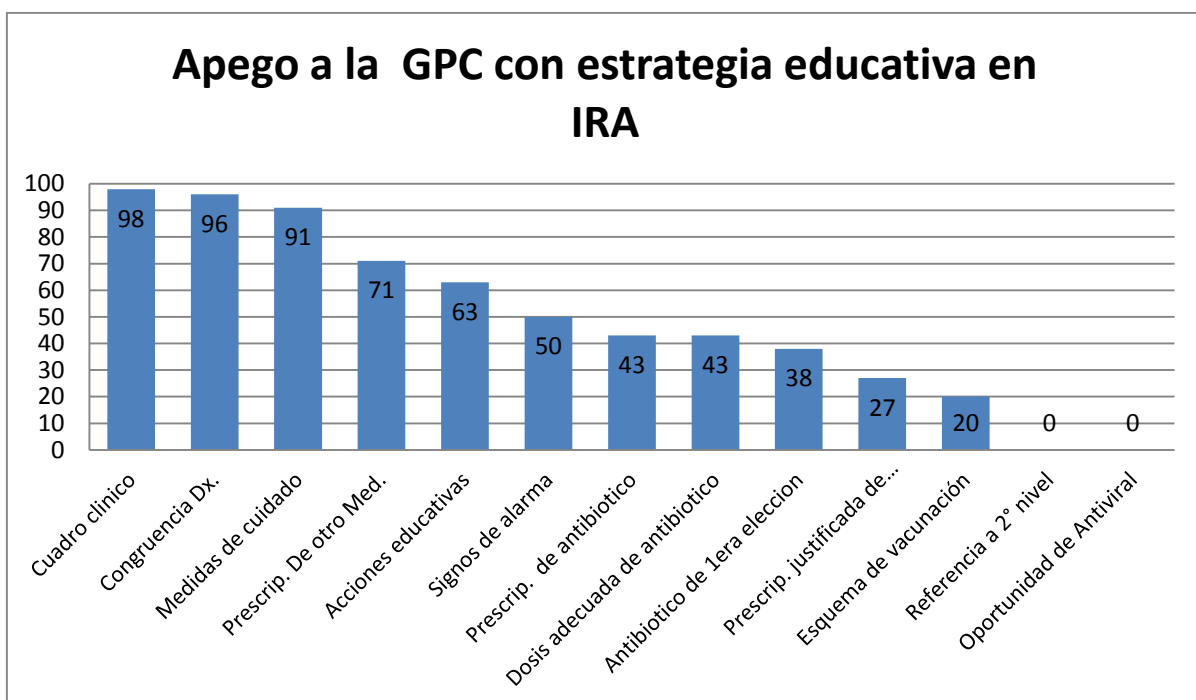
INTERVALO INTRAGRUPPO								
	Media	Desviación estándar	Media de error Estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				inferior	superior			
Grupo experimental sin Estrategia Grupo Experimental Pos estrategia	17.893	11.206	2.118	22.238	13.548	8.449	27	.000

En el intervalo intragrupo con una diferencia de 17.893 entre la primera y la segunda medición con IC95% (13.548-22.238) P= (.000) siendo esta diferencia estadísticamente significativa

GRAFICA 1 APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVIA
ESTRATEGIA EDUCATIVA



GRAFICA 2. APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA POSTERIOR A LA
ESTRATEGIA EDUCATIVA



8. DISCUSION

De acuerdo a la investigación realizada se cumplió el objetivo de medir el impacto de la estrategia educativa en infecciones de vías aéreas superiores en médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 9 con una diferencia de 17.893 entre la primera y la segunda medición con IC95% (13.548-22.238) $P=(.000)$ siendo esta diferencia estadísticamente significativa así también aumento el conocimiento y la congruencia clínica diagnóstica en los médicos familiares al aumentar el porcentaje del cumplimiento de la cedula de evaluación en IRA.

El realizar acciones para mejoras de las atención medica es sin duda una manera de aplicabilidad de la investigación como lo hizo Reyes en el 2014 con 2 estrategias educativas para desarrollar la aptitud clínica del médico familiar, fue realizado en médicos generales en curso de especialidad de medicina familiar de 1°, 2°, y 3° grado en la unidad de medicina familiar de Toluca estado de México poniente, este estudió compara a 2 grupo de médicos con estrategia educativas, un total de 20 médicos , 10 estarán con estrategia educativa tradicional del mismo contenido expositora (EET) Y los otros 10 con una estrategia educativa promotora de la participación (EEPP), antes de la intervención el grupo EET tuvo una media 124 y el EEPP 105 (0.19) y después el grupo EET tuvo una media de 126, y el EEPP una 156 ($P=0.012$), ambos grupos se compararon con prueba de U de Mann Whitney y con prueba de Wilcoxon, la diferencia encontrada fueron estadísticamente significativa.

La aptitud clínica alcanzo mayor desarrollo en la EEPP al ser comparada con la EET. Al igual que nuestro trabajo de investigación se encontró un aumento en el impacto del conocimiento significativo en el grupo experimental de 28 médicos familiares que conto con estrategia educativa por dos meses lo cual se vio reflejado en un aumento en el porcentaje del cumplimiento de la cedula de evaluación en IRA del IMSS antes con 14.28 % (4/28) y después 68.28 % (18/28) de la intervención presentando así una diferencia 17.893 significativa de $p (.000)$.

Con estos resultados se confirma que el tipo de estrategia participativa da mejores resultados como lo refiere el artículo de estrategias de enseñanza en educación , publicado en el 2006 por la universidad autónoma de hidalgo:, donde se comenta que las estrategias educativas favorecen el desarrollo de competencia, para lograr un aprendizaje significativo como en la discusión dirigida que es la discusión de un tema en grupo para estimular a todos a participar y el aprendizaje cooperativo, es una enseñanza en pequeños grupo participativa para potenciar a cada integrante. (40)

Andalón y García estudiaron la Competencia clínica y conducta prescriptiva del Médico Familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, efecto de una estrategia educativa, El cual se realizó en la UMF. 79 del IMSS, piedras negras Coahuila, en médicos familiares. El grupo I de 10 médicos conto con estrategia tradicional, técnica expositiva de IRAS. El grupo II de 12 médicos, se manejó la estrategia promotora de la participación, con discusión en cada sección, de casos clínicos reales. Se aplicó un instrumento previamente validado de 72 reactivos para medir la competencia clínica y 17 reactivos de conducta prescriptiva, el cual se aplicó antes y después de la estrategia educativa. Utilizaron pruebas no paramétricas con una significancia de 0.05. Wilconxon. U de Mann-Whitney, Mc Nemar, Yates y Kapa.

Se observó diferencia significativa en los indicadores de tratamiento medicamentoso, la competencia clínica fue mayor en el grupo experimental, sin embargo en conducta prescriptiva observó valores con tendencia al incremento en los 2 grupos. Por lo que se considera que una estrategia educativa promotora de la participación influye de manera favorable en la competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en IRA. Lo cual se compara con neutro estudio de investigación, ya que también hubo una diferencia significativa de .000 intragrupos y aumento en el porcentaje de la cedula de evaluación. (33)

9. CONCLUSION

Es importante fomentar en los médicos familiares estrategias educativas que promuevan una colaboración activa por parte de los participantes y adquiera habilidades para comprender temas, deducir información y llegar a conclusiones relevantes por medio de la comprensión, lo que ayuda a tomar decisiones y resolver problemas de la mejor manera.

Con la presente investigación se cumplió el objetivo de evaluar el impacto de la estrategia educativa, en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF. N° 9 el cual aumento el conocimiento de los médicos familiares significativamente, así como se observó un mayor aumento en la congruencia clínica diagnóstica de los médicos familiares con la estrategia educativa, lo cual no difiere de lo ya observado en estudios previos similares.

A pesar de las limitaciones que se encontraron en el estudio para implementar la estrategia educativa, como el tiempo, disponibilidad del médico, interés o desinterés y la carga de trabajo en el médico. Tuvieron una actitud positiva, y participativa todos los médicos familiares, esto logro fortalecer las habilidades y competencia del médico familiar con carteles, rota folio y trípticos y guías de práctica clínica que se implementó.

10. RECOMENDACIONES:

- Se debe de proporcionar al médico familiar de material y estudio en actualizaciones referente a salud en cada consultorio.
- Así como mantener por más tiempo el uso de carteles o poster referente a la salud tanto para el médico familiar como para el paciente.
- Implementar más estrategias educativas participativas que motiven y aumente el conocimiento de los médicos familiares para otras patologías de interés
- Tener en su equipo de cómputo y dar a conocer, lo que la cedula de evaluación califica, así como guías de práctica clínica actualizadas a la mano del médico familiar.

REFERENCIAS

1. Reducción de la mortalidad en la niñez. Organización Mundial de la Salud, octubre 2017. <http://www.who.int/gho/en/>
2. Estadística a propósito del día del niño (30 de abril), INEGI, 29 de abril del 2019, comunicado de prensa pag1/10. www.inegi.org.mx
3. Informes semanales para la vigilancia epidemiológica de Infecciones Respiratorias Agudas 2019 semana 38, dirección general de epidemiología, 4 de octubre del 2019 <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-infecciones-respiratorias-agudas-2019>
4. La norma oficial mexicana NOM-024- SSA2-1994 para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud; 15 de marzo del 2018,pag 1/10 .www.legismex.mty.itesm.mx
5. Sandoval A, Díaz H, García, De Santillana S, Sánchez S,. Diagnóstico y Manejo de las Infecciones Agudas de vías Aéreas Superiores en Pacientes mayores de 3 meses a 18 meses de Edad. GPC 2016; Pág. 1-61
6. Tamayo C, Bastart E. Nuevo Enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. Medisan 2015;19(5): 682-694.
7. Martínez R. Salud y Enfermedad del niño y del adolescente, 7ª edición, México, DF.: editorial el manual moderno; 2013
8. Piñeiro R. Extracto del documento de consenso sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. REIP. enero-marzo 2014:398-401
9. Le Gac, Delahaye L, Marianowski R. Amigdalitis Infantil. EMC Elsevier Masson SAS. 2010; E 4-061-A-45
10. Marcos M, Torres MC. Laringitis, Crup y Estridor. Pediatría Integral 2017; XXI (7):458-464.
11. Bustos MF, Guzmán M, Galeno C. Laringitis Aguda Obstructiva o Crup viral. Rev. Hosp. Clin. Univ Chile 2013;25:253-7.

12. Sandoval AM, Espinoza MR, Martínez BE, Peña LA, Ramírez A, Boronat NE. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Epiglotitis aguda en Edad Preescolar y Escolar. GPC. 2009; pag.:1-55
13. Chertorivski S, López VR, Coronel DL, Murguía MT, Rosas V, Álvarez L. Manual de Enfermedades Respiratorias 2012, Prevención, Diagnóstico y tratamiento, 1ª Ed., México, D.F. ISBN; Julio 2012; pag.1-115
14. Torres JP. Manejo de las Infecciones de Respiratorias Bacterianas en Pediatría. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25 (3): 412-417.
15. Villena R. Vacunas e Infecciones Respiratorias. Rev. Med. Condes. 2017; 28(1): 72-82.
16. Juy E, Céspedes E, Rubal A, Maza AM, Terán CA. Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años. Medisan 2014; 18(11):1490-1498.
17. López X, Massip J, Massip T, Arnold Y. Factores de riesgo de Infecciones Respiratorias Altas Recurrentes en Menores de 5 Años. Revista Panamericana Infectología. 2014;16(1):7-16.
18. Reyes A, Beltran P, Astudillo J. Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en Pacientes Menores de 5 Años y su Asociación con Desnutrición. Jada, Enero-Diciembre. Rev. Med. HJCA 2015; 7 (2)100-105.
19. Fernández MJ, Landaluce M, De la Fuente A, Castañeda R. Actualización en Patología de vías respiratoria Pediátricas: abordaje desde un servicio de urgencias de Atención Primaria. Med. Gen y Fam. 2014; 3(8):217-226.
20. Barbosa J, Parra B, Alarcón L, Quiñones FI, López E, Franco. Prevalencia y Periodicidad del Virus Sincitial Respiratorio en Colombia. Rev. Acad. Colomb. Cienc. 2017 octubre-diciembre; 41(161):435-446.
21. Pineda ML, Alpuiche CM, Pacheco A. Evaluación de Conocimiento sobre el uso clínico de Antibióticos en Residentes de Pediatría de un Hospital Pediátrico de la ciudad de México. Aten. Fam. 2013;20(2):41-45.
22. López M, Méndez M, Méndez L, Nicot. Infecciones Respiratorias Agudas: Breve recorrido que justifica su comportamiento. Rev. Inf. Cient. 2016;95(2): 339-355.

23. Ballester MR, De la Rosa L, Mansilla J, Tello G, De la Ossa M, Párraga I. Cumplimiento del Tratamiento Antibiótico en niños en Atención Primaria. *Rev. Clin. Med. Fam.* 2014; 7(1): 32-38.
24. Calderón EG, Changllo JJE, Vicente PS, Chambilla GM. Incidencia en Infecciones Respiratorias Aguda y Prescripción de Medicamentos en Niños Menores de 5 años que Acuden al Puesto de Salud, las Begonias, Noviembre, 2012-Diciembre 2013. *Ciencia. Desarrollo. (Tacna).* 2014;18 :17-22.
25. Alvis N, Marín C, Castañeda C, Sánchez C, Sánchez JF, Carrasquilla M. Costos de tratamiento Hospitalario de la infección respiratoria grave en niños de Nicaragua. *Infectio.* 2015;19 (4):144-149.
26. Arenas CV, Carreño ZN, Gómez G, Nieto ZP, Silva LY, Guio SP, et al. Participación Comunitaria en la Prevención y Manejo de las infecciones respiratorias Agudas en menores de 5 años Barrio el Vergel, San Gil. *Universalud. Rev. ciencias salud Unisagui.* 2013; 3(1):59-66.
27. Cordero KI, Charcape S. Conocimiento Y practica en Madres de Niños Menores de un año sobre las Infecciones Respiratorias Agudas servicio de Pediatría del Hospital Regional, 2016. In *Crescendo Ciencias de la Salud,* 2017;4(2):391-402.
28. Otazu FR, Lezcano DC, Almeida LM. Percepción Sobre Las Infecciones Respiratorias Agudas que poseen las Madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital distrital de Horqueña Paraguay. 2013:1-77
29. Chimbozano LE, Sánchez CR, Morejón MR, prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, RACAR 2017. Universidad Cuenca -Ecuador 2018.
30. Martínez JP, Maldonado SE, Competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en Menores de 5 años de edad de la UMF 11 en la delegación de Aguascalientes marzo 2015.

31. Rodríguez O, Lauzado E, Espindola A, Rodríguez O, Intervención Educativa sobre infecciones respiratorias agudas, AMC v. 13 Camagüey mayo-jun2010; 1-13.
32. Reyes ME, García JA, Pérez VM, Alcance de dos estrategias educativas para desarrollar la aptitud clínica del médico Familiar, Rev. Med. InstMexSeg. Soc. 2014; 52(4):479-9.
33. Andalón S, García JL, Viniegra L, Espinosa PA, López MS, Competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. Efecto estrategia educativa, Rev. Med. IMSS 1997;35 (4): 295-302.
34. Lopez de castillo- Sánchez D, Reynoso-Arenas MP, Peñuelas Beltrán JA. Aptitud de un grupo de Médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, Archivos en Medicina Familiar, vol. 10 (1) 21-35
35. López S, Gómez ML, Conocimiento, actitud y comportamiento de los médicos de atención primaria en el tratamiento de las infecciones comunitarias Madrid, junio 2009, universidad complutense de Madrid, facultad de medicina, departamento de microbiología
36. León N, Muñoz G, Padrón C, Uso Adecuado de antibióticos en infección respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años atendidos en el centro de salud N°1 cuenca 2009-2010 Universidad de cuenca, facultad de ciencia médicas- medicina.
37. Ruiz J, Albañil MR, consumo de antibióticos y prevención de las resistencias bacterianas, Rev. Pediatr. Aten Primaria Supl. 2018; (27): 13-21
38. Sellares J, Bosch C, Claramunt EF, de Serdio E, Evaluación de la competencia, Reto o Necesidad.
<http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum018.html>

39. Gómez C, Hernández I, Grijalva M.G. Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar, *Atem Fam.* 2015; 22(1):19-25.
40. Nolasco M, Estrategias de enseñanza en educación, uaeh.edu.mx/scige/boletín revisión 11/02/20

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Acapulco Guerrero, 1 de Noviembre del 2019

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9

Procedimientos:

Se tomara una muestra de 3 a 5 expedientes clínicos de cada médico familiar de niños menores de 5 años con IRAS se evaluara antes y después de la estrategia educativa.

Posibles riesgos y molestias:

No existe riesgo alguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Mejorar el manejo y congruencia clínica diagnóstica en infecciones respiratorias agudas superiores en niños menores de 5 años de los médicos familiares.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los datos se manejarán de manera confidencial

Participación o retiro:

El médico se podrá retirar si así lo desea

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

XX

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Librado Pérez Mijangos (Médico Especialista en Medicina Familiar) 99271817

Colaboradores:

Dra. Bello Marina María Guadalupe (Médico Residente del curso de Medicina Familiar) 98053254

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dra. Bello Marina María Guadalupe 98053254

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio **Clave: 2810-009-013**

ANEXO 2 Instrumento de recolección de datos

Implementación de una estrategia educativa en médicos familiares sobre el manejo de enfermedades de vías respiratorias agudas en niños, de la UMF 9. Marque con X su respuesta.

1. Edad : _____ 30-40 años
_____ 41-50 años
_____ 51 o mas

2. Sexo: _____ Masculino
_____ Femenino

3. Estado civil: _____ Soltero
_____ Casado
_____ unió libre
_____ Viudo (a)

4. Turno Laboral: _____ Matutino
_____ Vespertino

5. Antigüedad: _____ < 5 años
_____ 6 a 10 años
_____ 11 y mas

6. Número de empleos: _____ 1
_____ 2 y más.

7. Capacitación o diplomado en actualización: _____ Si
_____ No

8. Tiempo en capacitación de IRAS: _____ 30 min
_____ 1 hora
_____ 2 a 4 horas
_____ 6 horas

ANEXO 3

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar N°9

Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones de la GPC de IAVRAS






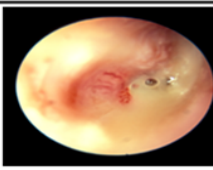


CUEP DE IRAS

- Cuenta con vacunas
- Se registro signos de alarma
- Signos y síntomas relación con el diagnóstico
- Se buscaron intencionalmente signos de alarma
- Se dio medidas preventivas
- La prescripción de otros medicamentos esta indicado
- Se justifica uso de antibiótico
- En caso de infección se otorgo antibiótico
- Se calculo a dosis kg
- El antibiótico fue de 1° era elección.

Criterios de Centor:
(faringoamigdalitis estreptococo b hemolítico)

Ausencia de tos	1
Nódulo cervical doloroso	1
Temperatura 38.5 °c	1
Exudado amigdalino, inflamación amigdalina	1
Edad entre 3 años y 14	1
R: Puntaje 3-5 alta probabilidad bacteriana	

PATOLOGIA	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO	
RESFRIADO COMUN (Rinofaringitis aguda j-00)	Congestión nasal Fiebre Odinofagia Tos Disfonía Irritabilidad Congestión conjuntival	Paracetamol 10-15 mg /kg/dosis Lavado nasal con solución salina Abundantes ingesta de líquidos	
RINITIS ALERGICA	Congestión nasal Rinorrea Estornudos Prurito nasal en cambios de estación	Paracetamol 10-15 mg/kg /dosis La irrigación nasal con sol. Salina útil Valorar uso de antihistamínicos loratadina 0.20 mg /kg/día	
SINUSITIS AGUDA(j-01)	Cuadro clínico de IVRS +7 días Dolor facial y en puntos de senos paranasales Congestión nasal *S. Bacterianas: , rinorrea purulenta, o retro nasal , hiposmia o anosmia, fiebre	Paracetamol 10-15 mg/kg /dosis la irrigación nasal con sol. Salina útil *Amoxicilina /ac. Clavulánico 45-90/mg/kg/día de 2-3 dosis	
FARINGITIS AGUDA (J-02)	Tos Disfonía Congestión nasal Dolor faríngeo 5 días Vesículas y aftas en Orofaringe viral	Paracetamol 10-15 mg /kg/dosis Abundantes líquidos	
FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICA (AMIGDALITIS J-03)	Inicio súbito de dolor faríngeo Fiebre Exudado en amígdalas Inflamación amigdalina o faringitis Adenopatía cervical anterior dolorosa o Ausencia de rinorrea, tos. Y disfonía Cefalea Dolor abdominal Vomito	A elección: P. G benzatinica 600 000 UI D.U en <20 kg Elección: P. G benzatinica 1200 000 UI D.U > 20 kg Alternativa: * < 20 kg: B. procaína 400 000 UI x 3 días + P. Benzatinica 600 000 UI al 4 día. * >20kg P. Procaína 800 000 UI x 3 días + 1200 000 UI al 4 ° día Amoxicilina /Ac. Clav. 20-40mg/kg/día c/8 hrs x 10 días Clindamicina 10-20mg/kg/día en 4 dosis x 10	
OTITIS MEDIA SUPURATIVA	Otalgia hipoacusia Fiebre Irritabilidad, cefalea Derrame del oído medio Membrana opaca y abombada Insomnio	Amoxicilina /Ac. Clavulánico 80-90 mg /kg/día. Por 5-10 días Ceftriaxona 50 a 75 mg/kg /día I.M x 3 días Clindamicina: 25-40mg/kg/día en 3-4 dosis por 10 días	
PREVENCIÓN PRIMARIA: Fomentar el lavado de manos Evitar contacto con personas con enfermedades respiratorias agudas Promover la lactancia materna más 6 meses hasta los 12 meses Evitar que los niños asistan a la guardería Evitar compartir juguetes o chupones entre niños		TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO: No usar para el manejo de resfriado antitusígenos, descongestionantes. Usar paracetamol como medicamentos de elección Otorgar tratamiento farmacológico en faringoamigdalitis estreptocócica y otitis media aguda Uso y aumento en ingesta de líquidos, Eleva la cabecera de la cama y aspirar gentilmente secreciones, Irrigación nasal puede ser útil en algunos paciente	
CRITERIOS DE REFERENCIA Paciente con comorbilidades, inmunosupresión y DM2 serán referidos. Empeoramiento de enfermedad base. Fiebre más de 3 días Paciente con datos de alarma. Paciente de alto riesgo: Sx. Down, anomalías craneofaciales Px. Con OMA recurrente con falla al TX. Medico, OMA con derrame uní o bilateral x 3 meses y hipoacusia		DATOS DE ALARMA Cianosis Estridor Respiración superficial Dificultad respiratoria, síntomas neurológicos y obstrucción de vías aérea superior oliguria, vomito persistente, Exantema petequeal o purpúrico. Niños que hayan tenido OMA antes de 6 meses Historia familiar de otitis media	

ANEXO 4

VI EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE																									
	CASOS CON IRAS EN MENORES DE 5 AÑOS					CASOS CON NEUMONÍA Y BRONCONEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS					CASOS DE PACIENTES POR INFLUENZA EN MENORES DE 5 AÑOS					CASOS DE MUERTE POR NEUMONÍA Y BRONCONEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS					TOTAL				
	Casos evaluados en SIMF					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17	18	19
Identificación del paciente																									
1	Tiene esquema de vacunación completo																								
2	Se registraron en el expediente acciones educativas a los familiares del paciente (incluidos signos de alarma)																								
3	Se registraron signos y síntomas relacionados con el diagnóstico																								
4	Se buscaron intencionadamente los signos de alarma: cianosis, estridor, respiración superficial o dificultad respiratoria																								
5	Se recomendaron medidas generales y de bienestar al paciente (medidas no farmacológicas)																								
6	La prescripción de otros medicamentos está justificada (antihistamínicos, antitusivos, etc.)																								
7	Se justifica el uso de antibiótico																								
8	En caso de sospecha de infección bacteriana se indicó antimicrobiano																								
9	En caso de prescribir antimicrobiano, se calculó dosis -Kg.																								
10	En caso de prescribir antimicrobiano, fue el de primera elección																								
11	En caso de prescribir antivirales, se iniciaron en las primeras 48 horas																								
12	Se realizó referencia al segundo nivel en base a criterios de referencia																								
13	Se realizó diagnóstico de acuerdo a la GPC																								
	Total de recomendaciones cumplidas (1)																								
	Total de recomendaciones no cumplidas (0)																								
	Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)																								
	Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado																								
	Porcentaje de recomendaciones cumplidas																								
	Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas																								
	Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados																								
Ver ítem 4		Identificación del paciente: Número de seguridad social																							
Análisis de información y toma de decisiones																									

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2016

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA
INFECCIÓN AGUDA DE VÍAS
AÉREAS SUPERIORES
EN PACIENTES MAYORES DE 3 MESES
HASTA 18 AÑOS DE EDAD

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-062-08

