

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

**ESTUDIO COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES  
RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y LAS  
NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PROGRAMA DE EXTENSION DE  
COBERTURA DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD  
(SIAS) EN EL MUNICIPIO DE JOYABAJ, QUICHE**

**INFORME DE TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**GLENDA YADIRA QUAN GONZALEZ**

**PARA OPTAR AL TITULO DE**

**QUIMICA FARMACÉUTICA**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2001.**

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central**

DL  
06  
+(2144)

## JUNTA DIRECTIVA

### FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

DECANA	LICDA. HADA MARIETA ALVARADO BETETA
SECRETARIO	LIC. OSCAR FEDERICO NAVE HERRERA
VOCAL I	DR. OSCAR MANUEL COBAR PINTO
VOCAL II	DR. RUBEN DARIEL VELÁSQUEZ MIRANDA
VOCAL III	DR. FEDERICO ADOLFO RICHTER MARTINEZ
VOCAL IV	BR. CESAR ALFREDO FLORES LOPEZ
VOCAL V	BR. MANUEL ANIBAL LEAL GOMEZ

## ACTO QUE DEDICO

A:

- Dios ser supremo que me da la vida.
- Virgen María mi modelo y ejemplo de mujer.
- Mis padres:

Oscar Arnoldo Quán y

Lidia Angélica González de Quán

Por su apoyo, comprensión y cariño incondicional.

- Mis hermanos Oscar Fernando y Rosa Angélica por su apoyo y cariño.
- A mis sobrinos en especial a José Francisco con mucho cariño.
- Mi Abuelita Rosa Quán.
- Mis tíos y primos en general.
- Mis amigos que han sido un gran apoyo en el transcurso de mi vida.

## AGRADECIMIENTOS

A:

- La Universidad de San Carlos de Guatemala y en especial a la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia por la formación que me han dado.

- Mis asesoras:

Licda. Juanita Mejía de Rodríguez y

Licda. Eleonora Gaitan Izaguirre

Por haberme orientado en la realización de este estudio.

- Los Médico Ambulatorios del municipio de Joyabaj, Quiché por su colaboración y aporte.
- CEDINCO, Kanil y Hospital Nacional de Joyabaj por su apoyo.

# INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. Resumen.....	1
II. Introducción .....	3
III. Marco Teórico.....	4
A. Situación de Salud en Guatemala .....	4
B. Infección Respiratoria Aguda .....	5
B.1. Vías Respiratorias Altas .....	6
B.2. Vías Respiratorias Bajas .....	7
C. Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) .....	8
C.1. Primer Nivel de Atención .....	9
C.2. Médico Ambulatorio .....	11
a. Responsabilidades del Médico Ambulatorio .....	11
b. Normas de Atención del Médico Ambulatorio .....	12
Tablas de Infecciones Respiratorias Agudas .....	15
c. Consejería Integrada .....	22
C.3. Monitoreo en el Primer Nivel de Atención .....	26
IV. Antecedentes .....	28
V. Justificación .....	32
VI. Objetivos .....	33
A. General .....	33
B. Específicos .....	33
VII. Hipótesis .....	34
VIII. Materiales y Métodos .....	35
A. Universo de Trabajo .....	36
B. Medios o Recursos .....	36
B.1. Materiales .....	36
B.2. Humanos .....	36
B.3. Institucionales .....	36
C. Diseño del Estudio .....	37
C.1. Muestra .....	37
C.2. Método .....	37
C.3. Análisis de Resultados .....	39
IX. Resultados .....	40
X. Análisis y Discusión de Resultados .....	46
XI. Conclusiones .....	52
XII. Recomendaciones .....	53
XIII. Bibliografía .....	55
XIV. Anexos .....	61

## I. RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por medio de el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) que es la organización y administración de los recursos por niveles de atención, pretende resolver los problemas de salud de la población guatemalteca, especialmente en el área rural, con el fin de incrementar coberturas y por lo tanto disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad del país. Teniendo entre sus prioridades al grupo Materno Infantil.

El presente estudio de tipo descriptivo retrospectivo evaluativo realizado en el municipio de Joyabaj del departamento de Quiché, del mes de abril a septiembre del año 2,000, incluyó a los Médicos Ambulatorios de este municipio que son parte de las dos Instituciones: Administradora de Servicios de Salud (ASS) CEDINCO con dos Médicos Ambulatorios que tienen a su cargo las Jurisdicciones<sup>1</sup> 1 y 2; así como también la Institución Prestadora de Servicios de Salud (PSS) KANIL con seis Médicos Ambulatorios que atienden las Jurisdicciones<sup>1</sup> 4, 5 y 6 (ver Anexo A); formando parte del Equipo Básico de Salud, del Primer Nivel de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) de este municipio. A los Médicos Ambulatorios se les evaluó el conocimiento en el manejo de medicamentos esenciales, según las Normas de Atención del SIAS en el tratamiento de Enfermedades Respiratorias en niños menores de 5 años, por medio de una Encuesta (ver Anexo B), la revisión de

1. **Jurisdicción:** Área o territorio en el que se ejerce una autoridad determinada, en este caso de un Médico Ambulatorio que es el encargado de la misma, donde presta Servicios de Salud a todas las comunidades que la conforman y está al tanto de todo lo que en ella ocurra, tomando las decisiones pertinentes. (ver Anexo A)

2. **SIGSA:** Sistema de Información Gerencial en Salud, informes de pacientes atendidos. (ver Anexo C)

3. **Sala Situacional:** carteles, tablas, gráficos, etc., con información sobre la efectividad de los Servicios Básicos de Salud, que se presenta a la comunidad cada dos meses.

los SIGSA<sup>2</sup> 3, 6, 7 y 18 (ver Anexo C), la Sala Situacional<sup>3</sup> de cada Jurisdicción<sup>1</sup>, evaluaciones y monitoreos de los Médicos en el año 2,000.

Los resultados obtenidos en el estudio evidenciaron que los Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj no cumplen, porque no conocen, las Normas de Atención del SIAS en el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años, utilizando de 23.03 a 62.123% de los casos Acetaminofen, de 5.92 a 11.42% de los casos Bromhexina y de 12.43 a 35.96% de los casos Amoxicilina y 15.38 a 35.65% de los casos Trimetoprin Sulfametoxazol (TMS), habiendo reportado de 0 a 14.20% casos de Neumonía y Otitis, no indicando las patologías de los demás casos en que utilizaron antibióticos. A excepción de la Jurisdicción No 1 donde el Médico conoce y cumple lo que las Normas del SIAS establecen, haciéndose evidente en la encuesta y en la utilización de los medicamentos, ya que utilizó en el 73.23% de los casos Acetaminofen, 32.92% de los casos Bromhexina y los antibióticos indicó utilizarlos en Neumonía, Infecciones de Oído y de Garganta, cumpliendo lo que el SIAS establece del uso de antibióticos, con 8.31% de los casos Amoxicilina y 13.85% de los casos TMS. (Tablas y Gráficas No 1 y 2, Anexo D)

En la consulta médica a nivel comunitario, en promedio el 43.10% de los pacientes atendidos son niños menores de 5 años; de éstos en promedio el 37.72% consultó por IRA. (ver Tabla No 3 y Gráfica No 3)

Se recomendaría la capacitación y monitoreo constante a todo el Equipo Básico de Salud, en especial al Médico Ambulatorio, trabajando en equipo todas las Instituciones relacionadas con el SIAS; en el SIGSA 3 que se escriba el medicamento con su dosis y tiempo de tratamiento, así también que en los SIGSAS y reportes se escriba el diagnóstico de la enfermedad respiratoria y no se indique solo como IRA, cuando no es Otitis o Neumonía.

## II. INTRODUCCIÓN

En Guatemala las enfermedades respiratorias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad especialmente en la niñez. Las infecciones respiratorias incluyen infecciones de nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios o bronquiolos y pulmones. Actualmente las Infecciones Respiratorias Agudas IRA ocupan la primera causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años. Los niños presentan alrededor de cuatro a seis episodios al año, en promedio se sabe que un niño del área urbana tiene de cinco a siete episodios al año, durando de siete a nueve días, mientras que un niño del área rural tiene de uno a tres episodios al año. (18,24,30,33,35)

A pesar del subregistro en la información de los pacientes, se ha reportado que las IRA son muy comunes en la población, 1 de 50 casos de tos se complica a neumonía que requiere antibiótico, siendo la mortalidad por neumonía en los niños de nuestro país del 15 al 25% mientras en otros países es del 2%. (18)

Tomando en cuenta que la mayoría de causas de morbilidad y mortalidad de nuestro país son fáciles de prevenir y controlar, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) propone darle cumplimiento a la política de salud 1,996 - 2,000 por medio del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), que tiene como uno de sus objetivos brindar atención de calidad a las personas, especialmente en áreas rurales donde no se tiene acceso a los servicios de salud, que contempla en su programa de extensión de cobertura, por ello se han desarrollado y emitido las Normas de Atención que son las que rigen al personal institucional y comunitario. Han sido dadas a conocer mediante la capacitación permanente y monitoreo. (18,25)

El SIAS se centra en el manejo integral de los pacientes y sirve de apoyo fundamentalmente para el personal institucional y comunitario, para que de esta manera el personal adquiera el dominio requerido para saber aplicar las Normas como la de tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en niños.



### III. MARCO TEÓRICO

#### A. SITUACIÓN DE SALUD EN GUATEMALA:

En los países de América Latina las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud, especialmente en niños menores de 5 años, cada año alrededor de 150,000 niños mueren por neumonía. Las IRA son el principal motivo de consulta en los servicios del primer nivel de atención, 40-60% de las consultas. La administración de antibióticos en IRA en la mayoría de los casos es innecesario, porque aproximadamente el 80% no requieren un antibiótico, siendo perjudicial por los efectos colaterales y el aumento de la resistencia bacteriana (2)

En 1,995, Guatemala tiene un crecimiento demográfico del 2.8%, la tasa de natalidad del 37.3 por 1000 habitantes, la tasa de fecundidad 5.1 hijos por mujer (6.2 mujeres rurales y 3.8 mujeres urbanas), la esperanza de vida al nacer es de 64.7 años en varones y 69.8 años en mujeres, siendo una población joven con el 45% menores de 15 años y el 3% mayores de 60 años, el 65 -62% de la población vive en el área rural. Se calculó que el 75% de la población era pobre y el 58% vive en extrema pobreza, siendo más frecuente en los indígenas del área rural con un 93% de pobreza y 91% de extrema pobreza. En ese año el 46% de la población no tenía acceso a servicios de salud (9,34)

En Guatemala la mortalidad infantil es de cada 1,000 niños que nacen 49 mueren antes de un año de vida y de cada 1,000 niños indígenas que nacen 56 mueren antes de un año de vida; siendo mayor la mortalidad de los niños de 1 a 4 años, de cada 1,000 niños indígenas nacidos vivos mueren 79, que es dos veces superior a la que se presenta en la población no indígena del área metropolitana. La principal causa de mortalidad infantil es neumonía e influenza, en la edad perinatal el 17% y en niños de 1

a 4 años el 26% de las muertes. De 1995 a 1998 la mortalidad en niños se redujo en un 14%, esta reducción fue mayor en el área rural que en el área urbana. (8,32,34,36)

El municipio de Joyabaj, lugar del estudio, pertenece al departamento de Quiché, el cual forma parte de la región VII (Nor-Occidente) del país. Esta región representa el 14 % de todo el territorio nacional. Joyabaj cuenta con una población de 55,783 habitantes de los cuales el 85% son indígenas, presentando entre sus primeras causas de morbilidad y mortalidad las Infecciones Respiratorias Agudas con un 40.9%, la primera causa de mortalidad infantil es neumonía con un 55.71%. (11,22)

## **B. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA:**

Es una contaminación patógena local en el aparato respiratorio por agentes externos como hongos, bacterias, protozoos y virus o por sus toxinas, dando un proceso de súbita aparición, curso rápido y duración relativamente breve. El agente infeccioso penetra al organismo por vías respiratorias, al proliferar desencadena una respuesta inmune dando síntomas característicos de una infección como dolor, tumor (hinchazón), rubor local, alteraciones funcionales, aumento de temperatura corporal, taquicardia y leucocitosis. (3,36,44)

La mayoría de niños solo padecen una infección leve, como un resfriado o una bronquitis, que generalmente es de origen viral pero que comúnmente puede presentarse fiebre que amerita tratamiento médico. Los episodios de resfriado no ameritan antibióticos, sin embargo, unos cuantos niños pueden contraer neumonía y si no se trata con antibióticos se pueden morir. (3,20,21,44)

Los patógenos más comunes de enfermedades respiratorias son:

a) **Virus:** agente infeccioso más pequeño, su genoma es un ácido nucleico (ADN o ARN) y el virus su unidad infecciosa. El genoma programa la célula infectada que

musculares, tos, cefalea y malestar general. El 80% de éstas infecciones son producidas por virus, el resto es en su mayoría por bacterias como streptococo y *C. difterae*.

Las enfermedades más comunes en éstas vías son: nasofaringitis aguda, faringitis aguda, infecciones óticas, mastoideas, uvulitis aguda, sinusitis, amigdalitis, absceso retroamigdalar, laberintitis. (3,4,18,39)

## **B.2. Vías Respiratorias Bajas:**

Son importantes las infecciones agudas de laringe y tráquea, en especial lactantes y preescolares, que por tener pequeñas sus vías respiratorias, los predispone a dificultad respiratoria, porque la inflamación estrecha éstas vías. En éstos niños las infecciones respiratorias generalmente afectan en diverso grado laringe, traquea, bronquios, pulmones e incluso vías respiratorias altas. Estas infecciones también son en su mayoría virales, presentan signos y síntomas similares a los de las vías respiratorias altas; suelen ir precedidas por infecciones leves de vías respiratorias altas de varios días de evolución, termina con la presencia de fiebre de 39°C o más, desasosiego, sobrecogimiento, estrés respiratorio, ansiedad, tos y a menudo cianosis.

La infección respiratoria baja más grave es la neumonía, habiendo distintas formas clínicas, se clasifican por su distribución anatómica en lobular, lobulillar, intersticial y bronconeumonía; por los agentes causales en viral, bacteriana o por aspiración. Las enfermedades respiratorias de las vías bajas son: laringitis diftérica aguda, crup infeccioso, epiglotitis aguda, laringitis aguda, laringotraqueobronquitis, traqueitis bacteriana, bronquitis y bronquiolitis. (3,4,18,38)

### C. SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (SIAS):

Sabiendo que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, el Estado es el encargado de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y complementarias a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social. Siendo también el encargado de velar por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas. El Programa de Gobierno 1,996-2,000, los Acuerdos de Paz, Código de Salud y las Políticas de Salud proporcionan el marco que respalda al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), una de las políticas de salud establece como prioridad dentro del nuevo modelo de atención, la Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención (5,7,8,15,16,30)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en respuesta a las necesidades de salud de la población propone el SIAS, con el objetivo general de contribuir a mejorar la salud de la población a través de cambios de carácter político, estructural y financiero. Entre sus objetivos específicos tiene: a) Extender la cobertura de Servicios de Salud, focalizándolos en las poblaciones que no tienen accesibilidad, b) Incrementar la capacidad resolutive y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, c) Aumentar el nivel de gasto público en salud y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando sostenibilidad; y d) Integrar la red de servicios o sea el primero, segundo y tercer nivel de atención en salud. (11,16,23,27,31)

El SIAS se define como la organización y la administración de los recursos por niveles, para extender las coberturas y mejorar la calidad de atención con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz. Se propone reorientar y ampliar los servicios de salud actuales y prestar atención básica en salud

a la población que no tiene acceso a estos servicios, por estar ubicada en zonas geográficas de difícil acceso, en áreas muy dispersas, con altos índices de pobreza y con la mayor concentración de población indígena. (8,11,15,16,31)

### **C. 1. Primer Nivel de Atención:**

En el nivel primario de atención, el SIAS permite sistematizar el trabajo del sector gubernamental y no gubernamental mediante una metodología sencilla y de bajo costo basándose en un conjunto de servicios básicos prestados en forma coordinada por personal voluntario e institucional (9,11,16,25,26,31)

En junio de 1,999 la extensión de cobertura llegó a cubrir el 76.8% de la población que no tenía acceso a servicios de salud en 1,996, en 25 de las 27 áreas de Salud del país. La extensión de cobertura alcanzada es producto de las alianzas con 78 organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras instituciones: como cooperativas, municipalidades, el IGSS, iglesias y otras, brindando los Servicios de Salud como Prestadoras o Administradoras de los mismos (PSS o ASS). (9,16)

En la Implementación de los Servicios Básicos de Salud incluye:

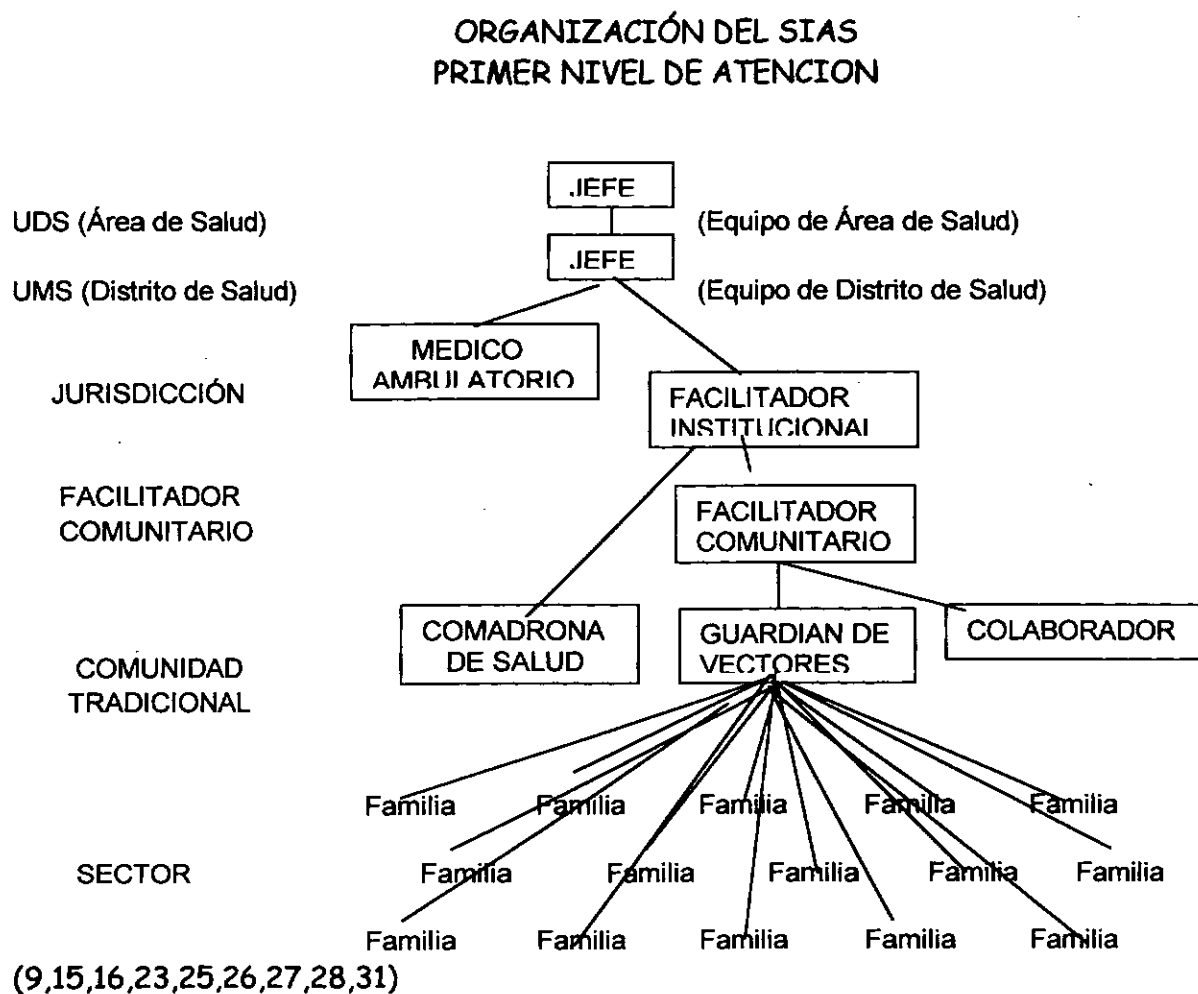
- **Equipo Básico:** conformado por Médico Ambulatorio, Facilitador Institucional, Facilitador Comunitario, Vigilantes o Guardianes de Salud, Comadronas y colaboradores.
- **Organización Comunitaria:** los primeros 3 meses del convenio con ONGs fortalecen la organización comunitaria, realizan reuniones con autoridades y líderes comunitarios, deciden quienes conducirán las acciones, se selecciona vigilantes de salud y facilitadores comunitarios, y se identifica a las comadronas que se incorporan al sistema.
- **Personal Comunitario:** realiza acciones de promoción, prevención y tratamiento con apoyo y supervisión de facilitador institucional y médico ambulatorio.

- **Centros Comunitarios:** espacio físico en la comunidad para realizar acciones de atención médica, capacitación y análisis de situación de salud con la asamblea comunitaria.
- **Medicamentos Básicos:** los servicios básicos incluyen medicamentos para atender las prioridades de salud, los que son comprados por prestadoras y administradoras con fondos que da el Ministerio de Salud. Además hay botiquines rurales que el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) ha ubicado en las comunidades.
- **Servicios Básicos de Salud:**
  - Inducción del personal comunitario
  - Croquis y censos de la población elaborados por la comunidad y los consolidados por jurisdicción.
  - Programar y prestar servicios de salud.

Acciones iniciales prioritarias son:

  - Vacunación, control de diarrea, infecciones respiratorias agudas, promoción del crecimiento.
  - Control prenatal, atención de parto, puerperio, espaciamiento de embarazos, detección de cáncer cérvico, uterino y de mama.
  - Control de dengue, malaria, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA y atención de urgencias.
  - Mejoramiento de disposición de excretas y basura, control de calidad de agua, de vectores y rabia, como atención del ambiente.
- **Monitoreo del Proceso de Extensión de Cobertura:** permite controlar el cumplimiento del programa de trabajo del personal y el logro de las metas, principalmente reducir la mortalidad materno infantil y la de aumentar la extensión de cobertura; con la que se tiene datos de cada familia y es la base de

la vigilancia epidemiológica, facilitando el identificar y prevenir casos, si se dieran permite rastrearlos con rapidez previniendo epidemias.



### C.2. El Médico Ambulatorio:

Es el que labora en un Puesto de Salud, Centro Comunitario o Equivalente, dando consulta a nivel comunitario, atendiendo en mayor parte niños generalmente por episodios de infecciones respiratorias agudas, que al año pueden ser de cuatro de seis episodios.

#### a. Responsabilidades del Médico Ambulatorio:

Según el Sistema Integral de Atención es Salud (SIAS) son:

- Programar visitas mensuales a cada comunidad de la jurisdicción a su cargo.

- Atender demanda de atención médica por enfermedades y emergencias.
- Atender referencias del Guardián de Salud, Comadrona, Facilitador Comunitario y Facilitador Institucional.
- Realizar control prenatal institucional de embarazadas referidas por la comadrona, clasificar riesgo y decidir lugar de atención del parto.
- Dar seguimiento a contra referencias y orientar al Facilitador Comunitario y al Guardián de Salud sobre la forma adecuada de dar seguimiento a los pacientes que requieran atención especial.
- Referir a otros niveles de atención a personas con patologías complejas
- Registrar la información de la atención en el formulario de Registro Diario de Consulta y consolidar la información en la Ficha Mensual de Estadística.
- Realizar visitas domiciliarias para seguimiento o atención de casos de alto riesgo obstétrico y otras patologías complejas.
- Participar en medidas de control y vigilancia epidemiológica.
- Capacitar en servicio y supervisar al Facilitador Comunitario, al Facilitador Institucional y a la Comadrona Tradicional
- Brindar consejería a parejas sobre espaciamiento entre embarazos.
- Participar en el análisis de la sala situacional del distrito o de la prestadora
- Identificar necesidades de aprendizaje del personal comunitario
- Programar suministros y medicamentos para sus actividades con el distrito de salud, la administradora o prestadora de servicios de salud.

**b. Normas de Atención del Médico Ambulatorio en Infecciones Respiratorias Agudas:**

En el siguiente cuadro se describen las normas de atención del SIAS en las infecciones respiratorias agudas que debe utilizar el Médico Ambulatorio, con énfasis en las actividades y en la forma de actuar con respecto al manejo terapéutico.



## Normas de Atención de Médico Ambulatorio

ACTIVIDAD	ACTÚA
1. Clasifica casos de infecciones respiratorias agudas.	Según signos y síntomas y edad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad muy grave</li> <li>- Neumonía grave</li> <li>- Neumonía (no clasificada como grave)</li> <li>- Tos o Resfriado (no es neumonía)</li> </ul> (Tablas No 1 y 2)
2. Refiere casos de enfermedad muy grave al hospital más cercano.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiera urgentemente al hospital.</li> <li>2. Dele la primera dosis de un antibiótico, sí</li> <li>3. Tiene duda que tenga acceso inmediato al hospital. (Tabla No 3)</li> <li>4. Trate la fiebre, si tiene (Tabla No 4)</li> <li>5. Trate la sibilancia, si tiene (Tabla No 5)</li> <li>6. Mantenga abrigado al bebé.</li> </ol>
3. Refiere casos de neumonía grave al hospital más cercano.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiera urgentemente al hospital.</li> <li>2. Dele la primera dosis de un antibiótico (Tabla No 3)</li> <li>3. Trate la fiebre, si tiene (Tabla No 4)</li> <li>4. Si no puede referir, trate con antibiótico y obsérvelo estrechamente. (Tabla No 3)</li> <li>5. Dele broncodilatador de acción rápida y refiéralo. (Tabla No 5)</li> <li>6. Mantenga abrigado al bebé.</li> </ol>
4. Trata casos de neumonía en el hogar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dígle a la madre que lo cuide en casa</li> <li>2. Dele un antibiótico (Tabla No 3)</li> <li>3. Trate la fiebre, si tiene (Tabla No 4)</li> <li>4. Trate la sibilancia, si tiene (Tabla No 5)</li> <li>5. Dígle a la madre que regrese con el niño dentro de 2 días para volver a evaluarlo, o antes si empeora.</li> </ol>
5. Evalúa al niño a los 2 días si está tomando antibiótico para neumonía.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esta peor refiéralo urgentemente al hospital.</li> <li>2. Esta igual cambie el antibiótico o refiéralo al hospital. (Tabla No 3)</li> <li>3. Mejorando termine los 7 días de antibiótico.</li> </ol>
6. Clasifica y trata casos de problema de oído.	Según signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mastoiditis</li> <li>- Infección aguda del oído</li> <li>- Infección crónica del oído</li> </ul>
6.A Mastoiditis.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiera urgentemente al hospital.</li> <li>2. Dele la primera dosis de antibiótico.</li> <li>3. Trate la fiebre, si tiene. (Tabla No 4)</li> <li>4. Acetaminofen por dolor (Tabla No 4)</li> </ol>

<b>6.B Infección Aguda del Oído.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dele antibiótico oral (Tabla No 6)</li> <li>2. Seque el oído con mechas</li> <li>3. Haga otra evaluación en 5 días</li> <li>4. Trate la fiebre si tiene. (Tabla No 4)</li> <li>5. Acetaminofen para dolor. (Tabla No 4)</li> </ol>
<b>6.C Infección Crónica del Oído.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seque el oído con mechas (Tabla No 6)</li> <li>2. Trate la fiebre si tiene (Tabla No 4)</li> <li>3. Acetaminofen para dolor (Tabla No 4)</li> </ol>
<b>7. Clasifica dolor de garganta.</b>	<p>Según signos y síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absceso de garganta</li> <li>- Infección de garganta (estreptocócica)</li> <li>- Faringitis viral</li> </ul>
<b>7.A Absceso de Garganta.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refiera al hospital.</li> <li>2. Dar Penicilina Benzatínica (tabla No 6)</li> <li>3. Trate la fiebre, si tiene (Tabla No 4)</li> <li>4. Acetaminofen para dolor (tabla No 4)</li> </ol>
<b>7.B Infección de Garganta.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dele un antibiótico para infección estreptocócica (Tabla No 7)</li> <li>2. Dele un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de la garganta</li> <li>3. Trate la fiebre si tiene. (Tabla No 4)</li> <li>4. Acetaminofen para dolor (tabla No 4)</li> </ol>
<b>7.C Faringitis Viral.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dele un antibiótico para infección estreptocócica (Tabla No 7)</li> <li>2. Dele un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de la garganta</li> <li>3. Trate la fiebre si tiene. (Tabla No 4)</li> <li>4. Acetaminofen para dolor (tabla No 4)</li> </ol>
<b>8. Enseña a la madre o encargado a cuidar al niño en la casa y a detectar signos de peligro.</b>	<p>En el niño de 2 meses a 4 años aconseja:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Alimentación del niño: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar con la alimentación de costumbre.</li> <li>- Mejorar la calidad de los alimentos después de la enfermedad.</li> <li>- Limpiar la nariz si interfiere con la alimentación.</li> </ul> </li> <li>b) Aumente los líquidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer al niño líquidos adicionales, aguas caseras</li> <li>- Continuar con lactancia materna.</li> </ul> </li> </ol> <p>Más importante aún:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c) Refiera si el paciente presenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respira con dificultad</li> <li>- La respiración se vuelve rápida</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No puede beber</li> <li>- La salud del niño empeora, este niño puede tener neumonía</li> </ul> <p>En el lactante menor de 2 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mantener abrigado al bebe</li> <li>b) Amamantarlo con frecuencia</li> <li>c) Limpiarle la nariz si interfiere con la lactancia.</li> <li>d) Refiéralo rápidamente sí: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respira con dificultad</li> <li>- Respira rápidamente</li> <li>- Es difícil alimentarlo</li> <li>- La salud del niño empeora</li> </ul> </li> </ul>
--	--



(9,16,23,25,26,27,29,31)

A continuación se presentan las tablas de Infecciones Respiratorias Agudas que complementan las Normas de Atención:

- Tabla No 1 se dan los signos para clasificar la enfermedad en niños de 2 meses a 4 años, dando su tratamiento respectivo.
- Tabla No 2 se dan los signos para clasificar la enfermedad en niños lactantes menores de 2 meses.
- Tabla No 3 se da el tratamiento con antibióticos, indicando las dosis y tiempo de tratamiento.
- Tabla No 4 forma en que se debe tratar la fiebre, con las dosis de acetaminofen,
- Tabla No 5 como se trata la sibilancia, las dosis de Salbutamol y la forma de utilizar un broncodilatador de acción rápida.
- Tabla No 6 tratamiento de una infección estreptocócica de la garganta.

(2,21,27)


**TABLA # 1 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS			
SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No puede beber,</li> <li>* Convulsiones,</li> <li>* Anormalmente somnoliento o difícil de despertar.</li> <li>* Estridor en reposo</li> <li>* Desnutrición grave.</li> </ul>		
	CLASIFIQUE COMO:		
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Refiéralo URGENTEMENTE al Hospital.</li> <li>* Dele la primera dosis de un antibiótico, si tiene duda que tenga inmediato acceso al Hospital.</li> <li>* Trate la fiebre si tiene.</li> <li>* Trate la sibilancia si tiene</li> </ul>		

SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Si tiene tiraje (También tiene sibilancia recurrente, consulte la sección <b>Trate la sibilancia</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No tiene tiraje</li> <li>* Si tiene respiración rápida (50 por minuto o más si tiene de 2 a 11 meses; 40 por minuto o más si tiene de 1 a 5 años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No tiene tiraje</li> <li>* No tiene respiración rápida (Menos de 50 por minuto, si tiene de 2 a 11 meses; Menos de 40 por minuto si tiene de 1 a 5 años).</li> </ul>
	CLASIFIQUE COMO:	<b>NEUMONÍA GRAVE</b>	<b>NEUMONÍA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Refiéralo URGENTEMENTE al Hospital.</li> <li>* Dele la primera dosis de un antibiótico, si tiene duda que tenga inmediato acceso al Hospital.</li> <li>* Trate la fiebre si tiene.</li> <li>* Trate la sibilancia si tiene (Si no se puede referir, trátelo con antibióticos y obsérvelo estrechamente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dígale a la madre que lo cuide en la casa.</li> <li>* Dele un antibiótico.</li> <li>* Trate la fiebre, si tiene.</li> <li>* Trate la sibilancia, si tiene.</li> <li>* Dígale a la madre que regrese con el niño dentro de dos días para volver a evaluarlo, o antes si empeora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Si tose más de 30 días, refiéralo para una evaluación.</li> <li>* Evalúe y trate problema de oído o dolor de garganta, si lo tiene.</li> <li>* Evalúe y trate otros problemas.</li> <li>* Dígale a la madre que lo cuide en la casa.</li> <li>* Trate la fiebre, si tiene.</li> <li>* Trate la sibilancia, si tiene.</li> </ul>

Evaluar al niño a los dos días si está tomando antibiótico para neumonía			
SIGNOS:	<b>PEOR</b>	<b>IGUAL</b>	<b>MEJORANDO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No puede beber.</li> <li>* Tiene tiraje.</li> <li>* Tiene otros signos de peligro</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Respira mejor.</li> <li>* Tiene menos fiebre.</li> <li>* Esta comiendo mejor.</li> </ul>
TRATAMIENTO:	* Refiéralo URGENTEMENTE al Hospital.	* Cambie el antibiótico o refiéralo.	* Termine los 7 días de antibiótico.

**TABLA # 2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

<b>EL LACTANTE MENOR DE 2 MESES</b>		
<b>SIGNOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dejó de alimentarse.</li> <li>* Convulsiones</li> <li>* Anormalmente somnolento o difícil de despertar</li> <li>* Estridor en reposo.</li> <li>* Sibilancia.</li> <li>* Fiebre o temperatura baja.</li> </ul>	
<b>CLASIFIQUE COMO:</b>	<b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>	
<b>TRATAMIENTO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Refiéralo URGENTEMENTE al Hospital.</li> <li>* Mantenga al bebé abrigado.</li> <li>* Dele la primera dosis de un antibiótico</li> </ul>	
<b>SIGNOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Tiraje grave y/o</li> <li>* Si tiene respiración rápida (60 por minuto o MAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No tiraje grave y/o</li> <li>* No tiene respiración rápida (menos de 60 por minuto)</li> </ul>
<b>CLASIFIQUE COMO:</b>	<b>NEUMONÍA GRAVE</b>	<b>RESFRIADO</b>
<b>TRATAMIENTO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Refiéralo URGENTEMENTE al Hospital</li> <li>* Mantenga al bebé abrigado</li> <li>* Dele la primera dosis de un antibiótico, si tiene duda que tenga inmediato acceso al Hospital. (Si no se puede referir, trátelo con antibióticos y obsérvelo estrechamente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dígale a la madre que lo cuide en la casa.</li> <li>* Mantener al bebé abrigado.</li> <li>* Amamantarlo con frecuencia.</li> <li>* Limpiarle la nariz si interfiere con la alimentación</li> <li>* Regréselo rápidamente si:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respira con dificultad.</li> <li>* Respira rápidamente.</li> <li>* Es difícil alimentarlo.</li> <li>* La salud del bebé empeora.</li> </ul> </li> </ul>

## TABLA # 3 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### Recete un antibiótico\*\*

Dé la primera dosis de antibiótico al momento de atender al paciente.

Enseñe a la madre cómo administrar el antibiótico durante siete días en la casa ( o que regrese con el niño al servicio todos los días para que le pongan una inyección de penicilina procaínica).

EDAD O PESO	COTRIMOXAZOL Trimetoprim + sulfametoxazol			AMOXICILINA		AMPICILINA		PENICILINA PROCAINA
	Tableta Pediátrica	Jarabe	Tableta Adulto	Tableta	Suspensión	Tableta	Suspensión	Inyección
	(20mg trimetoprim, 100mg sulfametoxa- zol)	(40mg trimetoprim, 200mg sulfametoxa- zol por 5 ml)	Potencia sencilla (80 mg trimetoprim, 400 sulfametoxazol)	250mg	125mg en 5 ml	250mg	125mg en 5 ml	
Menor de 2 meses ( 5Kg)	1*	2.5ml*	.1/4	.1/4	2.5ml	.1/2	2.5ml	200,000 unidades
De 2 a 11 meses (8-9Kg)	2	5ml	.1/2	.1/2	5ml	1	5 ml	400,000 unidades
De 1 año a menores de 5 años (10-19 Kg)	3	7.5ml	1	1	10ml	1	5 ml	800,000 unidades

Prescriba un antibiótico oral por 7 días en la casa solamente si no se puede referir.

\* Si el niño es menor de 1 mes, dele la mitad de una tableta pediátrica o 1.25 ml de jarabe dos veces al día.

Evite trimetoprim-sulfametoxazol en lactantes menores de un mes que sean prematuros.

\*\*El antibiótico de primera línea a utilizar dependerá de la disponibilidad existente y/o de los lineamientos establecidos localmente, según normas.

## TABLA # 4 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

<b>Trate la Fiebre</b>			
Fiebre alta ( >38.5°C, axilar).		(38 - 38.5°C, axilar).	
Dale acetaminofen.		Dígale a la madre que le dé líquidos	
<b>Dosis de ACETAMINOFEN:</b>			SI SOLO TIENE FIEBRE, NO SE JUSTIFICA DAR UN ANTIBIOTICO EXCEPTO A UN LACTANTE MENOR DE 2 MESES. REFIERALO AL HOSPITAL. SI TIENE DUDA QUE TENGA INMEDIATO ACCESO AL HOSPITAL, DELE LA PRIMERA DOSIS DE UN ANTIBIOTICO.
Cada seis horas			
Edad o Peso	Tableta de 100mg	Tableta de 500 mg	
De 2 a 11 meses 6 - 9 kg	1	.1/4	
De 1 a 2 años 10-14kg	1	.1/4	
De 3 años a > 5 años. 15-19Kg.	1 1/2	.1/2	

## TABLA # 5 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

<b>Trate la sibilancia</b>					
<b>Niños con el primer episodio de sibilancia</b>					
Si tiene "urgencia respiratoria" → Dele un broncodilatador de acción rápida y refiéralo.					
Si no tiene "urgencia respiratoria" → Dele salbutamol oral.					
<b>Niños con sibilancia recurrente (asma)</b>					
* Dele un broncodilatador de acción rápida y refiéralo.					
* Evalúe el estado del niño 30 minutos más tarde:					
<b>Si:</b>		<b>Entonces:</b>			
Si tiene "urgencia respiratoria" o cualquier signo de peligro.		→ Trate como NEUMONIA GRAVE o como ENFERMEDAD MUY GRAVE (REFIERALO).			
No tiene "urgencia respiratoria" y respira rápido.		→ Trate como NEUMONIA y dele salbutamol oral.			
No respira rápido		→ Trate como NO ES NEUMONIA: TOS O RESFRIADO y dele salbutamol oral.			
BRONCODILATADOR DE ACCION RAPIDA		SALBUTAMOL ORAL Tres veces al día, durante 7 días.			
Salbutamol nebulizador (5mg/ml)	0.5ml más 2.0ml de agua esterilizada	Edad o Peso	Tableta de 2mg	Tableta de 4 mg	Jarabe 2mg en 5ml
Epinefrina subcutánea (adrenalina) (1:1000 =0.1%)	0.001 ml por kg de peso	De 2 a 11 meses ( 10kg)	.1/2	.1/4	2.5 ml
		de 1 año a menores de 5 años (10-19 kg)	1	.1/2	5 ml



## TABLA # 6 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

**De un antibiótico para infección  
estreptocócica de la garganta**

**Dé Penicilina Benzatínica**

PENICILINA BENZATÍNICA INTRAMUSCULAR

Una sola inyección

> 5 años	600,000 unidades
< 5 años	1,200,000 unidades

**o De amoxicilina, o ampicilina  
durante 10 días.**

**Suavice la garganta con remedio inofensivos y sencillos.  
De acetaminofén para el dolor y la fiebre**

### c. Consejería Integrada

Tiene como objetivo la orientación integral al paciente y a su familia, para asegurar la recuperación, rehabilitación y fomento de la salud.

Lo que debe hacer el Médico Ambulatorio cuando habla con la madre, encargado o familia del niño, se resume en los siguientes cuadros:

#### INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

ALIMENTACION	LIQUIDOS	HIGIENE	CUANDO VOLVER
<p>Preguntar de alimentos que ofrece al niño/a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar de alimentos según edad y disponibilidad de éstos.</li> <li>• Primeros 6 meses: lactancia exclusiva a libre demanda.</li> <li>• 6-9 meses: dar de mamar y después purés arroz, maíz, verduras, frutas (con vit A), pollo, huevo, pescado</li> <li>• 9-11 meses: comida en trocitos, atoles, purés, banano, tortilla que muerda, después dar de mamar.</li> <li>• 1-2 años: darle 5 comidas al día, preparar mezclas nutritivas. Darle de mamar después de comer.</li> </ul>	<p>Preguntar sobre líquidos que acostumbra darle, luego orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar cantidad y frecuencia de líquidos: agua de arroz, de cereal, de plátano.</li> </ul>	<p>Orientar sobre limpieza de fosas nasales, si es necesario aplicar solución salina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar cómo preparar gotas de solución salina.</li> <li>• Orientar sobre higiene general de niño/a.</li> <li>• Abrigar lo necesario en el hogar y otros ambientes.</li> </ul>	<p>Explicar que vuelva inmediatamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño/a no acepta líquidos o no toma el pecho</li> <li>• Tiene respiración rápida o ruidosa.</li> <li>• Presenta fiebre más de 38.5°C</li> </ul>

Enseñar a la madre a administrar los medicamentos  
 Explicar sobre la importancia de continuar con control médico  
**ASEGURAR QUE LA MADRE / FAMILIA COMPRENDIO  
 LAS EXPLICACIONES DADAS (29)**

## OTITIS

ALIMENTACION	LIQUIDOS	HIGIENE	CUANDO VOLVER
<p>Preguntar de alimentos que ofrece al niño/a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar de alimentos según edad y disponibilidad de éstos.</li> <li>• <b>Primeros 6 meses:</b> lactancia exclusiva a libre demanda.</li> <li>• <b>6-9 meses:</b> dar de mamar y después pures arroz, maíz, verduras, frutas (con vit A), pollo, huevo, pescado</li> <li>• <b>9-11 meses:</b> comida en trocitos, atoles, pures, banano, tortilla que muerda, después dar de mamar.</li> <li>• <b>1-2 años:</b> darle 5 comidas al día, preparar mezclas nutritivas. Darle de mamar después de comer.</li> </ul>	<p>Preguntar sobre líquidos que acostumbra darle, luego orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar cantidad y frecuencia de líquidos: agua de arroz, de cereal, de plátano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secar el oído por primera vez en el servicio.</li> <li>• Orientar a la madre cómo limpiar el oído del niño/a y frecuencia con la que debe hacerlo.</li> <li>• Precauciones que debe tener cuando el oído supura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de infección aguda del oído, orientar que debe volver para evaluar en 5 días.</li> <li>Explicar que vuelva inmediatamente:</li> <li>• Si el niño/a no acepta líquidos o no toma el pecho</li> <li>• Presenta fiebre más de 38.5°C</li> </ul>

Enseñar a la madre a administrar los medicamentos  
 Explicar sobre la importancia de continuar con control médico  
**ASEGURAR QUE LA MADRE / FAMILIA COMPRENDIO**  
**LAS EXPLICACIONES DADAS (29)**

## FIEBRE

ALIMENTACION	LIQUIDOS	HIGIENE	CUANDO VOLVER
<p>Preguntar de alimentos que ofrece al niño/a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar de alimentos según edad y disponibilidad de éstos.</li> <li>• Primeros 6 meses: lactancia exclusiva a libre demanda.</li> <li>• 6-9 meses: dar de mamar y después pures arroz, maíz, verduras, frutas (con vit A), pollo, huevo, pescado</li> <li>• 9-11 meses: comida en trocitos, atoles, pures, banano, tortilla que muerda, después dar de mamar.</li> <li>• 1-2 años: darle 5 comidas al día, preparar mezclas nutritivas. Darle de mamar después de comer.</li> </ul>	<p>Preguntar sobre líquidos que acostumbra darle, luego orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar lactancia con mayor frecuencia y durante más tiempo.</li> <li>• Si es mayor de 6 meses dar agua de arroz, sopa, agua hervida, agua de cereal y de plátano.</li> </ul>	<p>Preguntar sobre cuidados que acostumbra para baja la fiebre, si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mantenerlo con ropa ligera si la fiebre es de 38°C o más, no abrigarlo demasiado.</li> <li>• Explicar cómo hacer limpieza con paños húmedos con agua tibia.</li> </ul>	<p>Explicar que vuelva inmediatamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño/a no acepta líquidos o no toma el pecho</li> <li>• Si la fiebre persiste después de 2 días</li> <li>• Explicar que si solo presenta fiebre no se justifica dar un antibiótico excepto a niño/a menor de 2 meses</li> </ul>

Enseñar a la madre a administrar los medicamentos  
 Explicar sobre la importancia de continuar con control médico  
**ASEGURAR QUE LA MADRE / FAMILIA COMPRENDIO**  
**LAS EXPLICACIONES DADAS (29)**

## MEDICAMENTOS ORALES

MEDICAMENTOS	CUANDO VOLVER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a la madre / familia en que consiste el tratamiento y por qué debe administrárselo.</li> <li>• Explicar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Cómo medir la dosis</li> <li>Cuántas veces al día administrarlo</li> <li>Por cuántos días administrarlo</li> </ul> </li> <li>• Pedir a la madre que administre la primera dosis, observar a la madre mientras mide la dosis.</li> <li>• Si se debe administrar más de un medicamento explicar debidamente por separado.</li> <li>• Explicar que todos los medicamentos deben continuar administrándose hasta que termine el tratamiento, aunque el niño/a mejore.</li> </ul>	<p>Explicar que vuelva inmediatamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño/a no acepta líquidos o no toma el pecho.</li> <li>• Si tiene respiración rápida o ruidosa.</li> <li>• Si presenta heces con sangre.</li> <li>• Si presenta fiebre muy alta.</li> </ul>

Enseñar a la madre a administrar los medicamentos  
 Explicar sobre la importancia de continuar con control médico  
**ASEGURAR QUE LA MADRE / FAMILIA COMPRENDIO  
 LAS EXPLICACIONES DADAS (29)**

### **C.3. Monitoreo en el Primer Nivel de Atención:**

Con el monitoreo se verifica el cumplimiento de las metas de salud que deben alcanzarse a través del tiempo en la comunidad, jurisdicción, distrito y en la dirección del área de salud. La principal técnica del monitoreo es el análisis de las estadísticas de salud obtenidas a nivel de vivienda, sector, comunidad y jurisdicción. Las coberturas y la atención brindada se compara con los datos de las metas establecidas para asegurar la salud de la población. Los resultados del monitoreo deben discutirse entre los participantes, para lograr un consenso sobre medidas correctivas, para alcanzar un mejoramiento de la salud de la población.

Los Médicos Ambulatorios reciben monitoreo mensual del Jefe de Distrito, en la dirección de distrito, cuando son personal del Ministerio de Salud. Los Médicos Ambulatorios contratados por Prestadoras de Servicios de Salud reciben monitoreo mensual del gerente o personal técnico que él delegue. Pero el Médico Ambulatorio no se toma en cuenta en el control de Infecciones Respiratorias Agudas específicamente, solo se monitorea al médico en relación a las morbilidades atendidas en forma general, las urgencias, el control Pre y Post Natal

Son los Médicos Ambulatorios los responsables de monitorear únicamente a las comadronas, una vez al mes, durante las reuniones de capacitación en el centro comunitario.

El Control de Infecciones Respiratorias Agudas se realiza por medio del monitoreo al Vigilante de Salud por parte del Facilitador Comunitario; al Facilitador Comunitario por el Facilitador Institucional y por último al Facilitador Institucional por el gerente o técnico de la prestadora, director de distrito o institución capacitadora. (26)

El siguiente cuadro contempla las acciones de monitoreo para el Médico Ambulatorio, sobre Morbilidad General, Urgencias, Control Pre y Post Natal:

### Morbilidad General, Urgencias, Control Pre y Post Natal

Ejecutor	Responsable del Monitoreo	Indicadores (tiempos estimados para referencia)	Criterios	Acciones a Seguir
Médico Ambulatorio	Gerente o técnico de la prestadora, director de distrito o institución capacitadora.	<p>A partir del 3er mes dentro del convenio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de comunidades atendidas por mes según programación.</li> <li>• Proporción de comadronas tradicionales en proceso de capacitación.</li> <li>• Calidad de atención brindada</li> </ul>	<p>Cobertura del programa de trabajo</p> <p>a) 100% b) 90 a 99% c) &lt; 90%</p>	<p>a) Estimula al Médico Ambulatorio a continuar cumpliendo con su programa de trabajo, mejorar la calidad de la atención y de la capacitación.</p> <p>b) Investiga causas de falta de cumplimiento: problemas de desempeño, problemas de clima o acceso u otros, y orienta para superarlos.</p> <p>c) Apoya para superar problemas ajenos a su voluntad. Evalúa satisfacción en el empleo, capacita sobre normas de atención, educación popular, comunicación mediante interprete.</p>

(26)

#### IV. ANTECEDENTES

Sobre el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), se han realizado algunas investigaciones en las que se encuentra un estudio sobre el componente de integración comunitaria al SIAS, se observa alto grado de participación por parte de guardianes de salud, la capacitación es alta para facilitadores comunitarios y guardianes de salud, aunque no tanto para comadronas que no tienen mucho conocimiento por diversos factores, entre los que se encuentra baja escolaridad y edad avanzada que limita el aprendizaje, por lo que no se están cumpliendo con las normas de atención del SIAS. En éstas investigaciones se concluye que hay participación adecuada del personal comunitario, organizaciones comunitarias y la comunidad; aunque la intervención de organizaciones comunitarias y la comunidad colectiva es baja dentro del SIAS; y se debe dar más capacitación a personal comunitario. Se debe conscientizar a la población, ya que ellos también han contribuido a perder las oportunidades en la atención en puestos de salud por su inasistencia a los mismos, porque los que asisten a los servicios de salud del primer nivel en su mayoría son poblaciones de 0-5 años y mujeres de 20 a 35 años. (1, 17,40)

Se realizó una Evaluación del Desempeño del Médico Ambulatorio dentro del Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, obteniendo como resultado que todos los Médicos tienen poco conocimiento de las Normas de Atención del SIAS, siendo estas la base, se asume que no atienden a los pacientes de la forma más adecuada; tienen una actitud positiva hacia sus responsabilidades, pero con desacuerdo en registrar y consolidar la atención médica brindada porque les quita tiempo que pueden usar en dar más consulta, es repetitivo y no encuentran beneficio propio, por lo que los registros que se tienen en la Jefatura del Área no están completos. Además no tienen un conocimiento completo de su rol dentro del SIAS, la mayoría no conoce todas sus responsabilidades, a pesar de eso su compromiso hacia lo que tienen que hacer es de grado alto y muy alto, el Jefe de Distrito esta satisfecho del desenvolvimiento de los



médicos por su buen cumplimiento y los facilitadores comunitarios ven que los médicos están cumpliendo sus funciones en alto grado, aunque algunos facilitadores comunitarios manifestaron que los médicos no realizan visitas domiciliarias y que no identifican las necesidades de aprendizaje del equipo básico. Por lo que en sus recomendaciones se menciona que el SIAS de charlas de motivación a los médicos y que se evalúe el nivel de desempeño de los Médicos Ambulatorios anualmente, que se mejore y enfatice el conocimiento de responsabilidades del Médico Ambulatorio y del equipo básico. (9)

En el estudio de Oportunidades Perdidas en Atención de Pacientes en Puestos de Salud se observó que el Médico y la Enfermera Profesional no están brindando todos los servicios a los pacientes, ya que en los Niños no se promueve el control de niño sano, no se ve estado nutricional, etc.; en el Adolescente no se considera la salud mental, nutrición, salud sexual, etc.; en Materno no se da salud sexual, planificación familiar, papanicolau, etc.; en el Adulto no se da importancia a la salud sexual, tuberculosis, etc.; por lo que se observa que es necesario estar capacitando, asesorando y evaluando al equipo básico, para que realice sus funciones como es debido. (1)

La aceptación y la actitud del personal de salud hacia el SIAS han sido positivas, aunque algunos están en desacuerdo total; la intervención en los servicios básicos y la participación de organizaciones no gubernamentales ONGs son las que han recibido mayor aceptación, aunque no tanto han aceptado la estrategia y organización del SIAS; el Equipo Básico de salud refiere duda en cuanto a su relación de participación de Guardianes de Salud y su capacidad de realizar el trabajo. En cuanto al conocimiento del Equipo Básico de Salud se puede decir en general que es bajo debido a la poca capacitación que hay para el personal, los cuales no tienen claras sus funciones y en muchos casos no tienen el conocimiento necesario, también que el personal involucrado no se dedican en un 100% a su trabajo. (8,15,31,40)

Se evaluó la situación de los Centros de Salud en Petén, Alta Verapaz y Quiché, teniendo como resultado que la accesibilidad es difícil por la distancia, el tiempo que se emplea para llegar, el mal sistema de transporte y la mala condición de los caminos y carreteras ante todo en época de invierno, ya que la mayoría son de terracería. (12)

También se evaluó las condiciones de eficiencias de los Servicios de Salud para atención de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años en el Progreso, encontrándose que el 42.85% de los puestos de salud se encuentran en la categoría de regulares con un intervalo de 60-69.99% de condiciones de eficiencia; el 21.43% muy buenos con un intervalo de 80-89.99% de eficiencia; 21.42% buenos con un intervalo de 70-79.99% de eficiencia y 14.28% malos con 50-59.99% de eficiencia. En San Juan Sacatepequez se evaluó las condiciones de la prestación eficiente de servicios en el Primer Nivel de Atención, en la que se estableció una mejora de 8.80% desde el estudio realizado en el mismo lugar en 1987, siendo su condición regular, y no del todo satisfactoria. (6,18)

Se observó mejoras en el cambio en los patrones de utilización de los Servicios de Salud, como resultado de la implementación de la estrategia de atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, en donde se destaca que las cinco primeras causas de enfermedades en la infancia son fiebre, diarrea, tos, gripe y enfermedades de la piel. (10)

En cuanto a Infecciones Respiratorias se encontró que sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil especialmente en niños menores de un año por neumonía, siendo las infecciones respiratorias la primera causa de demanda de atención en Servicios de Salud, no solo en nuestro país sino en varios a nivel de Latino América. Cabe resaltar que en 1994 Guatemala presentó el más alto índice de mortalidad por IRAs en niños menores de 5 años, a nivel de Centro América, aunque la morbilidad no fue tan alta. En otro estudio sobre la Utilización de Medicamentos en Resfriado Común, se concluyó que los médicos indican analgésicos, antipiréticos y

antihistamínicos principalmente, el plan educacional y la hidratación no es una práctica tan generalizada, lamentablemente algunos médicos recetan antibióticos lo cual no está indicado en el resfriado común; en cuanto a la automedicación del resfriado las personas utilizan medicina natural variada, medicina tipo comercial se usa una amplia gama de productos solos y combinados siendo más usado por los ladinos y antibióticos el 11.2% de ladinos y el 2% de indígenas, que no esta indicado. (13,19,42,45)

Se han realizado también estudios sobre enfermedades específicas como Neumonía, Asma, Bronconeumonía, entre otras, por ser éstas enfermedades muy comunes en nuestro medio y que tiene las más altas tasas de mortalidad. Estos estudios incluyen la identificación de microorganismos causales específicos (Estreptococo, Haemophilus, estafilococo, etc.), patrones de resistencia microbiana, métodos de diagnósticos y patrones de tratamiento. Se calcula que no hay menos de 15 investigaciones de éste tipo por año.

Se observa que a nivel de Latinoamérica se tiene preocupación por las infecciones respiratorias ya que son causas de morbilidades y mortalidades altas en la niñez, se han establecido programas de atención que son similares a los que tiene el SIAS en Guatemala, para educación a personal y a la comunidad, con protocolos de tratamiento, diagnóstico, clasificación de las enfermedades, etc. (43,44,46)

En cuanto a los avances científicos, en México y Estados Unidos se está utilizando un nuevo antimicrobiano gatifloxacina de nombre comercial Tequin® de laboratorio Bristol-Myer que tiene un 90% de efectividad contra los microorganismos causantes de infecciones respiratorias. Se esta investigando sobre vacunas contra enfermedades respiratorias, tomando en cuenta su agente causal, esto está a nivel de prueba y experimentación, pero se han logrado buenos resultados, se tiene conciencia que aún falta investigar y comprobar, pero es alentador y da esperanza. (41,42)

## V. JUSTIFICACIÓN

Los niños son pacientes de alto riesgo por sus condiciones anatómicas que los hacen susceptibles a enfermedades infecciosas, aumentando el riesgo en edades tempranas. Problema que se ve afectado por factores nutricionales, genéticos, ambientales, sociales, económicos y culturales.

La decisión del tratamiento de infecciones en niños, requiere de una selección adecuada, por la variedad de antibióticos existentes, la edad del paciente, el tipo de patología, la resistencia microbiana, etc. Por lo que el SIAS ha establecido Normas de Atención, para el tratamiento específico de las enfermedades, en especial con niños en los cuales la terapéutica es más delicada por los efectos adversos que pueden presentarse.

Una investigación realizada en el Hospital de Joyabaj, Quiché; concluye que para el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas IRA en niños, se utilicen los medicamentos de primera elección, que son los que propone el SIAS, ya que también se utiliza Cefadroxilo, Eritromicina y a veces Tetraciclina, los que no están indicados en IRA. (37) Por lo que es importante conocer si a nivel comunitario, en este municipio, se cumplen las Normas de Atención que el SIAS ha establecido al respecto.

## VI. OBJETIVOS

### A. GENERAL:

- Contribuir a mejorar el servicio del Primer Nivel de Atención, de conformidad a lo que establecen las Normas de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

### B. ESPECIFICOS:

1. Evaluar el grado de conocimiento con relación a las Normas de Atención de Infecciones Respiratorias Agudas IRA, de los Médicos Ambulatorios de las dos Instituciones: Administradora de Servicios de Salud (ASS) CEDINCO y Prestadora de Servicios de Salud (PSS) KANIL del municipio de Joyabaj, Quiché.
2. Comprobar que los Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj, estén aplicando las Normas de Atención del SIAS para el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas, en la atención de niños menores de 5 años, en las comunidades que atienden.

## VII. HIPÓTESIS

Los Médicos Ambulatorios de las dos Instituciones: Administradora de Servicios de Salud (ASS) CEDINCO y Prestadora de Servicios de Salud (PSS), KANIL, que tienen a su cargo las cinco jurisdicciones del área rural del municipio de Joyabaj Quiché, aplican las Normas establecidas del programa de extensión de cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), en el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años.

## VIII. MATERIALES Y METODOS

### A. UNIVERSO DE TRABAJO:

Estuvo constituido por los SIGSA 3<sup>1</sup> Registro Diario de Consulta que los Médicos Ambulatorios llenan durante las consultas en las comunidades, en donde registran a los pacientes con su nombre, edad, diagnóstico y tratamiento, el responsable de la información su cargo y el servicio. Los SIGSA 6<sup>2</sup> Informes Mensuales Estadísticos de Salud donde se reportan los nacimientos, mortalidad materna e infantil, odontología y servicios de la consulta médica. Los SIGSA 7<sup>3</sup> que son Informes Trimestrales Estadísticos donde se reportan la morbilidad, vacunación y mortalidad de la Jurisdicción<sup>4</sup>. Y los SIGSA 18<sup>5</sup> que son los Reportes Semanales de Vigilancia Epidemiológica donde se reportan las enfermedades que se atendieron por grupo de edad. (ver Anexo C)

Se tomó en cuenta la Sala Situacional<sup>6</sup> donde se observa de manera general las coberturas, morbilidades y mortalidades de las comunidades que conforman cada Jurisdicción<sup>3</sup>. La encuesta que se propuso en el estudio (ver Anexo B), dirigida a los Médicos Ambulatorios, donde se obtuvo información necesaria que no se encontró en los SIGSAS o en la Sala Situacional<sup>4</sup>. Así como evaluaciones y monitoreos de los Médicos Ambulatorios del Área de Salud del Quiché y Hospital Nacional de Joyabaj.

1. SIGSA 3: Sistema de Información Gerencial en Salud, Registro Diario de Consulta que da información de la consulta médica brindada. (ver Anexo C)
2. SIGSA 6: Sistema de Información Gerencial en Salud, Informe Mensual de Estadística donde reporta Nacimientos, Mortalidad Materna e Infantil, Odontología, Planificación Familiar, Morbilidad, Controles y Control de Consulta. (ver Anexo C)
3. SIGSA 7: Sistema de Información Gerencial en Salud, Informe Mensual de Estadística, reporta mortalidad, vacunación y morbilidad de la Jurisdicción, se entrega trimestralmente. (ver Anexo C)
4. Jurisdicción: Área o territorio en el que se ejerce una autoridad determinada, en este caso de un Médico Ambulatorio que es el encargado de la misma, donde presta Servicios de Salud a todas las comunidades que la conforman y está al tanto de todo lo que en ella ocurra, tomando las decisiones pertinentes. (ver Anexo A)
5. SIGSA 18: Sistema de Información Gerencial en Salud, Reporte Semanal de Vigilancia Epidemiológica da información de enfermedades atendidas por grupos de edad. (ver Anexo C)
6. Sala Situacional: son carteles con tablas, gráficos, etc., donde se demuestra la información sobre la efectividad de los Servicios Básicos de Salud, que se presenta a la comunidad cada dos meses.

## **B. MEDIOS O RECURSOS:**

### **B.1. Materiales:**

- Encuesta (ver Anexo B)
- SIGSAS No 3<sup>1</sup>, 6<sup>2</sup>, 7<sup>3</sup>, 18<sup>5</sup> (ver Anexo C)
- Sala Situacional<sup>6</sup>
- Materiales de escritorio, hojas tamaño carta, computadora
- Transporte

### **B.2. Humanos:**

- Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj, Quiché
- Asesora Licenciada Juana Mejía de Rodríguez
- Co-Asesora Licenciada Eleonora Gaitán Izaguirre
- Revisora Licenciada Raquel Pérez Obregón
- Investigadora Glenda Yadira Quán González

### **B.3. Institucionales:**

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de Organización Panamericana de la Salud.
- CEDINCO Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Kanil Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Jefatura de área de Quiché.
- Hospital Nacional de Joyabaj.
- Centros Comunitarios.



## C. DISEÑO DEL ESTUDIO:

### Estudio Descriptivo Retrospectivo Evaluativo

#### C.1. Muestra:

El presente estudio se realizó en el municipio de Joyabaj del departamento del Quiché, con 8 Médicos Ambulatorios que son los responsables de prestar los Servicios de Salud a las comunidades que conforman el municipio, los Médicos Ambulatorios son parte de las dos Instituciones: Administradora de Servicios de Salud (ASS) CEDINCO con dos Médicos que atienden las Jurisdicciones<sup>4</sup> 1 y 2, y la Institución Prestadora de Servicios de Salud (PSS) KANIL con seis Médicos que atienden las Jurisdicciones<sup>4</sup> 4, 5 y 6 (ver Anexo A); formando parte del Primer Nivel de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), por prestar los Servicios Básicos de Salud a nivel comunitario. El estudio abarcó los meses de abril a septiembre del 2,000.

#### C.2. Método:

Para la realización de la investigación se procedió de la siguiente manera:

- En la Jefatura de Área de Quiché:
  - Se averiguó el número de capacitaciones que se han dado a los Médicos Ambulatorios de Joyabaj y los temas que se han impartido en las mismas.
  - Se revisó los informes que los Médicos Ambulatorios han dado a la Jefatura de abril a septiembre del 2,000.
  - Se revisó las evaluaciones o monitoreos que el Jefe de Distrito o su delegado ha realizado a los Médicos Ambulatorios de Joyabaj durante el año en curso.

- En el Hospital Nacional Rural Integral de Joyabaj Quiché:
  - Se revisó los informes que han entregado los Médicos Ambulatorios.
  - Se revisó los informes mensuales que realiza del municipio o de cada Jurisdicción<sup>4</sup>
  - Se revisó evaluaciones o monitoreos que se han realizado a los Médicos Ambulatorios.
  
- En la Institución Prestadora de Servicios de Salud CEDINCO: (ver Anexo A)
  - Se revisó los SIGSA 3<sup>1</sup>, 6<sup>2</sup>, 7<sup>3</sup> y 18<sup>5</sup> (ver Anexo C) de las Jurisdicciones 1 y 2 de los meses de abril a septiembre del 2,000.
  - Se revisó la Sala Situacional<sup>6</sup> de las Jurisdicciones 1 y 2 de los meses de abril a septiembre del 2,000.
  - Se revisó las evaluaciones que se han realizado a los dos Médicos Ambulatorios de esta institución.
  - Se entrevistó al Gerente o Encargado, para averiguar que le parece el desempeño de los Médicos Ambulatorios de la Institución.
  
- En la Institución Prestadora de Servicios de Salud KANIL: (ver Anexo A)
  - Se revisó los SIGSA 3<sup>1</sup>, 6<sup>2</sup>, 7<sup>3</sup> y 18<sup>5</sup> (ver Anexo C) de las Jurisdicciones 4, 5 y 6 de los meses de abril a septiembre del 2,000.
  - Se revisó la Sala Situacional<sup>6</sup> de las Jurisdicciones 4, 5 y 6 de los meses abril a septiembre del 2,000.
  - Se revisó las evaluaciones que se han realizado a los Médicos Ambulatorios de esta institución.
  - Se entrevistó al Gerente o Encargado, para averiguar que le parece el desempeño de los Médicos Ambulatorios de la Institución.

Se pasó la encuesta personalmente y de forma obligatoria a los Médicos Ambulatorios de las dos Instituciones: Administradora de Servicios de Salud (ASS) CEDINCO y Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) KANIL, del municipio de Joyabaj Quiché, la cual fue contestada en el mismo momento en que se entregó por cada Médico Ambulatorio. (ver Anexo B)

### C.3. Análisis de Resultados

Al final se evaluó con los datos obtenidos en:

- La encuesta pasada a cada Médico Ambulatorio. (ver Anexo B)
- Los SIGSA 3<sup>1</sup>, 6<sup>2</sup>, 7<sup>3</sup> y 18<sup>5</sup> de cada Jurisdicción<sup>4</sup> de abril a septiembre del 2,000. (ver Anexo C)
- La Sala Situacional<sup>6</sup> de cada Jurisdicción<sup>4</sup> del municipio de abril a septiembre del 2,000.
- Reportes e Informes mensuales que realiza el Hospital Nacional de Joyabaj en los meses de abril a septiembre del 2,000.
- Las evaluaciones o monitoreos realizados a los Médicos Ambulatorios de Joyabaj, por el Jefe de Distrito o el Gerente de la Institución Prestadora de Servicios o sus delegados.
- La cobertura de cada Jurisdicción en base a las comunidades atendidas del total que conforma la Jurisdicción. (ver Anexo E)

En base a los datos obtenidos se estableció si los Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj, cumplen o no con las Normas Establecidas para la Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), en Niños menores de 5 años, del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

## IX. RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se resumen en las siguientes tablas y gráficos. En el Anexo D se detalla la información de cada Jurisdicción por mes de abril a septiembre del año 2,000, los seis meses del estudio, en la incidencia de enfermedades respiratorias y los medicamentos más utilizados en estas enfermedades en los niños menores de 5 años, atendidos a nivel comunitario en el municipio de Joyabaj, Quiche..

**TABLA No 1**

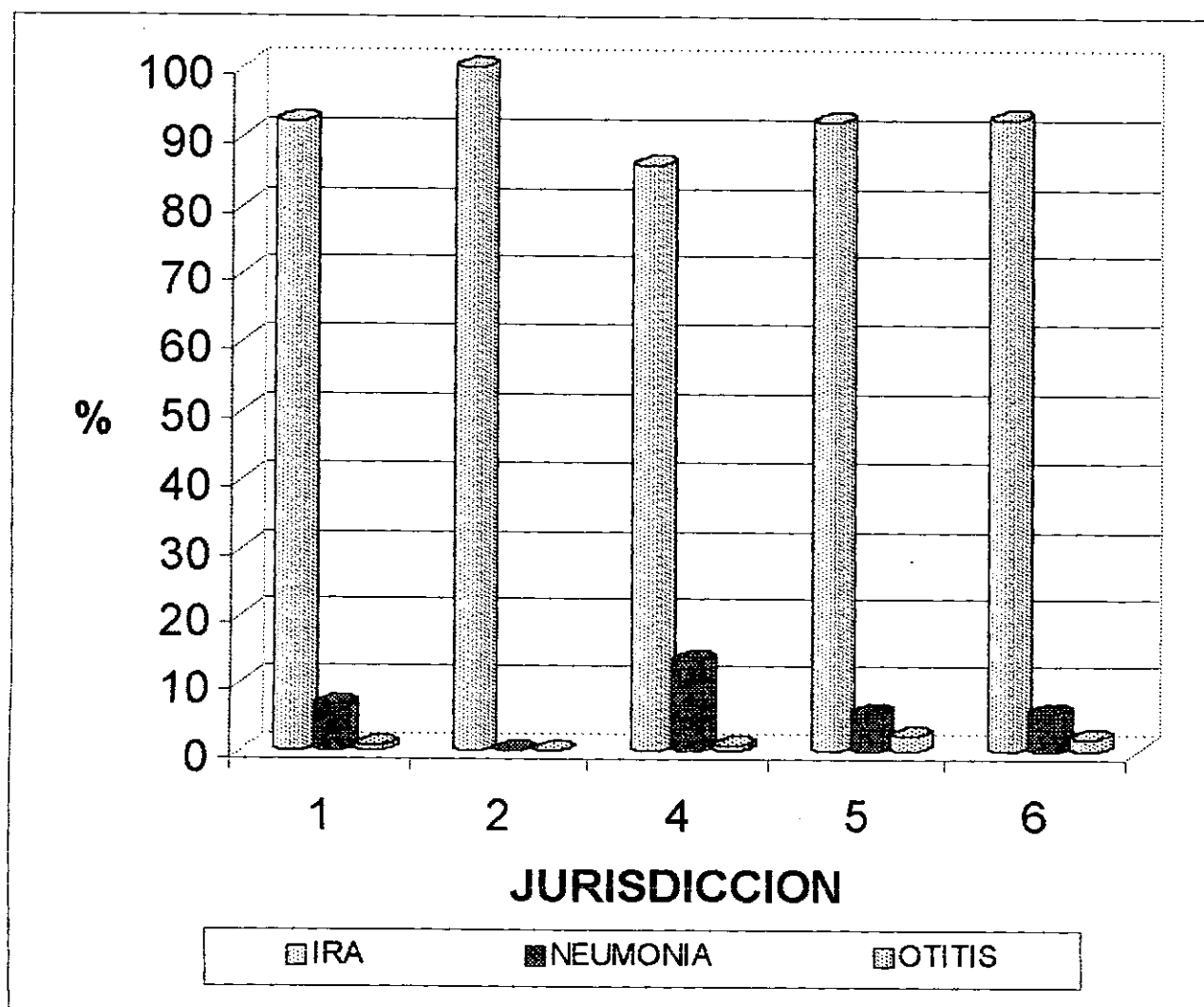
**INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE JOYABAJ, QUICHE  
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000**

JURISDICCIÓN	IRA*		NEUMONIA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
JURISDICCIÓN 1	300	92.31	22	6.77	3	0.92
JURISDICCIÓN 2	246	100	0	0	0	0
JURISDICCIÓN 4	145	85.80	23	13.61	1	0.59
JURISDICCIÓN 5	292	92.11	18	5.68	7	2.21
JURISDICCIÓN 6	397	92.54	24	5.59	8	1.87

\* Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias que no sean Otitis o Neumonía.

## GRAFICA No 1

### INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE JOYABAJ, QUICHE DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000



IRA Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias (Amigdalitis, Faringitis, Bronquitis, etc.), que no sean Otitis o Neumonía.

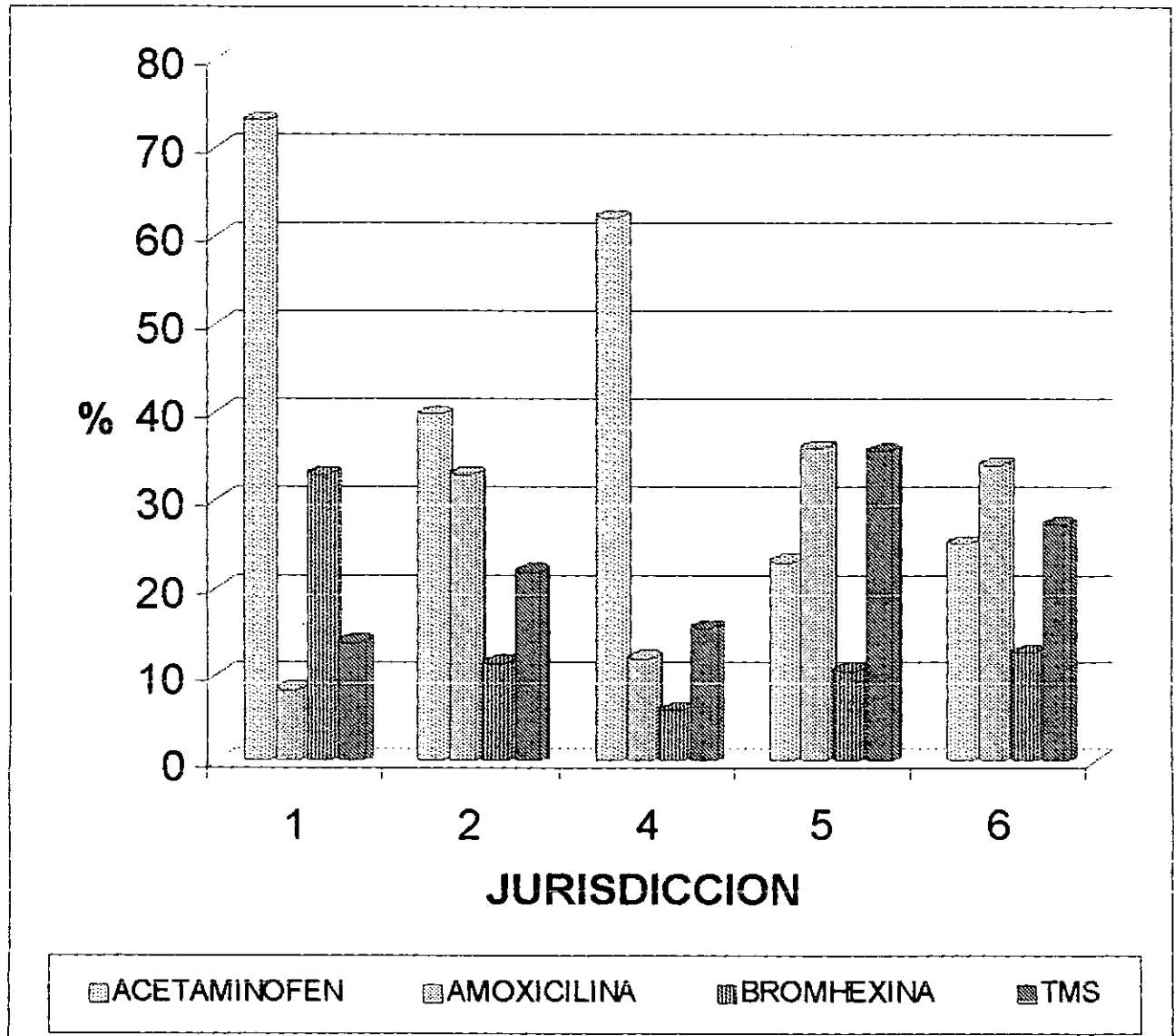
## TABLA No 2

### MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA EN JOYABAJ, QUICHE DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

JURISDICCIÓN	ACETAMINOFEN		AMOXICILINA		BROMHEXINA		TMS	
	No	%	No	%	No	%	No	%
JURISDICCIÓN 1	238	73.23	27	8.31	107	32.92	45	13.85
JURISDICCIÓN 2	98	39.83	81	32.93	28	11.38	54	21.95
JURISDICCIÓN 4	105	62.13	21	12.43	10	5.92	26	15.38
JURISDICCIÓN 5	73	23.03	114	35.96	30	9.46	113	35.65
JURISDICCIÓN 6	108	25.17	146	34.03	49	11.42	117	27.27

## GRAFICA No 2

MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS EN NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS CON IRA  
EN EL MUNICIPIO DE JOYABAJ, QUICHE  
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000



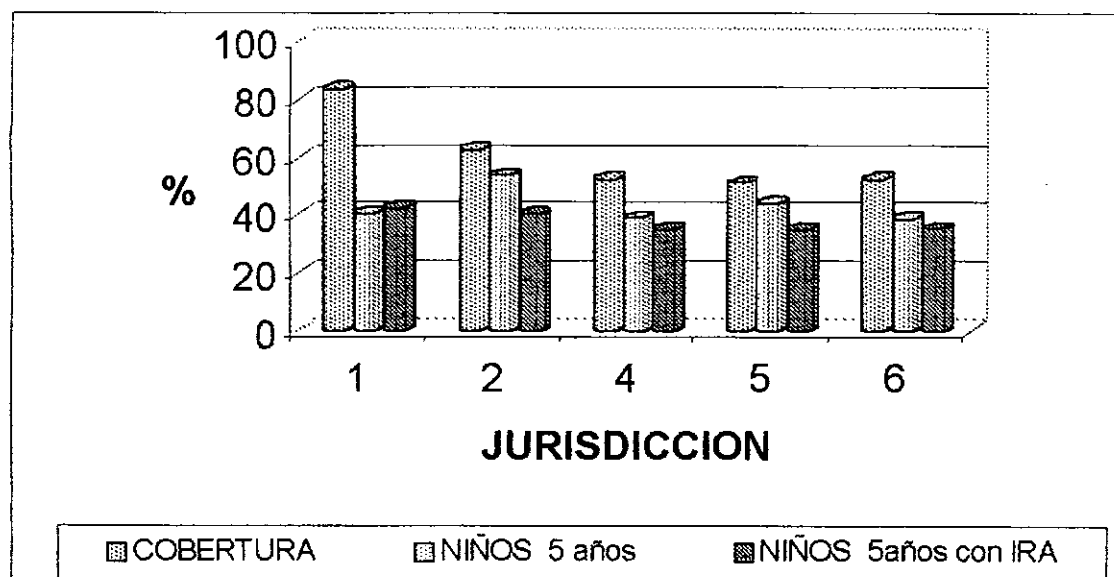
**TABLA No 3**

**CONSULTA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, NIÑOS CON IRA Y LA COBERTURA DE CADA JURISDICCION EN JOYABAJ, QUICHE DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000**

JURISDICCIÓN	COBERTURA DE JURISDICCIÓN (VER ANEXO D)		CONSULTA DE NIÑOS < 5 AÑOS		CONSULTA DE NIÑOS <5 AÑOS CON IRA	
	Promedio de Comunidades	%	No	%	No	%
JURISDICCIÓN 1	13.33	83.33	763	40.67	325	42.57
JURISDICCIÓN 2	13.17	62.69	611	53.72	246	40.29
JURISDICCIÓN 4	10.0	52.63	484	38.95	169	34.92
JURISDICCIÓN 5	9.67	50.88	901	43.67	317	35.17
JURISDICCIÓN 6	6.83	52.54	1203	38.53	429	35.64

**GRAFICA No 3**

**CONSULTA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, NIÑOS CON IRA Y LA COBERTURA DE CADA JURISDICCION EN JOYABAJ, QUICHE DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000**





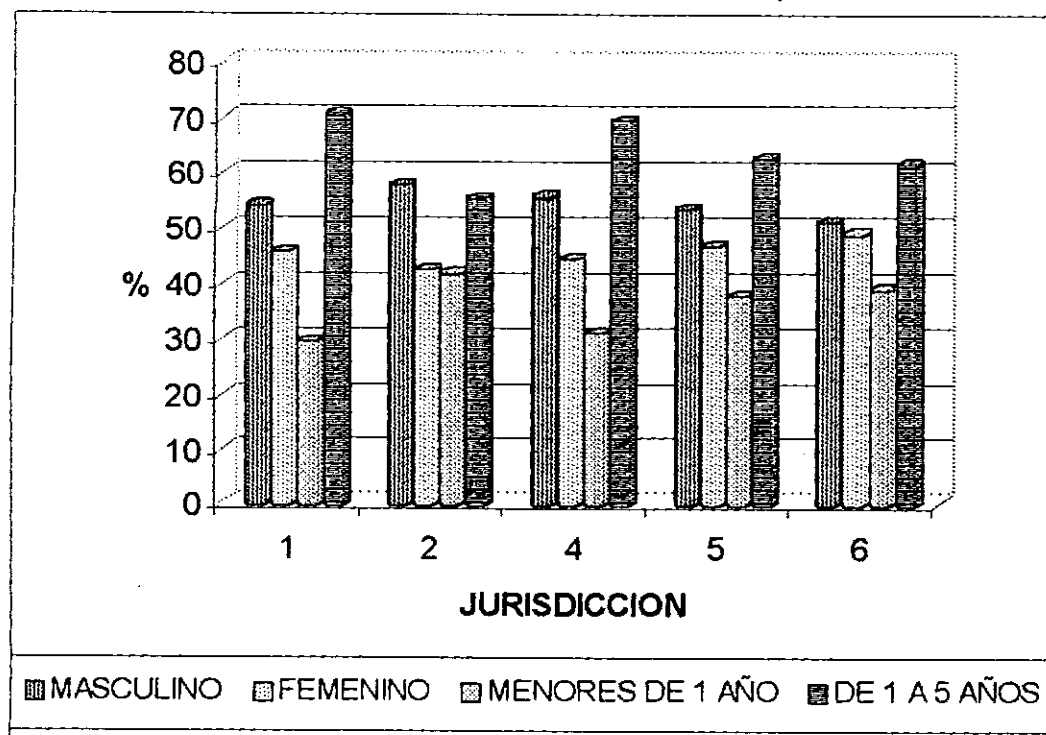
**TABLA No 4**

**CONSULTA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA  
DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD, EN JOYABAJ QUICHE,  
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000**

JURISDICCIÓN	DISTRIBUCIÓN POR SEXO				DISTRIBUCIÓN POR EDAD			
	MASCULINO		FEMENINO		< 1 año		1 - 5 años	
	No	%	No	%	No	%	No	%
JURISDICCIÓN 1	176	54.15	149	45.85	96	29.54	229	70.46
JURISDICCIÓN 2	142	57.72	104	42.28	110	41.72	136	55.28
JURISDICCIÓN 4	94	55.62	75	44.38	52	30.77	117	69.23
JURISDICCIÓN 5	169	53.31	148	46.69	119	37.54	198	62.46
JURISDICCIÓN 6	219	51.05	210	48.95	166	38.70	263	61.30

**GRAFICA No 4**

**CONSULTA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA  
DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD, EN JOYABAJ QUICHE,  
DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000**



## X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron a los dos Médicos Ambulatorios de CEDINCO que atienden las Jurisdicciones 1 y 2; de KANIL a los seis Médicos que atienden las Jurisdicciones 4, 5 y 6, total 8 Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj; la Jurisdicción No 3 la conforma el área urbana del municipio, por lo que no se incluyó en el estudio (ver Anexo A). Para analizar y discutir de manera apropiada los resultados obtenidos, se expondrán los aspectos básicos de la presente investigación con respecto a los objetivos planteados.

### A. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (TABLA No 1 Y GRAFICA No 1):

Como se puede observar en la Tabla No 1 y Gráfica No 1, presenta el total de pacientes menores de 5 años atendidos con enfermedades respiratorias en cada Jurisdicción en los seis meses del estudio, en el Anexo se detalla la información de éstos pacientes de cada Jurisdicción del municipio de Joyabaj, por mes, de abril a septiembre del 2,000.

El diagnóstico de la enfermedad respiratoria que padecían los niños, es reportada como IRA, Otitis, Neumonía y Bronconeumonía, no quedando especificada como se debía, porque Neumonía también incluía Bronconeumonía; Otitis que abarcaba Aguda y Crónica; y como IRA cuando la enfermedad no era muy grave que incluía Amigdalitis, Faringitis, Bronquitis, Mastoiditis y Resfriado. A este respecto los Médicos Ambulatorios indicaron que se les pedía reportaran de esta manera. (ver SIGSAS Anexo C),

Sabiendo que cada enfermedad tiene un tratamiento diferente, es importante indicar claramente diagnóstico encontrado y no reportarlo solamente como IRA, lo cual es un término muy general que como se indicó abarca muchas patologías, con lo que no se puede determinar con certeza si el Médico Ambulatorio atendió adecuadamente a los pacientes, tomando en cuenta que en las Normas de Atención del SIAS, se clasifican las IRA y se explica el tratamiento específico para cada una de éstas enfermedades.

En el cuestionario (ver Anexo B) los Médicos Ambulatorios indicaron que las IRA que se presentan con mayor frecuencia en niños < 5 años, en orden descendente son: Resfriado, Faringitis Viral, Infección Aguda de Oído y Neumonía, pero no se puede conocer datos exactos ni porcentaje de cada una de éstas enfermedades a excepción de Neumonía.

## **B. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA (TABLA N 2 Y GRAFICA No 2)**

Sabiendo que en las Infecciones Respiratorias Agudas IRA, por ser enfermedades virales en su mayoría, con una evolución rápida, de poca duración y que aproximadamente el 80% de los casos no necesita de antibiótico (2,3), deben tratarse principalmente los síntomas y la fiebre utilizando para ello medicamentos como Acetaminofen (analgésico-antipirético), Bromhexina (mucolítico), etc., sólo cuando sea necesario y el problema lo amerite utilizar un antibiótico para evitar resistencia microbiana y efectos adversos de medicamentos innecesarios, cobrando mayor importancia en los niños pequeños menores de 5 años, por ser éstos más susceptibles a los mismos.

Tomando en cuenta que el SIAS estipula que en enfermedades respiratorias se debe utilizar antibióticos cuando la enfermedad es grave como el caso de Neumonía, Neumonía Grave, Infecciones de Oído (Mastoiditis, Infección Aguda y Crónica de Oído) y en Infecciones de Garganta (Absceso de Garganta, Infección de Garganta y Faringitis), las demás patologías no son enfermedades muy graves, por lo que no se estipula que deba indicarse en su tratamiento un antibiótico (ver Normas de Atención del Médico Ambulatorio).

Al observar la incidencia de enfermedades respiratorias, durante los meses del estudio, en niños menores de 5 años del municipio de Joyabaj, Tabla No 1 y Gráfica No 1, así como los medicamentos utilizados en su tratamiento Tabla No 2 y Gráfica No 2, se puede ver la relación diagnóstico y tratamiento (ver Anexo D). En la Jurisdicción No 1 el médico conoce y cumple con lo que establece el SIAS, ya que contestó correctamente la Encuesta (ver Anexo B), además en los SIGSAS (ver Anexo C), reportó 300 casos de IRA que es el 92.31%, 22 casos 6.77% Neumonía y 3 casos 0.92% de Otitis; utilizando en 238 casos 73.23% Acetaminofen, en 107 casos 32.92% Bromhexina, en 27 casos 8.31% Amoxicilina y en 45 casos 13.85% Trimetoprin Sulfametoxazol (TMS), indicando que utilizó antibióticos en casos de Neumonía, Otitis, Mastoiditis y Faringitis, que se incluyen dentro de las IRA, cumpliendo con lo que establecen las Normas de Atención del SIAS.

El médico de la Jurisdicción No 2 no conoce y no cumple lo que establece el SIAS, ya que no contestó correctamente las preguntas 5, 6 y 7 de la Encuesta (ver Anexo B) y en los SIGSAS (ver Anexo C), reportó 246 casos 100% de IRA, sin embargo utilizó solo en 98 casos 39.83% Acetaminofen, en 28 casos 11.38% Bromhexina, pero utilizó en 81 casos 32.93% Amoxicilina y en 54 casos 21.95% TMS, haciendo un total de 135 casos tratados con antibióticos y no indicando con

claridad las patologías en que los utilizó. Por lo que se puede pensar que muchos de éstos casos no ameritaban el uso de un antibiótico.

Uno de los dos médicos de la Jurisdicción No 4 conoce y cumple lo que establece el SIAS, el otro médico no, lo que se observó claramente cuando contestaron la Encuesta, pregunta 5, 6 y 7 (ver Anexo B) y en la revisión de los SIGSAS (ver Anexo C), en total reportaron 145 casos 85.80% de IRA, 23 casos 13.61% de Neumonía y 1 caso 0.59% de Otitis; utilizando en 105 casos 62.13% Acetaminofen, en 10 casos 5.92% Bromhexina, en 21 casos 12.43% Amoxicilina y en 26 casos 15.38% TMS; el médico que conoce del SIAS indicó haber utilizado antibiótico en casos graves como Mastoiditis, Otitis y Neumonía, el otro médico no indicó con claridad en que patología los utilizó. A pesar de ello el uso de antibióticos no fue tan elevado, comparado con las Jurisdicciones 2, 5 y 6, utilizando antibióticos en 47 casos, tomando en cuenta que trataron 23 casos de Neumonía y uno de Otitis, el resto de los casos pudo ser infecciones de garganta y mastoiditis, siendo pocos los casos en que tal vez no era necesario el uso de antibióticos.

En la Jurisdicción No 5 los dos médicos no conocen y no cumplen lo que establece el SIAS, ya que no contestaron correctamente las preguntas 5, 6 y 7 de la Encuesta (ver Anexo B) y en la revisión de los SIGSAS (ver Anexo C), reportaron 292 casos 92.11% de IRA, 18 casos 5.68% de Neumonía y 7 casos 2.21% de Otitis; sin embargo utilizaron en 73 casos 23.03% Acetaminofen, en 30 casos 9.46% Bromhexina, en 114 casos 35.96% Amoxicilina y en 113 casos 35.65% TMS, y no indicaron con claridad en que patologías utilizaron los antibióticos. Ya que solo 25 casos 7.57% son de Neumonía y Otitis, para haber utilizado en 227 casos 68.80% antibióticos, siendo demasiados casos tratados con antibióticos, sin

justificar su utilización por lo que se puede pensar que en muchos de casos éstos no eran necesarios.

Ambos médicos, en la Jurisdicción No 6, no conocen y no cumplen lo que establece el SIAS, lo que se hizo evidente porque ninguno contestó correctamente las preguntas 5, 6 y 7 de la Encuesta (ver Anexo B) y en la revisión de los SIGSAS (ver Anexo C) reportaron 397 casos 92.54% de IRA, 24 casos 5.59% de Neumonía y 8 casos 1.87% de Otitis; sin embargo utilizaron solamente en 108 casos 25.17% Acetaminofen, en 49 casos 11.42% Bromhexina, mientras que en 146 casos 34.03% se utilizó Amoxicilina y en 117 casos 27.27% TMS, y no indicaron con claridad en que patologías utilizaron los antibióticos. Si solo 32 casos 7.61% son de Neumonía y Otitis, y trataron a 263 niños que es el 62.62% con antibióticos, es posible que muchos de éstos niños no necesitaban de un antibiótico en su tratamiento.

Lo que nos indica un conocimiento bajo de las Normas de Atención del SIAS para el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, por parte de los Médicos Ambulatorios, por lo que no las están cumpliendo, a excepción de la Jurisdicción No 1, lo que indica que la hipótesis planteada en el estudio no se cumple.

### C. CONSULTA DE NIÑOS < 5 AÑOS, DE ESTOS CANTIDAD CON IRA Y COBERTURA POR JURISDICCIÓN (TABLA No 13 Y GRAFICA No 3)

Complementando se midió la cobertura en porcentaje, de acuerdo al número de comunidades atendidas mensualmente del total de cada Jurisdicción, en las Jurisdicciones 1 y 2, que atiende CEDINCO, el porcentaje es más alto ya que los Médicos aumentaron sus Centros de Convergencia y además visitaron todas las

comunidades que conforman su Jurisdicción. KANIL que atiende las Jurisdicciones 4, 5 y 6 visitan mensualmente solo sus Centros de Convergencia como lo establece el SIAS, habiendo comunidades que no fueron atendidas y otras solo una vez en los seis meses del estudio (ver Anexo A y E, Tabla No 13 y Gráfica No 3). En Joyabaj, las comunidades se encuentran a grandes distancias del centro de convergencia, el área es montañosa y los caminos de tierra, en época de invierno se vuelven lodosos, a los enfermos se les dificulta llegar a la consulta médica, por lo que es conveniente aumentar los Centros de Convergencia para atender mayor número de comunidades.

En la consulta médica se observó que del 38.53 al 53.72%, promedio el 43.10%, de los pacientes son niños menores de 5 años; de los cuales del 34.92 al 42.57%, en promedio el 37.72%, consulta por IRA, el resto de las causas son enfermedades diarreicas y de la piel, entre otras. Por lo que resalta la importancia de una atención adecuada en IRA en niños menores de 5 años. (ver Tabla No 3 y Gráfica No 3)

#### **D. CONSULTA DE NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DISTRIBUIDOS POR SEXO Y EDAD (TABLA No 14 Y GRAFICA No 4)**

Los niños menores de 5 años con IRA atendidos de abril a septiembre del 2,000, en las comunidades de Joyabaj, fueron más del sexo masculino del 51.05 al 57.72% en promedio 54.37% de todos los niños atendidos. Estos niños en su mayoría eran de 1 a 5 años del 55.28 al 70.46%, en promedio 63.75% de los niños atendidos. Los niños menores de 1 año la mayor parte fueron atendidos por vacunación, control del niño sano y algunos por otras afecciones, los atendidos por IRA fueron del 29.54 al 41.72%; en promedio 35.65% de todos los niños menores de 5 años atendidos por IRA. (ver Tabla No 4 y Gráfica No 4)

## XI. CONCLUSIONES

- La mayoría de los Médicos Ambulatorios del municipio de Joyabaj, no conocen por lo que no cumplen con las Normas de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud SIAS, en el tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas IRA en niños menores de 5 años.
- La mayoría de los Médicos Ambulatorios no conocen la indicación, dosis y tiempos de tratamiento de los medicamentos que utilizan en la atención de niños con Infecciones Respiratorias Agudas IRA.



## XII. RECOMENDACIONES

- Que se capacite constantemente al Equipo Básico de Salud en especial al Médico Ambulatorio, para que conozcan y apliquen las Normas de Atención del SIAS en las patologías más frecuentes de sus comunidades como las IRA, para que se logren los objetivos y metas planteados por el SIAS.
- Monitorear constantemente al Equipo Básico de Salud, especialmente al Médico Ambulatorio que es la persona con mayor conocimiento y capacidad, para verificar que se estén aplicando las Normas de Atención para cada una de las morbilidades, para lograr disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel comunitario,
- La participación conjunta de las Instituciones encargadas del SIAS en el municipio de Joyabaj, como el Hospital Nacional Rural y las Instituciones (ASS) CEDINCO y (PSS) Kanil, en las capacitaciones y monitoreos al Equipo Básico de Salud.
- En el SIGSA 3 (ver Anexo C), dejar espacio suficiente y pedir a los Médicos Ambulatorios que escriban con claridad los medicamentos que indican con sus dosis y tiempo de tratamiento, ya que son datos importantes que no se incluyen actualmente.

- En los informes, reportes y SIGSAS 3,6,7 y 18 (ver Anexo C) que los Médicos Ambulatorios entregan a la Jefatura de Área y al Hospital, pedir que en las enfermedades respiratorias, que no sean Otitis o Neumonía, se indique claramente la patología, porque generalmente solo se indican como Infección Respiratoria Aguda IRA, tomado en cuenta que en las Normas de Atención de IRA, se encuentran éstas bien clasificadas.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Vásquez, Ingrid Carolina. Oportunidades Perdidas en la Atención de Pacientes en Puestos de Salud de Magdalena y Santo Tomás Milpas Altas. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 2000.
2. Bengugigui Yehuda. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas, Implementación, Seguimiento y Evaluación. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washigton 1997.
3. Bennett y Plum. Cecil Tratado de Medicina Interna. Editorial Mc Graw Hill - Interamericana. Decimoquinta Edición en Español. México 1997.
4. Berhman, Richard Nelson Tratado de Pediatría. Editorial McGraw Hill. Decimoquinta Edición. México 1988.
5. Código de Salud Organismos Legislativo. Decreto No 90-97. Guatemala 1999.
6. Cojon Turuy, Wlfre O. Evaluación de las Condiciones para la Prestación Eficiente de Servicios en el Primer Nivel de Atención en San Juan Sacatepequez. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1998.
7. Constitución Política de la Republica de Guatemala Organismo Legislativo. Acuerdo Legislativo 18-93
8. Estrada Barrientos Erick Mauricio Actitud del Personal de Salud Frente al Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1999.

9. Ferrer Estrada, Waldo L. Evaluación del Desempeño del Médico Ambulatorio dentro del Sistema Integral de Atención en Salud SIAS. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala 2,000.
10. Flores Luin, Carla R. Cambio de los Patrones de Utilización de los Servicios de Salud como Resultado de la Implementación de la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1998.
11. Funcede. Diagnóstico y Plan de Desarrollo del Municipio de Joyabaj Departamento del Quiché Guatemala 1,995. Págs. 22-24
12. González Barreno, Edgar R. Evaluación de la Situación de los Centros de Salud de los Departamentos de Peten, Alta Verapaz y Quiché. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1998.
13. Gudiel Morales, Josué M. Caracterización de Mortalidad Infantil en Niños menores de 1 año del Hospital San Juan de Dios de 1993 a 1997. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1998.
14. Jawetz, Ernest. et al. Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno. Decimotercera edición. México 1995.
15. Lara Girón, Claudia Y. Actitud del Personal Frente al Sistema Integral de Atención en Salud SIAS en Alta Verapaz y Escuintla. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, 1998.

16. La Reforma del Sector Salud. Foro Internacional Guatemala 30 de junio, 1-2 julio 1,999. Editorial Apresal. Proyecto de Apoyo a la Reforma de Sector Salud en Guatemala. Edición Programa de Fortalecimiento Académico de las Sedes Regionales Profasr. Universidad Landivar de Guatemala Centro América. Guatemala 1,999.
17. López Escobar, Ever A. Evaluación del Componente de Integración Comunitaria al Sistema Integral de Atención en Salud SIAS Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, junio 2,000.
18. Luna, Erick Giovanni Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Salud para Atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 5 años. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala 2,000.
19. Martínez, Victor Amir. Utilización de Medicamentos en Resfriado Común Como Automedicación, Comparado con los Recetados por el Médico. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala 2,000.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para la Capacitación del Personal de Salud. No 10. Guatemala 2,000.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Infecciones Respiratorias Agudas Manual de Referencia para la Aplicación de las Normas de Atención. Guatemala, diciembre 1997.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Anual de Estadística de Salud. Servicio de Salud de Joyabaj SIGSA 8. Guatemala 1999.

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Integración del Personal Comunitario al Equipo Básico de Salud. Guía para la Capacitación del Personal de Salud. No 2. Guatemala 1,998.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos de Política de Salud. República de Guatemala 1,997.
25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- Lineamientos para el Primer Nivel de Atención. Guatemala Noviembre 1,997.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Monitoreo en el Primer Nivel de Atención. Guía para Capacitar Personal de Salud. No 4. Guatemala 2,000.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud Guatemala 1,998.
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Proceso de Capacitación de Personal Comunitario. Guía para Capacitar Personal de Salud. No 3. Guatemala 2,000.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención en Salud Material de Apoyo para Médico Ambulatorio Guatemala, Quiché 1,999.
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Servicios Básicos de Salud Primer Nivel de Atención. Guía para Capacitar Personal de Salud. Guatemala 2,000.
31. Nufio M. Evelyn. Sistema Integral de Atención en Salud. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, octubre 1998. Pág. 7-12.

32. Organización Panamericana de la Salud Metas de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia Evaluación a Mitad del Camino. 1997
33. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Modulo de Capacitación para Personal de Servicios de Salud. Guatemala 1,994.
34. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen II Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington 1998.
35. Organización Panamericana de la Salud La Salud de los Niños en las Américas. Un Compromiso con Nuestro Futuro. 1995
36. Proyecto de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala el Dolor Rural del Desarrollo Humano. Guatemala 1,995.
37. Quán González, Glenda Yadira. Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- Química Farmacéutica. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia; Guatemala 2,000.
38. Rodes Teixidor, J., Guardia Masso J. Medicina Interna. Editorial Masson S.A. Parte IX y XII. España 1997.
39. Rodríguez, Romeo. Infecciones de Vías Respiratorias Superiores. Atelier producciones. México 1,997.
40. Sandoval Paiz, Adarezza I. Factores que Condicionan el Cumplimiento de Normas de Atención Materna por la Comadrona Tradicional como Parte del Equipo Básico del Sistema Integral de Atención en Salud SIAS. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala 2,000.
41. URL [medspain.com/n5\\_jun99/vacunas.htm](http://medspain.com/n5_jun99/vacunas.htm)

42. URL [terra.com.mx/noticias/nita/20000111/090236.htm](http://terra.com.mx/noticias/nita/20000111/090236.htm)
43. URL [www.infecto.edu.uy/espanol/guiatrat/guiaatb/respal.http](http://www.infecto.edu.uy/espanol/guiatrat/guiaatb/respal.http)
44. URL [www.netsalud.sa.cr/capacit/respiratoria/respal.http](http://www.netsalud.sa.cr/capacit/respiratoria/respal.http)
45. URL [www.netsalud.sa.cr/vari0s/caoria/respal.http](http://www.netsalud.sa.cr/vari0s/caoria/respal.http)
46. URL [wysiwyg//50/http:ssj.jalisco.gob.mx/mensalud/federal/ca010000](http://wysiwyg//50/http:ssj.jalisco.gob.mx/mensalud/federal/ca010000)



## XIV. ANEXOS

## XIV. ANEXOS

### A. JURISDICCIONES DE JOYABAJ, QUICHE

El Municipio de Joyabaj del departamento del Quiché, lugar del estudio forma parte del Distrito No 3 de este departamento, es en gran parte área rural, siendo su población 85% indígena. El SIAS en este municipio está trabajando conjuntamente con dos organizaciones no gubernamentales, como Instituciones: una Administradora de Servicios de Salud (ASS) y otra Prestadora de Servicios de Salud (PSS) que atienden las comunidades de las cinco Jurisdicciones<sup>1</sup> en que se divide el municipio, de la siguiente manera:

#### CEDINCO:

- Jurisdicción<sup>1</sup> No 1: Tunajá, Panchun, Pamutz, Laguna Seca, Piedras Blancas, Quiacoj, Chirijtzaq, Pasaguay, Ixoc Pasaguay, Chijuc, Raxanep, Chuaquenum, Pericon Chuaquenum, Las Cruces Tunajá y Talaxcoc.
- Jurisdicción<sup>1</sup> No 2: Temal, los Cimientos, Estanzuela, la Cuchilla, San José Chuacorrall, Pachilip I, Pachilip II, la Estancia, San Antonio Coyoyá, Chosavic, Pájaro de Plata, San Juan los Llanos, Chichop, Parlaché, el Infiernito, Río Grande los Llanos, Santa Elena Chichop, Pacoxol, Lacantun, San Rafael Chichop, Guapinol, Nimchaj, Coyoyá.

#### KANIL:

- Jurisdicción<sup>1</sup> No 4: Patzulá, Samabaj, Mixá, Alconá, Cruz Chich, Xecnup, Chixquiná, Pajuyá, Chorraxaj, Nuevo Chorraxaj, Tzitzil, Xeabaj, Sajche, Muchulinquaj, Tzasmá, Pamutz, Ixipol, Samalá.
- Jurisdicción<sup>1</sup> No 5: Chicoton, Xebalanguac, Xemonte, Xepepen, Chiaj, Laguna Seca Caquil, Caquil, Azucenas, Tres Cruces I, Tres Cruces II, Palibatz, Xexpup, Portezuelo, Sujadep, Concepción Caquil, Paxtup, Dicatón, Pazulá,
- Jurisdicción<sup>1</sup> No 6: Tzalam, Pericon Chuacorrall, El Aguacate, San Luis la Comunidad, San Isidro la Comunidad, Río Grande, las Lomas, San Antonio la Comunidad, Portugués, Boqueron, Chujerja, Panchaj

**1. Jurisdicción:** Área o territorio en el que se ejerce una autoridad determinada, en este caso de un Médico Ambulatorio que es el encargado de la misma, donde presta Servicios de Salud a todas las comunidades que la conforman y está al tanto de todo lo que en ella ocurra, tomando las decisiones pertinentes.

DISTRITO NUMERO 3  
JOYABAJ, QUICHE

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA



REFERENCIAS  
 ——— Division de Jurisdicciones  
 - - - Carreteras

Jurisdicción 1 y 2 A.S.S. CEDINCO

## B. ENCUESTA REALIZADA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA  
ESCUELA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

**"Estudio Comparativo en el Tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 5 Años y las Normas Establecidas en el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el Municipio de Joyabaj, Quiché"**

Responsable: **Glenda Yadira Quán González**

Por favor conteste con sinceridad, sus respuestas serán confidenciales.

Nombre del Médico Ambulatorio: \_\_\_\_\_

ONG en la que trabaja: \_\_\_\_\_ Jurisdicción a su cargo: \_\_\_\_\_

Comunidades que atiende: \_\_\_\_\_

---

---

---

1. ¿Aplica usted las Normas de Atención establecidas para Infecciones Respiratorias Agudas del SIAS?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue No, explique qué la modifica:

2. ¿Cuántas visitas mensuales realiza usted a cada una de sus comunidades?

- a. una visita al mes
- b. una visita cada quince días
- c. 3 o más visitas al mes
- d. una visita cada dos meses
- e. otra, especifique

3. ¿Cómo obtiene los medicamentos que utiliza para tratar a sus pacientes?

- a. Botiquines Básico
- b. Puestos de Salud
- c. Venta Social o Botiquín Rural
- d. Venta Privada
- e. Da receta a los pacientes para que ellos los compren

4. ¿Tiene medicamentos suficientes para las necesidades de sus comunidades?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique

5. ¿Cuáles son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), según la Sala Situacional en porcentaje, que presentan con mayor frecuencia los niños menores de 5 años de las comunidades que usted atiende?

Enfermedad	Porcentaje
Neumonía Grave	
Neumonía	
Resfriado	
Asma	
Mastoiditis	
Infección Aguda del Oído	
Infección Crónica del Oído	
Absceso de Garganta	
Infección de Garganta	
Faringitis Viral	

Si atiende alguna otra IRA incluirla en la tabla

6. Para tratar IRA en niños menores de 5 años, ¿Cuáles son los medicamentos que utiliza, sus dosis y por cuánto tiempo los indica?

Antibiótico	Dosis			Tiempo de Tratamiento
	< 2 meses	2-11 meses	1-5 años	
Trimetoprin Sulfametoxazol				
Amoxicilina				
Ampicilina				
Penicilina Procaína				
Penicilina Benzatínica				
Acetaminofen				
Salbutamol				

Si utiliza algún otro medicamento incluirlo en la tabla

7. ¿Por qué utiliza usted éstos medicamentos como tratamiento de IRA en los niños que atiende?.

- a. Porque sólo se tienen esos medicamentos disponibles
- b. Porque han dado buenos resultados en el tratamiento de IRAS
- c. Porque las Normas de Atención de IRAS del SIAS así lo indica
- d. Correctas a y b
- e. Todas son correctas

8. Algún comentario, observación que desee hacer.

## **XIV ANEXOS**

### **C. Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSAS) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS.**

**C.1. SIGSA 3 REGISTRO DIARIOS DE CONSULTA**

**C.2. SIGSA 6 INFORME MENSUAL DE ESTADÍSTICA DE SALUD**

**C.3. SIGSA 7 INFORME MENSUAL DE ESTADÍSTICA DE SALUD**

**C.4. SIGSA 18 REPORTE SEMANAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
EN GUATEMALA**







## Informe Mensual de Estadística de Salud

Responsable de la información: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Servicio de Salud: \_\_\_\_\_ Área de Salud: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NACIMIENTOS										
Nacimientos		Tipo de Parto		Atención Recibida		Lugar de Atención				
No. Nacimientos					Número	Hospital				
Sexo		Simple		Médica		Servicio o casada de salud				
Masculino		Gemelar		Comedrona		Vía pública				
Femenino		Triple o más		Empírica		Domicilio				
Control de Peso		No.	Ninguna							
No. de niños con menos de 5.8 libras			Total partos			Partos mujeres < 20 años				
MORTALIDAD										
MUERTES		Sitio donde ocurrió la Muerte		Causa		Asistencia Recibida		Quién Certifica		
No. de muertes		Hospital		Suicidio		Médica		Médico		
SEXO		Casa de Salud		Homicidio		Comedrona		Empírica		
Hombres		Vía pública		Accidente		Empírica		Autoridad		
Mujeres		Domicilio		Causa natural		Ninguna				
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA					CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL					
No.	Código	CAUSA			Número	No.	Código	CAUSA		Número
1.						1.				
2.						2.				
3.						3.				
4.						4.				
5.						5.				
Resto Causas						Resto Causas				
TOTAL						TOTAL				
ODONTOLOGÍA										
Odontología		CINCO PRIMEROS DIAGNOSTICOS ODONTOLOGICOS				Personas Atendidas		< 14 Años	14 A. y +	
Enjuagatorios Realizados		No.	Código	CAUSA		Número	No. Piezas Ceriadas			
Pre escolares		1.					No. Piezas Perdidas			
Escolares		2.					No. Piezas Obturadas			
Adolescentes		3.					Buen Estado			
Embarazadas		4.					Total de piezas			
		5.					Tratamiento Efectuado			
		Resto Causas								
		TOTAL								
OTROS SERVICIOS										
		No.	Curaiones			No.	Cirugía Menor			
Hipodermia										
PLANIFICACION FAMILIAR										
USUARIOS / METODO		INYECTABLE		DIU		Condón		Píldora		
Usuarios nuevos										
Reconsulta										
Usuarios Activos										
		Masculino		Femenino						
OPERACIONES AQV										

ATENCIÓN AL MÉDICO		No.	ESTABLECIMIENTOS		No.		
Comunidades del municipio			Establecimientos inspeccionados fijos				
Comunidades con sistema de agua			Establecimientos inspeccionados callejeros				
Acueductos del municipio			Establecimientos autorizados fijos				
Acueductos con cloro residual			Establecimientos autorizados callejeros				
Acueductos con contaminación bacteriológica							
Acueductos vigilados			<b>DENGUE</b>		<b>No.</b>		
Comunidades que no cuentan con disposición adecuada de aguas residuales			Casas ebullizadas				
Comunidades que no cuentan con fren de asco			Casas descalzadas				
<b>MALARIA</b>		<b>No.</b>	<b>Total Casas</b>	Criaderos controlados			
Laminas tomadas		Vivienda inspeccionada					
Muestras positivas por:		Vivienda positiva					
* Falciparum		Recipiente inspeccionado					
* Vivax		Recipiente positivo					
* Asociados		Nebulizaciones intradomiciliar					
Reciamiento domiciliar		Nebulizaciones extradomiciliar					
Criadero eliminado		Toma de muestras a sospechosos					
Criadero investigado		Muestras positivas por serología					
Criadero tratado		Muestras positivas por virología					
Viviendas en estado primario							
Población Malarica					<b>No.</b>		
			Dengue 1		Dengue 3		
			Dengue 2		Dengue 4		
<b>MORBILIDAD</b>							
<b>TUBERCULOSIS</b>		<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL</b>			
				<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>		
Consultante > 10 años				Herpes			
Síntomas respiratorios				Paciente HIV Quimioprofilaxis			
Baciloscopias de diagnóstico enviadas				Papilomatosis			
Pacientes nuevos con baciloscopia positiva				VIH primera vez servicio			
Pacientes nuevos que inician tratamiento				VIH reconsultas			
Pacientes nuevos que reciben tratamiento supervisado				HEPATITIS B *			
Pacientes que terminan tratamiento A curados							
Pacientes que abandonaron el tratamiento A							
<b>CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA</b>			<b>CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL</b>				
No.	Código	CAUSA	Número	No.	Código	CAUSA	Número
1.				1.			
2.				2.			
3.				3.			
4.				4.			
5.				5.			
Resto Causas				Resto Causas			
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>			
<b>CONTROLES</b>							
			<b>Número</b>			<b>Número</b>	
1er. Control a embarazadas				Primera consulta de puerperas			
Embarazos esperados				Papanicolaou tomado			
Casos de alcoholismo y/o drogadicción				Papanicolaou positivo			
Consulta por trastornos psíquico (enfermedad mental)				Niño sano			
<b>CONTROL DE CONSULTA</b>							
		<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>			<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
Pacientes nuevos				Reconsultas			
Primeras consultas				Emergencias			
<b>Oncocercosis</b>			<b>No.</b>	<b>Alimentación y Nutrición</b>			
Población elegible				Niños < 2 años desnutridos			
Casos tratados				Embarazadas suplementadas con hierro			
Paciente con reacción tratamiento				Embarazadas en control			
<b>Leishmaniasis</b>			<b>No.</b>	Embarazadas suplementadas con ácido fólico			
Casos positivos lesiones de la piel				Puerperas suplementadas con hierro			
Casos viscerales				Niños anémicos < 2 años con tratamiento con hierro			
Población de riesgo				Niños anémicos < 2 años			
<b>Chagas</b>			<b>No.</b>	Niños entre 0-36 meses suplementados con vitamina A			
Casos positivos en bancos de sangre				Niños < 2 años en control embarazo			
Muestras tomadas				Niños entre 5 y 6 meses de edad que reciben lactancia exclusiva			
Casos inspeccionados				Niños entre 5 y 8 meses de edad en control			
Casos positivas con chinche piouda							







Reporte Semanal de Vigilancia Epidemiológica en Guatemala

Responsable de la Información: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Area de Salud: \_\_\_\_\_ Semana Epidemiológica No. \_\_\_\_\_

Cuántas unidades de salud informan: \_\_\_\_\_ Cuántas unidades de salud deben informar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Código CIE-10	DIAGNOSTICOS	Grupo de Edad						
		< 1 A	1 - 4	5 - 9	10 - 19	20 - 24	25 - 59	60 - MAS
<b>Enfermedades Inmunoprevenibles:</b>								
G83.9	Parálisis Fláccida Aguda							
B05.9	Suspechoso de Sarampión							
A37.9	Tos Ferina							
A33.X	Tétanos Neonatal							
A36.9	Difteria							
A35.X	Tétanos No Neonatal							
A17.9+	Meningitis Tuberculosa							
<b>Enfermedades Intestinales Infecciosas:</b>								
A00.9	Cólera Sospechosos							
A00.0	Cólera Confirmado							
A00.8	Muertes por Cólera							
A09.X	Diarreas							
<b>Enfermedades Respiratorias Infecciosas:</b>								
J22.X	Infecciones Respiratorias Agudas							
J18.9	Neumonías y Bronconeumonías							
A16.9	Tuberculosis (excluye Meningitis TB)							
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual</b>								
B24.X	SIDA							
A53.9	Sífilis							
N34.3	Secreción uretral / flujo vaginal							
<b>Infecciones Meningeas</b>								
A39.0*	Meningitis Meningococcica							
G03.8	Otras Meningitis							
<b>Enfermedades transmitidas por Vectores</b>								
A90.1	Dengue Clásico Clínico							
A90.X	Dengue Clásico Confirmado							
A91.X	Dengue Hemorrágico							
A91.1	Muertes por Dengue							
B54.X	Malaria Clínico							
B51.9	Malaria Confirmado a P. Vivax							
B50.9	Malaria Confirmado a P. Falciparun							
B53.8	Malaria Confirmado a P. Asociados							
B54.1	Muertes por Malaria							
<b>Intoxicaciones</b>								
A05.9	Alimentarias Bacterianas							
T62.9	Alimentarias No Bacterianas							
T60.9	Plagüidas (Ocupacionales Accidentales, Suicidio)							
<b>Otras Enfermedades Virales</b>								
K75.9	Hepatitis							
<b>Enfermedades Zoonotrópicas</b>								
A27.9	Leptospirosis							
A82.9	Rabia Humana							
W55.X	Mordeduras por Animales transmisores de Rabia							
REA.X	Rabia en Animales							No.
<b>Otras Enfermedades Emergentes</b>								

F. \_\_\_\_\_  
 Responsable de la Información

Vo. Bo. \_\_\_\_\_  
 Director de Area

**¿Cuál es el o los problemas trascendentes de la semana?**

**¿Qué lugar o lugares son los más afectados?**

**¿Hay diferencia por sexo? ¿Cuál predomina?**

**¿Por qué está sucediendo este problema? Factores de riesgo.**

**¿Qué acciones han realizado?**

**¿Qué más necesita para solucionar el problema?**

D. TABLAS DE RESULTADOS DE CADA JURISDICCIÓN POR MES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000.

D.1. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE CADA JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE JOYABAJ, EN LOS SEIS MESES DEL ESTUDIO.

TABLA No 1  
INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
EN NIÑOS < 5 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN No 1

PATOLOGÍA	IRA*		NEUMONÍA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
MES						
ABRIL	50	94.34	3	5.66	0	0
MAYO	44	91.67	3	6.25	1	2.08
JUNIO	64	100	0	0	0	0
JULIO	37	97.37	1	2.63	0	0
AGOSTO	31	91.18	3	8.02	0	0
SEPTIEMBRE	74	84.11	12	13.62	2	2.27

\* Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias que no sean Otitis o Neumonía.



TABLA No 2  
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 EN NIÑOS < 5 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN No 2

PATOLOGÍA	IRA*		NEUMONIA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
MES						
ABRIL	52	100	0	0	0	0
MAYO	15	100	0	0	0	0
JUNIO	20	100	0	0	0	0
JULIO	44	100	0	0	0	0
AGOSTO	48	100	0	0	0	0
SEPTIEMBRE	67	100	0	0	0	0

\* Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias que no sean Otitis o Neumonía.

TABLA No 3  
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 EN NIÑOS < 5 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN No 4

PATOLOGÍA	IRA*		NEUMONÍA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
MES						
ABRIL	31	96.88	1	3.12	0	0
MAYO	22	70.96	8	25.81	1	3.23
JUNIO	26	86.67	4	13.33	0	0
JULIO	24	85.71	4	14.29	0	0
AGOSTO	17	89.47	2	10.53	0	0
SEPTIEMBRE	25	86.21	4	13.79	0	0

\* Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias que no sean Otitis o Neumonía.

TABLA No 4  
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 EN NIÑOS < 5 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN No 5

PATOLOGÍA	IRA*		NEUMONIA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
MES						
ABRIL	39	88.64	4	9.09	1	2.27
MAYO	44	91.67	3	6.25	1	2.08
JUNIO	61	89.71	5	7.35	2	2.94
JULIO	62	95.38	2	3.08	1	1.54
AGOSTO	31	93.94	1	3.03	1	3.03
SEPTIEMBRE	55	93.22	3	5.08	1	1.70

\* Infección Respiratoria Aguda: incluye enfermedades respiratorias que no sean Otitis o Neumonía.

TABLA No 5  
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
 EN NIÑOS < 5 AÑOS EN LA JURISDICCIÓN No 6

PATOLOGÍA	IRA*		NEUMONIA		OTITIS	
	No	%	No	%	No	%
MES						
ABRIL	108	93.91	4	3.48	3	2.61
MAYO	35	97.22	0	0	1	2.78
JUNIO	47	82.46	7	12.28	3	5.26
JULIO	66	94.29	4	5.71	0	0
AGOSTO	43	97.73	0	0	1	2.27
SEPTIEMBRE	98	91.59	9	8.41	0	0

D.2. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA, EN CADA JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE JOYABAJ, QUICHE, DURANTE LOS SEIS MESES DEL ESTUDIO.

TABLA No 6

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000 EN JURISDICCIÓN No 1

MEDICAMENTO	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Acetaminofen	36	67.92	44	91.67	46	71.88	28	73.68	23	67.65	61	69.32
Amoxicilina	3	5.66	6	12.50	6	12.5	1	2.63	4	11.76	7	7.95
Ampicilina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bromhexina	30	56.60	15	31.25	15	23.43	12	31.57	8	23.52	27	30.68
Penicilina Benzatínica	1	1.89	0	0	0	0	2	5.26	0	0	0	0
enicilina Procaína	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salbutamol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TrimetoprinSulfa TMS	8	15.09	1	2.08	9	14.06	8	21.05	6	17.65	13	14.77

TABLA No 7

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000 EN JURISDICCIÓN No 2

MEDICAMENTO	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Acetaminofen	22	44.23	7	46.67	8	40.0	17	38.63	18	37.50	26	38.80
Amoxicilina	15	28.85	5	33.33	8	40.0	14	31.82	16	33.33	23	34.33
Ampicilina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bromhexina	9	17.30	0	0	1	5.0	8	18.18	5	10.41	5	7.46
Penicilina Benzatínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.49
Penicilina Procaína	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salbutamol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimetoprin Sulfa TMS	10	19.61	7	46.67	7	35.0	8	18.18	10	20.83	12	17.90

TABLA No 8

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000 EN JURISDICCIÓN No 4

MEDICAMENTO	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Acetaminofen	22	68.75	17	54.83	19	63.33	20	71.42	12	63.15	15	51.72
Amoxicilina	0	0	7	22.58	2	6.67	4	14.28	2	10.53	6	20.70
Ampicilina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bromhexina	2	6.25	2	6.44	2	6.67	1	3.57	1	5.26	2	6.88
Penicilina Benzatínica	0	0	0	0	1	3.33	0	0	0	0	0	0
Penicilina Procaína	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salbutamol	0	0	0	0	2	6.67	0	0	0	0	2	6.90
Trimetoprin Sulfa TMS	4	12.5	6	19.35	8	26.67	2	7.14	3	15.80	3	10.34

TABLA No 9

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000 EN JURISDICCIÓN No 5

MEDICAMENTO	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Acetaminofen	11	25.0	14	29.17	15	22.06	10	15.38	8	24.24	15	25.42
Amoxicilina	15	34.09	16	33.33	26	38.23	21	32.31	15	45.45	21	35.60
Ampicilina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bromhexina	2	4.54	5	10.41	8	11.76	9	13.85	3	9.09	3	5.08
Penicilina Benzatínica	0	0	0	0	0	0	1	1.54	0	0	0	0
Penicilina Procaína	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salbutamol	0	0	2	4.17	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimetoprin Sulfa TMS	15	34.09	20	41.67	28	41.18	19	29.23	12	36.36	19	32.20

TABLA No 10

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS <5 AÑOS CON IRA DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000 EN JURISDICCIÓN No 6

MEDICAMENTO	ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Acetaminofen	25	21.74	9	25.0	7	12.28	18	25.71	9	20.45	40	37.38
Amoxicilina	48	41.74	13	36.11	20	35.09	20	28.57	16	36.36	29	27.10
Ampicilina	6	5.22	0	0	1	1.75	0	0	7	15.90	0	0
Bromhexina	13	11.30	3	8.33	6	10.52	10	14.29	2	4.54	15	14.02
Penicilina Benzatínica	4	3.48	1	2.78	1	1.75	0	0	0	0	2	1.87
Penicilina Procaína	0	0	0	0	1	1.75	0	0	0	0	0	0
Salbutamol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trimetoprin Sulfa TMS	33	28.70	11	30.56	18	31.58	21	30.0	14	31.82	20	18.70

## E. COBERTURA EN LAS JURISDICCIONES

### JURISDICCIÓN No 1

COMUNIDADES VISITADAS DE  
ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

COMUNIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
1. Chijuc	X	X	X	X	X	X
2. Chichop	X	X	X	X	X	X
3. Chirijtzaq	X	X	X	X	X	X
4. Chuaquenum	X	X	X	X	X	X
5. Ixoc Pasaguay	X		X	X	X	
6. Laguna Seca	X	X		X	X	X
7. Las Cruces Tunajá		X	X			X
8. Pacoxol	X	X	X		X	X
9. Panchum	X	X	X	X	X	X
10. Pasaguay	X	X		X	X	X
11. Pericon Chuaquenum	X		X	X		X
12. Piedras Blancas		X	X		X	X
13. Quiacoj	X		X	X		X
14. Raxanep	X	X	X	X	X	X
15. Talaxcoc	X	X	X	X	X	X
16. Tunajá		X	X	X	X	
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>

\*Comunidades que fueron visitadas dos veces en ese mes

## JURISDICCIÓN No 2

### COMUNIDADES VISITADAS DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

COMUNIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
1. Cimientos	X		X	X	X	X
2. Chosavic		X		X		X
3. Coyoyá		X		X		X
4. Cuchilla		X	X			X
5. Estancia	X		X		X	X
6. Estanzuela	X	X		X	X	
7. Guapinol	X		X		X	X
8. Infiernito		X	X		X	
9. Lacantun	X			X	X	X
10. Los Llanos	X		X	X		X
11. Nimchaj	X	X		X	X	
12. Pachilip I	X		X	X	X	X
13. Pachilip II		X	X		X	
14. Pájaro de Plata	X	X			X	
15. Parlaché	X		X	X		X
16. Río Grande los Llanos		X		X		X
17. San Antonio Coyoyá		X	X		X	X
18. San José Chuacorrál		X	X	X	X	
19. San Rafael Chichop	X	X		X		
20. Santa Elena Chichop			X	X	X	
21. Temal	X	X	X	X	X	X
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

## JURISDICCIÓN No 4

### COMUNIDADES VISITADAS DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

COMUNIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
1. Alconá			X			X
2. Chixquiná	X*	X*	X	X*	X	X*
3. Chorraxaj	X*	X	X*	X*	X	
4. Cruz Chich		X	X	X	X	X
5. Ixipol		X				
6. Maculinquiaj			X			
7. Mixá						
8. Nuevo Chorraxaj	X	X	X	X	X	X
9. Pajuyá		X	X	X		
10. Pamixá		X		X		X
11. Pamutz	X	X	X	X*	X	X
12. Patzulá		X	X	X		X
13. Samabaj				X		
14. Samalá		X				
15. Sajché						
16. Tzasmá	X	X	X	X*		X
17. Tzitzil			X	X		X
18. Xeabaj	X	X*	X*	X		X
19. Xecnup			X		X	X
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

\*Comunidades que fueron visitadas dos veces en ese mes



## JURISDICCIÓN No 5

### COMUNIDADES VISITADAS DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

COMUNIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
1. Azucenas	X	X	X	X		X
2. Caquil	X*	X	X		X*	X
3. Chicoton						
4. Concepción Caquil			X	X		X
5. Dicatón			X			
6. Laguna Seca Caquil		X	X	X		X
7. Palibatz			X	X*	X	X
8. Patzulá						X
9. Paxtup			X	X		X
10. Pericón Chuacorrál					X	
11. Portezuelo			X	X		X
12. Quiaj	X	X	X	X	X	X*
13. Sujadep			X			
14. Tres Cruces I	X	X		X	X	X
15. Tres Cruces II				X*		X
16. Xebalanguac			X	X		
17. Xemonte			X	X		X
18. Xechpup	X*	X	X	X	X	X
19. Xepepen			X	X		X
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

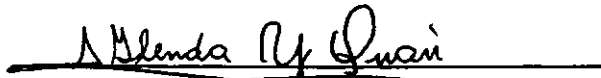
\*Comunidades que fueron visitadas dos veces en ese mes


## JURISDICCIÓN No 6

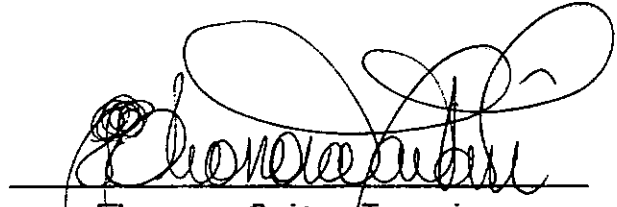
### COMUNIDADES VISITADAS DE ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2,000

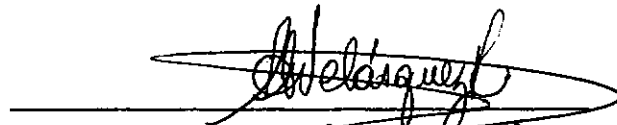
COMUNIDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT
1. Aguacate		X	X	X		X
2. Boqueron	X		X	X*	X	X*
3. Chuacorrall						
4. Chujerja		X		X	X	
5. Las Lomas	X		X		X	X
6. Panchaj	X			X		
7. Pericon		X		X	X	
8. Portuguez	X		X			X
9. Río Grande		X				X
10. San Antonio la Comunidad	X		X	X		X
11. San Isidro la Comunidad	X	X	X	X		
12. San Luis la Comunidad	X	X	X*			X*
13. Tzalam	X	X		X		
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

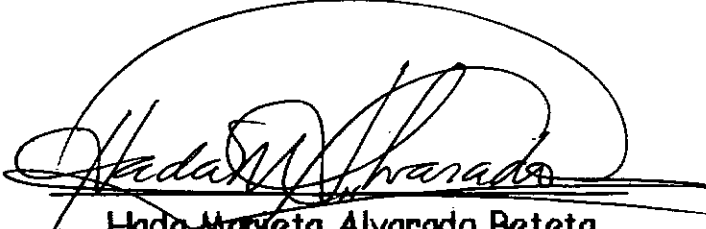
\*Comunidades que fueron visitadas dos veces en ese mes

  
Glenda Yadira Guan González  
Autora

  
Juana Mejía de Rodríguez  
Asesora

  
Eleonora Gaitan Izaguirre  
Co-Asesora

  
Smirna Guisela Velásquez Rodríguez  
Directora

  
Hada Marieta Alvarado Beteta  
Decana