

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PARA LA ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.**

**Estudio descriptivo transversal de las condiciones de eficiencia de los
servicios de salud en el área de El Progreso usando como patrón la
vigilancia, prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas,
según normas. Noviembre a Diciembre de 1,999.**

TESIS

**PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN
CARLOS DE GUATEMALA**

POR

ERICK GIOVANNI LUNA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1999.

INDICE

	No. Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	6
V. MARCO TEORICO	7
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	20
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	25
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	30
IX CONCLUSIONES	32
X. RECOMENDACIONES	33
XI. RESUMEN	34
XII. BIBLIOGRAFIA	35

I. INTRODUCCION

A nivel nacional se han estudiado una serie de fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad, lo que ha permitido conocer la realidad del país e identificar los principales procesos mórbidos y grupos de población afectados. Ante esta situación se detectó la necesidad de evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de salud que atienden a esta población para identificar las áreas en las cuales se debe prestar mayor atención. Con este estudio se hace énfasis en las infecciones respiratorias agudas las cuales constituyen una de las primeras causas de consulta en la población de menores de cinco años.

Los estudios de evaluación de condiciones para la eficiencia en general han permitido identificar la necesidad de reforzar la capacitación del personal encargado de la atención de la población en puestos y centros de salud, posibilitando que se actúe con mayor responsabilidad y se alcancen los objetivos definidos para los programas.

De acuerdo a los objetivos del presente estudio, se evaluaron siete centros y catorce puestos de salud del departamento de El Progreso encontrándose que hay mayor deficiencia en las áreas relacionadas con: recursos materiales (sillas para el área de espera, estantes para medicamentos, medicamentos suficientes para la demanda) y participación comunitaria, lo cual puede ser resultado de una inadecuada asignación de recursos, misma que generalmente se hace sin considerar la población real que demanda servicio de salud. Las áreas sobre educación en salud y normas y procedimientos para el manejo del paciente con IRA, fueron las que presentaron mayor porcentaje de eficiencia.

En conjunto en el área de salud de El Progreso, a nivel de centros y puestos de salud, los componentes en los cuales se encontró mayor deficiencia para la atención del paciente con infección respiratoria aguda, radicó en las áreas de recursos materiales y participación comunitaria.

Es recomendable que se tome en cuenta una mejor asignación de recursos materiales y humanos en aquellos servicios que presentan mayor deficiencia, así como realizar evaluaciones periódicas principalmente en épocas donde se incrementa el número de casos con infecciones respiratorias agudas, con la finalidad de determinar cuales son los recursos reales con que cuentan

los servicios y poder equiparlos adecuadamente para prestar una mejor atención. Se desea que los resultados de este estudio sean de utilidad para las autoridades de salud que tienen a su cargo el área de salud de El Progreso.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de los principales factores causas de morbilidad y mortalidad en la niñez, y especialmente en los menores de cinco años. Consideradas entre las infecciones mas graves, las neumonías representan la causa mas importante de muerte y su frecuencia es cinco a diez veces mayor en países en desarrollo.^(11,12)

La mortalidad de estos niños que padecen neumonía es del 2%. Por el contrario, en nuestro país este porcentaje se encuentra entre el 15 y el 25 % de los casos, afectando principalmente a los menores de cinco años.^(4,13) En términos de morbilidad, a pesar del subregistro de la información esta reportado que las infecciones respiratorias agudas son extremadamente comunes.⁽⁴⁾

El departamento de El Progreso, cuenta con una población total de 140,093 habitantes, siendo 102,268 población rural (73%) y 37,825 urbana (27%). La población menor de cinco años es de 25,569, en los cuales las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

La pirámide poblacional indica que el mayor porcentaje de su población es joven, comprendida en su mayoría por los menores de 25 años, que es eminentemente productiva, constituyendo una pirámide de base ancha característica de los países en desarrollo.⁽¹⁹⁾

Se ha visto que en promedio un niño en el área urbana padece de cinco a siete episodios de infecciones respiratorias anualmente, con una duración media de siete a nueve días. En el área rural la incidencia es de uno a tres episodios anuales y por lo menos uno de cada 50 casos de tos termina en neumonía, de los cuales si no son tratados adecuadamente con antibióticos el 15 al 25 por ciento de estos morirán. A nivel nacional en 1991, las infecciones respiratorias agudas pasaron a ocupar la primera causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años.^(4, 13, 7)

Es importante destacar que donde existen servicios del primer nivel de atención en salud se ha desarrollado el programa de control de infecciones respiratorias agudas, el cual fue implementado en el departamento de El

Progreso en el año de 1984. En la actualidad se basa en normas estandarizadas para su control contenidas en el Sistema Integral de Atención en Salud, mismo que se ejecuta en los diferentes municipios que componen el departamento.

Actualmente no se ha realizado ningún estudio para evaluar las condiciones de eficiencia que posibilitan la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas y que constituyen un conjunto de requisitos que los servicios deben de cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos científicos actuales y con las expectativas de la comunidad. (22)

III. JUSTIFICACION

El control de las infecciones respiratorias agudas es un componente de la atención integral de la salud del niño, el cual debe ser ejecutado por los programas de los servicios de salud pública como parte de la estrategia de atención primaria en salud.

En nuestro medio el primer contacto del paciente con infección respiratoria aguda es con los Puestos y Centros de Salud. El departamento de El Progreso no es la excepción pues en él las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años. Para el año 1998 se dio un aumento en el número de consultas por esta patología así como en las tasas de mortalidad la cual fue de 3.85 por 1000.⁽¹⁹⁾

Es conveniente conocer cual es la eficiencia de los servicios de salud. Por lo que el estudio se orienta a comprobar la aplicación de las normas nacionales para el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años a nivel de los Centros y Puestos de Salud del departamento de El Progreso, debido a la importancia que representa un adecuado manejo de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda, para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Medir las condiciones de eficiencia de los servicios de salud para la atención de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años, en el área de salud de El Progreso, tomando como base las normas del Sistema Integrado de Atención en Salud.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar la eficiencia de acuerdo a los recursos humanos, materiales, infraestructura, e insumos de la atención de la Infecciones Respiratorias Agudas.
2. Establecer las condiciones de eficiencia en la educación para la salud y participación comunitaria.
3. Establecer si el funcionamiento del servicio se basa en la planificación y administración definidas para la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas.
4. Determinar diferencias de las condiciones de eficiencia para la atención de Infección Respiratoria Aguda entre los diferentes distritos que conforman el área de Salud.

V. MARCO TEORICO

A. EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Las Infecciones Respiratorias Agudas tienen una distribución mundial con variación geográfica de su frecuencia, según condiciones de vida y ambientales. Se estima que en el mundo ocurren más de 2 millones de defunciones anuales por infección Respiratoria Aguda. Según información de 89 países que representan la tercera parte de la población mundial. Esto corresponde al doble de las defunciones por enfermedades crónicas informadas por los mismos países.

Se ha podido establecer que en América Latina y El Caribe alrededor de un cuarto a un tercio de todas las muertes en menores de cinco años, son causadas por infecciones respiratorias, esto ha sido expresado por el hecho de que cada 8 segundos muere un niño, principalmente por neumonía. (20)

La diferencia entre los países en desarrollo y los desarrollados es muy marcada; y la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, es 30 veces mayor en los menos desarrollados. (20)

Las Infecciones respiratorias Agudas representan el 10 a 15 % del total de las consultas externas en todas las edades, llegando a un 30 a 35 % en los dispensarios de pediatría y en países en desarrollo como Bolivia, Chile (21)

La situación de salud en Guatemala se ha venido deteriorando, la crisis con sus componentes económicos, políticos y sociales, ha ejercido una influencia negativa en la salud de la población y en los sistemas de salud.

De las coberturas de atención infantil para 1,990, en donde se han aplicado indicadores para niños menores de cinco años, relacionado con el control de Infecciones respiratorias agudas es de 28.3%; de la mortalidad infantil en niños menores de 4 años en los años 80-89 por Infección respiratoria aguda representa un 25.3%. Según el Plan Nacional de Salud 92-96 la tasa de mortalidad en niños es de 122/1000 nacidos vivos en menores de cinco años y para el año 1988 fue de 100/1000 nacidos vivos que evidencia descenso que nos es significativo ni constante.(21)

B. MICROBIOLOGIA EN EL APARATO RESPIRATORIO

Dentro de la microbiología que puede afectar al aparato respiratorio en niños menores de cinco años se encuentran: virus, bacterias, hongos y hasta parásitos (ascaris).(6, 15,18)

1. Virus:

Son los agentes infecciosos mas pequeños que contienen como genoma solo una clase de ácido nucleico (ARN O ADN), la unidad infecciosa se denomina virión. Los virus son inertes en el medio extracelular y se replican solo en células vivas y su parasitismo es a nivel genético. El ácido nucleico viral contiene la información necesaria para programar a la célula huésped infectada y que sintetice varias macromoléculas específicas del virus requeridas para la producción de la progenie viral. Dentro de las enfermedades vírales que afectan al aparato respiratorio están: Influenza, Parainfluenza, Neumonía, Bronquiolitis, Faringitis, Resfriado común. Se pueden separar a los virus en grupos llamados familias, en base al tipo de genoma de ácido nucleico y al tamaño forma, subestructura y modo de replicación; dentro de cada familia, las subdivisiones que se llaman géneros, suelen basarse en diferencias bioquímicas o serológicas. Entre los virus que pueden producir patología en el aparato respiratorio están: Adenovirus, Picornavirus, Rinovirus, Enterovirus, Arbovirus, Togavirus, Coronavirus, Paramixovirus.(6;18)

2. Bacterias:

El resultado de la interacción entre bacterias y el huésped lo determinan las características que favorecen el establecimiento de la bacteria dentro del huésped su habilidad para lesionarlo, en oposición con los mecanismos de defensa del huésped. Entre las propiedades de las bacterias están: su adherencia a las células del huésped, su invasibilidad, toxigenicidad, y su capacidad para invadir el sistema inmunitario del huésped. Las puertas de entrada mas frecuentes para las bacterias son las vías respiratorias, gastrointestinales y genitourinaria. Después que las bacterias han establecido un sitio primario de infección se multiplican y dispersan; la infección puede dispersarse en forma directa a través de los tejidos o por medio del sistema linfático al torrente

sanguíneo para alcanzar tejidos que son apropiados para su multiplicación. Las toxinas producidas por las bacterias se clasifican en dos grupos: endotoxinas y exotoxinas. Entre las bacterias que pueden producir patología en el aparato respiratorio están: *Corinebacterium difteriae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus beta hemolítico del grupo A*, *Haemophilus influenza*, *Klebsella pneumoniae*, *Klebsella oxytoca*.(6,15,18)

3. **Hongos:**

Aproximadamente cien de los miles de especies de levaduras y hongos provocan enfermedad en el hombre o en los animales; solo los dermatofitos y *Candida albicans* son comúnmente transmitidos de un hombre a otro. Las infecciones micóticas en el hombre pueden agruparse en micosis superficiales, subcutáneas, y sistémicas.

Las micosis sistémicas pueden producir una afección general y en ocasiones resultan mortales, estas son causadas por microorganismos que viven libres en la naturaleza, en el suelo o en material orgánico en putrefacción y que con frecuencia están limitadas a ciertas regiones geográficas. La mayoría de pacientes solo desarrollan síntomas menores o ninguno, solo una minoría progresan a la enfermedad completamente desarrollada.

Los principios de patogenia de infecciones micóticas y parasitarias son semejantes a las bacterias. Entre los hongos que producen patología en el aparato respiratorio están: *Coccidioides immitis*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Aspergillus fumigatus*, *Nocardiosis asteroides*, *Pneumocystis carinii*.(6,15)

4. **Parasitos:**

La disciplina biomédica de la parasitología se ha relacionado tradicionalmente solo con los protozoarios, helmintos, y artrópodos parasitarios. En el aparato respiratorio se puede ver afectado por el ciclo evolutivo del parásito llamado *ascaris*.(6)

C. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PEDIATRIA

1. Vías respiratorias altas:

Estas infecciones son aquellas que afectan principalmente estructuras situadas por encima de la laringe, aunque la mayoría de la enfermedades afectan simultáneamente o secuencialmente a las porciones superior e inferior. Las características fisiopatológicas consisten en infiltración inflamatoria y edema de la mucosa, congestión vascular, hipersecreción mucosa y alteraciones de la estructura y función de los cilios.(15,18)

Son muchos los microorganismos capaces de producir enfermedad en las vías respiratorias altas. El 80% de las infecciones son producidas por virus, los estreptococos y el agente de la difteria son las principales bacterias causantes de infecciones respiratorias agudas. Algunos microorganismos producen con mayor frecuencia que otros un determinado síndrome respiratorio, y ciertos agentes tienden a producir una enfermedad grave con mayor frecuencia por ejemplo: el virus sincitial respiratorio causa bronquiolitis, parainfluenza el Krup y bronquitis, Influenza el resfriado común. La nasofaringitis aguda es la enfermedad infecciosa más frecuente en niños, su etiología puede ser viral (rinovirus) o bacteriana (estreptococo del grupo A). Pueden sobre infectarse los tejidos de las vías respiratorias altas por otras bacterias y son las responsables de complicaciones sinusales, otitis, mastoideas, linfáticas y pulmonares.(15,18)

Los niños sufren una media de cinco a ocho episodios infecciosos al año, siendo más frecuentes en los niños menores de 2 años, la frecuencia de la nasofaringitis aguda varía directamente en relación con el número de exposiciones y la susceptibilidad puede aumentar por mala nutrición y las complicaciones purulentas por desnutrición.(4,18)

Dentro de las manifestaciones específicas se deben incluir: fiebre; irritabilidad, desasosiego, estornudos, secreción nasal, anorexia, congestión de los tímpanos, vómitos, sensación de frío, dolores musculares, tos, cefalea, y malestar general.(18)

El tratamiento no es específico, los antibióticos no afectan a la evolución de la enfermedad ni reducen la frecuencia de complicaciones bacterianas; generalmente se recomienda el reposo en cama, antipiréticos, instalación de solución salina estéril en ambas fosas nasales y eliminación física del exceso de moco, mantener un ambiente húmedo, descongestionantes orales, ofrecer líquidos a intervalos frecuentes y en los casos bacterianos utilizar antimicrobianos. Otras infecciones pueden ser: faringitis agudas, uvulitis aguda, sinusitis, amigdalitis, absceso retroamigdalario, otitis, laberintitis.(15,18)

2. Vías respiratorias bajas:

Las infecciones agudas de laringe y tráquea tienen una gran importancia en los lactantes y preescolares debido a que sus vías aéreas son más pequeñas, lo que predispone a un estrechamiento relativamente mayor que el que se producirá en un niño mayor con el mismo grado de inflamación. En los lactantes y preescolares la infección raramente se limita a una única área de aparato respiratorio, si no más bien afecta en diverso grado a la laringe, tráquea bronquios, pulmones e incluso a las vías respiratorias altas. Aunque no sea posible una clasificación exacta de estas infecciones. Esta justificada la identificación de diversas variedades clínicas : laringitis diftérica aguda, crup infeccioso, epiglotitis aguda, laringitis aguda, laringotraqueobronquitis, traqueitis bacteriana, bronquitis, bronquiolitis y neumonía. Al igual que las infecciones de vías altas, las infecciones de vías bajas son producidas principalmente por agentes virales, pero en este caso hay una mayor incidencia de infecciones de etiología bacteriana con respecto a las de vías altas. (18)

La neumonía es la infección respiratoria baja más grave que se puede presentar en un paciente, las distintas formas clínicas de neumonía se pueden clasificar por su distribución anatómica en lobular, lobulillar, intersticial, y bronconeumonía. O por los agentes que la producen como virales, bacterianas, o por aspiración.

La mayor parte de las infecciones bacterianas son susceptibles de tratamiento antimicrobiano que no suele ocurrir con las de origen viral. En los lactantes y niños pequeños con infección respiratoria baja los signos y síntomas de afectación pulmonar con frecuencia son inespecíficos o sorprendentemente escasos; por ello a menudo se encuentran signos radiológicos de neumonía en

lactantes que clínicamente parecen tener solo una infección respiratoria alta o tan solo taquipnea y fiebre, sin otros hallazgos físicos que sugieran lesión pulmonar. El acontecimiento que con mayor frecuencia altera los mecanismos de defensa del pulmón es una infección viral que modifica las propiedades de las secreciones normales, inhibiendo la fagocitosis, altera la flora bacteriana, y puede interrumpir temporalmente el revestimiento epitelial normal de las vías aéreas.(18)

Los niños con defectos en los mecanismos de defensa o de la cadena de acontecimientos que se producen en la recuperación de una infección, sufren neumonía recidivantes o no se recuperan por completo.

Aunque la incidencia de neumonía neumocócica ha disminuido, el neumococo es todavía el patógeno bacteriano mas frecuente, causante de mas del 90% de neumonías bacterianas en la infancia. Epidemiológicamente la neumonía neumocócica es mas frecuente al final del invierno y comienzo de la primavera, cuando tiene su máximo las infecciones respiratoria; entre los niños las máximas frecuencias se dan en los cuatro primeros años de vida.

Las manifestaciones clínicas de las infecciones de vías respiratorias bajas suelen ir precedidas de infecciones leves de vías respiratorias altas caracterizada por taponamiento nasal, inquietud, disminución del apetito, esta enfermedad leve de varios días de duración termina con la instauración de fiebre de 39 grados C. o mas alta, desasosiego, sobrecogimiento, distres respiratorio, ansiedad de aire moderada tos y a menudo cianosis. La auscultación puede mostrar ruidos respiratorios y estertores finos y crepitantes en el lado afectado, pero estos hallazgos son menos frecuentes que en niños mayores, también puede encontrarse una clara rigidez de nuca sin afectación meníngea especialmente si esta afectado el lóbulo superior derecho.

Dentro del tratamiento el antibiótico de elección es la penicilina, porque la mayor parte de los neumococos son extremadamente sensibles a ella, en los lactantes y niños pequeños el tratamiento inicial debe consistir en penicilina G por vía parenteral en dosis de 50,000 unidades/kg/24hrs, en niños mayores suele ser adecuado el tratamiento ambulatorio con una única dosis de penicilina procaina 600,000 unidades intramuscular al día por 10 días. En pacientes alérgicos a la penicilina se puede utilizar una cefalosporina, como cefazolina(50mg/kg/dia), o cefuroxima (100mg/kg/dia). (18)

D. NORMAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Las infecciones de las vías respiratorias desde el punto de vista anatómico se localizan en: vías respiratorias superiores y vías respiratorias inferiores.(9,10)

1. Definición:

Se considera como caso de infección respiratoria aguda a todo niño menor de cinco años , con problemas en las vías respiratorias superiores o inferiores con 1 a 15 días de evolución.

2. Objetivos :

- a. Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas inferiores, especialmente la neumonía en los niños menores de cinco años.-
- b. Reducir el uso inapropiado de antibióticos y otros medicamentos en el tratamiento.
- c. Reducir las complicaciones de vías respiratorias superiores como: otitis, faringitis, abscesos.

3. Estrategias:

Fundamentalmente es el tratamiento estandarizado de casos a nivel de todas las instalaciones de salud del país. Las únicas estrategias preventivas comprobadas para las IRA son las inmunizaciones contra el sarampión y la tosferina. Así también recomienda evitar la contaminación ambiental y el hacinamiento.

4. Componentes:

- a. Tratamiento estandarizado de casos de neumonía en instalaciones del primer nivel.
- b. Tratamiento estandarizado de casos de enfermedad muy grave y de neumonía grave en menores de 2 meses.

- c. Tratamiento de casos de enfermedad muy grave o de neumonía grave en niños de 2 meses a 4 años en hospitales.
- d. Tratamiento estandarizado de casos de tos o resfriado (no es neumonía)
- e. Tratamiento estandarizado de niños con sibilancias (broncodilatadores, oxígeno, antibióticos.).
- f. Tratamiento estandarizado de casos de infección de oído.
- g. Tratamiento estandarizado de dolor de garganta.

5. Clasificación:

Se toman en cuenta para la clasificación dos grupos etéreos:

- a. menores de 2 meses.
 - a.i. enfermedad muy grave
 - a.ii. neumonía grave
 - a.iii. no es neumonía: tos o resfriado.
- b. Niños de 2 meses a 4 años.
 - a.i. enfermedad muy grave.
 - a.ii. neumonía grave
 - a.iii. neumonía
 - a.iii. no es neumonía: tos o resfriado.

6. Conductas a seguir según Clasificación de Infección Respiratoria Aguda:

a. Casos de Neumonía en Instalaciones del Primer Nivel:

- Referencia de los casos con Enfermedad muy Grave y/o con Neumonía Grave a un hospital.
- Tratamiento Ambulatorio con Antibióticos a los casos de Neumonía en niños de 2 meses a 4 años.
- Educación de la madre sobre los signos de alarma y como cuidarlos en el hogar.

b. Casos de Enfermedad muy Grave y de Neumonía Grave en niños menores de 2 meses:

- Uso de Antibióticos Parenterales.
- Oxígeno.

- Buen Ambiente Térmico.
- Atención Hospitalaria de Apoyo.
- Referencia de casos complicados a otras instituciones de atención hospitalaria.

c. Casos de Enfermedad Grave o de Neumonía Grave en niños de 2 meses a 4 años.

- Uso de Antibióticos Parenterales.
- Oxígeno.
- Atención Hospitalaria de Apoyo.
- Referencia de casos complicados a otras Instituciones de Atención Especializada.

d. Casos de Tos o Resfriado (No es Neumonía):

- Atención en el Hogar.
- Educación a la Madre sobre los signos de Alarma y como cuidarlos en el Hogar.

e. Casos de niños con Sibilancias:

- Uso de Broncodilatadores.
- Oxígeno.
- Tratamiento con Antibióticos cuando se sospeche Neumonía.

f. Casos de Infección de Oído:

- Atención local para la limpieza de Oídos.
- Tratamiento con Antibióticos en las Infecciones Agudas.

g. Casos de Dolor de Garganta:

- Tratamiento con Antibióticos para la Faringitis Estreptocócica.
- Referencia de Casos de Absceso de Garganta.
- Tratamiento Sintomático para la Faringitis no Estreptocócica.(9)

7. Tratamiento:

El programa ha seleccionado los siguientes antibióticos para su uso en los establecimientos del primer nivel de atención[

- a. Cotrimoxazol
- b. Penicilina procaina
- c. Penicilina benzatinica (solo para amigdalitis estreptococica).

Para uso hospitalario:

- a. Penicilina sódica
- b. Gentamicina

Otros medicamentos recomendados son:

- a. Salbutamol (para niños con sibilancias)
- b. Paracetamol (fiebre).

Debido a que las enfermedades de oído y garganta constituyen afecciones con relativo menor riesgo se clasifican en cuadro aparte y se utilizan una vez que se hayan descartado las afecciones del niño con tos o dificultad para respirar y cuando presentan algunos de los síntomas o signos correspondientes.(9,10)

D. CONDICIONES DE EFICIENCIA

1. Definición:

Las condiciones de eficiencia son un conjunto de requisitos que todo servicio debe cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos científicos actuales, las tecnologías aceptadas y las expectativas de la comunidad.(22)

2. Antecedentes:

La evaluación de las condiciones para la eficiencia de los servicios de salud, tuvo su origen en la década de 1960 en Argentina, aplicándose posteriormente en otros países como Chile, Ecuador, Brazil y mas recientemente en América Central, especialmente en Costa Rica. Este tipo de investigación operativa que desde el punto de vista cuantitativo parte de un modelo que describe los

requisitos mínimos con que debe de contar un servicio en cualquier nivel de atención para posibilitar un máximo grado de eficiencia, ha permitido detectar las principales restricciones existentes en los servicios y como consecuencia la reestructuración de los mismos.

En febrero de 1985 los Programas Regionales de Salud Materno Infantil y de prestación de servicios de las OPS/OMS retomaron dichos esquemas y convocaron a un grupo de trabajo para actualizarlos y adecuar su contenido a los nuevos enfoques doctrinarios y a la definición de las estrategias vigentes.

En mayo de 1985 fueron utilizadas 5 zonas sanitarias en Costa Rica dentro del curso de Supervivencia Infantil para Centro América. Se tuvo la oportunidad de aplicarlos concretamente en los distintos niveles de atención y autoridades de salud del país y realizar las sugerencias de ajustes y modificaciones de los instrumentos probados.

Como resultado de este trabajo, la OPS publicó un documento con este material, el cual ha servido de fundamento para la elaboración de varios instrumentos de recolección de datos acondicionados a la realidad guatemalteca, diseñados por el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, el INCAP, y la Universidad de San Carlos (3,8)

3. Evaluación de Eficiencia:

Es la comparación de las características de los servicios de salud con un modelo normativo elaborado previamente: Este modelo enlista los requisitos o condiciones que deben llenar las unidades asistenciales de acuerdo con los requerimientos y expectativas de las comunidades a las que dan cobertura. (1,3)

Los requisitos establecidos sirven como indicadores normativos en base a los cuales se elaboran las preguntas pertinentes que están contenidas en el instrumento de recolección de datos. Los elementos a evaluar se enlistan en rubros por áreas temáticas, siendo las mas frecuentes: Recursos Físicos (Infraestructura), Recursos materiales, Insumos, Recursos Humanos, Organización y administración, Educación sanitaria, Participación comunitaria. Esta identificación por áreas facilita la identificación de los rubros que limitan el desarrollo de un servicio, favoreciendo la toma de decisiones racionales para su mejoramiento.(1,3,8,16)

4. Parámetros para la Asignación de Puntaje:

Se divide en un componente programático que puede ser fundamental o complementario y una condición o requisito que puede ser imprescindible o necesario.(1,3,16)

El valor máximo y mínimo esperado es de 10 y 2.5 respectivamente. Si la pregunta representa una condición imprescindible o insustituible para el desarrollo de una actividad de un componente programático fundamental de la atención en salud se le asignan 10 puntos; en tanto que si la condición es necesaria pero no imprescindible para desarrollar una actividad de un componente programático complementario, el valor de la pregunta es de 2.5 puntos. En algunos casos las preguntas están constituidas por varios elementos a responder, en estos casos se reparte el valor o puntaje entre los diversos elementos de esta pregunta, de acuerdo al peso relativo de cada pregunta.(1,3,16)

La suma de todos los puntos correspondientes a respuestas positivas da el puntaje total del servicio, que se expresa en porcentaje dará una medida de en que proporción el mismo reúne las condiciones para una atención satisfactoria en relación con el modelo propuesto.

La interpretación de los resultados se lleva a cabo en función de los siguientes parámetros: Condiciones de eficiencia(alta, intermedio, baja); Riesgo de ineficiencia: (bajo, intermedio, alto) con una calificación que va de 1 a 100 puntos agrupados en intervalos.

Si la unidad asistencial estudiada en algún componente programático obtiene una calificación menor de 50 se dice que las condiciones de los recursos del componente en cuestión son insuficientes y por lo tanto existe un alto riesgo de ineficiencia con respecto a este componente.(1,316,)

5. Catalogacion de las Condiciones de Eficiencia

Se utilizan los criterios propuestos por el Dr Tapia R. Para asignación del puntaje. (16)

COMPONENTE PROGRAMATICO	CONDICION O REQUISITO	
	IMPRESCINDIBLE	NECESARIO
FUNDAMENTAL	10 PUNTOS	5 PUNTOS
COMPLEMENTARIA	05 PUNTOS	2.5 PUNTOS

La interpretación de los resultados se lleva a cabo en función de los siguientes parámetros:

CALIFICACION %	CONDICIONES DE EFICIENCIA	RIESGO DE INEFICIENCIA
80 - 100	SUFICIENTE O ALTA	BAJO
50 - 79	INTERMEDIO	INTERMEDIO
01 – 49	INSUFICIENTE	ALTO

Este instrumento será modificado para las necesidades del presente estudio, orientado por el manual de Normas establecidas por el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social para las IRA.

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo Transversal

2. Sujeto de estudio

Los Centros y Puestos de Salud del departamento de El Progreso.

3. Tamaño de la muestra:

Se tomó la totalidad de Centros de Salud (7). Por muestreo aleatorio simple, se asignó un número a los 25 Puestos de Salud del área de El Progreso (ver anexo 2) y se tomó una muestra por conveniencia de 14 Puestos de Salud que representan el 56 % de la población total. Se escribieron los números asignados en un papel para luego depositarlos en un recipiente en donde se revolvieron y se sacaron 2 números al azar para cada distrito obteniendo así los puestos a incluir para cada distrito. Luego se sacó un tercer número por cada distrito que correspondió a un puesto sustituto a considerar en caso de no poder realizar la investigación en los puestos escogidos inicialmente.

CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	PUESTOS SUSTITUTOS
Morazan	Marajuma, El Coyote.	
San Antonio La Paz	Los Planes, Sto. Domingo los Ocotes	Agua Caliente
Sansare	Cerritos	
Guastatoya	El Subinal, El Obraje	El Naranja
Sanarate	Cerro Blanco, Llano de Morales	San Miguel Conacaste
San Agustin	Tulumajillo, Comaja	Puerta de Golpe
San Cristobal	Estancia de la Virgen	
El Jicaró	Espíritu Santo, Lo de China	Paso de los Jalapas.

4. Criterios de Inclusión:

Centros y puestos de salud del departamento de El Progreso que estén habilitados en el momentos de la investigación.

5. Criterios de interpretación de resultados:

De 90 a 100 % de adecuación: Excelente
 De 80 a 89.99 % de adecuación: Muy bueno
 De 70 a 79.99 % de adecuación: Bueno
 De 60 a 69.99 % de adecuación: Regular
 De 50 a 59.99 % de adecuación: Malo
 Menor de 49.99 % de adecuación: Muy Malo

6. VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
INFRAESTRUCTURA FISICA	Es el área del puesto de salud en la cual se realizan las actividades de asistencia por parte del personal del servicio	Recursos disponibles para el funcionamiento del servicio	13 criterios evaluativos de las condiciones de eficiencia de la infraestructura del puesto de salud. Se obtienen un máximo de 100 puntos.
RECURSOS HUMANOS	Personal contratado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la atención de puesto y centros de salud.	Personal que brinda atención en Centros y Puestos de Salud como: Médico, Enfermera graduada, Enfermera auxiliar, técnico de salud rural	16 criterios evaluativos de las condiciones de eficiencia de los recursos humanos. Se obtiene un máximo de 160 puntos.
RECURSOS MATERIALES	Mobiliario y equipo que se utiliza para la atención de los pacientes	Equipo de clínicas, oficina, equipo de bodega, equipo médico.	12 criterios evaluativos de condiciones de eficiencia de los recursos materiales. Se obtienen un máximo de 100 puntos.

INSUMOS	Medicamentos, material y equipo utilizado para acciones de prevención, control y tratamiento.	Disponibilidad de recursos en cantidad adecuada para atender las necesidades básicas de la comunidad.	5 criterios evaluativos de las condiciones de eficiencia de los insumos del puesto y centro de Salud. Se obtienen un máximo de 100 puntos.
ADMINISTRACION Y SUPERVISION	Criterios definidos en el nivel local, para optimizar la utilización de recursos en la atención de pacientes.	Uso adecuado de los recursos en función de la programación que responde a la realidad del lugar en el cual se trabaja.	15 criterios evaluativos de condiciones de eficiencia de la administración y supervisión. Se obtiene un máximo de 130 puntos.
EDUCACION PARA LA SALUD.	Planificación, programación de actividades de educación en salud a la comunidad	Realización de charlas sobre prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas, según normas.	5 criterios evaluativos de condiciones de eficiencia de educación en salud. Se obtiene un máximo de 100 puntos.
PARTICIPACION COMUNITARIA	Cooperación de la comunidad en la prevención, control, promoción para la salud.	Plan elaborado por el personal de los servicios de salud conjuntamente con la comunidad en prevención y promoción de Infección Respiratoria Aguda.	6 criterios evaluativos de la condición de eficiencia de la participación comunitaria. Se obtiene un Máximo de 100 puntos.
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	Conjunto de reglas definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el control, prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.	Disponibilidad de las normas y procedimientos que el Ministerio de Salud ha definido para el adecuado funcionamiento del programa.	9 criterios evaluativos de condiciones de eficiencia de normas y procedimientos. Se obtiene un máximo de 100 puntos.

7. Ejecución:

Durante los meses de Noviembre a Diciembre se procedió a pasar un instrumento de recolección de datos en los Centros y Puestos de Salud de el departamento de El progreso, el cual fue previamente validado por el investigador en Puestos de Salud del Distrito de Salud de Santiago Sacatepéquez, con el aval del asesor del trabajo de investigación. El personal que se entrevistó para obtener los datos fue la Enfermera graduada o auxiliar ,jefe de disprito en los centros de salud. Enfermera Auxiliar, Estudiantes en EPS de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala o Técnicos en Salud Rural a nivel de Puestos de Salud.

La ponderación obtenida en cada rubro evaluado se manejó como valores totales, y para la interpretación de los resultados se promediaron los valores para obtener una apreciación de la situación de Salud en el Departamento de El Progreso. Algunos resultados se expresaron en porcentajes para una mejor comprensión.

8. Aspectos Éticos:

La presente investigación se realizó directamente en los Centros y Puestos de salud del área de El Progreso, manejando la información obtenida de forma que no se afectara a persona o grupo comunitario alguno o directamente o indirectamente, utilizando un lenguaje apropiado sin faltar a al ética profesional y así obtener resultados valedero

B. Recursos:

1. Humanos:

- Asesor
- Revisor
- Médico Investigador
- Personal de puestos y centros de salud.

2. Materiales:

- Transporte
- Computadora
- Encuestas
- Utiles de escritorio
- Puestos y centros de salud

GRAFICA DE GANT

Actividad

1	X																			
2	X																			
3	X																			
4	X	X																		
5		X																		
6		X																		
7			X	X																
8					X	X														
9							X	X	X	X	X	X								
10												X								
11												X								
12													X							
13														X	X					
14																X	X			
15																	X	X	X	
16																			X	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Semanas

Actividades.

1. Selección del tema de tesis.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación bibliográfica.
4. Reconocimiento del área de trabajo.
5. Elaboración del protocolo.
6. Diseño y elaboración del instrumento de investigación.
7. Revisión de protocolo por asesor y revisor.
8. Aprobación de protocolo por unidad de tesis.
9. Ejecución del trabajo de campo.
10. Procesamiento de datos.
11. Análisis de resultados.
12. Elaboración del informe final.
13. Revisión de informe final por asesor y revisor.
14. Aprobación de informe final por unidad de tesis.
15. Impresión del trabajo de tesis.
16. Examen público y graduación.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Condiciones de Eficiencia; porcentaje y promedio por componente, Puestos de Salud del Departamento de El progreso, Noviembre – Diciembre 1,999.

PUESTO DE SALUD	INFRA-ESTRUCTURA	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS	INSUMOS	ADMON	PARTICIPACION COMUNITARIA	EDUCACION	NORMAS Y PROCED	PROMEDIO
Los Ocotes	82.00	67.00	80.00	80.00	79.23	68.00	60.00	90.00	75.78
Los Planes	82.00	58.00	66.87	80.00	86.92	15.00	100.00	90.00	72.35
El Subinal	82.00	84.00	78.75	80.00	78.46	50.00	100.00	90.00	80.40
El Obraje	91.00	75.00	87.50	80.00	78.46	66.00	100.00	90.00	83.50
Llano de Morales	100.00	49.00	65.62	80.00	72.30	38.00	100.00	90.00	74.37
Conacaste	73.00	49.00	62.50	60.00	80.00	30.00	100.00	80.00	66.81
Lo de China	59.00	49.00	63.12	80.00	67.68	48.00	60.00	100.00	65.85
Paso de los Jalapa	58.00	43.00	45.62	100.00	86.92	51.00	60.00	100.00	68.07
Est. De la Virgen	46.00	49.00	72.50	40.00	63.07	48.00	80.00	70.00	58.57
Comaja	84.00	48.00	81.25	60.00	93.07	100.00	100.00	100.00	83.29
Tulumajillo	23.00	42.00	58.75	60.00	55.38	53.00	60.00	90.00	55.27
El coyote	76.00	57.00	73.12	60.00	79.25	PUESTO DE			
Marajuma	82.00	58.00	78.75	60.00	46.92	SALUD	INFRA-ESTRUCTURA	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
Cerritos	74.00	43.00	39.37	100.00	62.30				
PROMEDIO	72.29	55.07	68.12	72.86	73.57	Los Ocotes	82.00	67.00	80.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 2

Condiciones de Eficiencia; porcentaje y promedio por componente, Centros de Salud del Departamento de El progreso, Noviembre – Diciembre 1,999.

CENTROS DE	INFRA-	RECURSOS	RECURSOS	INSUMOS	ADMON	PARTICIPACION	EDUCACION	NORMAS Y	PROMEDIO
SALUD	ESTRUCTURA	MATERIALES	HUMANOS			COMUNITARIA		PROCED	
Sanarate	100.00	55.00	85.00	80.00	93.07	48.00	100.00	90.00	81.38
San Agustin Ac.	75.00	37.00	87.50	100.00	82.3	20.00	100.00	100.00	75.23
El Jícaro	75.00	59.00	84.87	80.00	80.76	47.00	100.00	70.00	74.58
Morazán	65.00	50.00	55.62	60.00	65.38	66.00	100.00	70.00	66.50
San Antonio la Paz	74.00	66.00	78.12	100.00	86.15	82.00	100.00	90.00	84.53
Sansare	82.00	56.00	79.37	60.00	79.23	65.00	100.00	100.00	77.70
San Cristobal Ac.	82.00	49.00	66.87	100.00	79.23	80.00	100.00	90.00	80.89
PROMEDIO	79.00	53.14	76.76	82.86	80.87	58.29	100.00	87.14	77.26

*El Centro de Salud de Guastatoya no se incluye por ser parte del hospital regional.

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 3

Catalogación de las Condiciones de Eficiencia de los Puestos y Centros de Salud, según criterios de clasificación. Departamento de El Progreso, Noviembre – Diciembre de 1,999.

CONDICIONES DE EFICIENCIA

* CRITERIOS	PUESTOS DE SALUD		CENTROS DE SALUD	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	0	0	0	0
Muy Bueno	3	21.42	3	42.85
Bueno	3	21.42	3	42.85
Regular	6	42.85	1	14.28
Malo	2	14.28	0	0
Muy Malo	0	0	0	0
TOTAL	14	100	7	100

****Criterios de clasificación:**

Excelente 90-100 pts. Muy bueno 80-89.99 pts
 Bueno 70-79.99 pts. Regular 60.69.99 pts.
 Malo 50-59.99 pts. Muy malo < 49.99 pts.

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO 4

Distribución de los Distritos de Salud del Departamento de El Progreso, según clasificación de las Condiciones de Eficiencia. Noviembre – Diciembre 1,999.

DISTRITOS	CONDICIONES DE EFICIENCIA		
	MUY BUENO	BUENO	REGULAR
Guastatoya	81.94		
Sanarate		74.18	
San Agustín Ac		71.25	
El Jícaro			64.98
Morazán			68.18
San Antonio la paz		77.54	
Sansare			69.57
San Cristóbal Ac			69.72

****Criterios de clasificación:**

Muy bueno 80-89.99 pts

Bueno 70-79.99 pts. .

Regular 60-69.99 pts.

Fuente: Boleta de recolección de dato

CUADRO 5

Accesibilidad a los Centros y Puestos de Salud del Departamento del Progreso,
Noviembre – Diciembre 1,999.

	ACCESIBILIDAD			
PUESTOS Y CENTROS DE SALUD	ÁREA EN KMS.	POBLACIÓN	DISTANCIA APROX KMS	TIEMPO RECORRID O
El obraje	8	800	3	45 min.
El Subinal	8	1200	4	50 min
Sto. Domingo los Ocotes	3	2001	2	30 min.
Los Planes	7	2800	8	1.5 hr.
Los Cerritos	8	5307	17	5 hr
Paso de los Jalapas	14	2950	14	5hr
El Jícaro	14	1654	10	2 hr.
Conacaste	4	1980	4	1 hr.
Llano de Morales	18	2300	3	45 min.
Marajuma	40	2538	18	6 hr.
El Coyote	50	1876	8	2 hr.
Tulumajillo	35	4081	9	2 hr.
Comaja	30	3223	15	4 hr.
Estancia de la Virgen	16	3590	20	6 hr.
C/S. Los Cerritos	60	3694	25	6 hr.
C/S San Agustin Ac.	60	8932	30	8 hr.
C/S Morazan	49	10742	14	4.5 hrs
C/S Sansare	45	12,345	14	5 hr.
C/S San Antonio la Paz	15	8600	12	3 hr.
C/S sanarate	18	16000	8	1.5 hr.
C/S El Jícaro	40	3583	12	3 hr.
C/S San Cristobal Ac.	40	6971	15	5 hr.
PROMEDIO	26	4871	12	3.5 hr,

Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio evaluó la totalidad de los centros de salud y 56% de los Puestos de salud correspondientes al área de salud de El Progreso.

Se observó, a nivel de puestos de salud, que el 42.85% de ellos (6) se encuentran dentro de la categoría de regulares, es decir con un punteo entre el intervalo de 60-69.99% de condiciones de eficiencia, siendo estos: Conacaste, Lo de China, Paso de los Jalapa, Coyote, Marajuma y Cerritos. El 21.43 % (3) se encuentran catalogados dentro de la escala de muy buenos, obteniendo un punteo en el intervalo de 80-89.99%, siendo estos: Subinal, El Obraje y Comaja. En el intervalo de 70-79.99% se encuentran 3 puestos (21.42%), considerado como bueno, siendo estos: Santo Domingo los Ocotes, Los Planes y Llano de Morales. Los dos puestos restantes 14.28% se clasifican como malos, comprendidos dentro del rango de 50-59.99%, siendo estos: Tulumajillo y Estancia de la Virgen.

Los puestos que clasificaron como muy buenos, se debe a que son puestos que se encuentran cerca del área urbana del departamento, influidos por contar con mayor accesibilidad a la jefatura de área y al hospital regional (Subinal y El Obraje).

Se puede observar que la mayoría de puestos se encuentran en intervalos de calificación que son considerados como adecuados para prestar atención a pacientes con Infecciones Respiratorias en el primer nivel de atención y que una minoría obtuvieron intervalos de calificación bajos para prestar esta atención. Es importante esto ya que las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en área de salud de El progreso en menores de cinco años.

De la áreas evaluadas encontramos que las relacionadas con Participación Comunitaria y Recursos Materiales obtuvieron una clasificación deficiente debido a que en algunos lugares no se cuenta con la colaboración de instituciones gubernamentales y no gubernamentales y de lideres comunitarios activos para la realización de campañas de promoción de las IRA y no se cuenta con instalaciones con suficientes sillas para la demanda, estanterías para medicamentos y medicamentos suficientes En contraposición las áreas de Educación en Salud y Normas y Procedimientos fueron clasificados como muy

buenos, ya que el Ministerio de Salud, por medio del programa del Sistema Integrado de salud, se ha encargado de dar a conocer de forma clara y adecuada las normas y procedimientos para la atención del paciente con IRA, así como también se ha encargado de la promoción de la educación en salud a la comunidad, para mejorar los sistemas de prevención y control de estas enfermedades en la misma.

A nivel de Centros de Salud, la situación se encuentra similar a los puestos de salud ya, que el 42.85% (3) se encuentran dentro de la clasificación de muy buenos, siendo estos: San Antonio, Sanarate y San Cristobal. Dentro de la clasificación de buenos se encuentran 3 Centros (42.83%) siendo estos: San Antonio, El Jícaro y Sansare. En la clasificación de regulares se encuentra el Centro de salud de Morazán. Esto último es debido a que en dicho centro dentro de sus instalaciones no cuenta con algunos servicios esenciales lo cual repercute en la atención de la población, cuya demanda de atención es grande en comparación a los otros centros de salud. La mayoría de los Centros se encuentran en la clasificación de muy buenos, lo cual puede deberse a que cuentan con el contacto directo con la jefatura de área, por lo que logran cubrir todos sus requerimientos oportunamente, además de que cuentan con buena accesibilidad lo que no retrasa la prestación de servicios.

Al comparar las condiciones de eficiencia a nivel de distritos, en el intervalo de 80-89.99% calificó únicamente el distrito de Guastatoya (81.94%). En el intervalo Buenos, calificaron los distritos de Sanarate y San Agustín Acasaguastlan. Dentro del intervalo de regulares se calificaron los distritos de El Jícaro, Morazán, Sansare, San Cristobal Acasaguastlan. Se puede observar que la mayoría de distritos cuenta con condiciones de eficiencia consideradas apropiadas para el manejo de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas, ya que cuentan con puntuaciones que demuestran que en conjunto cuentan con los recursos adecuados en todas las áreas evaluadas para la atención del paciente con Infección respiratoria aguda.

IX CONCLUSIONES

1. La mayoría de puestos de salud del departamento de El Progreso están dentro de intervalos de 70 –100 % en los cuales se puede considerar adecuadas las condiciones de eficiencia para la atención del paciente con IRA.
2. Los Puestos de Salud con condiciones de eficiencia para la atención del paciente con IRA catalogados como malos son: Tulumajillo y Estancia de la virgen.
3. La mayoría de los centros de salud se encuentran dentro de intervalos en los cuales se pueden considerar adecuadas las condiciones de eficiencia para la atención del paciente con IRA.
4. Tanto en puestos y centros de salud dentro de las áreas evaluadas , se encontró deficiencia para la atención del paciente con IRA en lo referente a participación comunitaria y recursos materiales
5. Los aspectos en los cuales se encontró mayor eficiencia por puestos ly centros de salud, son educación en salud y normas y procedimientos del paciente con IRA.

X RECOMENDACIONES

1. Realizar evaluaciones periódicas a los puestos y Centros donde se detectó condiciones de eficiencia inadecuadas para así mejorar la atención del paciente con infección respiratoria.
2. Fortalecer la participación comunitaria a través de la participación intersectorial, involucrando entidades gubernamentales y no gubernamentales ya que estas proporcionan en ocasiones, medios con los cuales no cuentan los servicios de salud.
3. Fortalecer la disponibilidad de recursos materiales y realizar evaluaciones de los recursos con que cuenta cada servicio para mejorar aquellos donde se encuentren daños.

XI RESUMEN

En el Presente estudio se evaluaron las Condiciones de Eficiencia para el programa de IRA en siete Centros y catorce Puestos de Salud del departamento de El Progreso.

El control de las Infecciones Respiratorias Agudas es un componente de la atención integral de la salud del niño, el cual debe ser ejecutado por los servicios de Salud pública como parte de la estrategia de Atención Primaria, dado que un 15 a 25 % de niños menores de cinco años son afectados por infecciones respiratorias agudas que constituyen uno de los principales factores de morbilidad y mortalidad en este grupo etareo.

Se pudo establecer que los estudios de condiciones de eficiencia realizados en base a otros programas son similares. Los componentes con mejor porcentaje de calificación fueron los de educación en salud y normas y procedimientos, tanto a nivel de Puestos y Centros de Salud. Los componentes en los que se encontró mayores deficiencias fueron los de Recursos Materiales y Participación.

Los puestos de salud catalogados dentro de la categoría de Muy Buenos, fueron: El subinal El Obraje, Comaja. Como Buenos: Los ocotes, los Planes, Llano de Morales. Regulares: Conacaste, Lo de China, Paso de los Jalapa, El Coyote, Marajuma, Cerritos. Malos, Estancia de la virgen, Tulumajillo. A nivel de Centros de Salud fueron calificados como Muy Buenos, Sanarate, San Antonio la Paz, San Cristobal Acasaguastlan. Como Buenos: San Agustin Acasaguastlan, El Jícaro, Sansare y Regular: Morazán.

A nivel de distrito fueron calificados como Muy Buenos: Guastatoya. Como Buenos, Sanarate, San Agustin Acasaguastlan, San Antonio la Paz. Y Regulares: El Jícaro, Morazán, Sansare, San Cristobal Acasaguastlan.

La accesibilidad a los Centros y Puestos de Salud del departamento de El Progreso es en algunos lugares inadecuada, a pesar de que cubren áreas relativamente pequeñas pero con un número grande de pobladores. El recorrido de las distancias desde las poblaciones a los servicios muchas veces se debe hacer a pie, en un tiempo que puede ser hasta de tres horas.

XII BIBLIOGRAFIA.

1. Cojon Turuy, Walfred. Evaluación de las Condiciones para la Prestación Eficiente de Servicios en el Primer Nivel de Atención . Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas. Tesis 1998.
2. Dhillon, Philip. Promoción sanitaria y Acción de la Comunidad en pro de la Salud en los Países en Desarrollo. OMS, 1995.
3. Ical cal, Rogelio. Evaluación de las Condiciones de Eficiencia del Nivel Operativo en salud en Puestos de Salud de la capital. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas. Tesis 1993
4. Espinoza, Edgar. Infecciones Respiratorias Agudas Manejo y Tratamiento: Documento de revisión fase II. Facultad de Ciencias Medicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1994.
5. Guyton, Tratado de Fisiología Medica. Fisiología de vías respiratorias. Octava edición Mcgraw Hill.
6. Jawetz, Ernest. et al. Microbiología Médica. Editorial El Manual Moderno. Décimo tercera edición. México 1995.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Lineamientos de Política de Salud, República de Guatemala.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Area de Salud Guatemala Sur. Evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de Salud Materno-Infantil de los Centros y puestos de Salud del Area de Salud Guatemala Sur. 1986.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención Materno-Infantil . Plan Nacional de Salud Materno-Infantil. 1992.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Epidemiología SIAS. IRA. Manual de Normas y Procedimientos para la vigilancia y control. Octubre 1998.

11. Organización panamericana de la Salud. Metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Evaluación a Mitad del Camino. 1997.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Salud de los Niños en las Américas. Un compromiso con nuestro Futuro. 1995.
13. Organización Panamericana de la Salud. Bases para el control de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños. Trabajos seleccionados. 1984.
14. Rouviere, Delmas. Anatomía Humana. Descriptiva, Topográfica y Funcional. Novena edición, Masson. Tomo I, II. 1991.
15. Rodríguez, Romeo. Infecciones de Vías Respiratorias Superiores. Atelier producciones. México 1,997.
16. Tapia Revollo. Gustavo. Instrumentación para Evaluar el Proceso de Aplicación de la Estrategia de Atención Primaria en Servicios de Salud Periféricos y Comunidad. Tesis (Magiste Scientifica en Alimentación y Nutrición en Salud). Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas, INCAP, Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. Curso de Postgrado en Alimentación y Nutrición en Salud. 1988.
17. Quiroz Gutierrez, fernando. Anatomia Humana. Editorial Porrua. Vigesimooctava edicion. México 1988.
18. Behrman, Richard. Nelson tratado de Pediatria. Editorial Mcgraw Hill. Decimoquinta edición. México.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Area de Salud El Progreso. Departamento de Estadística 1998.
20. Benguigui Y. Tasas de Mortalidad Infantil. Noticias sobre Infección Respiratoria Aguda. Diciembre 1992.
21. Singhi Sunit. Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Journal de Pediatría 1987.

22. Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil y prestación de servicios de salud. Washington D.C. 1985. Fascículo II.

XIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Area de Salud El Progreso
Responsable: Erick Luna

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INFORMACION GENERAL

1. IDENTIFICACION:

- a. Puesto o centro de salud: _____
- b. Distrito: _____

2. ACCESIBILIDAD AL CENTRO O PUESTO DE SALUD:

- a. Area en kms. que cubre el servicio: _____
- b. Población que cubre _____
- c. Distancia aproximada desde del puesto o centro de salud a los hogares mas distantes: _____
- d. Tiempo recorrido al puesto de salud por los habitantes del área de influencia mas lejano. _____
- e. Medio de movilización principal para acudir al puesto o centro de salud.

3. El horario de atención es suficiente para la demanda: _____

4. Existen dificultad en la comunicación con la población por diferencia de idioma o lengua: _____

5. Información para registro del estudio:

- a. Nombre del investigador: _____
- b. Nombre del entrevistado _____
- c. Cargo _____
- d. Fecha de entrevista _____
- e. Sello del puesto de salud _____

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INFRAESTRUCTURA: (100pts.)

El edificio del puesto de salud dispone de:

1. Sala de espera con espacio para la demanda. (8)_____
2. Espacio para recepción y registro de pacientes. (6)_____
3. Espacio para archivo de historias clínicas (6)_____
4. Lugar adecuado para la atención del paciente con IRA (9)_____
5. Existe lugar para nebulizar al paciente (si lo amerita (9)_____
6. La iluminación es suficiente para atención diurna (7)_____
7. Existe buena ventilación en servicio (9) _____
8. Existe lavamanos funcional en el servicio (8)_____
9. Existe adecuado suministro de agua en el servicio (9)_____
- 10.Existe suministro de energía eléctrica (8) _____
- 11.Existe lugar adecuado en cuanto a humedad, temperatura y limpieza para almacenar equipo, medicamentos, suministros (7)_____
- 12.Existe un lugar adecuado para educación en salud a los asistentes al servicio. (6)_____
- 13.Se cuenta con paredes y piso de material que facilite su limpieza (8)_____

TOTAL_____

RECURSOS HUMANOS: (160pts)

1. Existe auxiliar de enfermería responsable del puesto (10) _____
2. Reside la auxiliar de enfermería en el área de trabajo (10)_____
3. La auxiliar ha recibido estudios de auxiliar de 9 meses (15)____solo ha recibido adiestramiento en servicio (10)_____
4. Ha asistido en los dos últimos años a capacitación relacionado con los programas de salud, incluyendo el de IRA. (8)_____
5. Existe al menos un auxiliar de enfermería por cada 2,000 habitantes (10)_____
6. Hay técnico de salud rural (10)_____
7. El técnico reside en la localidad (10)_____
8. Existen líderes comunitarios o comités de salud con conocimientos del programa de IRA, que colaboren con actividades de salud y estén registrados (8)_____no registrados (4) _____
9. Hay guardianes de salud o promotores registrados y con seguimiento periódico en el puesto de salud (8) _____hay promotores pero sin seguimiento (4)_____
- 10.Se cuenta con promotores o guardianes de salud en todas las comunidades del área de influencia (10) _____ solo en algunas (5)_____
- 11.Los guardianes de salud y promotores han recibido curso de capacitación en salud, e incluye IRA (8)_____
- 12.Los guardianes de salud y promotores reciben adiestramiento periódico (8)_____
- 13.Se cuenta con estudiante de EPS de la facultad de ciencias medicas (15)_____

14. Cuentan con programa de capacitación de personal sobre prevención de IRA (10)_____

15. Existen planes de capacitación de personal sobre prevención y tratamiento de IRA (10)_____

16. pDurante los últimos meses se ha desarrollado capacitación con respecto a la vigilancia, prevención y tratamiento de IRA (10)

TOTAL_____

RECURSOS MATERIALES: (100)

1. Existe sala de espera con bancas y sillas en número suficiente para la demanda (7)_____

2. Existe muebles o estantería para colocar los medicamentos (7)_____

3. Existen recipientes para desechos; clasificados de acuerdo al material (8)_____

4. Existen guantes para realizar cualquier tipo de procedimiento(estériles o no) (8)_____ en numero insuficiente o en mal estado (4)_____

5. Se dispone de todos los medicamentos necesarios par el tratamiento de la enfermedad y casos complicados (9)_____

6. Existe suficiente solución salina para nebulización (8)_____

7. Existe suficiente salbutamol para nebulizar (9)_____

8. Se cuenta con equipo estéril para nebulización (9)_____

9. Balanza funcional para niños (8)_____

10. Existe equipo adecuado para evaluar al paciente (10)_____

11.Existe medio de traslado de pacientes en caso de ser necesario que cumpla con los requisitos de seguridad (8)_____

12.Existe medios y equipo en buen estado para mantenimiento y administración de vacunas (sarampión DPT) (9)_____

TOTAL_____

INSUMOS: (100pts)

1. Se cuenta con medicamentos en cantidad suficiente según la demanda esperada (Cotrimoxazol, penicilina procaina, penicilina benzatínica, salbutamol, mucolíticos, acetaminofen) (20)_____
2. Se dispone de recursos para el mantenimiento funcional del servicio (20)____
3. Se dispone de suficiente vacuna para sarampión, DPT (20)_____
4. Dispone de formularios para registro de pacientes con IRA (20)_____
5. Dispone de encuestas epidemiológicas y hojas de reporte semanal de vigilancia epidemiológica (20)_____

TOTAL_____

ADMINISTRACION Y SUPERVISION: (130pts)

1. Esta definida el área geográfica y la población asignada al servicio (8)_____
2. Se cuenta con censo actualizado de las áreas de influencia y el casco urbano(8)_____ solo del casco urbano (4)_____
3. Se dispone de un mapa o croquis actualizado del área de influencia y casco urbano (8) _____ solo casco urbano (3)_____
4. Existe diagnostico de salud del área, que contenga la situación actual de la IRA. (10)_____

5. Existe corredor endémico de IRA actualizado en el puesto y centro de salud (9)_____
 6. Hay presupuesto específico autorizado y este es suficiente para el desarrollo de las actividades programadas para el control de IRA (9)_____
 7. Se realizan reuniones de coordinación en la jefatura de distrito por lo menos una vez a mes (9)_____
 8. Funciona el sistema de referencia y contrareferencia (9)_____
 9. pSe realizan reuniones de coordinación entre el personal o grupos comunales periódicamente para impulsar programas de salud con respecto a las IRAS (9)_____
 10. Recibe supervisión del nivel inmediato superior periódicamente, (8)_____
 11. Recibe el personal del puesto, informe escrito y recomendaciones de la supervisión (7)
 12. Se realizan actividades programadas con grupos de la comunidad en cuando a salud, particularmente IRA. (8)_____
 13. Esta implementado el SIAS en su comunidad (10)_____
 14. Ya recibió el personal del puesto capacitación sobre el SIAS, en particular sobre e manejo de IRA. (10)_____
 15. Existe programación escrita con metas cuantificables de las actividades del puesto (8)_____
- TOTAL_____

PARTICIPACION COMUNITARIA: (100pts)

1. Se realizan actividades en cuanto a prevención de IRA conjuntamente con otros sectores gubernamentales o privados (20)_____
2. Se cuenta con el apoyo de la principales autoridades gubernamentales del lugar para el desarrollo de actividades (15)_____
3. Existe comité de salud que responda a las actividades propuestas por el personal de salud (18)_____
4. Se tiene identificadas las organizaciones cívico culturales de la comunidad (15)_____
5. Participan dichas instituciones en las actividades de educación de IRA (14)_____
6. Se han identificado y contactado a los lideres agentes de salud de medicina tradicional comunitarios (18)_____

TOTAL_____

EDUCACION PARA LA SALUD (100pts)

1. Existe programa para la educación en salud y promoción en la prevención de IRA dirigido a la comunidad. (20)_____
2. El personal ha recibido capacitación sobre técnicas y métodos educativos para facilitar la actividad de educación (20)_____
3. Se realizan actividades de educación en cada consulta y/o domiciliaria (20)_____
4. Se dispone de material educativo para IRA (20)_____
5. Se enseña a las madres temas como: prevención de IRA , identificación de signos de alarma de IRA. (20)_____

TOTAL_____

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS: (100pts)

1. Se dispone de manual de normas y procedimientos para la vigilancia y control de IRA. (15)_____
2. Existen normas escritas para la referencia y contrareferencia de pacientes con IRA del nivel de comunitario al servicio de salud (10) _____
3. Se dispone de normas escritas para la referencia y contrareferencia de pacientes con neumonía (10)_____
4. Se notifican los casos de IRA (15)_____
5. Se realiza visita domiciliaria a pacientes que han consultado al servicio por IRA (10)_____
6. Están normatizados los esquemas de terapia por IRA (10)_____
7. Participan los familiares del paciente que consulta por IRA en tratamiento , y son capacitados para esto (10)_____
8. Se realiza registro diario de actividades (10)_____
9. Para fines de estadística y vigilancia se revisa y analiza la información respecto a las IRA.(10)_____

ANEXO 2

LISTA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD A CONSIDERAR DENTRO DE LA MUESTRA

CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	PUESTOS SUSTITUTOS
Morazan	Marajuma, El Coyote.	
San Antonio La Paz	Los Planes, Sto. Domingo los Ocotes	Agua Caliente
Sansare	Cerritos	
Guastatoya	El Subinal, El Obraje	El Naranjo
Sanarate	Cerro Blanco, Llano de Morales	San Miguel Conacaste
San Agustin	Tulumajillo, Comaja	Puerta de Golpe
San Cristobal	Estancia de la Virgen	
El Jicaro	Espíritu Santo, Lo de China	Paso de los Jalapas.

ANEXO 3

LISTA DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD DE EL AREA DE
SALUD DE EL PROGRESO.

CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
Morazán	Marajuma, El Coyote
San Antonio La Paz	Los Planes, Cucajol, Santo Domingo Los Ocotes, Agua Caliente.
Sansare	Los Cerritos.
Guastatoya	El Subinal, El Naranjo, El Obraje.
San Cristobal Acasaguastlan	Estación de la Virgen.
Sanarate	Cerro Blanco, Llano de Morales, Barranquillo, San Jose Las Flores, San Miguel Conacaste, Sinaca.
San Agustin Acasaguastlan	El Rancho, Tulumajillo, Puerta de Golpe, Comaja,
El Jícaro	Paso de los Jalapas, Lo de China, Espíritu Santo, Las Ovejas.