

Instituto Nacional de Salud Pública

Escuela de Salud Pública de México

PROYECTO TERMINAL DE INTERVENCIÓN
DE SALUD PÚBLICA

Tema

***Mejora en el proceso de atención médica por medio de
la aplicación de la guía clínica de Infecciones
Respiratorias Agudas, Jiutepec, Morelos, 2009.***

QUE PRESENTA

Walverly Morales Gordillo

Maestría en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud.

DIRECTORA

Mtra. Rosaura Atrisco Olivos

ASESOR

Dr. Julio César Campuzano Rincón

Noviembre 2010.

INDICE

Capítulo	Tema	Página
1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	ANTECEDENTES	4
2.1	Descripción general	4
2.2	Diagnóstico de Salud de Calera Chica 2009	7
2.2.1	Metodología	17
2.2.2	Resultados	21
2.2.3	Priorización	33
3.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	37
4.	JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	39
5.	OBJETIVOS	40
6.	MARCO TEÓRICO	45
7.	METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	55
8.	ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	65
9.	PLAN DE EJECUCIÓN	73
10.	REPORTE DETALLADO DE LA EJECUCIÓN	89
11.	RESULTADOS	91
11.1	Expedientes clínicos	91
11.2	Intervención educativa para personal de salud	92
11.3	Intervención educativa para padres y madres de familia	93
11.4	Resultados de interés epidemiológico	94
11.5	Resultados del análisis cualitativo	95
12.	DISCUSIÓN	99
13.	CONCLUSIONES	100
14.	RECOMENDACIONES	101
15.	BIBLIOGRAFÍA	102

1. INTRODUCCIÓN

La realización del diagnóstico de salud cumple con la primera función esencial de la Salud Pública, que consiste en el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud. EL diagnóstico de salud es un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto aplican para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

Por medio del diagnóstico de salud se identifican los daños y condicionantes de la salud, al mismo tiempo que se conocen los servicios y recursos con los que cuenta la comunidad para hacer frente a dichos daños. Realizando estos pasos previos se establecen las prioridades para así poder adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y, a plazos determinados, permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta.

El presente documento es el reporte metodológico de las actividades realizadas y los resultados obtenidos de una intervención comunitaria, enfocada a la mejora de la calidad en salud a través del proceso de atención médica de niños preescolares con Infecciones respiratorias, por medio de la aplicación de una guía clínica, basada en la Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, entendiendo que los objetivos de las guías clínicas son: estandarizar el proceso de atención médica y ser un medio de difusión homogeneizada del conocimiento para el personal de salud y para la comunidad, permitiendo en este caso, la mejora de la calidad de la atención, ya que ésta no solo depende del personal de salud sino también del empoderamiento de los pacientes y sus familiares.

2. ANTECEDENTES

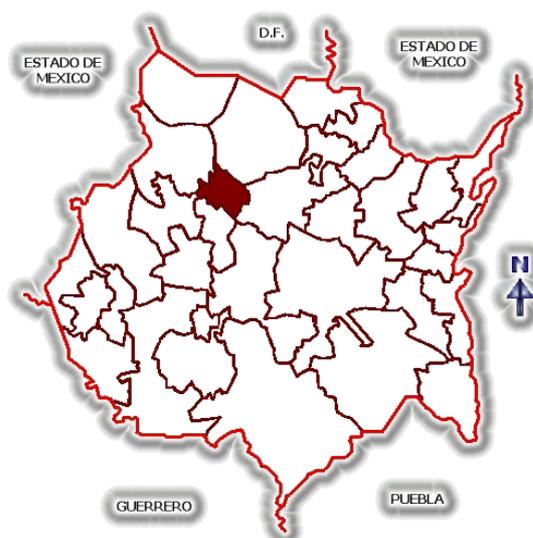
2.1 Descripción general

El estado de Morelos es una de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, se localiza en el centro del territorio nacional y colinda al norte con el Distrito Federal, al noreste y noroeste con el Estado de México, al sur con Guerrero y al oriente con Puebla. La capital del estado es Cuernavaca. ¹

Morelos está dividido en 33 municipios, entre los cuales se encuentra Jiutepec, el cual se ubica geográficamente entre los paralelos 18° 53' de latitud norte y 99° 10' de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, a una altura de 1,350 metros sobre el nivel del mar. Tiene una superficie de 70.45 kilómetros cuadrados, la que representa el 1.42% de la superficie total del estado.

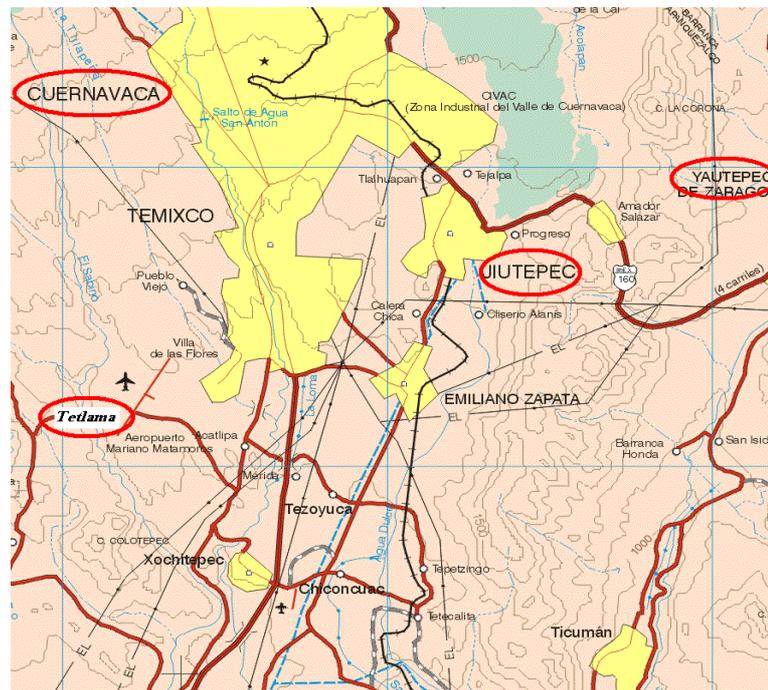
Limita al norte con los Municipios de Tepoztlán y Cuernavaca, al sur con los Municipios de Emiliano Zapata y Temixco; al oriente con el Municipio de Yautepec y al poniente con Cuernavaca y Temixco. ²

Figura 2.1 Ubicación de Morelos y el municipio de Jiutepec.



El municipio de Jiutepec, actualmente, está dividido en 67 colonias, 20 unidades habitacionales, 4 pueblos y 22 condominios. **Una de las 67 colonias es Calera Chica**, el nombre de esta colonia se debe a que en ella se encuentra una pequeña fábrica de cal.³

Figura 2.2. Ubicación del municipio Jiutepec y colonia Calera Chica



Los habitantes de esta colonia llegaron de Pilcaya de Guerrero en 1943, en ese entonces la colonia carecía de casas, únicamente existían terrenos donde se cultivaba maíz, frijol y cacahuate; la población creció aceleradamente como efecto de una creciente industrialización de la zona, estableciéndose fábricas de gran importancia como las dos fabricas de cal (Calera Chica y Calera Grande), Minerales de Morelos y Tres Ladrilleras.

La necesidad de que los trabajadores se establecieran cerca de sus áreas de trabajo en las caleras, dio lugar a la formación de nuevas colonias vecinas a Calera Chica, dichas colonias son sus límites geográficos: al norte con la colonia el Campanario, al

sur con el municipio Emiliano Zapata, al este con la colonia Maravillas de Axexentla, al oeste con la colonia Joya del Agua y con la colonia 28 de Agosto.

La colonia Calera Chica se ubica geográficamente entre los paralelos 18° 53´ de latitud norte y los 99° 11´ de longitud oeste, del meridiano de Greenwich a una altura de 1,353 m. sobre el nivel del mar. Predomina un clima subtropical caluroso, con temperatura promedio registrada de 21.2°C y máxima de 35°C en los meses de abril, mayo y junio y una mínima de 16°C durante los meses de diciembre y enero; la precipitación pluvial media anual es de 1,021 cc.

La flora está constituida por representantes de la selva baja caducifolia, de clima cálido; tabachin, cazahuate jacaranda, ceiba, fresno laurel, bugambilia, tulipanes, guayacan o rosa morada, eucalipto y maracuyá. La fauna, está representada por: zorrillos, tejones, armadillos, liebres, conejos, tlacuaches, chachalacas, codornices, guajolotes, tuzas, ratas de campo, zorras y zopilotes. Cabe mencionar que un gran número de especies han desaparecido, esto debido al crecimiento de la población.

Calera Chica se encuentra enclavada entre dos cerros de piedra caliza y cuenta con tres principales tipos de suelo: andosol húmico (ubicado en áreas de actividad volcánica, caracterizados por poseer un área superficial de color negro, esponjoso y rico en materia orgánica, con alto nivel de acidez y pobre en nutrientes); feozem háplico (capa superficial oscura rica en materia orgánica y nutrientes) y litosol, suelo menor de 10 cm. de espesor, limitado por roca tepetate. Se explotan por lo tanto, el basalto, empleado en la construcción y como agregado del concreto, y las rocas carbonatadas, que se utilizan como materia prima en la fabricación de materiales para construcción (cal, calhidra, cemento). La colonia de Calera Chica, dentro de la explotación de los minerales no metálicos, es la más importante productora de piedra caliza en la entidad.⁴

Su hidrología proviene de la región del río Balsas, cuenca del río Grande Amazuac, de la subcuenca de Apatlaco, de la corriente del río Blanco. Sin embargo, en la colonia

no se encuentran depósitos de agua subterráneos; al oeste se localiza una corriente que forma un río proveniente del Manantial de las Flores.

Desde la ciudad de Cuernavaca a la colonia Calera Chica el tiempo de traslado es de aproximadamente 50 minutos, y para su acceso está la vía Emiliano Zapata utilizando transporte público, taxi o vehículo particular y por la vía Jiutepec se puede llegar a través de transporte público por la ruta no. 17.

Respecto a medios de comunicación, se cuenta con telefonía particular y pública, con servicio local y de larga distancia, internet y cable. Se recibe señal radiofónica de varias estaciones de la ciudad de Cuernavaca. De la televisora local se visualizan los canales 2, 3, 7, 9, 11 y 13. Llegan los periódicos de mayor circulación nacional y estatal, así como las principales revistas.

2.2 Diagnóstico de salud

2.2.1 Metodología

Para la realización del diagnóstico de salud de la Colonia Calera Chica, se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, mixto, implementando metodología cualitativa y cuantitativa para la recolección, procesamiento y análisis de la información. Se desarrolló en la Colonia Calera Chica, del Municipio de Jiutepec, Morelos y contempló el periodo comprendido entre Febrero a Julio del 2009.

Se estimó la población de la colonia Calera Chica, en 4, 916 habitantes según cálculo basado en registros sanitarios y municipales locales para el año 2005.

Se describe a continuación la metodología con que se desarrollaron las fases del estudio, identificando en cada una de ellas las unidades de análisis y técnicas de recolección de información que se implementaron.

➤ **Fase de diálogo y participación (Fase de acercamiento)**

La finalidad de la fase de acercamiento fue identificar a los líderes (de salud, comunitarios, sociales y otros) e involucrarlos en la identificación de las necesidades de salud de Calera Chica, iniciando con la identificación de las diferentes perspectivas de los líderes sobre la participación en la colonia.

Se refiere a la etapa de contacto, por parte del equipo de investigadores, con los líderes de Calera Chica, tanto de las organizaciones institucionales, como de la misma colonia. Se persiguieron como resultados esperados de esta fase:

- Acercamiento y observación inicial en la comunidad.
- Presentación del proyecto de investigación a líderes de Calera Chica, miembros de la colonia y motivación para la participación de la comunidad en el desarrollo del diagnóstico.
- Obtención de un panorama general de la percepción de informantes claves sobre los problemas de salud.

➤ **Fase de recolección de información.**

Esta fase se orientó a la recolección de información a través de la metodología cuantitativa y cualitativa, lo que permitió responder a los objetivos de investigación propuestos: caracterizar la población del área a intervenir, caracterizar el estado de salud de la misma, identificar condicionantes de salud, factores de riesgo, así como los recursos y servicios disponibles a nivel local y la percepción de la población sobre dichos temas de salud.

Se utilizaron dos técnicas de recolección de información: a partir de información de fuentes secundarias -utilizando tablas de salida o cuadros de concentración- y la recolección de información de fuentes primarias - a través de encuestas directa a hogares y preguntas abiertas utilizadas como entrevistas estructuradas.

a. Recolección de información de fuentes secundarias.

La información recolectada de esta manera se utilizó para **describir** las principales características demográficas y socio-económicas de la población de Calera Chica, incluyendo además, información sobre principales causas de morbilidad y mortalidad reportada por los servicios de salud local, así como datos sobre recursos disponibles para la atención de la salud.

Unidad de análisis

Datos del censo de población y vivienda de INEGI correspondientes al periodo censal 2005, así como datos oficiales de estadísticas de salud de morbilidad y mortalidad del periodo 2005 a 2008.

Análisis de la información

Se recolectó información sobre valores absolutos de las variables de interés, procediendo posteriormente al análisis univariado de los mismos, haciendo uso de distribuciones de frecuencia y medidas de prevalencia para la descripción de las variables.

Criterios de inclusión

- Información extraída de registros oficiales.
- En el caso de INEGI correspondió a la información brindada en el quinquenio 2005.
- En el caso de la información de servicios de salud se correspondió a los informes anuales correspondientes al periodo 2007, 2008 y 2009.

Variables de interés

- Datos socio demográficos.

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

- Natalidad
- Mortalidad
- Sexo
- Edad
- Datos socioeconómicos
 - ✓ Sociales
 - Cobertura de servicios de atención primaria: agua, saneamiento ambiental, electrificación.
 - Condiciones de vivienda.
 - Derechohabiencia a servicios de salud.
 - ✓ Educación
 - Escolaridad
 - ✓ Económicos
 - Empleo
 - Pobreza
 - Hacinamiento
 - Nivel de necesidades insatisfechas
 - ✓ Indicadores de salud
 - Principales causas de morbilidad
 - Principales causas de mortalidad

- Discapacidad

- Recursos y servicios de salud.
 - Recursos físicos
 - Recursos humanos
 - Cobertura
 - Accesibilidad
 - Utilización
 - Calidad

Instrumento de recolección de información

Tablas de concentración de datos obtenidos de estadísticas vitales.

b. Recolección de información primaria: Encuesta por hogares

A través de esta técnica, se recolectó la información primaria referente a la caracterización actual del estado de salud, factores condicionantes y de utilización de los recursos existentes para el cuidado y mantenimiento de la salud en Calera Chica. La información que se recolectó estuvo orientada a conocer los factores condicionantes de la salud como nivel socioeconómico, servicios de saneamiento, educación, derechohabencia a los servicios de salud; morbilidad diagnosticada y percibida, discapacidades; factores de riesgo a salud como sedentarismo, malnutrición, alcoholismo, tabaquismo, violencia y salud reproductiva; servicios de

salud desde la perspectiva de la utilización, calidad y accesibilidad. Para la recolección de dicha información se dividió a la población por grupos etarios:⁵

- Niños de 0 a 4 años, del sexo femenino y masculino.
- Niños de 5 a 9 años, del sexo femenino y masculino.
- Adolescentes: mujeres y hombres de 10 a 19 años.
- Mujeres adultas, de 20 a 59 años.
- Hombres adultos, de 20 a 59 años.

Adultos mayores, mujeres y hombres de 60 años y más.

Unidad de análisis

Constituida por los hogares de la colonia Calera Chica, que según datos del INEGI 2005, son un total de 1,255, distribuidos a lo largo de toda la colonia y en los cuales residen los 4,916 habitantes, según censo de población y vivienda de INEGI 2005.

Sin embargo, administrativamente las autoridades sanitarias y municipales locales identifican como Colonia Calera Chica al sector geográfico constituido por 32 manzanas en las que se encuentran un total de 750 viviendas y no las 1,255 viviendas identificadas por INEGI.

Dado a que las autoridades locales no cuentan con un censo de la población que habita en estas 32 manzanas, se calculó la muestra asumiendo que en cada vivienda se distribuyen en promedio 4 habitantes ($4916 / 1255 = 3.9$), por lo que en 750 viviendas se esperaron encontrar 2,940 personas aproximadamente.

En cada hogar se levantó información de un representante, escogido aleatoriamente, de cada uno de los siguientes grupos; niños, adolescentes, mujeres adultas, hombres adultos y adultos mayores.

Cobertura geográfica

La información obtenida permitió el cálculo de indicadores representativos para la población de la colonia Calera Chica. Se hace referencia a que Calera Chica, como unidad administrativa, carece de viviendas ubicadas en área rural.

Conglomerados

Calera Chica cuenta con un total de 5 calles principales y otras tantas que desembocan en ellas y que las seccionan en un total de 32 manzanas. Cada una de las manzanas fue tomada como un conglomerado, asumiendo una distribución homogénea de la totalidad de los 750 hogares contabilizados.

Muestra.

Se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas para determinar el tamaño de la muestra:

Donde:

z = Nivel de confianza elegido es del 95 % (error alfa de 0,05 = 1.96)

N = Tamaño de la población de estudio, que es de 2,940 habitantes (proyección 2009)

p = Probabilidad de que el evento suceda. Se utilizó la prevalencia de IRAs reportada para el periodo 2007, que fue del 26.72 % (0.2672)

q = Probabilidad de que el evento no suceda: $1 - p = 0.7328$

e = error máximo permitido de 0,04.

Al sustituir estos valores resultó un tamaño recomendado de $n = 399$ personas, a lo cual se le aplica un incremento del 20 %, previendo un margen de pérdida de información, con lo cual el tamaño de $n = 479$ personas.

Asumiendo que la distribución de personas es homogénea en la totalidad de hogares de Calera Chica (4 habitantes x hogar aproximadamente), se recolectó información de al menos 120 hogares.

n= 120 hogares.

Parámetros	Valores
z^2	3.8
N	2940
p	0.26
q	0.74
$z^2 N p q$	2173.02
e^2	0.0016
$e^2 (N - 1) +$	5.441
$z^2 p$	
n	399.34
n+20%	479.20
Hogares	119.80

Técnica de muestreo.

El diseño de la encuesta a hogares fue probabilístico, polietápico y por conglomerados y se desarrolló a través de los siguientes pasos:

- Mapeo de hogares en cada una de las manzanas de la colonia, asignando a cada uno de ellos una secuencia numérica que les identificara.
- En cada una de las 32 manzanas se recolectó información de al menos 7 hogares.
- La selección de estos 7 hogares en cada manzana se realizó a través de una selección aleatoria simple: Se elaboró un croquis y la respectiva metodología de muestreo para la elección aleatoria de la vivienda.

Previo a la participación en la entrevista para la encuesta de salud, se obtuvo el consentimiento informado por escrito del adulto responsable del hogar, donde se explican los objetivos de la encuesta de salud y la dinámica que se llevaría a cabo en la realización de la misma.

Análisis de la información.

Se realizó análisis univariado de los datos recolectados, haciendo uso de proporciones, medias, varianzas y medidas de prevalencia para la descripción de variables continuas, ordinales y nominales, respectivamente. Se utilizó programa estadístico STATA en la captura y procesamiento de información.

Para los datos cualitativos que se incluyeron en la encuesta, el análisis se hizo teniendo de referencia la teoría fundamentada complementada con la herramienta del muestreo teórico.^{6 7}

Criterios de inclusión

- Hogares de la Colonia Calera Chica
- Residencia (de los miembros del hogar) de al menos un año en la colonia.
- Firma de consentimiento informado por un adulto responsable del hogar.
- Participación voluntaria.
- Firma de la carta de consentimiento por algún miembro con autoridad en la familia

Criterios de exclusión

- Viviendas colectivas que correspondieron a instalaciones comunales, militares o utilizadas para fines institucionales, lúdicos, religiosos o actividad comercial.

- Residentes temporales en la colonia; habiten únicamente por algunos días de la semana o por ciertos periodos de tiempo; semanas o meses.
- No deseo de participación.

Variables de interés

- Variables de daños a la salud.
 - Salud percibida
 - Morbilidad
 - Discapacidad
- Variables sobre condicionantes de salud
 - Ambientales
 - Características de la vivienda
 - Actividad laboral
 - Ingreso económico
 - Socio-demográficas.
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Nivel educativo
 - derechohabencia
- Variables de factores de riesgo
 - Malnutrición
 - Embarazo en adolescentes
 - Conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar y de protección para enfermedades de transmisión sexual.
 - Violencia

- Sedentarismo
 - Actividades del tiempo libre
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
- Recursos y servicios existentes en la colonia
- Utilización de servicios
 - Accesibilidad a servicios
 - Calidad de los servicios (percepción de la calidad).

Herramienta de recolección de información

Se realizó a través de encuestas dirigidas a hogares y de entrevistas estructuradas a través de preguntas abiertas durante la aplicación de la encuesta.

Estudios piloto para validación de instrumento *encuesta a hogares*

Previo a la implementación de las encuestas de hogares en el área de intervención, se realizó un pilotaje de las encuestas a hogares en otra colonia con características similares a las de Calera Chica en la ciudad de Cuernavaca, escogida intencionadamente, con la finalidad de validar tanto la herramienta de recolección de información, así como el proceso de captura y procesamiento de información a través del programa de análisis STATA. La realización del pilotaje se llevó a cabo a través de la recolección de información de 21 hogares de la colonia seleccionada para esta actividad.

Análisis de datos cualitativos

El modelo de matrices por el cual se llevó a cabo el análisis de los datos e información obtenida, está basado en la Teoría fundamentada (Grounded Theory) método de investigación cualitativa en el que la teoría emerge desde los datos, propuesta por

Glaser y Strauss en 1967. La cual hace referencia a su poder explicativo en relación a las diferentes conductas humanas, entender un fenómeno social dentro de un determinado campo de estudio y favorecer al desarrollo de respuestas respecto a lo que está ocurriendo y por qué.⁸

Con objeto de poder distinguir aspectos sustanciales y hacer proposiciones teóricas en cuanto a la información de orden cualitativo recabado en las entrevistas, aplicadas a la comunidad de la Calera chica. Inicialmente se vaciaron los datos en una matriz, la cual fue ordenada para cada uno de los reactivos en coordenada con cada una de las respuestas emitidas por los participantes de acuerdo a su número de folio para la encuesta y por agente líder de la colonia para la primera fase de acercamiento.

Como parte del proceso de muestreo teórico, los datos de la encuesta se clasificaron por categorías, mismas que se distinguían en dichas tablas por color, lo que permitió de primera instancia diferenciar a que categoría correspondían. Posterior a ello, fue posible de cada comentario o respuesta, identificar el número de diferencias y similitudes, la cantidad de respuestas propuestas por los participantes para clasificarlas y determinar porcentualmente las mismas.

Lo anterior permitió llevar a cabo un análisis a partir de identificar los patrones de respuesta conductual, que en consecuencia conforman lo que son los códigos sustantivos reconociendo sus propiedades y correlacionándolos con la variable de estudio de cada uno de los reactivos, para así entonces reconducir éstos permitiendo describir lo que ocurre a propósito de un fenómeno determinado en la localidad del presente estudio; que de acuerdo a lo propuesto por la Teoría fundamentada da origen a la teoría sustantiva, la cual, entonces se relacionó con otras propuestas teóricas.

➤ **Fase de devolución.**

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

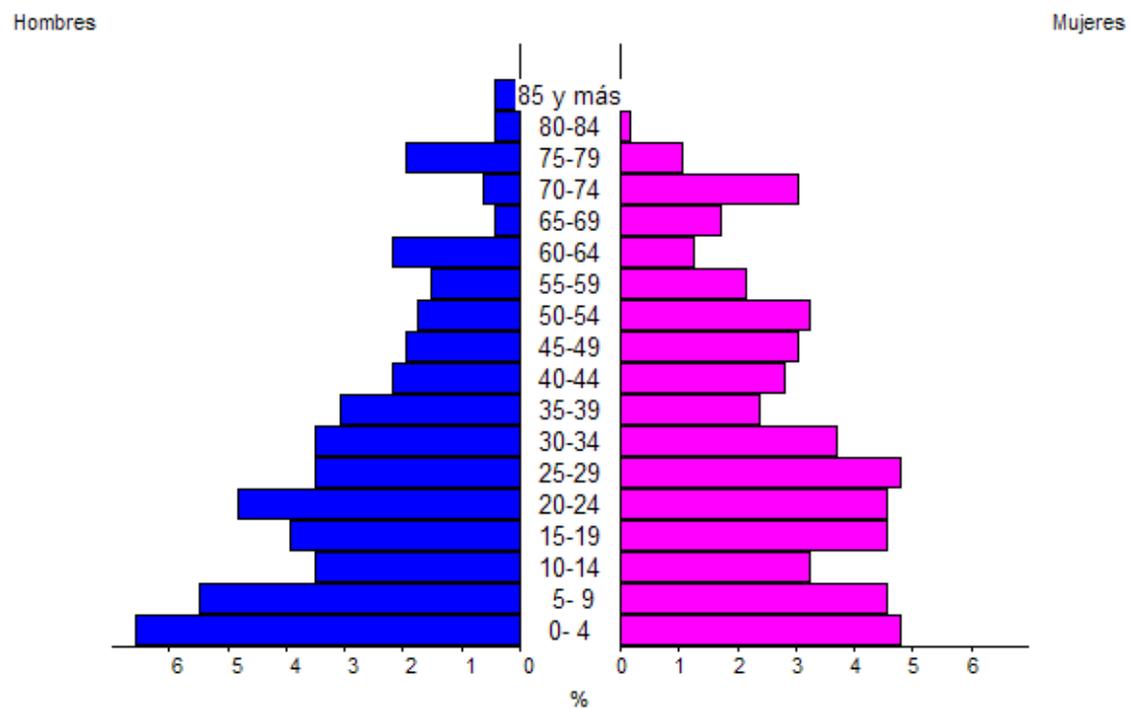
Una vez que se terminó de identificar los daños a la salud, factores condicionantes, recursos y servicios de los habitantes de Calera Chica se regresó la información a la población por medio de sesiones previas a las intervenciones propuestas por cada integrante del equipo de investigadores. La información fue devuelta a las personas interesadas, líderes comunitarios y personas participantes en intervenciones de salud propuestas a partir de la priorización.

2.2.2 Resultados del diagnóstico de salud

➤ Factores condicionantes de salud-enfermedad

Según datos del INEGI 2005, Calera Chica tiene un total de 1,255 hogares, distribuidos a lo largo de toda la colonia y en los cuales residen los 4,916 habitantes.⁹ De acuerdo con los datos arrojados por la encuesta, realizada a una muestra de 121 hogares, se muestra la siguiente pirámide poblacional (Ver figura 2.5).

Figura 2.5 Pirámide Poblacional de Calera Chica, 2009.



Fuente: Diagnóstico de salud de Calera Chica, 2009. INSP/ESPM.

El 48% son hombres y 52% son mujeres, lo que corresponde a los datos obtenidos por el censo de población y vivienda 2005 (47.9% y 52.2% respectivamente). En el grupo de 0-4 años de edad, el 60% son hombres y el 40% mujeres, esta tendencia se nivela al llegar al grupo de 5-9 años, donde el 52.38% son hombres y el 47.62% son mujeres; al llegar al grupo de adolescentes se observa una inversión en cuanto al sexo ya que el 46.27% son hombres y el 53.73% son mujeres; en el grupo de adultos de 20-59

años, el 45.33% son hombres y el 54.66% son mujeres. En el grupo de adultos de 60 años y mas, se encontró que el 45.16 son hombres y el 54.84 son mujeres. La pirámide se encuentra ensanchada en la base, en el grupo de niños menores de cinco años.

Durante el 2005 la población económicamente activa correspondía al 54.25%¹⁰. Los resultados arrojados por el análisis de los datos obtenidos en la encuesta aplicada muestra, que actualmente la población económicamente activa disminuyó al 34.64%; el 24.68% es ocupado por el sector primario, el 18.98% por el sector secundario y el 56.32% por el sector terciario.

El 37% de las personas encuestadas no refirieron tener seguridad social, mientras el 21.4% se encuentran ya afiliadas al Seguro Popular, lo que significa que el 58.4% de la población es utilizadora potencial de los servicios públicos de salud. El 36% es derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, aunque en la colonia no se encuentra ningún centro de salud del IMSS. El ISSSTE cubre al 4%, la Defensa y los seguros privados cubren el 1% respectivamente.

Por medio del índice de necesidades insatisfechas, se encontró que el 57.84% de la población es de nivel socioeconómico medio, el 34.8% de nivel socioeconómico medio bajo, el 6.6% de nivel bajo. El índice de necesidades insatisfechas se obtuvo considerando nueve variables: hogar propio, material del piso de la vivienda, material del techo de la vivienda, hacinamiento, fuente de agua, agua entubada, drenaje, luz eléctrica, educación de niños en edad escolar y capacidad económica.

El 85.95% de las viviendas tienen piso de cemento o firme, el 8.26% son de tierra y el 5.7 % cuentan con piso de madera, mosaico u otro material. Un 95.87% de los hogares cuenta con paredes de ladrillo o block, el 74.38% tiene techo con material de losa y 25.62% cuenta con techo de otro material.

El 21.48% de los hogares se encontró hacinamiento, que comparado con el 39.02% del dato reportado en el censo de población y vivienda 2005, se observa que en Calera chica se tiene un menor nivel de hacinamiento, respecto al municipio.

El 67.23 % de los encuestados refirieron contar con agua al interior de su vivienda. El 73.63 % de la población está conectada a la red municipal de suministro de agua, 17.65 % obtiene agua de pozo y el 65% almacena el agua en bidones.

El 91% de las casas cuentan con electricidad. 93.39 % utilizan gas LP para la preparación de alimento, 3.31 % utiliza madera, 2% carbón y 1.30% electricidad.

El 78.51% de las viviendas cuentan con baño conectado al drenaje y el 13.22% conectado a fosa séptica. El 85.95% de los hogares realizan la eliminación de desechos, por medio del camión de basura y el 7.44% la incinera. El 56% de las familias presentan zoonosis, de estos, el 33% refiere tener perros. El 75% de los encuestados identificaron a las fábricas de cal o asfalto como principal factor nocivo para la salud.

➤ ***Daños a la salud existentes***

- **Morbilidad**

Niños de 0-4 años

El 88.46% de las madres de niños menores de cinco años que refirieron haber solicitado un servicio médico para sus hijos, se les diagnosticó alguna Infección Respiratoria Aguda (IRA), lo cual concuerda con el análisis cualitativo que arroja que la morbilidad percibida por IRAs es del 81.6%. A esta patología le siguen en importancia las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDAS) y posteriormente la malnutrición en sus dos extremos, es decir, la desnutrición y la obesidad (ver tabla 2.6).

Tabla 2.6 Causas de morbilidad en los últimos 30 días en niños de 0 a 4 años en la colonia Calera Chica, Diagnóstico de salud 2009

Enfermedad	Porcentaje	Frecuencia
IRAS	88.46%	23
EDAS	11.54%	3
Total	100%	26

Fuente: Diagnóstico de salud, Calera Chica 2009.

En el grupo de niños de 5-9 años las madres refirieron haber solicitado un servicio médico en los últimos 30 días, donde se les diagnosticó a las IRAS como causantes del 82.61% de la morbilidad, lo cual no concuerda con el análisis cuantitativo que arroja el 65%. El análisis cualitativo muestra en segundo lugar de importancia como causa de morbilidad a los problemas relacionados con la malnutrición y no a las EDAS.

En cuanto a los adolescentes, la principal causa de consulta fueron las IRAs (78.6%) y las infecciones de vías urinarias (14.3%). En el grupo de mujeres adultas, figuró como primer causa de consulta las enfermedades gastrointestinales no infecciosas, como gastritis o enfermedad péptica (19.4%) y posteriormente las IRAs (7.89%). Del grupo de los hombres adultos, el 42.86% refirió que la causa más frecuente de consulta fue la Diabetes, posteriormente la Hipertensión arterial, seguida de las IRAS, sin embargo, el análisis cualitativo mostró que la primer causa de morbilidad fueron las IRAS y posteriormente el alcoholismo y drogadicción.

El 67.74% de los adultos mayores, refirió haber padecido alguna enfermedad en los últimos 30 días, de estas enfermedades las que se presentaron con mayor frecuencia fueron las crónicas degenerativas, principalmente hipertensión arterial (12.9%) y diabetes mellitus (9.7%) y posterior a estas, la obesidad (6.45%). En el análisis cualitativo, la causa de mayor morbilidad percibida fueron las enfermedades osteoarticulares degenerativas (artritis y osteoporosis principalmente), posterior a estas se presentaron las IRAS y la hipertensión arterial como tercer causa.

➤ **Factores de riesgo para la salud**

Para fines de este estudio, se consideraron factores de riesgo a la violencia, la malnutrición (incluyendo falta de lactancia materna), el consumo de tabaco y alcohol, y el inicio temprano de la vida sexual con falta de utilización de métodos anticonceptivos.

Para indagación sobre violencia, se encuestó a mujeres adultas y adultos mayores. El 6.94% de las mujeres reportaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia, mientras que los adultos mayores de 60 años y más no reportaron haber sufrido ninguna agresión o maltrato

El 45.85% de la población se encontró dentro del estado nutricional normal, tomando en cuenta a su grupo de edad, el peso, la talla y el índice de masa corporal. El 48.91% se encontró en estado de sobrepeso y obesidad y un mínimo porcentaje (5.24%) se encontró con desnutrición.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida se considera como un factor protector para la prevención de enfermedades infecciosas por medio del paso de anticuerpos específicos de la madre al lactante menor.¹¹ Otra bondad de la lactancia materna exclusiva es que previene la obesidad infantil ya que las proporciones de nutrientes son las adecuadas para producir saciedad en el lactante una vez que se ha proveído de los requerimientos necesarios. De aquí la importancia de conocer el apego a la lactancia materna en una población. Se considera lactancia materna exclusiva cuando no se han introducido otros alimentos en la dieta del lactante, es decir, cuando aún no se ha comenzado la ablactación, la cual se recomienda comenzar entre los cuatro y los seis meses de edad.¹² Para este estudio se ha tomado como lactancia materna a aquella que se ha brindado al bebé durante los primeros cuatro meses de vida. _Se encontró que el 90.91% de los niños de 0 a 4

años fueron alimentados con lactancia exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida.

En cuanto al consumo de tabaco, los hombres adultos son quienes más lo consumen (46.42%), a este le sigue el grupo de adolescente (17.65%). En cuanto a la edad de inicio, la media para adolescentes fue de 14.2 años, es decir, menor a la de los adultos (16.2 para hombres y 19.8 para mujeres). El análisis cualitativo mostró que el 62.1% de los adolescentes relaciona el tabaquismo con algún problema de salud, entre los más importantes se mencionan el cáncer y los problemas pulmonares, en tanto que menos de la mitad de los hombres adultos tienen la misma percepción (48.4%).

El consumo de alcohol es más frecuente en hombres adultos y en adolescentes (64.3% y 42.4%), por el contrario, las mujeres adultas y los adultos mayores son los grupos que reportan menos consumo de alcohol, aunque se considera alto (una de cada cuatro mujeres aproximadamente: 25.7% y el 16% de los adultos mayores). En el análisis cualitativo el 22.3% de los adolescentes relacionan el alcoholismo con problemas de salud y el 22.3% con problemas sociales (familiares, escolares o de convivencia con amistades). En contraste, los hombres adultos relacionan el alcoholismo con alguna enfermedad (cirrosis, nerviosismo, pérdida de la memoria) en un 25.5% y con problemas sociales y familiares en el 51%.

La edad media para el inicio del consumo de bebidas alcohólicas para los adolescentes en Calera Chica fue de 13.4 años, lo que muestra también el inicio cada vez más temprano en el hábito de consumo ya que los hombres adultos muestran una media de 18.7 años, las mujeres 22.5 años y los adultos mayores 23.6 años.

Respecto a la salud sexual y reproductiva, se encontró que los adolescentes inician su vida sexual activa alrededor de los 15 años con 9 meses, con una desviación estándar de 1.2 años. Durante la primera relación sexual, el 58% de los adolescentes reportaron el no uso de preservativo, esto explica la presencia de embarazo en

adolescentes, con una media de edad a los 15.6 años. De estos embarazos, se reporta un promedio de 6 consultas de control prenatal.

➤ **Recursos y servicios disponibles para atender las necesidades de salud.**

- **Recursos**

La colonia Calera Chica cuenta con un centro de salud, dependiente de la Jurisdicción sanitaria 1, de los servicios de Salud del Estado de Morelos, el cual está ubicado en la calle 20 de Noviembre s/n. Cuenta con una sala de espera, una área de vacunas y curaciones, un consultorio médico, área de citología, una farmacia y una pequeña área de CEYE (Central de equipos y esterilización).

En esta unidad de salud laboran: un médico pasante, una pasante de enfermería, una enfermera de base y un promotor de salud visitador. Son apoyados por un comité municipal de salud, el cual está integrado por voluntarios electos por la población, para la planeación y realización de actividades, coordinadas por el centro de salud. El horario de atención del centro de salud para consulta externa es de 8:00 hrs. a 14:00 hrs. y de 16:00 hrs. a 18:00 hrs. de lunes a viernes y de 8:00 hrs. a 14:00 hrs. los sábados.

La colonia Calera Chica no tiene unidades médicas de segundo nivel, por lo que sus habitantes en caso de requerir algún servicio hospitalario tienen que acudir a Jiutepec, a Emiliano Zapata o a Cuernavaca para su atención. Dentro de la colonia hay dos dispensarios médicos, dos consultorios privados, dos farmacias y un laboratorio de análisis clínicos, ambos ubicados en la avenida Emiliano Zapata. Se cuenta con un grupo de alcohólicos anónimos “Grupo Calera Chica AA”, ubicado también en avenida Emiliano Zapata.¹³

- **Cobertura**

En las siguientes tablas se muestran los servicios principales que se brindan en el centro de salud urbano de Calera Chica, perteneciente a los servicios de salud de Morelos.

Tabla 2.7 . Unidad Médica Calera Chica

CLUES	MSSSA000932
Municipio	Jiutepec

Tabla 2.8 Población de cobertura

Población total	5306
Población no asegurada	3084
Nº de familias de seguro popular	394
Nº de Familias de oportunidades	211

Tabla 2.9 Desempeño de la atención médica

Total de consultas	2007	2008
Consulta médica	2574	3614
Promedio mensual	234	228
Promedio diario	12	11
Consulta odontológica	0	0
Pacientes de 1era vez en consulta externa	607	1007
Total de consultas de seguro popular	457	993
Hipertensión en control	43	41
Diabéticos en control	23	19
Consultas no médicas	835	1111

Tabla 2.10 Consultas de salud reproductiva

Mujeres en edad fértil	2007	2008
Usuaris activas de PF		511
Consultas a embarazadas	237	219
Consultas a embarazadas 1ª vez	98	184
Promedio de consultas por embarazadas	2.42	2.7
Partos atendido	0	0

Fuente: Diagnóstico del Centro de Salud de Calera Chica 2008

➤ **Servicios**

✓ **Utilización**

Para fines de este diagnóstico, los servicios de salud se analizaron conforme a la utilización, accesibilidad y calidad. A continuación, en la tabla 2.11, se plasman los resultados en cuanto a la utilización por grupos etarios, tomando en cuenta a los individuos encuestados que refirieron haber cursado con alguna enfermedad dentro de los últimos 30 días anteriores del recabo de la información:

Grupo de edad	Niños de 0-4	Niños de 5-9	Adolescentes de 10-19	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 años y más
Lugar de atención	n=28 (%)	n=23 (%)	n=14 (%)	n=36 (%)	n=11 (%)	n=24 (%)
Centro de salud	7(25.0)	3(13.04)	4(28.57)	2(5.56)	1(9.09)	5(20.83)
Hospital de salubridad	2(7.14)	---	---	1(2.78)	---	1(4.17)
Clínica u hospital del IMSS	4(14.29)	1(4.35)	1(7.14)	7(19.44)	1(9.09)	9(37.50)
Clínica u hospital del ISSSTE	1(3.57)	1(4.35)	---	1(2.78)	1(9.09)	2(8.33)
Médico privado	12(42.86)	12(52.17)	4(28.57)	20(55.55)	5(45.45)	6(25.0)
Médico tradicional	1(3.57)	1(4.35)	---	---	---	---
Automedicación	1(3.57)	2(8.70)	1(7.14)	2(5.56)	1(9.09)	---
No se atendió	---	3(13.04)	4(28.57)	3(8.33)	2(18.18)	1(4.17)

Fuente: Diagnóstico de Salud, Calera Chica 2009.

Se observó que el mayor porcentaje de utilización lo tienen los servicios privados, no forzosamente en establecimientos dentro de la colonia Calera Chica y el grupo que

más hace uso de estos servicios es el de mujeres adultas de 20 a 59 años, seguido de este servicio se encuentra el centro de salud urbano de Calera Chica y posteriormente los servicios del IMSS en Jiutepec y/o en Cuernavaca. Los servicios de medicina tradicional fueron los menos utilizados. Se notó que la práctica de la administración de medicamentos por recomendación del farmacéutico no es tan frecuente, sin embargo, las mujeres son las que más lo refieren.

La falta de utilización de los servicios es más notoria en el grupo de adolescentes. Respecto a las causas de no utilización, se observó en el análisis cualitativo que la principal causa por la cual no se utiliza un servicio de salud es la baja percepción de riesgo, pues los entrevistados refieren que *“por problemas como una gripe, diarrea o dolor de cabeza no van al médico”*, como causas menos frecuentes se mencionan la desconfianza en los servicios de salud o las barreras organizacionales derivadas de la disponibilidad de los horarios o los tiempos prolongados para obtener una ficha en el centro de salud.

La utilización de la consulta médica para la detección de enfermedades específicas es un indicador útil para conocer el efecto de la promoción de la salud en grupos poblacionales, tal es el caso de las mujeres que acuden a un servicio de salud para realizarse el Papanicolaou o la exploración de mama, o los hombres que acuden a realizarse pruebas de detección temprana para enfermedades prostáticas.

El 37.83% de las mujeres en edad fértil habían acudido durante los últimos 12 meses a realizarse detección de cáncer cérvicouterino por medio del Papanicolaou, el 28.37% acudió a realizarse exploración de mama y el 16.21% Papanicolaou y exploración de mama durante la misma consulta. De las mujeres que no acudieron a realizarse exámenes de detección oportuna refirieron que la causa principal fue por desinterés (47.5%), por desconfianza en el médico o la enfermera (22.5%), por barreras organizacionales del servicio de salud como no contar con espejos estériles suficientes o no alcanzar ficha. El 12.5% de las mujeres refirió falta de tiempo para acudir al centro de salud y sólo el 5% no respondió la causa. Respecto a la detección

de antígeno prostático, sólo se encontraron 2 casos, representando el 6.89% de la población de hombres adultos encuestados.

✓ Accesibilidad

Para obtener datos respecto a la accesibilidad de los servicios de salud, se dividió a la accesibilidad conforme a sus barreras, es decir, la geográfica, la financiera, la cultural y la organizacional. Los resultados obtenidos están plasmados en la tabla 2.12, a continuación:

Tabla 2.12. Accesibilidad de los servicios de salud por grupo de edad en la colonia Calera Chica, Diagnóstico de salud 2009

Tipo de barrera de accesibilidad	Niños de 0-4 años n=21 (%)	Niños de 5 a 9 años n=18 (%)	Adolescentes de 10 a 19 años n=10 (%)	Mujeres adultas de 20 a 59 años n=31 (%)	Hombres de adultos de 20 a 59 años n=9 (%)	Adultos mayores de 60 años y más. n=26 (%)
Geográfica	---	---	---	---	---	---
Financiera	---	---	---	4 (12.9)	---	---
Cultural	1 (4.76)	---	---	2 (6.45)	---	---
Organizacional	5 (23.8)	---	1 (10)	2 (6.45)	---	2 (7.69)

Fuente: Diagnóstico de Salud, Calera Chica 2009.

✓ Calidad percibida.

Para fines de este estudio, se analizó la calidad de la atención por medio un análisis de percepción, indagando respecto al servicio recibido durante la última consulta médica, calificándola como mala, regular, buena y excelente y por medio del análisis cualitativo se buscó profundizar en los criterios utilizados por la población entrevistada. El análisis cuantitativo muestra los siguientes resultados (tabla 2.13):

Tabla 2.13. Percepción de la calidad en los servicios de salud por grupo de edad en la colonia Calera Chica, Diagnóstico de salud 2009

	Niños de 0 a 4 años	Niños de 5 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 años y más
	n=22 (%)	n=14 (%)	n=7 (%)	n=33 (%)	n=9 (%)	n=24 (%)
Excelente	2(9.09)	3(21.43)	1(14.29)	3(9.09)	2(22.22)	4(16.67)
Bueno	14(63.64)	8(57.14)	4(57.14)	19(57.58)	4(44.44)	15(62.50)
Regular	3(13.64)	3(21.43)	2(28.57)	7(21.21)	3(33.33)	3(12.50)
Malo	3(13.64)	---	---	4(12.12)	---	2(8.33)

Fuente: Diagnóstico de Salud, Calera Chica 2009.

En general, la percepción de la calidad por parte de la población, es buena y los criterios por los cuales la califican son relacionados al trato amable del personal de salud, secundariamente a la indicación y entrega de medicamentos, así como a la solicitud de estudios, después figuran la atención rápida y la exploración completa, finalmente figuran la mejora en el estado de salud y la explicación por parte del médico.

Tabla 2.14. Percepción de la calidad en los servicios de salud por grupo de edad en la colonia Calera Chica, Diagnóstico de salud 2009

	Niños de 0 a 4 años	Niños de 5 a 10 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 años y más
	n=21 (%)	n=17 (%)	n=7 (%)	n=31 (%)	n=9 (%)	n=26 (%)
Amabilidad	16.6	37.5	60	38.4	66.0	34.3
Explicación	---	8.3	---	2.32	1.6	---
Exploración completa utilizando su expediente	13.4	20.8	---	2.32	---	20.0

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

Atención rápida	10.0	8.3	20.0	16.27		2.9
Le dieron medicamento o le indicaron estudios	20.0	12.5	10.0	23.25	8.3	2.9
Modificación en el estado de salud	20.0	8.3	---	2.32	8.3	---
No responde	---	4.1	---	---	---	---

Fuente: Diagnóstico de Salud, Calera Chica 2009.

2.2.3 Priorización

De acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas, se seleccionaron los 9 problemas con mayor frecuencia dentro de la población de Calera Chica, siendo: IRAS, enfermedad gastrointestinal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, EDAS, IVU, reumatismo, intoxicación por picadura de alacrán y obesidad.

Para la determinación de prioridades se siguió el método de Hanlon, el cual consiste en evaluar cada problema mediante puntajes de los cuatro criterios establecidos: magnitud, severidad, eficacia y factibilidad, para finalmente aplicar la fórmula matemática que arroja el resultado sobre el o los problemas prioritarios. Se realizó un consenso por parte del equipo de trabajo de campo.

1.- **Magnitud.** Número de personas afectadas por el problema.

Puntaje	0	2	4	6	8	10
Magnitud	.000005	.00005	.0005 a	.005 a	.05 a .49	De .5 a
X1000	a	a	.0049	.049		4.9
	.000049	.00049				

2.- **Severidad.** Algunas preguntas que ayudaron a evaluar la severidad del problema fueron: ¿es considerado grave el problema?, ¿es causa de muertes prematuras

ocasionados o pérdida de años de vida potenciales?, ¿cuál es la importancia de la incapacidad temporal o permanente que le está asociada? ¿Existe pérdida de autonomía, perturbación del desarrollo del individuo, desorganización familiar o carga social?, ¿existe peligro para la salud y la seguridad de otros miembros de la comunidad?, ¿existen riesgos ecológicos y ambientales asociados al problema?, ¿Es este problema más importante en ciertos grupos? ¿Cuáles son los costos y el tiempo asociado al tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por el problema?

Puntaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
severidad	Muy poco severo									Muy severo

3.- **Eficacia.**- valorar si los problemas son fáciles o difíciles de solucionar (intervenir)

Puntaje	.5	1	1.5
eficacia	difícil		fácil

4.- **Factibilidad.** Factores que permiten determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables.

Factibilidad	Pertinencia ¿Qué tan conveniente es actuar? P	Factibilidad económica E	Disponibilidad de recursos R	Legalidad L	Aceptabilidad A
Si (0)					
No (1)					

La determinación de prioridades se llevó a cabo por parte del equipo de trabajo, creando consenso frente a los diversos elementos del método, asignando valores en las evaluaciones, para finalmente llegar al siguiente resultado:

Problemas	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Prioridad
	A	B	C	D	(A+B) C x D
IRAS	8	7	1.25	1	18.75
Enfermedad gastrointestinal crónica	4	5	.87	0	0
Diabetes mellitus	4	7	.75	1	8.25
Hipertensión arterial	6	6	.75	0	0
EDAS	6	5	1.15	1	12.65
IVU	2	3	.87	0	0
Reumatismo	4	6	.75	0	0
Intoxicación por picadura de alacrán	2	4	.75	0	0
Obesidad	8	5	1.15	1	14.95

Finalmente, eliminando los problemas que dieron resultado 0, tras aplicar la fórmula, quedan los tres problemas de salud posibles a intervenir, de acuerdo al análisis de priorización:

Resultado de la priorización	
IRAS	18.75
Obesidad	14.95
EDAS	12.65

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

De acuerdo a la priorización se entiende que el problema principal a intervenir son las infecciones respiratorias agudas. El grupo de edad que ha reportado mayor problemática es el de menores de cinco años de edad, ya que es la edad en que se presenta con mayor frecuencia y cuya magnitud puede ser de mayor complicación, por lo cual se da paso al siguiente proyecto de intervención.

3. PROPUESTA DE INTERVENCION

Capacitar al personal del centro de salud respecto a la utilización de una guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas, y a los padres de familia (padres y madres) de menores de 5 años, respecto al proceso de atención específico, homogeneizando los criterios de los proveedores de salud así como de los utilizadores del servicio del centro de salud de la Colonia Calera Chica.

Esto mediante una intervención educativa a través de talleres prácticos y la utilización visual del flujograma recomendado por la Norma Oficial Mexicana 031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, en su apartado 8, sobre la Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y operacionalizado en la guía de atención clínica recomendada.¹⁴

3.1 Productos esperados

- Personal de salud capacitado en la aplicación de la NOM 031 por medio de la guía clínica de atención de IRAS para niños menores de cinco años.
- Padres de familia capacitados sobre el proceso de atención especificado en la guía clínica de atención de IRAS.
- Expedientes clínicos y notas de atención médica que reflejen la aplicación de la guía clínica de atención de IRAS.

3.2 Relación con otros proyectos, programas, planes y políticas.

- **SICALIDAD Y CENETEC**

La dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) es un organismo gubernamental, cuya función principal es la rectoría con enfoque integrador y de desarrollo. Conduce la política nacional en materia de calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud, la formación, capacitación y desarrollo del capital humano para la salud, así como la actualización del marco normativo de la atención médica y asistencia social.

Dentro de su organigrama, cuenta con el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), que tiene presencia en las diferentes entidades federativas e incluye proyectos de Calidad percibida, Calidad técnica y seguridad del paciente, Calidad en la gestión de los servicios de salud, Institucionalización de la calidad y Proyectos de apoyo y reconocimiento.

Estos proyectos han logrado notorios avances y dedicación de muchos profesionales de la salud a favor de la calidad y que sin perjuicio de su necesaria innovación forman parte de SICALIDAD.

Dentro del proyecto de Calidad Técnica y Seguridad del Paciente se incluye la siguiente línea:

- Atención Basada en la Evidencia: difusión, capacitación y seguimiento de Guías de Práctica Clínica (ABE-GPC).

El propósito de las Guías de Práctica Clínica es ofrecer información basada en la mejor evidencia disponible acerca de los principales problemas de salud del país, para fortalecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales y contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica.¹⁵

SICALIDAD trabaja conjuntamente con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), el cual es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que depende directamente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

La creación del CENETEC en la Secretaría de Salud, -por Decreto Presidencial, el 19 de enero de 2004- obedece a la necesidad del Sistema Nacional de Salud de México de contar con información sistemática y objetiva de la evaluación, gestión y uso apropiado de las tecnologías para la salud, que brinde datos fiables sobre la efectividad, seguridad, aplicaciones y normatividad en materia de tecnologías para la salud que apoyen la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos.

Una de las estrategias del CENETEC es:

- Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.

Las líneas de acción para esta estrategia incluyen la promoción de la evaluación de tecnologías para la salud y la integración del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.¹⁶

El proyecto de Salud Pública que se presenta en esta intervención comunitaria está fundamentado en las líneas de acción nacionales, propuestas por SICALIDAD y CENETEC, ya que se trata de la promoción para el conocimiento y la utilización de una guía de práctica clínica, aprobada y que además está sustentada en la normatividad. A continuación se hace mención de los documentos principales que respaldan esta intervención:

- Manual de procedimientos técnicos para la atención del niño con IRAS. Secretaría de Salud 2006.
- Boletín de práctica médica efectiva, efectividad clínica en la IRAS en menores de 5 años. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Apartado 8, sobre la Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.¹⁷

- Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en pacientes de 3 meses a 18 años. Catálogo maestro de guías clínicas CENETEC.
- Guía Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas (Guiscafré y Reyes Morales).

3.3 Imagen objetivo

El personal del centro de salud podrá aplicar la guía clínica de IRAS para la mejora en el proceso de atención al paciente y los padres de familia conocerán los procedimientos básicos en el proceso de atención idóneo, para hacer uso adecuado y oportuno de los servicios de salud y evitar complicaciones.

4. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Durante los años 2006 al 2008 se reportó que la primera causa de consulta por morbilidad fueron las IRAS en el centro de salud de la Colonia Calera Chica. Se presentaron 813 consultas en 2006 y 333 consultas en 2008, según las hojas de atención diaria de dicho centro de salud.¹⁸

Los datos obtenidos a partir del diagnóstico de salud comunitario en Calera Chica 2009, realizado por un estudio de campo del Instituto Nacional de Salud Pública refieren que según el análisis de priorización (por medio del método de Hanlon) el problema de salud más importante y con mayor factibilidad para incidir es la Infección Respiratoria Aguda, sobre todo, en niños menores de cinco años de edad.¹⁹

De aquí la importancia de la participación de los familiares (sobre todo de los padres de familia) durante el desarrollo de las IRAS y en el proceso de atención médica, desde el momento en que se inicia el episodio de la infección. Esta participación debe estar basada en decisiones acertadas respecto al correcto manejo del padecimiento y con ellos evitar las complicaciones e incluso la muerte. Para este fin, la participación del personal de salud es de suma importancia ya que todo contacto con los servicios de salud debe ser aprovechada.

Respecto a los profesionales de la salud pública, es necesario participar en generación de acciones que incrementen o afiancen el conocimiento sobre las IRAS a la población, pues por medio de estas acciones es posible aplicar la prevención en cada uno de sus niveles (promoción, prevención primaria, limitación del daño, rehabilitación). Si la población tomase las respectivas medidas sobre el riesgo podría hacer uso de los servicios de salud de manera oportuna y correcta, con esto mejorarían los procesos de atención e incluso la calidad percibida y por consecuencia, la salud.

La utilización adecuada de la guía clínica de atención de IRAS por parte del personal de salud aunado al conocimiento de los padres de familia sobre el manejo estipulado en dicha guía puede mejorar el proceso de salud-enfermedad de los niños ya que los padres estarían conscientes de las razones por las cuales los médicos toman decisiones respecto al seguimiento de los pacientes, al mismo tiempo que los familiares sería participantes para evitar errores comunes en casa y también durante la consulta.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Promover la mejora del proceso de atención de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda por medio de la aplicación de una guía clínica por el personal del centro de salud de Calera Chica y los padres de familia de la comunidad.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar el grado de conocimientos IRAS (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) previo a la intervención de los padres de familia y del personal de salud respecto a la guía clínica de atención de IRAS y su reflejo en la atención médica por medio del expediente clínico.
- Aplicar herramientas y técnicas educativas al personal de salud y a los padres de familia sobre el proceso de atención especificado en la guía clínica de atención de IRAS.

- Elaborar y difundir la guía clínica de atención de IRAS adaptada a la población.
- Evaluar los cambios en el conocimiento del personal de salud y de la población participante respecto a la guía de atención clínica.

5.3 Producto esperado

Se espera que al final de dicha intervención el personal de salud y los padres de familia sean capaces de aplicar la guía clínica de atención de IRAS conforme a su responsabilidad, en el centro de salud y en el hogar respectivamente, lo cual influiría en la mejora del proceso de atención dentro y fuera del servicio de salud.

5.4 Objetivos y metas de la intervención educativa

A continuación se describen los apartados de la guía clínica de atención de IRAS. Cada apartado fue considerado como un objetivo específico durante la intervención educativa:

- Incrementar el conocimiento sobre el proceso de atención de las IRAs en niños menores de 5 años.
 - Definición de IRAs
 - Clasificación de IRAs
 - Componentes de la consulta médica completa (proceso de atención durante la consulta médica: evaluación clínica, clasificación, identificación de factores de mal pronóstico, consideraciones sobre el seguimiento del plan A, B o C,

consideraciones sobre los errores más frecuentes durante la consulta, recomendaciones finales brindadas por el personal de salud).

META: Incrementar al 50% el conocimiento sobre el proceso de atención a IRAs en niños menores de 5 años, en el personal de salud y en los padres de familia.

- Incrementar el conocimiento sobre la terapéutica recomendada según la NOM y la guía clínica para la atención de las IRAs en niños menores de 5 años.
 - Terapéutica por diagnóstico específico (rinofaringitis, laringitis, laringotraqueítis, bronquitis, faringoamigdalitis, otitis, sinusitis).
 - Identificación de los factores de mal pronóstico.
 - Identificación de signos tempranos de neumonía (datos de dificultad respiratoria)

META: Incrementar al 50% los indicadores sobre el conocimiento de la terapéutica recomendada por la NOM y guía clínica de IRAs.

- Incrementar el conocimiento sobre las medidas de prevención de las IRAs
 - Identificación y control de factores predisponentes.
 - Educación para la salud.

META: Incrementar al 50% el conocimiento de medidas de prevención de las IRAs.

METAS DEL OBJETIVO GENERAL (global):

- *Aumentar en un 50% el conocimiento de los padres de familia y del personal de salud sobre la atención de las IRAS conforme a la guía clínica y la NOM 031.*

5.5 Estrategias para el cumplimiento de los objetivos y metas

- Revisión de expedientes clínicos durante la 3ª semana de Enero 2010 (los expedientes correspondientes a los meses de octubre a diciembre 2009 a la 2ª semana de Enero 2010) y aplicación de encuesta y entrevista sobre conocimiento y percepción de IRAS al personal de salud y a los padres de familia.
- Realización de cuatro talleres educativos con el personal de salud y padres de familia de menores de cinco años mediante la presentación de la guía clínica de atención de IRAS y de casos clínicos simulados.
- Recopilación de percepciones del auto aprendizaje de los padres de familia por medio de la lluvia de ideas.
- Distribución de la guía clínica de atención de IRAS adaptada para los padres de familia (una sección por cada taller) y aplicación de pos test al término de cada taller.
- Distribución del flujograma del proceso de atención recomendado en la NOM 031 y la guía clínica al personal de salud.

5.6 Duración, vigencia y área geográfica del proyecto

- Área geográfica: Colonia Calera Chica, Jiutepec, Morelos.
- Tiempo: octubre del 2009 a Marzo 2010.

3.1 MARCO TEÓRICO

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS), son causadas en su mayor porcentaje por virus, aunque se calcula que del 10% al 50% son causadas por bacterias dependiendo la edad del paciente (entre las bacterias más frecuentes está el Neumococo, Haemofilus influenzae y Estafilococo). El mecanismo de diseminación es el contacto directo con personas enfermas o por medio de fómites y la mayoría de estas infecciones son auto limitadas si se siguen las indicaciones médicas y de auto cuidado, de lo contrario, se

pueden desarrollar complicaciones graves. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de tos, secreción nasal, dolor y enrojecimiento de la garganta, otitis, disnea, artralgias, mialgias entre otros signos y síntomas.²⁰ La definición operativa de infección respiratoria aguda (IRA) es la siguiente:

*“Tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución, acompañada de síndrome infeccioso (ataque al estado general y/o fiebre y/o hiporexia)”.*²¹

La complicación más grave de las IRAS es la neumonía (de tipo intersticial en caso viral por influenza), de ahí que, en cuanto a la atención de los enfermos en el hogar, sea importante el reconocimiento de tal complicación, la cual debe ser atendida urgentemente por los servicios de salud, no sin antes, tomar las medidas necesarias para evitar el contagio.

Los signos de alarma que se deben identificar en los procesos respiratorios agudos (incluyendo Influenza y otras IRAS) son:

- Respiración rápida (polipnea)
- Dificultad respiratoria (disnea)
- Dificultad para beber o amamantarse (disfagia)
- Decaimiento del estado general.
- Fiebre de más de 38.5 grados centígrados y persistente.
- Fiebre o hipotermia en niños menores de dos meses.

- Puntos blanquecinos (pus) en las amígdalas o enrojecimiento con erosión.
- Pus en el oído o simplemente dolor de oído (otitis)

Entre los errores más frecuentes cometidos en casa, muchas veces por falta de información o por falta de acceso a los servicios de salud son:

- Administración insuficiente de líquidos
- Suspensión de la lactancia o de la dieta normal.
- Uso de antitusígenos y antihistamínicos.
- Uso de antibióticos y antipiréticos no prescritos por el médico.
- Uso de supositorios para controlar la fiebre en niños menores de 12 meses.
- No identificar signos de alarma.
- No acudir oportunamente a los servicios de salud por minimización en la percepción del riesgo.

A través de análisis de autopsias verbales y de las encuestas realizadas en otras comunidades, se ha identificado que la población en general y los familiares de los enfermos con IRAS, no reconocen oportunamente los signos de alarma por lo que la solicitud de atención médica es tardía, así mismo, la falta de identificación de otros padecimientos añadidos como la otitis media y la faringoamigdalitis purulenta favorece la presencia de complicaciones y secuelas como la hipoacusia, fiebre reumática y meningitis.²²

De los errores más frecuentes practicados por el personal de salud, una vez que el paciente es atendido en la consulta médica, se reconocen los siguientes:²³

- No conocer las normas, protocolos o guías clínicas de atención para la atención de los pacientes con IRAS, incluyendo los lineamientos de triage.
- No contar frecuencia respiratoria.
- No identificar factores de mal pronóstico.
- Uso injustificado de antibióticos, antitusígenos, vasoconstrictores y antihistamínicos
- No capacitar al familiar responsable sobre la identificación de signos de alarma.
- No dar seguimiento al paciente en cuanto a la revaloración médicas en las consultas subsecuentes.

A pesar de que la mayoría de las IRAS son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido a nivel mundial; se ha demostrado un uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, principalmente en las infecciones de vías respiratorias superiores, hecho que favorece la aparición de la resistencia a los mismos, además de ocasionar un gasto elevado e innecesario a los servicios de salud. Por otro lado, la neumonía, que constituye la principal complicación de las IRAs, no se diagnostica ni se trata oportunamente, lo que favorece la mortalidad y comorbilidad elevadas, aun en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud²⁴.

En México, en el año 2004, fallecieron por neumonía 3 500 niños menores de cinco años, para una tasa de 55 por cada 100 mil habitantes de ese grupo etario. En un estudio llevado a cabo en 1990 en 12 907 niños menores de cinco años, muertos por IRAs en todo el país en ese año, se encontró que 70% de las muertes había ocurrido en el hogar, y 60% de estos últimos recibieron atención médica previa al fallecimiento²⁵. Es probable que estos porcentajes sean similares ahora, aunque este dato no ha sido revisado recientemente.

Los datos nacionales, calculan que el 29.2% de las consultas de los servicios de urgencias son por causa de las IRAS y estas mismas representan el 40% de las hospitalizaciones en las salas de pediatría. La ocurrencia de estos padecimientos en la

comunidad es similar durante todo el año, sin embargo se identifica un incremento en los meses de invierno. Hasta el quinquenio pasado, las IRAs eran la segunda causa de defunciones en menores de cinco años, de estos, los menores de 12 meses son los más propensos. El 79% de las defunciones recibieron por lo menos una consulta médica.²⁶

Con la intención de mejorar la calidad de la atención en niños con IRA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985, ha propuesto algunas estrategias. Entre estas, se ubican el uso de las guías de práctica clínica para el tratamiento estandarizado de las IRAs, que se basan en la clasificación clínica del padecimiento y los lineamientos de tratamiento y seguimiento. Las guías están dirigidas al personal de salud médico y no médico y pueden ser utilizadas en las clínicas, o bien, en la comunidad. En el caso de las IRAs, existe información suficiente para establecer los criterios de diagnóstico y tratamiento, lo que facilita el desarrollo y la implementación de guías prácticas para la atención de los casos. Su principal atributo es que deben estar orientadas hacia la toma de decisiones con un abordaje integral.²⁷

Las guías para las prácticas clínicas constituyen un conjunto de normas simples y bien definidas que estipulan los organismos oficiales y que permiten a los proveedores de salud entender el proceso de atención y les ayudan a tomar decisiones sobre la atención médica a prestar. Estas guías abarcan normalmente todos los pasos recomendados que están involucrados en el control de un problema clínico.²⁸

La utilización de las guías está condicionada a su aplicabilidad en la operación. La utilización se podría definir como la traducción del conocimiento científico y de la

evidencia al contexto clínico rutinario. En servicios de salud como los pertenecientes al sector público, las decisiones clínicas de los médicos, además de responder a las condiciones de salud y enfermedad de los pacientes, están influidas en forma determinante por elementos de la estructura de los servicios de salud, tales como la disponibilidad de recursos, la existencia de cuadros básicos de medicamentos, la organización de los servicios, la demanda de atención y el acceso a la tecnología. La implementación de una guía de práctica clínica en un sistema de salud requiere del cumplimiento de los siguientes puntos: ²⁹

1. Estructura: el personal de salud debe estar informado sobre las guías, debe conocerlas y, de forma voluntaria, aceptarlas y adoptarlas. La infraestructura y los insumos necesarios para su utilización deben estar disponibles.

2. Proceso: los procesos de atención deben facilitar su aplicación. Las guías son instrumentos de toma de decisión clínica y reducen la incertidumbre con respecto a lo apropiado de las decisiones y acerca de los resultados esperados. En el ámbito institucional existe una interacción dinámica entre los niveles de atención. Las condiciones clínicas de los pacientes y el resultado que se obtiene con el manejo instituido, determinan este dinamismo, sobre el cual, las guías clínicas, cuando son utilizadas, también tienen un efecto.

3. Resultados: los resultados de los servicios se deben conocer. El efecto de las guías sobre la calidad de la atención, al modificar prácticas clínicas, también afecta los costos de la atención, lo que potencialmente contribuye a un manejo más eficiente de los recursos.

4. Los resultados en salud -efectividad- deben medirse de forma que se conozca el impacto de la guía en los pacientes en quienes se está utilizando.

En el ámbito institucional, las guías clínicas tienen varias aplicaciones en los procesos de atención a la salud que, al conjuntarse, contribuyen a mejorar el desempeño de los servicios.³⁰ Las guías de práctica clínica para la atención de niños con infecciones respiratorias agudas utilizadas en México, tanto en el Instituto Mexicano del Seguro Social como en los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud, están basadas en la mejor evidencia médica y respaldadas por la Norma Oficial Mexicana 031, que se refiere a la atención médica del niño sano, la cual dedica el apartado 8 para orientar las directrices en el proceso de atención al niño menor de 5 años con IRA.³¹

Para el uso generalizado en todo el Sector Salud, se ha propuesto en el Catálogo Maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad.³² Para delimitar las edades de los pacientes, de cero a cinco años, se enfocó el uso de la guía propuesta por Flores HS, Trejo y Pérez, Reyes MH, Pérez CR y Guiscafré GH (2003). La cual fue básica para la construcción de la guía clínica del CENETEC.³³

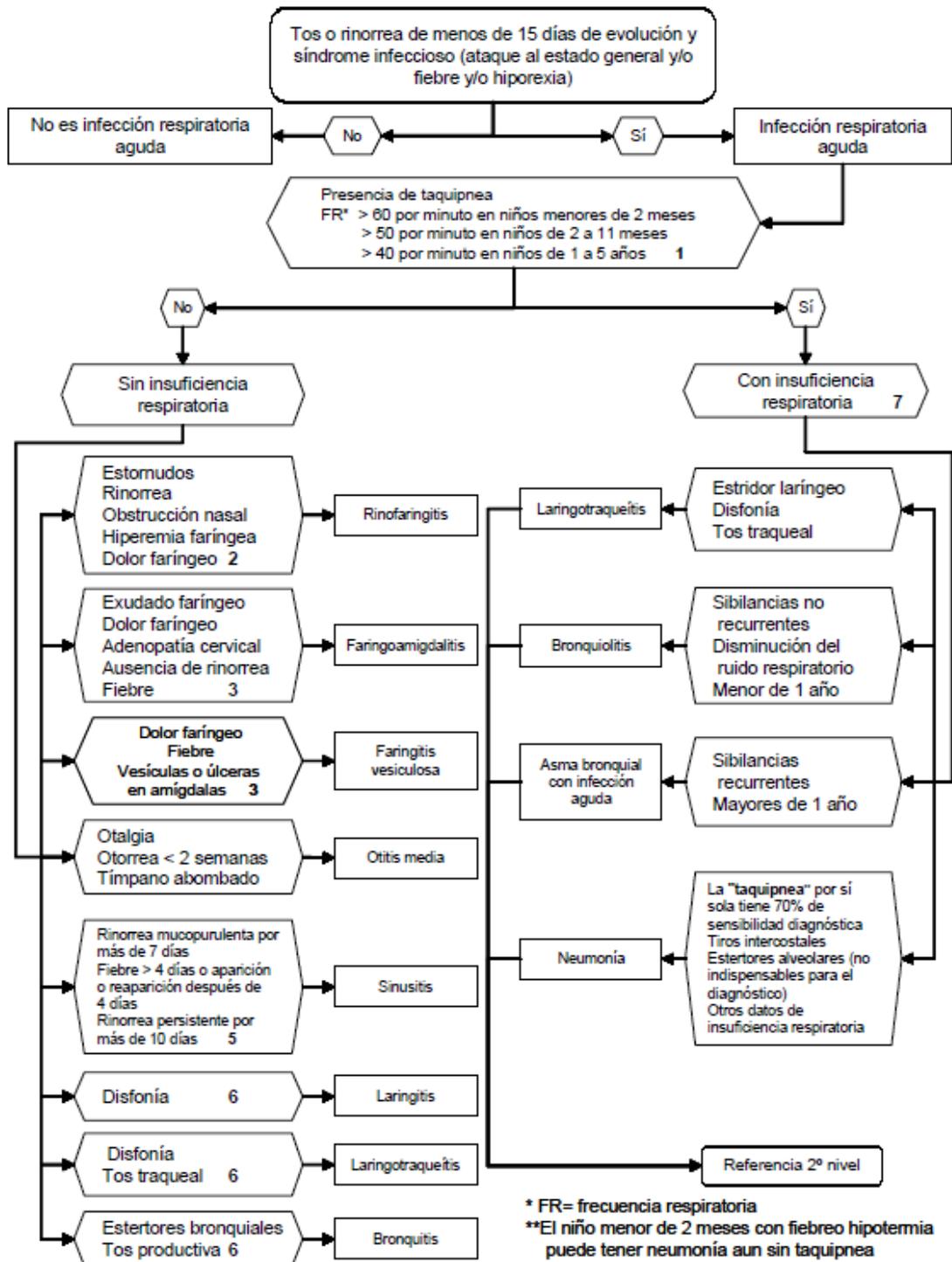
A continuación, se plasman los flujogramas del proceso de atención propuesto por esta guía, y que además de cumplir con los criterios básicos estipulados por la NOM 031, para la atención del niño sano en su apartado de IRAs, cumple con la metodología

recomendada de búsqueda y conformación de la información científica. Dichos flujogramas dividen el proceso de atención en tres fases:

1. Identificación correcta de la infección respiratoria aguda, por medio de los signos, síntomas y exploración completa.
2. Terapéutica recomendada para infecciones respiratorias agudas dependiente de la identificación previa y correcta. Incluye lo que en los programas de servicio social médico se conoce semaforización o plan A, B y C de seguimiento.³⁴
3. Prevención, incluyendo educación para la salud y control de factores predisponentes.

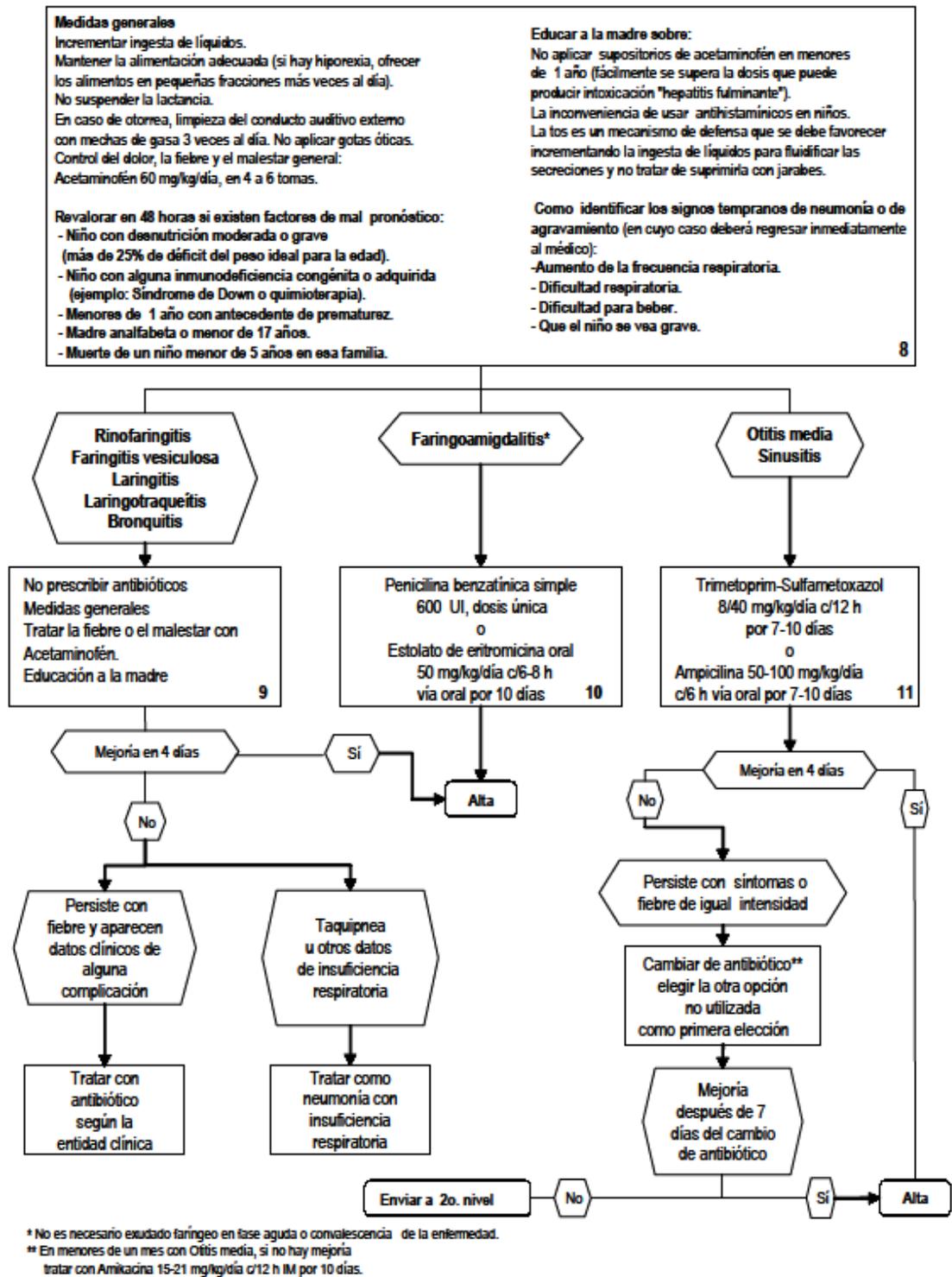
Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

Algoritmo 1. Identificación de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años



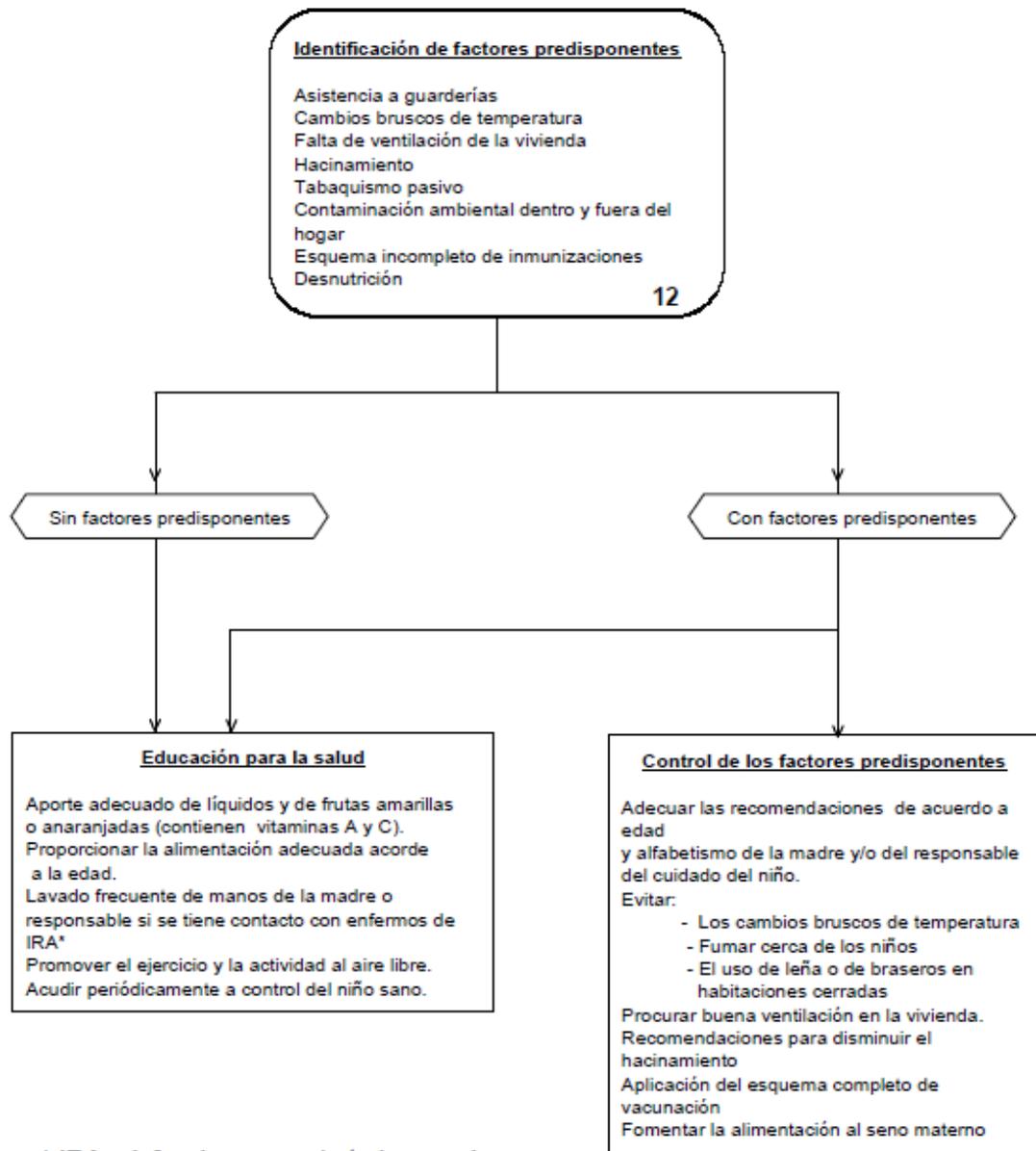
Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

Algoritmo 2. Terapéutica de infecciones respiratorias agudas sin insuficiencia respiratoria en niños menores de 5 años



Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

Algoritmo 3. Prevención de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años



* IRA – Infecciones respiratorias agudas

6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

El lugar donde se llevó a cabo la intervención fue en la Colonia Calera Chica, del Municipio de Jiutepec, Morelos, durante los meses de Octubre del 2009 al Febrero del 2010.

Diseño: Se trata de un estudio cuasi experimental, utilizando metodología cuantitativa y cualitativa.

Universo: Personal del centro de salud de la Colonia Calera Chica, padres de familia de niños menores de 5 años y expedientes clínicos de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de IRAs atendidos en el centro de salud durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2009.

Recolección de la información: Se consideran dos grupos blanco para la intervención, los cuales se mencionan a continuación:

Grupo blanco 1: Tutores, padres o madres de niños menores de 5 años.

Grupo blanco 2: Personal del centro de salud de Calera Chica (médicas pasantes, enfermera de base y enfermera auxiliar)

Para que la intervención llegara al grupo blanco 1 (población) se trabajó con los padres de familia del Centro de Desarrollo Infantil de la colonia (CENDI), a los cuales se presentó mediante talleres educativos (4 talleres, uno diariamente) la adaptación de la guía de atención clínica para IRAs, se aplicó un pre-test sobre los conocimientos previos sobre IRAs y una entrevista semi estructurada sobre la percepción de los padres de familia como participantes en el proceso de atención. Dichos instrumentos fueron aplicados a la hora de entrada al CENDI o en citas programadas y propuestas por las personas interesadas en participar en el estudio, estas se concertaron en el mismo CENDI y en el Centro de Salud. El pos-test se realizó en el centro de salud, por medio de citas programadas de las madres de familia que decidieron participar en el

estudio, aplicándose durante la siguiente semana después del término de la intervención.

Para que la intervención llegara al grupo blanco 2 (personal del centro de salud) se trabajó en las instalaciones del centro de salud aplicando el flujograma de proceso de atención a IRAS obtenido de la guía clínica en cada consulta por causa de IRAs, previo a la intervención educativa se realizó revisión de expedientes clínicos de pacientes menores de cinco años con IRAs, para poder evaluar los conocimientos previos del personal aplicados en el proceso de atención y reflejados en los expedientes. El personal de salud también participó en los talleres educativos para los padres de familia y se brindaron sesiones previas a los talleres diariamente con los contenidos completos de la intervención al personal de enfermería y médico.

Criterios de selección:

- Expedientes clínicos y notas de atención médica de pacientes menores de cinco años, tratados en el centro de salud de Calera Chica con diagnóstico de IRA, atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2009.
- Padres y madres de familia, o cuidadores responsables de niños menores de cinco años interesados en participar en los talleres.
- Personal sanitario del centro de salud de Calera Chica.

Variables y operacionalización: Ya que se trata de un estudio cuasi experimental, las variables dependientes corresponden al conocimiento sobre el proceso de atención que se brinda a los niños menores de 5 años con IRA, y la variable independiente fue la intervención educativa mediante la aplicación de la guía clínica de atención basada en la NOM para la prevención, tratamiento y seguimiento de los niños con IRAS. La aplicación

de dicha guía clínica considera varias actividades incluidas ordenadamente en el proceso de atención, por lo cual, cada actividad se consideró como una variable, a continuación se detallan (se exceptúan los datos y antecedentes personales):

Tabla 7.1. Variables para los padres de niños menores de 5 años y el personal de salud.

OBJETIVOS Y DATOS IMPORTANTES	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN	TIPO
Datos personales	Edad del niño (s)	Tiempo que ha vivido una persona a partir de la fecha de nacimiento.	Proporción de niños correspondientes a grupos de edad especificados.	1. menor de 2 meses. 2. menor de 1 año. 3. menor de 3 años. 4. menor de 5 años.	Cuantitativa Discreta
	Sexo del niño (s)	Condición orgánica, masculina o femenina.	Proporción de pacientes por sexo.	1. masculino 2. femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Tiempo de residencia en Calera Chica (del niño)	Tiempo durante el cual el niño ha permanecido viviendo en la colonia Calera Chica.	Tiempo en meses o años.	1. menos de 1 año. 2. entre 1 y 3 años. 3. entre 3 a 5 años	Cuantitativa Discreta
	Edad de la madre o tutor	Tiempo que ha vivido la madre o tutor a partir de su fecha de nacimiento.	Proporción de madres o tutores correspondientes a grupos de edad específicos.	1. menor de 18 años 2. entre 18 y 30 años 3. entre 30 y 60 años 4. mayor de 60 años.	Cuantitativa Discreta
	Seguro Médico	Tipo de institución la cual le brinda protección en salud.	Régimen de aseguramiento.	1. Seguro Popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. Privado 5. Ninguno	Cualitativa Nominal Politómica
Antecedentes personales	Antecedentes de enfermedades o eventos específicos relacionadas con IRAS.	Historia de episodios de eventos patológicos relacionados con IRAS.	Proporción de niños con antecedentes de enfermedades relacionadas con IRAS.	1. Asma 2. dermatitis alérgicas 3. sinusitis o rinitis. 4. Prematurez 5. Lactancia materna menor de 6 meses.	Cualitativa Nominal Politómica
	Factores ambientales	Antecedentes de exposición a factores ambientales contaminantes.	Proporción de niños expuestos a contaminantes ambientales.	1. humo de tabaco. 2. polvo industrial 3. olores industriales 4. agua contaminada	Cualitativa Nominal Politómica

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

Incrementar el conocimiento sobre el proceso de atención de las IRAs en niños menores de 5 años. (conceptos básicos)	Definición de IRAs	Definición conforme a la NOM y guía clínica.	Proporción de padres de familia y personal de salud intervenidos que definen IRAs correctamente.	1. conoce la definición 2. no conoce la definición 3. conoce parcialmente la definición.	Cualitativa Nominal Politémica
	Clasificación de IRAs	Clasificación de IRAs conforme a la NOM y Guía Clínica.	Proporción de padres de familia y personal de salud intervenidos que conocen la clasificación de IRAs.	1. Conoce la clasificación 2. No conoce la clasificación 3. Conoce la clasificación parcialmente.	Cualitativa Nominal Politémica
Incrementar el conocimiento sobre el proceso de atención de las IRAs en niños menores de 5 años (Proceso de atención de los niños con IRAs)	Componentes de la consulta médica completa	Proceso de atención durante la consulta médica: evaluación clínica, clasificación, e identificación de factores de mal pronóstico,	Proporción de padres de familia que conocen cada una de las actividades que componen el proceso de atención del niño con IRAs.	1. Conoce los pasos de la evaluación clínica. 2. Sabe identificar signos de alarma. 3. Reconoce factores de mal pronóstico. 4. Conoce el procedimiento a seguir dependiendo los signos de alarma.	Cualitativa Nominal Politémica
	Conocimientos sobre el seguimiento del plan A, B o C.	Planes de tratamiento y seguimiento establecidos por la NOM y la guía clínica.	Proporción de padres que conocen los planes de seguimiento A, B, C	1. Conoce el plan A, B, C de seguimiento. 2. No conoce el plan A,B,C de seguimiento.	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Errores más frecuentes durante la consulta.	Actividades básicas que se deben tomar en cuenta para la atención de niños con IRAs, según la NOM y la guía clínica.	Proporción de padres y personal de salud que mencionan los errores más frecuentes durante la atención de niños con IRAs en la consulta.	1. Reconoce errores frecuentes por omisión durante la consulta. 2. No reconoce errores frecuentes por omisión durante la consulta.	Cualitativa Nominal Dicotómica
Incrementar el conocimiento sobre la terapéutica recomendada según la NOM y la guía clínica para la atención de las IRAs en niños menores de 5 años.	Terapéutica por diagnóstico específico (rinofaringitis, laringitis, laringotraqueítis, bronquitis, faringoamigdalitis, otitis, sinusitis).	Tratamientos específicos (sintomáticos o antibioticoterapia) dependiendo la clasificación de las IRAs.	Proporción de padres y personal de salud que conoce la terapéutica correcta para los diagnósticos específicos.	1. Conoce terapéutica para las principales IRAs. 2. No conoce terapéutica para las principales IRAs.	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Identificación de los factores de mal pronóstico.	Identificación de factores de mal pronóstico conforme a la NOM y guía clínica	Proporción de padres y personal de salud que identifica factores de mal pronóstico en la historia	1. Identifica factores de mal pronóstico. 2. No identifica factores de mal pronóstico	Cualitativa Nominal Dicotómica

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

			clínica.		
	Identificación de signos tempranos de neumonía (datos de dificultad respiratoria).	Identificación de signos de alarma (datos de dificultad respiratoria para diagnóstico de complicaciones)	Proporción de padres de familia y personal de salud que reconocen signos de alarma.	1. Identifica de 5 a 6 signos de alarma 2. Identifica de 3 a 4 signos de alarma 3. Identifica de 1 a 2 signos de alarma 4. No identifica signos de alarma	Cualitativa Ordinal Politómica
Incrementar el conocimiento sobre las medidas de prevención de las IRAs.	Identificación y control de factores predisponentes.	Identificación de factores predisponentes según la NOM y guía clínica: desnutrición, no lactancia materna, madre menor de 18 años, hacinamiento, crisis convulsivas, Prematurez, muerte de un hermano, mala higiene.	Proporción de padres y personal de salud que identifica los factores predisponentes.	1. Identifica los factores predisponentes. 2. No identifica los factores predisponentes 3. Identifica parcialmente los factores predisponentes	Cualitativa Nominal Politómica
	Educación para la salud.	Conoce las medidas básicas recomendadas para evitar la transmisión y complicaciones de las IRAs.	Proporción de padres y personal de salud que conoce medidas básicas de educación en salud.	1. Conoce medidas básicas de educación para la salud. 2. No conoce medidas básicas de educación para la salud.	Cualitativa Nominal Dicotómica

Tabla 7.2. Variables para la revisión de expedientes clínicos.

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN	TIPO
Evaluación de expedientes clínicos y notas de atención médica con diagnósticos de IRAS de niños menores de 5 años atendidos durante los meses de julio a septiembre del 2009 en el centro de salud de Calera Chica, valorando la aplicación de la guía clínica de atención de IRAs.	Edad del paciente	Tiempo que ha vivido una persona a partir de la fecha de nacimiento.	Proporción de niños correspondientes a grupos de edad especificados.	1. menor de 2 meses. 2. menor de 1 año. 3. menor de 3 años. 4. menor de 5 años.	Cuantitativa Discreta
	Sexo del paciente	Condición orgánica, masculina o femenina.	Proporción de pacientes por sexo.	1. masculino 2. femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indagación sobre presencia o ausencia de factores de riesgo.	Consignación de factores de riesgo en los antecedentes personales patológicos o en no patológicos o en antecedentes perinatales.	Proporción de expedientes donde se consignan datos de presencia o ausencia de factores de riesgo como los siguientes: 1.Desnutrición u obesidad.	1. Si se encuentran datos consignados. 2. No se encuentran datos consignados.	Cualitativa Nominal Politómica

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

			<p>2. Menor de 2 meses de edad.</p> <p>3. Presencia de inmunodeficiencias o enfermedades concomitantes.</p> <p>4. Dificultad para el traslado.</p> <p>5. Prematurez o bajo peso al nacer.</p> <p>6. Muerte de algún otro hermanito o niño familiar cohabitante.</p> <p>7. Hijo de madre menor de 17 años o analfabeta.</p>		
	Antecedentes de exposición a contaminantes ambientales.	Antecedentes de exposición a factores ambientales contaminantes.	Proporción de niños expuestos a contaminantes ambientales.	<p>1. humo de tabaco.</p> <p>2. polvo industrial</p> <p>3. olores industriales</p> <p>4. agua contaminada</p>	Cualitativa Nominal Politómica
	Tiempo de evolución de la IRA	Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas de IRA y la visita médica.	Tiempo en días	<p>1. Menos de 1 día.</p> <p>2. de 1 a 3 días.</p> <p>3. de 3 a 5 días.</p> <p>4. mas de 5 días.</p>	Cuantitativa Discreta
	Presencia de síntomas clínicos de IRA consignados en el padecimiento actual.	Síntomas clínicos de IRA de acuerdo a la definición operativa: Tos o rinorrea y ataque al estado general (síndrome infeccioso o fiebre) no mayor de 15 días.	Proporción de expedientes de niños con síntomas de IRA para los que el proveedor de salud indagó acerca de la presencia de los síntomas conforme a definición operativa.	<p>1. en el padecimiento actual se mencionan los criterios clínicos para IRA.</p> <p>2. en el padecimiento actual no se mencionan los criterios clínicos para IRA</p> <p>Nota: padecimiento actual se refiere al apartado de la historia clínica correspondiente a la narración de la evolución natural de la enfermedad.</p>	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indagación sobre antecedentes patológicos pediátricos (AP).	Antecedentes patológicos pediátricos: Tipo de producto, edad de gestación, lactancia, vacunación, ablactación, desarrollo psicomotor, enfermedades	Proporción de expedientes que cubren los criterios según la NOM referente a la indagación de antecedentes	<p>1. se encuentra con el apartado de AP completo.</p> <p>2. Se encuentra con el apartado de AP incompleto.</p>	Cualitativa Nominal Politómica

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

		exantemáticas y/o frecuentes, etc.	patológicos.	3. el apartado de AP no se menciona.	
Indagación sobre tratamientos previos en casa.	En el padecimiento actual (PA) se indaga sobre tratamientos previos, caseros o indicados.	Proporción de expedientes en los que en el PA se indaga sobre tratamientos previos.	1. Se mencionan tratamientos previos en el PA. 2.No se mencionan tratamientos previos en el PA.	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Toma de Frecuencia Respiratoria (FR)	Efecto de contar el número de respiraciones (ciclos respiratorios) durante un minuto y anotarlo en el expediente clínico.	Proporción de expedientes de niños con síntomas de IRA a los que el proveedor de salud les tomó la frecuencia respiratoria de acuerdo a la norma.	1. La FR está anotada en el expediente. 2. La FR no está anotada en el expediente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Toma de temperatura	Efecto de medir la temperatura corporal y anotarla en el expediente clínico.	Proporción de expedientes de niños con síntomas de IRA a los que el proveedor de salud les tomó y anotó la temperatura corporal en el expediente clínico.	1. La temperatura está anotada en el expediente clínico. 2. La temperatura no está anotada en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Toma de frecuencia cardiaca (FC).	Efecto de contar el número de ciclos cardiacos durante un minuto y anotarlo en el expediente clínico.	Proporción de expedientes clínicos con diagnóstico de IRA que cuentan con anotación de FC	1. La FC está anotada en el expediente. 2. La FC no está anotada en el expediente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Inspección general	Inspección general: Actividad dentro del proceso de atención médica, donde se valora la facies, aspecto de los tegumentos, hidratación, coloración, composición, postura, etc. (parte de la exploración física)	Proporción de expedientes que cuentan con anotaciones respecto a la inspección general.	1. Cuenta con inspección general 2. No cuenta con inspección general. 3. La inspección general está incompleta	Cualitativa Nominal Politómica	
Inspección de cavidad bucal (faringe y amígdalas) y descripción.	Inspección de cavidad oral y faríngea en busca intencionada de datos de IRA.	Proporción de expedientes que cuentan con anotación respecto a la inspección de cavidad oronasal y nasofaríngea.	1. Cuenta con inspección 2. No cuenta con inspección	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Inspección de ambos oídos	Inspección del conducto auditivo (ambos oídos)	Proporción de expedientes que refieren inspección de ambos oídos.	1. Cuenta con inspección 2.No cuenta con inspección	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Palpación de ganglios linfáticos	Inspección de cadenas ganglionares: retro auriculares, submaxilares y axilares.	Proporción de expedientes que refieren exploración de ganglios.	1. Cuenta con inspección. 2. No cuenta con inspección.	Cualitativa Nominal Dicotómica	
Detección de signos	Observación de	Proporción de	1. Refieren	Cualitativa	

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

	de alarma (signos de dificultad respiratoria)	presencia o no de signos de alarma: taquipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales, aleteo nasal, cianosis, disociación toraco-abdominal y su anotación en el expediente clínico.	expedientes que refieren la búsqueda intencionada de signos de alarma de complicaciones.	presencia o ausencia de signos de alarma. 2. No refieren presencia o ausencia de signos de alarma.	Nominal Dicotómica
	Auscultación pulmonar	Actividad dentro de la exploración física en la que se auscultan los pulmones por medio del estetoscopio y se valora la función pulmonar.	Proporción de expedientes que refieren auscultación pulmonar.	1. Refiere auscultación 2. No refiere auscultación	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indicación de tratamiento antibiótico.	Acción de indicar tratamiento antibiótico	Proporción de niños sin datos que ameritaran antibioterapia según la guía clínica y a los cuales se les indicó antibiótico	1. Se indicó tratamiento antibiótico justificado 2. se indicó tratamiento antibiótico justificado.	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indicación de uso de antitusígenos.	Acción de indicar tratamiento con fármacos antitusígenos	Proporción de niños en los que se indicó tratamiento antitusígeno	1. Se indicó tratamiento antitusígeno 2. No se indicó tratamiento antitusígeno	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indicación de uso de antihistamínicos.	Acción de indicar tratamiento con fármacos antihistamínicos.	Proporción de niños en los que se indicó tratamiento antihistamínico.	1. Se indicó tratamiento antihistamínico. 2. No se indicó tratamiento antihistamínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Indicación de uso de antipiréticos anales.	Acción de indicar tratamiento con supositorios anales	Proporción de niños en los que se indicaron supositorios anales	1. Se indicó tratamiento antitusígeno 2. No se indicó tratamiento antitusígeno	Cualitativa Nominal Dicotómica
	Derivación al segundo nivel de atención.	Acción de referir a un hospital de segundo nivel de atención justificadamente.	Proporción de expedientes en los que se encuentra la referencia de envío a un hospital de segundo nivel.	1. Se encuentra referencia. 2. no se encuentra referencia. 3. la referencia está injustificada 4. Necesitaba referencia y no se realizó.	Cualitativa Nominal Politómica
	Indicación de seguimiento en 48 hrs.	Acción de indicar visita de control en 48 hrs según la NOM y la guía clínica.	Proporción de expedientes que refieren haber indicado visita de revisión en 48 hrs.	1. Se indicó visita en 48 hrs. 2. No se indicó visita en 48 hrs.	Cualitativa Nominal Dicotómica

Plan de recolección

Se aplicó un cuestionario (formato de llenado) para los expedientes clínicos que reunieron los criterios de inclusión ya mencionados, se consideraron en este, 23 reactivos que corresponden a cada variable (ver tabla). Para obtener los datos cuantitativos el instrumento que se utilizó fue una encuesta sobre conocimientos respecto a las IRAs y el proceso de atención indicado en la guía clínica y la NOM. Dicha encuesta se aplicó una semana previa al comienzo taller (pretest) por medio del investigador de campo, este mismo instrumento se aplicó una semana posterior a la intervención, para evaluar el conocimiento adquirido (pos test). Para el diseño cualitativo, se incluyeron 12 preguntas estructuradas, cada una de ellas fue contestada de forma abierta y categorizada posteriormente en una matriz de análisis. Para definir las respuestas correctas se corroboró con lo indicado en la NOM 031 y la guía clínica. Cada pregunta corresponde a los apartados educativos durante la intervención. Las preguntas incluidas en el cuestionario para padres son las mismas que en el cuestionario para personal de salud pero con terminología adaptada al lenguaje médico, esto con la finalidad de homogeneizar los criterios. Se aplicó al final de la intervención una corta entrevista estructurada, con preguntas básicas sobre percepción de la participación familiar en el proceso de atención de salud y un formato de llenado para la evaluación de los talleres. Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección, se realizó una prueba piloto con madres de familia y personal de salud no relacionado a Calera Chica, así mismo se evaluaron expedientes clínicos del centro de salud, que fueron luego

excluidos de la muestra por causa del período de tiempo. Con base en los resultados obtenidos se realizaron los ajustes necesarios antes de su aplicación definitiva. Se utilizó el mismo instrumento en la medición basal y en el post test, se consideró un tiempo aproximado de llenado de 15 minutos para la encuesta de la población y de 15 minutos para el formato de llenado de los expedientes. La entrevista duraba entre 10 a 15 minutos. Se obtuvieron al final los datos de 43 expedientes, 26 padres de familia (24 en el pos test) y 4 integrantes del personal del centro de salud (dos médicas pasantes, una enfermera pasante y una enfermera de base).

Manejo y análisis de los datos: La captura de los datos se realizó de manera electrónica, los primeros en una base de datos en Excel que posteriormente se trasladaron al programa Stata/SE 9.0, por lo que los datos no-numéricos se codificaron numéricamente para ser analizados.

Se realizó un análisis simple en términos de proporción y posteriormente un análisis bivariado por medio de la prueba exacta de Fisher para el test de conocimiento, incluyendo los límites de confianza. Para evaluar el cambio en el nivel de conocimiento se construyó a partir de la metodología del análisis de componentes un test (índice) de mejora en el conocimiento. Finalmente se propone una correlación entre el conocimiento del proceso de atención de lo estipulado en la guía clínica adquirido por el personal de salud y la población y los cambios en el proceso de atención reflejado en las notas de los expedientes clínicos (fase de propuesta final).

VIII. FACTIBILIDAD

8.1 Estudio de mercado

Las personas beneficiadas por el proyecto fueron los padres de familia utilizadores de los servicios del centro de salud de la Colonia Calera Chica, con hijos de cinco años o menos y que decidieron participar en el proyecto. Por ende también fueron beneficiados los niños que reciben atención en el centro de salud de la Colonia Calera Chica. Considerando que la presencia de IRAS en la colonia, durante los años 2006 al 2008 se reportó como primera causa de consultas por morbilidad, hubo un número importante de población que decidió participar.

El proyecto requirió la participación del personal de salud del centro de salud de la Colonia Calera Chica. Se gestionó la participación de las pasantes médicas del centro de salud en el desarrollo de los talleres, así como la aceptación para utilizar el flujograma durante la atención de los pacientes con IRAS, esto deberá incrementar su conocimiento de la guía clínica lo cual se verá reflejado en la aplicación de los procedimientos en los expedientes clínicos.

Infraestructura del centro de salud de la Colonia Calera Chica

En el centro de salud de la Colonia Calera Chica, se cuenta con una sala de espera con 20 sillas, para la realización de las capacitaciones a los padres de familia, no se requerirán hacer modificaciones mayores en la sala de espera, cabe mencionar que la

población está habituada a asistir a ese lugar para recibir capacitaciones de la médica, de las enfermeras o del promotor de salud.

Conclusiones del estudio de mercado

Para este proyecto, el estudio de mercado demuestra que la presencia de IRAS es un problema extendido en la población de la Colonia Calera Chica, pero este proyecto no abarcará a toda la población, sino sólo a aquellos padres de familia con hijos de cinco años o menos, por lo que el mercado quizás podrá ser reducido, pero se pueden considerar opciones como de reproducir este mismo esquema en otros lugares del estado para incrementar a la población beneficiada.

También se ha observado que para poder realizar las actividades, ya se cuenta con la infraestructura necesaria, sólo se deberán de realizar adecuaciones menores los días de las capacitaciones como colocar rota-folios y carteles.

8.2 Factibilidad Técnica

El desarrollo del presente proyecto requerirá de la autorización de la médica del centro de salud y de la jurisdicción sanitaria N° 1. Dentro del quipo de investigación, los investigadores se encargarán de realizar los trámites correspondientes ante las autoridades, así como las adecuaciones de las áreas del centro de salud, para poder realizar las capacitaciones.

El proceso a niveles operativos, será realizado por el mismo personal que actualmente labora en el centro de salud, que son:

- ✓ Una médica pasante
- ✓ Dos enfermeras (una pasante y una de base)
- ✓ Un promotor de salud

No se requiere la contratación de más personal, sino maximizar las capacidades de los recursos humanos que ya están presentes en la colonia.

Las capacitaciones requerirán de un observador y de un capacitador.

La dirección del proyecto será por medio de dos investigadores.

Debido a que este proyecto consiste en utilizar herramientas educativas, los recursos físicos necesarios, son áreas para poder realizar las actividades, que en el caso de los padres de familia, puede ser en la sala de espera del centro de salud, por lo cual se considera que los recursos físicos disponibles son adecuados para la realización del proyecto.

Conclusión de factibilidad técnica

El proyecto demuestra factibilidad técnica, pues los recursos físicos y humanos para realizar el proyecto son suficientes, se hace la observación que para replicar el modelo en ocasiones futuras no se requerirá de investigadores y asesores, sólo será suficiente con el capacitador y el observador, este último tendrá que analizar si se cumplen con los rubros especificados para dar la capacitación.

8.3 Factibilidad financiera

A continuación se realiza un estimado de los costos de realización de proyecto:

Presupuesto de generación de propuesta de programa de control de equipo biomédico					
			Presupuesto	Total	Diferencia
				\$	
				161,933.99	
Nombre	Descripción	cantidad	Unidad	Costo por unidad	Total
Recursos humanos					
Asesores	Por consultoría	2 asesores	7 consultorías	\$ 2,000	\$ 28,000.00
Investigadores	Por mes	2 investigadoras	7 meses	\$ 7,200	\$ 100,800.00
observador	por capacitación	1 observador	2 capacitaciones	\$ 1,500	\$ 3,000.00
capacitador	por capacitación	1 capacitador	2 capacitaciones	\$ 1,500	\$ 3,000.00
Trabajadores de salud	Por hora	1 enfermera	10 Horas trabajo	\$ 65	\$ 650.00
Total recursos humanos					\$ 135,450
Equipo					
Computadoras	Laptops	2 laptops	1 compra	\$ 5,500	\$ 11,000
Cámara de foto y video digital	Por mes	1 cámara	1 compra	\$ 1,300	\$ 1,300
Grabadora de voz	Por contrato	1 grabadora	1 compra	\$ 400	\$ 400
Total equipo					\$ 12,700
Papelería					
Lápices	caja con 12	1 caja	1 compra	\$19.80	\$19.80
sacapuntas	Caja con 12	1 cajas	1 compra	\$5.40	\$5.40
Gomas para borrar	Caja con 12	1 cajas	1 compra	\$8.80	\$8.80
Bolígrafos	caja con 12	1 caja	1 compra	\$28.56	\$28.56
Marcadores permanentes	caja con 12	1 caja	1 compra	\$27.35	\$27.35
Diurex	tamaño jumbo	1 diurex	1 compra	\$18.00	\$18.00
Cuadernos	Tamaño profesional	3 libretas	1 compra	\$10.33	\$30.99
Papel bond	c/pliego	10 pliegos	1 compra	\$0.64	\$6.40

**Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones
Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.**

Engrapadora	metálica	2 ras engrapado	1 compra	\$11.50	\$23.00
mochilas	Económicas	2 mochilas	1 compra	\$69.90	\$139.80
Fotocopias		100 fotocopias	1 compra	\$0.20	\$20.00
Papel para fotocopias	caja con 500 hojas	2 cajas	1 compra	\$32.23	\$64.46
Tijeras	tijera universal	1 tijeras	1 compra	\$9.43	\$9.43
Total papelería					401.99
comunicaciones					
Telefonía celular	plan mensual	2 equipos	9 meses	\$189.00	\$3,402.00
Total comunicaciones					\$3,402.00
Viáticos					
visitas a unidades médicas	por visita	2 personas	10 viajes	\$189.00	\$3,780.00
Total viáticos					\$3,780.00
Gastos varios					
muñeco para prácticas	por visita	2 oras investigad	10 viajes	\$189.00	\$3,780.00
pancartas	de 2 X 1 mts.	2 pancartas	1 compra	\$500.00	\$1,000.00
carteles	sencillos	5 carteles	1 compra	\$20.00	\$100.00
reloj	de pared	1 reloj	2 compra	\$60.00	\$120.00
Termómetro	de mercurio	5 os termómetr	2 compra	\$120.00	\$1,200.00
Total viáticos					\$6,200.00

Recursos de capital

1. Capitales constituidos y reservas.

Para el año 2009, los Servicios de Salud del Morelos tuvieron aprobados 854.8 mdp³⁵

2. Fuentes de recursos financieros.

Seguro Popular

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)

Resultados administrativos y contables 2008

En el año 2008 el estado de Morelos tuvo un presupuesto en salud de \$1,856,542,949.91³⁶

Considerando el presupuesto estimado para la realización del proyecto, se considera posible contemplar que el financiamiento sea a partir del ramo 33, de cual el año pasado el estado de Morelos tuvo un presupuesto autorizado de 6,218,000³⁷. El costo estimado del proyecto representaría 2.6 % del ramo 33.

Se consideran como otros mecanismos de financiamiento a la misma comunidad, pero se tendrán que realizar actividades para buscar apoyos. También existe la opción de buscar apoyo de ONGs que participen en proyectos de mejora de la salud o estén involucrados en proyectos de apoyo a menores de edad.

Conclusión de la factibilidad financiera

Se considera una parcial factibilidad económica, pues esta dependerá de la percepción de los tomadores de decisiones. Se procurará incrementar la factibilidad financiera del proyecto, demostrando datos reales del monto de ahorro que representaría la introducción de la aplicación de un proyecto como éste y explicar que este proyecto podrá ser reproducido en otros lugares del estado.

8.4 Factibilidad administrativa

Para hacer el análisis de la factibilidad administrativa se realizará la descripción administrativa de la jurisdicción sanitaria N° I, que es la jurisdicción a la cual corresponde la colonia Calera Chica y de la cual depende el centro de salud de esta.

Conclusión de la factibilidad administrativa

Considerando lo anterior, para la factibilidad administrativa del proyecto, se considera que existe de acuerdo a la normatividad, un compromiso por el bien de la población, administrativamente se considera que hay factibilidad, pues no se contrapone con las funciones a nivel jurisdiccional, ni se contrapone con las funciones y responsabilidades del personal del centro de salud de la colonia Calera Chica. Además no se pide incrementar las tareas que realiza el médico, sino más bien evitar mayores complicaciones realizándolas de la manera conveniente.

8.5 Factibilidad política y social

Respecto a la legalidad del proyecto, este se apega a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud respecto a la utilización de guías clínicas para la atención estandarizada de las IRAS. En este caso, se utiliza como base la Guía Clínica de atención de IRAS, que se maneja a nivel nacional en todos los organismos que conforman en sistema de salud mexicano.

Es importante mencionar que dicha guía se presenta a partir de la promulgación de la norma oficial mexicana 031 para la atención del niño, que en el apartado 8 dedica la sección a los lineamientos para la prevención y tratamiento de las IRAS en niños menores de cinco años. Con esto concluimos que no se aplicará ningún lineamiento que no esté probado o recomendado, al contrario, la intervención propuesta busca que se mejore la aplicación de lo que ya está escrito por investigadores reconocidos a nivel nacional por el sistema de salud.

Respecto a la factibilidad social, quizá quien representa mayor dificultad es el personal de salud, puesto que vivimos en un país en donde se cree que tanto el conocimiento

como el poder están solo en manos del médico, y que si la información se entrega a la población, el médico pierde autoridad, sin embargo, está comprobado que cuando la comunidad participa en los procesos de aprendizaje de la salud, se obtienen mejores resultados a nivel poblacional. Por otro lado, la comunidad de Calera Chica ha demostrado tener interés en los temas de salud y son los padres de familia quienes de una forma más obvia se interesan en los aspectos de salud de sus hijos.

La implementación de este proyecto será un reto incluso para la relación médico paciente, pues al mismo tiempo que los padres de familia se hacen conscientes sobre el proceso estipulado en la guía clínica de atención de IRAS, en el médico recae mayor responsabilidad de aplicar correctamente dichos lineamientos, sin embargo, esto ofrece que tanto los padres de familia como los médicos participen de manera conjunta para lograr la mejor atención a los niños con IRAS.

- **Conclusión sobre el estudio de factibilidad**

Queda a disposición de los lectores interesados en el tema y de los tomadores de decisiones en salud la aplicación de esta propuesta, después de valorar los efectos que pudieran lograrse para mejorar la salud de los niños de la colonia Calera Chica.

IX. PLAN DE EJECUCIÓN

Tabla 9.1 Plan detallado de actividades por objetivos.

Objetivo específico	Meta	Actividades	Recursos (humanos, materiales, equipo y financieros)
Realizar una revisión de expedientes clínicos con diagnósticos de IRAS atendidos en el centro de salud durante los meses de octubre del 2008 a Enero del 2009 valorando la aplicación de la guía clínica de atención de IRAS.	Revisar el 100% de los expedientes clínicos con diagnóstico de IRAS atendidos en el centro de salud durante los meses de Noviembre y diciembre del 2009 y Enero del 2010 valorando la aplicación de la guía clínica de atención de IRAS.	1. Revisión de expedientes clínicos en el centro de salud de Calera Chica 2. Evaluación de la aplicación de la guía clínica de atención de IRAS.	1 Revisor de expedientes (\$3000) 1 libreta(\$25) 1 lápiz, sacapuntas, goma y bolígrafo(\$20) 1 computadora portátil(\$5,500) Viáticos y alimentos del revisor(\$400).
Capacitar mediante talleres educativos al personal de salud y a los padres de familia sobre la aplicación de la guía clínica de IRAS	Aumentar en un 50% el conocimiento de los padres de familia sobre la atención de las IRAS conforme a la guía clínica.	1. Realización de 6 talleres para los padres de familia y el personal de salud.	1 capacitador(\$1,500 por taller) 1 observador(\$1, 500 por taller) 1 organizador (\$1,500 por taller) 5 termómetros de mercurio(\$120) Un reloj de pared(\$60) 10 rota folios(\$50) 1 paquete de marcadores agua de colores.(\$28) 50 Hojas de reciclaje(\$00) 1 diurex jumbo(\$18) 15 lápices(\$45) 1 bebé (nenuco) o maniquí(\$200)
		2.Realización de 5 pancartas (posters) del flujograma de IRAS	5 posters (\$1,500)
	Aumentar en un 50% el apego de la atención de IRAS conforme a la guía clínica por parte del personal de salud reflejado en los expedientes clínicos.	2. Utilización del flujograma en el expediente clínico.	150 copias del flujograma(\$50)

**Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones
Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.**

Tabla 9.2 Cronograma de actividades por fases

Actividades	OCTUBRE	NOVIEMB RE	DICIEMBR E	ENERO	FEBRERO	MARZO
1ª Fase						
Presentación y aprobación del Proyecto ante el Colegio de Sistemas de salud del Instituto Nacional de Salud Pública.	■	■				
Etapa Gestión ante autoridades de la localidad para la factibilidad de la realización del proyecto.		■				
2ª Fase						
Diseño de las 5 sesiones educativas		■	■			
Etapa Elaboración del instrumento			■	■		
Etapa Selección de la población				■	■	
3ª Fase						
Piloteo del instrumento en localidad con características similares				■	■	
Reclutamiento de la población participante				■	■	
4ª Fase						
Aplicación pre test				■	■	
Intervención Educativa					■	■
Aplicación pos test					■	■
5ª Fase						
Procesamiento de la información						■
Análisis de resultados						■
Presentación de resultados ante autoridades del INSP y la localidad						■

Tablas 9.3 Cartas descriptivas por sesiones

Sesión 1. ¿Qué son la Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)?

Fecha	Duración	Contenidos temáticos	Objetivo Instruccional	Actividades Didácticas	Recursos Didácticos	Evaluación
LUNES 25 ENERO 2010 (09:00 a 10:20)	10 minutos	Integración grupal y entrega de material didáctico	Crear ambiente de confianza entre los participantes, que permita el desarrollo del programa.	1. Dinámica de integración grupal: "Presentación por parejas"	Gafetes elaborados Libretas de trabajo Lapiceros, lápices y borradores. Programa de sesiones con contenidos temáticos.	-----
	15 minutos	Resumen del diagnóstico de salud.	Resumir las características generales de la población.	2. Presentación Power point	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Cañón 	-----
	30 minutos	¿Qué son las IRAs?	Comprender conceptos básicos sobre las IRAs: <ul style="list-style-type: none"> • Definición operativa • Clasificación • Signos y síntomas • Historia natural de las IRAs. 	3. Presentación Power Point	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laptop ▪ Cañón 	-----
	10 minutos	Preguntas y respuestas	Resolver dudas sobre el tema ¿Qué son las IRAs?	4. Sesión general preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tómbola de preguntas (5 preguntas) 	-----
	5 minutos	Cierre de sesión		5. Agradecer asistencia, entrega de la sección del folleto correspondiente e invitación a la siguiente sesión.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folletos elaborados 	-----
	10 minutos	Autoevaluación de la sesión	Evaluar la sesión conforme a los objetivos	6. Llenar hoja de evaluación de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoja de llenado 	Evaluación de proceso de la intervención

Sesión 2. Aspectos de importancia en la Atención de los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas.

Fecha	Duración	Contenidos temáticos	Objetivo Instruccional	Actividades Didácticas	Recursos Didácticos	Evaluación
MARTES 26 ENERO 2010 (09:00 a 10:10 hrs)	10 minutos	Recordatorio de la sesión anterior	Reforzamiento del conocimiento	1. Repaso y sesión de preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Bote de plástico 5 papelitos con preguntas Respuestas acordes a cada pregunta en diapositivas de power point. 	-----
	10 minutos	Factores de riesgo en los niños con IRA	Conocer los factores de riesgo de complicación en las IRAs: <ul style="list-style-type: none"> Desnutrición u obesidad Edad menor de 2 meses. Inmunodeficiencias. Madre menor de 17 años o analfabeta. Dificultad de traslado. Antecedentes de bajo Prematurez. Muerte de un hermanito. 	2. Explicar el por qué estas causas son factores de riesgo cuando un menor de 5 años cursa con alguna IRA. 3. Tomar ejemplos prácticos de las historias clínicas analizadas en el centro de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón 	-----
	25 minutos	¿Qué son los signos de alarma en los niños con IRA?	Conocer cuáles son los signos de alarma que conducen a complicaciones en las IRAs: <ul style="list-style-type: none"> Taquipnea Tiros intercostales Retracción xifoidea Aleteo nasal Cianosis o palidez Dificultad para beber o amamantarse Fiebre mayor de 39 o menor de 36.5 grados. 	4. Presentación Power Point. 5. Presentación de casos prácticos. 6. Enseñanza práctica sobre la toma de frecuencia respiratoria y temperatura.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Termómetros corporales de mercurio. Relojes con segundero. Libreta de apuntes. Lapicero. Muñeco (maniquí) 	-----
	10 minutos	Preguntas y respuestas	Resolver dudas sobre el tema: factores de mal pronóstico y signos de alarma.	7. Sesión general preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Responder preguntas. 	-----
	5 minutos	Cierre de sesión		8. Agradecer asistencia, entrega de la sección del folleto correspondiente e invitación a la siguiente sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Folletos elaborados 	-----
	10 minutos	Autoevaluación de la sesión	Evaluar la sesión conforme a los objetivos	9. Llenar hoja de evaluación de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de llenado 	Evaluación de proceso de la intervención

Sesión 3. Proceso de atención de los niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda.

Fecha	Duración	Contenidos temáticos	Objetivo Instruccional	Actividades Didácticas	Recursos Didácticos	Evaluación
MIÉRCOLES 27 ENERO 2010 (09:00 a 10:15 hrs)	10 minutos	Recordatorio de la sesión anterior	Reforzamiento del conocimiento	1. Repaso y sesión de preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de dos casos clínicos y un voluntario para identificar signos de alarma y factores de riesgo. 	-----
	15 minutos	Actividades del proceso de atención de los niños menores de 5 años con IRAS.	Conocer cuáles son las actividades primordiales que se deben realizar al brindar atención de salud a los niños menores de 5 años con IRAS. (flujograma del proceso de atención para IRAS): 1.Recepción 2.Toma de signos vitales 3.Identificación de factores de mal pronóstico 4.Interrogatorio 5.Inspección general 6.Exploración física 7.Diagnóstico 8.Tratamiento y seguimiento por plan ABC 9.Capacitación a los familiares 10.Seguimiento del caso y recomendaciones finales.	2. Exponer los pasos del flujograma de atención.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Pizarrón Gises de colores. 	-----
	25 minutos	Manejo con el plan A, B o C.	Conocer los planes de manejo en IRAS (A, B y C) y saber cuáles son los criterios que los guían.	3. Exposición en power point. 4. Presentación de un caso clínico por plan.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Maniquí. Termómetro Reloj con cronómetro Abatelenguas Lámpara pupílera. 	-----
	10 minutos	Preguntas y respuestas	Resolver dudas sobre el tema: Proceso de atención y manejo por plan ABC.	5. Sesión general preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Responder preguntas. 	-----
	5 minutos	Cierre de sesión		6. Agradecer asistencia, entrega de la sección del folleto correspondiente e invitación a la siguiente sesión.	<ul style="list-style-type: none"> Folletos elaborados 	-----
	10 minutos	Autoevaluación de la sesión	Evaluar la sesión conforme a los objetivos	7. llenar hoja de evaluación de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de llenado 	Evaluación de proceso de la intervención

Sesión 4. Principales errores durante la atención del niño menor de 5 años con IRAS.

Fecha	Duración	Contenidos temáticos	Objetivo Instruccional	Actividades Didácticas	Recursos Didácticos	Evaluación
JUEVES 28 ENERO 2010 (09:00 a 10:05 hrs)	10 minutos	Recordatorio de la sesión anterior	Reforzamiento del conocimiento	1. Repaso y sesión de preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de dos casos clínicos y un voluntario para elegir el plan de seguimiento. 	-----
	15 minutos	Errores frecuentes durante la atención en casa.	<p>Conocer los errores mas frecuentes cometidos en casa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicación sin indicación profesional. 2. Uso de antibióticos, antitusígenos, supositorios, antihistamínicos. 3. Disminución o supresión de la lactancia o alimentación habitual. 4. Falta de reconocimiento de factores de riesgo. 5. Falta de reconocimiento de signos de alarma 6. No vigilar los signos vitales 7. Utilización tardía del servicio de salud 8. Falta de apego al tratamiento médico. 9. No regresar a consulta de seguimiento. 	2. Exposición en power point.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Pizarrón Gises de colores. 	-----
	25 minutos	Errores frecuentes durante la atención médica.	<p>Identificar los errores mas frecuentes cometidos durante la atención en el servicio de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención tardía 2. No identificar los signos de alarma 3. No indagar sobre factores de riesgo 4. Practicar exploración física incompleta 5. Brindar tratamiento antibiótico, antitusígeno, antitusígeno o antipirético no justificado. 6. No aplicar el plan ABC 7. No brindar recomendaciones o capacitación a los familiares sobre los cuidados en el hogar. 8. No solicitar revisión en 48 o menos horas. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Exposición en power point. 4. Presentación de un caso clínico simulado donde se presenten errores en la atención en casa y en el servicio de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Maniquí. Termómetro Reloj con cronómetro Abatelenguas Lámpara pupilera. 	-----
	10 minutos	Preguntas y respuestas	Resolver dudas sobre el tema: Proceso de atención y manejo por plan ABC.	4. Sesión general preguntas y respuestas	<ul style="list-style-type: none"> Responder preguntas. 	-----
	5 minutos	Cierre de sesiones educativas		5. Agradecer asistencia, entrega de la sección del folleto correspondiente e invitación para la aplicación del pretest.	<ul style="list-style-type: none"> Folleto elaborado 	-----
	10 minutos	Autoevaluación de las sesiones	Evaluar la sesión conforme a los objetivos	6. Llenar hoja de evaluación de las sesiones por los asistentes.	<ul style="list-style-type: none"> Hoja de llenado 	Evaluación de proceso de la intervención

Figura 9.4 Manual de sesiones educativas: manual de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas, adaptado a la comunidad.

INTRODUCCIÓN

Resultados del diagnóstico de salud de Calera Chica

Como parte de las actividades que realiza el Instituto Nacional de Salud Pública se llevó a cabo durante el año 2009 el recabo de la información poblacional para obtener un diagnóstico de salud de la colonia Calera Chica.

Algunas de las actividades que se han venido realizando a la fecha están la recolección de información por familia, el análisis de los datos y algunas propuestas de intervenciones para mejorar la salud de la población.

Informes de la priorización

Uno objetivo de la realización del diagnóstico comunitario en Calera Chica fue conocer cuáles son sus principales problemas de salud. Se encontró que las principales enfermedades que afectan a la población de Calera son:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Enfermedades diarreicas agudas
3. Obesidad

Como se observa, las Infecciones respiratorias agudas, mejor conocidas como IRAs, son la primera causa de enfermedad, sobre todo entre niños menores de cinco años. Las IRAs son un grupo de enfermedades respiratorias que conllevan a varios problemas graves como neumonía y bronquitis, el aumento de los gastos económicos en la familia y por parte del sistema de salud y el retraso en el nivel educativo por ausencias a clases entre otros problemas.

Situación de las Infecciones Respiratorias Agudas en México

Las infecciones respiratorias agudas, ya sean simples catarros, resfriados o infecciones de la garganta, son un problema común entre los niños menores de cinco años, de mayor gravedad entre los menores de un año. Aunque todos los niños requieren cuidados y vigilancia especial, por parte de la familia y del personal de salud.

En nuestro país, las IRAs son la causa más frecuente de las consultas de los niños. Cuatro de cada diez niños tienen que ser hospitalizados por causa de sus complicaciones. Las complicaciones de las IRAs son de las causas más frecuentes de muerte entre los niños. Ocho de cada diez niños que han fallecido por IRAs acudieron a una consulta previa a algún servicio de salud, sin embargo esto no detuvo su muerte.

Estos datos son interesantes, ya que es necesario meditar sobre el papel que tenemos como familiares en la atención de los niños, como padres, madres, abuelos, hermanos o como cuidadores. Es necesario responder a nuestra obligación y no dejar la salud de nuestros niños solo en manos de los médicos y las enfermeras.

- Actividad de introducción: Video de sensibilización sobre las IRAs.

SESION 1. ¿Qué son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)?

1.1 Definición de IRAs

La definición de Infección respiratoria aguda es la siguiente:

“Tos o salida de moco (no importa el color) y síntomas infecciosos como malestar general, irritabilidad, fiebre, o falta de apetito, todo esto con menos de 15 días de duración”.

Como verán, la definición tiene tres componentes:

1. Tos o salida de moco.



Niño con tos



Niño con moco

2. Síntomas infecciosos.



Malestar general



Irritabilidad



Fiebre



No quiere comer

3. Duración de menos de 15 días.



1.2 Clasificación clínica de las IRAs

La organización mundial de la salud recomienda el uso de guías clínicas para la atención de los niños con infecciones respiratorias agudas. Una guía clínica es un instructivo donde se describe paso por paso qué es lo que se debe hacer cuando un niño está enfermo. Es muy importante que tanto la comunidad como el personal de salud conozcan la guía de atención clínica para niños con IRAs, ya que así se puede dar mejor atención y evitar cometer errores en casa o durante la atención médica.

La guía clínica clasifica a las infecciones respiratorias agudas dependiendo si el niño tiene o no dificultad para respirar.

La dificultad para respirar se nota por el aumento de las veces que el niño respira en un minuto. Observe las siguiente figura, si su niño tiene:

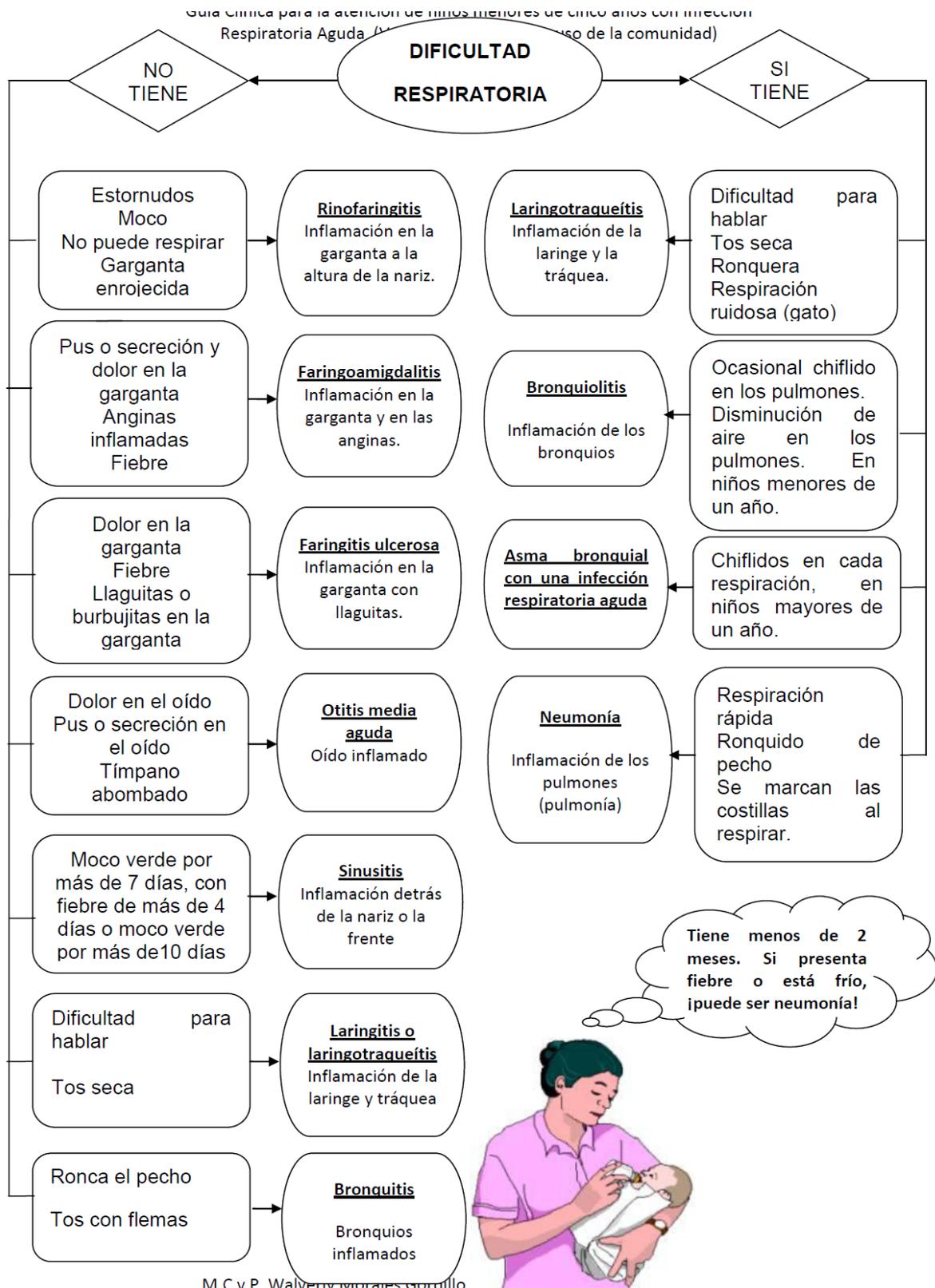


Entonces tiene...



**DIFICULTAD
RESPIRATORIA**

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.



Sesión 2. Aspectos de importancia en la Atención de los niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas.

OBJETIVOS:

1. Conocer los factores de riesgo de complicación en las IRAs.
2. Conocer cuáles son los signos de alarma que conducen a complicaciones en las IRAs.

1. Factores de riesgo de complicación en las IRAs:



Desnutrición u obesidad.



Menores de dos meses



Inmunodeficiencias (otras enfermedades)



Dificultad para el traslado



Prematurez o bajo peso al nacer



Muerte de un hermanito



Madre menor de 17 años o que no sepa leer.

2. ¿Qué son los signos de alarma en los niños con IRA?

Se trata de signos típicos que indican que la IRA se está complicando:

- Respiración rápida
- Se le marcan las costillas
- Se le marca el “xifoides”
- Se abre y cierra su nariz cuando respira
- Está morado de los labios o dedos o está pálido
- No come ni toma el pecho
- Tiene fiebre de 39 grados o está muy frío (36.5 grados)



Datos de dificultad respiratoria

(Se le marcan las costillas, se marca el xifoides)



Aleteo nasal (se abre y cierra la nariz

cuando respira).

Los niños con tetralogía de Fallot presentan una coloración de piel azulada cuando lloran o se alimentan.



Está moradito de las uñas o dedos de las manos o pies o está pálido (recordar que la coloración normal después de apretar el talón es de 3 a 4 segundos).

Sesión 3. Proceso de atención de los niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda.

Objetivos:

- 1 Conocer cuáles son las actividades básicas que se deben realizar al brindar atención de salud a lo niños menores de 5 años con IRAS.
2. Conocer los planes de manejo en IRAS (A, B y C) y saber cuáles son los criterios que los guían.

Actividades básicas en la atención de salud en los niños con IRAs:

1. Recepción



2. Toma de signos vitales



Temperatura



Respiraciones por minuto



Latidos del corazón

3. Identificación de signos de alarma (ver página 8)

4. Interrogatorio



* Inicio y características del padecimiento (IRA), toma de medicamentos previos, uso de servicios de salud, evolución.

*Signos y síntomas (molestias) que ha presentado: moco, tos, flema, ojos llorosos, malestar general, irritabilidad, somnolencia, fiebre, dificultad para respirar, hipotermia, falta de apetito, deshidratación, decaimiento, etc.

*Antecedentes personales: dieta, vivienda, mascotas, contaminación, vacunas, tabaquismo, muerte de un hermanito, etc.

*Antecedentes perinatales, que tienen que ver con el nacimiento y los primeros meses de vida: edad de la madre, si fue prematuro, peso al nacer, complicaciones en el parto, lactancia, inicio de papillas, a qué edad se sentó solo, si gateó, cuándo caminó, etc.

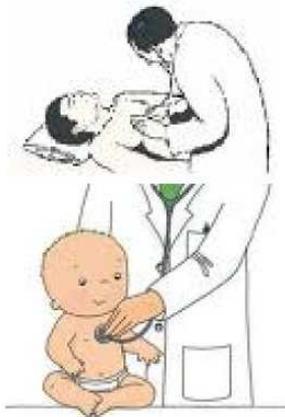
*Antecedentes de enfermedades previas: Inmunodeficiencias, alergias, transfusiones, hospitalizaciones, cirugías, etc.

5. Inspección general



Observar al paciente: Irritabilidad, somnolencia, si está ubicado o desorientado, si se ve pálido o morado, agitado, si la edad que dice la madre corresponde con la que aparenta, si se ve obeso o flaco, si su piel se observa hidratada, si llora sin lágrimas, etc.

6. Exploración física



*Cabeza y cuello: Molleras, cabello, piel, ojos, nariz, oídos, garganta, dientes, bolitas en el cuello y detrás de las orejas, cantidad de saliva, coloración de las mucosas, etc.

*Tórax: ruidos del corazón, aire en los pulmones, en ambos, movimientos del tórax, si se le marcan las costillas o el xifoides, piel, etc.

*Abdomen: si los órganos están del tamaño normal, si hay inflamación o dolor, bolitas, ruidos del intestino, etc.

*Genitales: Características, circuncisión, infecciones, esmegma.

*Extremidades: llenado capilar, coloración, movimiento.

7. Diagnóstico

Clasificación de IRAS, conforme a la guía clínica, ejemplo:

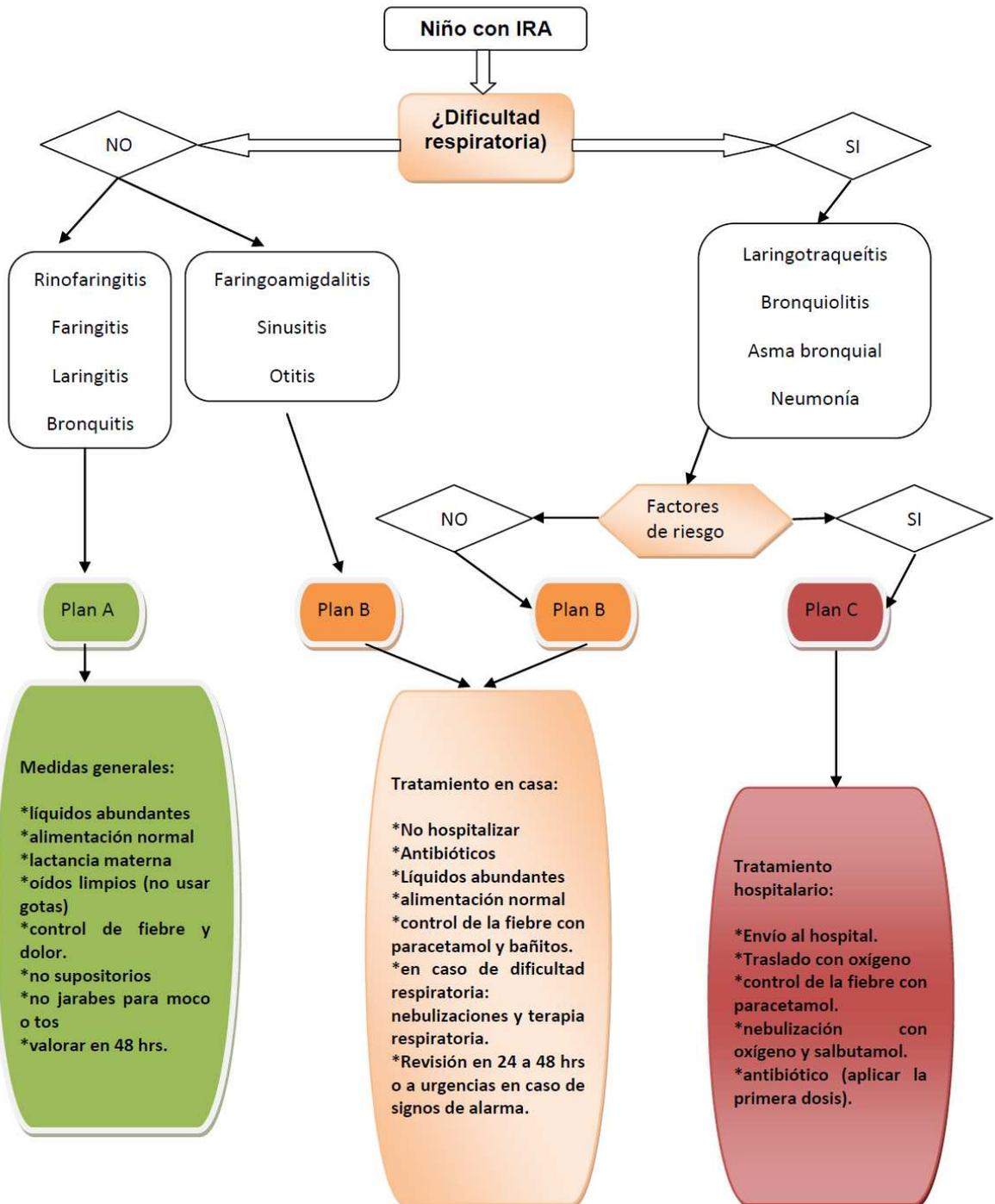
“IRA (faringoamigdalitis)”

8. Tratamiento y seguimiento por plan ABC (ver siguiente tema)

9. Capacitación a los familiares (ver siguiente tema)

10. Seguimiento del caso y recomendaciones finales. (ver siguiente tema)

2. Conocer los planes de manejo en IRAS (A, B y C) y saber cuáles son los criterios que los guían.



SESION 4. Principales errores en la atención de niño con IRA en casa y durante la atención médica.

Actividad:

Después de haber revisado la guía clínica de atención, anote en una hojita amarilla, los principales problemas que se cometen durante la atención de los niños con IRA en la casa y en la consulta médica o en el servicio de salud. Utilice una hojita por problema, trate de juntar 10 problemas.

A partir de estos resultados, se promoverán acciones para la solución de los principales problemas encontrados.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN. ESPERAMOS QUE ESTAS SESIONES LE HAYAN SIDO DE UTILIDAD.

X. REPORTE DETALLADO DE EJECUCIÓN

La ejecución del proyecto comenzó durante el mes de Enero del 2010, posterior a la planeación de la intervención. A principios de este mes, se comenzaron las visitas al centro de salud, con el objetivo de pilotear el instrumento de llenado para la evaluación de los expedientes clínicos y comenzar con la recolección de datos, así mismo se aprovechó este tiempo para buscar la participación del personal del centro de salud y del centro de desarrollo infantil (CENDI Calera Chica), para obtener espacios físicos para llevar a cabo los talleres, así como la promoción de los mismos con las madres y padres de familia. Las directoras de los turnos matutino y vespertino ofrecieron salones y mobiliario del CENDI para los días de los talleres y en el Centro de salud se prestó un espacio para aplicar las encuestas y analizar los datos de los expedientes clínicos.

Dos semanas previas al inicio de los talleres se repartieron volantes personales en los horarios de salida del CENDI, se aprovechó también un tiempo concedido por la directora del turno matutino durante una junta general con los padres de familia para realizar la invitación abierta, además se pegaron avisos de invitación en lugares estratégicos: Centro de salud, ayudantía, carnicería, tiendas de abarrotes, escuela primaria, CENDI, tortillerías, pollerías, etc. Y durante cada visita previa a la intervención se visitaban de nuevo estos lugares para asegurar que los avisos no fueran removidos. En cada uno de estos lugares se pidió permiso previo con los responsables de los establecimientos. Para asegurar la asistencia de las madres de familia, se solicitó acudieran al centro de salud una semana previa a la intervención, para anotarse en una lista y responder el pretest.

Se consiguió un grupo de 26 voluntarias para los talleres (24 mamás y 2 papás), quienes se dividieron en dos turnos dependiendo sus actividades personales, es decir, se brindaron 4 sesiones en cada turno (8 sesiones en total, con los mismos contenidos por día correspondiente) al final, se terminó con 25 asistentes (desertó un papá) de los cuales se recolectó el pos test. A cada asistente se proporcionó por día, el capítulo

correspondiente a la sesión educativa, de manera que al cabo de los cuatro días, tenían el manual completo de sesiones, como una guía de aprendizaje. En las sesiones prácticas se proporcionó como obsequio por su asistencia, un termómetro de mercurio (con las respectivas indicaciones en caso de ruptura) después de aprender las técnicas adecuadas para la toma de signos vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura corporal). Se utilizaron presentaciones en power point, videos de sensibilización y educativos y prácticas de aprendizaje significativo como la narración de experiencias en casa y trabajo en grupos.

Por cada visita al grupo de intervención se llenó un diario de campo, donde se anotaban, por parte de la investigadora, las principales observaciones del día. Los productos principales de la intervención fueron:

- ✓ 4 sesiones educativas para el personal de salud.
- ✓ 8 sesiones educativas para las madres y padres de familia participantes (4 por cada turno).
- ✓ Un manual adaptado para la comunidad de la guía de atención clínica para IRAs en niños menores de 5 años.
- ✓ Un diagnóstico basal de los conocimientos sobre la guía de atención clínica en el personal de salud y en los participantes de la intervención educativa.
- ✓ Una evaluación inicial del reflejo de la aplicación de la guía clínica de atención de IRAs en los expedientes clínicos del centro de salud de Calera Chica.

La población beneficiada directamente son los participantes de los talleres (25 familias representadas por las madres y padres asistentes), 37 niños menores de 5 años, hijos de los asistentes a las sesiones, cuatro trabajadores del centro de salud: dos médicas pasantes, una enfermera pasante y una enfermera de base, indirectamente, dos directoras y dos maestras del CENDI, quienes asistieron de forma irregular a las sesiones y a quienes también se les proporcionó un manual de atención y un termómetro para uso escolar.

XI.RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

11.1 Resultados de la revisión de expedientes clínicos

Se obtuvo una muestra de 43 expedientes clínicos que reunieron los criterios de inclusión. El 51.16% fueron consultas de primera vez y el 48.84% fueron de consultas subsecuentes. El 53.49% fueron expedientes de pacientes masculinos y el 46.51% femeninos. El 44.19% se trató de niños de entre tres y cinco años de edad, el 23.26% de uno a tres años, otro 23.26% de dos meses a un año y una minoría del 9.30% que representó a los menores de dos meses de edad. Respecto al tiempo de evolución del padecimiento en que se acudió a consulta médica, se encontró que en el 62.79% no se indagó, el 23.28% fue atendido entre las 12 y 48 hrs. después de haber presentado los primeros síntomas, el 4.65% entre los tres y cinco días, el 6.98% después de los cinco días y una minoría de expedientes (2.33%) reportaron que los pacientes buscaron atención médica dentro de las primeras 12 horas.

Respecto a los resultados de interés en cuanto a la historia del padecimiento, así como la exploración física, se muestra en la tabla 11.1.

Tabla 11.1. Indagación de datos de importancia en el expediente clínico.

Variable	Consignación en 43 expedientes			
	SI % (n)	IC 95%	NO % (n)	IC 95%
1.Indagación de factores de riesgo.	34.88 % (15)	(.2100 - .5092)	65.12% (28)	(.4907 - .7899)
2.Exposición a contaminantes ambientales aéreos.	---		100% (43)	
3.Indagación de criterios de IRA conforme a definición operativa.	62.79% (27)	(.4672 - .7702)	37.21% (16)	(.2297 - .5327)
4.Antecedentes patológicos pediátricos.	51.16% (22)	(.3546 - .6669)	48.84% (21)	(.3330 - .6453)
5. Tratamientos previos.	13.95% (6)	(.0529 - .2793)	86.05% (37)	(.7206 - .9470)
6.Frecuencia respiratoria.	81.40% (35)	(.6659 - .9160)	18.60% (8)	(.0839 - .3340)
7.Temperatura.	97.67% (42)	(.8771 - .9994)	2.33% (1)	(.0005 - .1228)

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

8.Frecuencia cardiaca.	90.70% (39)	(.7786 - .9740)	9.30% (4)	(.0259 - .2213)
9.Inspección general.	95.35% (41)	(.8418 - .9943)	4.65% (2)	(.0056 - .1581)
10.Revisión de buco faringe.	18.60% (8)	(.0839 - .3340)	81.40% (35)	(.6659 - .9160)
11.Inspección de conducto auditivo.	4.65% (2)	(.0056 - .1581)	95.35% (41)	(.8418 - .9943)
12.Inspección de ganglios linfáticos retro auriculares y submaxilares.	2.33% (1)	(.0005 - .1228)	97.67% (42)	(.8771 - .9994)
13.Búsqueda de signos de alarma	18.60% (8)	(.0839 - .3340)	81.40% (35)	(.6659 - .9160)
14.Exploración de campos pulmonares.	100% (43)		---	
15.Exploración física general.	95.35% (41)	(.8418 - .9943)	4.65% (2)	(.0056 - .1581)

Los criterios con mejor cumplimiento fue la exploración de los campos pulmonares, la inspección general y la consignación de signos vitales, los rubros que mostraron menor apego a las recomendaciones de la NOM 033 de atención a IRAs y 168 del expediente clínico, fueron la exploración ganglionar y del conducto auditivo, así como la búsqueda de factores ambientales, indagación sobre tratamientos previos, revisión de buco faringe, búsqueda intencionada de signos de alarma y factores de riesgo. De estos resultados se reforzó el conocimiento durante la intervención educativa, tanto para el personal como indirectamente en los padres de familia.

11.2 Resultados de la intervención educativa en el personal de salud.

De las cuatro personas encuestadas se encontró que dos de ellas son médicas pasantes, una en su período final y otra en su período inicial, una enfermera pasante cursando su último mes de servicio social y una enfermera de base con un año de antigüedad en el centro de salud.

Se realizó la medición global de las cuatro personas, comparando los resultados basales y la medición post, con diez preguntas de conocimiento básico; con los resultados se construyó un test de conocimiento de tres niveles, caracterizando el conocimiento nulo cuando era menor o igual a 17 puntos, insuficiente cuando era

mayor de 18 y menor o igual a 22, y suficiente cuando estaba entre 23 y 27 puntos. Así, se exponen los siguientes resultados en la tabla 11.2 y 11.3.

Tabla 11.2 Pre test de conocimiento para personal.			
	Suficiente	Insuficiente	Nulo
	% (n)	% (n)	% (n)
1. Definición de IRA.	0 (0)	25 (1)	75 (3)
2. Clasificación de IRAs.	0 (0)	50 (2)	50 (2)
3. Actividades del Proceso de atención.	75 (3)	0 (0)	25 (1)
4. Factores de riesgo.	0 (0)	50 (2)	50 (2)
5. Signos de alarma.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
6. Plan A de seguimiento.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
7. Plan B de seguimiento.	50 (2)	50 (2)	0 (0)
8. Plan B sin factores de riesgo.	25 (1)	75 (3)	0 (0)
9. Plan C de seguimiento.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
10. No medicación innecesaria	25 (1)	50 (2)	25 (1)
Global Test de conocimiento	50 (2)	25 (1)	25 (1)

Tabla 11.3 Pos test de conocimiento para personal.			
	Suficiente	Insuficiente	Nulo
	% (n)	% (n)	% (n)
1. Definición de IRA.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
2. Clasificación de IRAs.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
3. Actividades del Proceso de atención.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
4. Factores de riesgo.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
5. Signos de alarma.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
6. Plan A de seguimiento.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
7. Plan B de seguimiento.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
8. Plan B sin factores de riesgo.	75 (3)	25 (1)	0 (0)
9. Plan C de seguimiento.	100 (4)	0 (0)	0 (0)
10. No medicación innecesaria	100 (4)	0 (0)	0 (0)
Global Test de conocimiento	100 (4)	0 (0)	0 (0)

De los rubros con nulo conocimiento antes de la intervención, estaban la definición, clasificación, y reconocimiento de factores de riesgo, los cuales aumentaron a un conocimiento suficiente en el pos test. El seguimiento del plan B, sin factores de riesgo y la no medicación innecesaria que incluía uso de antihistamínicos, antitusígenos y

antibióticos, se encontraba con un nivel insuficiente, el cual aumentó a suficiente en el pos test. Como resultado final, el test muestra que se aumentó el conocimiento en un 100% del global, lo cual corresponde al doble de la meta propuesta en la intervención educativa.

11.3 Resultados de la intervención educativa para los padres de familia.

Participaron en la intervención un total de 26 personas, 24 madres y dos padres, en el pos test hubo pérdida de un padre de familia, quedando el análisis de 25 asistentes. El 44% tenía entre 20 y 35 años de edad, el 32% era mayor de 35 años, el 20% estaba entre 17 y 20 años y sólo un caso (4%) era menor de 17 años. El 56% refirió tener hijos de entre tres y cinco años, el 24% de uno a tres años y el 20% de menos de un año de edad.

Se utilizó el mismo test de conocimiento que para el personal de salud, pero adaptando la terminología a la comunidad, la construcción del índice de conocimiento fue también igual. Se obtuvieron los resultados que se plasman a continuación en la tabla 11.4 y 11.5:

Tabla 11.4. Pre test de conocimiento para padres.						
	Suficiente	IC. 95%	Insuficiente	IC. 95%	Nulo	IC. 95%
	% (n)		% (n)		% (n)	
1. Definición de IRA.	4 (1)	(.0010-.2035)	64 (16)	(.4252-.8202)	32 (8)	(.1494-.5350)
2. Clasificación de IRAs.	4 (1)	(.0010-.2035)	24 (6)	(.0935-.4512)	72 (18)	(.5061-.8792)
3. Actividades del Proceso de atención.	16 (4)	(.0453-.3608)	40 (10)	(.2112-.6133)	44 (11)	(.2440-.6507)
4. Factores de riesgo.	0 (0)		24 (6)	(.0935-.4512)	76 (19)	(.5487-.9064)
5. Signos de alarma.	12 (3)	(.0254-.3121)	44 (11)	(.2440-.6507)	44 (11)	(.2440-.6507)
6. Plan A de seguimiento.	52 (13)	(.3130-.7220)	24 (6)	(.0935-.4512)	24 (6)	(.0935-.4512)
7. Plan B de seguimiento.	68 (17)	(.6275-.7257)	12 (3)	(.0254-.3121)	20 (5)	(.0683-.4070)
8. Plan B sin factores de riesgo.	32 (8)	(.1494-.5350)	40 (10)	(.2112-.6133)	28 (7)	(.1207-.4938)
9. Plan C de seguimiento.	53 (13)	(.3130-.7220)	24 (6)	(.0935-.4512)	24 (6)	(.0935-.4512)

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

10. Apego al tratamiento recomendado.	64 (16)	(.4252-.8202)	32 (18)	(.5061-.8792)	4 (1)	(.0010-.2035)
Global Test de conocimiento.	24 (6)	(.0935-.4512)	68 (17)	(.6275-.7257)	8 (2)	(.0098-.2603)

Tabla 11.5 Pos test de conocimiento para padres.

	Suficiente % (n)	IC. 95%	Insuficiente % (n)	IC. 95%	Nulo % (n)	IC. 95%
1. Definición de IRA.	80 (20)	(.5929-.9316)	20 (5)	(.0683-.4070)	0 (0)	---
2. Clasificación de IRAs.	72 (18)	(.5061-.8792)	12 (3)	(.0254-.3121)	16 (4)	(.0453-.3608)
3. Actividades del Proceso de atención.	84 (21)	(.6391-.9546)	16 (4)	(.0453-.3608)	0 (0)	---
4. Factores de riesgo.	80 (20)	(.5929-.9316)	20 (5)	(.0683-.4070)	0 (0)	---
5. Signos de alarma.	88 (22)	(.6878-.9745)	12 (3)	(.0254-.3121)	0 (0)	---
6. Plan A de seguimiento.	96 (24)	(.7964-.9989)	4 (1)	(.0010-.2035)	0 (0)	---
7. Plan B de seguimiento.	80 (20)	(.5929-.9316)	12 (3)	(.0254-.3121)	8 (2)	(.0098-.2603)
8. Plan B sin factores de riesgo.	64 (16)	(.4252-.8202)	32 (8)	(.5061-.8792)	4 (1)	(.0010-.2035)
9. Plan C de seguimiento.	80 (20)	(.5929-.9316)	8 (2)	(.0098-.2603)	12 (3)	(.0254-.3121)
10. Apego al tratamiento recomendado.	92 (23)	(.7396-.9901)	8 (2)	(.0098-.2603)	0 (0)	---
Test de conocimiento.	96 (24)	(.7964-.9989)	4 (1)	(.0010-.2035)	0 (0)	---

En el pre test, se observó que los rubros con menor conocimiento fueron: definición y clasificación de IRAs, así como la detección de factores de riesgo y signos de alarma, dichos rubros aumentaron en más del 100% cada uno en el pos test. El rubro que presentó menor aumento de conocimiento fue el plan B de seguimiento (IRA sin factores de riesgo, ni signos de alarma, pero que requiere cuidados ambulatorios y antibióticos) que tuvo un aumento del 68% al 80%. De forma global, el conocimiento aumentó de un 24% a un 96%, es decir, un 300% (la meta estaba estimada en 50%).

11.4 Resultados de interés epidemiológico

De los 25 padres participantes en la intervención educativa, se obtuvo que el 84% de sus hijos menores de 5 años habían padecido alguna IRAs en los últimos 12 meses, lo cual concuerda con los datos encontrados en el diagnóstico de salud previo a la intervención. De los niños que habían cursado con una IRA, el 16% se complicó con neumonía; utilizando la prueba exacta de Fisher se buscó la relación de variables, encontrándose los siguientes resultados en la tabla 11.6.

Tabla 11.6. Significancia estadística entre variables de interés

Variable dependiente	n	Variable independiente	n	Prueba exacta de Fisher
1. Prematurez	9	IRA	21	0.542
2.Lactancia materna	10	IRA	21	0.468
3.Ablactación prematura	10	IRA	21	0.468
4.Exposición a humo de tabaco	10	IRA	21	0.468
5.Exposición a humo de leña	9	IRA	21	0.116
6.Exposición a polvo industrial	18	IRA	21	0.053

No se encontró significancia estadística en las relaciones de variables, sin embargo, se considera que el número de muestra es muy pequeño para alcanzar la sensibilidad suficiente, de tal forma que la variable *Exposición a polvo industrial* bien pudiera tener relación directa con el desarrollo de las Infecciones Respiratorias Agudas.

11.5 Resultados cualitativos respecto a la percepción sobre los errores más frecuentes durante el proceso de atención.

Al final de la última sesión educativa, se recopilaron comentarios de retroalimentación de las madres de familia, indagando cuáles habían sido los principales errores que se cometían durante el proceso de atención de los niños con IRAs. Se obtuvieron en total 94 comentarios, los cuales fueron analizados en primera instancia dividiendo las causas atribuibles a la familia (44 comentarios) y las atribuibles al servicio de atención

**Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones
Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.**

de salud (48 comentarios). Se organizaron en un diagrama de afinidad y se obtuvieron los siguientes resultados (tabla 11.7 y 11.8)

Tabla 11.7. Errores atribuibles a la familia o a la atención en casa

Insumos (n)	Conocimiento (n)	Atención o descuido (n)
“No tomo la temperatura por falta de termómetro” (2)	“Auto medicar a los niños” (15)	“Las mamás no le dan el medicamentos como el médico indica” (7)
	“Yo me siento culpable por no cooperar con el médico para el diagnóstico...” (1)	“No regresar a consulta “ (4)
	“No sé tomar la temperatura” (2)	“No llevar a los niños antes de que se compliquen” (3)
	“No decir al doctor los padecimientos del niño” (3)	“No ser higiénicos en el hogar, no limpiar sus oídos y fosas nasales” (1)
	“Cuando la mamá es muy joven no se sabe que es factor de riesgo” (1)	“No escuchar a nuestros hijos cuando nos dicen que les duele algo...” (1)
	“No saber que los niños menores de 2 meses tienen más factores de riesgo” (1)	
	“No revisar la respiración” (3)	
	“Aplicar gotas de leche en los oídos” (1)	

Tabla 11.8. Errores atribuibles al servicio de atención de salud.

Organizacionales (n)	Recursos materiales (n)	Conocimiento (n)	Atención o descuido (n)
“La doctora no llega a dar consulta” (2)	“No hay nebulizador en el centro de salud” (6)	“Recetar supositorios para bajar la fiebre” (1)	“La enfermera no pesa ni mide al niño” (2)
“Sólo atienden con cita en el centro de salud” (2)	“No hay medicamentos en el centro de salud” (2)	“El doctor no cita al niño para su revisión” (1)	“Por prisas no toman bien la temperatura” (3)
“Si hay una urgencia hay que esperar demasiado” (1)		“El médico no receta adecuadamente” (3)	“La doctora no revisa todas las partes de los pulmones” (2)
“Las enfermeras no dan los primeros auxilios si no hay doctor” (1)			“No checan la respiración” (1)
			“La doctora no toma los signos vitales” (7)
			“La doctora no revisa los oídos” (2)
			“No revisar bien de todo a los niños” (6)
			“La doctora no pregunta...no hace el interrogatorio completo” (2)
			“El médico no mas pregunta y no revisa” (1)
			“El doctor ni volteo a ver al niño”

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

			(1)
			“No explican las reacciones de las vacunas “ (1)
			“La doctora no revisa la garganta” (1)

De los resultados que se observan en los errores atribuibles a la atención del servicio de salud, son los principales problemas que se encontraron en el análisis de expedientes clínicos, como es el caso de la exploración e inspección completa. Otros factores encontrados se relacionan con cuestiones organizacionales como la inasistencia médica o la falta de disponibilidad de citas. Otro problema frecuente mencionado fue la falta de nebulizador para el seguimiento de plan B con signos de alarma pero sin factores de riesgo, de tal manera que la inexistencia del dispositivo dificulta el tratamiento ambulatorio, referente a esto, las madres de familia dialogaron sobre la posibilidad de organizarse para gestionar los recursos necesarios ante la ayudantía municipal.

XII. DISCUSION

El conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica, mejoran la calidad de la atención por medio de la estandarización de criterios diagnósticos, de tratamiento, seguimiento y prevención de diversas enfermedades. Tal es el caso de la guía clínica para IRAs propuesta en esta intervención comunitaria. La estandarización disminuye el riesgo de cometer errores o desfases en la atención.

Por otra parte, la homogenización del conocimiento entre el personal de salud y la comunidad brinda el ambiente idóneo para mejorar la relación médico paciente, al mismo tiempo que los pacientes y sus familiares juegan un nuevo rol de socios en el cuidado de su propia salud, propiciando el empoderamiento de la comunidad en los procesos de atención médica.

Existe poca literatura que muestre los cambios de comportamiento de la población cuando se le brinda el conocimiento básico como para entender el proceso de atención médica, sin embargo, Foucault, en *El Nacimiento de la Clínica*, publicado en Francia en 1963, consideraba que *“no hay conocimiento que no implique un ejercicio de poder, ni poder sin conocimiento”*.

Los resultados cualitativos mostraron en esta intervención que cuando se brinda el conocimiento a la comunidad, ella se interesa en participar, pero además, funciona como detector y calificador de la calidad de la atención, no sólo en su esfera interpersonal, sino en la técnica también, así mismo, tiene el conocimiento para prevenir errores o limitar daños potenciales.

Contrario al paradigma médico, sobre la dificultad que existe en asimilar el conocimiento de la historia natural de las enfermedades, así como el uso de la clínica, se comprueba que el nivel educativo no es proporcional al interés en el conocimiento de las infecciones respiratorias agudas por parte de los padres de familia.

A pesar de que se han llevado a cabo diversas intervenciones comunitarias con énfasis en la detección de signos de alarma por parte de las madres de familia, en esta intervención se muestra que el brindar el conocimiento de una manera más completa y no sólo de signos de alarma propicia la construcción del conocimiento de una forma práctica, no tan sólo de la comunidad, sino también del personal de salud.

XIII. CONCLUSIONES

Se concluye que la intervención educativa cumplió y sobrepasó las metas propuestas (de 50% hasta 300% en el conocimiento adquirido por los padres de familia y de 50% hasta 100% en el conocimiento adquirido por el personal de salud).

Aunque el número de muestra de los participantes fue pequeño, se considera que las Infecciones Respiratorias Agudas se relacionan con la exposición a contaminantes ambientales, principalmente el polvo de las fábricas de cal y asfalto localizadas en la Colonia Calera Chica.

El análisis de expedientes clínicos brindó variables de interés necesarias de profundizar y reforzar en cuanto al conocimiento correcto del personal de salud y de la comunidad.

XIV. RECOMENDACIONES

Se propone realizar una medición de expedientes clínicos al final del servicio social de cada pasante de medicina, para evaluar los cambios de conocimiento sobre la guía clínica de atención a IRAs, aplicada a la conformación del expediente clínico. Con esto no sólo se valoraría el cambio en el conocimiento, sino el desarrollo de aptitudes y habilidades por parte del personal de salud.

Es un área de oportunidad la mejor conformación del Expediente Clínico, conforme a la normatividad, para poder utilizarlo como una fuente secundaria confiable de datos patográficos para posteriores estudios de investigación.

Se considera que se pudo profundizar más en la medición de variables de interés de los padres de familia participantes, ya que en las intervenciones educativas se observaba la adquisición de conocimientos más finos como la detección de polipnea y disnea de acuerdo a la edad de los niños, para las madres de familia fue relativamente fácil relacionar la cantidad de respiraciones esperadas de acuerdo a la edad de los hijos.

El número de muestra de los participantes fue pequeño, por lo cual se considera que con una mejor campaña publicitaria se pudiera obtener mayor interés de los padres de familia que no participaron.

XV. BIBLIOGRAFÍA

¹ Portal ciudadano del Gobierno de Morelos (sitio de internet). Morelos 2006-2012 (consultado 2009 Enero 10). Disponible en <http://www.morelos.gob.mx/>

² Portal ciudadano del Municipio de Jiutepec (sitio en internet). Jiutepec, Morelos 2009-2012 (Consultado 2009 Enero 10). Disponible en <http://www.municipiojiutepec.gob.mx/>

³ Gómez J. Diagnóstico de salud comunitario. Centro de Salud Disperso 004 de Calera Chica. Jurisdicción sanitaria No. 1. Servicios de Salud de Morelos: México, 2006.

⁴ *Ibíd.*

⁵ Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Morelos [Encuesta en internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006 (consultado 2009 Enero 10). Disponible en: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>

⁶ Strauss, A. Corbin J. Basics qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Sage Publications. London, 1998.

⁷ Strauss, A. Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Ed. Universidad de Antioquia. 2002

⁸ *Ibíd*

⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (sitio en internet). Censo de Población y Vivienda 2005 (consultado 2008 Noviembre 15). Disponible en <http://www.inegi.org.mx/>

¹⁰ *Ibid*

¹¹ Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en niños de 3 meses a 18 años. Catálogo maestro de guías clínicas CENETEC 2010. (consultado en 2009 Marzo 25). Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx

¹² Alimentación del lactante y del niño pequeño. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. (consultado en 2009 Marzo 10). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html>

¹³ Gómez J. Diagnóstico de salud comunitario. Centro de Salud Disperso 004 de Calera Chica. Jurisdicción sanitaria No. 1. Servicios de Salud de Morelos: México, 2006.

¹⁴ Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafre H. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Revista Médica del IMSS (serie en internet) México, 2003 (consultado 2009 Mayo 15). 41 (Supl): S3-S14. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031b.pdf>

¹⁵ Dirección General de Educación y Calidad en Salud (sitio en internet). México: 2006-2012 (actualizado Enero 2011; consultado 2011 Junio). Disponible en www.calidad.salud.gob.mx

¹⁶ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (sitio en internet) México: 2006-2012 (actualizado Enero 2011; consultado 2011 Junio). Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx

¹⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Apartado 8, sobre la Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.

¹⁸ *Ibidem* 13

¹⁹ Morales W, Becerril A, Merlos C, Hernández J, Juárez X, Pruñonosa J. Diagnóstico Integral de Salud de la Colonia Calera Chica, Jiutepec, Morelos 2009. En: Presentación de diagnósticos comunitarios. Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México Diciembre 2009.

- ²⁰ González Saldaña N. Palacios Saucedo G. Infecciones respiratorias, Cap.20 Neumonía. Antología de medicina pediátrica. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- ²¹ Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafrec H. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Revista Médica del IMSS (serie en internet) México, 2003 (consultado 2009 Mayo 15). 41 (Supl): S3-S14. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031b.pdf>
- ²² Manual de procedimientos técnicos: Infecciones respiratorias agudas. Programa de atención Salud del niño. Secretaría de Salud. México, 2002.
- ²³ Efectividad clínica en las IRAS en niños menores de 5 años, boletín práctica médica efectiva, INSP, México 2006.
- ²⁴ Guiscafrec G. La atención integral del niño con infección respiratoria aguda: lo apropiado y lo actual. Guías clínicas para disminuir el abuso de antimicrobianos y de sintomáticos, así como el de evitar que los niños mueran en el hogar por neumonía, después de haber recibido consulta médica. 04-06-2008.
- ²⁵ Villa S, Guiscafrec H, Martínez H, Urban JC, Reyes S, Lezana MA, et al. Muertes en el hogar en niños con diarrea o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. Bol Med Hosp Infant Mex. 1994; 51: 233-42.
- ²⁶ Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en niños de 3 meses a 18 años. Catálogo maestro de guías clínicas CENETEC 2010. (consultado en 2009 Marzo 25). Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx
- ²⁷ Flores-Hernández S, Pérez Trejo J, Reyes-Morales H. Diseño y aplicabilidad de una guía clínica para la atención apropiada en las infecciones respiratorias agudas Gaceta Médica México 1999; Volumen 135(2): 121-137.

²⁸ Bruno B. Proyecto de garantía de calidad, guía para el administrador de salud, Vigilancia de la calidad de la atención primaria. Center for Human Services USA. 2006.

²⁹ Pérez C, Reyes M, Guiscafré G. Guías clínicas en la práctica medica médica del instituto mexicano del seguro social (consultado en Septiembre 2009). Disponible en <http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/marcoConceptual.html>

³⁰ Ibid.

³¹ NOM-031-SSA2-1999, para el control del niño sano. Apartado 8: Atención médica del niño con infección respiratoria aguda.

³² Diagnóstico y manejo de la infección de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México: Secretaría de Salud; 2009 (consulta en Noviembre 2008) disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

³³ Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafre H. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Revista Médica del IMSS (serie en internet) México, 2003 (consultado 2009 Mayo 15). 41 (Supl): S3-S14. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031b.pdf>

³⁴ Manual de procedimientos técnicos: Infecciones respiratorias agudas. Programa de atención Salud del niño. Secretaria de Salud. México, 2002.

³⁵ Presupuesto de egresos 2009 para las entidades federativas y el Distrito Federal. diputados federales de acción nacional Cc: de área económica .Fecha: 04 de diciembre de 2008.

³⁶ Servicios de salud de Morelos dirección, subdirección de recursos financieros, departamento de control presupuestal y contabilidad .Balance general al 31 de diciembre del 2008. [documento en internet]. México: Servicios de salud de Morelos, 2008 [consultado 18 de octubre 2009]. Disponible en:

Mejora en el proceso de atención médica por medio de la aplicación de la guía clínica de atención de Infecciones Respiratorias Agudas en Jiutepec, Morelos, 2009.

http://www.ssm.gob.mx/pdf/transp/ob_cont_admin/Informacion%20Economica/ESTADOS_FINANCIEROS_DIC_2008.pdf

³⁷ Secretaría de gobernación Mex. Periódico Oficial Tierra y Libertad No.4589 de fecha 25 de Enero 2008, en el que se aprueba el Presupuesto de egresos para el ejercicio 2008.