



PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE LAS IRA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO

Dr. Yehuda Benguigui

I. INTRODUCCIÓN

Existen cuatro aspectos importantes en el análisis del problema de las IRA y, por lo tanto, en el diseño de acciones de control: la mortalidad, la morbilidad, la calidad de atención de los casos, y la prevalencia de factores de riesgo.

a) Mortalidad

Dentro del conjunto de enfermedades que se agrupan bajo la denominación de IRA, la neumonía representa la principal causa de mortalidad y a ella se debe 85% del total de defunciones por estas causas. Por esta razón, la mayor parte de la información disponible para el análisis de las IRA como causa de mortalidad se refiere a la neumonía. No obstante, en ocasiones se incluye en el análisis otros diagnósticos de IRA (influenza, bronquitis, bronquiolitis), debido a los defectos que, en general, tiene la información de mortalidad por causas específicas, sobre todo cuando se trata de niños pequeños de países en desarrollo.

Estos problemas en la clasificación, deben agregarse a los ya existentes en la calidad de las cifras de mortalidad general de los países en desarrollo de América, los que se acentúan en el caso del registro de defunciones de niños menores de 5 años.

Las estimaciones de la OPS disponibles indican que la mortalidad por IRA en los niños menores de 5 años (incluyendo neumonía, influenza, bronquitis y bronquiolitis) va de 16 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el Canadá a 3.072 en Haití, en donde las IRA representan entre 20 y 25% del total de defunciones; vale decir también que de cada cuatro muertes de niños menores de 5 años, una se debe a una IRA.

En la mayoría de los países en desarrollo de América, las tasas de mortalidad por IRA son menores. No obstante, existe una marcada diferencia entre la situación de los países desarrollados de la Región (Canadá, Estados Unidos) y el resto de los países en desarrollo; entre estos mismos países en desarrollo existen, a la vez, diferencias considerables con respecto a la mortalidad por neumonía e influenza en los niños menores de 1 año. Aun Costa Rica o Cuba, que tienen las menores tasas de mortalidad entre los países en desarrollo de la Región, registran valores siete veces más altos que los de Canadá.

Estas estimaciones, sin embargo, tienen grandes diferencias con las cifras comunicadas oficialmente por algunos de los países de la Región. A excepción de los casos de Belice y Perú, en que la diferencia entre la estimación y la última tasa informada por el país es de más de ocho veces y más de tres veces, respectivamente, en el resto de los países la información de los registros habituales presenta tasas de mortalidad de hasta menos de la mitad que las que surgen de las estimaciones. La descripción de la mortalidad por neumonía e influenza en la Región basada en la información recogida sistemáticamente por los países es limitada, razón por la cual las estimaciones presentan un panorama más aproximado a la realidad.

En un gran número de países en desarrollo con altas tasas de mortalidad por neumonía e influenza, no se ha observado descensos en estas tasas en los últimos años. Comparando las estimaciones de 1985 con las realizadas para 1994, puede observarse que en varios países las tasas estimadas en 1994 fueron más altas que las de 1985, y en otros, las diferencias entre ambas no alcanzan a 20%, lo que representa una tasa de disminución anual de menos de 3%.

La gran diferencia existente entre la mortalidad por neumonía e influenza en los países desarrollados y en desarrollo se incrementa cada vez más si se tiene en cuenta que tanto en el Canadá como en los Estados Unidos las tasas disminuyeron 20% o más en el período que va de 1985 a 1994 (20 y 26,3% respectivamente).

Las causas que explican las diferencias observadas son, sin lugar a dudas, complejas e incluyen consideraciones relacionadas no solamente con el área de la salud. Sin embargo, para los efectos de una sistematización es factible atribuir estas diferencias a los siguientes factores:

- Las dificultades del acceso a los servicios de salud, que determinan un gran número de muertes domiciliarias de niños que no recibieron atención del personal de salud.
- La falta de antibióticos adecuados para el tratamiento precoz, es otro de los factores habitualmente asociados a estas muertes.
- La inadecuada calidad de la atención en muchos servicios de salud, expresada en la falta de criterios estandarizados para la detección precoz de los signos de alarma de neumonía por parte del personal de salud y de la comunidad.

b) Morbilidad

Numerosos estudios realizados sobre la incidencia anual de episodios de IRA en los niños menores de 5 años han concluido que es similar en los países desarrollados y en desarrollo. En todos los estudios se observó que, en promedio, un niño menor de 5 años residente en una

zona urbana sufre seis a ocho episodios anuales de IRA, incluyendo tos, resfrío, rinorrea, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, mientras que en zonas rurales el promedio es de tres a cinco episodios. Estas diferencias podrían atribuirse a la disminución en la concentración de contaminantes ambientales irritantes de la mucosa respiratoria en las zonas rurales.

Por otro lado, se ha observado una marcada diferencia entre la incidencia de neumonía en los países desarrollados y en los países en desarrollo, donde este indicador puede alcanzar cifras de entre 150 a 200 episodios de neumonía por cada 1.000 niños por año. Asimismo, se ha encontrado diferencias en la etiología de estos casos, predominantemente bacteriana en los países en desarrollo, en contraste con la alta prevalencia de neumonías virales en los países desarrollados.

La disponibilidad de información sobre morbilidad en los países de la Región es escasa y los factores que afectan su calidad se agravan por la ausencia de un sistema de registro y análisis sistematizado de los datos a nivel nacional o en las regiones de salud, que sí existe para la mortalidad.

El perfil de los datos disponibles procedentes de estudios especiales, refleja una alta incidencia de IRA en los niños, los cuales representan entre 40 y 60% de las consultas pediátricas en los servicios de salud, en contraste con el bajo peso que tiene la neumonía dentro del total de consultas (menos de 10% en la mayoría de los estudios). Esto podría reflejar la causa de la alta mortalidad por neumonía; en otras palabras, es menor el número de consultas por neumonía porque no se llevan a cabo oportunamente.

En este sentido, la información obtenida a partir de registros hospitalarios muestra en cambio un peso mayor de la neumonía, dado que es una de las principales causas de hospitalización por IRA en los niños, junto con los cuadros de obstrucción bronquial severa. En la mayoría de los hospitales de los países en desarrollo, las IRA representan entre 20 y 40% de todas las hospitalizaciones pediátricas, la mayoría de ellas debidas a neumonía, y un menor porcentaje a bronquitis, bronquiolitis y síndrome de bronco-obstrucción (1).

c) Prevalencia de factores de riesgo

La alta incidencia de neumonía, sumada a la prevalencia de factores de riesgo en los niños (desnutrición, hacinamiento, bajo nivel de atención al niño en el hogar), hace que en los países en desarrollo la incidencia de complicaciones y la mortalidad entre los casos de neumonía sean mucho más frecuentes que en los países desarrollados. Entre los factores de riesgo se destacan especialmente: el bajo peso al nacer, la falta o corta duración de la lactancia materna, la desnutrición y la carencia de vitamina A, la carencia de vacunación o la vacunación incompleta, la contaminación del aire en el interior del domicilio y el enfriamiento.

d) Calidad de atención de los casos

La calidad de atención que reciben los niños menores de 5 años en los servicios de salud ya se mencionó como uno de los factores asociados a las altas tasas de mortalidad y también determina un problema de gran importancia para el control de las IRA, que es el uso de medicamentos para su tratamiento.

Las IRA son la principal causa de administración de antibióticos a los niños menores de 5 años. En la mayoría de los estudios realizados, en 50% o más de los casos de IRA atendidos en los servicios de salud se recetó un antibiótico como tratamiento, a pesar de que la mayoría de esos casos no lo requería. El uso inadecuado de antibióticos fomenta la resistencia bacteriana y puede producir efectos potencialmente nocivos para la salud del niño.

Además de los antibióticos, se recurre a otros medicamentos no recomendados para el tratamiento de las IRA en los niños, tales como los jarabes para la tos y el resfrío, muchos de los cuales contienen compuestos potencialmente nocivos, por su efecto como supresores de los mecanismos naturales de defensa del niño.

En resumen, los principales factores que caracterizan al problema de las IRA en los niños de los países de América son su importancia como causa de mortalidad, hospitalizaciones, secuelas, consultas, uso inapropiado de antibióticos y otros medicamentos para la tos y el resfrío.

II. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL CONTROL DE LAS IRA

El principal objetivo de las acciones de control de las IRA es reducir la mortalidad por neumonía en los niños menores de 5 años.

Además, el control de las IRA en los niños está destinado al logro de otros tres objetivos adicionales, a saber:

- Reducir el uso inapropiado de antibióticos y otros medicamentos en el tratamiento de las IRA.
- Reducir la gravedad y evitar las complicaciones del aparato respiratorio superior (sordera subsecuente a otitis media, fiebre reumática y afecciones cardíacas subsecuentes a faringitis estreptocócica).
- Reducir las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas en las vías respiratorias inferiores (neumonía, bronquiolitis), a través del diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los casos.

El manejo estándar de casos (MEC) es la principal estrategia específica disponible para el logro de los objetivos de control de las IRA. No obstante, existen algunas estrategias generales que contribuirán también en gran medida al logro de los objetivos, tales como la inmunización contra el sarampión y la tos ferina y la prevención de factores de riesgo (2).

a) Manejo estándar de casos

El manejo estándar de casos (MEC) es la principal estrategia disponible para el logro de los objetivos del programa, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad por neumonía en los niños y en la reducción del uso inapropiado de antibióticos para el tratamiento.

El MEC consiste en un árbol de decisiones que sistematiza las tres etapas del manejo de casos: evaluación, clasificación y tratamiento. Para esto, el MEC, propone un conjunto de signos y síntomas de elevado valor predictivo que permiten clasificar a los niños con IRA de acuerdo con su probabilidad de contraer neumonía, así como una serie de recomendaciones estandarizadas de tratamientos de eficacia comprobada, para ser administrados a los niños conforme a su clasificación.

El MEC tiene estos componentes:

1. Tratamiento de los casos de enfermedad muy grave y neumonía grave en niños menores de 2 meses en hospitales.
2. Tratamiento de casos de enfermedad muy grave y neumonía grave en niños de 2 meses a 4 años en hospitales.
3. Tratamiento de casos de neumonía en niños de 2 meses a 4 años.
4. Tratamiento de casos de tos o resfriado (no neumonía).
5. Tratamiento de casos de niños con sibilancias.
6. Tratamiento de casos de infecciones de oídos.
7. Tratamiento de casos de dolor de garganta.
8. Educación de la madre (o quien tenga a su cargo el cuidado del niño) sobre los signos de alarma y los cuidados en el hogar.

Los cuadros de manejo de casos incluyendo los criterios de diagnóstico, clasificación y tratamiento se presentan en el Anexo 1.

Para adaptar el MEC a las características del área puede ser necesario escoger entre varias opciones, que están generalmente contenidas en las normas y políticas nacionales sobre el control de las IRA. Estas decisiones, incluyen aspectos tales como:

- **Antibióticos que se proporcionará para el tratamiento estándar de neumonía.** La estrategia estándar de casos incluye cuatro antibióticos recomendados para el tratamiento de la neumonía: el cotrimoxazol, la amoxicilina, la ampicilina y la penicilina procainica. La selección de uno u otro dependerá de la situación local, e incluye razones de costo, frecuencia de las dosis y necesidad de elementos descartables para antibióticos inyectables, entre otros.
- **Personal de salud diferente del médico (si es que hay alguno) autorizado para usar antibióticos en el tratamiento de la neumonía, y broncodilatadores para el tratamiento de la sibilancia.**

Cuando una parte de la población tiene acceso restringido o no tiene acceso a servicios de salud que cuenten con atención médica, los casos de neumonía que se detecten no podrán recibir este tipo de atención y correrán riesgo de agravarse y morir al no poder recibir el tratamiento antibiótico. En estas situaciones, puede ser conveniente

capacitar a personal no médico para la detección y del manejo de los casos clasificados como neumonía conforme a los criterios de tratamiento estándar. Este personal deberá ser supervisado estrictamente a fin de evitar el uso excesivo e innecesario de antibióticos, que es otro de los objetivos del control de las IRA.

Una situación similar a la anterior puede darse para el manejo de la sibilancia en los niños, ya que muchos casos no requerirán ser referidos a un servicio de salud que cuente con atención médica si pueden recibir tratamiento con un broncodilatador en el primer nivel de atención por parte de personal de salud no médico.

- **Remedios caseros para recomendar a las madres en el tratamiento sintomático de los casos de tos o resfriado.**

Dado que gran parte de los remedios para la tos y el resfriado tienen diversos componentes en su fórmula, algunos de los cuales son potencialmente nocivos para los niños, se deberá decidir a nivel local cuáles de esos medicamentos pueden ser utilizados sin riesgo por las madres. A su vez, existen diversos preparados caseros que las madres y la comunidad acostumbran utilizar para el tratamiento del resfriado y la tos, los que deberán ser analizados a nivel local con el fin de detectar aquellos que sean nocivos y desalentar su uso, instando a la comunidad a utilizar remedios que no sean perjudiciales para el niño.

El módulo “Políticas Nacionales” del Curso sobre organización de las actividades de control de las IRA contiene algunas consideraciones adicionales y un análisis más profundo sobre estos puntos.

b) Inmunización contra el sarampión y la tos ferina

La inmunización contra el sarampión y la tos ferina, es una importante estrategia preventiva recomendada actualmente que puede evitar algunos casos de neumonía.

La neumonía es una complicación frecuente de los niños con sarampión o tos ferina, estimándose que aproximadamente 15% de las muertes por neumonía de niños menores de 5 años se debe a complicaciones secundarias de estas enfermedades. Dado que sin inmunización, una elevada proporción de los niños de 6 meses a 3 años contraerá sarampión y tos ferina, la vacunación contra estas enfermedades es una importante estrategia para reducir el número de casos y de muertes por neumonía.

Los detalles específicos de la planificación e implementación de la vacunación contra el sarampión y la tos ferina se presentan en el capítulo referido a las acciones de control de enfermedades prevenibles por inmunización

c) Reducción de factores de riesgo

La reducción de la prevalencia de factores de riesgo tales como el bajo peso al nacer, la desnutrición, la alimentación con biberón del recién nacido y las malas prácticas de destete, la contaminación del aire en el interior de la vivienda y la exposición al frío excesivo o los

enfriamientos, también constituye una importante estrategia para reducir la incidencia y gravedad de los episodios de neumonía, con la consiguiente disminución de la mortalidad por esta causa y para el control de las IRA en los países de la Región.

Algunas consideraciones específicas sobre la prevención de ciertos factores de riesgo tales como el bajo peso al nacer, la desnutrición y la ausencia de lactancia materna, se presentan en los capítulos respectivos de esta publicación (3).

III. ETAPAS DE IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES DE CONTROL

Para la implantación de las acciones de control se ha propuesto cuatro etapas, ordenadas para dotar de una mayor eficiencia al proceso de implantación, destinando en primer lugar los esfuerzos a garantizar la efectiva aplicación de las acciones de control en los servicios de salud, antes que a fomentar la consulta por parte de la población. De este modo, se espera evitar los problemas que puedan surgir al incrementar el número de niños que consultan por IRA antes que el personal de salud esté efectivamente capacitado para aplicar las estrategias recomendadas (1, 4).

Las etapas propuestas, así como las principales actividades destinadas a su cumplimiento se detallan a continuación:

a) Etapa 1

Proporcionar MEC de IRA en los servicios de salud de primer nivel y MEC de neumonía grave y enfermedad muy grave en hospitales públicos y privados.

Actividades:

- Aumentar el acceso al MEC de IRA capacitando al personal en las instalaciones de salud y suministrando medicamentos y equipo apropiados. El MEC incluye enseñar a las madres que acuden a los servicios de salud, cómo atender los casos de IRA en el hogar.
- Aumentar el acceso al MEC de neumonía grave y enfermedad muy grave capacitando al personal en hospitales, suministrando medicamentos y equipo necesario.

b) Etapa 2

Proporcionar MEC de IRA por intermedio de los agentes comunitarios de salud (ACS).

Actividades:

- Aumentar el acceso al MEC de IRA, mediante el entrenamiento, provisión de suministros y supervisión de trabajadores de salud de la comunidad.

c) Etapa 3

Fomentar la atención correcta de los niños con IRA en el hogar, incluyendo la identificación precoz de los signos de neumonía por parte de las madres y otros responsables del cuidado de los niños, para ser llevados rápidamente a un trabajador de salud cuando se necesite.

Actividades:

- Educar a la familia acerca del cuidado en el hogar de las IRA, la detección de los signos de neumonía en los niños y cuándo buscar ayuda fuera del hogar, promoviendo el uso de los servicios de salud.

d) Etapa 4

Proporcionar tratamiento especializado de los casos de infección respiratoria que no han respondido al MEC y/o casos que pudieran beneficiarse de un tratamiento especializado.

Actividades:

- Aumentar el acceso al manejo de casos especializado en hospitales de referencia del segundo y tercer nivel.

La secuencia anterior no es rígida, y algunas de las etapas pueden ser simultáneas, dependiendo de las características del sitio de aplicación. No obstante, la secuencia propuesta permite concentrarse en primer lugar en los aspectos sobre los que se tiene mayor control y responsabilidad, como lo es el manejo de casos en las instalaciones de salud del primer nivel y en los hospitales. El comienzo de la implantación del control de las IRA proporcionando MEC en los establecimientos de salud del primer nivel, permitirá reducir la mortalidad por IRA, mejorando el reconocimiento precoz de los casos por parte del personal de salud e instaurando un tratamiento oportuno y apropiado.

IV. PASOS A SEGUIR PARA LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación de las estrategias de control de las IRA a nivel local incluye los siguientes pasos:

a) Descripción del área geográfica de aplicación de las estrategias

El primer paso para la implementación de las estrategias de control de las IRA consiste en definir claramente el área geográfica en la cual se llevarán a cabo las actividades. Esta definición permitirá establecer la población que habrá de atenderse, el número de niños menores de 5 años y su distribución en menores de 2 meses, de 2 a 11 meses y de 1 a 4 años (estos

grupos de edad serán de utilidad para el cálculo de las necesidades de medicamentos para el tratamiento, tal como se describe más adelante).

La confección de un mapa del área de aplicación será de mucha utilidad para poder establecer los sitios en que se concentra la población, las vías de comunicación, y los accidentes geográficos que pueden dificultar el acceso. En este mapa podrán figurar los diferentes dispensadores de atención de salud disponibles, tal como se describe en el inciso c), más adelante (5).

b) Descripción de la situación actual del problema de las IRA en el área de aplicación

Antes de empezar la planificación, es muy importante conocer la magnitud del problema de las IRA en el área de aplicación, especialmente en lo que se refiere a los aspectos que serán objeto de control, esto es la mortalidad, la morbilidad y la calidad de atención. Deberá recabarse información sobre:

- El número de muertes por neumonía en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, ocurridas en el último año del que se dispone de información.

Cuando la información de mortalidad no está disponible, o bien la calidad del diagnóstico de causa de muerte no sea adecuada, puede utilizarse como indicador el número de muertes totales en estos grupos de edad, ya que en la mayoría de los países en desarrollo la neumonía es la causa de 10 a 30% de las muertes totales en los menores de 5 años.

Algunas características de las muertes ocurridas tales como el sitio de la defunción (en un establecimiento de salud o en el domicilio), la atención recibida previa a la muerte, el estado de vacunación del niño, el estado nutricional y el peso al nacer, también contribuirán a definir las estrategias a fortalecer durante la implementación del control de las IRA. Esta última información puede extraerse de las historias clínicas de los niños que murieron en el hospital. La información sobre los niños que fallecieron en el domicilio puede obtenerse en los registros de los centros y puestos de salud del área en que se encuentra la vivienda, o mediante visitas a las familias.

- El número de hospitalizaciones de niños menores de 5 años por neumonía y otras IRA en los establecimientos de salud del área de aplicación en el último año disponible. También en este caso, algunas características de las hospitalizaciones son de interés, por ejemplo si los niños fueron referidos desde servicios de salud periféricos o si fueron directamente llevados al hospital por sus padres, el promedio de días de hospitalización, la tasa de letalidad y el tratamiento administrado.
- El número de consultas de niños menores de 5 años por neumonía y otras IRA a los servicios de salud del área de aplicación (incluyendo tanto los servicios periféricos como los servicios de consulta externa y emergencia de los hospitales), y la proporción de consultas en que se ordenó tratamiento con antibióticos.

La proporción de casos de IRA atendidos y tratados con antibióticos será de mayor utilidad si puede discriminarse de acuerdo con el diagnóstico, ya que para el logro de los objetivos del control de las IRA interesa reducir el uso de estos medicamentos en los casos de no neumonía (tos, resfriado común, bronquitis) o faringitis.

Otros aspectos que también pueden ser de interés sobre las consultas por IRA son la proporción de casos de tos o dificultad para respirar a los que se le indicó radiografía de tórax y la proporción de casos de IRA que recibió jarabes para la tos y el resfriado como tratamiento.

Para el análisis de estos aspectos será necesario revisar la información disponible sobre mortalidad, morbilidad, consultas y hospitalizaciones, a fin de disponer de datos suficientes. Para ello, puede utilizarse los formatos propuestos para la realización de estudios operativos que se incluyen en la publicación "Investigaciones operativas prioritarias para evaluar el impacto de las acciones de control de las IRA", que contiene protocolos de estudio para evaluar los resultados de la aplicación de las estrategias de control y también puede proporcionar información de base, especialmente si refleja la realidad anterior a la intervención (6).

c) Establecimiento de la estructura de salud disponible para la implementación de las estrategias

Una vez definida el área de aplicación y las características del problema, deberá identificarse la estructura disponible para implementar las estrategias de control. Esta estructura comprende todos los dispensadores de atención de salud que participarán en el control de las IRA, incluyendo no sólo hospitales, centros de salud y puestos de salud, sino también los agentes comunitarios de salud (ACS) localizados en poblaciones específicas que no dispongan de establecimiento de salud. La estructura de salud disponible puede incluir tanto establecimientos oficiales como privados, de la seguridad social, iglesias, organizaciones no gubernamentales, entre otros. Puede definirse si los establecimientos no oficiales serán incluidos desde el inicio de la implementación, o en una etapa posterior.

Para la descripción, puede procederse de la siguiente manera:

- Hacer un listado de los establecimientos de salud existentes en el área de aplicación, definiendo su complejidad de acuerdo con las posibilidades de resolución de casos de IRA: establecimientos que pueden manejar casos de enfermedad muy grave, establecimientos que pueden manejar casos de neumonía grave, establecimientos que pueden manejar casos de neumonía, y establecimientos que pueden manejar sólo casos de tos o resfriado (no neumonía). El nivel de complejidad del servicio de salud deberá incluir la disponibilidad o no de un vehículo para referencia de casos y de medios de comunicación (radio, teléfono y otros).
- Ubicar los establecimientos en el mapa del área, diferenciando el nivel de resolución, de acuerdo con lo especificado en el punto anterior.
- Establecer flujos de referencia y contrareferencia entre los distintos niveles de atención.

Por medio de este procedimiento, podrá establecerse claramente el acceso de la población a los distintos dispensadores y, por lo tanto, definir las posibilidades de atención de casos de diferente gravedad para cada población. En especial, podrá establecerse el tiempo medio de referencia entre un nivel y otro, de manera de definir el acceso de los casos que requieran hospitalización. Sobre esta base podrá tomarse decisiones sobre algunos aspectos específicos del MEC, tales como qué personal de salud diferente del médico (si es que hay alguno) podrá prescribir antibióticos para el tratamiento de la neumonía o broncodilatadores para el tratamiento de la sibilancia, en qué lugares distintos de los hospitales deberá disponerse de medicamentos y otros insumos para el manejo de casos graves que no puedan ser referidos. Esto deberá definirse en relación con las posibilidades de acceso y referencia de los casos por parte de los distintos trabajadores de salud.

La estructura de salud disponible también incluye el número y categoría del personal de salud que intervendrá en la planificación y supervisión de la aplicación de la estrategia (jefe de área o sector, director del servicio de salud, supervisor, estadístico), así como el personal responsable de la atención de los niños menores de 5 años con IRA (7).

d) Planificación de la implementación de las estrategias de control de las IRA en el área de aplicación

La implementación de las estrategias de control de las IRA en un área seleccionada debe realizarse en forma secuencial y organizada para garantizar de la manera más eficiente el logro de los objetivos propuestos. Es imprescindible, entoces, planificar las actividades que deberán realizarse para:

- Proporcionar acceso al MEC de IRA a la población menor de 5 años del área de aplicación (submeta de acceso).
- Proporcionar MEC a los casos de neumonía y otras IRA que ocurran entre los menores de 5 años del área de aplicación (submeta de uso).

Para proporcionar acceso a la población a las estrategias de control de las IRA debe implementarse básicamente tres actividades:

- Capacitación del personal de salud.
- Provisión de medicamentos para el tratamiento y otros suministros necesarios para la aplicación de las estrategias.
- Supervisión del personal de salud para garantizar la efectiva aplicación de las estrategias.

El acceso de la población al MEC no garantiza que los casos sean efectivamente tratados, porque las madres pueden optar por no concurrir al servicio de salud en busca de atención, y por esta razón existe una actividad adicional que debe ejecutarse para incrementar su uso, a saber:

- Comunicación social y educación para la salud, destinadas a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad con relación al manejo de los niños con IRA, haciendo hincapié en la detección precoz de los signos de alarma de neumonía para consultar a los servicios de salud y el manejo adecuado de los niños con IRA en el hogar.

La planificación de la implementación del control de las IRA, finalmente, incluye dos actividades adicionales destinadas al seguimiento del proceso y los resultados:

- Monitoreo y vigilancia de las actividades y resultados.
- Evaluación periódica de los resultados obtenidos, tanto en lo que se refiere al proceso de implementación como al impacto de las acciones sobre el problema.

d.1) Capacitación del personal de salud

La capacitación del personal de salud constituye la primera actividad que ha de llevarse a cabo para implementar las estrategias de control de las IRA en el área de aplicación, e incluye básicamente dos aspectos: la organización, planificación y supervisión de las actividades y el manejo de casos de IRA.

El personal del área de aplicación responsable de la implementación del control de las IRA, tales como el jefe o director del área o sector y los supervisores de los establecimientos de salud, debe ser adiestrado en aspectos de organización, planificación y supervisión de las actividades. Esto incluye la capacitación en el estudio del problema, el establecimiento de prioridades, el cálculo de metas y submetas, la planificación y organización de las actividades para la aplicación de las estrategias. Esta capacitación también incluye el conocimiento de las estrategias que habrá de aplicarse, en particular el MEC. Este aspecto es de especial importancia en el caso de los supervisores, quienes deberán verificar la aplicación correcta de la estrategia por parte del personal de salud.

La capacitación de este personal debe realizarse antes de emprender la capacitación del personal de salud encargado de la atención de los casos, a fin de garantizar que la introducción del MEC en los servicios de salud se realice de manera planificada y que el personal dispondrá de supervisores que podrán ayudarle a identificar y solucionar problemas.

La capacitación en el manejo de casos, en cambio, está destinada a todo el personal de salud dedicado a la atención de los niños menores de 5 años con IRA, tanto en los servicios de salud (para la primera etapa) como en la comunidad (para la segunda etapa de implementación). Esto incluye médicos y enfermeras de los hospitales de referencia, centros de salud, puestos de salud y otros establecimientos del área, y posteriormente, a los agentes comunitarios de salud.

Para la capacitación de este personal, también deberá tenerse en cuenta el orden del adiestramiento, siendo conveniente disponer de personal capacitado a nivel de los hos-

pitales de primera referencia antes o simultáneamente con el inicio de la capacitación del personal de los servicios de salud periféricos. De este modo, se evitará el rechazo de los casos referidos al Hospital desde los servicios de salud periféricos, debido al uso de diferentes normas de atención por parte de ambos tipos de servicio.

A medida que se avance en la capacitación del personal de salud, ésta también podrá extenderse al personal de salud del sector privado, de la seguridad social y de ONG que desarrollen actividades a nivel municipal o departamental, para mejorar el acceso al MEC de casos de IRA, y a la vez reforzar la estandarización de los criterios de atención.

Dado que la capacitación del personal en el manejo de casos deberá prepararlo para la evaluación, clasificación y tratamiento de niños con IRA, es muy importante el énfasis de la capacitación práctica en la atención de niños. Por esta razón, se ha recomendado utilizar un 50% o más del tiempo de la capacitación en la práctica de atención, dedicando el tiempo restante al análisis de los materiales en que se describe y analiza la estrategia de MEC.

Para posibilitar esto último, se ha sugerido la creación de unidades de capacitación en el tratamiento de las IRA (UCIRA) las que, implantadas en establecimientos de salud que cuentan con un elevado número de consultas u hospitalizaciones de niños menores de 5 años con IRA, permiten dictar cursos prácticos para el personal de salud.

En el Anexo 2, se presenta un detalle de los materiales de capacitación disponibles y los distintos tipos de curso sugeridos para la implementación de las estrategias de control.

d.2) Provisión de medicamentos y otros suministros

La disponibilidad continua de medicamentos en los servicios de salud es un requisito esencial para la efectiva aplicación de la estrategia del manejo estándar de casos. Los medicamentos necesarios para el control de las IRA figuran en la estrategia de MEC e incluyen antibióticos, antipiréticos y broncodilatadores.

La disponibilidad de antibióticos para el tratamiento de la neumonía es fundamental para la reducción de la mortalidad por esta causa en los niños menores de 5 años, que es el principal objetivo de las actividades de control de las IRA.

La planificación de la provisión de medicamentos incluye varios aspectos, entre los cuales puede destacarse el cálculo de la cantidad necesaria y la distribución y vigilancia de su utilización. Ambos aspectos se describen en detalle en el curso de organización de las actividades de control de las IRA y otros documentos técnicos disponibles (ver Anexo 3).

Es muy importante disponer de los medicamentos antes de iniciar el proceso de capacitación, a fin de garantizar su disponibilidad en los servicios de salud inmediatamente después que el personal ha sido capacitado, para que pueda tratar efectivamente los casos de neumonía que identifica. Si los medicamentos no están disponibles, esto frustrará al personal capacitado, al no poder implementar las acciones recomendadas

para el control. Por otra parte, si se distribuye los medicamentos a personal que aún no ha sido capacitado, es probable que se consuman rápidamente, como consecuencia de su uso inadecuado e innecesario.

Los suministros necesarios para la aplicación de las estrategias de control incluyen, además, los afiches de manejo de casos (“Atención del niño con tos o dificultad para respirar” y “Atención del niño con problema de oídos”) y registros para la atención. Adicionalmente, podrá requerirse el uso de *timers* para contar la frecuencia respiratoria, los que pueden ser de especial utilidad en aquellos casos en que no se disponga de otros mecanismos para contar 1 minuto.

En algunos casos es difícil disponer en forma oportuna y regular de antibióticos y otros medicamentos, debido a razones económicas. En estas situaciones, se deberá impulsar la creación de un fondo rotatorio de medicamentos, que permita un mecanismo permanente de recuperación de costos, a partir del aporte solidario de la comunidad y sus instituciones representativas (9).

d.3) Supervisión del personal de salud

La supervisión de la aplicación efectiva del MEC de IRA es de máxima importancia para garantizar el acceso efectivo de la población al manejo adecuado de casos de neumonía. La supervisión debe concebirse como un complemento indispensable de la capacitación, destinada a analizar y evaluar con el personal de salud las posibles dificultades que enfrente al tratar de implementar las estrategias de control y apoyándolo en las adaptaciones necesarias para su uso diario. La supervisión, a su vez, debe permitir aclarar dudas y reforzar aquellos aspectos que no hayan quedado suficientemente claros durante la capacitación, a fin de garantizar la efectiva aplicación de las estrategias.

Por esta razón, es muy importante que el personal capacitado reciba una visita de supervisión dentro de los primeros dos meses del curso de adiestramiento, con el fin de poder revisar con las posibles dificultades que enfrente para la efectiva aplicación de las estrategias de control. Esta visita será de la mayor importancia para que el personal sepa que cuenta con la asistencia necesaria para la resolución de problemas y que la implementación de las actividades se realizará de manera efectiva.

La supervisión debe realizarse siempre en forma regular e incluir los siguientes aspectos:

- Calidad de la atención a los niños menores de 5 años con IRA, para detectar posibles problemas en la aplicación de las estrategias de control. Este aspecto puede supervisarse observando al personal de salud cuando maneja a un niño con IRA, haciendo preguntas al trabajador de salud, revisando los registros de los últimos casos atendidos e interrogando a algunas madres de niños que consultan al servicio de salud.

- Existencia de los medicamentos y otros suministros necesarios para el tratamiento y su adecuada disposición y conservación. Este aspecto puede verificarse por observación, consultando al trabajador de salud sobre las últimas solicitudes y recepción de medicamentos y revisando los registros de existencia y uso de medicamentos.
- Situación actual y evolución de los indicadores del control de las IRA. Esto puede evaluarse preguntando al trabajador de salud sobre muertes de niños menores de 5 años ocurridas en el área del servicio (en especial las atribuidas a neumonía) y referencia de casos graves a hospitales, así como las acciones que se tomaron para su control.

A fin de no omitir aspectos esenciales, es conveniente disponer de una guía de visita de supervisión que contenga las principales preguntas y actividades a realizar en el servicio de salud, en relación con los aspectos mencionados anteriormente. Algunas preguntas de este tipo están disponibles, incluidas en el documento, de referencia que se incluye en el Anexo 4.

d.4) Comunicación social y educación para la salud

La comunicación social y la educación para la salud están destinadas a enseñar a las madres a identificar precozmente los signos de alarma de neumonía en un niño con IRA para la inmediata consulta a un trabajador de salud. Adicionalmente, la educación de las madres y otros responsables del cuidado de los niños, está destinada a enseñar sobre el manejo adecuado del niño con IRA en el hogar, con objeto de estimular las prácticas apropiadas y desalentar las prácticas perjudiciales o potencialmente nocivas que puedan existir en el manejo de los casos en el hogar.

Dado que el principal objetivo de la comunicación es el fomento de la consulta precoz al trabajador de salud, es fundamental que este personal esté proporcionando efectivamente MEC, esto es, que haya sido capacitado, que disponga de los medicamentos necesarios y que sea periódicamente supervisado.

La comunicación puede realizarse básicamente de dos maneras diferentes: en forma focalizada y en forma masiva. Al inicio de las actividades de control, es conveniente que la comunicación sea focalizada sobre los grupos de población que tienen acceso a trabajadores de salud que proporcionan MEC, ya que de esta forma se evitará generar demanda de atención en sitios en que la capacitación no ha sido aún realizada, o no se dispone de los medicamentos para el tratamiento, o el personal no ha sido supervisado. En esta etapa, se podrá poner énfasis en la educación de las madres y otros responsables del cuidado de los niños durante la consulta, o en las salas de espera de hospitales, centros y puestos de salud que ya proporcionan tratamiento estándar, o en establecimientos educativos o de otro tipo en el área de influencia de estos servicios de salud.

La comunicación masiva, en cambio, debe reservarse para aquellas situaciones en que se ha logrado una gran cobertura de aplicación de las estrategias de control, para no correr el riesgo de que los mensajes educativos que fomenten la consulta precoz sean recibidos por personas a las que no se les ha proporcionado acceso al MEC.

Implementadas de esta manera, la comunicación y educación para la salud darán una adecuada respuesta a aquellas situaciones en que las madres y familias no consultan a los servicios de salud o lo hacen en forma tardía y que, en general, desembocan en una elevada proporción de muertes domiciliarias. En estos casos, será necesario mejorar el nivel de percepción de signos de alarma de las madres y asegurarles el acceso a servicios de salud que proporcionan efectivamente MEC.

Para la comunicación y educación para la salud es muy importante el desarrollo de materiales y metodologías adecuadas a las características culturales del lugar. El procedimiento más adecuado consiste en desarrollar materiales locales sobre la base de los principales mensajes educativos contenidos en la estrategia de MEC.

En algunas regiones o áreas en que existan grupos de población específicos, los mensajes pueden requerir adaptaciones de tipo lingüístico, cultural o etnográfico. En estos casos, se han elaborado guías para la ejecución de estudios específicos que permitan determinar las adaptaciones que haya que realizar.

d.5) Monitoreo de las actividades y resultados

Para garantizar el éxito de las actividades planificadas es muy importante verificar de manera continua si éstas se han cumplido de la manera prevista. A su vez, y dado que las actividades están destinadas al logro de los objetivos de control, sólo podrá garantizarse su cumplimiento controlando periódicamente los avances que se realizaron en relación con el problema.

Esta actividad de vigilancia o monitoreo tiene como finalidad la pronta detección de cualquier problema, tanto en el cumplimiento de las actividades como en el logro de los objetivos, para permitir el rápido diseño de las soluciones más adecuadas a los problemas identificados. De esta forma, el monitoreo evita que se inviertan esfuerzos y recursos en actividades que no brindan los resultados esperados.

El monitoreo debe realizarse en forma periódica (mensual, bimestral), a fin de permitir la pronta detección de los problemas en el cumplimiento de las actividades. A su vez, el monitoreo debe realizarse siguiendo indicadores que reflejen aquellos aspectos que se desea medir, representados por las actividades destinadas a incrementar el acceso a las estrategias de control y su uso por parte de la población (capacitación del personal de salud, provisión de suministros, supervisión y comunicación), y por los resultados que se espera alcanzar en términos de impacto sobre el problema.

Existen indicadores de monitoreo básicos que debe tenerse en cuenta para el seguimiento de las actividades y resultados de la aplicación de las estrategias de control de las IRA, que se basan en los registros habitualmente disponibles en los servicios de salud de los países en desarrollo. Una lista de estos indicadores se presenta en el Anexo 5, incluyendo la forma de cálculo y la fuente de información.

d.6) Evaluación de los resultados obtenidos

La evaluación, finalmente, constituye un proceso de revisión de actividades y resultados, destinado a establecer si se cumplieron las actividades y se alcanzaron los objetivos propuestos inicialmente. Si bien los métodos e indicadores de la evaluación pueden coincidir en muchos casos con los utilizados para el monitoreo, este último se realiza de manera más continua e incluye indicadores específicos para el seguimiento, que pueden detectar la marcha de las actividades y el avance hacia el logro de los objetivos.

La evaluación, por su parte, incluye una revisión integral y más profunda de las actividades, que permite avanzar en el análisis de la eficacia y eficiencia de lo realizado, para identificar alternativas y estrategias diferentes para el tratamiento futuro del problema.

Tal como el monitoreo, la evaluación requiere la medición de indicadores que reflejen cambios en la situación del problema. Estos indicadores están fundamentalmente asociados a los objetivos del control de las IRA y se resumen en el Anexo 5.

V. METAS Y SUBMETAS PROPUESTAS PARA EL CONTROL DE LAS IRA

Habida cuenta de la eficacia de las estrategias de control y la capacidad de los países para llevar adelante el proceso de implementación se ha propuesto, a nivel de la Región de las Américas, metas y submetas que han de alcanzar los países en el marco de los compromisos internacionales asumidos para el mejoramiento de la salud de la madre y el niño. Estas metas de alcance nacional están destinadas a ser adaptadas a las distintas realidades de cada país y deben servir de orientación para los responsables nacionales del control de las IRA durante el proceso de implementación gradual de las estrategias de control (10).

Las metas y submetas nacionales, a su vez, pueden ser utilizadas hacia el interior de los países, tanto a nivel estatal, como provincial y departamental, pudiendo ser de utilidad incluso en el nivel local.

Las metas y submetas propuestas para el año 2000 se presentan a continuación.

1. Metas relacionadas con la capacitación

- Capacitar 100% de los encargados o coordinadores nacionales de IRA y sus divisiones administrativas (estados, provincias, departamentos) en organización, programación y supervisión de actividades de control de las IRA .
- Capacitar en el manejo efectivo de casos de IRA a 80% o más del personal de salud encargado del tratamiento de niños en las instituciones de salud del primer nivel de atención.
- Asegurar el funcionamiento de por lo menos una unidad de capacitación para el tratamiento de la infección respiratoria aguda (UCIRA) por cada unidad federal (estado, departamento, provincia).

2. Metas relacionadas con el acceso y uso del MEC de IRA:

- Proporcionar, al menos a 80% de la población, acceso a un servicio de salud que brinde MEC de IRA (esto incluye personal capacitado, suministros adecuados y supervisión periódica).
- Proporcionar tratamiento estandarizado al 80% de los casos de neumonía en niños menores de 5 años (esto incluye tratamiento ambulatorio con antibióticos, referencia y tratamiento en un hospital a los casos que lo requieran).
- Proporcionar educación sobre atención en el hogar de los niños con IRA 100% de las madres que consultan a los servicios de salud.

3. Metas relacionadas con el impacto del programa (metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia)

- Reducir la mortalidad por neumonía de niños menores de 5 años en 30% para el año 2000 respecto a los niveles de 1990.

VI. ELABORACIÓN DE PLANES OPERATIVOS

Para implementar las estrategias de control de las IRA, se ha propuesto la elaboración de planes operativos nacionales con una descripción detallada de los puntos incluidos en el inciso IV, un detalle de las metas y submetas adecuadas a las características y realidades del país y un calendario de actividades que permita el monitoreo y evaluación por parte de las autoridades nacionales. Estos planes operativos pueden ser muy útiles como guía para la implementación de las actividades, contribuyendo a organizar la tarea de los responsables del control de las IRA en los países y el seguimiento de los resultados obtenidos gracias al esfuerzo realizado.

Los planes operativos no son sólo útiles a nivel nacional, sino también a nivel de los estados, provincias o departamentos en que se dividen los países, e incluso para los niveles locales (área, sector, zona). El contenido de un plan operativo para el nivel local se resume en el Anexo 6.

VII. REFERENCIAS

1. OPS/OMS. *Curso de capacitación sobre organización de las acciones de control de infección respiratorias agudas*. PNSP/90-03. Vol. 1 a 5, junio de 1990.
2. Comité Coordinador Interagencial: OPS/OMS, UNICEF, USAID. *Componente de control de las infecciones respiratorias agudas*. IRA. HPM/IRA/91.02.
3. OMS. *Infecciones respiratorias agudas*. (Panfleto) WHO/ARI/90-17.

4. OPS/OMS. *Quinto informe del programa IRA de la OMS 1990 - 1992*. HPM/ARI/93.1.
5. OPS/OMS. *Informe de la séptima reunión del grupo asesor técnico*. Ginebra, 9 a 10 de marzo de 1992. HMP/IRA/92.11.
6. OPS/OMS. *Implantación, monitoreo y seguimiento de las acciones de control de las IRA en el contexto de la atención integral al niño: indicadores seleccionados según las metas de la Cumbre en Favor de la Infancia*. HMP/IRA/92.05.
7. OPS/OMS. *Investigaciones operativas para evaluar el impacto de las acciones de control de infecciones respiratorias agudas*. HMP/IRA/92.09.
8. OPS/OMS. *Conclusiones y recomendaciones del Seminario Regional de Coordinadores Nacionales de las Acciones de Control de las IRA*. Santa Cruz de la Sierra, febrero 1993.
9. OPS/OMS. *Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención*. HCT, OPS/OMS. WHO/ARI/91.20, OPS/HMP/IRA/92.1, Washington D.C. 1992.
10. Benguigui, Yehuda & Cols. *Atención a la salud maternoinfantil según las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia*. OPS/OMS, Washington D.C. 1996.

VII. ANEXOS

Anexo 1
Cuadros de manejo estándar de casos de IRA

ATENCIÓN DEL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR


PREGUNTE:

- ¿Qué edad tiene el niño?
- ¿Está tosiendo? ¿Desde cuándo?
- De 2 meses a 4 años: ¿Puede beber?
- Menor de 2 meses: ¿Ha dejado de comer bien?
- ¿Ha tenido fiebre? ¿Desde cuándo?
- ¿Ha tenido convulsiones?

OBSERVE, ESCUCHE:

(El niño debe estar tranquilo)

- Cuente las respiraciones en un minuto.
- Observe si tiene tiraje.
- Observe y escuche si hay estridor.
- Observe y escuche si hay sibilancia.
¿Es recurrente?
- Vea si el niño está anormalmente somnoliento, o si es difícil despertarlo.
- Tóquelo para ver si tiene fiebre o temperatura baja (o póngale el termómetro).
- Observe si padece de desnutrición grave.

EL LACTANTE PEQUEÑO (MENOR DE 2 MESES)		
SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Dejó de alimentarse, • Convulsiones, • Anormalmente somnoliento o difícil de despertar, • Estridor en reposo, • Sibilancia, o • Fiebre o temperatura baja. 	
CLASIFIQUESE COMO:	ENFERMEDAD MUY GRAVE	
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo URGENTEMENTE al hospital. ▶ Mantenga el bebé abrigado. ▶ Déle la primera dosis de un antibiótico. 	
SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Tiraje grave o • Respiración rápida (60 por minuto o MAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje grave y • No tiene respiración rápida (menos de 60 por minuto)
CLASIFIQUESE COMO:	NEUMONÍA GRAVE	NO ES NEUMONÍA GRAVE TOS O RESFRIADO
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo URGENTEMENTE al hospital. ▶ Mantenga el bebé abrigado. ▶ Dele la primera dosis de un antibiótico, si es necesario. <p>(Si no puede referirlo, trátelo con un antibiótico y obsérvelo estrechamente.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dígale a la madre que lo cuide en casa: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mantener al bebé abrigado. ▶ Amamantarlo con frecuencia. ▶ Limpiarle la nariz si interfiere con la alimentación. ▶ Regresarle rápidamente si: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Respira con dificultad. ▶ Respira rápidamente. ▶ Es difícil alimentarlo. ▶ La salud del bebé empeora.

EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS	
SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No puede beber; • Convulsiones; • Anormalmente somnoliento o difícil despertarlo; • Estridor en reposo; o • Desnutrición grave.
CLASIFIQUESE COMO:	ENFERMEDAD MUY GRAVE
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo URGENTEMENTE al hospital. ▶ Déle la primera dosis de un antibiótico, si tiene duda que tenga inmediato acceso al hospital. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Trate la sibilancia, si tiene. ▶ Si es posible que tenga malaria cerebral, dele un antimalárico.



SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Tiraje (Si también tiene sibilancia recurrente, refiérase a la sección: ▶ Trate la sibilancia) 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje; • Respiración rápida. (50 por minuto o más, si tiene de 2 a 11 meses; 40 por minuto o más, si tiene de 1 a 4 años). 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje; • No tiene respiración rápida. (Menos de 50 por minuto, si el niño tiene de 2 a 11 meses; menos de 40 por minuto si tiene de 1 a 4 años).
CLASIFIQUESE COMO:	NEUMONÍA GRAVE	NEUMONÍA	NO ES NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo URGENTEMENTE al hospital. ▶ Déle la primera dosis de un antibiótico. ▶ Trate la fiebre, si tiene ▶ Trate la sibilancia, si tiene. <p>(Si no se puede referirlo, trátelo con antibióticos y obsérvelo estrechamente.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dígale a la madre que lo cuide en la casa. ▶ Déle un antibiótico. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Trate la sibilancia, si tiene. ▶ Dígale a la madre que regrese con el niño dentro de dos días para volver a evaluarlo, o antes si empeora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si tose más de 30 días, refiéralo para una evaluación. ▶ Evalúe y trate el problema del oído o del dolor de garganta, si lo tiene (ver gráfico). ▶ Evalúe y trate otros problemas. ▶ Dígale a la madre que lo cuide en la casa. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Trate la sibilancia, si tiene.

Vuelva a evaluar al niño a los 2 días si está tomando antibiótico para neumonía:			
SIGNOS:	PEOR	IGUAL	MEJORANDO
	<ul style="list-style-type: none"> • No puede beber. • Tiene tiraje. • Tiene otros signos de peligro. 		<ul style="list-style-type: none"> • Respira más lentamente. • Tiene menos fiebre. • Está comiendo mejor.
TRATAMIENTO:	▶ Refiéralo URGENTEMENTE al hospital.	▶ Cambie el antibiótico o refiéralo.	▶ Termine los 7 días de antibiótico.

INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO

► Recete un antibiótico

- Dé la primera dosis de antibiótico en la clínica.
- Enseñe a la madre cómo administrar el antibiótico durante siete días en la casa (o que regrese con el niño al Centro todos los días para que le pongan una inyección de penicilina procainica).

EDAD O PESO	COTRIMOXAZOL (Trimetoprim + sulfametoxazol) ► Dos veces al día, durante 7 días			AMOXICILINA ► Tres veces al día, durante 7 días		AMPICILINA ► Cuatro veces al día, durante 7 días		PENICILINA PROCAINICA ► Una vez al día, durante 7 días
	Tableta pediátrica (20mg trimetoprim + 100 mg sulfametoxazol)	Jarabe (40mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5 ml)	Tableta de adultos Potencia sencilla (80 mg trimetoprim + 400 mg sulfametoxazol)	Tableta 250 mg	Suspensión 125 mg en 5 ml	Tableta 250 mg	Suspensión 250 mg en 5 ml	Inyección intramuscular
Menor de 2 meses (<5kg) ♦	1*	2,5 ml*	1/4	1/4	2,5 ml	1/2	2,5 ml	200.000 unidades
De 2 a 11 meses (6-9kg)	2	5 ml	1/2	1/2	5 ml	1	5 ml	400.000 unidades
De 1 a 4 años (10-19kg)	3	7,5 ml	1	1	10 ml	1	5 ml	800.000 unidades

- ♦ Prescriba un antibiótico oral por 7 días en la casa solamente si no se puede referir.
- * Si el niño es menor de 1 mes, déle la mitad de una tableta pediátrica o 1,25 ml de jarabe dos veces al día. Evite cotrimoxazol en lactantes menores de un mes que sean prematuros.

► Enseñe a la madre a cuidar el niño en la casa (Para el niño de 2 meses a 4 años de edad) *

- Alimente al niño.
 - Aliméntelo durante la enfermedad.
 - Aumente los alimentos después de la enfermedad.
 - Limpie la nariz si interfiere con la alimentación.
- Suavice la garganta y alivie la tos con remedios inofensivos y sencillos.
- Más importante aún: en el niño diagnosticado como NO ES NEUMONIA: TOS O RESFRIADO, vigile si muestra los siguientes signos y regrese rápidamente si ocurren:
 - Respira con dificultad.
 - La respiración se vuelve rápida.
 - No puede beber.
 - La salud del niño empeora.

Este niño puede tener neumonía.

* Ver sección sobre el lactante menor de 2 meses para instrucciones en casa pertinentes al grupo etario.

► Trate la fiebre

• Fiebre alta. (≥ 38.5° C, axilar).	• La fiebre no es alta. (38-38.5° C, axilar).	En zona de malaria falciparum: • Cualquier fiebre o • Antecedentes de fiebre	• Fiebre por más de 5 días.
► Déle paracetamol.	► Dígale a la madre que le dé más líquidos.	► Trátelo conforme a las recomendaciones del programa contra malaria.	► Refiéralo para una evaluación.

Dosis de PARACETAMOL

→ Cada seis horas

Edad o peso	Tableta de 100 mg	Tableta de 500 mg
De 2 a 11 meses 6-9 kg	1	1/4
De 1 a 2 años 10-14 kg	1	1/4
De 3 a 4 años 15-19 kg	1 1/2	1/2

SI SÓLO TIENE FIEBRE, NO SE JUSTIFICA DAR ANTIBIÓTICO EXCEPTO A UN LACTANTE MENOR DE 2 MESES. REFIERALO AL HOSPITAL. SI TIENE DUDA DE QUE PUEDA TENER INMEDIATO ACCESO AL HOSPITAL, DÉLE LA PRIMERA DOSIS DE UN ANTIBIÓTICO.

► Trate la sibilancia

Niños con el primer episodio de sibilancia

Si tiene "urgencia respiratoria" → Déle un broncodilatador de acción rápida y refiéralo.

Si no tiene "urgencia respiratoria" → Déle salbutamol oral.

Niños con sibilancia recurrente (asma)

- Déle un broncodilatador de acción rápida y refiéralo.
- Evalúe el estado del niño 30 minutos más tarde:

SI: ENTONCES:

Tiene "urgencia respiratoria" o cualquier signo de peligro → Trate como NEUMONÍA GRAVE o como ENFERMEDAD MUY GRAVE (REFIERALO).

No tiene "urgencia respiratoria" y respira rápido → Trate como NEUMONÍA y déle salbutamol oral.

No respira rápido → Trate como NO ES NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO y déle salbutamol oral.

BRONCODILATADOR DE ACCIÓN RÁPIDA		SALBUTAMOL ORAL ► Tres veces al día, durante 7 días			
Salbutamol nebulizado (5 mg/ml)	0,5 ml más 2,0 ml de agua esterilizada	Edad o peso	Tableta de 2 mg	Tableta de 4 mg	Jarabe 2 mg en 5 ml
Epinefrina subcutánea (adrenalina) (1:1000=0,1%)	0,01 ml por kg de peso	De 2 a 11 meses (<10 kg)	1/2	1/4	2,5 ml
		De 1 a 4 años 10-19 kg	1	1/2	5 ml

DOLOR DE GARGANTA

EVALÚE

PREGUNTE:

- ¿Puede beber el niño?

OBSERVE, PALPE:

- Palpe los ganglios en la parte delantera del cuello.
- Ve a si hay exudado en la garganta.

CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD

SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • No puede beber. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello sensibles y abultados; y • Exudado blanco en la garganta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción u obstrucción nasal; • Garganta roja; • Dolor o ardor de garganta.
CLASIFIQUESE COMO:	ABSCESO DE GARGANTA	INFECCIÓN DE LA GARGANTA (ESTREPTOCÓCICA)	FARINGITIS VIRAL
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo al hospital. ▶ Déle penicilina benzatina (como para infección estreptocócica de la garganta). ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Déle paracetamol para el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déle un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta. ▶ Déle un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Déle paracetamol para el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicaciones sobre cuidados en el hogar. ▶ Déle un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. ▶ Trate la fiebre o el dolor. ▶ Digale a la madre que regrese con el niño si empeora. ▶ Ofrezcale al niño líquidos adicionales.

▶ Trate la fiebre

<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre alta ($\geq 38,5^{\circ}$ C axilar) 	<ul style="list-style-type: none"> • La fiebre no es alta ($38-38,5^{\circ}$ C, axilar) 	En una zona de malaria falciparum: <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier fiebre o • Antecedentes de fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre por más de 5 días.
▶ Déle paracetamol	▶ Digale a la madre que le dé más líquidos	▶ Trátelo conforme a las recomendaciones del programa contra la malaria.	▶ Refiéralo para una evaluación.

Dosis de Paracetamol:
→ Cada seis horas

Edad o peso	Tableta de 100 mg	Tableta de 500 mg
De 2 a 11 meses 6-9 kg	1	1/4
De 1 a 2 años 10-14 kg	1	1/4
De 3 a 4 años 15-19 kg	1 1/2	1/2

SI SÓLO TIENE FIEBRE, NO SE JUSTIFICA DAR ANTIBIÓTICO EXCEPTO A UN LACTANTE MENOR DE 2 MESES.

REFIÉRALO URGENTEMENTE AL HOSPITAL. SI TIENE DUDA DE QUE PUEDA TENER INMEDIATO ACCESO AL HOSPITAL, DÉLE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIBIÓTICO.

▶ Dé un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta

▶ Dé penicilina benzatina

PENICILINA BENZATINA INTRAMUSCULAR
Una sola inyección

< 5 años	600.000 unidades
≥ 5 años	1.200.000 unidades

o

▶ Dé amoxicilina, ampicilina o penicilina V durante 10 días.

▶ Suavice la garganta con remedios inofensivos y sencillos.

Dé paracetamol para el dolor y la fiebre.

PROBLEMA DE OÍDOS

EVALÚE

PREGUNTE:

- ¿Tiene el niño dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?
¿ Desde cuándo?

OBSERVE, PALPE:

- Observe si le está supurando el oído, o tiene el tímpano rojo e inmóvil (mediante otoscopia);
- Palpe detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD

SIGNOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación sensible detrás de la oreja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Está supurando el oído desde hace MENOS de dos semanas; o • Dolor de oído; o • Tímpano rojo e inmóvil (mediante otoscopia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Oído supurando desde hace dos semanas o MÁS.
	CLASIFIQUESE COMO:	MASTOIDITIS	INFECCIÓN AGUDA DEL OÍDO
TRATAMIENTO:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refiéralo con URGENCIA al hospital. ▶ Déle la primera dosis de un antibiótico. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Déle paracetamol para el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déle un antibiótico oral. ▶ Seque el oído con mechas. ▶ Haga otra evaluación en cinco días. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Déle paracetamol para el dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seque el oído con mechas. ▶ Trate la fiebre, si tiene. ▶ Déle paracetamol para el dolor.

INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO

▶ Prescriba un antibiótico oral para una infección del oído

Dé la primera dosis de antibiótico en la clínica.

Enseñe a la madre cómo administrar el antibiótico durante siete días en la casa.

Edad o peso	COTRIMOXAZOL Trimetoprim + sulfametoxazol ▶ Dos veces al día por 7 días			AMOXICILINA ▶ Tres veces al día durante 7 días.		AMPICILINA ▶ Cuatro veces al día durante 7 días	
	Tableta pediátrica (20mg trimetoprim + 100 mg sulfametoxazol)	Jarabe (40mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5 ml)	Tableta de adulto Potencia sencilla (80mg trimetoprim + 400 mg sulfametoxazol)	Tableta 250 mg	Suspensión 125 mg en 5 ml	Tableta 250 mg	Suspensión 250 mg en 5 ml
Menor de 2 meses (<5kg) ♦	1*	2,5 ml*	1/4	1/4	2,5 ml	1/2	2,5 ml
De 2 a 11 meses (6-9kg)	2	5 ml	1/2	1/2	5 ml	1	5 ml
De 1 a 4 años (10-19kg)	3	7,5 ml	1	1	10 ml	1	5 ml

♦ Prescriba un antibiótico para 7 días en la casa solamente si no lo puede referir.

* Si el niño es menor de un mes, déle la mitad de una tableta pediátrica o 1,25 ml de jarabe dos veces al día. Evite el cotrimoxazol en lactantes menores de un mes que sean prematuros o que tengan ictericia.

▶ Seque el oído con mechas

- ▶ Seque el oído por lo menos 3 veces al día:
 - ▶ Enrolle en forma de mecha una tela limpia y absorbente.
 - ▶ Coloque la mecha en el oído del niño.
- ▶ Retire la mecha cuando esté mojada.
- ▶ Reemplace la mecha con otra limpia hasta que el oído quede seco.

ANEXO 2		
MATERIALES DE CAPACITACIÓN DISPONIBLES PARA EL ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL DE SALUD EN RELACIÓN AL CONTROL DE LAS IRA A NIVEL LOCAL		
TIPO DE CURSO	PERSONAL A CAPACITAR	MATERIALES DISPONIBLES
Curso de organización de las acciones de control de las IRA	Coordinadores o responsables del control de las IRA a nivel nacional, regional, estatal, provincial, departamental, etc.	Módulos: “Introducción”, “Atención del niño con IRA”, “Políticas Nacionales”, “Metas Nacionales”, “Actividades de planificación y monitoreo”, “Evaluación”, “Guía del coordinador del curso” y “Guía del facilitador”
Curso de habilidades de supervisión	Supervisores del nivel local, de área y regional, con funciones de supervisión y monitoreo.	Módulos: “Introducción”, “Atención del niño con IRA”, “Metas”, “Planificación y monitoreo”, “Capacitación”, “Participación comunitaria”, “Guía del facilitador del curso”
Tratamiento ambulatorio de las IRA en los niños	Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otro personal de los servicios de atención ambulatoria (centros y puestos de salud, consultorio externo y servicio de emergencia de hospitales).	Módulos: “Manual del participante”, “Atención del niño con IRA”, “Guía para el instructor” Material de apoyo audiovisual.
Curso sobre la atención del niño con IRA	Personal de los servicios de salud del nivel regional o local.	Módulos: “Atención del niño con IRA”, “Guía del coordinador del curso”, “Guía del facilitador”, “Guía del instructor clínico del curso”
Curso sobre la atención del niño con IRA en la comunidad	Personal responsable de la enseñanza a los agentes comunitarios de salud.	Módulos: “Guía para el coordinador de las acciones de control de las IRA”, “Guía para el coordinador del curso”, “Guía para el profesor”, “Materiales de aprendizaje”
Curso para agentes comunitarios de salud	Agentes comunitarios de salud (promotores, guardianes, brigadistas, trabajadores de salud de la comunidad, etc.)	Módulos: “Guía del monitor”, “Módulo de capacitación para agentes de salud” Material de apoyo audiovisual

Nota: Las referencias de los materiales de capacitación se incluyen en el listado de documentos técnicos IRA. Publicación de referencia OPS/HMP/IRA/94.08.

Anexo 3

Modelo de estimación para el cálculo de medicamentos para el tratamiento de las IRA en los niños (*)

Introducción

El cálculo de las necesidades de medicamentos para el tratamiento de los casos de IRA es una importante actividad que debe realizarse en todos los servicios de salud a fin de disponer del material necesario para cubrir las necesidades del servicio. Este cálculo debe realizarse tratando de ajustar las cantidades estimadas lo más posible a las necesidades reales, para garantizar que los medicamentos estarán disponibles en forma continua, no almacenar una cantidad excesiva de medicamentos y no incrementar innecesariamente los costos de la atención.

La necesidad de medicamentos en un determinado servicio de salud puede calcularse conforme al consumo histórico, a un ajuste de las necesidades reales para cubrir la atención, o a una estimación de la incidencia anual de enfermedades en la población que requerirán el uso de cada medicamento. Para el cálculo de las necesidades de medicamentos para tratar las IRA en los niños menores de 5 años, se ha propuesto utilizar esta última forma de cálculo.

Pasos a seguir para el cálculo

El cálculo de las necesidades de medicamentos conforme a la morbilidad estimada requiere los siguientes pasos:

1. Estimar el número de casos que ocurrirán en la población en un año.
2. Estimar el número de casos a los que se dará tratamiento.
3. Estimar el número de unidades de medicamento (ampollas, tabletas, frascos de suspensión) que se requiere para cada tratamiento.
4. Estimar la cantidad de medicamento requerido.
5. Estimar el costo del medicamento.

En el formato siguiente se resume los cinco pasos enumerados para calcular los medicamentos necesarios en el tratamiento de la neumonía y la sibilancia en niños menores de 5 años. Para el cálculo de las necesidades de antibiótico en el tratamiento de la otitis y faringitis, puede seguirse el mismo esquema de cálculo que para la neumonía, modificando las variables necesarias.

(*) Consideraciones adicionales sobre el uso de este modelo de estimación en el nivel local se incluyen en el documento OPS/HMP/IRA/94.09.

HOJA DE CÁLCULO

Medicamentos necesarios para el tratamiento de las IRA

DISTRITO/ÁREA: _____ AÑO: _____

	PORCENTAJE ESTIMADO	FÓRMULA (No. X %)	TOTALES
Número de casos de neumonía que ocurrirán en la población en un año			Ejemplo:
1. Población total	-	-	100.000
2. Población menor de 5 años	15,0%	1 X 0,15	15.000
3. Casos de neumonía estimados	15,0%	2 X 0,15	2.250
Número de casos de neumonía a los que se dará tratamiento			
4. Casos de neumonía que tendrán acceso al manejo estándar (acceso)	60,0%	3 X 0,60	1.350
5. Casos de neumonía con acceso que recibirán efectivamente el manejo estándar (uso)	50,0%	4 X 0,50	675
Número de unidades de medicamento (ampollas, tabletas, frascos de suspensión) que se requieren para cada tratamiento			
6. Casos de neumonía grave y muy grave en niños menores de 2 meses	10,0%	5 X 0,10	68
6.1. Que recibirán tratamiento hospitalario	90,0%	6 X 0,90	61
6.2. Que recibirán tratamiento ambulatorio	10,0%	6 X 0,10	7
7. Casos de neumonía (total) en niños de 2 meses a 4 años	90,0%	5 X 0,90	608
7.1. Casos de neumonía muy grave	3,0%	7 X 0,03	18
7.1.1. Que recibirán tratamiento hospitalario	90,0%	7.1 X 0,90	16
7.1.2. Que recibirán tratamiento ambulatorio	10,0%	7.1 X 0,10	2
7.2. Casos de neumonía grave	12,0%	7 X 0,12	73
7.2.1. Que recibirán tratamiento hospitalario	90,0%	7.2 X 0,90	66
7.2.2. Que recibirán tratamiento ambulatorio	10,0%	7.2 X 0,10	7
7.3. Casos de neumonía	85,0%	7 X 0,85	517

HOJA DE CÁLCULO

Medicamentos necesarios para el tratamiento de las IRA

DISTRITO/ÁREA: _____ AÑO: _____

	PORCENTAJE ESTIMADO	FÓRMULA (No. X %)	TOTALES
Número de casos de sibilancia que ocurrirán en la población en un año			Ejemplo:
1. Población total	-	-	100.000
2. Población menor de 5 años	15,0%	1 X 0,15	15.000
3. Casos de sibilancia estimados	10,0%	2 X 0,10	1.500
Número de casos de sibilancia a los que se dará tratamiento			
4. Casos de sibilancia que tendrán acceso al manejo estándar (acceso)	60,0%	3 X 0,60	900
5. Casos de sibilancia con acceso que recibirán efectivamente el manejo estándar (uso)	50,0%	4 X 0,50	450
Número de unidades de medicamento (ampollas, tabletas, frascos de suspensión) que se requieren para cada tratamiento			
6. Casos de sibilancia grave y muy grave	10,0%	5 X 0,10	45
6.1. Que recibirán tratamiento hospitalario	90,0%	6 X 0,90	41
6.2. Que recibirán tratamiento ambulatorio	10,0%	6 X 0,10	4
7. Casos de sibilancia (no grave)	90,0%	5 X 0,90	405

Cálculo de medicamentos y costo estimado

MEDICAMENTO A UTILIZAR	TIPO DE CASO A TRATAR	No. DE CASOS	CANTIDAD POR CASO	CANTIDAD TOTAL	ADICIONAL POR PÉRDIDA (20%)	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Cotrimoxazol suspensión	Casos de neumonía (no grave) en niños de 2 meses a 4 años	517	1 frasco	517	620	0,67	415,00
Penicilina cristalina	Casos de neumonía muy grave y grave en niños menores de 2 meses	68	5 ampollas	705	846	0,123	104,00
	Casos de neumonía grave en niños de 2 meses a 4 años	73					
Cloranfenicol	Casos de neumonía muy grave en niños de 2 meses a 4 años	18	5 ampollas	90	108	0,3585	38,72
Salbutamol para nebulizar	Casos de sibilancia muy grave y grave	45	1 frasco	45	54	3,30	178,20
Salbutamol oral	Casos de sibilancia (no grave)	405	1 frasco	405	486	0,50	243,00

Anexo 4 Guía de supervisión del manejo de casos de IRA

Región: _____ Fecha: ___/___/___
 Distrito: _____ Tipo de personal de salud: _____
 Servicio de salud: _____ Capacitado en IRA: SÍ [] No []

1. Observe al personal de salud cuando atiende a algunos niños menores de 5 años con IRA y responda las siguientes preguntas:

	NIÑO 1		NIÑO 2		NIÑO 3	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Evaluó el personal correctamente: - signos de peligro? - tiraje? - frecuencia respiratoria? ¿Fue el niño correctamente clasificado de acuerdo a la evaluación del personal? ¿Fue referido el niño clasificado como enfermedad muy grave o neumonía grave? ¿Recibió antibióticos el niño clasificado como neumonía, infección aguda del oído o infección estreptocócica de la garganta? ¿Recibió antibióticos un niño clasificado como no neumonía? ¿Se indicó algún remedio potencialmente nocivo para la tos y el resfrío? ¿Se controló el estado de inmunización del niño? ¿Se instruyó a la madre sobre: - cómo utilizar el antibiótico? - qué cuidados dar al niño en el hogar? - cuándo regresar con el niño al servicio de salud? ¿Se registró el diagnóstico y tratamiento en el libro o registro de consulta?						

2. Haga las siguientes preguntas al trabajador de salud:

2.1. ¿Cómo evalúa a un niño menor de 5 años con tos o dificultad para respirar?

2.2. ¿Cuándo refiere a un hospital a un niño con IRA?

2.3. ¿Cuándo indica antibióticos a un niño con tos o dificultad para respirar?

2.4. ¿Qué signos y síntomas toma en cuenta para clasificar como neumonía a un niño que consulta por tos o dificultad para respirar?

2.5. ¿Cómo trata a un niño con neumonía?

2.6. ¿Qué instrucciones y recomendaciones da a las madres o responsables del cuidado de un niño con neumonía?

3. Analice con el personal de salud cualquier problema que exista en el servicio de salud en el momento de la visita en relación con el control de las IRA.

4. Entreviste a algunas madres o responsables del cuidado de niños con tos o dificultad para respirar que ya fueron atendidos por el personal de salud (no realice la entrevista si el niño fue referido a un hospital u hospitalizado).

4.1. ¿Se le indicó al niño algún tratamiento con medicamentos en el hogar? Sí [] No []

Si la respuesta es sí, verifique si se indicó algún antibiótico. _____

4.2. Si se indicó algún antibiótico, haga a la madre las siguientes preguntas:

¿Cuánto antibiótico le dará al niño? _____

¿Cuántas veces al día? _____

¿Durante cuántos días? _____

4.3. ¿Le dijo el personal de salud cuándo regresar con el niño? Sí [] No []

Si la respuesta es sí, pregunte a la madre cuándo traerá nuevamente al niño:

4.4. ¿Le dijo el personal de salud cómo cuidar al niño en el hogar? Sí [] No []

Si la respuesta es sí, pregunte a la madre cómo cuidará al niño en el hogar:

DROGA	DISPONIBILIDAD	CANTIDAD	MATERIAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		¿CUÁNTO TIEMPO?	
			Sí []	No []	m__	s__
Cotrimoxazol	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Amoxicilina	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Ampicilina	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Penicilina procaínica	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Penicilina benzatínica	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Paracetamol	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Salbutamol	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__
Otros: _____	Sí [] No []	_____	Sí []	No []	m__	s__

5. Verifique si el servicio de salud está adecuadamente provisto de los suministros necesarios para el tratamiento estándar de los casos.

5.1. Medicamentos

5.2. ¿Están los afiches de manejo de casos de IRA pegados en un lugar visible en el sitio en que se evalúa, clasifica y trata los casos de IRA? Sí [] No []

5.3. ¿Hay suficiente cantidad de formularios y registros para anotar los casos de IRA atendidos durante los próximos 2 meses?

registro diario de consultas: Sí [] No []

formulario de referencia de casos: Sí [] No []

folleto de educación de la madre: Sí [] No []

6. Revise en los registros de atención los casos de IRA atendidos en el servicio de salud.

Resuma los resultados de la revisión de 20 ó más consultas por IRA en niños menores de 5 años utilizando la hoja de cálculo de la página siguiente. Verifique los siguientes aspectos:

- Si se registraron los datos: edad del niño, clasificación/diagnóstico y tratamiento.
- Si se ha referido a los casos de enfermedad muy grave y neumonía grave (estos casos pueden estar registrados como sepsis, neumonía, meningitis).
- Si se ha administrado antibióticos a los casos de neumonía que no fueron referidos.
- Si se han utilizado innecesariamente antibióticos para tratar casos de no neumonía (tos, resfriado común, bronquitis, faringitis no estreptocócica).

<p style="text-align: center;">Anexo 5 Indicadores propuestos para monitoreo y evaluación Control de las Infecciones Respiratorias Agudas</p>		
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Mortalidad de niños menores de 1 año por neumonía	$\frac{\text{Número de niños menores de 1 año muertos por neumonía en un determinado lugar y período}}{\text{Número total de niños nacidos vivos en el mismo lugar y período}} \times 1.000$	Muertes: Registro Civil u otro organismo Nacimientos: Registro Civil, Departamento de estadísticas u otro organismo responsable del registro de nacimientos
Mortalidad de niños de 1 a 4 años por neumonía	$\frac{\text{Número de niños de 1 a 4 años muertos por neumonía en un determinado lugar y período}}{\text{Número total de niños de 1 a 4 años en el mismo lugar y período}} \times 1.000$	Muertes: Registro Civil u otro organismo responsable del registro de muertes Población de 1 a 4 años: Departamento de estadísticas, Instituto de Censos u otro organismo responsable del registro de población
Mortalidad hospitalaria por neumonía	$\frac{\text{Número de muertes por neumonía en niños menores de 5 años ocurridas en el hospital en un determinado lugar y período}}{\text{Número total de muertes por neumonía ocurridas en el mismo lugar y período}} \times 100$	Muertes hospitalarias: Registros de estadística hospitalaria Muertes totales: Registro civil u otro organismo responsable del registro de muertes
Letalidad hospitalaria por neumonía	$\frac{\text{Número de muertes por neumonía en niños menores de 5 años ocurridas en el hospital en un determinado lugar y período}}{\text{Número total de casos de neumonía en niños menores de 5 años hospitalizados en el mismo lugar y período}} \times 100$	Registros de estadística hospitalaria
Uso de antibióticos para el tratamiento de los casos	$\frac{\text{Número de casos de IRA en niños menores de 5 años clasificados como no neumonía y tratados con antibióticos en un determinado lugar y período}}{\text{Número total de casos de IRA en niños menores de 5 años clasificados como no neumonía en el mismo lugar y período}} \times 100$	Registro diario de consultas de los servicios de salud

Anexo 5 (cont.)		
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Acceso al manejo estándar de casos en los servicios de salud.	$\frac{\text{Número de niños menores de 5 años que tienen acceso al manejo estándar de casos por personal de salud en un determinado lugar y momento}}{\text{Número total de niños menores de 5 años viviendo en el mismo lugar y momento}} \times 100$	Niños con acceso: encuesta de servicios de Población: Departamento de Estadísticas, Instituto de Censos u otro organismo responsable del registro de población
Conocimiento materno sobre cuándo debe buscar asistencia	$\frac{\text{Número de madres de niños menores de 5 años que conocen los signos que indican que un niño con IRA debe ser llevado a un lugar donde pueda recibir atención}}{\text{Número total de madres de niños menores de 5 años}} \times 100$	Encuesta en la comunidad
Tratamiento adecuado de neumonía en los servicios de salud	$\frac{\text{Número de casos de neumonía en niños menores de 5 años vistos en servicios de salud que son objeto de un manejo estándar}}{\text{Número total de casos de neumonía en niños menores de 5 años atendidos en servicios de salud}} \times 100$	Encuesta en los servicios de salud
Tasa de búsqueda de atención para un niño con IRA cuando éste necesita tratamiento por un trabajador de salud	$\frac{\text{Número de niños menores de 5 años con IRA cuyo estado debe ser evaluado por personal de salud y que son efectivamente llevados por sus madres o responsables}}{\text{Número total de niños menores de 5 años con IRA cuyo estado debe ser evaluado}} \times 100$	Encuesta en la comunidad

Anexo 6

Contenido de un plan operativo a nivel local para el desarrollo de las acciones de control de las IRA

A. INTRODUCCIÓN

1. Características generales del área.
2. Situación actual del problema.
3. Infraestructura disponible para la atención de la salud.

B. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

C. OBJETIVOS

D. ESTRATEGIA DEL MANEJO ESTÁNDAR DE CASOS (MEC)

E. METAS Y SUBMETAS

E. ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACION

1. Planes de capacitación.
2. Necesidad de medicamentos y equipo.
3. Planes de supervisión.
4. Planes de comunicación.
5. Planes de monitoreo.
6. Evaluación.

G. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

H. PRESUPUESTO

