“PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR”

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA ESTRATEGIA AIEPI E INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LO REFERENTE A INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS EN EL DISTRITO 17D03 PERTENECIENTE AL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO DESDE ENERO A OCTUBRE DEL 2016”.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Dra. CISNEROS ESPINOSA JESICA ANDREA

Dra. VÉLEZ ANDRADE MÓNICA PATRICIA

Director Dr. Xavier Sánchez

Quito 2016

Quito, mayo del 2016

Drs. Comié de Bioética

FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PRESENTE. –

La presente tiene por objeto poner a su disposición la tesis de título: "Conocimiento de los profesionales de la salud sobre la estrategia AIEPI e intervención para mejorar el manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia en lo referente a infecciones respiratorias y diarreicas en el Distrito 17 D03 perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito desde enero a octubre del 2016" para la revisión y aprobación de la misma.

Agradeciendo su atención me despido.

Atentamente,

Dra. Jesica Cisneros	Dra. Mónica Andrade
1718248808	1708170855

Quito, mayo del 2016

Dr. Sr. Dr. Antonio Domínguez

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PRESENTE. -

DECLARATORIA

Nosotros Jesica A. Cisneros E portadora de la CI 1718248808 y Mónica P. Andrade V. estudiantes del sexto semestre del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, declaramos haber revisado la base de datos de la Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica y no se encuentra el tema: *" Conocimiento de los profesionales de la salud sobre la estrategia AIEPI e intervención para mejorar el manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia en lo referente a infecciones respiratorias y diarreicas en el Distrito 17 D03 perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito desde enero a octubre del 2016."*

Atentamente,

Dra. Jesica Cisneros E	Dra. Mónica Andrade
1718248808	1708170855

DEDICATORIA

A nuestros padres, hijos, esposos y hermanos quienes con su apoyo constante y paciencia permitieron cumplir día a día este gran sueño, su cariño, amor y consideración hicieron posible culminar y lograr este objetivo; a nuestros tutores y amigos que con su sencillez y generosidad impartieron sus conocimientos y nos ayudaron a seguir creciendo.

A todos ellos nuestro agradecimiento profundo y compromiso de ser mejores día a día, que el esfuerzo diario de todos estos años sea recompensado con la felicidad de quienes podamos ayudar y de nuestra familia pilar y motivo fundamental de nuestro caminar diario.

RECONOCIMIENTOS

La realización de esta investigación de tesis fue posible gracias a la cooperación brindada por el personal del Ministerio de Salud de primer nivel, con la colaboración de la OPS y representantes del Distrito 17D03 quienes colaboraron con el material educativo y permitieron acudir a las diferentes Unidades de Salud del Distrito con la finalidad de realizar este proyecto.

Se agradece a todos los médicos del Distrito quienes cooperaron asistiendo a la capacitación y realizando los test que se les proporcionó.

Al Dr. Xavier Sánchez que, con su dirección, ayuda y estímulo constante colaboró con la finalización del proyecto, de igual forma a la Dra. Rosa Goyes que con su enfoque y orientación metodológica incentivó la terminación de nuestro objetivo.

A la Dra. Katy Segarra por su gentileza y cooperación al servir de lectora de este trabajo; y a todas aquellas personas que de forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

Por último, un agradecimiento profundo a nuestros seres queridos por su constante paciencia y apoyo.

ÍNDICE

ÍNDICE **6**

ÍNDICE DE TABLAS **8**

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES **8**

ÍNDICE DE ANEXOS **9**

1 RESUMEN **10**

2 ABSTRACT **11**

3 INTRODUCCIÓN. **12**

3.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 12

3.1.1 Planteamiento del Problema *14*

3.1.2 Objetivos específicos *15*

3.2 MARCO TEÓRICO 16

3.2.1 Objetivo general *16*

3.2.2 AIEPI *16*

3.2.3 Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *19*

3.2.4 Implementación y efectividad del AIEPI *21*

3.2.5 Aspectos que evalúa la estrategia AIEPI *21*

3.2.5.1 Diagnóstico y tratamiento 22

3.2.5.2 Prevención: 23

3.2.5.3 Promoción de salud 23

3.2.6 IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI *23*

3.2.6.1 Evaluar 23

3.2.6.2 Clasificar la enfermedad 26

3.2.6.3 Tratamientos 27

4 MÉTODO **29**

4.1 FASES DEL ESTUDIO 29

4.1.1 Pre - capacitación *29*

4.1.2 Capacitación *30*

4.1.3 Post Capacitación *31*

4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO 31

4.3 TIPO DE ESTUDIO 34

4.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 34
4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 34
5 ASPECTOS BIOÉTICOS 35
6 RESULTADOS 36
7 EVALUACIÓN DE MÉDICOS 36
7.1 DATOS GENERALES 36
7.2 EVALUACIÓN DE CASOS 37
7.2.1 Caso 1 37
7.2.2 Caso 2 41
7.2.3 Caso 3 44
7.3 EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS 47
7.4 ANÁLISIS DE PERCEPCIÓN Y CAPACITACIÓN PREVIA 52
8 DISCUSIÓN. 54
8.1 CONCLUSIONES. 57
8.2 RECOMENDACIONES. 58
9 ANEXOS 59
10 BIBLIOGRAFÍA. 121

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 31

TABLA 2: DIFERENCIA ENTRE LAS DE ACIERTOS SEGÚN GRUPO ESTUDIADO EN EL CASO 1.....39

TABLA 3: TABLA RESUMEN DE CONTINGENCIA ENTRE VARIABLES EVALUADAS VS PRE / POST TEST. CASO 1 39

TABLA 4: DIFERENCIA ENTRE LOS PORCENTAJES DE ACIERTOS SEGÚN GRUPO ESTUDIADO EN EL CASO 2 42

TABLA 5: TABLA RESUMEN DE CONTINGENCIA ENTRE VARIABLES EVALUADAS VS PRE / POST TEST. CASO 2 43

TABLA 6: DIFERENCIA ENTRE LOS PORCENTAJES DE ACIERTOS SEGÚN GRUPO ESTUDIADO EN EL CASO 3 45

TABLA 7: TABLA RESUMEN DE CONTINGENCIA ENTRE VARIABLES EVALUADAS VS PRE / POST TEST. CASO 3 46

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: TIPOS DE MÉDICOS EVALUADOS.....36

ILUSTRACIÓN 2: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO EN EL CASO 1 37

ILUSTRACIÓN 3: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO TERAPÉUTICO EN EL CASO 1.....38

ILUSTRACIÓN 4: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO EN EL CASO 2 41

ILUSTRACIÓN 5: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO EN EL CASO 2 41

ILUSTRACIÓN 6: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO EN EL CASO 3 44

ILUSTRACIÓN 7: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LA CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO EN EL CASO 3 44

ILUSTRACIÓN 8: ESPECIALIDADES MÉDICAS EN LA EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....47

ILUSTRACIÓN 9: UNIDADES OPERATIVAS EVALUADAS.....48

ILUSTRACIÓN 10: CAPACITACIÓN PREVIA A LA INTERVENCIÓN ACTUAL.....52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CHECK LIST DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....59

ANEXO 2: EVALUACIÓN DE PRE Y POST TEST 68

ANEXO 3: TABLAS DE CONTINGENCIA CON PORCENTAJES EN EVALUACIÓN DE LOS MÉDICOS VÍA TEST 74

ANEXO 4: TABLAS DE CONTINGENCIA CON PORCENTAJES EN EVALUACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....101

1 RESUMEN

Lugar: La investigación se realizó en el distrito 17D03 del norte de la ciudad de Quito

Tipo de estudio: El tipo de estudio en esta investigación es un Diseño Analítico cuasi experimental.

Muestra: En el año 2015 el distrito atendió 22000 pacientes con infecciones respiratorias en menores de 5 años y 9000 con enfermedades diarreicas en las mismas edades, de este universo para la realización de la investigación usamos la fórmula de Fisher para determinar el número de muestra de cada patología y por cada unidad operativa se evaluaron 400 historias clínicas correspondientes a todas las unidades

Variables: Se utilizarán aspectos claves de la evaluación de AIEPI, con indicadores esenciales por casos clínicos representativos.

Resultados: el estudio constó de dos momentos, la evaluación de los médicos a través de casos y la revisión de historias clínicas, ambos con componentes pre y post capacitación; en la evaluación se encontró que la capacitación tuvo una probabilidad mayor y significativa de aciertos en casi todos los ítems de los tres casos , en la revisión de historias clínicas, los errores se dieron de manera muy visible en los médicos que no han recibido capacitación, por lo que podemos concluir que la capacitación en servicio de AIEPI mejora la competencia del profesional en diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia.

Términos Descriptivos: *AIEPI, EDA, IRA,*

2 ABSTRACT

Place: The investigation was carried out in the district 17D03 of the north of the city of Quito Type of study: The type of study in this research is an Analytical Cause In the year 2015 the district served 22,000 patients with respiratory infections in children under 5 years and 9000 with diarrheal diseases in the same ages, from this universe for the conduct of the investigation we used Fisher's formula to determine the sample number of Each pathology and for each operative unit 400 clinical histories were evaluated corresponding to all the units Variables: Key aspects of the IMCI assessment will be used, with essential indicators for representative clinical cases. Results: the study consisted of two moments, the evaluation of the doctors through cases and the review of clinical histories, both with components pre and post training; In the evaluation it was found that the training had a greater and significant probability of success in almost all the items of the three cases, in the review of medical records, errors were very visible in physicians who have not received training, So we can conclude that the training in service of IMCI improves the competence of the professional in diagnosis and treatment of diseases prevalent in childhood.

3 INTRODUCCIÓN.

3.1 El problema de investigación

Ecuador ha experimentado cambios políticos y sociales importantes, el incremento del financiamiento a la salud, la reestructuración del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de políticas sanitarias cercanas a la realidad local, bajo una mirada integral de la salud, definido por la OMS como el "completo estado de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS 1948)

La población infantil en el Ecuador según datos del INEC 2015 representa el 27% de la población general siendo uno de los grupos etarios más importantes; como se establece en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) uno de los objetivos es disminuir la mortalidad infantil, y por ende la importancia de realizar acciones preventivas que permitan que los niños no enfermen y más aún se incremente la tasa de fallecimientos (1,2).

La realidad como distrito no se aleja de la nacional, factores determinantes hacen que las enfermedades aparezcan y se compliquen, la falta de educación formal, falta de acceso a saneamiento básico, la pobreza, entre otros son pilares donde se levanta la elevada incidencia de enfermedades prevalentes en la infancia sobre todo Infecciones respiratorias que abarcan como hemos dicho el 43% de las atenciones totales en niños menores de 5 años durante el año 2015 y el 12% de enfermedades diarreicas (3).

La herramienta AIEPI indispensable en la consulta diaria de los profesionales de salud no está siendo utilizada en su cabalidad, indicador de esto es la ausencia de formularios a seguir para la atención de niños menores de 5 años en las historias clínicas. La estrategia AIEPI tiene no solo un componente para diagnosticar la morbilidad sino también un componente preventivo y educacional, permite la colaboración e involucramiento de la comunidad en el proceso activo de la salud-enfermedad y educa para que los padres de familia reconozcan signos de alarma y acudan pronto a las unidades operativas del MSP o eviten incluso llevar a sus hijos cuando no lo requieren(4) .

Existen encuestas realizadas en nuestro país durante los años 2000 y 2005 con el objeto de identificar la aplicación de AIEPI en establecimientos de salud, y una tercera encuesta realizada en Abril del 2011 y aplicada en noviembre del mismo año en las 22 provincias del Ecuador donde los principales hallazgos demostraron que el porcentaje del personal que realizó un control de salud de calidad fue bajo (5).

Las comparaciones realizadas con las encuestas previas mostraron que los indicadores fueron mejores que en el 2005 pero inferiores que en el 2000, lo cual podría ser el reflejo de diferencias en la intensidad de las actividades relacionadas con la aplicación del AIEPI en el país. El aspecto más preocupante en los resultados de la encuesta fue la diferencia en el diagnóstico entre el Gold Estándar y el personal de salud. (5)

A partir de la publicación de este informe técnico en el año 2012 no se ha realizado otras evaluaciones por parte del MSP y al momento se dispone de la última actualización de la estrategia AIEPI razón por la cual y tomando en consideración

que el personal de salud desconoce la estrategia y aún más las modificaciones que se realizaron en esta última actualización es importante realizar la capacitación y la posterior evaluación de los mismos.

Tomando todo esto en consideración nos planteamos 2 preguntas importantes

¿El desconocimiento y la falta de uso de la herramienta AIEPI por parte de los profesionales médicos de distrito 17D03 provocan un inadecuado diagnóstico y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia?

¿La capacitación y posterior evaluación a los profesionales médicos mostrará mejora en los diagnósticos y tratamientos de los niños menores de 5 años?

3.1.1 Planteamiento del Problema

¿El desconocimiento y la falta de utilización de la herramienta AIEPI por parte de los médicos de atención primaria del distrito 17D03 provocan un inadecuado diagnóstico y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia específicamente en infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas?

3.1.2 Objetivos específicos

1. Determinar los conocimientos frente al uso de la estrategia AIEPI en los médicos de atención primaria del distrito 17D03.
2. Diseñar una estrategia de capacitación de la herramienta AIEPI.
3. Evaluar la implementación de la estrategia de capacitación en los médicos de atención primaria en relación al diagnóstico y manejo de enfermedades prevalentes de la infancia.

3.2 Marco Teórico

3.2.1 Objetivo general

Evaluar la estrategia de capacitación en AIEPI en los médicos de atención primaria del distrito 17 D03 para mejorar el diagnóstico y manejo de enfermedades prevalentes de la infancia especialmente en infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en el periodo comprendido de enero a noviembre del 2016.

3.2.2 AIEPI

Las infecciones respiratorias altas y enfermedades diarreicas agudas son las principales causas de morbilidad infantil a nivel mundial, es por esta razón que la Organización mundial de la Salud junto con el Consejo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) creó la estrategia AIEPI con el objetivo de disminuir la mortalidad a través del manejo adecuado de las enfermedades prevalentes en la infancia.

La estrategia busca integrar la promoción, prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de problemas de salud frecuentes en la infancia para ello realiza el diagnóstico oportuno y manejo correcto de las enfermedades en las poblaciones menores de 5 años con un componente preventivo y de participación comunitaria y entendiendo la importancia de la familia y la comunidad en el desarrollo adecuado del niño.

La estrategia AIEPI fue creada en el año de 1996 y adoptada por la región de las Américas y el Caribe en el mismo año convirtiéndose en una herramienta prioritaria

para el manejo de niños menores de 5 años teniendo dentro de los objetivos más importante los que se mencionan (6–8).

Objetivos epidemiológicos:

• Reducir la mortalidad en menores de 5 años, especialmente la mortalidad debida a enfermedades infecciosas y otras enfermedades prevenibles por vacuna.

• Reducir la incidencia de enfermedades tales como sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna.

• Reducir la incidencia de casos graves de enfermedades transmisibles tales como neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis y desnutrición.

Objetivos estratégicos:

- Disminuir la tasa de letalidad hospitalaria por infecciones respiratorias diarrea y malaria ya que en caso de necesitar tratamiento hospitalario se realizará de manera precoz evitando complicaciones.

- Mejorar el conocimiento de las madres, de tal forma que puedan reconocer signos de alarma en sus hijos y por ende acudir prontamente a las unidades de salud.

- Suprimir el uso de medicamentos inefectivos y tóxicos en el tratamiento de IRAS y diarreas (expectorantes y antidiarreicos) (9) .

Existen algunas actividades que la herramienta de AIEPI las considera para el cumplimiento de dichos objetivos tomando en consideración que no solo se busca el diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz y pertinente sino también la prevención y educación a la familia.

Para la implementación de la estrategia existen 3 componentes:

- El componente acceso
- El componente de gestión
- El componente de utilización

El componente de acceso hace referencia en primera instancia a la capacitación que se debe realizar al personal de salud para el uso de la herramienta AIEPI y por supuesto a la comunidad como ente activo en el proceso; los suministros necesarios para el cumplimiento del mismo y la supervisión periódica del personal.

El componente de gestión comprende el monitoreo para determinar si las actividades se están realizando la evaluación para ver cómo está funcionando la estrategia y por último la vigilancia epidemiológica para determinar indicadores de morbilidad y mortalidad.

El componente de utilización, que se refiere a la comunicación como vía más importante para mejorar los conocimientos y los componentes de la gestión que comprende tres actividades para lograr su propósito:

- El monitoreo que tiene como objetivo ir comprobando si la capacitación ha surtido los efectos que se esperaban y si se está cumpliendo con todo lo que la norma de AIEPI plantea, además de identificar a tiempo inconvenientes en el proceso para resolverlos oportunamente,
- La evaluación para determinar si están cumpliendo con los objetivos estratégicos de la herramienta la misma que puede evaluarse mensualmente o

de manera más espaciada, pero no menos de una vez al año, para comprobar los conocimientos adquiridos y la práctica de los mismos en la atención diaria del niño menor de 5 años.

- La vigilancia epidemiológica para determinar el impacto sobre los indicadores de mortalidad y morbilidad infantil(10) .

3.2.3 Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años ha descendido en un 49% en el período comprendido entre 1990 y 2013, La OMS publicó en el año 2013 una reducción del número de muertes infantiles en un 49% a nivel mundial; sin embargo, según los objetivos del milenio para el año 2015 la meta era reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes. Es necesario realizar mayores esfuerzos para mitigar los desenlaces fatales de las enfermedades prevalentes en la infancia

Las principales causas de muerte infantil se deben a nutrición deficiente en casi la mitad de los casos; por otro lado, las complicaciones obstétricas maternas y enfermedades infecciosas representan otro gran grupo de condiciones asociadas a mortalidad infantil, la OMS ha estimado que el nacimiento prematuro, la neumonía y las complicaciones en el preparto y el alumbramiento son responsables de más del 40% de las causas de mortalidad infantil (17%, 15% y 11%, respectivamente,). Las enfermedades infectocontagiosas representan más del 15% de las causas de mortalidad infantil , principalmente la diarrea (9%) y el paludismo (7%) (11) . Por lo tanto, es de vital importancia generar estrategias de control de calidad asistencial hacia las principales causas como lo es la respiratoria.

Las infecciones respiratorias agudas definido como un proceso infeccioso que abarca cualquier área de la vía respiratoria sea esta nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones, puede presentar múltiple sintomatología, siendo la herramienta AIEPI quien establece signos y síntomas específicos para poder llegar a un diagnóstico oportuno y por ende un manejo adecuado, tomando en consideración por supuesto tanto factores de riesgo como protectores que permiten convertir que esta patología tenga manejo ambulatorio u hospitalario. (7,12,13)

Las enfermedades diarreicas agudas lastimosamente constituyen una de las causas de mayor mortalidad en el paciente menor de 5 años sobre todo debido a la deshidratación causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, pasa de nueve episodios anuales. (5,13–16)

Las estadísticas son de vital importancia para entender que la estrategia debe ser no solo implementada completamente en el distrito sino que los profesionales de salud deben conocer a cabalidad su contenido para evitar seguir incrementando la morbilidad, entendiendo y recordando nuevamente que dicha herramienta tiene un componente comunitario y preventivo, situación que es importante que sea de conocimiento en los médicos del distrito para evitar no solo complicaciones futuras sino involucrar directamente a la comunidad en el proceso salud- enfermedad(17).

3.2.4 Implementación y efectividad del AIEPI

Los principales factores de riesgo en menores de 5 años para morbimortalidad, tienen relación con las enfermedades prevalentes (13,18), se asumiría entonces que una buena aplicación de la estrategia AIEPI, tendría un impacto significativo en el control de dichos factores, en estudios realizados en nuestro país, se detecta que el incumplimiento o mal manejo de la norma es un factor que es evidente (19), en Bolivia y Colombia se ha demostrado que el desconocimiento de puntos clave en los signos de alarma están generando un impacto negativo en la salud de esta población (7,12). Los errores de identificación que están afectando en el no reconocimiento de complicaciones o de severidad que amerita una referencia a niveles más complejos es un efecto que se ha demostrado en muchos estudios en Latinoamérica, África, etc. (7,15,16,20–27)

La implementación del AIEPI es una estrategia costo efectiva (16) y además es una respuesta técnica a las necesidades de identificación de riesgos en menores de 5 años, necesita un sistema de supervisión para lograr mejorar la performance de los profesionales de la salud y así evitar impactos negativos en la salud. (22)

3.2.5 Aspectos que evalúa la estrategia AIEPI

Para alcanzar todos los objetivos propuestos se partirá de las actividades que utiliza la estrategia para el cumplimiento de los mismos aterrizando en la realidad con la que cuenta el distrito.

Durante todos estos años desde de su implementación en Ecuador en 1996 se han realizado capacitaciones y evaluación al personal de salud, la última realizada por el MSP con apoyo de la OPS en el año 2012, sin embargo, dicha herramienta no sigue

siendo usada por la totalidad de los profesionales médicos en las áreas de salud pública del MSP donde su uso es obligatorio.

El proceso de atención integrada de casos del niño/a de 2 meses a 4 años de edad incluye los siguientes acápites:

3.2.5.1 Diagnóstico y tratamiento

- Evaluación rápida de signos no específicos de enfermedad grave (convulsiones, somnolencia, dificultad para beber), cuya presencia indica la remisión al hospital.
- Valoración secuencial de los signos y síntomas de las enfermedades más frecuentes para efectuar la clasificación y dar el tratamiento específico.
- Tos o dificultad para respirar
- Diarrea
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolor de oídos
- Otros signos de enfermedades comunes (según la adaptación basada en la situación epidemiológica local)
- Evaluación del estado de nutrición
- Evaluación del estado de vacunación

3.2.5.2 Prevención:

- Administración de vacunas
- Administración de vitamina A

3.2.5.3 Promoción de salud

- Educación y apoyo sobre la técnica de amamantamiento adecuada
- Educación y apoyo sobre la alimentación adecuada de los niños
- Enseñanza de medidas generales de atención del niño en el hogar
- Enseñanza de los signos de alarma que deben llevar de inmediato a consultar con el servicio de salud (2)

3.2.6 IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La implementación de la estrategia AIEPI consta de una serie de pasos que el profesional de salud debe tomar en cuenta en el momento en que un niño acude para consulta. La anamnesis realizada a los padres o cuidadores haciendo énfasis en síntomas de alarma, un examen físico completo que inicia con la observación del estado general descubriendo signos de importancia permitirán clasificarlos y llegar a detectar un problema de salud realizando un tratamiento correcto y en caso de requerirlo una referencia oportuna

Los pasos mencionados anteriormente se explican individualmente a continuación:

3.2.6.1 Evaluar

Indica el estado de salud de la niña o niño, en el cuadro de procedimientos orienta sobre los pasos a seguir para hacer la evaluación en forma sistemática, con preguntas

a los padres o cuidadores sobre el problema del niño y verificar si este presenta signos generales de peligro, determinar parámetros físicos (antropometría y signos vitales), formular preguntas sobre los cuatro signos más prevalentes: tos o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre y problemas del oído.

El cuadro de procedimientos indica:

1. **Preguntar a la madre por el nombre de la niña o el niño y por los problemas que tiene.**

    - Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para un control del caso.

    - Si es una consulta de control, seguir las instrucciones para Proporcionar Atención de Control del cuadro tratar al niño.

    - Si es la primera consulta, atender al niño del siguiente modo:

2. **Verificar si hay signos de peligro en general**

    - Preguntar: ¿Puede la niña o niño beber o tomar el pecho? ¿Vomita todo lo que ingiere? ¿Ha tenido convulsiones?

    - Observar: si esta letárgica o inconsciente

3. **En seguida, preguntar sobre los síntomas principales:**

    - ¿Tiene el niño/o tos o dificultad para respirar?

        - Si la respuesta es afirmativa, preguntar: ¿Cuánto tiempo hace?

            - Observar, escuchar:

- Contar las respiraciones en un minuto
- Observar si hay tiraje subcostal
- Observar y escuchar si hay estridor y sibilancia

- ¿Tiene el niño diarrea?
    - Si la respuesta es afirmativa, preguntar: ¿Cuánto tiempo hace? ¿Hay sangre en las heces?
        - Observar y explorar:
            - Determinar el estado general del niño/a: ¿El niño o niña esta: ¿letárgico o inconsciente Intranquilo, irritable?
            - Determinar si tiene los ojos hundidos.
            - Ofrecer líquidos al niño/a. ¿bebe mal o no puede beber? ¿Bebe ávidamente, con sed?
            - Signo de pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente?
- ¿Tiene la niña/o fiebre?
    - Si la respuesta es afirmativa, preguntar: ¿Cuánto tiempo hace? Si hace más de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días?
    - Determinar si procede o visito en los últimos dos meses un área de trasmisión de malaria (urbana o rural) o un área de riesgo de dengue.
        - Observar y explorar:

- Observar para determinar si tiene rigidez de nuca
- Observar si tiene sangrados (petequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas, sangrado genital, gingivorragia o hematuria).
- Inquieto e irritable
- Dolor abdominal y/o distensión abdominal

- ¿Tiene el niño/a problemas de oído o garganta?
    - Si la respuesta es afirmativa, preguntar: ¿Tiene dolor de oído o garganta? ¿Tiene supuración del oído o garganta? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace?
        - Observar, palpar:
            - Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja
            - Determinar si hay supuración de oído o garganta.

3.2.6.2 Clasificar la enfermedad

En AIEPI, la clasificación no constituye un diagnóstico. Son categorías utilizadas para determinar el tratamiento o la conducta a seguir. Estas categorías orientan en la toma de decisiones, de tal manera que se prioricen los tratamientos y recomendaciones, según sea el estado de salud de la niña o niño.

En la primera parte del Cuadro de Procedimientos (“evaluar” y “clasificar”), cada problema se subdivide en recuadros identificados por colores, que ayudan a

determinar rápidamente la gravedad y elegir la referencia urgente o el tratamiento adecuado.

El color rojo significa gravedad y requiere atención de urgencia, referencia u hospitalización.

El color amarillo significa que la niña o niño necesita tratamiento específico en casa, implica asegurarse que la madre reconoce cuando volver de inmediato, sabe cómo dar medicamentos por vía oral en el hogar, tratar infecciones localizadas y cuando debe volver al servicio de salud para seguimiento o porque el estado de salud de la niña o niño este empeorando.

El color verde significa que la niña o niño puede ser manejado en casa, con cuidados generales y sin medicamentos. El personal de salud le enseña a la madre como atenderlo en el hogar.

Según la combinación de signos y síntomas presentes en la niña o niño su problema se clasificará en una sola categoría. Es decir, de acuerdo a los hallazgos, puede clasificarse en la fila roja, en la amarilla o en la verde, pero nunca en dos al mismo tiempo, escogiendo siempre la de mayor gravedad(28) .

3.2.6.3 Tratamientos

En AIEPI, a cada clasificación le corresponde uno o varios tratamientos y recomendaciones. Si una niña/o tiene una sola clasificación, será más fácil determinar qué hacer. Las opciones de tratamiento son tres: hospitalización o referencia si fue en rojo, manejo en casa con medicamentos y recomendaciones sí

estuvo en amarillo y manejo en casa con recomendaciones si la clasificación estuvo en verde. Sin embargo, muchas niñas/os pueden clasificarse en más de una categoría.

Los tratamientos se presentan así:

- Referencia urgente luego de estabilizar al niño/a
- Administrar tratamientos en el servicio de salud
- Los medicamentos para administrar por vía oral en la casa
- Enseñar a la madre a administrarlos y a tratar las infecciones localizadas
- Dar más líquidos, continuar alimentándolo, y
- Vacunar si es necesario

Las recomendaciones a la madre sobre el cuidado de la niña y niño, incluyen:

- Dar respuesta al problema de salud identificado
- Medicamentos necesarios y apropiados para el tratamiento
- Líquidos y SRO para el tratamiento de la diarrea
- Cuando volver de inmediato
- Necesidad en factores protectores
- Lactancia materna y alimentación adecuada(29) .

4 MÉTODO

La investigación se realizó en el distrito 17D03 del norte de la ciudad de Quito, en el mismo existen 22 unidades operativas con diferente población cada una, al momento existen según datos de estadística y recursos humanos del distrito 108 profesionales médicos, se incluye médicos generales, especialistas y postgradistas de medicina familiar y pediatría y profesionales rurales, para nuestro estudio trabajaremos con el universo de profesionales (3).

4.1 Fases del estudio

Esta investigación tuvo 3 fases fundamentales:

- Pre- capacitación
- Capacitación
- Post- capacitación

Cada una de las cuales tuvo su metodología de evaluación, con el objetivo de posteriormente realizar una comparación del antes y el después y establecer a través de porcentajes las diferencias encontradas es así que:

4.1.1 Pre - capacitación

Se realizó una revisión de las historias clínicas en las diferentes unidades operativas del distrito, con la finalidad de conocer si la estrategia está siendo o no utilizada, para ello se realizó un check list con diferentes ítems donde se incluyen puntos claves a evaluar en la estrategia, los mismos que fueron incluidos en una evaluación realizada por el MSP y la OPS hace varios años de la estrategia a nivel nacional (anexo 1) (30).

En el año 2015 el distrito atendió 22000 pacientes con infecciones respiratorias en menores de 5 años y 9000 con enfermedades diarreicas en las mismas edades, de este universo para la realización de la investigación usamos la fórmula de Fisher para determinar el número de muestra de cada patología y por cada unidad operativa a la hora de realizar la evaluación de las historias clínicas, según la fórmula estadística debimos evaluar 400 historias clínicas correspondientes a todas las unidades

Dentro de esta primera fase también se evaluó la capacitación del profesional médico en lo referente a conocimientos de la estrategia entendiendo que no solo la practica a través de la revisión de historias clínicas aporta un dato fundamental en la determinación del conocimiento e implementación de la misma, sino que es importante que el profesional médico tengo cimientos científicos para su práctica diaria.

La misma se realizó a través de un test de conocimientos de 3 casos clínicos con respuesta de opción múltiple sobre las dos patologías a implementarse en la estrategia, dicha evaluación fue validada por dos profesionales capacitadoras de AIEPI quienes hicieron modificaciones y posteriormente validaron el test (anexo 2), previo consentimiento informado de los profesionales (anexo 3)

4.1.2 Capacitación

La capacitacion se llevó a cabo previa autorización de la OPS, MSP (planta central) y distrito 17D03, en el mes de junio del presente año, se realizó en el Auditorio del distrito, para lo cual se dividió al universo de profesionales en dos grupos realizando

la capacitación con el primer grupo de 8:00 a 10: 00 am y la segunda capacitación en el horario de 10:30 am a 12: 30 am la misma fue dictada por las investigadoras, existio representación de la OPS quien en primera instancia realizó sensibilización de los profesionales a través de la proyección de videos ilustrativos sobre la salud a nivel internacional y nacional y de cómo la estrategia cambió la visión y facilitó el manejo de los profesionales médicos, a continuación se realizó la capacitación propiamente dicha de AIEPI en lo referente a problemas respiratorios y diarreicos haciendo la entrega de los folletos respectivos y se mencionó los cambios que se realizaron en la última actualización, la capacitación se realizó a través de una charla magistral sobre los dos problemas de salud, posterior a esta se estableció un tiempo para dudas y preguntas de los participantes quienes favorablemente aportando sus puntos de vista. La charla concluyó a las 12 y 40 am logrando la capacitación de la totalidad de los profesionales. (Anexo 4) (31).

4.1.3 Post Capacitación

La tercera y última etapa fue la evaluación post capacitación, esta similar a la pre capacitación tuvo 2 fases, la primera fue la revisión de historias clínicas en el mes de septiembre a 3 meses de la capacitación con el objetivo de determinar si la estrategia se utilizó o no, y la realización de un post test basado en los 3 casos clínicos iniciales para determinar conocimientos post capacitación (anexo 5). Todas estas actividades se realizaron según el cronograma previsto.

4.2 Operacionalización de las variables de estudio

Tabla 1: Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
CONOCIMIENTO	Información adquirida a través de la experiencia o la educación, compresión teórica y/o práctica de un asunto referente a la realidad de la estrategia AIEPI		Número de respuestas acertadas en la encuesta de evaluación sobre conocimiento de AIEPI	Conoce o no conoce	Médicos de atención de primer nivel del distrito 17D03 e HCL
IMPLEMENTACIÓN	Poner en funcionamiento, aplicar métodos necesarios para llevar a cabo algo		Test de uso de AIEPI	Bueno o malo	Médicos de atención del primer nivel del distrito 17D03
APLICACIÓN	Hace referencia a la acción o al efecto de aplicar es la asiduidad con que se realiza algo		Test	Aplicada o no	Médicos de atención del primer nivel del distrito 17D03

ESTRATEGIA AIEPI	La atención integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia es una herramienta para dirigir el equipo de salud en la atención del niño encaminada a disminuir la morbi mortalidad en la infancia	Proceso de desempeño del personal de salud en los componentes clínicos de infecciones respiratorias y diarreicas	Verifica la presencia signos de peligro en general Verifica presencia de tos o diarrea	Si No	Check list de evaluación de historias clínicas
PERSONAL DE SALUD	Grupo de personas que llevan a cabo tareas que tiene como principal finalidad promover la salud	Cualidades personales y profesionales	Tipo de formación		M. General Pediatra M.Rural M. Familiar

Fuente: AIEPI. 2013

Autor: Investigadoras

4.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio en esta investigación es un es un Diseño Analítico cuasi experimental., cuyo objetivo es determinar el conocimiento actual de los médicos del distrito en lo referente a la estrategia AIEPI y realizar capacitación a los mismos con el propósito de mejorar su diagnóstico y tratamiento, además se busca a través de los registros médicos por las historias clínicas evaluar el manejo pre y post capacitación (32).

4.4 Recolección de la información

La recolección de la información se realizó a través de una base de datos en Excel donde se especifique los ítems tomados en cuenta tanto en el check list de revisión de historias clínicas como en la tabulación de respuestas del pre y post test con el objetivo al final de establecer comparaciones entre el antes y después de la capacitación y el uso o no de la estrategia

4.5 Plan de análisis de datos

El análisis de datos fue netamente cuantitativo, utilizando medidas estadísticas descriptivas, específicamente porcentajes con el objeto de aclarar la investigación determinado que cantidad cumple o no cumple con la estrategia y quienes conocen o no la misma tanto antes como después de la capacitación(33) .

Se usaron las medidas de asociación que nos sirven para estimar la relación de magnitud entre las variables, en este caso la capacitación con la aplicación.

En nuestro caso se hizo una comparación de quienes usan la estrategia AIEPI para disminuir los errores diagnósticos y quienes no usan la estrategia; y porcentajes de errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Se usó frecuencia acumulada de no uso y de uso de la estrategia AIEPI. Para medir la asociación se utilizó el odds ratio presencia o ausencia de conocimiento de la estrategia AIEPI y cómo medida de significancia estadística se usó la prueba del chi o valor de p (34)

5 Aspectos Bioéticos

Confidencialidad: La información que se obtenga a partir de la revisión historia clínica es absolutamente confidencial y será evaluada únicamente por personas relacionadas con el estudio. La base de datos será cuidada con una contraseña de seguridad. Los nombres de los pacientes fueron omitidos.

6 RESULTADOS

El distrito 17D03 de la ciudad de Quito está formada por 21 unidades que cubren gran parte del norte de la ciudad dentro de las que se incluyen en este Distrito están:

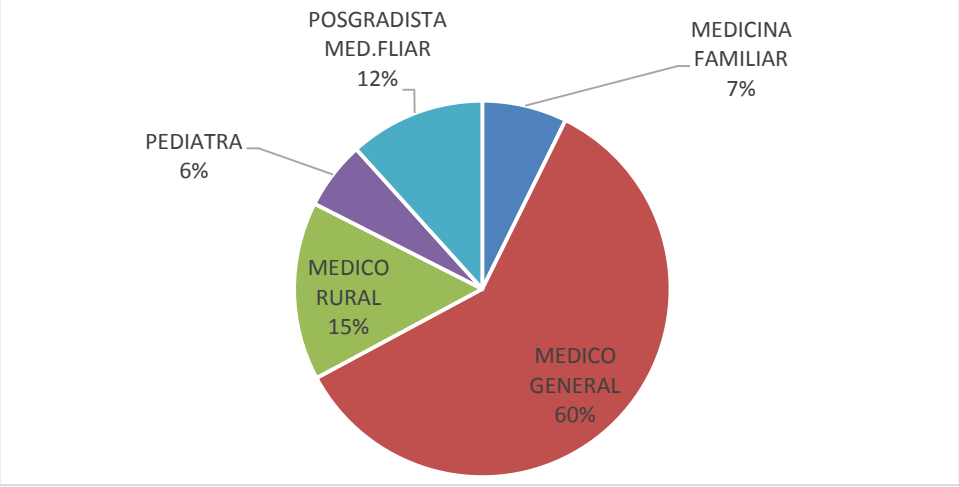
El centro de salud de Atahualpa, Cotocollao, Mena del Hierro, Colinas del Norte, Condado, Calacali, Pomasqui, Comité del Pueblo, Chavezpamba, Corazón de Jesús, Cotocollao Alto, El Manantial, Jaime Roldós Aguilera, La Bota, Nono, Perucho, Pisulí, Puéllaro, San José de Minas.

7 Evaluación de médicos

7.1 Datos generales

El 63% de los médicos evaluados fueron mujeres, y la gran mayoría fueron médicos generalistas.

Ilustración 1: Tipos de médicos evaluados



Fuente: *Lista de asistentes MSP*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

7.2 Evaluación de casos

7.2.1 Caso 1

En el caso 1 de la encuesta de conocimientos, se evidencia una notable disminución de los errores en comparativa entre el pretest y postest, esta diferencia es significativa.

Ilustración 2: Análisis de conocimientos en la clasificación del diagnóstico (Caso 1)

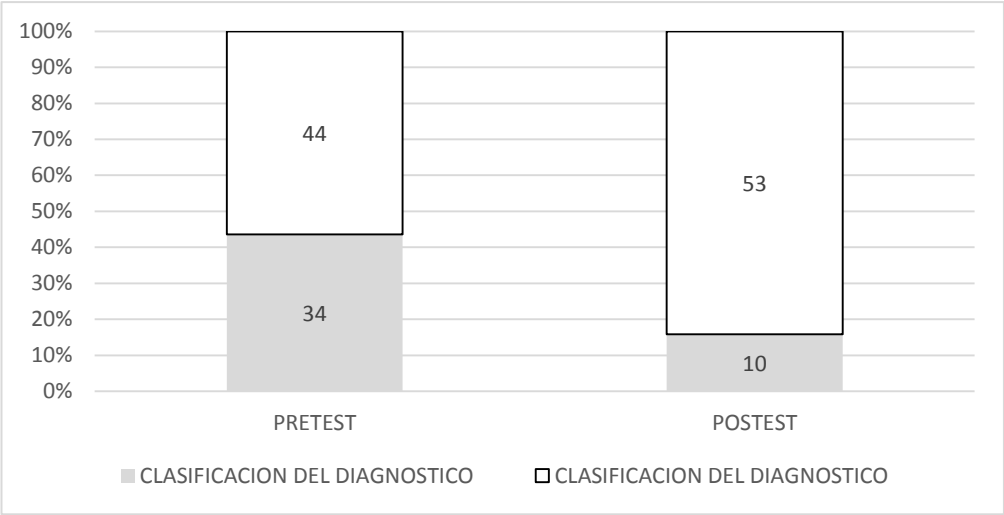
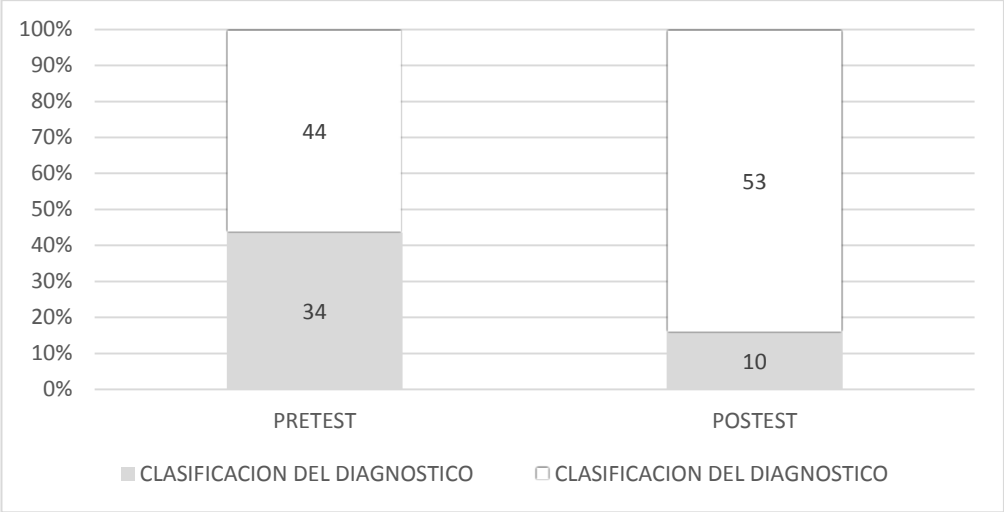


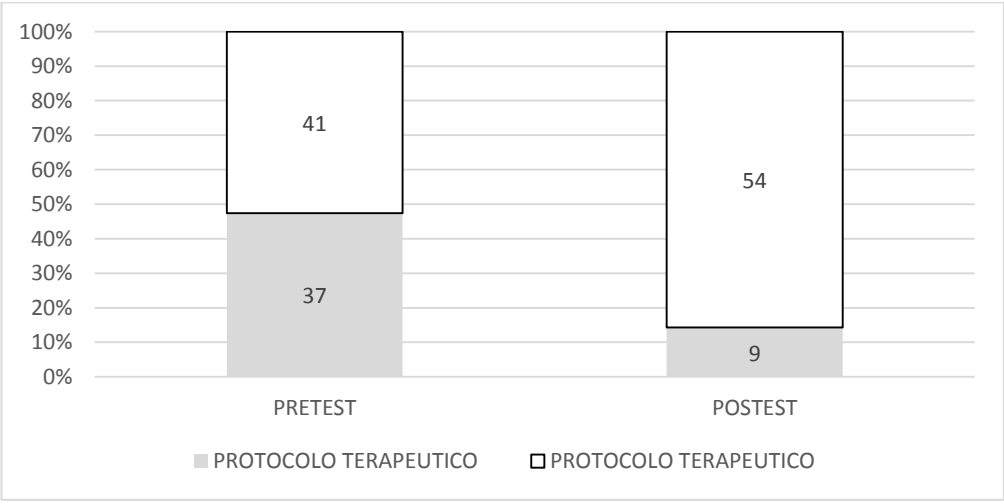
Ilustración 2. Conocimientos en la clasificación de diagnóstico (Caso 1)



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Ilustración 3: Análisis de conocimientos en la aplicación del protocolo terapéutico en el caso 1



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Se realizó además un análisis cuantitativo basado en el porcentaje de aciertos del total de preguntas realizadas por caso, en el primer caso, encontramos que existe una diferencia de 15% entre el pretest y postest, lo que indica que el grupo capacitado tiene mejor porcentaje de aciertos, este hallazgo es significativo.

Tabla 2: Diferencia pre test y post test en la clasificación de diagnósticos (Caso 1)

	POSTEST	PRETEST
Media (DE)	87,45 (13,80)	72,26 (14,64)
Diferencia de Medias	15,18 (IC 95% 10,40 – 19,40)	
p	0,0000	

Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Encontramos que existe mayor probabilidad de que las respuestas incorrectas se concentren en el grupo sin capacitación.

Tabla 3: Tabla resumen de contingencia entre variables evaluadas vs pre / post test. Caso 1

	OR	**Intervalo de confianza de 95 %**		**Chi-cuadrado de**	**p**
		Inferior	Superior	**Pearson**	

Protocolo Terapéutico	5,415	2,352	12,467	17,424	**,000**
Signos de alarma ¿vomita todo lo que ingiere?	4,762	1,312	17,282	6,552	**,010**
Clasificación diagnostica	4,095	1,821	9,211	12,471	**,000**
Signos de alarma ¿puede el niño comer?	2,656	1,221	5,776	6,281	**,012**
Signos de alarma ¿lo ha notado letárgico o inconsciente?	2,509	1,065	5,913	4,590	**,032**
Signos de alarma fiebre	2,256	1,115	4,564	5,213	**,022**
Signos de alarma tos con expectoración verdosa	1,727	0,609	4,897	1,075	,300
Signo principal	1,272	0,631	2,567	,454	,501
Signos de alarma ¿ha tenido convulsiones?	0,000	0,000	0,000	15,613	**,000**
Signos de alarma rinorrea verdosa	0,000	0,000	0,000	2,476	,116
Signos de alarma dolor de garganta	0,000	0,000	0,000	,813	,367

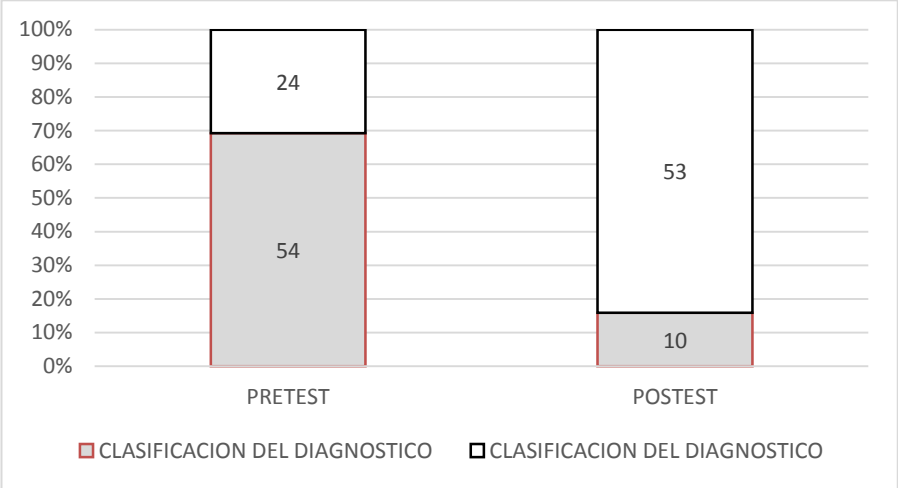
Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

7.2.2 Caso 2

En el caso 2 de la evaluación del pre y post test, observamos que el comportamiento es similar al caso 1, existen diferencias significativas en los aciertos entre el grupo capacitado (postest)

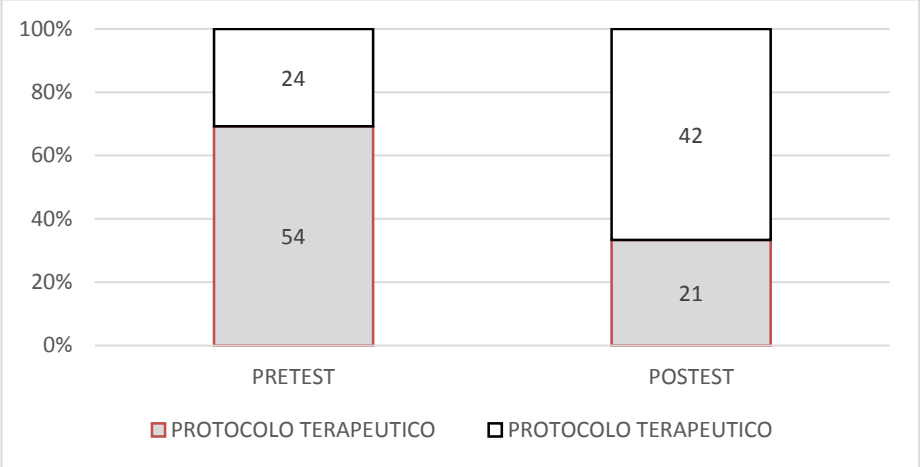
Ilustración 4: Análisis de conocimientos en la clasificación del diagnóstico en el caso 2



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Ilustración 5: Análisis de conocimientos en la clasificación del diagnóstico en el caso 2



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Se observa en general un porcentaje mayor de aciertos en el postest, en este caso la diferencia es mayor en comparación con el caso 1, la diferencia encontrada es significativa.

Tabla 4: Diferencia entre los porcentajes de aciertos según grupo estudiado (Caso 2)

		POSTEST	**PRETEST**
Media (DE)		80,1587 (21,968)	49,1453 (22,1332)
Diferencia de Medias		31,0134 (IC 95% 23,6253. 38,4016)	22,1332
	p	0.0000	

Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

En esta tabla se pueden observar todos los ítems del caso 2, se encontró una probabilidad de responder correctamente mayor en el grupo de postest, todos los ítems fueron significativos.

Tabla 5: Tabla resumen de contingencia entre variables evaluadas vs pre / post test. Caso 2

	OR	**Intervalo de confianza de 95 %**		**Chi-cuadrado de Pearson**	**p**
		Inferior	Superior		
CLASIFICACIÓN DG	11,93	5,20	27,33	40,03	0.0000
PROTOCOLO TX	4,50	2,21	9,16	18,04	0.0000
CLASIFICACIÓN DESHIDRATACIÓN	4,50	2,21	9,16	18,04	0.0000
SIGNOS DE ALARMA OJOS HUNDIDOS	2,94	0,77	11,19	2,70	0.0000
SIGNOS DE ALARMA NO BEBE O BEBE MAL	5,09	1,64	15,79	9,18	0.0000
SIGNOS DE ALARMA SIGNO DE PLIEGUE CUTÁNEO PRESENTE	4,22	2,05	8,72	15,95	0.0000

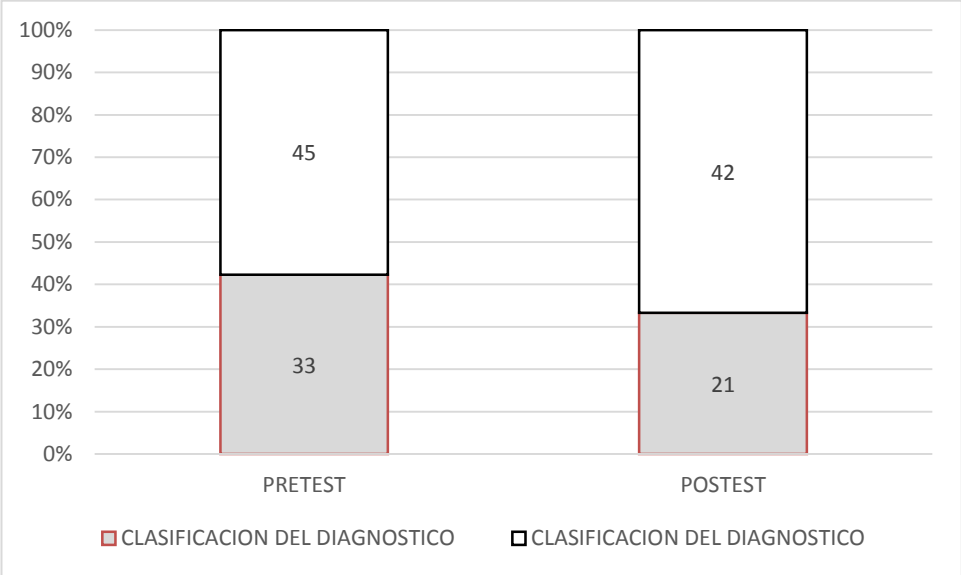
Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

7.2.3 Caso 3

En el caso 3, la diferencia entre el pre y pos test fue menor, en los ítems de clasificación y plan terapéutico no existieron diferencias significativas.

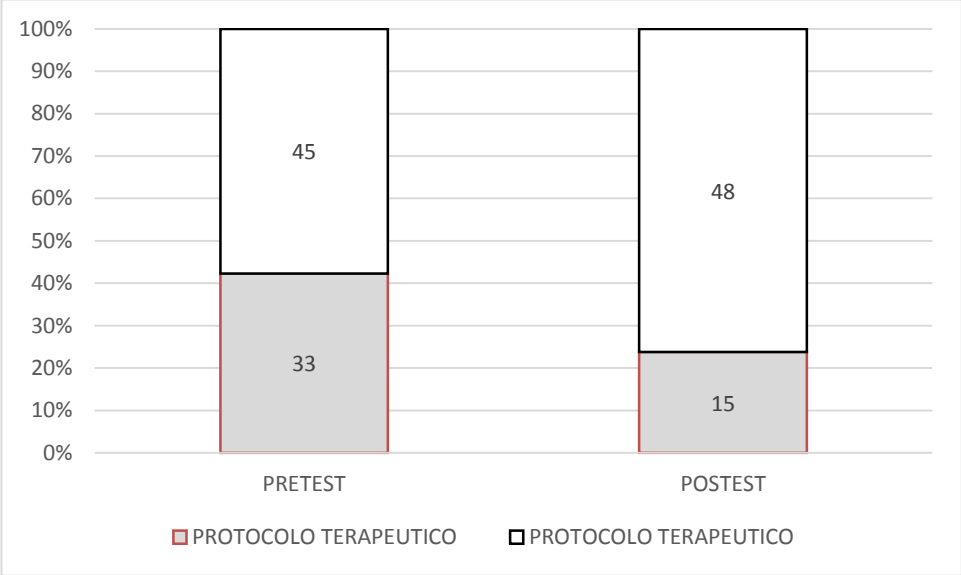
Ilustración 6: Análisis de conocimientos en la clasificación del diagnóstico en el caso 3



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

Ilustración 7: Análisis de conocimientos en la clasificación del diagnóstico (Caso 3)



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

El análisis cuantitativo no arrojó diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 6: Diferencia entre los porcentajes de aciertos según grupo estudiado (Caso 3)

		POSTEST	**PRETEST**
Media (DE)		65,5556 (16,1423)	63,5897 (17,0541)
Diferencias de Medias		1,9659 (IC 95%. 3,6118 / 7,5434)	17,0541
	p	0,7	

Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

El caso 3 tuvo resultados irregulares en la evaluación de preguntas pre y postest, a continuación, los resultados:

Tabla 7: Tabla resumen de contingencia entre variables evaluadas vs pre / post test. Caso 3

	OR	**Intervalo de confianza de 95 %**		**Chi-cuadrado de Pearson**	**p**
		Inferior	Superior		
Clasificación Diagnostica	1,47	0,74	2,92	1,188	0,28
Estridor Respiratorio, Cianosis, entrada de aire, Fiebre	1,76	0,90	3,45	2,732	0,10
Nivel de Consciencia, Retracciones Torácicas, Estridor Inspiratorio	2,19	1,03	4,63	4,281	0,04
Estridor Inspiratorio, Tos, Fiebre, Nivel de Consciencia	2,05	1,03	4,08	4,284	0,04
Protocolo terapéutico	2,35	1,13	4,89	5,311	0,02
Signos de alarma Cianosis	**0,16**	**0,05**	**0,50**	**11,762**	**0,00**
Signos de alarma Saturación<90%	**0,35**	**0,18**	**0,70**	**8,939**	**0,00**
Signos de alarma Tos seca				**1,885**	

	0,60	**0,29**	**1,25**		**0,17**
Signos de alarma Fiebre	**1,03**	**0,53**	**2,01**	**,009**	**0,93**
Signos de alarma Rinorrea trasparente abundante	Responden correctamente ambos grupos				

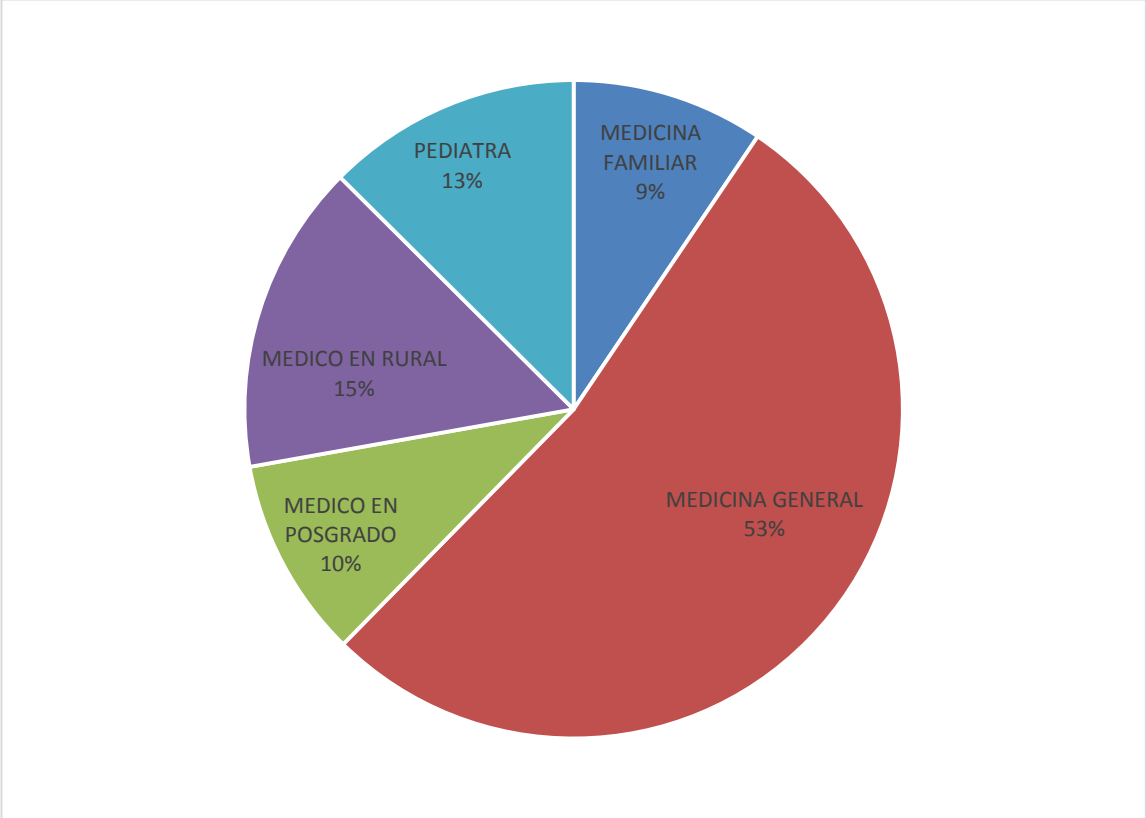
Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

7.3 Evaluación de Historias Clínicas

Se evaluaron 882 historias clínicas, de las cuales el 50,3(%) correspondieron a atenciones médicas post capacitación. El 59(%) de los médicos evaluados fueron mujeres y el 79(%) no tenían una especialidad.

Ilustración 8: Especialidades médicas en la evaluación de Historias Clínicas

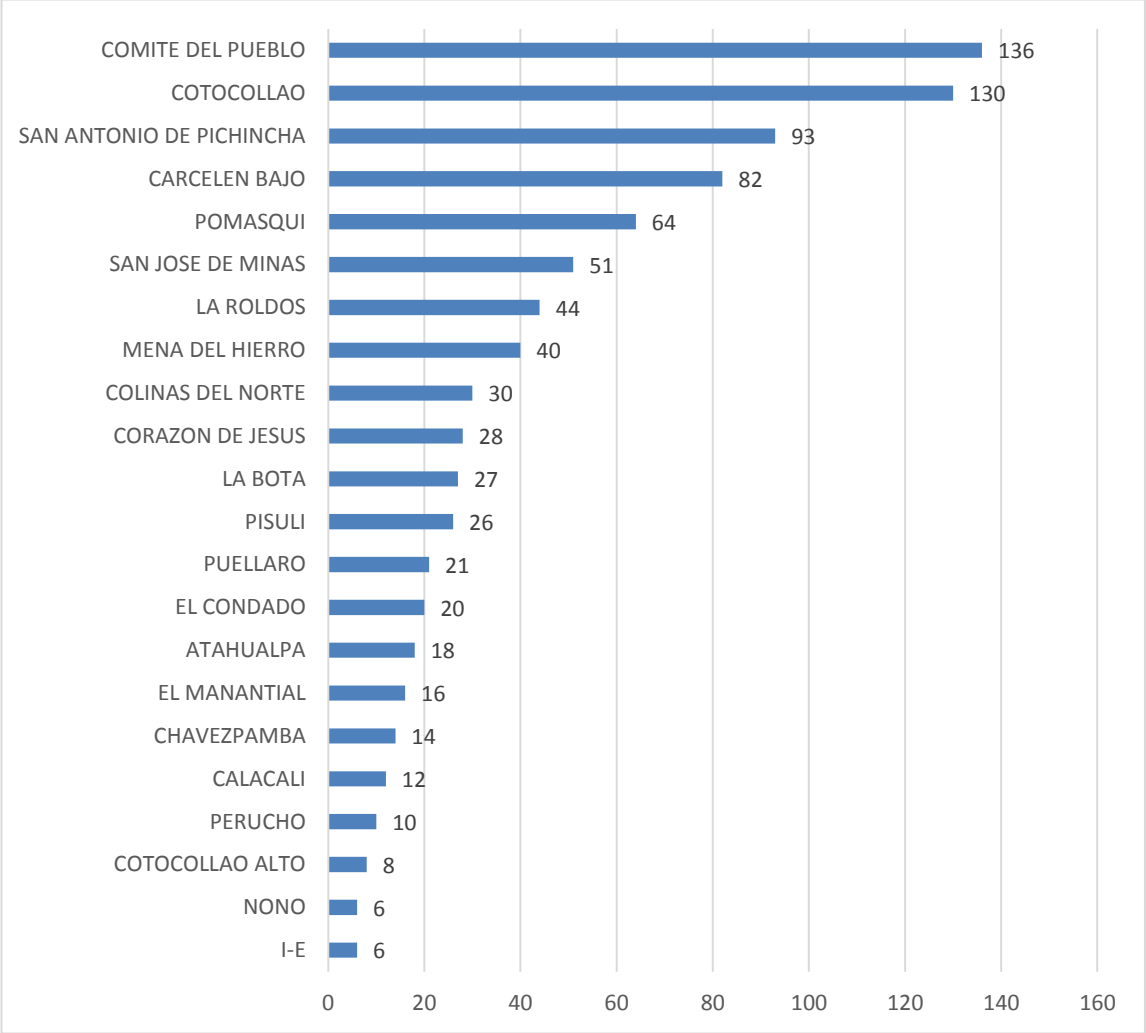


Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

A continuación, las unidades operativas evaluadas:

Ilustración 9: Unidades operativas evaluadas



Fuente: *Atención por Unidad operativa Estadística del distrito*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

En el análisis de relación encontramos que los médicos que no han recibido capacitación tienen una mayor probabilidad de tener errores en la historia clínica, excepto en la prescripción de medicación, posiblemente porque la medicación es una decisión variable. Casi todas las relaciones resultaron significativas. Se observa claramente que la frecuencia de errores en los médicos no capacitados es muy alta y la diferencia con los capacitados es importante.

Tabla 8: Tabla Resumen de diferencias entre profesionales pre intervención y post intervención

Items evaluados		**Aciertos**								
		Pre intervencion		Post intervencion		**OR**	**Intervalosde confianza al 95%**		**Chi 2**	**P**
Signos de peligro	Verifica Signos de peligro	0,5	0%	794	90 %	158,35	168,80	147,90	1442,9	0,0001
	Clasifica signos de peligro	0,5	0%	776	88 %	186,42	198,72	174,11	692,28	0,0001
IRA	Pregunta por tos o dificultad respiratoria	432	49%	847	96 %	0,15	0,16	0,14	244,88	0,0001

	Clasifica la tos y dificultad respiratoria	79	9%	714	81 %	1,89	2,02	1,77	461,87	0,0001
EDA	Se pregunta la presencia de diarrea	882	100%	864	98 %	35,25	37,57	32,92	8,37	0.0038
	Se clasifica la diarrea	476	54%	873	99 %	0,04	0,04	0,04	248,31	0,0001
Otitis	Se verifica la fiebre	361	41%	856	97 %	0,12	0,13	0,11	324,64	0,0001
	Se verifica el problema de oído	141	16%	882	100 %	0,00	0,00	0,00	638,41	0,0001
Generales	Se aplica el sistema de ref y contraref	864	98%	882	100 %	0,03	0,03	0,03	8,38	0,0038
	Se prescribe medicación	864	98%	741	84 %	6,72	7,16	6,27	52,29	0,0001
	Se recomienda seguimiento	0,5	0%	864	98 %	35,25	37,57	32,92	846,23	0,0001
	Se empleó el cuadro de procedimientos de AIEPI	0,5	0%	882	100 %	1,00	1,07	0,93	881,00	0,0001
	Se empleó el formulario de	0,5	0%	882	100 %	1,00	1,07	0,93	881,00	0,0001

	AIEPI									
	Se explicaron los cuidados en el hogar	0,5	0%	847	96 %	67,18	71,62	62,75	814,19	0,0001
	Se explica que traiga al paciente inmediatamente en caso de signos de alarma	0,5	0%	820	93 %	115,22	122,82	107,61	765,67	0,0001

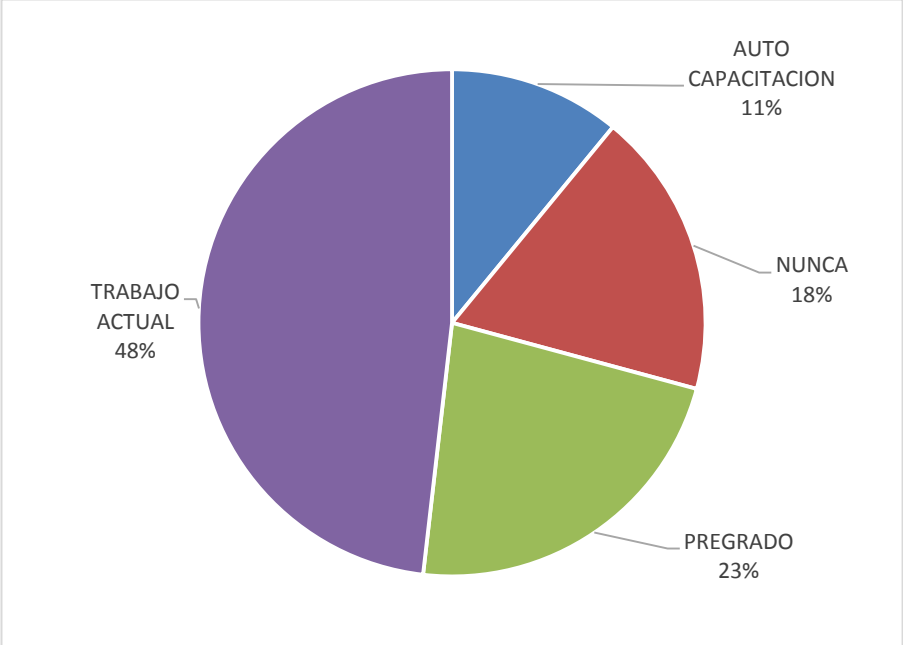
Fuente: *Historias Clínicas U.O*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

7.4 Análisis de percepción y capacitación previa

Todos los médicos consideraron que el AIEPI es una herramienta útil, la mayoría de los médicos ha sido capacitado únicamente en el trabajo actual y un 23% en el pregrado, pero llama la atención que un 18% nunca recibió este tipo de capacitación, también es importante recalcar que un 11% de los profesionales se han auto capacitado.

Ilustración 10: Capacitación previa a la intervención actual



Fuente: *Formularios pre y post test*

Elaborado por: *Autoras de la investigación*

8 DISCUSIÓN.

La Investigación realizada demuestra que la capacitación en la herramienta AIEPI es una estrategia efectiva para mejorar los conocimientos y prácticas en la atención de enfermedades prevalentes de la infancia, en lo referente a enfermedades respiratorias y diarreicas.

Está demostrado que la herramienta de AIEPI es una estrategia eficiente; sin embargo, su aplicación ha tenido dificultades en los sistemas de salud, incluso en los que cuidan a poblaciones más vulnerables (20–22), sobre todo debido a la falta de capacitación y actualización de los profesionales. Nuestro estudio coincide con varios de los aspectos estudiados a nivel global, especialmente en la falta de capacitación del personal en los lugares de trabajo, una de las razones posibles puede ser la falta de educación continua en la aplicación de la estrategia AIEPI. Armstrong describe que el entrenamiento en AIEPI es fácil y que genera satisfacción en los capacitados. (16), por lo que la logística no sería un impedimento.

En Bolivia un estudio que evaluó la estrategia AIEPI (35), evidencio que existió una disminución de la prescripción innecesaria de antibióticos a niños con diarrea. Nuestro estudio por el contrario demostró que la prescripción antibiótica aumento, pero probablemente debido a la mayor identificación de riesgos. Por otro lado, nuestro estudio demostró una mejoría de los indicadores relacionados al cumplimiento de la estrategia AIEPI similar a lo que sucede en otros estudios. (16,23,24,26,35)

La ausencia de formación en terreno es un problema no solo a nivel de AIEPI sino de manera general, la falta de actualización y búsqueda científica aún es un limitante

para muchos profesionales de la salud, ya sea por falta de acceso a tecnología, o por desconocimiento ; la capacitación y posterior evaluación de los profesionales no solo mejoró su conducta clínica y terapéutica, sino q generó mayor seguridad y satisfacción en los profesionales , particular que se evidenció en la mejoría de los resultados del post test y en su actitud positiva y predisposición al momento de realizarlo

Los signos de alarma son un punto clave en la identificación de casos severos. Encontramos errores importantes pre capacitación, lo cual podría generar problemas en los pacientes; Ferreiro menciona datos similares en su investigación en México (36), Burgoa y Gutiérrez demuestran que los familiares son incapaces de reconocer adecuadamente estos signos y síntomas en enfermedades prevalentes por lo que es necesario que el personal de salud haga una identificación activa (12,37); todos concluyen que la capacitación es indispensable.

Existe muy poca investigación sobre el impacto de la estrategia AIEPI; a nivel nacional la más actual es la encuesta realizada por el MSP en conjunto con la OPS cuyos resultados mostraron sobre todo la diferencia en lo referente a clasificación diagnostica entre el Gold Estándar(evaluador) y el personal de salud evidenciando un notable desconocimiento de la estrategia; por lo tanto, nuestro estudio es un aporte importante que evidencia que la capacitación si mejora la actuación clínica en casos reales y simulados en la atención de enfermedades prevalentes de la infancia. Hemos identificado en el proceso de investigación que existe una deficiencia del sistema de información de los establecimientos de salud lo cual entorpece la obtención de información y además una debilidad en procesos de educación

continuada que afecta la calidad de la atención medica; sin embargo, se demuestra que los procesos de capacitación en terreno son claves, eficientes y dan resultados a corto plazo.

8.1 CONCLUSIONES.

El entrenamiento de los profesionales de la salud en la estrategia AIEPI, mejora las capacidades clínicas en el manejo de las enfermedades respiratorias y digestivas, demostrada a través de casos simulados y registros médicos.

El entrenamiento mejora la calidad del diagnóstico, la identificación de factores de riesgo y la aplicación de protocolos terapéuticos a corto plazo.

La falta de educación continuada es un factor limitante en la atención adecuada de las enfermedades prevalentes de la infancia.

8.2 RECOMENDACIONES.

Se recomienda tomar esta investigación como punto de partida para realizar investigaciones sobre la sostenibilidad de la capacitación a través de competencias del profesional y medir el impacto a largo plazo de la correcta aplicación de la estrategia AIEPI en la salud de la población.

Se espera que en futuras investigaciones se aborde los aspectos relacionados a los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes y sus cuidadores como parte fundamental de la aplicación de la estrategia AIEPI.

9 ANEXOS

Anexo 1: check list de evaluación de historias clínicas

TESIS: Conocimientos de los profesionales de la salud sobre la estrategia AIEPI e intervención para mejorar el manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia, infecciones respiratorias y diarreicas en el Distrito 17 D03 perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito desde enero a octubre del 2016.

Check List de calidad de atención al niño/a de 2 meses a 4 años 11 meses 29 días de edad con la aplicación de la Estrategia AIEPI en las unidades operativas de salud del distrito 17D03

Revisión de historias clínicas de atención en morbilidad de patologías respiratorias y diarreicas en niños/a de 2 meses a 4 años11meses 29 días.

Evaluación – clasificación - tratamiento

Fecha: .../...../……

Responsable: .....

Número de historia clínica del niñõ o/a..... Edad del niño/a.....

Nombre de la unidad operativa: .....

Durante los últimos dos años, ¿Ud. ha recibido capacitación en AIEPI clínico?

Sí.....1 No.....2

Tipo:

Médico pediatra..... 1

Médico general.....2

Médico familiar.....3

Medico (otros).....4

Sexo del personal de salud observado:

M.....1. F……2

Recibió visita de seguimiento, durante los últimos 6 meses, en la cual se observó la atención de casos de niños/as?

Sí.....1 No....2

Encuestador/a: Durante la revisión de los registros médicos de atención, observe si el personal de salud realizó las siguientes tareas durante la evaluación al niño/a. Coloque un circulo en el NÚMERO de SÍ, NO o NA en la columna 'Resultado

No.	Pregunta	Resultado	Observación
1	El personal de salud pregunta/verifica la edad del niño/a.	Sí.... 1 No... 2	
2	Se tomó la talla y peso del niño/a hoy.		
3	El personal de salud pregunta por qué le trajo	Sí.... 1 No... 2	

4	¿Cuáles son los motivos, según la madre, para traer al niño/a al establecimiento de salud? a. Respiración rápida / tos b. Diarrea/vómitos. c. Fiebre/malaria d. Problema de oído. e. Control f. Otro (especifique)	 1 2 3 4 5 6	
5	El personal de salud pregunta y/o verifica los signos de peligro en general.	Sí.... 1 No... 2	
6	¿El personal de salud clasificó 'signos de peligro'?	Sí.... 1 No... 2	
7	El personal de salud pregunta por tos o dificultad para respirar.	Sí.... 1 No... 2	
8	Si el niño/a tiene tos o dificultad para respirar, el personal de salud evaluó:		
8A	a. Frecuencia respiratoria(Encuestador: Marque	Sí.... 1 No... 2	

	N/A en el caso de que el niño/a no tenga tos o dificultad para respirar)	NA....9	
8B	b. Tiraje subcostal(Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga tos o dificultad para respirar)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
8C	c. Estridor(Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga tos o dificultad para respirar)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
	d. Sibilancias(Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga tos o dificultad para respirar)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
9	¿El personal de salud clasificó la tos o dificultad para respirar?	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
10	¿Cuál fue esta clasificación?		
10A	a. Neumonía grave o enfermedad muy grave	Sí.... 1 No... 2	
10B	b. Neumonía	Sí.... 1 No... 2	

10C	c. No tiene neumonía (resfriado, gripe o bronquitis)	Sí.... 1 No... 2	
10D	d. Otro (especifique)	Sí.... 1 No... 2	
11	El personal de salud pregunta por la presencia de diarrea.	Sí.... 1 No... 2	
12	Si el niño/a tiene diarrea, el personal de salud evaluó:		
12A	a. Duración de la diarrea(Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga diarrea)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
12B	b. Presencia de sangre en las heces (Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga diarrea)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
12C	c. Estado de hidratación(Encuestador: Marque N/A en el caso de que el niño/a no tenga diarrea)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
13	¿El personal de salud clasificó la diarrea? (Encuestador: Marcar N/A si el niño/a no tiene diarrea)	Sí.... 1 No... 2 NA....9	

14	¿Cuál fue esta clasificación?		
14A	a. Deshidratación grave o con shock	Sí.... 1 No... 2	
14B	b. Deshidratación	Sí.... 1 No... 2	
14C	c. No tiene deshidratación	Sí.... 1 No... 2	
14D	d. Diarrea persistente grave	Sí.... 1 No... 2	
14E	e. Diarrea persistente	Sí.... 1 No... 2	
14F	f. Disentería	Sí.... 1 No... 2	
14G	g. Otro (especifique)	Sí.... 1 No... 2	
14H	h. Otro (especifique)	Sí.... 1 No... 2	
15	El personal de salud verifica si el niño/a tiene fiebre.	Sí.... 1 No... 2	
16	¿El personal de salud pregunta si el niño/a tiene problema de oído (dolor y/o supuración)?	Sí.... 1 No... 2	
17	Si el niño/a tiene problema de		

	oído, el personal de salud evaluó.		
17A	a. Tumefacción dolorosa detrás de la oreja	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
17B	b. Duración del dolor o supuración de oído	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
17C	c. Presencia de dolor o supuración de oído	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
18	¿El personal de salud clasificó el problema de oído?	Sí.... 1 No... 2 NA....9	
19	El personal de salud aplica el sistema de referencia y contra referencia en casos.	Sí..... 1 No….. 2	
20	El cuidador/a aceptó la referencia del niño/a.	Sí..... 1 No….. 2	
21	El personal de salud administró tratamiento Pre referencia de acuerdo con la clasificación Identificada.	Sí..... 1 No….. 2	
22	¿El personal de salud recetó o	Sí..... 1	

	administró un medicamento?	No..... 2	
23	Si el tratamiento incluyó un medicamento, registre lo que personal de salud dice a la madre o cuidador/a:		
23A	a. Nombre del medicamento	Sí.... 1 No... 2	
23B	b. Presentación	Sí.... 1 No... 2	
23C	c. Dosis por vez	Sí.... 1 No... 2	
23D	d. No de veces/día veces	Sí.... 1 No... 2	
23E	e. Cuantos días : .....días	Sí.... 1 No... 2	
24	El personal de salud recomendó a la madre o cuidador/a cuando volver para seguimiento.	Sí.... 1 No... 2	
25	El personal de salud empleó el cuadro de procedimientos de AIEPI en algún momento de las atención al niño/a.	Sí.... 1 No... 2	

26	El personal de salud empleó el formulario AIEPI (para el niño/a de 2 meses a 4 años).	Sí.... 1 No... 2	
27	El personal de salud explicó los cuidados en el hogar.	Sí.... 1 No... 2	
28	El personal de salud le dijo al cuidador/a que traiga al niño/a de inmediato si presenta signos de peligro en general	Sí.... 1 No... 2	

Anexo 2: Evaluación de Pre y Post Test

DISTRITO 17D03

TESIS: Conocimientos de los profesionales de la salud sobre la estrategia AIEPI e intervención para mejorar el manejo de las enfermedades más prevalentes de la infancia, infecciones respiratorias y diarreicas en el Distrito 17 D03 perteneciente al Distrito Metropolitano de Quito desde enero a octubre del 2016.

Cuestionario de evaluación sobre conocimientos en la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para ser respondido por médicos pediatras, de salud familiar, generales, rurales, alumnos de postgrado de medicina familiar que atienden niños.

El cuestionario a llenar es anónimo por lo que le solicitamos responder sinceramente.

La evaluación tiene una duración de 15 minutos

Fecha: …….

Sexo: Masculino: ……. Femenino: …….

Tipo de profesional: Médico general: ……. Médico rural: ……. Pediatra..…. Posgradista Med. Fliar: …….

CASO 1.

Paciente lactante menor, de 6 meses de edad, presenta desde hace 3 días: tos seca, fiebre de 38 grados, abundante rinorrea transparente, irritabilidad, llanto frecuente, buena succión. Fuente de información la madre FR: 48 por min.

Según la estrategia AIEPI

1. Clasificaría: (seleccione una respuesta)

a. Neumonía grave o enfermedad muy grave

b. Neumonía

c. No tiene neumonía resfriado gripe o bronquitis

2. En que signo del examen físico se basó para la clasificación:

a. Fiebre> 38 grados

b. Tos seca de 3 días de evolución

c. Taquipnea

3. De acuerdo a la clasificación que eligió aplicaría el protocolo (seleccione el correcto)

a. Dar medicación para la tos y llamarlo en 5 días para nuevo control

b. Prescribir paracetamol 10-15 mg/kg/día cada 6 horas y acudir en 3 días a un nuevo control.

c. Prescribir paracetamol 10-15mg/kg/dosis cada 6 horas y Amoxicilina 60mg. Kg/dosis por 7 días, control de seguimiento en 3 días e identificar signos de alarma para volver inmediatamente.

d. Referirlo de emergencia a una unidad de segundo nivel

4. Señale los signos de alarma que la madre debe identificar para volver en forma inmediata o acudir al hospital

¿Puede el niño comer? …… ¿Vomita todo lo que ingiere?..... ¿Ha tenido convulsiones? ……. ¿Lo ha notado letárgico o inconsciente? Fiebre……. Tos con expectoración verdosa…… Rinorrea verdosa…… Dolor de garganta…….

CASO 2.

A su consulta acude un preescolar de 3 años de edad en compañía de su madre, la misma que menciona que su hijo presenta desde hace 5 días: diarrea 5-6 en 24 horas con moco y sangre, fiebre de 38.5 Cº, el niño está en un centro de cuidado infantil está muy decaído, no quiere comer ni tomar líquidos. Al examen físico el niño presenta ojos hundidos.

1. Señale los signos de alarma del paciente con una X

a.- ojos hundidos …….

b.- no bebe o bebe mal …….

c.- signo del pliegue cutáneo presente …….

2. ¿Cómo clasifica según el AIEPI este caso?

a.- Diarrea con deshidratación grave

b.- Deshidratación

c.- No tiene deshidratación

d.- Disentería + Deshidratación Grave

e. Disentería+deshidratación

3.- ¿De acuerdo a la clasificación que protocolo aplicaría para el tratamiento?

a. Dar antibiótico+ plan A de hidratación

b. Indicar coproparasitario + plan A de hidratación

c. Dar primera dosis de antibiótico+ Plan C de hidratación +Referirle urgentemente al hospital

d. Dar primera dosis de antibiótico+ Plan B de hidratación

e. Indicar coproparasitario + PMN, dar tratamiento según resultado+ plan C de hidratación.

4.- Clasifique la deshidratación según la Estrategia AIEPI

CASO 3.

Paciente lactante mayor, de 1ª 2 meses de edad, presenta desde hace 1 hora tos perruna, acompañada de estridor respiratorio y retracciones leves, irritabilidad, llanto frecuente, no fiebre, Fuente de información la madre FR: 34 por min.

Según la estrategia AIEPI

5. Clasificaría: (seleccione una respuesta)

d. Crup Grave

e. Crup Moderado

f. Crup Leve

6. En que signos del examen físico se basó para la clasificación, coloque V (verdadero) o F (falso):

d. Estridor inspiratorio, cianosis, entrada de aire, fiebre ()

e. Nivel de consciencia, retracciones torácicas, estridor inspiratorio ()

f. Estridor inspiratorio, tos, fiebre, nivel de consciencia ()

7. De acuerdo a la clasificación que eligió aplicaría el protocolo (seleccione el correcto)

f. Referir urgentemente al hospital

g. Administrar una dosis de corticoide vía oral. Y si no hay mejoría nebulizar con adrenalina racémica, si se mantiene estable enviar al domicilio con signos de alarma

h. Retirar al niño de su madre para la administración de adrenalina racémica y si no hay mejoría referir urgentemente al hospital, con Rx de tórax

i. Administrar corticoide oral y antibioticoterapia y realizar control si signos de alarma

8. Señale los signos de alarma que la madre debe identificar para volver en forma inmediata o acudir al hospital

Cianosis …… Saturación <90% ..... Tos seca continua……. Fiebre…….

Rinorrea transparente abundante…….

5.- ¿Ud. ha recibido capacitación en la estrategia AIEPI?

a. Pregrado

b. Trabajo actual

c. Auto capacitación

d. Nunca

6.- Considera que a la estrategia AIEPI es:

a. Útil

b. No Útil

Gracias por la colaboración, su aporte beneficiará a los niños y niñas que se atienden en su servicio de salud.

Anexo 3: tablas de contingencia con porcentajes en evaluación de los médicos vía test

GRUPO*CASO_1_CLASIFICACION_DG tabulación cruzada

			CASO_1_CLASIFICACION_DG		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	34	44	78
		% dentro de GRUPO	43,6%	56,4%	100,0%
	POSTEST	Recuento	10	53	63
		% dentro de GRUPO	15,9%	84,1%	100,0%
Total		Recuento	44	97	141
		% dentro de GRUPO	31,2%	68,8%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNO_PRINCIPAL tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNO_PRINCIPAL		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	29	49	78
		% dentro de GRUPO	37,2%	62,8%	100,0%
	POSTEST	Recuento	20	43	63
		% dentro de GRUPO	31,7%	68,3%	100,0%
Total		Recuento	49	92	141
		% dentro de GRUPO	34,8%	65,2%	100,0%

GRUPO*CASO_1_PROTOCOLO_TX tabulación cruzada

			CASO_1_PROTOCOLO_TX		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	37	41	78
		% dentro de GRUPO	47,4%	52,6%	100,0%
	POSTEST	Recuento	9	54	63
		% dentro de GRUPO	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Recuento	46	95	141
		% dentro de GRUPO	32,6%	67,4%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿PUEDE_EL_NIÑO_COMER ? tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿PUEDE_EL_NIÑO_COMER?		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	30	48	78
		% dentro de GRUPO	38,5%	61,5%	100,0%
	POSTEST	Recuento	12	51	63
		% dentro de GRUPO	19,0%	81,0%	100,0%
Total		Recuento	42	99	141
		% dentro de GRUPO	29,8%	70,2%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿VOMITA_TODO_LO_QUE_INGIERE? tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿VOMITA_TODO_LO_QUE_INGIERE?		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	15	63	78
		% dentro de GRUPO	19,2%	80,8%	100,0%
	POSTEST	Recuento	3	60	63
		% dentro de GRUPO	4,8%	95,2%	100,0%
Total		Recuento	18	123	141
		% dentro de GRUPO	12,8%	87,2%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿HA_TENIDO_CONVULSIONES? tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿HA_TENIDO_CONVULSIONES?		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	17	61	78
		% dentro de GRUPO	21,8%	78,2%	100,0%
	POSTEST	Recuento	0	63	63
		% dentro de GRUPO	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	17	124	141
		% dentro de GRUPO	12,1%	87,9%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿LO_HA_NOTADO_LETARGICO_O_INCONSCIENTE? tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__¿LO_HA_NOTADO_LETARGICO_O_INCONSCIENTE?		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	23	55	78
		% dentro de GRUPO	29,5%	70,5%	100,0%
	POSTEST	Recuento	9	54	63
		% dentro de GRUPO	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Recuento	32	109	141
		% dentro de GRUPO	22,7%	77,3%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__FIEBRE tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__FIEBRE		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	37	41	78
		% dentro de GRUPO	47,4%	52,6%	100,0%
	POSTEST	Recuento	18	45	63
		% dentro de GRUPO	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Recuento	55	86	141
		% dentro de GRUPO	39,0%	61,0%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__TOS_CON_E0PECTORACION_VERDOSA tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__TOS_CON_E0PECTORACION_VERDOSA		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	12	66	78
		% dentro de GRUPO	15,4%	84,6%	100,0%
	POSTEST	Recuento	6	57	63
		% dentro de GRUPO	9,5%	90,5%	100,0%
Total		Recuento	18	123	141
		% dentro de GRUPO	12,8%	87,2%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__RINORREA_VERDOSA

tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__RINORREA_VERDOSA		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	3	75	78
		% dentro de GRUPO	3,8%	96,2%	100,0%
	POSTEST	Recuento	0	63	63
		% dentro de GRUPO	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	3	138	141
		% dentro de GRUPO	2,1%	97,9%	100,0%

GRUPO*CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__DOLOR_DE_GARGANTA

tabulación cruzada

			CASO_1_SIGNOS_DE_ALARMA__DOLOR_DE_GARGANTA		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	1	77	78
		% dentro de GRUPO	1,3%	98,7%	100,0%
	POSTEST	Recuento	0	63	63
		% dentro de GRUPO	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	140	141
		% dentro de GRUPO	0,7%	99,3%	100,0%

GRUPO*CASO_2_CLASIFICACION_DG tabulación cruzada

			CASO_2_CLASIFICACION_DG		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	54	24	78
		% dentro de GRUPO	69,2%	30,8%	100,0%
	POSTEST	Recuento	10	53	63
		% dentro de GRUPO	15,9%	84,1%	100,0%
Total		Recuento	64	77	141
		% dentro de GRUPO	45,4%	54,6%	100,0%

GRUPO*CASO_2_PROTOCOLO_TX tabulación cruzada

			CASO_2_PROTOCOLO_TX		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	54	24	78
		% dentro de GRUPO	69,2%	30,8%	100,0%
	POSTEST	Recuento	21	42	63
		% dentro de GRUPO	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	75	66	141
		% dentro de GRUPO	53,2%	46,8%	100,0%

GRUPO*CASO_2_CLASIFICACION_DESHIDRATACION tabulación cruzada

			CASO_2_CLASIFICACION_DESHIDRATACION		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	54	24	78
		% dentro de GRUPO	69,2%	30,8%	100,0%
	POSTEST	Recuento	21	42	63
		% dentro de GRUPO	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	75	66	141
		% dentro de GRUPO	53,2%	46,8%	100,0%

GRUPO*CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA_OJOS_HUNDIDOS tabulación cruzada

			CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA_OJOS_HUNDIDOS		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	10	68	78
		% dentro de GRUPO	12,8%	87,2%	100,0%
	POSTEST	Recuento	3	60	63
		% dentro de GRUPO	4,8%	95,2%	100,0%
Total		Recuento	13	128	141
		% dentro de GRUPO	9,2%	90,8%	100,0%

GRUPO*CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA_NO_BEBE_O_BEBE_MAL

tabulación cruzada

			CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA_NO_BEBE_O_BEBE_MAL		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	20	58	78
		% dentro de GRUPO	25,6%	74,4%	100,0%
	POSTEST	Recuento	4	59	63
		% dentro de GRUPO	6,3%	93,7%	100,0%
Total		Recuento	24	117	141
		% dentro de GRUPO	17,0%	83,0%	100,0%

GRUPO*CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA__SIGNO_DE_PLIEGUE_CUTANEO_PRESENTE tabulación cruzada

			CASO_2_SIGNOS_DE_ALARMA__SIGNO_DE_PLIEGUE_CUTANEO_PRESENTE		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	46	32	78
		% dentro de GRUPO	59,0%	41,0%	100,0%
	POSTEST	Recuento	16	47	63
		% dentro de GRUPO	25,4%	74,6%	100,0%
Total		Recuento	62	79	141
		% dentro de GRUPO	44,0%	56,0%	100,0%

GRUPO*CASO_3_CLASIFICACION_DG tabulación cruzada

			CASO_3_CLASIFICACION_DG		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	33	45	78
		% dentro de GRUPO	42,3%	57,7%	100,0%
	POSTEST	Recuento	21	42	63
		% dentro de GRUPO	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	54	87	141
		% dentro de GRUPO	38,3%	61,7%	100,0%

GRUPO*CASO_3_E1__ESTRIDOR_RESPIRATORIO,_CIANOSIS,_ENTRADA_DE_AIRE,_FIEBRE tabulación cruzada

			CASO_3_E1__ESTRIDOR_RESPIRATORIO,_CIANOSIS,_ENTRADA_DE_AIRE,_FIEBRE		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	48	30	78
		% dentro de GRUPO	61,5%	38,5%	100,0%
	POSTEST	Recuento	30	33	63
		% dentro de GRUPO	47,6%	52,4%	100,0%
Total		Recuento	78	63	141
		% dentro de GRUPO	55,3%	44,7%	100,0%

GRUPO*CASO_3_NIVEL_DE_CONSCIENCIA,_RETRACCIONES_TORACICAS,_ESTRIDOR_INSPIRATORIO tabulación cruzada

			CASO_3_NIVEL_DE_CONSCIENCIA,_RETRACCIONES_TORACICAS,_ESTRIDOR_INSPIRATORIO		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	30	48	78
		% dentro de GRUPO	38,5%	61,5%	100,0%
	POSTEST	Recuento	14	49	63
		% dentro de GRUPO	22,2%	77,8%	100,0%
Total		Recuento	44	97	141
		% dentro de GRUPO	31,2%	68,8%	100,0%

GRUPO*CASO_3_ESTRIDOR_INSPIRATORIO,_TOS,_FIEBRE,_NIVEL_DE_CONSCIENCIA tabulación cruzada

			CASO_3_ESTRIDOR_INSPIRATORIO,_TOS,_FIEBRE,_NIVEL_DE_CONSCIENCIA		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	53	25	78
		% dentro de GRUPO	67,9%	32,1%	100,0%
	POSTEST	Recuento	32	31	63
		% dentro de GRUPO	50,8%	49,2%	100,0%
Total		Recuento	85	56	141
		% dentro de GRUPO	60,3%	39,7%	100,0%

GRUPO*CASO_3_PROTOCOLO_TX tabulación cruzada

			CASO_3_PROTOCOLO_TX		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	33	45	78
		% dentro de GRUPO	42,3%	57,7%	100,0%
	POSTEST	Recuento	15	48	63
		% dentro de GRUPO	23,8%	76,2%	100,0%
Total		Recuento	48	93	141
		% dentro de GRUPO	34,0%	66,0%	100,0%

GRUPO*CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA___CIANOSIS tabulación cruzada

			CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA___CIANOSIS		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	4	74	78
		% dentro de GRUPO	5,1%	94,9%	100,0%
	POSTEST	Recuento	16	47	63
		% dentro de GRUPO	25,4%	74,6%	100,0%
Total		Recuento	20	121	141
		% dentro de GRUPO	14,2%	85,8%	100,0%

GRUPO*CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_SATURACION<90%

tabulación cruzada

			CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_SATURACION<90%		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	25	53	78
		% dentro de GRUPO	32,1%	67,9%	100,0%
	POSTEST	Recuento	36	27	63
		% dentro de GRUPO	57,1%	42,9%	100,0%
Total		Recuento	61	80	141
		% dentro de GRUPO	43,3%	56,7%	100,0%

GRUPO*CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_TOS_SECA tabulación cruzada

			CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_TOS_SECA		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	19	59	78
		% dentro de GRUPO	24,4%	75,6%	100,0%
	POSTEST	Recuento	22	41	63
		% dentro de GRUPO	34,9%	65,1%	100,0%
Total		Recuento	41	100	141
		% dentro de GRUPO	29,1%	70,9%	100,0%

GRUPO*CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_FIEBRE tabulación cruzada

			CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_FIEBRE		
			,0	1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	39	39	78
		% dentro de GRUPO	50,0%	50,0%	100,0%
	POSTEST	Recuento	31	32	63
		% dentro de GRUPO	49,2%	50,8%	100,0%
Total		Recuento	70	71	141
		% dentro de GRUPO	49,6%	50,4%	100,0%

GRUPO*CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_RINORREA_TRASPARENTE_ABUNDANTE tabulación cruzada

			CASO_3_SIGNOS_DE_ALARMA_RINORREA_TRASPARENTE_ABUNDANTE	
			1,0	Total
GRUPO	a_pretest	Recuento	78	78
		% dentro de GRUPO	100,0%	100,0%
	POSTEST	Recuento	63	63
		% dentro de GRUPO	100,0%	100,0%
Total		Recuento	141	141
		% dentro de GRUPO	100,0%	100,0%

Anexo 4: tablas de contingencia con porcentajes en evaluación de las historias clínicas

RECIBE CAP.*Verifica la edad tabulación cruzada

			Verifica la edad	
			1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
	SI	Recuento	438	438
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
Total		Recuento	882	882
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%

RECIBE CAP.*Talla y peso tabulación cruzada

			Talla y peso	
			1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
	SI	Recuento	438	438
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
Total		Recuento	882	882
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%

RECIBE CAP.*Motivo de consulta tabulación cruzada

			Motivo de consulta	
			1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
	SI	Recuento	438	438
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%
Total		Recuento	882	882
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	100,0%

RECIBE CAP.*Verifica Signos e peligro tabulación cruzada

			Verifica Signos e peligro		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	43	395	438
		% dentro de RECIBE CAP.	9,8%	90,2%	100,0%
Total		Recuento	487	395	882
		% dentro de RECIBE CAP.	55,2%	44,8%	100,0%

RECIBE CAP.*Clasifica signos de peligro tabulación cruzada

			Clasifica signos de peligro		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	52	386	438
		% dentro de RECIBE CAP.	11,9%	88,1%	100,0%
Total		Recuento	496	386	882
		% dentro de RECIBE CAP.	56,2%	43,8%	100,0%

RECIBE CAP.*pregunta por tos o dificultad respiratoria tabulación cruzada

			pregunta por tos o dificultad respiratoria		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	228	215	443
		% dentro de RECIBE CAP.	51,5%	48,5%	100,0%
	SI	Recuento	14	298	312
		% dentro de RECIBE CAP.	4,5%	95,5%	100,0%
Total		Recuento	242	513	755
		% dentro de RECIBE CAP.	32,1%	67,9%	100,0%

RECIBE CAP.*Clasifica la tos y dificultad respiratoria tabulación cruzada

			Clasifica la tos y dificultad respiratoria		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	267	26	293
		% dentro de RECIBE CAP.	91,1%	8,9%	100,0%
	SI	Recuento	58	254	312
		% dentro de RECIBE CAP.	18,6%	81,4%	100,0%
Total		Recuento	325	280	605
		% dentro de RECIBE CAP.	53,7%	46,3%	100,0%

RECIBE CAP.*Se pregunta la presencia de diarrea tabulación cruzada

			Se pregunta la presencia de diarrea		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	0	135	135
		% dentro de RECIBE CAP.	0,0%	100,0%	100,0%
	SI	Recuento	2	124	126
		% dentro de RECIBE CAP.	1,6%	98,4%	100,0%
Total		Recuento	2	259	261
		% dentro de RECIBE CAP.	0,8%	99,2%	100,0%

RECIBE CAP.*Se clasifica la diarrea tabulación cruzada

			Se clasifica la diarrea		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	62	73	135
		% dentro de RECIBE CAP.	45,9%	54,1%	100,0%
	SI	Recuento	1	125	126
		% dentro de RECIBE CAP.	0,8%	99,2%	100,0%
Total		Recuento	63	198	261
		% dentro de RECIBE CAP.	24,1%	75,9%	100,0%

RECIBE CAP.*Se verifica la fiebre tabulación cruzada

			Se verifica la fiebre		Total
			0	1	
RECIBE CAP.	NO	Recuento	79	56	135
		% dentro de RECIBE CAP.	58,5%	41,5%	100,0%
	SI	Recuento	4	122	126
		% dentro de RECIBE CAP.	3,2%	96,8%	100,0%
Total		Recuento	83	178	261
		% dentro de RECIBE CAP.	31,8%	68,2%	100,0%

RECIBE CAP.*Se verifica el problema de oído tabulación cruzada

			Se verifica el problema de oído		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	78	15	93
		% dentro de RECIBE CAP.	83,9%	16,1%	100,0%
	SI	Recuento	0	14	14
		% dentro de RECIBE CAP.	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	78	29	107
		% dentro de RECIBE CAP.	72,9%	27,1%	100,0%

RECIBE CAP.*Se aplica el sistema de ref y contraref tabulación cruzada

			Se aplica el sistema de ref y contraref		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	1	58	59
		% dentro de RECIBE CAP.	1,7%	98,3%	100,0%
	SI	Recuento	0	3	3
		% dentro de RECIBE CAP.	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	61	62
		% dentro de RECIBE CAP.	1,6%	98,4%	100,0%

RECIBE CAP.*Se prescribe medicacion tabulación cruzada

			Se prescribe medicacion		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	9	406	415
		% dentro de RECIBE CAP.	2,2%	97,8%	100,0%
	SI	Recuento	71	364	435
		% dentro de RECIBE CAP.	16,3%	83,7%	100,0%
Total		Recuento	80	770	850
		% dentro de RECIBE CAP.	9,4%	90,6%	100,0%

RECIBE CAP.*UTILIZA ANTIBIOTICOS tabulación cruzada

			UTILIZA ANTIBIOTICOS		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	166	278	444
		% dentro de RECIBE CAP.	37,4%	62,6%	100,0%
	SI	Recuento	336	102	438
		% dentro de RECIBE CAP.	76,7%	23,3%	100,0%
Total		Recuento	502	380	882
		% dentro de RECIBE CAP.	56,9%	43,1%	100,0%

RECIBE CAP.*UTILIZA MUCOLITICOS tabulación cruzada

			UTILIZA MUCOLITICOS		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	297	12	309
		% dentro de RECIBE CAP.	96,1%	3,9%	100,0%
	SI	Recuento	306	6	312
		% dentro de RECIBE CAP.	98,1%	1,9%	100,0%
Total		Recuento	603	18	621
		% dentro de RECIBE CAP.	97,1%	2,9%	100,0%

RECIBE CAP.*Se recomienda seguimiento tabulación cruzada

			Se recomienda seguimiento		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	8	430	438
		% dentro de RECIBE CAP.	1,8%	98,2%	100,0%
Total		Recuento	452	430	882
		% dentro de RECIBE CAP.	51,2%	48,8%	100,0%

RECIBE CAP.*Se empleo el cuadro de procedimientos de AIEPI tabulación cruzada

			Se empleo el cuadro de procedimientos de AIEPI		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	2	436	438
		% dentro de RECIBE CAP.	0,5%	99,5%	100,0%
Total		Recuento	446	436	882
		% dentro de RECIBE CAP.	50,6%	49,4%	100,0%

RECIBE CAP.*Se empleo el formulariode AIEPI tabulación cruzada

			Se empleo el formulariode AIEPI		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	2	432	434
		% dentro de RECIBE CAP.	0,5%	99,5%	100,0%
Total		Recuento	446	432	878
		% dentro de RECIBE CAP.	50,8%	49,2%	100,0%

RECIBE CAP.*Se explicaron los cuidados en el hogar tabulación cruzada

			Se explicaron los cuidados en el hogar		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	16	422	438
		% dentro de RECIBE CAP.	3,7%	96,3%	100,0%
Total		Recuento	460	422	882
		% dentro de RECIBE CAP.	52,2%	47,8%	100,0%

RECIBE CAP.*Se explica que traiga al paciente inmediatamente eb caso de signos de alarma tabulación cruzada

			Se explica que traiga al paciente inmediatamente eb caso de signos de alarma		
			0	1	Total
RECIBE CAP.	NO	Recuento	444	0	444
		% dentro de RECIBE CAP.	100,0%	0,0%	100,0%
	SI	Recuento	30	408	438
		% dentro de RECIBE CAP.	6,8%	93,2%	100,0%
Total		Recuento	474	408	882
		% dentro de RECIBE CAP.	53,7%	46,3%	100,0%

10 BIBLIOGRAFÍA.

1. Secretaria Nacional de Planificación y Desarollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador; 2014 p. 30.

2. Ministerio de salu pública. Manual del Modelo de Atención Integral de salud-MAIS. Euador; 2012 p. 210.

3. Estadística. Estadísticas Distrito 17D03. Quito; 2015.

4. Ministerio de Salud Publica. Manual de capacitación AIEPI. 2010 p. 171.

5. Valdivieso L, Valdivia DC, Orozco L, Pinto E. Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud: informe técnico. 2012. 89 p.

6. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR, Mello DF de. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in the practice of nurses graduated from USP. Rev Gaúcha Enferm. junio de 2011;32(2):241-7.

7. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martínez K. IMCI and the maternal practice of African descendants' living on the Colombian Caribbean coast regarding the common cold and diarrhea. Rev Salud Pública. agosto de 2013;15(4):605-13.

8. Quiroz-Jiménez KS, Pulgarín-Piedrahita LM, Cardona-Arango D. Mortality of children under 5 years old after the implementation of the strategy for integrated

diseases prevalent in childhood (AIEPI) - Antioquia, Colombia 2002-2011. Univ Salud. diciembre de 2015;17(2):201-11.

9. Organización Pamericana de la salud. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Benguigui, Yehuda Bossio ,Juan Carlos Fernandez H, editor. Vol. 1. Washington; 2001. 34 p.

10. Organización Pamericana de la salud. Guía para formular El Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI. EEUU; 2008 p. 122.

11. Organización Mundial de la salud. Datos recientes revelan un rápido descenso sin precedentes en las tasas de mortalidad infantil.

12. Rivero B, V C, Mallea S, A A. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Rev Soc Boliv Pediatría. junio de 2008;47(2):72-6.

13. Herrera P, Eulalia M, Russ Durán G, Reitor Landrian L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev Cuba Med Gen Integral. abril de 2000;16(2):160-4.

14. Development WHOD of C and AH and. Handbook IMCI: Integrated Management of Childhood Illness. World Health Organization; 2005. 210 p.

15. Hill Z, Kendall C, Arthur P, Kirkwood B, Adjei E. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions

in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. Trop Med Int Health. 1 de julio de 2003;8(7):668-76.

16. Schellenberg JRA, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O, et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. The Lancet. octubre de 2004;364(9445):1583-94.

17. Ministerio de Salud Publica. Cuadro de procedimientos atención integral a la niñez. 322 Nicaragua; 2008 p. 50.

18. Rosique G, Mercedes R. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rev Médica Electrónica. junio de 2010;32(3):0-0.

19. Quizhpe A, Uphoff E, Encalada L, Andrade D, Barten F. Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador. Rev Cuba Salud Pública. junio de 2013;39(2):197-207.

20. Gwatkin DR. IMCI: what can we learn from an innovation that didn't reach the poor? Bull World Health Organ. octubre de 2006;84(10):768-768.

21. Ahmed HM, Mitchell M, Hedt B. National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Policy constraints and strategies. Health Policy. julio de 2010;96(2):128-33.

22. Amaral J, Leite AJ, Cunha AJ, Victora CG. Impact of IMCI health worker training on routinely collected child health indicators in Northeast Brazil. Health Policy Plan. 1 de diciembre de 2005;20(suppl 1):i42-8.

23. Horwood C, Vermaak K, Rollins N, Haskins L, Nkosi P, Qazi S. An Evaluation of the Quality of IMCI Assessments among IMCI Trained Health Workers in South Africa. PLOS ONE. 17 de junio de 2009;4(6):e5937.

24. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite ÁJM, Cunha ALA da, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. Cad Saúde Pública. enero de 2004;20:S209-19.

25. DeRenzi B, Lesh N, Parikh T, Sims C, Maokla W, Chemba M, et al. E-imci: Improving Pediatric Health Care in Low-income Countries. En: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems [Internet]. New York, NY, USA: ACM; 2008 [citado 1 de noviembre de 2016]. p. 753–762. (CHI '08). Disponible en: http://doi.acm.org/10.1145/1357054.1357174

26. Arifeen SE, Blum LS, Hoque DME, Chowdhury EK, Khan R, Black RE, et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study. The Lancet. octubre de 2004;364(9445):1595-602.

27. Gwatkin DR. Integrating the management of childhood illness. The Lancet. octubre de 2004;364(9445):1557-8.

28. Ministerio de Salud Publica. Cuadros de procedimientos de AIEPI. Ecuador; 2016 p. 65.

29. Ministerio de Salud El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. El Salvador; 2014 p. 152.

30. Valdivieso L, Cordero D, Orozco L, Pinto E. Informe técnico: Quito; 2008.

31. Tratar DY. Aiepi Manejo CROUP. 2016 p. 1.

32. De Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. 2da ed. Washington; 1994. 232 p.

33. Rivero D. Metodologia de la Investigación. Shalom. 2008. 94 p.

34. Gonzalez A. Metodología de la investigación científica. 2008. p. 111.

35. G Z, D A, Cordero V. D, Mejia S. M. Evaluación de la estrategia «Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia» (AIEPI) en Servicios de Salud, Bolivia 1999. Rev Chil Pediatría. marzo de 2002;73(2):184-91.

36. Ferreira-Guerrero E, Báez-Saldaña R, Trejo-Valdivia B, Ferreyra-Reyes L, Delgado-Sánchez G, Chilián-Herrera OL, et al. Infecciones respiratorias agudas en niños y

signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. Salud Pública México. 2013;55:S307-13.

37. Gutiérrrez Camacho C, Villa Contreras S, Mota Hernández F, Martínez C, Georgina R, Gómez Ugalde J. lntervención educativa para el manejo efectivo de diarrea en el hogar. Bol Méd Hosp Infant México. febrero de 2004;61(1):19-28.