

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA
APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE
EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS, AÑO 2019**

**DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

AUTORES:

Bedoya Brito Doris Ximena

Macías Franco Beatriz Estefanía

DIRECTOR:

Dr. Santiago Escalante

SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, 2019

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019”**, presentado por Bedoya Brito Doris Ximena y Macías Franco Beatriz Estefanía egresadas de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; he concluido que, el presente trabajo de graduación cumple con la reglamentación y políticas de investigación para la respectiva evaluación del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Directivo de la facultad designe, para su estudio y calificación correspondientes.

Quito, junio 2019



DIRECTOR DE TESIS

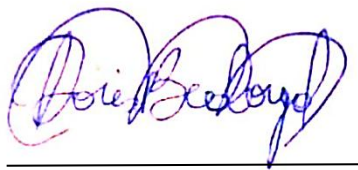
Dr. Santiago Escalante

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación y aplicación de la Ciencia Médica, así como todos los criterios emitidos en el desarrollo de la misma, son de absoluta responsabilidad de las autoras.

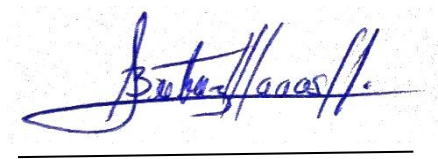
Quito, junio 2019

LAS AUTORAS



MD. BEDOYA B. DORIS

CC: 1720146222



MD. MACÍAS F. BEATRIZ

CC: 1312606815

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien nos ilumina y nos da la sabiduría necesaria para tomar decisiones acertadas, guiándonos para cumplir las metas trazadas.

Nuestra gratitud hacia las personas e instituciones que ayudaron a culminar nuestra meta propuesta, al Doctor Santiago Escalante que nos guio en este proyecto durante estos años del postgrado con su inteligencia y sabiduría; y a la Dra. Katya Muñoz, que siendo desde un inicio nuestra tutora de campo en comunidad y luego nuestra lectora de tesis nos supo apoyar de múltiples formas para la culminación del mismo; a la Dra. Cristina Estrella que como coordinadora de este post grado aquí en Santo Domingo nos dio no solo su apoyo académico sino también emocional; estas personas con sus valores intelectuales, éticos y humanistas que con su dedicación y esfuerzo nos supieron dirigir en la difícil tarea de aplicar el conocimiento científico en la investigación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por nuestra formación como especialistas. Al Ministerio de Salud Pública, que nos otorgaron la beca para cursar esta especialidad, a estas nobles instituciones nuestra gratitud.

Al Centro de Salud los Rosales de la Dirección Distrital 23D02 provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, por su apertura en la realización de este trabajo y por facilitarnos la base de datos para poder llevar a cabo nuestra investigación.

A nuestros padres quienes siempre han estado para brindarnos, amor y comprensión y sin dejar de confiar en nosotras, aunque sea a la distancia.

A nuestros esposos, que, con su apoyo constante desde el principio hasta el final, siendo ejemplos de padres y compañeros de vida; gracias por su paciencia, por sus ánimos, por su tolerancia durante todo el postgrado, y sobre todo gracias por el inmenso amor. Este logro no es solo nuestro sino de ustedes.

A nuestros hijos, fuente de inspiración, quienes son la base fundamental para nuestra superación personal y profesional, les agradecemos por su amor incondicional.

A todas aquellas personas que han estado hoy, mañana y siempre gracias por ser motivo de nuestra inspiración, fuente de apoyo y lucha de cada día.

DEDICATORIA

Para lograr alcanzar una de nuestras metas tuvimos en apoyo de nuestros seres queridos y familiares sin ellos no llegaríamos hasta aquí.

Dedicamos este trabajo a:

*Mis pilares fundamentales de mi vida:
A mi Esposo Fabricio Ortega y Mi querida hija Hanna Ortega*

*Mi Madre Ruth Franco
Mi padre Oswaldo Macías
Mis hermanos Marlon y Alejandro Macías*

*Mi suegra Angélica Dreher y Esposo Mario Neves
Mi suegro Klever Ortega y a su esposa Clarita Sampedro.*

Beatriz Macías Franco

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo.

A mis padres Ximena y Edwin y a mi hermano Daniel por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos más difíciles de mi vida para conseguir mis objetivos.

A mi esposo Olger y mis hijos Joseph y Ariel quienes me apoyaron y alentaron para continuar, además por ser mi fuente de motivación para poder cumplir este sueño juntos.

A mis abuelitos y tíos por brindarme sus valores y conocimientos.

A mis amigos, maestros y todas esas personas que confiaron en mi para cumplir esta meta y culminar mi tesis.

Doris Bedoya Brito

LISTA DE ABREVIATURAS

CENTOR-m: CENTOR Modificados

FAA: Faringoamigdalitis aguda

Ig: Inmunoglobulinas

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IRA: Infecciones respiratorias agudas

IRAA: Infecciones respiratorias agudas altas

Kg: Kilogramos

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud

SBHGA: Streptococcus pyogenes o Streptococo β hemolítico del grupo A

SGA: Streptococcus Grupo A

TRDA: Test rápido de detección de antígeno

UI: Unidades Internacionales

TABLA DE CONTENIDOS

PONTIFICIA	i
AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I	13
1. Introducción	13
1.1. Justificación	18
1.2. Planteamiento del problema	20
1.3. Objetivos	23
1.4. Hipótesis	24
CAPITULO II	25
2. Marco teórico	25
2.1. Infecciones respiratorias, fisiopatología, criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas.	25
2.1.2. Epidemiología	33
2.1.3. Enfoque socio cultural	35
2.2. Marco conceptual	46
CAPITULO III.....	50
3. Métodos	50
3.1. Unidad de investigación	50
3.2. Universo de estudio	50
3.3. Muestra	51
3.4. Criterios de selección:	52
3.5. Tipo de estudio	52
3.6. Técnicas	53
3.7. Análisis y sistematización de datos	53
3.8. Aspectos bioéticos	53
CAPÍTULO IV.....	54
4.1. Resultados	54

4.1.1. Resultados de las encuestas realizadas a los familiares de los pacientes atendidos.	54
4.1.2. Análisis del cuadro clínico presentado en los pacientes	57
4.1.3. Análisis descriptivo del proceso de atención.	58
4.1.3. Análisis de datos bivariado.	59
CAPÍTULO V.	64
5.1. Discusión	64
CAPÍTULO VI.	67
6. Conclusiones y recomendaciones:	67
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	73
Anexo1. Cronograma del Proyecto de Tesis	73
Anexo2. Presupuesto	74
Anexo 3. Ficha de levantamiento de información	75
Anexo4. Consentimiento informado para los cuidadores o padres de los pacientes atendidos en Centro De Salud Tipo C - Los Rosales Santo Domingo De Los Tsáchilas, Año 2019	77
Anexo 5. Consentimiento informado para el personal médico del Centro de Salud Tipo C - Los Rosales Santo Domingo De Los Tsáchilas, Año 2019	80
Anexo 6. Ficha de encuesta para cuidadores de pacientes.	83
Anexo 7. Ficha de encuesta del personal de salud médico.	87
Anexo 8. Ficha de chequeo en base aplicación criterios Centor, medicación antibiótica utilizada y atención realizada por profesional.	89
Anexo 9. Operacionalización de las variables.	90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de Centor.....	31
Tabla 2. Probabilidad de infección por estreptococo β -hemolítico del Grupo A según Criterios de Centor Modificados y Manejo.....	32
Tabla 3. ¿Qué tiempo transcurrió desde la aparición del primer síntoma hasta la atención médica?.....	57
Tabla 4. ¿Qué tipo de medicamentos usted utiliza cuando lo ha automedicado?.....	58
Tabla 5. Interpretación criterios de Centor.....	59
Tabla 6. Tratamiento utilizado.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipos de funcionamiento familiar de la muestra estudiada en base a Modelo circunflejo para el FACES-III de Olson. Los cuadros rojos representan las familias extremas, los azules un rango medio y las amarillas las balanceadas.....	55
Gráfico 2. Tipos de funcionamiento familiar de la muestra estudiada en base a Modelo circunflejo para el FACES-III de Olson.....	56
Gráfico 3. Distribución en grupos de las familias del modelo de Olson	56
Gráfico 4. ¿De dónde obtiene los fármacos con lo cual ha practicado la automedicación?	58
Gráfico 5. Tiempo transcurrido – Cuidador.....	60
Gráfico 6. Automedicación – Diagnostico Centor.....	61
Gráfico 7. Fármacos utilizados en la Automedicación - tiempo de atención.....	61
Gráfico 8. Diagnostico según los criterios de Centor y el tratamiento que se utiliza.....	62
Gráfico 9. Automedicación – Interpretación Diagnostico con los criterios de Centor.....	62
Gráfico 10. Tratamiento complementario recibido – Interpretación Diagnostico con los criterios de Centor	63

RESUMEN

Introducción. – Los Criterios de Centor son una herramienta diagnóstica, que ayuda a los médicos a confirmar faringoamigdalitis bacterianas, estos son influenciados por los factores socioculturales de la comunidad que interfieren en el diagnóstico y tratamiento.

Objetivo. - Relacionar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor-m para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019.

Metodología. - El tipo de estudio es analítico de corte transversal, de carácter cuantitativo, bajo un proceso estadístico. El tamaño de la muestra esta basados en el número de cuidadores de pacientes preescolares atendidos en el Centro de salud tipo C - los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019 y el personal médico. Las variables a medir dependieron de los factores socioculturales y económicos, antecedentes, edad, genero, funcionalidad familiar, prescripción antibiótica, conocimiento de los criterios de Centor. Los procedimientos de medición y de intervención que se utilizaron fueron las encuestas tanto al personal de salud como a los cuidadores de los pacientes atendidos en el Centro de Salud y se analizó las historias clínicas. El plan de análisis dependió de las variables cuantitativas y la desviación estándar.

Resultados: Los factores socioculturales, como la medicina complementaria, la función familiar el nivel socioeconómico, no afectan los criterios de Centor sin embargo se determinó que del 21% de los pacientes que se automedicaron con antibióticos, influyeron en la aplicación de los criterios Centor-m.

Conclusión: La automedicación es el principal factor que afecta la aplicación de los criterios de Centor-m.

Palabras clave: faringitis, factores socioculturales, criterios Centor-m, estreptococo beta hemolítico del grupo A, estreptococo piógenos.

ABSTRACT

Introduction. - The Centor Criteria are a diagnostic tool, which helps doctors to confirm bacterial pharyngotonsillitis, these are influenced by the sociocultural factors of the community that interfere in the diagnosis and treatment.

Objective. - Relate the sociocultural factors that affect the application in the Centor criteria for the differential diagnosis of bacterial pharyngotonsillitis with viral ones in preschool children who attend the "Los Rosales" Health Center. Santo Domingo de los Tsáchilas, year 2019.

Methodology: The type of study is cross-sectional analytical, quantitative, under a statistical process. The sample size is based on the number of caregivers of preschool patients treated at the Type C health center - Los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, year 2019 and medical staff. The variables to be measured depended on socio-cultural and economic factors, background, age, gender, family functionality, antibiotic prescription, knowledge of the Centor criteria. The measurement and intervention procedures used were the surveys of both health personnel and caregivers of patients treated at the Health Center and the medical records were analyzed. The analysis plan depended on the quantitative variables and the standard deviation.

Results: Sociocultural factors, such as complementary medicine, family function, socioeconomic status, do not affect the Centor criteria, however, it was determined that 21% of the patients who self-medicated with antibiotics influenced the application of the Central criteria.

Conclusions: Self-medication is the main factor that affects the application of the Centor-m criteria.

Key words: pharyngitis, sociocultural factors, criteria Centor-m, group A beta hemolytic streptococcus, streptococcus pyogenes.

CAPÍTULO I

1. Introducción

La resistencia a fármacos antimicrobianos y el uso inadecuado constituye un problema de salud pública; sin embargo este fenómeno no se considera como un hecho nuevo (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001). En la actualidad el abuso de antibióticos en unidades de salud, y en peores casos la facilidad que tiene la comunidad de acceder a ellos de forma no controlada, ni monitorizada, sin criterio clínico; va en aumento ya que en algunas ocasiones no se conoce o no se tienen las herramientas para poder descartar una infección bacteriana.

Las enfermedades agudas en la comunidad generan un creciente interés para el médico tratante, siendo estos parámetros que conllevan a identificar nuevos estudios, del porque los responsables del cuidado de cada niño/niña, a pesar de acudir a centros médicos público y privados, al final cada familia inicia su tratamiento con en el autocuidado y automedicación; todo esto encontrándose como determinantes sociales dentro del proceso de salud-enfermedad; que parte directamente de una dimensión sociocultural, causa que influye directamente en el riesgo de resistencia antibiótica mundial.

Toda relación humano-enfermedad genera prácticas sociales que comprometen las percepciones culturales sobre lo que causa o evita que una persona contraiga una enfermedad, sobre la manera de prevenirlas, pero también sobre la institucionalización de servicios públicos y privados para la atención del cuidado de la salud de las personas que padecen dichos problemas de salud. En la comunidad, la dificultad de comprender las medidas relacionadas con el tratamiento y las dificultades de conseguir la medicación, se mantiene como causa principal para que el paciente utilice un tratamiento inadecuado (Tamayo, Besoain, & Rebolledo, 2018). Debe mencionarse como ejemplos que entre las tres dolencias que tienen un mayor porcentaje de automedicación son dolor de cabeza, dolor abdominal y síntomas gripales como la tos; y las razones principales para que exista la automedicación ello es la levedad de la

enfermedad, el conocimiento previo sobre el medicamento y confianza que el paciente tiene de sus conocimientos sobre las enfermedades y la eficacia casual a los tratamientos empíricos utilizado; produciendo una inadecuada presentación clínica, al momento del primer contacto con el médico (Barrera, 2017).

El uso del paracetamol fármaco utilizado como analgésico y antipirético, remedios tradicionales, y el consumo de drogas sin prescripción médica en tiendas minoristas o en farmacias son el primer recurso que la comunidad utiliza antes del contacto con el médico y esto está reportado en un 83.3% (Shafie et al., 2018). En las enfermedades infecciosas respiratorias en niños preescolares no se queda atrás en el uso de antimicrobianos de forma indiscriminado, alcanzando un 42,6% del total de la población de estudio, con predominio de la etiología viral, a aproximadamente un tercio de los pacientes con resfrío común, faringitis y bronquitis obstructiva y a la totalidad de los pacientes preescolares con herpangina (Delpiano M, Kabalán B, Díaz V, & Pinto I, 2006). Para Gianelli, (2007), en un estudio realizado en Argentina, se encontró una prevalencia del *Streptococcus* betahemolítico del Grupo A del 13% en niños asintomáticos entre los 4 y 15 años, convirtiéndolos en más susceptibles de padecer episodios de faringoamigdalitis que aquellos menores de edad no contaminados.

Estos hechos revelan una realidad en el campo educativo, donde los responsables de niños y niñas escolares, orientan sus conocimientos a la automedicación, situación no estudiada y coordinada por personeros de investigación de fenómenos de salud del MSP y las instituciones escolares a nivel nacional; ante esta situación, se deberían generar estudios transversales para evaluar las variables sociales que se relacionan con el uso indiscriminado de antibióticos, adherencia y la automedicación. Estos fenómenos elevan el valor de la atención en salud, convirtiéndose en una problemática mundial. Según el programa español Happy Audit (2008). de todos los antibióticos que se prescriben en atención primaria el 60% es para pacientes con infecciones del tracto respiratorio, un alto consumo de antibióticos da lugar a un aumento en el número

de infecciones causadas por bacterias resistentes y una mayor mortalidad, mayor estancia hospitalaria y mayores costes (Audit, 2019).

Hay que recordar la faringitis aguda (FA) es una causa habitual de asistencia en el departamento de urgencias y constituye el 8 % de los motivos de consulta en atención primaria de la salud (Tibaudin et al., 2016), aparece entre los 5 a 12 años de edad tienen un período de incubación de 12 horas a 4 días, con síntomas como: fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta principalmente, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando. La mayoría de las FA en pacientes se deben a causas virales y solamente el 10 % son originadas por el SBHGA, de este porcentaje el 20%-30% se presentan en niños y el 5-15% en adultos (Cots Yago et al., 2015); la presencia de rinorrea, conjuntivitis, tos, mialgias, malestar y diarrea no se relaciona con el diagnóstico clínico de faringoamigdalitis aguda por estreptococo betahemolítico, siendo estos los síntomas patognomónicos de infecciones virales que usualmente duran de 5 a 7 días, los síntomas son representativos y difíciles de manejar (F. Álvez González, 2015).

En 1981, Centor y colaboradores desarrollaron cuatro criterios (fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$, ganglios linfáticos cervicales anteriores inflamados, exudado amigdalino y ausencia de tos) para predecir la probabilidad de la presencia de *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β hemolítico del grupo A (SBHGA) en un cultivo de muestra faríngea; cuando están presentes los cuatro criterios la probabilidad de SBHGA es justo por encima del 50%.

Se utiliza los criterios Centor-m por ser una herramienta que permitirá evaluar la ausencia o presencia del SBHGA, estos han sido validados en estudios prospectivos y multicéntricos, y son recomendados por varias sociedades internacionales para el manejo de los pacientes con faringitis aguda. Además permiten estratificar los pacientes en tres grupos: los que requieren antibióticos en forma inmediata, los que no

tienen indicación de tratamiento antimicrobiano y los que podrían requerir de tratamiento de acuerdo con los resultados de los estudios complementarios (Tibaudin et al., 2016). El reto clínico se torna en poder identificar aquellas faringoamigdalitis por SBHGA susceptibles a tratamiento antibiótico y evitar un uso inadecuado en los escolares que hayan presentado dolor de garganta. Ante la situación mencionada, es paradójico que los médicos de atención primaria evalúan los distintos criterios de Centor de manera diferente; es el caso de España que le dan más importancia al exudado faríngeo que a otros criterios a la hora de un diagnóstico (Ocan et al., 2015).

Es menester recalcar que la comunidad ecuatoriana no está lejana al ejemplo anterior y en algunos casos no se reporta en las historias clínicas del área de emergencia la diferencia de un cuadro gripal bacteriano o viral puesto que dentro del diagnóstico solo se basa en la codificación CI10 (J02) Faringitis aguda y no se hace referencia específicamente a (J02.0) Faringitis estreptocócica o (J02.8) Faringitis aguda debido a otros organismos especificados, es por esto que no se encuentra dentro de las 10 primeras causas morbilidad infantil (DANE, 2009), y este hecho es igual en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas donde la prevalencia es muy baja y no se especifica exactamente si la infección es viral o bacteriana, para lo cual es importante valorar el tratamiento en cada caso y los criterios utilizados por el personal de salud.

La adecuada individualización del manejo de las faringitis estreptocócicas nos ayuda a prevenir las complicaciones de dicha infección como la fiebre reumática, colecciones locales, además de limitar la propagación secundaria del dicho germen, disminuir la prescripción innecesaria de antibióticos; acortando el periodo de estado de la enfermedad (Tibaudin et al., 2016).

Los principales determinantes de la automedicación antimicrobiana incluyen el nivel de educación, edad, sexo, uso anterior, gravedad de la enfermedad e ingresos del cuidador o el familiar cercano del paciente con la infección respiratoria (Ocan et al.,

2015). El uso excesivo, inapropiado o incorrecto de antibióticos en infecciones respiratorias agudas IRA, aumenta la resistencia bacteriana y los efectos secundarios indeseables, en algunos casos los antibióticos son automedicados por los cuidadores o padres de los escolares, sin conocimiento exacto de cuál es su función en ciertas patologías. Todas las determinantes sociales condicionan la automedicación, el empleo inadecuado de tratamientos, el uso innecesario, y el abuso de algunos fármacos; produciendo resistencia antibiótica que es una de las amenazas de la medicina moderna.

La comprensión del modo de vida de las personas responsables de los menores escolares, permitirá conocer los cambios sociales para comprensión de los hechos estudiados y determinar bajo el análisis de datos existentes en el centro de salud cuales fueron el grupo de criterios adecuados para emitir el respectivo diagnóstico, que permitió seguir un tratamiento eficaz, prudente, adecuado. Con lo dicho, es mandatorio señalar que la investigación a plantear bajo resultados en este protocolo es parte de un proyecto que tiene como propósito fundamental conocer las causas socioculturales que intervienen en la aplicación de los criterios de Centor-m y la resistencia antibiótica creciente de la comunidad. Trata de comprender el actuar de los pacientes y sus familias, del personal de salud que los atiende, dentro del sistema cultural; con ello ampliar el espectro de conocimiento de estas enfermedades en su dimensión social, para contribuir al desarrollo del funcionamiento de los sistemas de servicios de salud sin dejar de lado el factor intercultural presente en múltiples niveles y escalas de impacto.

El objetivo del estudio es determinar si los factores socioculturales interfieren en la aplicación de los criterios de Centor-m para el diagnóstico de la faringoamigdalitis bacteriana puesto que los pacientes se automedican por medio de farmacias, despensas, tiendas, o son proporcionados por también por los hospitales y centros de salud de recetas no terminadas.

1.1. Justificación

La automedicación como parte del autocuidado, está aumentando a nivel mundial y se ha informado que es uno de los principales contribuyentes a la resistencia a los antimicrobiana (Ngu et al., 2018), varios estudios internacionales describen que los países de bajos y medianos ingresos tienen un alto consumo de antibióticos, puesto con el incremento de recursos, proporcionan un fácil acceso a bienes y servicios; entre ellos están las drogas sin prescripción médica y el servicio de farmacia sin normas de expedición de fármacos; facilitando la transmisión de patologías infecciosas, y contribuye al crecimiento proporcional de resistencia y consumo de antibióticos (Klein et al., 2018).

En Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2016, reportó la primera causa de comorbilidad a la rinofaringitis con un número total de atenciones de 1'061.116 total en todas las provincias, y la tercera causa de comorbilidad la amigdalitis con un número total de 629.881 y faringitis como quinta causa de comorbilidad total 470.840 atenciones en nuestro país, constituyendo 19,07 % de las comorbilidades anuales (DNEAIS, 2016), por lo que se considera importante realizar intervenciones para mejorar la calidad de atención en estas patologías. A esto se le suma que el uso doméstico de antibióticos en IRA entre los menores de cinco años es subóptimo es decir que no existe relación con la fisiopatología de las enfermedades respiratorias preescolares y está relacionada con el mal manejo de los menores produciendo complicaciones diagnósticas (Kibuule, Kagoya, & Godman, 2016).

En el centro de salud Los Rosales, persisten como motivos de consulta en primer lugar las enfermedades infecciosas respiratorias como las: rinofaringitis, amigdalitis aguda, faringitis aguda y amigdalitis estreptocócica con un total de 2.120 pacientes de los cuales se encontró una población de 250 pacientes en edad preescolar con las patologías descritas en el año 2018. En la práctica clínica diaria, el diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda no permite diferenciar entre su etiología bacteriana o viral, ya que, ambas tienen una sintomatología muy florida, con gran compromiso del estado general.

Es por lo que, en la búsqueda de un diagnóstico etiológico eficiente, de las faringoamigdalitis, se pueden utilizar las escalas rápidas de valoración clínica de alta sensibilidad y especificidad, que permiten seleccionar a quiénes se deben practicar los estudios microbiológicos, utilizar la aplicación de antibióticos o descartar patologías virales que no responden a los mismos, siendo autolimitados y no ameritando el consumo de antibióticos (Harrison, n.d.). El más utilizado es la escala de McIsaac, basada en los criterios de Centor que ayuda a evitar la automedicación y consigo la resistencia antibiótica.

La falta de información y recursos epidemiológicos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, acerca de esta relación entre determinantes socioculturales y prevalencia e incidencia de estas enfermedades respiratorias no contribuyen a un tratamiento adecuado de los pacientes de las edades vulnerables entre ellas las preescolares y escolares; que de la misma manera como el cambio climático, ha sido acelerado y sin retroceso, un futuro sin antibióticos efectivos para las enfermedades respiratoria entre otras, es lo que se va a conseguir inevitablemente.

La disminución de la eficacia de los antibióticos representa una gran amenaza para la salud humana por lo cual es necesario replantear de raíz las políticas para disminuir el consumo, elevar las inversiones en salud pública, saneamiento, vacunación y acceso a herramientas de diagnóstico para evitar el uso innecesario de antibióticos y disminuir así, la carga de patologías infecciosas (Reyes , Andres, Beltrán, 2015). Si bien se necesitan más estudios socioculturales para comprender las normativas de la comunidad y su relación entre las diferencias sociales, las estrategias inmediatas son necesarias para reducir la mortalidad entre los millones de personas que mueren anualmente por infecciones resistentes.

1.2. Planteamiento del problema

Los antibióticos que se usan de manera innecesaria o inadecuada frente a patologías virales no basados en fundamentos clínicos reducen la efectividad de los medicamentos contribuyendo al apareamiento de resistencia antibiótica que en la actualidad se considera un verdadero desafío, puesto que plantearse el monitoreo y vigilancia estricta se dificulta día al día, por la aparición y propagación de infecciones casi intratables, siendo así que la respuesta global a esta crisis de salud pública sigue siendo lenta e inadecuada, a esto se suma que las escalas de tiempo las cuales se limitan en la meta de equilibrar el acceso de medicamentos esenciales y por último las grandes variaciones en el consumo y sus causales impulsores del uso de antibióticos entre los países están poco explicadas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

A nivel nacional, así como en el Centro de Salud tipo C de Los Rosales, las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de morbilidad en niños menores de 5 años, a nivel ambulatorio; siendo una de las más destacadas de este grupo la faringoamigdalitis aguda, que ocupa el tercer lugar a nivel del país. El corto tiempo de la consulta puede deteriorar la relación médico paciente, impide la realización de una buena promoción de la salud, imposibilita garantizar una atención de calidad puesto que no proporciona el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos adecuados dentro de los diferentes contextos del paciente y del servicio médico, de estos los factores socioculturales que intervienen en la adherencia adecuada al tratamiento en conjunto se produce un alto riesgo de efectos adversos y la poca satisfacción del paciente.

La aglomeración de pacientes en el servicio de urgencias produce un aumento de errores médicos, mayor ingreso y estancia hospitalaria; y consigo mayor mortalidad con pérdida de recursos en los servicios de salud y servicios financieros. Además, la poca adherencia al tratamiento entre otros factores como el poco conocimiento sobre los agentes etiológicos y posible tratamiento influyen en su percepción sobre la necesidad de usar medicación por parte de la sociedad e incluso del mismo personal de salud, por lo que gran parte de los pacientes demandan la utilización de esquemas antibióticos o son víctimas de la influencia social y cultural, para la adquisición de

drogas en tiendas farmacéuticas cercanas que no tienen políticas de restricción de medicación específica, no obstante, en numerosos casos los consumidores han utilizado sin saberlo productos falsificados, o terapias inadecuadas en autotratamiento, incluso se ha notificado múltiples casos de intoxicaciones y sobredosis.

La automedicación es una práctica frecuente en todas las culturas y países a nivel mundial, aproximadamente en un 60% es el porcentaje, en comunidades tan diferentes como España o la India (Organización Mundial de la Salud, 2016); esto forma parte del autocuidado de la salud, que el ser humano realiza así como la higiene, la nutrición y el estilo de vida; las personas creen puede mejorar su condición clínica, la de sus familiares o amigos, proyectándose como una respuesta para afrontar un problema de salud y de enfrentar las enfermedades. Razones por las cuales se produce una percepción de que la sintomatología es leve, unido a la confianza que el paciente o familiar tiene acerca del conocimiento de las enfermedades, por las repetitivas ocasiones en que los tratamientos empíricos han dado coincidentemente buenos resultados o peor aún por la falta de tiempo que tienen para asistir a un control de salud; todo esto unido a la dificultad de acceder a una atención digna en los establecimientos médicos; hace que se tomen decisiones equivocadas, produciendo consecuencias graves como resistencia antibiótica y otros efectos secundarios.

Existen pruebas y procedimientos diagnóstico que son herramientas vitales, las mismas que ayudan a los médicos a confirmar o descartar la presencia de un agente etiológico, para tomar una decisión adecuada en el uso o no de antibióticos en urgencia; sin embargo, son pocas utilizadas y en peores casos desconocidas por el personal de salud y por la población.

Esta escala de predicción clínica, toma el nombre de criterios de Centor, en honor a su mentalizador quien conjuntamente a un grupo de colaboradores crearon en 1981, estos cuatro criterios para predecir la probabilidad de la presencia de *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β hemolítico del grupo A (SBHGA) en un cultivo de muestra faríngea; estando presentes los cuatro criterios (fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$, ganglios linfáticos cervicales anteriores inflamados, exudado amigdalino y ausencia de tos), en donde la

probabilidad de SBHGA sobrepasaba un 50%; posteriormente McIsaac y colaboradores crearon los criterios modificados, que le suman la edad de los pacientes (+1 si la edad es 3-14 años, 0 si es de 15 a 44 años y -1 si es ≥ 45), teniendo en cuenta el hecho de que el SBHGA es más frecuente en el grupo de edad de 5 a 15 años. El uso de escalas rápidas de alta sensibilidad y especificidad como los criterios de Centor, nos ayuda a evitar un problema mundial como es la automedicación y consigo la resistencia antibiótica (Pelucchi et al., 2012).

En la actualidad, a pesar de todos estos criterios no se puede confiar en los signos y síntomas de los pacientes para dar un diagnóstico definitivo, puesto que las personas antes de llegar a una unidad de salud pueden utilizar diferentes métodos de diagnóstico y sobre todo de tratamiento que cambian la clínica; como el uso de antihistamínicos que alteran la percepción de la rinorrea o tos, antipiréticos que pueden alterar la percepción de la temperatura del paciente, antiinflamatorios que puede ocasionar desinflamación de las adenopatías y peor aún antibióticos que cambiaría el diagnóstico entre una faringitis bacteriana y viral. Es así, que debemos preguntarnos cómo influyen los factores socioculturales del entorno de ese paciente para tratar una patología y/o automedicar, antes de llegar a la consulta médica. Ya no encontramos patologías floridas sacadas de un libro, sino síndromes afectados por la cultura, hábitos e incluso de conocimiento ancestrales, entre otras causas; que alteran un diagnóstico definitivo, es importante saber que tanto influye en la utilización de criterios de los criterios de Centor en un entorno biodiverso.

La falta de información y recursos epidemiológicos en la provincia de Santo Domingo, acerca de esta relación entre determinantes socioculturales y prevalencia e incidencia de estas enfermedades respiratorias no contribuyen a un tratamiento adecuado de los pacientes de las edades vulnerables entre ellas las preescolares; que de la misma manera como el cambio climático, ha sido acelerado y sin retroceso, un futuro sin antibióticos efectivos para las enfermedades respiratoria entre otras, es lo que se va a conseguir inevitablemente. La disminución de la eficacia de los antibióticos representa una gran amenaza para la salud humana por lo cual es necesario replantear de raíz las políticas para disminuir el consumo, elevar las inversiones en salud pública,

saneamiento, vacunación y acceso a herramientas de diagnóstico para evitar el uso innecesario de antibióticos y disminuir así, la carga de patologías infecciosas. Si bien se necesitan más estudios socioculturales para comprender las normativas de la comunidad y su relación entre las diferencias sociales, las estrategias inmediatas son necesarias para reducir la mortalidad entre los millones de personas que mueren anualmente por infecciones resistentes.

1.2.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores socioculturales que afectan la utilización de los criterios Centor en las faringoamigdalitis agudas en pacientes de edad preescolar atendidos en el Centro de Salud tipo C - Los Rosales, Santo Domingo, año 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Determinar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019.

1.3.2. Específicos

- Caracterizar los factores socioculturales y familiares que se relacionan con la atención y cuidado de los niños preescolares con faringoamigdalitis.
- Establecer que tipología familiar afecta la aplicación de los criterios de Centor en niños de edad preescolar, basados en el modelo Circunflejo de Olson.
- Determinar el cumplimiento de los criterios de Centor en las atenciones realizadas en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”.
- Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, para reconocer los criterios de Centor en un paciente.

1.4. Hipótesis

Los factores socioculturales afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar, puesto que impiden reconocer las características clínicas iniciales de la patología, interfieren en un adecuado diagnóstico y promueve la resistencia antibiótica por el uso innecesario de los mismos.

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Infecciones respiratorias, fisiopatología, criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un grupo de enfermedades que se encuentran en el sistema respiratorio, lo cual se define como “el proceso infeccioso de cualquier parte de las vías respiratorias, que comienzan de forma brusca, y con una evolución menor de 15 días; causada por virus o bacterias que entran por la nariz o la boca y puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones” (Organización Panamericana de la salud, 2017). Gran parte de estas infecciones como el resfriado común tienen una sintomatología poco floreciente, entre lo más común se encuentran malestar general, tos, fiebre, diferentes grados de dificultad respiratoria, odinofagia, disfonía, secreción nasal, otalgia, otorrea, ruidos respiratorios (sibilancias o estertores), tiraje, etc. Pero dependiendo del estado inmunológico, la edad y otros factores de riesgo de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías. Las IRA´s se constituyen en una de las infecciones más frecuentes en el mundo (Watson, 2019); en cuanto a la etiología, la mayoría de los agentes causales son virus, especialmente rinovirus (35%), influenza A y B (30%), parainfluenza (12%), virus sincitial respiratorio (11%) y adenovirus (8%) (Reyes , Andres, Beltrán, 2015).

Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la principal causa de morbi-mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial, y dentro de este conjunto de patologías aquellas que conforman la (IRA) son las de mayor prevalencia, siendo el principal motivo de consulta ambulatoria en pediatría en un 30 al 50% y entre 20% y 40% de motivos de hospitalización. Un niño entre el primero y quinto año de vida desarrolla entre tres a siete episodios de IRA en promedio cada año, que, siendo aquellas consideradas como responsables de una mortalidad importante en el grupo etario en estudio deben ser abordadas desde varios puntos que incluyen prevención y promoción de salud (Reyes , Andres, Beltrán, 2015). En niños menores de 5 años, la

principal causa de las infecciones son las infecciones virales, en un 95% siendo de buen pronóstico, otro porcentaje menor puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía.

2.1.1.1. Fisiopatología de las infecciones respiratorias agudas

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbilidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.

La faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A, SBHGA es infrecuente en niños menor de tres años y rara en menores de 18 meses de edad; por lo que es más frecuente entre 3–14 años (General, 2016). Los agentes etiológicos que con mayor frecuencia se asocian a las infecciones del tracto respiratorio en el niño, son: los dos tipos de virus respiratorio sincitial (VRS A-B), el grupo de los rinovirus (RVs), los cuatro tipos de parainfluenzavirus (PIV 1-4), los virus de la gripe A, B y C, y el grupo de los adenovirus. Además, en el año 2001 se identificó por primera vez el metapneumovirus humano (hMPV), en el año 2005 el bocavirus humano (hBoV) y entre los años 2004 a 2006 los nuevos coronavirus (CoV). La epidemiología de las infecciones víricas es similar en los países industrializados y en los que están en vías de desarrollo, afectando fundamentalmente a los niños menores de cinco años (Rey, García, Flecha, & Breña, 2011).

El concepto de infección respiratoria alta se puede definir como la aparición de rinorrea y/o tos sin sibilancias, disnea o crepitantes ni uso de broncodilatadores acompañado o no de fiebre. El grupo de los RV es el agente causal más frecuente de las infecciones respiratorias de vías altas, causando en torno al 50% de los episodios (llegando incluso al 80% en los picos epidémicos). El segundo agente en frecuencia

son los CoV OC43 y 229E (15-20% de los casos), seguidos por el resto de los virus en porcentajes menos importantes (Rey et al., 2011).

2.1.1.2. Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

La infección respiratoria aguda constituye un grupo de patologías que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que inician de forma brusca y duran menos de dos semanas (F. Álvarez González, 2015).

Dentro de estos factores se encuentran los siguientes:

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental.
- Hacinamiento.
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.
- Falta de alimentación materna.

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematógena. Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

1. Resfriado común.
2. Faringoamigdalitis.
3. Otitis media.
4. Crup.
5. Neumonía.

2.1.1.3. Faringoamigdalitis aguda

La faringitis aguda (FA) es una causa frecuente de asistencia en el departamento de urgencias y constituye el 8% de los motivos de consulta en atención primaria de la salud, La gran mayoría de las FA en adultos se deben a causas virales y solamente el

10 % son originadas por el Estreptococo Grupo A (Tibaudin et al., 2016). Es por esto que individualizar al paciente, para la detección de las faringoamigdalitis de origen bacteriano es importante para prevenir las complicaciones como la fiebre reumática y colecciones locales y así como reducir la utilización de antibióticos de forma innecesaria (F. Álvez González, 2015).

- a. Fisiopatología.** – está caracterizado por la inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. La faringe es la cavidad común de los tractos respiratorio y digestivo, la cual está compuesta por la nasofaringe, que contiene las amígdalas faríngeas (adenoides) en su pared posterior; las amígdalas tubáricas, detrás del orificio de la trompa auditiva; la orofaringe, que contiene las amígdalas palatinas en su parte baja y en el tercio posterior de la lengua, las amígdalas linguales que vienen a constituir el anillo amigdalario de Waldeyer.

Es menester hablar sobre el “anillo” elementos linfoides relativamente menores, como las “bandas faríngeas laterales”, “granulaciones faríngeas” y el tejido linfoides del paladar blando y el ventrículo laríngeo. Estas estructuras tienen una predisposición aumentada a la inflamación e infección por su abundante contenido de tejido linfoides y además una característica especial en la infancia como órgano de crecimiento y en su papel inmunológico. En cuanto a su patrón de crecimiento, entre las edades de cuatro a 10 años, alcanza su máximo tamaño, lo cual es importante tener claro en pediatría y no considerar unas amígdalas grandes o un tejido adenoideo crecido como un crecimiento patológico que justifique tratamiento con antibióticos o conducta quirúrgica.

En cuanto a su papel inmunológico a este nivel se produce IgA secretora que reacciona a infecciones y ante agresiones alérgicas, produciendo aumento de tamaño que tampoco requiere dicho tratamiento. La mayoría de los casos de faringoamigdalitis aguda se deben a una infección viral y los adenovirus son los agentes etiológicos más frecuentes. Sin embargo, los episodios de

faringoamigdalitis agudas diagnosticados clínicamente se tratan usualmente con antibióticos y medicaciones sintomáticas (Pelucchi et al., 2012).

Las amigdalitis se clasifican en según su etiología y tratamiento:

- Eritematosa y exudativa: que tiene etiología viral en un 70% y por bacterias en 30%, siendo el estreptococo del grupo A, el de mayor prevalencia.
- Ulcerativa: la mayoría son virales en pocas ocasiones bacterianas, como la angina de Vincent.
- Membranosa: un ejemplo es la difteria, que actualmente gracias a la vacunación se ha erradicado.

2.1.1.4. Manifestaciones clínicas

La faringitis o faringoamigdalitis aparece en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días, de fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta principalmente, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando y un eritema en papel de lija de tipo escarlatina que compromete tórax anterior y pliegues dando el signo particular de Pastia.

La presencia de rinorrea, conjuntivitis, tos, mialgias, malestar y diarrea no se relaciona con el diagnóstico clínico de amigdalofaringitis aguda por *Streptococcus* β hemolítico del grupo A (SBHGA). Las infecciones virales usualmente duran de cinco a siete días, en cambio las estreptocócicas se prolongan mucho más, y los síntomas son representativos y difíciles de manejar.

2.1.1.5. Criterios diagnósticos

En 1981, Centor y colaboradores desarrollaron cuatro criterios para predecir la probabilidad de la presencia de *Streptococcus pyogenes* o *Streptococcus* β hemolítico del grupo A (SBHGA) en un cultivo de muestra faríngea. Cuando están presentes los

cuatro criterios (fiebre $>38,5^{\circ}\text{C}$, ganglios linfáticos cervicales anteriores inflamados, exudado amigdalino y ausencia de tos), la probabilidad de SBHGA es justo por encima del 50%.

Los criterios de CENTOR modificados (CENTOR-m) son herramientas fáciles que se pueden aplicar en atención primaria de la salud, no demandan estudios complementarios, han sido validados en estudios prospectivos y multicéntricos, y son recomendados por varias sociedades internacionales para el manejo de los pacientes con faringitis aguda. Estos criterios permiten estratificar los pacientes en tres grupos: los que requieren antibióticos en forma inmediata, los que no tienen indicación de tratamiento antimicrobiano por otro lado, los que podrían requerirlo de acuerdo con los resultados de los estudios complementarios (Tibaudin et al., 2016).

Suele indicarse la administración de antibióticos, en base a la incidencia de complicaciones no supurativas (glomerulonefritis post-estreptocócica y artritis reactiva), después de la faringitis estreptocócica. Del Mar y colaboradores (2016) establecieron que el uso de antibióticos (ATB) en personas o sanas no está indicado, ya que no sólo la incidencia de complicaciones no supurativas ha desaparecido en el mundo desarrollado desde finales de 1960 sino también porque los antibióticos no acortan la duración de la enfermedad o de los síntomas (Pelucchi et al., 2012). Con la posibilidad de los efectos adversos de los ATB, la razón riesgo beneficio ya no favorece la administración de ATB en individuos por lo demás sanos con faringitis estreptocócica.

La escala de puntuación de Centor (tabla 1), fue modificada y validada en un estudio en Canadá, se realizó en 600 adultos y niños, entre 3 a 15 años, a la escala se agregó el grupo etario y su probabilidad de padecer faringitis por estreptococo del grupo A de acuerdo con la edad, y se asigna una puntuación total relacionada con los hallazgos clínicos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016).

Tabla 1.*Criterios de Centor.*

Datos clínicos y epidemiológicos	Puntuación de acuerdo con el número de signos y síntomas
Exudado faríngeo	1
Inflamación amigdalina o exudado	
Nódulos (adenopatía) cervicales anteriores dolorosos o inflamados	1
Fiebre mayor a 38°C	1
Ausencia de tos	1
Edad entre 3–14 años	1
Edad 15–44 años	0
Edad >44 años	1

Fuente: (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016)

Por lo tanto, los criterios o puntuación de Centor modificados proporciona al personal médico una clínica específica para la predicción de infección estreptocócica, con base en:

- Alta probabilidad de infección por estreptococo con criterios Centor de 3-5, el médico puede considerar el uso de la prueba rápida de detección de antígeno de SBHGA, en caso de no disponer de ella evaluar riesgo/beneficio del inicio de antibióticos.
- Baja probabilidad de infección (Tabla 2) por *Streptococcus* con criterios de Centor entre 0-2, el uso de rutina de la prueba rápida de detección de antígeno de EBHGA no ofrece mayor certeza diagnóstica; las guías de práctica clínica más influyentes, tales como la de la Infectious Diseases Society of America o la del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), así lo recomiendan (Cots Yago et al., 2015).

Cuando dos criterios o menos están presentes, la probabilidad es menor al 15%. Por lo cual, los criterios de Centor son utilizados a menudo como una herramienta para evaluar la ausencia de SBHGA, en lugar de su presencia. También debe señalarse que estos criterios fueron desarrollados específicamente para adultos, encontrando que los porcentajes más altos se hallan en estudios efectuados en niños de 5 a 14 años y los más bajos, en mayores de 15 años. Es por esto que el uso de estas escalas no es

suficiente para conocer con exactitud si un paciente presenta una FA causada por EBHGA o no. De hecho, la sensibilidad del juicio clínico oscila entre el 49 y 74% y la especificidad entre el 58 y 76% (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016). También es importante señalar que los médicos de Atención Primaria evalúan los distintos criterios de Centor de manera diferente; así, en España, se le da mucho más peso al exudado faringoamigdalario, ya que prescriben antibióticos 28 veces más si este signo está presente que a los otros 3 criterios (Cots Yago et al., 2015).

Tabla 2.

Probabilidad de infección por estreptococo β -hemolítico del Grupo A según Criterios de Centor Modificados y Manejo.

Número de criterios de Centor	Probabilidad de infección por SBHGA	Manejo
Cinco	Más 80%	Iniciar tratamiento
Cuatro	39-59%	Estudio microbiológico y/o empezar tratamiento empírico
Tres	25-35%	Estudio microbiológico y consideración clínica para antibioticoterapia

Fuente: (Tibaudin et al., 2016)

El patrón oro para el diagnóstico de la faringitis aguda por SGA es el cultivo mediante hisopado faríngeo. Este método, además de requerir un laboratorio de microbiología, necesita al menos de 48 horas para su confirmación, por lo que su aplicabilidad práctica es limitada. Otro instrumento útil para el diagnóstico de FA es el test rápido de detección del antígeno del SGA (FAMR), el cual está disponible en minutos y, por tanto, su utilidad radica en identificar más rápidamente que el cultivo los casos positivos para SGA (Tibaudin et al., 2016).

Se debe realizar cultivo de exudado faríngeo en:

- Pacientes con criterios clínicos de faringitis estreptocócica
- Pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica que presentan falla al tratamiento.

El seguimiento con cultivos de control de exudado faríngeo se realiza sólo en los siguientes casos:

- Pacientes con antecedente de fiebre reumática.
- Pacientes con faringitis aguda en un brote de fiebre reumática.
- Pacientes con faringitis aguda durante un brote de glomérulo nefritis aguda post estreptocócica o de faringitis por *Streptococcus* del grupo A en comunidades cerradas o parcialmente cerradas
- Contagio intrafamiliar de tipo “ping-pong” de *Streptococcus* del grupo A
- Pacientes asintomáticos con tratamiento completo para faringitis estreptocócica aguda
- Contactos asintomáticos de pacientes con faringitis estreptocócica del grupo A, excepto aquellos con riesgo elevado para infecciones frecuentes o secuelas no supurativas.

2.1.2. Epidemiología

2.2.1. Epidemiología mundial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último reporte en el año 2012 indica que a nivel mundial 6.6 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, el 99% de estas muertes ocurren en países con ingresos económicos bajos y medios, entre las principales causas de muerte se encuentra la neumonía, considerada la segunda en frecuencia con un 13% dentro de las causas de mortalidad y a su vez una de las patologías de mayor frecuencia dentro del grupo de las IRAs.

En relación con datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) en su reporte más reciente realizado en el año 2013, indica que la primera causa de mortalidad en este grupo etario está dada por neumonía e influenza en un 10.91% de los casos, como dato importante se debe indicar que a nivel de continente la desnutrición corresponde a la sexta causa de muerte. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016).

2.2.2. Las infecciones respiratorias agudas en el Ecuador

En la actualización de vigilancia nacional la tendencia de casos de IRAG se ha mantenido constante en los últimos años, no se reporta actividad de Influenza B, desde la semana epidemiológica 43 del año 2012, en las últimas semanas epidemiológicas incrementó la actividad de parainfluenza, principalmente en la región sierra. Se encuentra circulación esporádica de virus sincitial respiratorio (VSR) y adenovirus. La letalidad más alta es la ocasionada por los virus de. Influenza, el 24% de casos hospitalizados por IRAG presentaron algún tipo de comorbilidad, este porcentaje se incrementa en casos ingresados a UCI (42%) y en los fallecidos (54%). Las comorbilidades más frecuentes en los casos de IRAG hospitalizados y en UCI son las enfermedades cardíacas, neurológicas, asma y diabetes; mientras que las cardiopatías, inmunodeficiencias y enfermedades neurológicas son las más frecuentes en los fallecidos (Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2012).

A nivel de país los datos son poco confiables por la falta de un registro único de información, sin embargo la PAHO en el año 2012 indica que en Ecuador, la mortalidad en menores de 5 años se presenta en una tasa de 14.9 por cada 1000 nacidos vivos, la mayoría de estas muertes ocurren en el periodo neonatal, sin embargo la mayor causa de muerte entre 1 y 5 años corresponde a infecciones respiratorias con un 16.4%, con una leve predisposición por el sexo masculino (Reyes , Andres, Beltrán, 2015).

Las IRA´s fueron la principal causa de morbilidad en el año del 2014 con una prevalencia del 59.9%, el grupo etario más afectado en menores a 1 año constituyendo el 33.3% de los casos y el sexo masculino fue el más afectado con el 52.1%. El principal tipo IRA fue la rinofaringitis aguda que alcanzó el 68.2% de los casos seguida por la neumonía con un 14.9%. El 78% de los pacientes con desnutrición presentó un cuadro de IRA y en cuanto al análisis de prevalencia se determinó que constituye un factor de riesgo con significancia estadística(Reyes , Andres, Beltrán, 2015).

2.1.3. Enfoque socio cultural

2.1.3.1. Factores socioculturales y la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, para erigir una vida social y económicamente productiva (Organización Mundial de la Salud, 2006). Esta definición ha evolucionado a través de los años reconstruida actualmente como un proceso del equilibrio entre el bienestar físico, mental, el balance en las áreas emotivas y sociales y las creencias espirituales.

Este fundamento deja aclarado que la salud no solo depende del sistema médico, tampoco depende de procesos políticos del estado, sino que depende del libre albedrío que ejerce cada persona haciendo que la responsabilidad pase a manos de la sociedad según su nivel educativo, las pautas culturales, los estilos de vida y hábitos de consumo, las tendencias de la moda, la concertación o conflicto entre los agentes económicos, las diferencias sociales, las circunstancias demográficas, etc.

El desarrollo social tiene entre sus principales factores el progreso del capital humano y el capital social, es decir que, esto implica que su evolución trasciende cambios en las relaciones de individuos, grupos e instituciones dentro de una sociedad para alcanzar el bienestar social. La cultura, por su parte, la podemos definir como el conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños, y modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad o un territorio; así también como la manera en que un pueblo entiende su realidad y se relaciona con su medio, además no se presenta como algo accesorio, decorativo o superfluo, sino como algo radicalmente importante y necesario para la vida y como un factor esencial de la identidad personal y grupal, ligada indisolublemente a la evolución y desarrollo de las personas y de los pueblos (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Existen tres dificultades básicas en el estudio de los factores sociales y culturales: la primera, se refiere a la falta de diferenciación entre los factores biológicos e individuales, por un lado, y los factores sociales por otro; la segunda se refiere al uso global e indiferenciado del término social y la tercera tiene que ver con los análisis

dicotómicos y no relacionales de esos factores. Es común pensar como “factores sociales” los aspectos de transmisión educativa y de tradiciones culturales, que varían de una sociedad a otra. Desde el punto de vista global o indiferenciado se observa el análisis de los factores individuales, los cuales fueron reducidos a caracteres biológicos; es importante distinguir ciertos caracteres de funcionamiento adaptativo y organizativo. La sociedad interpreta la salud según sus creencias, y las creencias dependen de los factores socioculturales y económicos; que se convierten en hábitos generacionales arraigados a cada individuo, que bajo procesos del equilibrio de los mismo con el conocimiento que va adquiriendo en la vida, produce un efecto de adaptación (Dongo, 2009).

En el año de 1975 la OMS por primera vez creó simposio internacional, sobre el rol de cuidados primarios individuales haciéndose hincapié en el autocuidado del paciente. Posteriormente en la década de 1980, muchos de los medicamentos que antes de esa fecha solo se expendían bajo prescripción médica se convirtieron en fármacos de venta libre, un por ejemplo es el antiinflamatorio ibuprofeno. Aproximadamente en la década de 1990, fue considerado un hecho la práctica de la automedicación a nivel mundial, considerándose como un hecho adaptativo que intervino en la práctica del tratamiento de enfermedades.

La OMS (2005) refirió que la automedicación es el acto responsable de utilizar medicamentos por parte de la persona, normalmente cuando conoce tanto los síntomas de su enfermedad como el medicamento para combatirla. Actualmente continúa siendo muy primordial dentro de la salud pública mundial, con una prevalencia del 8% al 13% en la población tanto europea como norteamericana; se la diferencia de la auto prescripción puesto que la misma es toda conducta que tenga el propósito de conseguir, por diferentes vías, medicamentos, sin contar con la correspondiente receta extendida por el médico, haciendo un uso indiscriminado de los mismos.

La auto prescripción como a la automedicación no responsable se define como aquellas situaciones en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin intervención por parte del médico (sin un diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento) y hacen un uso indiscriminado de los

mismos con las complicaciones que conllevan en su salud. Se establece como una elección del propio paciente, influenciado por el entorno familiar u otras fuentes de información, en función del riesgo de la enfermedad y aventajada por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario. Es así, que ya más de cuatro décadas se ha buscado la regulación de medicamentos de venta libre, los cuales favorecen en parte a la automedicación, pero las regulaciones han sido especialmente encaminadas a la aparición de medicamentos de venta libre y no en la restricción de su uso, lo que aun en el 2018, no se ha resuelto terminar con el abuso indiscriminado de los mismos (Barrera, 2017). La salud es indispensable para la satisfacción y el bienestar de la población. La atención primaria interviene en el desarrollo de autorresponsabilidad, autodeterminación y el autocuidado de cada individuo, este debe fomentar actividades orientadas a cuidar de la salud y a la toma de decisiones para fomentar la misma. El estudio de la situación de salud de la comunidad determina factores condicionantes socioculturales, y así se interpreta el proceso de salud y enfermedad; para producir indicadores e índices sanitarios, que posteriormente se analiza cualitativamente y/o cuantitativamente los datos, se analiza la distribución espacial y temporal de la información sanitaria, se valorar la distribución de los riesgos ambientales, biológicos y culturales y se valorar las desigualdades en salud (Barrera, 2017).

Los programas a nivel comunitario que se basan en intervenciones múltiples que han demostrado éxito para hacer cambios en las conductas de riesgo y el estilo de vida a escala poblacional. Dado que la salud de la comunidad no es más que la suma de la salud de las personas que la integran y la comunidad es el contexto en el cual se gesta el proceso de la salud y el bienestar; (Organización Panamericana de la salud, 2017); por lo cual se debe estudiar todos estos factores intervienen en la toma de decisiones a la hora de actuar ante una patología, el libre albedrío de cada paciente, su familia y comunidad modifican la sintomatología que el paciente manifestara al momento del primer encuentro médico, es así que en el consultorio no estaremos ante una enfermedad descrita como en los textos semiológicos, sino encontraremos una patología modificada con los tratamientos empíricos de la comunidad.

2.1.3.2. Influencia de los determinantes de salud en América

El significado de “determinantes sociales de la salud” se utiliza para mencionar a las condiciones del ambiente físico, social y económico en que los individuos nacen, viven y se desarrollan, incluidas tanto las que tienen una connotación material como las que tienen connotaciones físicas y sociales. Estas propiedades se encuentran basadas en el estilo de vida y están modificadas por fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud de las personas. Estos no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la etnicidad, el género y el estrés (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001).

Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. La agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible integra la dimensión económica, la social y la ambiental, y sus metas trascienden el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) porque reconocen que la erradicación de la pobreza y las inequidades, el desarrollo económico incluyente y la preservación del planeta están concatenados y son clave para la salud y el bienestar de la población de todo el planeta. La implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) supone una visión más amplia de la causalidad, con un foco de atención que va más allá de las causas inmediatas. Es así, que aun reconociendo la importancia de los factores individuales de riesgo o de los que se instalan en los ámbitos de la vida individual y comunitaria, la mirada incluye entre los determinantes de la salud otras dimensiones de mayor envergadura, como el comercio, los mercados globales y las relaciones geopolíticas (Organización Panamericana de la salud, 2017). Casi todos los países de la región, con excepción de los más pobres, han alcanzado una buena cobertura de intervenciones de salud, se requieren compromisos políticos para diseñar e implementar acciones, muchas de las cuales quedan fuera del ámbito y del mandato de los sistemas de salud. No obstante, persisten desigualdades asociadas a la situación socioeconómica y a otros determinantes sociales de la salud, que tienen una fuerte incidencia sobre la salud y el acceso a los servicios (Organización Panamericana de la salud, 2017).

2.1.3.3. Identidad socio grupal, los estereotipos y prejuicios.

Según Tajfel, 1979, la identidad social, se fundamenta en la identidad grupal, es el conjunto de aquellos aspectos de la autoimagen y la evaluación de esta, que se derivan de su pertenencia a grupos sociales relevantes para ellos, y a su vez gran parte de esa autoimagen en las comparaciones con otros grupos que están en el medio (Clash, Order, & York, 1997). En esta definición se concreta que los elementos o características identitarias de un grupo, parten de un contexto histórico-social determinado; estas condiciones establecen la inserción social del grupo; y esta inserción, a su vez, determina las características identitarias que revelan la posición del grupo en la sociedad respecto a otros grupos. Los estereotipos y los prejuicios manifiestan una realidad deformada y esquematizada. Por ello, cuando se enfrentan a conocimientos nuevos, sobre el adecuado uso de fármacos intervienen mecanismos psicológicos como puede ser la resistencia al cambio, fortaleciendo dichas formaciones psicológicas (Vergara, 2007).

La decisión de tomar un medicamento que no ha sido prescrito por un médico, por parte de una paciente, toma como referencia la idea que tiene el paciente, sobre lo eficaz que puede llegar a ser dicho medicamento. El concepto que cada persona tiene de droga u otra se basa en experiencias anteriores vividas, ya sean individuales o colectiva, de los estereotipos y perjuicios que tienen los pacientes, a través de la transmisión verbal de familiares o conocidos, la lectura de alguna fuente de información confiable o no, la novedad de una droga con la creencia que mientras más nuevo es más eficiente, entre otras. Esto se encuentra relacionado con el fenómeno de medicalización de la vida, en la que se enfoca que todo trastorno puede ser tratado como potencial enfermedad y debe resolverse con tratamientos medicamentosos, aun cuando sea temporal y pueda ser autolimitado por el propio organismo (Barrera, 2017).

En la relación médico-paciente de una consulta actual, el paciente presenta un rol más activo en su cuidado, por lo consiguiente influye directa e indirectamente en las decisiones prescriptivas del tradicional modelo hegemónico, donde se presenta una relación más bien unidireccional entre el profesional y el paciente; en ocasiones el paciente es el que demanda cierto tipo de medicamentos, con sintomatología, sobre

preocupación o autocuidado excesivo, poniendo en tensión la relación terapéutica. El autocuidado, es el conjunto de actividades realizadas por el paciente sin la asistencia de profesionales médicos con el fin de preservar o mejorar su estado de salud, esto significa empoderar al paciente en el cuidado de sí mismo y de su salud tomando en cuenta sus creencias y expectativas. Este proceso ayuda a la optimización del uso de recursos en salud, dándole la oportunidad de una activa participación, sin embargo, cuando se adopta una postura desmedida puede resultar perjudicial tanto para el paciente como para el propio sistema (Dahir et al., 2015).

Cuando el paciente lleva a cabo su autocuidado, puede fácilmente subestimar la complejidad de su padecimiento, lo que desencadena un agravamiento de la condición patológica y genera compromiso económico para el sistema de salud. Así también muchos individuos han perdido la confianza en que nuestro organismo tiene la capacidad de combatir síndromes sin ayuda de medicamentos, incluso cuando se trata de trastornos de resolución espontánea como el resfrío y la diarrea; por lo que utilizan diferentes medicamentos para tratar síntomas “auto percibidos” medicamentos que se usan con intención de prevenir enfermedades cuando no están indicados con tal fin (Barrera, 2017). Estas creencias en el autocuidado del paciente favorecen a que se modifique la percepción de la condición de este, en el momento la consulta médica, puesto que la patología ha sido modificada para bien o para mal, con diferentes tratamientos y automedicación.

En la actualidad la sociedad está sobre y polimedicada, los modelos sociales suponen la solución de casi todos los problemas de la vida diaria por medio del consumo de fármacos o sustancias. Este fenómeno de la medicalización pasó a ser el modo de ordenar los disfuncionamientos sociales, propiciado por la difusión y circulación masiva de los fármacos, de aquí parte la importancia de impulsar un cambio socio cultural, que involucre la transmisión y educación sobre los riesgos del inapropiado de los medicamentos, del autotratamiento, de la subestimación de las enfermedades, de la resistencia antibiótica (Dahir et al., 2015).

2.1.3.4. Factores críticos que afectan a la aparición enfermedades respiratorias en América

Los determinantes sociales y ambientales afectan la forma de pensar y las decisiones que toman las personas de una comunidad, estos factores influyen de forma positiva o negativa en el momento de aceptar un método diagnóstico o un tratamiento, puesto que la comunidad conocen las patologías y complicaciones que ha presentado el colectivo y creen suponer de antemano que a veces podrían causarle consecuencias graves (Dahir et al., 2015).

Se han identificado un número de factores predisponentes o de riesgo, los que pueden agruparse de acuerdo con su relación con el huésped, el medio ambiente que lo rodea y el agente infeccioso. En la mayoría de los niños con infecciones respiratorias agudas pueden encontrarse más de un factor de riesgo, siendo los factores socioeconómicos el denominador común que favorece el bajo peso al nacer, la desnutrición, la falta de inmunizaciones y las condiciones ambientales desfavorables. El conocimiento de estos factores de riesgos es importante tanto para la prevención como el seguimiento de los pacientes en riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos años ha apoyado el programa de control de IRA en el que uno de sus pilares fundamentales lo constituye el manejo estándar de casos, que destaca por su etiología y evolución en la mayoría de los casos, resulta innecesario y hasta perjudicial el uso de productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas, y más aún el uso indiscriminado de antibióticos.

Influenza. Desde 2009, se ha calculado que los virus de la influenza estacional que circulan en las Américas son: influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2), e influenza B (linajes Victoria y Yamagata) en las tendencias y la gravedad de las estaciones. La prevalencia de la Región de las Américas, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013 de influenza varían según los años, la subregión y el país; en Brasil, Canadá y Estados Unidos de América se han detectado virus de influenza de origen porcino (H1N1v, H3N2v y H1N2v) en seres humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Tuberculosis. La región de las Américas fue la primera del mundo en cumplir las metas relacionadas con el control de la tuberculosis (TB), al bajar la incidencia a partir de 1990, y reducir en 50% la prevalencia y mortalidad al 2015 respecto de 1990 (103, 104). Sin embargo, los progresos que ha tenido la detección y notificación de los casos nuevos de TB, de TB multirresistente a medicamentos (TB-MDR, por sus siglas en inglés) y de la coinfección TB/ VIH han tomado más tiempo, por lo que constituye un gran problema de salud pública. Las tasas de mortalidad por TB han tenido un descenso de 4,3 a 2,5 por 100 000 entre el 2000 y el 2015 (104). La coinfección por el VIH sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, la gravedad y la muerte. En el 2015, se diagnosticaron y notificaron 218 700 casos de TB, con una incidencia de 22,1 casos por 100.000 habitantes; la tendencia de la incidencia en el período 2000-2015 mostró una disminución de 1,8% por año. En el 2015, la Región de las Américas presentó 4 508 casos de TB-MDR, lo que representa 55% de las estimaciones entre los pacientes notificados con TB pulmonar. Las limitaciones en el diagnóstico de TB-MDR se deben a insuficiente capacidad de laboratorio y a la lenta implementación de los nuevos métodos moleculares de diagnóstico (105-107).

Salud de la niñez. En la actualidad la región ha disminuido la mortalidad infantil en 67%: de 53,8 a 17,9 por cada 1 000 nacidos vivos entre 1990 y 2015. La diarrea y la neumonía siguen siendo causas importantes de defunción; estas dos enfermedades causaron 14% del total de muertes en niños en el 2015. La proporción de neumonía como causa de mortalidad de menores de 5 años es de 23% en Haití, 17% en Guatemala, 16% en Nicaragua y 14% en Bolivia. El uso de servicios de salud cuando los síntomas de neumonía están presentes también ha sido representado con cifras bajas entre 50% y 60% en los mismos países (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

2.1.3.5. Información de la salud

Los medios de comunicación tienen la función de transmitir una información a personas, la información que llega a una comunidad crea influencias positivas o negativas a la hora de efectuar un tratamiento médico o de salud, por lo cual la información puede alterar los resultados de la implementación de un proceso de prevención. En todos los contextos de la vida moderna las vías de información pueden contribuir al desarrollo de un país si este recurso es bien administrado es por esto por lo que la información a la comunidad debe ser clara, concisa y razonable actuando específicamente en los factores de riesgos (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La sociedad actual está constantemente influenciada por publicidades y promoción activa de los medios de comunicación, de fármacos, mediante slogans que aseguran una rápida mejoría, que incitan a las personas a la compra de medicamentos bajo auto receta, sin consultar a un médico peor aún sin acercarse a las unidades de salud más cercanas y sin comprender completamente los efectos de la droga o el problema de salud que presentan. En consecuencia, los medicamentos pierden socioculturalmente su calidad y su lugar de bien social, pasando a ser simplemente un bien de consumo, perdiendo la noción del impacto negativo que puede tener su uso o abuso de los mismo con la automedicación irresponsable e irracional. La publicidad a los consumidores se está convirtiendo en un mecanismo sustancial de las estrategias de mercado de las compañías farmacéuticas. La facilidad en que se puede proveer la posibilidad al paciente de informarse y comprender mejor su patología o malestar y su tratamiento. Sin embargo, se convierte en un arma de doble filo: la gran cantidad de información no garantiza que todo lo que se crea saber sea bien comprendida; provocando que el usuario crea que sabe toda la información acerca de fármacos y sus usos, sin saber si ésta es la opción más adecuada de tratamiento, o si ese tratamiento está encaminado en contra de su afección o si hay posibilidad de interacciones medicamentosas que puedan producir complicaciones. El carecer de indicaciones médicas o simplemente el creer saber cómo funciona un medicamento dado, genera una falsa noción de autocuidado prudente que parece resultar aún más nociva para el individuo (Dahir et al., 2015).

2.1.3.6. Aspectos socioculturales en el Ecuador

La población de Ecuador tiene una identidad histórica, idioma y cultura propias que se expresan mediante sus instituciones y tradicionales de organización social, cultural, política, económica y ejercicio de autoridad, entre los aspectos sociales tenemos la alta desigualdad de ingresos, reflejada por el coeficiente de Gini de 0,37 en el 2015. Ese año, la pobreza afectaba a 34,9% de los hogares (32,7% en las zonas urbanas y 38,8% en las rurales), mientras que 8,1% se hallaba en pobreza extrema (7,0% en las zonas urbanas y 10,1% en las rurales)(Organización Panamericana de la salud, 2017).

Los aspectos culturales en Santo Domingo son muy parecidos con el resto de Suramérica, por ello, las condiciones de salud de la población en Sudamérica se relacionan con el desarrollo económico y social de la población que evitables. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y la Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017 son compromisos internacionales acordados que contribuyen a orientar el progreso en áreas prioritarias de salud y desarrollo. Por ello, son útiles para monitorear las condiciones de salud y desarrollo en Sudamérica y determinar los principales desafíos y las perspectivas prioritarias de acción que los países y bloques de integración de Sudamérica enfrentarán en el futuro.

2.1.3.7. Automedicación

“La OMS,2005, apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo», ha declarado el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS”(WHO, 2002).

La Asamblea Mundial de la Salud (WHA) tiene varias resoluciones resaltando el hecho de que, en muchos países en desarrollo, un gran fragmento de la población depende de la medicina tradicional y que la potencia laboral simbolizada por los profesionales tradicionales es un recurso importante para la atención primaria de salud. En 1978, la Declaración de Alma-Ata recomendó, la introducción de las medicinas tradicionales de utilidad comprobada en las normas farmacéuticas y las políticas nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2016). Sin embargo, con paso del tiempo aumenta

el número de individuos que utiliza esas medicinas sin ninguna prescripción y de forma deliberada.

Cada país debe contar con leyes que garanticen que todos los interesados tengan información sobre los beneficios y riesgos de cada uno de los fármacos y medicina alternativa demostrada que garantice su utilidad. Una información accesible y de fácil comprensión es primordial para encaminar a los consumidores en la toma correcta de sus decisiones (Clash et al., 1997).

La OMS, 2002 -2005, en su guía estrategia de la OMS sobre medicina tradicional define “la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”. Este concepto se enfoca en una amplia variedad de terapias y prácticas que pueden cambiar entre estados y entre regiones, En algunos lugares se la conoce medicina «alternativa» o «complementaria (WHO, 2002).

Este tipo de medicina tradicional se sigue utilizando desde hace miles de años atrás, y sus practicantes han ayudado considerablemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud al nivel de la comunidad. A pesar de ser tan antigua su uso y su popularidad se ha mantenido en todo el mundo e incluso existen tanto pruebas empíricas y como científicas que avalan los beneficios de la acupuntura, las terapias manuales y diversas plantas medicinales en diversas afecciones crónicas o leves. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo (WHO, 2002).

Es por eso que nos es imposible impedir su uso total o parcial en la mayoría de las enfermedades, puesto que a pesar de no conocer su beneficios ni contraindicaciones las personas siguen utilizando fitoterapia, acupuntura, creencias milenarias entre otras; que pueden afectar la evolución de las enfermedades tanto virales como bacterianas; es un ejemplo hablar a eficacia de la acupuntura, una práctica popular para calmar el dolor, la cual ha sido demostrada en varios ensayos clínicos como en experimentos de laboratorio. Por ello, el 90% de los servicios de tratamiento del dolor del Reino Unido

y el 70% de Alemania incluyen la acupuntura entre los tratamientos que dispensan. Asimismo, algunas plantas medicinales han demostrado su eficacia contra afecciones potencialmente mortales; se considera que las combinaciones medicamentosas que contienen la hierba china *Artemisia annua* son uno de los remedios más eficaces contra la malaria (WHO, 2002).

En nuestro país se utilizan una diversidad de plantas, de las cuales la gran mayoría se basan en la utilización exclusiva de la raíz; las partes de la planta y el tipo que se utiliza, se debe a que cada una aporta de una manera específica a cada enfermedad. Según criterio de la cosmovisión Andina las plantas se clasifican de como plantas frescas, entre las que se encuentran el clavel, toronjil, berro, llantén, duraznillo; y como cálidas: la valeriana, pampa poleo, manzanilla, canela, ruda, romero entre otras. La técnica más común de preparación es la infusión en fitoterapia (Mauricio et al., 2015).

Aunque las normas no pueden compensar la baja calidad de los productos o unas prácticas inadecuadas, pueden servir de ayuda para indicar a los consumidores el modo de obtener el máximo beneficio y reducir al mínimo los riesgos de las medicinas tradicionales.

2.2. Marco conceptual

Antibiótico: molécula natural (producido por un organismo vivo hongo o bacteria), sintética o semisintética capaz de inducir la muerte o la detención del crecimiento de una población bacteriana (Generales, n.d.).

Concepción salud enfermedad: La conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX describió “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Vergara, 2007).

Criterios de Centor: La escala de puntuación de Centor fue modificada y validada en un estudio en Canadá, se realizó en 600 adultos y niños, entre 3 a 15 años, a la escala se agregó el grupo etario y su probabilidad de padecer faringitis por estreptococo del grupo A de acuerdo con la edad, y se asigna una puntuación total relacionada con los hallazgos clínicos. (General, 2016).

Determinación social de la salud: Es una construcción teórica que parte de la inserción históricamente determinada del individuo y su familia en la estructura de producción es decir categoría síntesis central- singular. Causalismo como un proceso casual e histórico que producen salud y la enfermedad. La determinación social de la salud es parte de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, que se menciona a mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh, 2013).

Determinantes sociales en salud: Son las condiciones en las que las personas se desarrollan; dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social; acorde a la evolución conceptual. Esta propuesta fundamenta la incorporación de la discapacidad en el modelo como un determinante estructural, dado que produciría el mismo fenómeno de inclusión/exclusión social de las personas, promueve un espacio relevante en el diseño y la implementación de políticas públicas con el fin de mejorar las condiciones de la población y contribuir a la equidad social (Tamayo et al., 2018). Se fundamentan en la multifactorialidad de elementos que determinan los factores de riesgo para la salud, dependientes de las condiciones ambientales, sociales y económicas del individuo, se llaman también determinantes estructurales e intermedios.

Estilo de vida: Es una categoría sociopsicológica utilizado para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. Los modos y estilos de vida son una construcción humana, consecuencia de la interacción entre factores genéticos, educativos, sociales, económicos y medioambientales. El ser humano es responsable por la totalidad de la vida, la salud, la enfermedad, inclusive la muerte (Guerrero Montoya, Luis Ramón León Salazar, 2010).

Factor sociocultural: Se puede definir los factores sociales es como la forma en que la naturaleza es mediada por la sociedad y tiene que ver con la forma en que está organizada. Es el base físico espacial donde se desarrollan las relaciones de esta con otras sociedades en una relación recíproca influyendo entre sí. En cuanto a los factores culturales son modelos culturales que influyen en la relaciones de la sociedad (Ordaz, 2003).

Factores de riesgo: Los factores de riesgo son características, condiciones o comportamientos que aumentan la probabilidad de tener una patología o sufrir un daño. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, no se dan de forma aislada, por lo general coexisten e interactúan entre sí. Por ejemplo, la automedicación, con el tiempo, acaba causando resistencia antibiótica entre otras complicaciones (“Factores de riesgo en la salud y la enfermedad Introducción,” 2015). Por lo general, los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos:

- de conducta;
- fisiológicos;
- demográficos;
- medioambientales y
- genéticos.

Faringoamigdalitis (FAA): Infección aguda o crónica, febril de origen viral o bacteriano, que se acompaña de inflamación en mucosas de la faringe y o las amígdalas faríngeas, acompañados de edema, eritema, exudados, úlceras o vesículas (F. Álvarez González, 2015).

Infecciones respiratorias agudas (IRA): Infecciones del aparato respiratorio, causadas por virus o bacterias, con una evolución menor a 15 días y manifestaciones clínicas como: rinorrea, tos, odinofagia obstrucción nasal, disfonía o dificultad respiratoria, presencia o ausencia de fiebre (F. Álvarez González, 2015)

Medicalización de la vida: Se concibe como medicalización, “la transformación de situaciones que son normales en procesos patológicos y el deseo de resolver con la medicina asuntos que son sociales, profesionales o referentes a las relaciones interpersonales (Dahir et al., 2015).

Modos de vida: Se consideran como las condiciones económicas de un grupo de personas o de una determinada población, donde los miembros de ella utilizan y desarrollan sus condiciones de vida (Guerrero Montoya, Luis Ramón León Salazar, 2010).

CAPITULO III

3. Métodos

3.1. Unidad de investigación

Las unidades de análisis de investigación en este componente son dos:

- Unidad 1: Madre o padre de familia, responsable del cuidado del niño/niña en etapa escolar, bajo conocimiento que se aplica al momento del diagnóstico médico en el hogar. En este caso se utilizó la encuesta redactada en el anexo 6.
- Unidad 2: Personas profesionales de la salud que atienden en unidades de salud del sistema público del Centro de salud tipo C - los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019. Para ellos se utilizó encuesta redactada en el anexo 7.
- Unidad 3: Reporte de la atención realizada en historia clínica de pacientes preescolares atendidos en el Centro de salud tipo C - los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019. En este caso se utilizó la ficha de chequeo en base aplicación criterios Centor, medicación antibiótica utilizada y atención realizada por profesional, la cual está redactada en el anexo 8.

3.2. Universo de estudio

- Para la unidad 1 de investigación: Corresponde a todos los cuidadores de pacientes preescolares atendidos por faringoamigdalitis, en el Centro de salud tipo C - los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas.
Datos estadísticos: en el centro de salud se atienden un total de 1.528 casos de faringoamigdalitis anuales de los cuales un total de 204 pertenece a edades preescolares es decir de 3 a 5 años.
- Para la unidad 2 de investigación: Se consideró a todos los profesionales directamente involucrados en la atención a los preescolares, con faringoamigdalitis que es la unidad 1 de investigación.
- Para la unidad 3 de investigación: Se consideró a todas las historias clínicas que reportan atención a niños preescolares con faringoamigdalitis en el tiempo establecido.

3.3. Muestra

Para el caso de las tres unidades de investigación se escogió la población con el cálculo de proporción utilizando la estimación de una muestra con población finita con esta

fórmula
$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 6% = 0.06)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.06 = 0.94)
- d = precisión (se usará en esta investigación un 6%).

Desarrollando la formula tenemos:

- N = 800
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado
- p = 50% = 0.5
- q = 1 – 0.5 = 0.5
- d = 5% = 0.05

$$n = \frac{800 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (800-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{800 \times 3,8416 \times 0.5 \times 0.5}{(0.0036 \times 799) + ((3,8416) \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{768.32}{2.9579 + 0.9604}$$

$$n = \frac{768.32}{3.8416}$$

$$n = 259.751851$$

Total, para la muestra 260 pacientes

En el caso de los cuidadores de los preescolares se escogió a los padres de los pacientes que están dentro de la muestra, en edades comprendidas entre 3 y 5 años que padezcan de infecciones respiratorias agudas y que sean atendidos en el centro de salud Los Rosales durante los meses de marzo a junio del año 2019 todo esto con el consentimiento explícito de su participación.

3.4. Criterios de selección:

3.4.1. Criterios de inclusión

- Padres o cuidadores mayores de edad, de pacientes en edad preescolar y escolar atendidos en consulta externa y en área de emergencia.
- Padres o cuidadores de pacientes preescolares y escolares diagnosticados con faringoamigdalitis aguda.
- Cuidadores o padres de pacientes con faringoamigdalitis.
- Personal de salud que atiende a los pacientes atendidos en consulta externa y en área de emergencia, en edad preescolar y escolar.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Cuidadores de pacientes que rechacen la participación de este estudio.
- Pacientes con diagnósticos diferentes de faringoamigdalitis aguda bacteriana o virales.
- Pacientes que presenten enfermedades oncológicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida o cualquier otra condición que generara inmunodeficiencia, como diabetes, insuficiencia renal en tratamiento sustitutivo o trasplante de órganos.
- Pacientes con enfermedades congénitas, metabólicas y malformaciones congénitas que afecten a su normal sistema inmunológico.
- Antecedente de atopia de cualquier tipo.
- Atenciones subsecuentes de pacientes con faringoamigdalitis aguda.
- Pacientes a los que los médicos no aplicaron los criterios de Centor.

3.5. Tipo de estudio

El tipo de estudio es observacional de corte transversal en el estudio del diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda, por medio de la aplicación de los Criterios de Centor, incorporando la influencia de los factores socio culturales y económicos de los cuidadores de los niños en edades preescolares. La investigación según el nivel de medición y análisis de la información es cuantitativa, ya que se utilizó instrumentos de medición con un orden establecido que es secuencial, sistemático y estadístico para alcanzar las conclusiones.

3.6. Técnicas

Se utilizó técnicas primarias cuantitativas por medio de encuestas tanto al personal de salud como a los cuidadores de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Los Rosales. Y se recopiló información secundaria por medio de encuestas al personal médico que labora en el centro de salud y se analizaron las historias clínicas de las atenciones médicas con diagnóstico de faringoamigdalitis.

3.7. Análisis y sistematización de datos

En el análisis de los datos obtenidos, la descripción de las variables cuantitativas se realizó frecuencias y medidas de tendencia central como media, moda y de dispersión como desviación estándar y rango; para aquellas que siguen una distribución normal; o mediante la mediana y los cuartiles, para aquellas que no la siguen. En lo concerniente a las variables cuantitativas categóricas se empleará porcentajes o proporciones.

Se procedió a diseñar tablas de contingencia después de analizar las variables y la muestra con el cálculo de proporción y a ingresarlos para establecer el índice de validez, el análisis y las gráficas correspondientes a los datos obtenidos mediante los instrumentos, cumpliendo el 100% de datos recolectados, ingresados y analizados. Las variables asociadas a la prescripción se estudiaron mediante el uso de razón de proporciones y análisis multivariado.

3.8. Aspectos bioéticos

Se solicitó consentimiento informado para todos los participantes del estudio; tanto para los cuidadores de pacientes preescolares atendidos en el Centro de salud tipo C - los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, como al personal médico que trabaja en el centro de salud los cuales constan en el anexo 4 y 5 respectivamente. Se realizó revisión y recolección de los datos para el estudio, toda la información derivada de la participación en este estudio se conservó en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados

Para el desarrollo de los resultados, se utilizaron variables referentes al factor sociocultural en la aplicación de los criterios de Centor-m en niños de edad preescolar, atendidos en el centro de Salud, Tipo C de Santo Domingo de los Tsáchilas. Estos permitieron cumplir con los objetivos planteados en el proceso de la investigación.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda INEC (2010) Santo Domingo de los Tsáchilas, tiene una población total de 270.875 habitantes con una densidad de 4514.58 hab/Km². La provincia está situada a una superficie de 3.857 km², y 625 msnm de altitud, ubicándose a 120km de distancia del mar. Tiene una riqueza hidrológica que comprende cinco cuencas. Tiene un clima lluvioso tropical, con una temperatura habitual de 18 a 33°C.

4.1.1. Resultados de las encuestas realizadas a los familiares de los pacientes atendidos.

Se aplicaron 260 encuestas a familiares de pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis, en donde se determina que el 35.8% de los encuestados es la madre, el 20.8% el padre, seguido del 36.9 los abuelos y finalmente el 5% los tíos, la mayoría de los encuestados con un 94,2% oscilan entre los 20 a 64 años de edad. El lugar de residencia es en sector urbano con el 89.6%; sin embargo, la mayoría de encuestados pertenece a una clase social media (66,54%), a pesar de que esta cantidad de familiares solo el 30% recibe un salario básico mayor a \$394.00.

Dentro de las creencias, un 78,46% de los cuidadores afirmaron practicar una religión católica, además se puede valorar ciertas creencias basadas en la cultura Tsáchilas, entre ellas que la tierra está poblada de espíritus, y que una parte de ellos provienen de la naturaleza. Los chamanes son los principales curanderos de la región, los cuales hasta la actualidad realizan rituales personales y colectivos, muy populares en el Ecuador.

Es importante aclarar que por ser Santo Domingo una provincia que se encuentra en áreas limítrofes entre costa, sierra y oriente; se evidencia una cultura nutrida con tratamientos tanto occidentales, alternativos y complementarios. Se determinó que solo el 4% utiliza medicina occidental pura, mientras que 96% restante utiliza diferentes tratamientos complementarios como aguas medicinales en un 50%; medicina complementaria en un el 35% encontrándose entre estos masajes, pomadas, vaporizaciones, acupuntura; y medicina ancestral en un 15% en este grupo se encuentran curanderos, rituales etc.

Así mismo se establece que los tipos de composición familiar influyen en los niveles de inestabilidad emocional; aquí se utilizó la escala de evaluación de la cohesión y la adaptabilidad Familiar de D. Olson - FACES III, esta escala presenta dos dimensiones donde en la dimensión de adaptabilidad se encuentran las familias caóticas en un 50,38%; flexible un 43,85%, estructurada un 25%, y rígidas solo un 8%; y en la dimensión de cohesión se encuentran las familias apegadas en un 20%, conectadas en un 26,92%, separadas en un 35% y desligadas en un 18,08%(tabla 1). Por lo cual se puede establecer un gran promedio de familias del rango medio de balance familiar (gráfico1-2).

Gráfico 1.

Tipos de funcionamiento familiar de la muestra estudiada en base a Modelo circunflejo para el FACES-III de Olson.

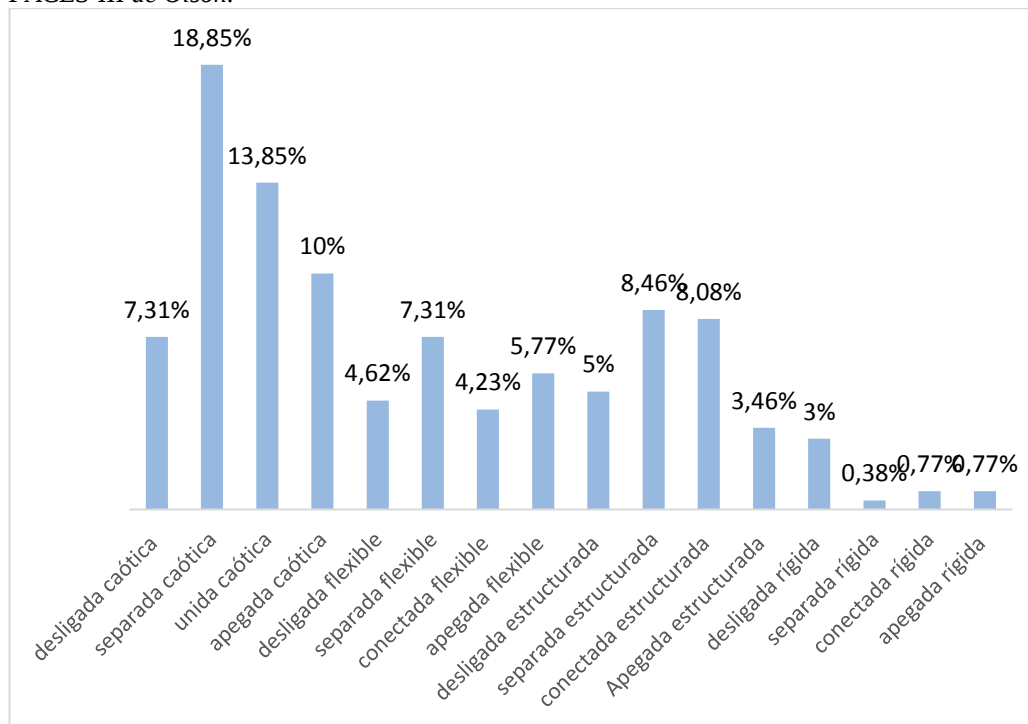
Flexibilidad	Cohesión			
	desligada caótica 7,31%	separada caótica 18,85%	unida caótica 13,85%	apegada caótica 10%
	EXTREMA			
	RANGO MEDIO			
BALANCE ADAS	desligada flexible 4,62%	separada flexible 7,31%	conectada flexible 4,23 %	apegada flexible 5,77%
	desligada estructurada 5%	separada estructurada 8,46%	conectada estructurada 8,08%	Apegada estructurada 3,46%
	desligada rígida 3%	separada rígida 0,38%	conectada rígida 0,77%	apegada rígida 0,77%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras basado en el manual original del FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985).

Gráfico 2.

Tipos de funcionamiento familiar de la muestra estudiada en base a Modelo circunflejo para el FACES-III de Olson.

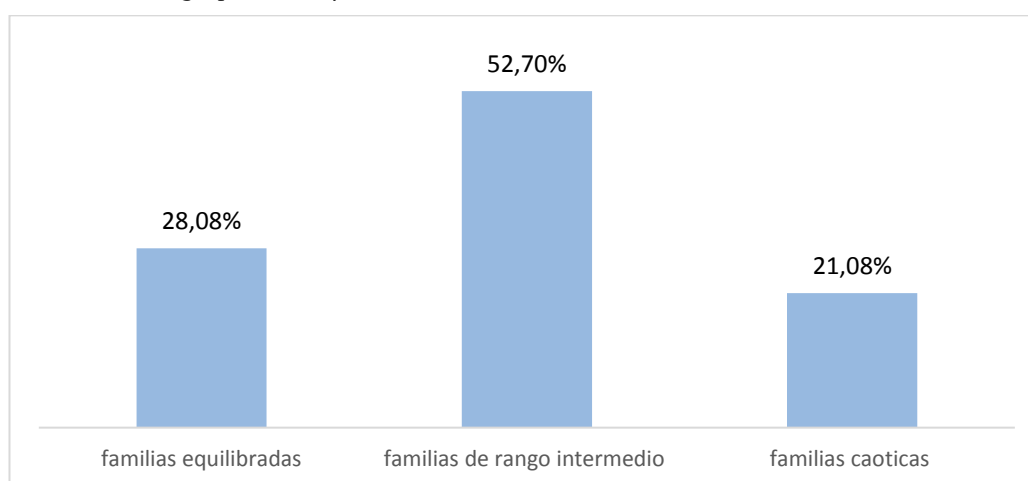


Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras basado en el manual original del FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985).

Gráfico 3.

Distribución en grupos de las familias del modelo de Olson



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras basado en el manual original del FACES-III de Olson, Portner y Lavee (1985).

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el centro de salud, entre las edades de 3 a 5 años, la mayoría de pacientes son de género femenino con el 75,8%. La etnia autoidentificada por la población fue la mestiza, a pesar de ello cabe recalcar que la provincia de Santo Domingo tiene una cultura diversa entre personas de costa, sierra e incluso el oriente con diferentes tradiciones y creencias en cuanto al manejo de la salud- enfermedad.

4.1.2. Análisis del cuadro clínico presentado en los pacientes

Referente al tiempo de aparición de los síntomas el 49.6% de los encuestados indica que se demoraron menos de 24 horas en trasladarse para la atención médica, seguido del 18% que indica que transcurrió un tiempo de 5 a 7 días, el 13.8% de 1 a 3 días, y el 10% de 3 a 5 días quienes indican que la falta de tiempo es el principal factor (84,2%) (Tabla 2). En cuanto a la accesibilidad, el 58.8% de los encuestados manifestaron que no tuvieron dificultad para obtener una consulta médica y el 92.3% determinó que el área de salud no le queda lejos.

Tabla 3.
¿Qué tiempo transcurrió desde la aparición del primer síntoma hasta la atención médica?

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Menos de 24 horas	129	49,6
	De 1 a 3 días	36	13,8
	De 3 a 5 días	26	10,0
	De 5 a 7 días	49	18,8
	Más de 7 días	16	6,2
	5	2	,8
	Total	258	99,2
Perdidos	Sistema	2	,8
Total		260	100,0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

El 43.1% de los cuidadores automedicaron al paciente principalmente debido a que evidenciaron que los síntomas presentados eran leves (55%). En la tabla 3. Se presentan los fármacos utilizados por los cuidadores. Llama la atención que existe todavía acceso a los antibióticos (10%) a pesar de las restricciones en cuanto a su venta libre.

Tabla 4.

¿Qué tipo de medicamentos usted utiliza cuando lo ha automedicado?

	Frecuencia	Porcentaje
Analgésicos	170	65,4
Antigripales	54	20,8
Válidos Antibióticos	27	10,4
Antihistamínicos	9	3,5
Total	260	100,0

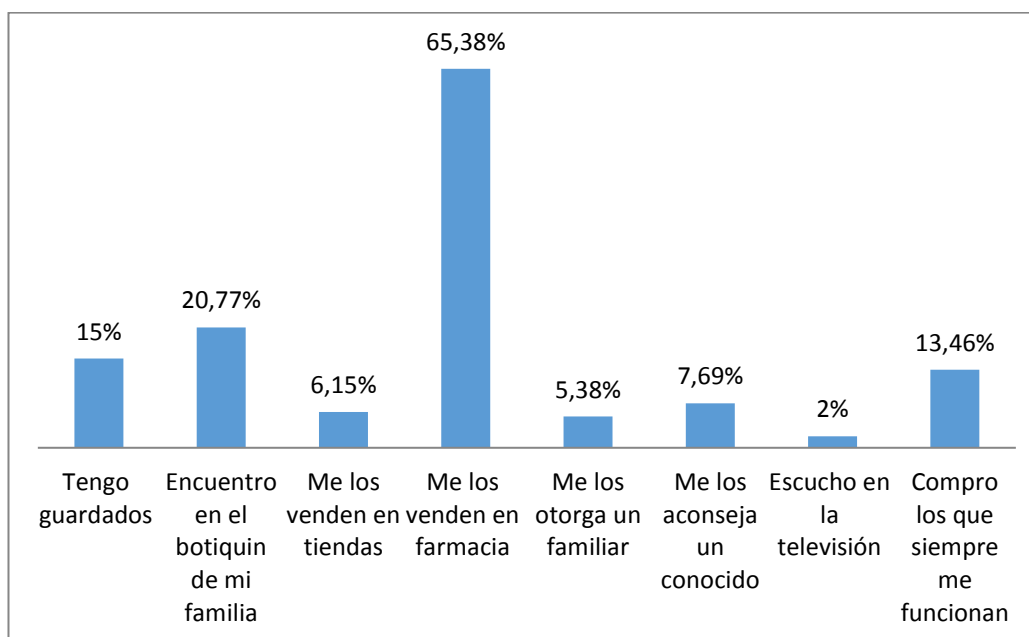
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

Se analiza también la procedencia de estos medicamentos, que utiliza el familiar para la automedicación, aquí predomina la expedición de medicamentos de las farmacias 66%, teniendo en cuenta que el familiar compra los que le funciona un 15%.

Gráfico 4.

¿De dónde obtiene los fármacos con lo cual ha practicado la automedicación?



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

4.1.3. Análisis descriptivo del proceso de atención.

Se aplicó la encuesta a todo el personal médico con título en medicina general sin especialización, que trabajan en el Centro de Salud, su edad oscila entre los 24 a 50 años, se determina que el 50 % de los doctores afirman conocer de los criterios del Centor-m, sin embargo a la hora de plantear cada uno de los criterios, solo logran afirmar el 20% de los doctores que necesitan más de 3 criterios, para un diagnóstico

de faringitis bacteriana, dentro de esto el 90% de los casos mencionan al exudado faríngeo como único criterio o el principal para dar un diagnóstico. Además, el 80% de los doctores manifestaron que el tiempo no es adecuado para una correcta atención. El lugar de atención el 70% en emergencia y 30% en consulta externa.

Se determina, según los criterios de Centor-m que el 26.5% tuvo un diagnóstico probable de faringoamigdalitis que no requiere antibioticoterapia. El 57.3% de los resultados deberían apoyarse en exámenes complementarios que no son realizados por falta de recursos. (Tabla 4) En el centro de salud se utiliza el puntaje de 2 o más para iniciar un tratamiento con antibióticos de acuerdo a lo mencionado en la Tabla 5.

Tabla 5.
Interpretación criterios de Centor

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO ANTIBIOTICOTERAPIA 1PTO	69	26,5
	DUDOSO DE 2 A 3 PTOS	149	57,3
	ANTIBIOTICOTERAPIA 4PTOS	42	16,2
	Total	260	100,0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

Tabla 6.
Tratamiento utilizado

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ANTIBIOTICOS DE PRIMERA LINEA	83	31,9
	ANTIBIOTICOS DE SEGUNDA LINEA	56	21,5
	OTRO	121	46,5
	Total	260	100,0

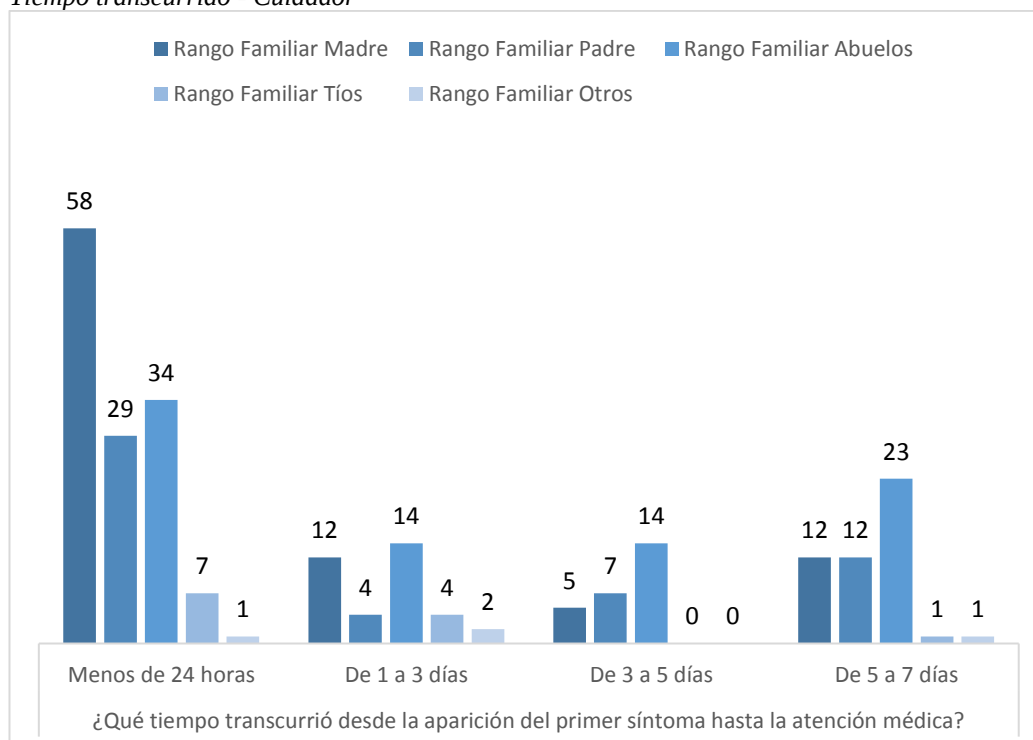
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

4.1.3. Análisis de datos bivariado

Se determinó que entre el tiempo de la aparición de los síntomas y el contacto primer contacto con el médico del área de salud es menos de 24 horas y de esto podemos concretar que la persona que acude al servicio es la madre y los abuelos acuden con el paciente por lo general de los 5 a 7 días (Grafico 4).

Gráfico 5.
Tiempo transcurrido - Cuidador

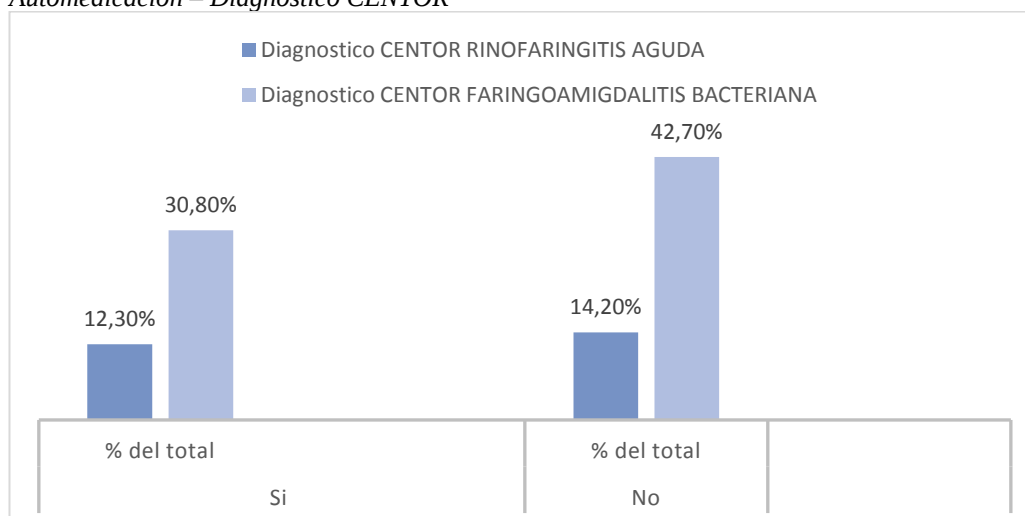


Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

Se determina que principalmente el uso de la automedicación se da en los casos con faringoamigdalitis bacteriana según los criterios de Centor-m (Gráfico 4).

Gráfico 6.
Automedicación – Diagnostico CENTOR



OR: 1,2, (IC 95%) 0,69 – 2,08

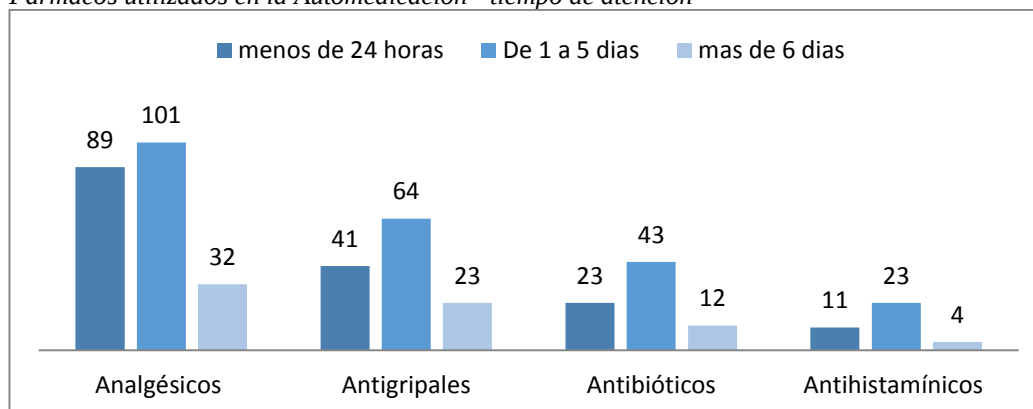
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadora

Se puede valorar que en relación a los fármacos y el tiempo en la llegada a la consulta médica los analgésicos tienen un mayor uso, dado que son usados desde las primeras 24 horas de aparición hasta los 6 días (Gráfico 6).

Gráfico 7.

Fármacos utilizados en la Automedicación - tiempo de atención



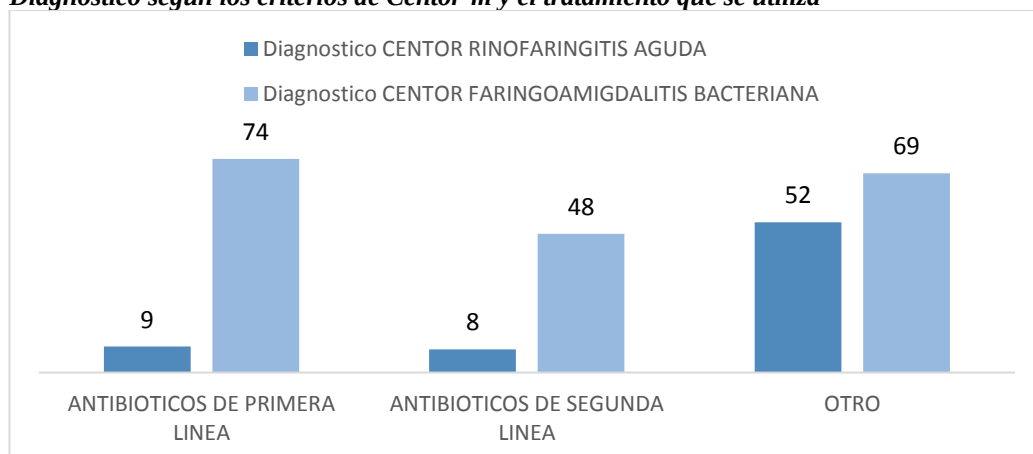
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

Se establece la relación entre el diagnóstico según los criterios de Centor-m y la utilización de antibioticoterapia de primera línea, presentándose para los casos de faringoamigdalitis bacteriana el uso de esos en un 73%, siendo casi equitativo el uso de antibióticos cuando no se conoce con certeza la etiología de la infección.

Gráfico 8.

Diagnóstico según los criterios de Centor-m y el tratamiento que se utiliza



OR: 1,6, (IC 95%) 1,45 – 1,75

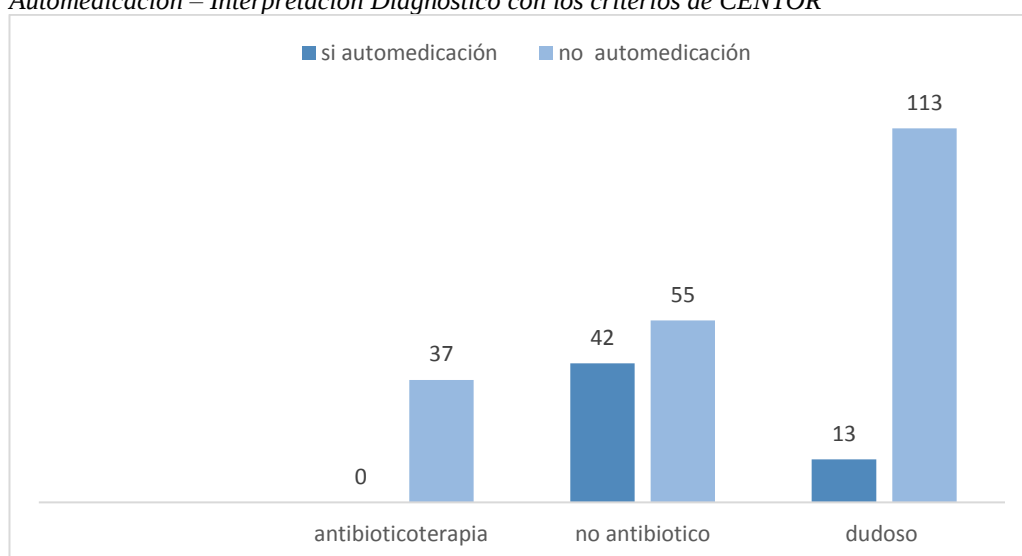
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadora

Se determina que del 21% de los pacientes, que se acuden a la consulta médica se automedican, con antibióticos, por lo cual el 16.15% no amerito dichos fármacos puesto no cumplieron los criterios de Centor-m para diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana, dentro de este grupo ningún paciente cumplió este diagnóstico. De los que no se automedicaron el 14 % ameritó un tratamiento de antibioticoterapia adicional.

Gráfico 9.

Automedicación – Interpretación Diagnostico con los criterios de CENTOR



Fuente: Encuesta

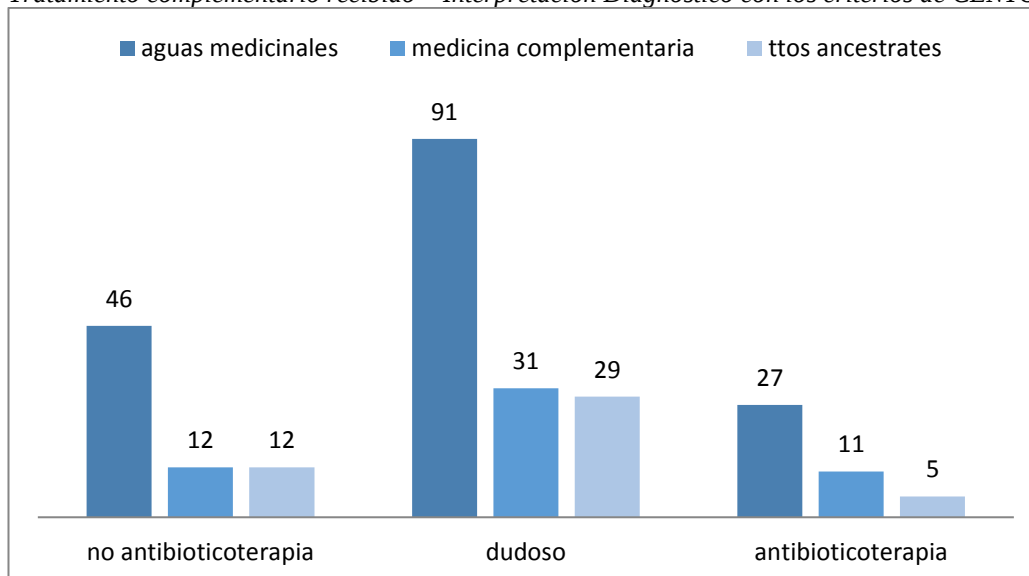
Elaborado por: Investigadoras

El presente trabajo establece que el principal tratamiento complementario recibido fueron las aguas medicinales presentándose en todos los pacientes atendidos, y teniendo en cuenta que prevalecía en un 44% en los que no tuvieron necesidad de antibioticoterapia por ser una patología de un agente etiológico viral y los 90% en los pacientes que tenían un diagnostico dudoso.

La medicina complementaria se presentó de igual porcentaje (30%) en pacientes con diagnostico dudoso. Cabe recalcar que dentro del área de salud por no poseer exámenes complementarios el parámetro de Centor-m que lo clasifica como dudoso tanto como el que lo clasifica como ameritar antibioticoterapia recibieron fármacos antibióticos en su mayoría de primera línea.

Gráfico 10.

Tratamiento complementario recibido – Interpretación Diagnóstico con los criterios de CENTOR



OR: 1,1, (IC 95%) 1,35 – 1,75

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadoras

CAPÍTULO V.

5.1. Discusión

En la investigación realizada en el centro de Salud de los Rosales en el periodo de febrero a mayo 2019 se identificaron 260 pacientes en edades de 3 a 5 años preescolares que cumplieron los criterios de inclusión de los cuales el 75.8% fueron mujeres y el 24.2% hombres, siendo mayor el género femenino

Con respecto a los factores que influyen en los criterios de Centor-m los que mayor relevancia tuvieron fueron la automedicación y el uso de medicina complementaria por parte de los familiares de los pacientes.

La automedicación puede causar una epidemia de bacterias resistentes por lo que debe prevenirse el uso indiscriminado de antibióticos, en un estudio realizado en Perú acerca de la automedicación en el año 2016 tuvieron como resultado que de los medicamentos comprados el 61.8% fueron antibióticos y fueron para tratar resfríos y de estos un 60.6% los farmacéuticos que vendieron estos medicamentos no preguntaron si el niño tiene antecedentes de alergia antibiótica por todo esto hay un aumento del número de infecciones causadas por bacterias resistentes y una mayor mortalidad, mayor estancia hospitalaria, mayores costos y complicaciones (Quispe, Salcedo, Hugo, & Solís, 2018); lo que se evidencia en nuestro estudio es que el 43.1% de los cuidadores automedicaron al paciente principalmente debido a que evidenciaron que los síntomas presentados eran leves (55%). Además, se puede evidenciar que existe todavía acceso a los antibióticos (10%) a pesar de las restricciones en cuanto a su venta libre. Todos estos datos indican que hay un alto grado de pacientes que acuden al centro de salud ya tratados con medicamentos que sus familiares les prescriben y esto influye en el momento de recaudar los criterios de Centor-m en el examen físico.

Se determinó que del 21% de los pacientes, que se acudieron a la consulta médica y se automedican con antibióticos, el 16.15% no ameritó dichos fármacos; puesto no cumplieron los criterios de Centor-m para diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana, dentro de este grupo ningún paciente cumplió este diagnóstico. De los que no se automedicaron el 14 % amerito un tratamiento de antibiotioterapia adicional.

Barrera en 2017 refiere que entre las dolencias que tuvieron mayor porcentaje de automedicación están los síntomas gripales como la tos; y dentro de las razones principales para automedicarse fueron la levedad de la enfermedad, el conocimiento previo sobre el medicamento y confianza que el paciente tiene de sus conocimientos sobre las enfermedades y la eficacia casual de los tratamientos empíricos; produciendo una inadecuada presentación clínica, al momento del primer contacto con el médico. Lo que se evidencia en este estudio donde se encontró que los cuidadores de los pacientes estudiados utilizan tratamientos alternativos, este es el caso del uso de aguas medicinales en un 44% como opción para mejorar el estado de salud de su familiar, lo cual nos indica que este factor se relaciona de forma igualitaria con todos los tipos patologías sin discriminar si son virales o bacteriana, a pesar de se puede constatar que la fitoterapia tiene una mayor prevalencia en las patologías bacterianas, esto puede deberse a que la comunidad trata de relacionar los síntomas graves con la falta de hidratación que mejoraría de alguna manera los síntomas piréticos, pero el resultado no va a influir en el examen físico ni la percepción de los criterios de Centor-m.

Así mismo debemos recalcar que los tipos de composición familiar influyen en los niveles de inestabilidad emocional; pero no influyeron en la aplicación de los criterios de Centor, donde la dimensión en que se encontraban las familias de la comunidad eran las de adaptabilidad y de estas estaban las caóticas en un 50,38%; flexible un 43,85%, estructurada un 25%, y rígidas solo un 8%; y en la dimensión de cohesión se encuentran las familias apegadas en un 20%, conectadas en un 26,92%, separadas en un 35% y desligadas en un 18,08%. Realizando el modelo Circunflejo de Olson se puede observar que la gran mayoría pertenece a las familias separada caótica 18,85% y estas se encuentran dentro de familias que tienen un rango intermedio de balance.

El nivel socioeconómico tampoco influye en la aplicación de los criterios de Centor-m puesto que a pesar que la mayoría de las personas mencionaron tener una clase media con el sueldo básico nacional, acuden de igual manera a los establecimientos de salud para un tratamiento integral.

Además, se estableció que el personal de salud no aplica de forma correcta los criterios de Centor-m. Esto se vincula con el escaso tiempo que el personal de salud tiene para las atenciones emergentes, además de una de una información adecuada sobre el conocimiento del manejo de faringitis y sus agentes etiológicos en niños de 3-5 años. Esto se pueden constatar en las encuestas en donde se determina que el 50% de los doctores afirman conocer de los criterios del Centor-m, sin embargo a la hora de plantear cada uno de los criterios, solo logran afirmar el 20% de los doctores que necesitan más de 3 criterios, para un diagnóstico de faringitis bacteriana, dentro de esto el 90% de los casos mencionan al exudado faríngeo como único criterio o el principal para dar un diagnóstico. En estudio no está muy alejado de resultados internacionales como el realizado en España en el año 2015 donde los médicos de atención primaria evaluaron los distintos criterios de Centor-m de manera diferente; dándole más importancia al exudado faríngeo que a otros criterios a la hora de un diagnóstico (Ocan et al., 2015)

Los factores como el tiempo que tardan los cuidadores en llevar al centro médico a los pacientes, la accesibilidad por la zona donde viven los pacientes y otros a través del estadístico OR no presentó ningún resultado importante de dicha asociación con la aplicación de los criterios de Centor-m ya que la mayoría de los pacientes el 92.3% determinó que el área de salud estaba cerca de sus hogares y en lo que se refiere a tiempo para asistencia médica se obtuvo que el 49.6% se demoraron menos de 24 horas en trasladarse para la atención médica.

CAPÍTULO VI.

6. Conclusiones y recomendaciones:

6.1 Conclusiones:

En el estudio de este capítulo se llegó a las siguientes conclusiones en relación a los objetivos planteados:

El mayor porcentaje de cuidadores eran los abuelos con un 36.9% quienes llevaron a los niños al centro de salud ya que la mayoría de padres no tenían tiempo por su trabajo o quehaceres del hogar.

La clase socioeconómica no afecta a la interpretación de los criterios de Centor-m puesto que la mayoría de personas se autoperciben como una clase social media. Sin embargo, la ocupación de los padres que tienen trabajos independientes y ocasionales afecta la probabilidad de presentar una faringitis bacteriana, sin afectar los criterios de Centor-m.

Se analizó el cruce del tiempo de espera con los familiares para la atención médica y fueron las madres quienes se demoraron menos tiempo (24horas) en traer a los niños al centro de salud para su atención médica observándose q no influyo este factor en la aplicación de los criterios de Centor-m.

Se identificó que la mayoría de cuidadores de los pacientes, que automedicaron a los a sus familiares con antibióticos, no cumplieron criterios de Centor positivos para antibioticoterapia adicional, por lo que esto influyo en el cuadro clínico de los pacientes y en la aplicación de estos criterios antes mencionados.

Los pacientes que utilizaron antibioticoterapia (21%) previa no tenían necesidad de tratamiento adicional puesto que no cumplían los criterios de Centor Además se encontró que a pesar del control exhaustivo de las autoridades, los familiares acceden a antibióticos, analgésicos y otros fármacos: en la venta libre sin receta médica; y a la vez influyó en la aplicación de los criterios de Centor-m ya como se especifica anteriormente.

La falta de conocimiento al momento de la interpretación de los criterios de Centor-m, fue otro determinante al momento del tratamiento ya que se constató que se da antibioticoterapia, a pesar de tener criterios negativos y dudoso para prescripción de antibióticos; y no se realizó la prueba rápida para detección del antígeno del estreptococo Beta hemolítico del grupo A (Strep A), por falta de recursos influyendo en el tratamiento y la resistencia antibiótica.

6.2 Recomendaciones

Se debería brindar más información y charlas a los familiares de los pacientes acerca de las infecciones bacterianas y las virales porque la mayoría de las personas no tienen conocimiento de estas patologías por lo que es de vital importancia orientar a los familiares para manejo adecuado de los niños con faringoamigdalitis recalcando la importancia de no automedicarlos y reducir el tiempo de espera para la atención del niño en el subcentro de salud, tomando en cuenta el conocimiento de los familiares, grado de educación y la historia natural de la enfermedad así como sus riesgos, complicaciones y signos de alarma.

Valorar si existió un tratamiento anterior al primer contacto médico, con o sin mejoría, para lo cual se puede preguntar por tiempo de uso y nombres del medicamento empíricos de la zona o procedencia.

Se recomienda continuar con el control de la venta y prescripción de antibióticos sin receta médica, para disminuir la resistencia bacteriana.

Brindar información a la comunidad de la etiología y evolución de las enfermedades respiratorias en niños, para poder manejar mejor el tratamiento de las faringoamigdalitis bacterianas y no agravar el mal uso de estos medicamentos.

Capacitar a los profesionales sobre el uso de herramientas diagnósticas en caso de patologías respiratorias en niños, como los criterios de Centor-m, para facilitar el diagnóstico de faringitis por estreptococo.

Promocionar el uso del laboratorio clínico y de los exámenes complementarios para un tratamiento más eficiente y seguro. Valorar en los recursos de laboratorio la implementación de una prueba de detección rápida del antígeno EBGA para faringoamigdalitis bacteriana y optimizar recursos. Se recomienda realizar una prueba de detección rápida del antígeno EBHGA (si no está disponible indicar cultivo faríngeo) en primer nivel de atención en los pacientes que presentan Centor-m con resultado Dudoso para faringoamigdalitis bacteriana para no dar un mal diagnóstico de esta enfermedad y disminuir la resistencia antibiótica debido al uso inadecuado de antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrera, O. S. (2017). Una mirada hacia la relación entre salud pública y farmacia. *Ev Méd Electrón [Internet]*, 858–861.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).
- Clash, T., Order, W., & York, N. (1997). Marco Teórico: Identidad social, 125, 1–12.
- Cots Yago, J. M., Alós Cortés, J.-I., Bárcena Caamaño, M., Boleda Relats, X., Cañada Merino, J. L., Gómez Gabaldón, N., ... Llor Vila, C. (2015). Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Farmacéuticos Comunitarios*, 7(1), 20–31. [https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.\(2015/vol7\).001.04](https://doi.org/10.5672/fc.2173-9218.(2015/vol7).001.04)
- Dahir, C., Hernandorena, C., Chagas, L., Mackern, K., Varela, V., & Alonso, I. (2015). La automedicación : un determinante en el uso racional de medicamentos Self-medication : a key to the rational use of medicines, 46–49.
- DANE, D. A. N. de E. (2009). Estadísticas Vitales.
- DNEAIS. (2016). Principales causas de Morbilidad ambulatoria 2016. *MSP*.
- Dongo, A. (2009). Significado de los factores sociales y culturales en el desarrollo cognitivo. *Revista IIPSI*, 12(2), 227–237.
- F. Álvarez González, J. M. S. L. (2015). Faringo-amigdalitis aguda. *Aeped*, 1, 1–4.
- Factores de riesgo en la salud y la enfermedad Introducción. (2015), 1–4.
- General, C. de S. (2016). Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, IMSS-062-0*, 1–7. <https://doi.org/978-607-7790-99-0>
- Generales, D. Y. C. (n.d.). Antibioticos bases microbiologicas del uso de antimicrobianos.
- Guerrero Montoya, Luis Ramón León Salazar, A. ramónN. (2010). Estilo de vida y salud : un problema socioeducativo , antecedentes. *Escuela de Educación*.
- Harrison. (n.d.). *Principios de Medicina Interna*. (J. L. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Ed.).
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, IMSS-062-0*, 1–7. <https://doi.org/978-607-7790-99-0>
- Kibuule, D., Kagoya, H. R., & Godman, B. (2016). Antibiotic use in acute respiratory infections in under-fives in Uganda: findings and implications. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 14(9), 863–872. <https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1206468>
- Klein, E. Y., Van Boeckel, T. P., Martinez, E. M., Pant, S., Gandra, S., Levin, S. A., ... Laxminarayan, R. (2018). Aumento global y convergencia geográfica en el consumo de antibióticos entre 2000 y 2015. *Proceedings of the National*

- Academy of Sciences*, 115(15), 201717295.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1717295115>
- Mauricio, D., Ruilova, O., Maribel, J., Herrera, R., Adriana, M., & Verdugo Sánchez, E. (2015). Uso De Plantas Medicinales Por Personas De Sabiduría Del Cantón Sígig. 2015, 115.
- Ministerio de Salud Pública Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2012). Actualización Nacional Vigilancia de IRAG SE-47, (Se 46).
- Ngu, R., Feteh, V., Kika, B., F., E., Ayeah, C., Chifor, T., ... Yengo, F. (2018). Prevalence and Determinants of Antibiotic Self-Medication among Adult Patients with Respiratory Tract Infections in the Mboppi Baptist Hospital, Douala, Cameroon: A Cross-Sectional Study. *Diseases*, 6(2), 49.
<https://doi.org/10.3390/diseases6020049>
- Ocan, M., Obuku, E. A., Bwanga, F., Akena, D., Richard, S., Ogwal-Okeng, J., & Obua, C. (2015). Household antimicrobial self-medication: A systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*. BMC Public Health.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2109-3>
- Ordaz, M. (2003). Factores Sociales, Económicos, Culturales y políticos de la protección del medio ambiente. *Pemex*, i(1).
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos Básicos, Suplemento*, 20.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos. *Www.Who.Int*, 30.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2001). Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos. *Oms*, 2, 104.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892001001000014>
- Organización Panamericana de la salud. (2017). *Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas* (2017th ed.). Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en Sudamérica*.
- Pelucchi, C., Grigoryan, L., Galeone, C., Esposito, S., Huovinen, P., Little, P., & Verheij, T. (2012). Guideline for the management of acute sore throat. *Clinical Microbiology and Infection*, 18(April), 1–27. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x>
- Quispe, J. M., Salcedo, J. F., Hugo, H., & Solís, M. (2018). PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOMEDICACIÓN EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA NORTE, 5(1), 47–57.
- Rey, C. C., García, M. L. G., Flecha, I. C., & Breña, P. P. (2011). Infecciones respiratorias virales. *Protocolos de Infectología. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Infectología Pediátrica*, 189–204.
- Reyes , Andres, Beltrán, P. (2015). Prevalencia De Infecciones Respiratorias Agudas En Pacientes Menores De 5 Años Y Su Asociación Con Desnutrición. Jadán, Enero – Diciembre 2014. *Revista Médica HJCA*, 7(2), 1–6.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.2.ao.2>

- Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación Social determinants of health and disability: updating the model for determination. *Gac Sanit*, 32(1), 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Tibaudin, D. I., Kilstein, J. G., Escuela, H., Perón, E., Baigorria, G., Fé, S., & Tibaudin, D. I. (2016). Utilidad de los criterios de predicción clínica y del test rápido antigénico para el manejo de la faringitis aguda en un servicio de urgencias, 9(1), 23–30.
- Vergara, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad (Sp). *Revista Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 41–50. <https://doi.org/10.1681/asn.2014100954>
- WHO. (2002). Organización Mundial de la Salud Ginebra Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, 75.

ANEXOS

Anexo1. Cronograma del Proyecto de Tesis

AÑO	2018													2019								
ACTIVIDADES	E N	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AGO S	SE P	OC T	NO V	DI C	E N	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AGO S		
COSNTRUCCION DE LA PROPUESTA DE ESTUDIO, GENERACIÓN DE IDEAS, ELECCIÓN DEL TEMA, ELECCIÓN DEL SITIO DE INVESTIGACIÓN	X																					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X																				
OBJETIVO GENERAL ESPECIFICOS			X																			
JUSTIFICACION			X																			
PROBLEMAS				X																		
VARIABLES				X																		
MARCO REFERENCIAL				X																		
MARCO TEORICO					X																	
MARCO CONCEPTUAL						X																
MARCO METODOLOGICO							X	X	X													
OPERACIONALIZACION VARIABLES								X	X													
PRESUPUESTO										X												
CRONOGRAMA											X	X										
ANEXOS													X									
AUTORIZACION DE PERMISOS PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO														X	X							
EJECUCIÓN DEL PROYECTO, ENCUESTAS AL CUIDADOR O PADRE DEL PACIENTE															x	X	X					
EJECUCIÓN DEL PROYECTO, ENCUESTAS AL PESONAL MEDICO															x	x	x					
REVICION DE HISTORIAS CLINICAS															x	x	x	X				
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN																	x	x	X			
CONSOLIDACION Y REVICION DE INFORMACION																	x	X	x			
REDACCIÓN DE INFORME FINAL																		x	x	X		
PRESENTACION DEL PRIMER BORRADOR																				X		
PRESENTACION DE TESIS DEFINITIVA																				x		
DEFENSA DE LA TESIS																				x		

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

Anexo2. Presupuesto

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO (USD)	VALOR TOTAL (USD)
Encuestas impresas	300	0,30	90
Transporte	2 integrantes	700	700
Internet por horas	Indeterminado	500	500
Impresiones	Indeterminado	500	500
Materiales de oficina		200	200
Total			2300

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

Anexo 3. Ficha de levantamiento de información

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

Título del Estudio: “Factores socioculturales que afectan en la aplicación de los criterios de Centor en niños de edad preescolar, atendidos en el centro de salud tipo C - Los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019”.

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de especialista en medicina familiar.

Investigadores: Bedoya Brito Doris Ximena

Macías Franco Beatriz Estefanía

Director: Dr. Santiago Escalante

CRITERIO	DESARROLLO	
Tema:	“Factores socioculturales que afectan en la aplicación de los criterios de Centor en niños de edad preescolar, atendidos en el centro de salud tipo c - Los Rosales Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2018”.	
Pregunta de investigación:	¿Cuáles son los factores socioculturales que afectan la utilización de los criterios Centor en las faringoamigdalitis agudas en pacientes de edad preescolar atendidos en el Centro de Salud tipo C - ¿Los Rosales, Santo Domingo, año 2019?	
Objetivo General:	¿Relacionar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales que tienen los cuidadores de niños de edad preescolar y escolar que acuden al Centro de Salud” ¿Los Rosales” ¿Santo Domingo, año 2019?	
Hipótesis General:	Los factores socioculturales afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar entre ellos el nivel socioeconómico, la edad de los padres o cuidadores, el nivel de educación.	
Enfoque de investigación	Inv. Cualitativa Si	Inv. Cuantitativa Si
Tipo de diseño	Inv. No experimental Si	Inv. Experimental
Tipo de problema		
Unidad de análisis	Cuidadores de los pacientes atendidos en el subcentro de salud Los Rosales por infecciones respiratorias y personal médico que labora en la unidad de salud.	
Estadísticas utilizadas.	La descripción de las variables cualitativas se realizará mediante tablas de contingencia. Los resultados se van a considerar significativos para un nivel de significación de 0,05. Las variables asociadas a la prescripción se estudiarán mediante la estimación de la odds ratio a partir del ajuste de modelos de regresión logística multinivel. Los datos recogidos serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows	

Principales conclusiones	1. Los pacientes que utilizaron antibioticoterapia (21%) previa no tenían necesidad de tratamiento adicional puesto que no cumplían los criterios de Centor Además se encontró que a pesar del control exhaustivo de las autoridades, los familiares acceden a antibióticos, analgésicos y otros fármacos: en la venta libre sin receta médica; y a la vez influyó en la aplicación de los criterios de Centor-m ya como se especifica anteriormente.
Fuentes utilizadas	Bibliográficas cantidad__26__ otros ____ Hemerográficas cantidad__2__ Electrónicas cantidad__20__
Actualidad de la fuente	Considerando el año de la tesis (año de la tesis-año de la publicacion) N° de fuentes menos de 2 ñaos de antigüedad__4__ N° de fuentes entre de 3-5 ñaos de antigüedad__8__ N° de fuentes entre de 6-10 años de antigüedad__4__ N° de fuentes de mas de 10 ñaos de antigüedad__0__

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

Tesis ubicada en: Santo Domingo de los Tsáchilas, Centro de salud los Rosales.

Revisada por:

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

**Anexo4. Consentimiento informado para los cuidadores o padres de los pacientes atendidos en Centro De Salud Tipo C - Los Rosales
Santo Domingo De Los Tsáchilas, Año 2019**
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



Investigadores: Bedoya Brito Doris Ximena
Macías Franco Beatriz Estefanía
Director: Dr. Santiago Escalante

Parte 1: Información

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019**”. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Este formulario está dirigido a los cuidadores de pacientes preescolares que son atendidos en el Centro de Salud Los Rosales, por medio del cual se les invita a participar en la investigación.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos relacionar los factores socioculturales (etnia, cultura, educación, creencias, servicios básicos) que afectan la aplicación en los criterios diagnóstico de las faringoamigdalitis bacterianas. El estudio incluirá a todos los padres o cuidares de los pacientes atendidos en el Centro de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo, año 2019.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar será sometido a la siguiente encuesta que consta de 20 preguntas. Debe contestar una a una, si tiene algún inconveniente con las preguntas puede acudir al encuestador para aclarar sus dudas. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama “consentimiento informado”.

Riesgos: ninguno

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio trae para el proyecto; ayudará en el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes.

Alternativas y aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Derechos del participante: Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con

Médicos: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena

Número telefónico convencional y celular: 0983364039 - 0994976183
Correo electrónico: dra_beatrizmacias@outlook.es / didocuba@hotmail.com.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, de haber podido aclarar todas sus dudas, y de dar concluida la sesión de preguntas y respuestas, puede proceder a firmar la carta de consentimiento.

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.
Parte 2: Formulario de Consentimiento

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS
CUIDADORES O PADRES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
EN CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO
DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019**

Título del Estudio:

**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA
APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD
PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C -
LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019”.**



Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Nombres y apellidos

Cedula

Firma

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

**Anexo 5. Consentimiento informado para el personal médico del
Centro de Salud Tipo C - Los Rosales Santo Domingo De Los
Tsáchilas, Año 2019**
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE
INVESTIGACION MEDICA.**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



Investigadores: Bedoya Brito Doris Ximena
Macías Franco Beatriz Estefanía
Director: Dr. Santiago Escalante

Parte 1: Información

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019**”. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Este formulario está dirigido al personal de Salud del Centro de Salud Los Rosales, por medio del cual se les invita a participar en la investigación.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos relacionar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo, año 2019.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar será sometido, a la siguiente encuesta que consta de 20 preguntas. Debe contestar una a una, si tiene algún inconveniente con las preguntas puede acudir al encuestador para aclarar sus dudas.

Riesgos: ninguno

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio trae para el proyecto; ayudará en el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes.

Alternativas y aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- Mi participación no repercutirá en mis actividades, ni repercutirá en mis relaciones con mi institución donde laboro.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Derechos del participante: Usted tendrá acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina en caso de que tenga una duda sobre mis derechos como participante en el estudio. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Médicos: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena

Número telefónico convencional y celular: 0983364039 - 0994976183

Correo electrónico: dra_beatrizmacias@outlook.es / didocuba@hotmail.com.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento, de haber podido aclarar todas mis dudas, y de dar concluida la sesión de preguntas y respuestas, puede firmar la carta de consentimiento.

Elaborado por: Macías Franco Beatriz Estefanía y Bedoya Brito Doris Ximena.

Parte 2: Formulario de Consentimiento

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019 Título del Estudio:

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN

LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN

NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL

CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS, AÑO 2019”.



Yo, _____ personal
médico que labora en el Centro de Salud Los Rosales de _____ años, he leído y
comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera
satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio
pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en
este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador

He _____ explicado _____ al _____ Sr(a).
_____ la naturaleza y los
propósitos de la investigación; le explicado de los riesgos y beneficios que implica su
participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado
si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente
para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida
la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Nombres y apellidos

Cedula

Firma

Elaborado por: Bedoya Brito Doris Ximena y Macías Franco Beatriz Estefanía

Anexo 6. Ficha de encuesta para cuidadores de pacientes.

ENCUESTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

Investigadores: Bedoya Brito Doris Ximena
Macías Franco Beatriz Estefanía
Director: Dr. Santiago Escalante



Parte 1: Información

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos relacionar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo. Octubre 2018 a marzo del 2019.

Procedimientos: Por favor complete la encuesta cuidadosamente al leerla por completo primero, conteste con letra clara las siguientes preguntas o pida al encuestador que le ayude a leer y escribir las mismas, existen preguntas que debe señalar con sus respuestas con una “x”

Parte 2: Encuesta

EDAD DEL PACIENTE: _____

EDAD DEL ENCUESTADO: _____

FECHA: _____

1. Respecto a los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar

Marque con una “X” al lado derecho de cada opción		
Opción	MARQUE X	
Identidad de genero	Masculino	☐
	Femenino	☐
Residencia actual	Urbana	☐
	Rural	☐

¿Tradiciones para el tratamiento empírico de las infecciones respiratorias?	Aguas medicinales,	
	Medicina complementaria ejemplo masajes, pomadas, bajos, acupuntura, vaporizaciones.	
	Tratamientos ancestrales	
¿Qué tiempo transcurrió desde la aparición del primer síntoma hasta la atención medica?	Menos de 24 horas	
	De 1 a 5 días	
	Más de 6 días	
¿Le automedico?	Si	
	No	
¿Indique que motivos le llevaron a automedicar a su hijo?	Creo que los síntomas fueron leves	
	Creo que tengo suficientes conocimientos sobre ese tipo de enfermedades	
	Confianza	
	Falta de tiempo para asistir a la consulta medica	
	Dificultad para obtener una cita medica	
	El área de salud le queda muy lejos	
¿Qué tipos de medicamentos usted utiliza cuando lo ha automedicado?	Analgésicos	
	Antigripales	
	Antibióticos	
	Antihistamínicos	
¿De dónde o de qué modo consigue los medicamentos?	Tengo guardados	
	Encuentro en el botiquín de mi familia	
	Me los venden en tiendas	
	Me los venden en farmacias	
	Me los otorga un familiar	
	Me los aconseja un conocido	
	Escucho en la televisión	
	Compro los que siempre me funcionan	

2. Sobre determinación sociocultural que predispone a la prevalencia de faringoamigdalitis aguda.

Marque con una “X” al lado derecho de cada opción		
Opción	Marque x	
¿Usted de que clase social se considera?	Alta	
	Media	
	Baja	
¿Recibe usted un mínimo salario mensual básico del ecuador (386\$)?	Si	
	No	
¿A qué religión pertenece?	Católico	
	Evangélico	
	Cristiano	
	Ateo	
	Otros	
¿Etnia familiar?	Mestizo	
	Tsáchilas	
	Blanca	
	Negra	
	Otros	
¿Ciclo vital individual de los jefes del hogar?	Adulto joven: de los 20 a los 34 años	
	Adulto medio: De los 35 a los 49 años	
	Adulto maduro: De los 50 a los 64 años	
	Adulto mayor: de los 65 años en adelante	
¿Nivel de estudios aprobados por el jefe del hogar?	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
	Ninguno	
	Otros	
¿Ocupación de los jefes del hogar?	Obrero	

	Independiente	
	Dependiente	
	Trabajos ocasionales	

3. Sobre la funcionalidad familiar. **FACES III – 1RA PARTE**, la siguiente encuesta que tiene como finalidad identificar el **Funcionamiento Familiar** tanto en **Cohesión y Adaptabilidad** (por favor conteste las siguientes preguntas)

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA
	5 PUNTOS	4 PUNTO	3 PUNTOS	2 PUNTOS	1 PUNTO
1.- Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si					
2.- En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia					
4.- Los hijos también opinan sobre su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias					
7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera.					
8.- Mi familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos.					
10.- En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos.					
11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros.					
12.- En mi familia los hijos también toman decisiones.					
13.- Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14.- En mi familia las reglas suelen cambiar					
15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.					
18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.					
19.- La unión familiar es muy importante para nosotros					
20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.					

Elaborado por: Bedoya Brito Doris Ximena y Macías Franco Beatriz Estefanía

Anexo 7. Ficha de encuesta del personal de salud médico

ENCUESTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



Investigadores: Bedoya Brito Doris Ximena

Macías Franco Beatriz Estefanía

Director: Dr. Santiago Escalante

Parte 1: Información

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN EN LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CENTOR EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C - LOS ROSALES SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, AÑO 2019.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos relacionar los factores socioculturales que afectan la aplicación en los criterios de Centor para el diagnóstico diferencial de las faringoamigdalitis bacterianas con las virales en niños de edad preescolar que acuden al Centor de Salud” Los Rosales”. Santo Domingo de los Tsáchilas, año 2019.

Procedimientos: Por favor complete la encuesta cuidadosamente al leerla por completo primero, conteste con letra clara las siguientes preguntas o pida al encuestador que le ayude a leer y escribir las mismas, existen preguntas que debe señalar con sus respuestas con una “x”

Parte 2: Encuesta

EDAD DEL ENCUESTADO: _____

FECHA: _____

1. Respecto a los conocimientos y actitudes las prácticas del personal de salud en el área de consulta externa para reconocer los criterios de Centor en un paciente.

MARQUE CON UNA X AL LADO DERECHO DE CADA OPCION		
OPCION	MARQUE X	
¿CONOCE LOS CRITERIOS DE CENTOR PARA EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS?	SI	
	NO	
¿DE LOS SIGUIENTES LITERALES CUALES CREE QUE SEA IMPORTANTE PARA DAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE UNA	TOS	
	TEMPERATURA MAYOR DE 38 GRADOS CENTIGRADOS	

ENFERMEDAD RESPIRATORIA BACTERIANA?	EXUDADO FARÍNGEO	
	INFLAMACIÓN AMIGDALINA O EXUDADO	
	NÓDULOS CERVICALES ANTERIORES DOLOROSOS O INFLAMADOS	
	EDAD 15-44 AÑOS	
¿CREE USTED QUE EL TIEMPO QUE LE DAN PARA SU CONSULTA, LE PERMITE HACER UN ANALISIS DE LA ENFERMEDAD AGUDA DE SU PACIENTE Y EL ENTORNO?	SI	
	NO	
¿EN QUE AREA DEL CENTRO DE SALUD DA SU ATENCION MEDICA?	EMERGENCIA	
	CONSULTA EXTERNA	

Elaborado por: Bedoya Brito Doris Ximena y Macías Franco Beatriz Estefanía

**Anexo 8. Ficha de chequeo en base aplicación criterios Centor,
medicación antibiótica utilizada y atención realizada por
profesional.**

MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS								
NUMERO DE FORMULARIO				MARCAR CON "X" LA AFIRMACION QUE SE CORRELACIONA CON LA INFORMACION DE LA HISTORIA CLINICA	SI	NO		
NUMERO DE HCL	EDAD EN AÑOS	Genero		CRITERIOS DE CENTOR	FIEBRE MAYOR 38Cº			
		Masculino	Femenino		ADENOPATIAS			
					AUSENCIA DE TOS			
					SEGUNDA LINEA			
					OTROS			
					DOSIS PERTINENTE			
					Área de atención medica	Emergencia		
						Consulta externa		

Elaborado por: Bedoya Brito Doris Ximena y Macías Franco Beatriz Estefanía

Anexo 9. Operacionalización de las variables.

VARIABLES										
OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	INSTRUMENTO	TECNICA
Caracterizar los factores socioculturales y familiares que se relacionan con la atención y cuidado de los niños preescolares con faringoamigdalitis.	Factores socioculturales y económicos de los cuidadores o padres	Factores que influyen en las actitudes, acciones y estilo de vida.	Características que influyen en la toma y administración de medicamentos, uso y abuso.	Clase social	Clase social de altos, básico, bajos recursos económicos.	Cualitativo	Nominal	Clase social en la cual se considera: pobre, clase media, rico	Cuestionario	Encuesta
				Salario mensual básico del Ecuador	Positivo negativo	Cualitativo	Nominal Dicotómicas	Sueldo básico mensual de \$360		
				Cobertura de Salud - ISSFA, ISSPOL, IESS, MSP, particular	Emergencia o consulta externa	Cualitativo	Nominal Dicotómicas	Cuenta o no con algún tipo de seguro	Historia clínica	Revisión de historia clínica
				Bono de desarrollo humano.	Positivo negativo	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Subsidio que el estado dona a personas con discapacidad o bajos recursos de \$100	Cuestionario	Encuesta
				Religión	Católico, evangélicos, testigos de Jehová, Ateo, entre otros	Cualitativo	Nominal	Tipo culto, religión que practican en la familia		

				Etnia familiar	Tsáchilas o colorados Mestizos Blanco, negro, mulato, etc.	Cualitativo	Nominal	Auto identificación étnica		
				Nivel de estudios aprobados por el jefe del hogar.	Básico, bachiller, superior, tercer nivel	Cualitativo	Ordinal	Educación del jefe del hogar		
				Tradiciones para el tratamiento empírico de las infecciones respiratorias	Aguas medicinales, Medicina complementaria Tratamientos ancestrales	Cualitativo	Nominal	Tradiciones que los familiares utilizan para mejorar la sintomatología de diferentes enfermedades		
				Ocupación de los jefes del hogar	Obrero, independiente.	Cualitativo	Nominal	Tipo de trabajo u ocupación	Cuestionario	Encuesta
				Servicios básicos	Agua luz alcantarillado	Cualitativo	Nominal	Servicios de alcantarillado, luz eléctrica, agua potable. Telefonía etc.	Cuestionario	Encuesta
				Zona de procedencia	Rural Rural dispersa Urbana	Cualitativo	Nominal	Clasificación del área zonal en donde reside la familia	Cuestionario	Encuesta

	Antecedentes	Enfermedades personales, historia al nacer, antecedentes y hábitos familiares	Información necesaria para conocer su relación de la enfermedad y el causante	Atopia	Si o no	cualitativo	Nominal	reacción de su sistema inmunitario	Cuestionario	Encuesta
				Atopia familiar	Si o no	cualitativo	Nominal	reacción de su sistema inmunitario que aparece en varios miembros de la familia		
				Bajo peso al nacer	Si o no	Cualitativo	Nominal	peso inferior a los 2.500 gramos		
				Desnutrición valorada por percentil de la OMS	Leve: $z < -1$ y ≥ -2 Moderada: $z < 2 \geq -3$; Grave: $z < -3$	Cualitativo	Nominal	Utilización de las tablas de OMS para calcular el índice de masa corporal para la edad.	Datos tomados de la historia clínica	Revisión de historias clínicas
				Demora entre aparición de los síntomas y primer tratamiento medico	Número de días	Cuantitativo	Discontinuas	Días transcurridos entre el apareamiento de síntomas y la administración de tratamiento		
				Automedicación	Si o no	Cualitativo	Nominal	Uso de medicamento sin prescripción medica	Cuestionario	Encuesta

				Ante que síntomas usted cree que debería automedicar.	Tos Exudado faríngeo Alza térmica mayor de 38 grados centígrados Adenopatías Flema Malestar general A todo niño se debe dar un medicamento rápido A todo adulto se debe dar un medicamento rápido	cualitativo	Nominal	Síntomas que se encuentran en la escala de Centor	Cuestionario	Encuesta
	Edad	Años cronológicos en donde se va a aplicar los criterios de CENTOR	Etapas en donde las infecciones respiratorias de tipo viral se presentan de predominio en niños preescolares a diferencia de las bacterianas	Preescolar o escolar	Años Meses Días	Cuantitativo	Discontinua	Años cumplidos de 3 a 3 años 9 meses 30 días	Cuestionario	Encuesta

	Genero	Condición orgánica masculina o femenina	Roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Femenino	Femenino	Cualitativa	Nominal	Conjunto de actitudes propias de las mujeres	Cuestionario	Encuesta
				Masculino	Masculino	Cualitativa	Nominal	Conjunto de actitudes propias de los hombres	Cuestionario	Encuesta
Establecer que tipología familiar afecta la aplicación de los criterios de Centor en niños de edad preescolar, basados en el modelo Circunflejo de Olson.	Funcionalidad familiar.	Habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo	Tipo de función familiar que afecta la aplicación de los críticos de Centor	Tipo de familia	Cohesión	Cualitativa	Nominal	Unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia sienten entre si	Fases III	Entrevista
					Adaptabilidad	Cualitativa	Nominal	habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y		

								propia del desarrollo.		
				Tipo de funcionamiento o familiar	Balanceada	Cualitativa	Nominal	Familia unida y flexible	Modelo Circunflejo de Olson	Entrevista
					Media	Cualitativa	Nominal	Familias separada y reestructurada		
					Extrema	Cualitativa	Nominal	Familia enredada, caótica, desligada y rígida.		
Determinar el cumplimiento de los criterios de Centor en las atenciones realizadas en niños de edad preescolar que acuden al Centro de Salud” Los Rosales”.	Prescripción antibiótica	Un proceso clínico individualizado y dinámico donde se emite bajo un examen médico un tratamiento antibiótico.	Es un acto donde el médico indica a su paciente las recomendaciones que debe seguir tratar una infección bacteriana vs viral.	Prescribe antibióticos bajo los criterios Centor o no	Positivo o negativo	Cualitativo	Nominal	Prescripción adecuada	Estimación de la odds ratio (OR) Probabilidad de magnitud del riesgo	Revisión de las historias clínicas
Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el área de consulta externa para	Grado de conocimiento del personal médico de criterios de CENTOR	Conocimiento basado en la evidencia de la escala de variación clínica para el diagnóstico de	Conocimiento del personal médico de la Escala de puntuación para la determinación	exudado faríngeo	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal Dicotómicas	Presencia o no de exudado faríngeo	Cuestionario	Encuesta
				Inflamación amigdalina o exudado				Presencia o no de inflamación.		

reconocer los criterios de Centor en un paciente.		infección estreptocócica.	de un agente etiológico bacteriano que produce la faringoamigdalitis.	nódulos cervicales anteriores dolorosos o inflamados				Presencia o no de nódulos cervicales		
				fiebre mayor a 38°C				Temperatura mayor a 38°		
				ausencia de tos				Presencia o no de tos		
				edad entre 3–14 años				Si/No		
				edad 15–44 años				Si/No		
				edad >44 años				Si/No		
				Edad del medico	Años Meses Días	Cuantitativo	Discontinua	Años cumplidos	Cuestionario	Encuesta
				Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	Orgánicamente a que sexo pertenece	Investigador	Observación
				Número De Usuarios Asignados	8- en 4 horas 16 en 4 horas	Cuantitativa	continuo	Cantidad de usuarios atendidos en horas laborables	Cuestionario	Encuesta
				Área de atención	Emergencia o consulta externa	cualitativa	nominal	Lugar adecuado para atención paciente	Observación	encuesta

