

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS
EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 A 5
AÑOS, HOSPITALIZADOS, MARZO - AGOSTO 2019**

Presentado por:

Zevallos Palomino, Yanet Magaly

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor de tesis:

Dr. Jorge Rodríguez Rivas

Dr. Aldo Barriga Cerrón

AYACUCHO – PERU

2021

A mis padres Javier Zevallos y Corina Palomino, a mis hermanos Yolver, Mercedes, Cristina; todos ellos son parte esencial de mi existencia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por haberme brindado los servicios para realizar mis estudios profesionales; en segundo lugar, agradezco a todas las personas quienes me apoyaron en la elaboración de esta Tesis.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la frecuencia el nivel de uso de evidencia científica clínica en las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños entre uno y cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo y agosto del 2019. con el objetivo de fortalecer la presentación de informes de estudios observacionales se hará uso de la guía strobe. El diseño metodológico del estudio es cuantitativo de tipo aplicativo de nivel descriptivo – correlacional y de diseño transversal retrospectivo. La población estuvo conformada por setenta pacientes con quienes se trabajó las historias clínicas de manera física de los niños entre uno y cinco años hospitalizados con diagnósticos de los diferentes tipos de infecciones respiratorias agudas entre marzo y agosto del 2019.

Se clasificó el diagnóstico de cada paciente y el tratamiento necesario según su malestar. Se valoró el nivel de evidencia y grado de recomendación de la intervención terapéutica, asimismo se hizo la búsqueda de información en el Internet y se consultaron las bases de datos de guías clínicas con fundamentos científicos para los tratamientos realizados, según la escala de Ellis y Oxford Centre for Evidence Based Medicine.

Como técnica de recolección se utilizó la técnica observacional indirecto y como instrumento se usó el estudio de cohorte retrospectivo como por Manterola et. ál. (1), utilizando la base de datos del Hospital Regional de Ayacucho donde se encuentra registrada la información histórica de la enfermedad del paciente. La recolección se realizó a través del formulario de los reportes terapéuticos y las guías clínicas obtenidas del artículo de referencia. Los datos recolectados fueron analizados en Microsoft Excel con el SPSS versión 23. Para el análisis e interpretación se utilizó estadística descriptiva, para la distribución de frecuencia y porcentajes y para la validación de la hipótesis se realizó la prueba de chi-cuadrado, obteniendo a $p=0.000$ aceptando de esta manera la hipótesis de investigación y rechazando la hipótesis nula.

Como resultado se obtuvo una mayor frecuencia del nivel de evidencia I y grado de recomendación A en las IRA que fueron Soba Leve (20/70), Soba Moderado (13/59), Crup Viral (18/59), Bronquiolitis (6/59) y Neumonía (2/59); y en el nivel de evidencia V y grado de recomendación D, fueron: Soba Leve (5/11), Soba Moderado (6/11), Crup Viral (0), Bronquiolitis (0) y Neumonía (0).

Conclusión: las intervenciones terapéuticas de las IRA en los niños menores entre uno y cinco años han demostrado que el 84,3% son casos de manejos terapéuticos prescritos adecuadamente basados en buenas guías de intervención terapéutica y el 15,7% son casos de intervenciones terapéuticas prescritas inadecuadamente o basados en la experiencia clínica.

Palabras clave: Medicina basada en evidencias, pediatría, intervenciones terapéuticas, guías clínicas

ABSTRACT

The present research work aims to determine the level of use of clinical scientific evidence in therapeutic interventions in acute respiratory infections in children between one and five years hospitalized in the Department of Pediatrics of the Regional Hospital of Ayacucho between March and August 2019. The methodological design of the study is quantitative of the descriptive-correlational applicative level and of a retrospective cross-sectional design. The population consisted of seventy patients with whom the physical and digital medical records of children between one and five years hospitalized with diagnoses of different types of acute respiratory infections between March and August 2019 were processed.

The diagnosis of each patient was classified, providing the necessary treatment according to her discomfort. The level of evidence of the therapeutic intervention was assessed in a pharmacological way, as well as a search for information on the Internet and the databases of scientific foundations for the treatments performed according to the Ellis scale and Oxford Center for Evidence Based Medicine were consulted. .

Observational studies were used as the collection technique and the retrospective cohort study was used as an instrument as per Manterola et. to the. (1), using the Ayacucho Regional Hospital database where the historical information of the patient's illness is recorded. The collection was carried out through the therapeutic reports form and the clinical guidelines obtained from the reference article. The data collected were analyzed in Microsoft Excel with SPSS version 23. For the analysis and interpretation, descriptive statistics were used for the distribution of frequency and percentages and for the validation of the hypothesis, the chi-square test was performed, obtaining $p = 0.000$ thus accepting the research hypothesis and rejecting the null hypothesis.

As a result, a higher frequency of level of evidence I and grade of recommendation A was obtained in ARFs that were Soba Mild (20/70), Soba Moderate (13/59), Crup Viral (18/59), Bronchiolitis (6 / 59) and Pneumonia (2/59); and at level of evidence V and grade of recommendation D, they were: Mild Soba (5/11), Moderate Soba (6/11), Viral Croup (0), Bronchiolitis (0) and Pneumonia (0).

Conclusion: therapeutic interventions for ARF in children aged between one and five years have shown that 84.3% are cases of adequately prescribed therapeutic management based on good therapeutic intervention guidelines and 15.7% are cases of therapeutic interventions improperly prescribed or based on clinical experience.

Keywords: Evidence-based medicine, pediatrics, therapeutic interventions, clinical guidelines.

INTRODUCCION

Durante décadas las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyeron las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos. Aunque la carga es difícil de cuantificar, según la Organización Mundial de Salud se estima que las infecciones respiratorias ocasionan casi cuatro millones de muertes al año y es la causa principal de fallecimientos entre niños menores de cinco años. Además, las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior en niños marcan el escenario para futuras enfermedades respiratorias crónicas. Por ejemplo, las infecciones del tracto respiratorio causadas por la influenza matan de 250 000 a 500 000 personas y cuestan entre 71 a 167 mil millones de dólares anuales (2)

Los niños entre uno y cinco años que viven en Ayacucho son vulnerables a sufrir infecciones respiratorias agudas (IRA) debido a sus bajas defensas y dada la alta frecuencia de las IRA, por lo que constituyen un problema de salud pública porque son susceptibles dadas sus características fisiológicas e inmunológicas.

Cabe precisar que, frecuentemente, las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años son causadas por virus, las IRA forman parte de las diez causas más frecuentes de morbilidad y las tres primeras que ocasionan la muerte dentro del primer y quinto año de vida ,se pueden desarrollar en promedio, entre tres a siete episodios cada año.

Esta afección es la razón más común para la prescripción de antibióticos (Ampicilina, Ceftriaxona, entre otros) en las atenciones médicas, aunque las guías de aplicación clínica no determinan su uso porque la etiología más frecuente es viral.

Por las prescripciones inadecuadas se deplora por ejemplo las resistencias bacterianas que es un problema de salud pública de primer orden del que somos partícipes y responsables en la práctica de atención primaria. Por ello, el personal de salud debe ser capaz de diagnosticar las IRA más frecuentes (faringoamigdalitis aguda, otitis media aguda, sinusitis aguda, neumonía adquirida en la comunidad) utilizando las técnicas de confirmación de diagnóstico microbiológico disponibles

siempre que sea posible para que la elección del tratamiento sea la más adecuada y se base en las recomendaciones existentes en los documentos de consenso o guías clínicas, así como en el conocimiento de las resistencias locales frente a los patógenos más habituales (3).

Por este motivo, surge la necesidad de utilizar la “Medicina basada en evidencia” como un proceso cuyo objetivo es la selección de los mejores argumentos científicos para resolver los problemas de la práctica médica cotidiana, un nuevo paradigma (verificacionista) que se ha extendido a todas las profesiones sanitarias (2) siendo el patrón de oro en el trabajo de investigación de las “Intervenciones terapéuticas en este caso de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años, hospitalizados, marzo - agosto 2019”, trabajo que despertó el interés de investigar ya que el paciente que acude a la consulta busca en el personal de salud no solo el calor humano inherente a la profesión médica, sino también una respuesta científica a sus problemas de salud.

Actualmente, la MBE es un instrumento apropiado para enfrentar esta última cuestión y su implantación es ya una obligación para el profesional de la salud, que terminará viendo su ejercicio como algo natural y consustancial a su profesión, por lo tanto, las observaciones o experiencias profesionales personales irán perdiendo peso por la información sistematizada obtenida de la comunidad científica.

Para tal fin se planteó el siguiente problema de investigación

¿Las intervenciones terapéuticas en IRA en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019 están basadas en evidencia científica clínica?

Derivándose el siguiente objetivo general:

Determinar la frecuencia del nivel de evidencia científica clínica de las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.

El diseño metodológico tuvo las siguientes características: Estudio esta con enfoque cuantitativo de tipo aplicativo, de nivel descriptivo – correlacional y de diseño transversal retrospectivo. La población estuvo conformada por 70 pacientes, Como técnica de recolección se utilizó la técnica observacional indirecta, y como instrumento se ha utilizado la base de datos del Hospital Regional de Ayacucho, Los datos recolectados fueron analizados en Microsoft Excel con el SPSS versión 23. Para el Análisis e interpretación se utilizó estadística descriptiva para la distribución de frecuencia y porcentajes y para la Validación de la hipótesis se realizó la prueba de chi-cuadrado.

Las hipótesis propuestas se formularon en los siguientes términos:

H1: Las intervenciones terapéuticas fundamentadas con guías clínicas de alto nivel de evidencia y grado de recomendación, influyen en el manejo positivo de las IRAs en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

H0: Las intervenciones terapéuticas no fundamentadas en guías clínicas influyen en el manejo negativo de las IRAs en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

Variable independiente: Intervenciones terapeuticas en infecciones respiratorias agudas.

Variable dependiente: Aplicación de la MBE

Contrastando las hipótesis, Se ha llegado a la conclusión las intervenciones terapéuticas estas basadas en uso de guías clínicas de fuentes confiables y acreditadas.

Con el objetivo de fortalecer la presentación de informes de estudios observacionales se hará uso de la guía strobe, en ese contexto esta investigación consta de seis capítulos y estarán guiadas:

En el primer Capítulo I se presenta el Planteamiento y la formulación de la tesis, Asimismo, se detalla la Justificación, delimitación del problema y los objetivos del

estudio.

En el Capítulo II se detalla los antecedentes de la investigación el Marco teórico; y bases teóricas.

En el Capítulo III se encuentran las Hipótesis y variables del estudio.

En el Capítulo IV se presenta la Metodología de estudio correspondiente. En el Capítulo V se muestran los Resultados y la Discusión del tema.

En el Capítulo VI se plasma las Conclusiones y Recomendaciones del estudio.

ÍNDICE

	Página
agradecimiento	II
resumen	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCION	V
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	2
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	2
1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	3
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	3
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA Y DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1. SOCIAL	4
1.4.2. ECONÓMICA	4
1.4.3. CLÍNICA	4
1.4.4. MÉDICA	5
1.4.5. POLÍTICO	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	6
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	7
2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES	8
2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS	9
2.2.1. TEORÍA JURÍDICA	9
2.2.2. POSTULADOS	9
2.2.3. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	9
2.2.4. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA	15
2.2.5. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE IRA	18
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	22
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	24
3.1. HIPÓTESIS	24
3.2. VARIABLES	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGIA	25
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	25
4.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.	25
4.3. POBLACION Y MUESTRA	26
4.3.1. UNIDAD DE ESTUDIO	26

4.3.2. POBLACIÓN	26
4.3.3. TAMAÑO DE MUESTRA	26
4.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	27
4.4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	27
4.4.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	28
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	28
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	30
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
5.1. RESULTADOS	31
5.1.1. FLUJO DE INCLUSION DE PARTICIPANTES	32
5.1.2. DATOS GENERALES	32
5.1.3. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS EN IRA	34
5.1.4. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS	37
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
5.2.1 FRECUENCIA DE IRA	38
5.2.2 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DE LAS IRA	39
5.2.3 NIVEL DE EVIDENCIA CIENTÍFICA CLÍNICA EN LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	40

5.2.4 TIPO DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA IRA	40
5.2.5 NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS 51	
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	52
ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ANEXO 3 TABLAS DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS A SPSS	556
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	85
ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACIÓN DEL ASESOR DE LA TESIS	86
ANEXO 6: INFORME DE INDICE DE SIMILITUD	87
ANEXO 7: DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE TESIS A COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION	87

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 1. SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES DE IRA	11
FIGURA 2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA): SÍNDROMES CLÍNICOS	12
FIGURA 3. NIVELES DE EVIDENCIA	16
FIGURA 4. GRADOS DE RECOMENDACIÓN	16
FIGURA 5. NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA MBE	17
FIGURA 6. PASOS PARA LA PRÁCTICA DE LA MBE	18
FIGURA 7. DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS GPC	19
FIGURA 8. TIPOS DE GIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	21
FIGURA 9. FLUJO DE INCLUSIÓN DE PARTICIPANTES DE NIÑOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO 2019	32

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ATENCIONES REALIZADAS A NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA EN EL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO - PERÚ, 2010-2019.	13
TABLA 2. AGENTES ETIOLÓGICOS DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	14
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS GPC QUE CONTRIBUYEN A SU USO.	20
TABLA 4. FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE IRA SEGÚN EL GÉNERO, EDAD Y DIAGNOSTICO, EN LOS NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL	

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 33

TABLA 5. DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN, DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 36

TABLA 6. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO EN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 37

TABLA 7. FRECUENCIA DE IRA SEGÚN EL GÉNERO EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 55

TABLA 8. FRECUENCIA DE LAS IRAS SEGÚN LA EDAD EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 55

TABLA 9. FRECUENCIA DE LAS IRAS SEGÚN DIAGNOSTICO EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 56

TABLA 10. DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA I Y GRADO DE RECOMENDACIÓN A, DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 201 56

TABLA 11. DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN DE

EVIDENCIA NIVEL V Y RECOMENDACIÓN D EN LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019 58

TABLA 12. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 59

TABLA 13. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN NIVEL DE EVIDENCIA I CON GRADO RECOMENDACIÓN A, SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO D 60

TABLA 14. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN NIVEL DE EVIDENCIA V CON GRADO RECOMENDACIÓN D SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DE 62

TABLA 15. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS REALIZADAS SEGÚN COMPLICACIÓN DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019. 63

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) simbolizan entre el 20 y el 40% de niños/as que ingresan al hospital y 15 millones de muertes de niños < de 5 años de edad (4).

El MINSA informa en su vigilancia epidemiológica que cada año se registran un aproximado de tres millones de episodios IRAs en los niños/as menores de cinco años y estas son unas primeras causas de morbilidad en el Perú. (5)

El reporte estadístico 2018 de la Diresa Ayacucho, en el mes de diciembre, se identificaron 1118 casos de IRA en niños de uno a cinco años, en los establecimientos de salud de la provincia de Huamanga y 42 fueron internados en el departamento de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho (6).

En el primer trimestre del año 2019, el reporte estadístico de la DIRESA Ayacucho, se identificaron 7,418 casos de IRA en niños < de 5 años, en todos los centros de salud de las provincias de Ayacucho (6), asimismo de acuerdo con el MINSA los niños con IRA atendidos en el año 2019 en el departamento de Ayacucho fue de 65, 647 niños/as menores de cinco años (7).

El uso de antibióticos contribuye a la resistencia y complicaciones adversas en las infecciones agudas del tracto respiratorio (RTI) en niños menores de 5 años; son comunes en la prescripción de antibióticos en la atención primaria, sin embargo, en las guías de aplicación clínica no prescriben su uso ya que la etiología más frecuente de las (IRAs) son virales (8).

Por lo tanto, para el ejercicio de prescripción de las intervenciones terapéuticas en pediatría, implica tomar decisiones apropiadas para un determinado tipo de IRAs, estas intervenciones terapéuticas deben estar sustentadas en evidencia clínica científica de mayor calidad ya que esta permitirá dar calidad de servicios a los

pacientes pediátricos. (9)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Las intervenciones terapéuticas en IRA en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019 están basadas en evidencia científica clínica?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- Problema Específico 01:

¿Cuál es la frecuencia en las infecciones respiratorias agudas según el sexo y el diagnóstico en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?

- Problema Específico 02:

¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas de las infecciones respiratorias en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?

- Problema Específico 03:

¿Cuáles son los tipos de guías clínicas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?

- Problema Específico 04:

¿Cuál es el nivel de evidencia y grado de recomendación para el tratamiento de la infección respiratoria aguda basadas en evidencia científica clínica

en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?

- Problema Específico 05:

¿Cuál es la frecuencia del uso del nivel de evidencia y grado de recomendación de las infecciones respiratoria aguda en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?

1.3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del nivel de evidencia científica clínica de las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia en IRA según el sexo, edad y el tipo de diagnóstico en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.
- Determinar las intervenciones terapéuticas de las IRA en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.
- Identificar el tipo de guías clínicas para el tratamiento de la IRA en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.
- Valorar el nivel de evidencia y grado de recomendación para el tratamiento de la IRA basadas en evidencia científica clínica en niños menores de uno

a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019

- Determinar la frecuencia del uso del nivel de evidencia y grado de recomendación de las IRA en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA Y DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. SOCIAL

Nuestra población de Ayacucho es afectada por climas fríos afectando a los más vulnerables como los niños, aumentado su morbilidad y causando malestar a los padres por la pérdida de sus hijos. La presente investigación en el aspecto social les permitirá reducir la morbilidad de los niños afectados por IRAs, de tal manera que los especialistas de atención primaria puedan mejorar en la toma de decisiones al momento de prescribir un tratamiento y diagnosticar de manera óptima; consecuentemente ayudando a elaborar estrategias para informar a la población sobre los métodos de manejo y prevención contra las IRAs.

1.4.2. ECONÓMICA

A nivel económico nuestra investigación es importante para identificar los puntos estratégicos para mejorar, y de esta manera que el MINSA en coordinación con el Gobierno Regional de Ayacucho puedan redirigir y/o ampliar el presupuesto a los centros de salud más afectados por las IRAs en temporadas de friaje asimismo se estará contribuyendo a concientizar que las buenas prácticas de intervenciones terapéuticas en centros de salud de cualquier categoría ayuda a reducir gastos y desperdiciar recursos.

1.4.3. CLÍNICA

Los casos de IRAs continúan siendo un problema de gran magnitud y tratarlos de manera clínica inadecuadamente influye negativamente a la salud de los niños, por tal motivo la presente investigación es importante porque utilizaremos las guías clínicas certificadas con

alto grado de confiabilidad en su uso durante los tratamientos terapéuticos.

1.4.4. MÉDICA

A nivel médico la experiencia y la opinión de expertos han implicado en las prescripciones de los tratamientos, sin embargo, no les ha permitido tener la confiabilidad de cada prescripción. Por tal motivo, como antecedente en los tratamientos de las IRAs en niños/as menores de uno a cinco años se estuvo prescribiendo antibióticos en las atenciones primarias, sin embargo, en las guías de aplicación clínica generalmente no figura la prescripción de su uso ya que las etiologías más frecuentes de estas entidades son virales, por ello es conveniente este trabajo ya que ayudará a brindar una mejor prescripción e intervención terapéutica.

1.4.5. POLÍTICO

El gobierno regional de Ayacucho siendo uno de los sectores afectados por las IRAs, sería beneficio en la salud infantil que los representantes políticos incluyan en sus planes trabajo mejorar esta área con el fin de prevenir y actuar frente a las IRAs. El presente trabajo en el aspecto político les permitirá a las autoridades mejorar sus actividades de comunicación de manera estratégica para mejorar la salud infantil y difundir información focalizada del uso de guías clínicas científicas para manejo o prevención de todo tipo de enfermedad.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

De Olivera *et. al.* (10), en su trabajo de investigación titulada “Infecciones respiratorias agudas bajas graves en niños menores de 6 meses hospitalizados. Análisis de factores de riesgo de gravedad”, realizado en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), tuvieron como objetivo describir las características clínicas y socio ambientales de niños < de 6 meses hospitalizados por IRA baja (IRAB) y factores de riesgo de gravedad. Su diseño de investigación fue de estudio observacional – transversal - caso-control entre el periodo de mayo – agosto 2014. En el estudio identificaron casos de IRAB grave que necesitaron oxígeno de alto flujo y/o soporte ventilatorio. Los casos de IRAB no grave necesitaron la hospitalización en cuidados moderados. Su recolección de datos fue en base a las historias clínicas y entrevistas con los padres como instrumento. Su procesamiento de datos fue basado en el software SPSS. Como resultados obtuvieron que 396 niños, 167 casos, 229 controles. Mediana edad (días) casos: 77, controles: 76. En su exploración obtuvieron modelos de regresión logística binaria para explicar la presencia de IRAB grave resultaron predictores estadísticamente significativos: número de consultas previas ($p=0.035$) y diagnóstico etiológico al ingreso ($p=0.003$). El modelo que aplicaron no fue satisfactorio, pero lograron explicar el 4,6% de la variabilidad total. Concluyeron en su estudio que el diagnóstico al ingreso y el número de consultas previas al ingreso obtuvieron la frecuencia de IRAB grave en niños < de 6 meses hospitalizados en servicios de cuidados moderados del CHPR.

Machado *et. al.* (11), nos muestra en su investigación titulada “Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 2 años. Hospitalizaciones durante el invierno del año 2014”, realizado en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR), Su diseño de investigación es de estudio observacional,

descriptivo y retrospectivo. Como instrumento utilizaron la revisión de resúmenes de alta de la base de datos de la institución y las historias clínicas en físico. Para el procesamiento la información utilizó Microsoft Excel donde se obtuvieron como resultados que los 742 niños (34% de los egresos de la institución). Tuvieron una mediana de edad de 4 meses; 18% presentaba al menos un factor de riesgo de IRAB grave. Identificaron un virus respiratorio inicial con 59,6%. Su estadía hospitalaria fue un aproximado de la mediana de 4 días. Aplicaron la ventilación no invasiva a 46 niños, con oxigenación de alto flujo a 129 niños, con una mejoría clínica del 87,0% y 87,6%. Los pacientes en cuidados intensivos fueron de 217 niños, 54% requirieron asistencia ventilatoria mecánica de los cuales fallecieron dos pacientes. Los niños con IRAB fueron una importante proporción de los egresos, con importante carga asistencial. Hubo un auge sin factores de riesgo. Utilizaron las técnicas de tratamiento en cuidados moderados les permitió reducir la demanda de camas UCI. Concluyeron que las IRA bajas representaron una causa importante de egreso hospitalario en los niños/as menores de 2 años en el CHPR.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

León (12), nos muestra en su investigación titulado “Complicaciones de las infecciones respiratorias agudas y automedicación en niños menores de cinco años, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales (HSEB) año 2020”, con el objetivo de identificar la relación que existe entre las complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas y Automedicación en niños menores de cinco años en el servicio de pediatría del HSEB – 2020. Su metodología de investigación fue cuantitativa - no experimental – prospectivo - descriptivo - transversal. Su población fue constituida 430 pacientes. Para la confiabilidad del instrumento utilizaron la prueba de Alfa de Cron Bach con un valor de 0.811. Para la recolección de datos utilizaron la encuesta y el cuestionario. Como resultados encontraron que los 204 pacientes pediátricos el (70.6%) se complicaron por ser automedicados y el (20.6%) se complicó, pero no fueron automedicados; que representa el (91.2%) del total. Mientras que el (0.5%) no se complicó, pero identificaron que, si se automedicaron, y el (8.3%) ni se complicó ni fueron automedicados; que representa al 8.8% del total. Concluyeron que existe relación significativa entre las complicaciones de las IRA y la

automedicación en niños menores de cinco años en el servicio de pediatría del HSEB 2020.

Según Carreazo (13), nos muestra en su investigación titulado “Medicina basada en evidencias: estudio descriptivo de intervenciones terapéuticas en pediatría clínica”, con el objetivo de determinar qué porcentaje de intervenciones terapéuticas en pediatría está basado en la evidencia y conocer el porcentaje de intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia correspondiente a cada servicio de pediatría. Su metodología de investigación utilizada fue el diseño transversal. Las intervenciones terapéuticas se clasificaron utilizando la puntuación de un trabajo de Ellis y el Centro de Oxford para los niveles de evidencia de la medicina basada en la evidencia. Como resultados del estudio según la puntuación de Ellis, la evidencia de nivel I apoyó la intervención terapéutica en 19%, el nivel II en 75% y el nivel III en 6%. Usando el Centro de Oxford para los niveles de evidencia de la MBE, encontraron que el 18%, el 8%, el 1% y el 73% de las intervenciones terapéuticas correspondían al grado A, grado B, grado C y grado D de recomendación, respectivamente. Usaron el puntaje Ellis, el 94% de las intervenciones terapéuticas se basaron en la evidencia. Del total, el 73% se basaron en la opinión de expertos o ciencias básicas. Concluyeron que el 94% de intervenciones terapéuticas realizadas en el Servicio de Pediatría del Instituto Especializado de Salud del Niño durante el mes de enero 2013, estuvieron basadas en evidencia, según la escala de Ellis, asimismo el 73% de intervenciones terapéuticas que realizaron en el Servicio de Pediatría del Instituto Especializado de Salud del Niño durante el mes de enero 2003, estuvieron basadas en opiniones de expertos o ciencias básicas.

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Según Tineo (14), su trabajo de investigación titulado “Comunicación terapéutica y prevención de infecciones respiratorias en menores de cinco años de madres quechua hablantes (MHQ) en Iguain Ayacucho 2017” tuvo como objetivo, determinar la relación que existe entre la comunicación terapéutica del enfermero y la prevención de IRA en menores de cinco años hijos de MQH. Su diseño de investigación fue de enfoque cuantitativo - descriptivo – correlacional - transversal. La muestra fue de 109 MQH de niños menores de 5 años que asisten al consultorio

de atención integral del niño. Los resultados fueron procesados en Excel y SPSS demostrando la relación significativa entre la comunicación terapéutica del enfermero y la prevención de IRA en menores de cinco años hijos de MQH. Concluyo que la adecuada comunicación terapéutica del enfermero asegura una buena prevención.

2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

2.2.1. TEORÍA JURÍDICA

La investigación tiene como alcances en la utilización de la medicina basada por evidencia permitiendo al médico pediatra mantenerse actualizado en conocimientos y experiencia con una actualización constante con el fin de ofrecer una atención médica de calidad a los pacientes.

Por tal motivo, la investigación se regirá por el patrón del diseño de intervenciones terapéuticas que nos permitirá aplicar las mejores pruebas clínicas científicas enfocadas en el paciente a través de la experiencia clínica, manera individual y los valores del paciente, asimismo poder practicar la clínica diaria.

Uno de los fines de la investigación es evaluar las intervenciones terapéuticas en IRA en Pediatría con respecto a los niños, en el servicio de hospitalización del Hospital Regional de Ayacucho, para determinar si las intervenciones terapéuticas en el servicio están basadas en evidencia científica clínica.

2.2.2. POSTULADOS

Para el ejercicio de las intervenciones terapéuticas en pediatría, implica tomar decisiones apropiadas para un determinado problema clínico, estas intervenciones terapéuticas deben estar sustentadas en evidencia clínica científica de mayor calidad ya que esta permitirá dar calidad de servicios a los pacientes pediátrico.

2.2.3. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las IRAs son patologías que se presentan con menos de 15 días de

avance son infecciosos por naturaleza afectando sobre todo a las vías respiratorias de manera inferior y superior (15).

Además, los síntomas frecuentes se presentan con disnea, tos, obstrucción nasal, otalgia, coriza, rinorrea, fiebre, odinofagia, signos y síntomas. Estos pueden afectar tanto local o extendiéndose dependiendo de la severidad del cuadro clínico. Los pacientes se infectan de persona a persona o por oler los aerosoles, gotas de gérmenes de personas infectadas. Los grupos comunes de IRA son crup, faringoamigdalitis, rinofaringitis, bronquiolitis, neumonía, etc. (Ver Figura 2) (4).

En el Perú una de las comunidades más afectadas son los niños menores de 5 años concordando con el INEI (7), las IRAs frecuentes es el resfrió común, faringitis/amigdalitis, otitis media, sinusitis, estas enfermedades se transmite vía aérea de manera superior en el cuerpo humano, además son virales que no requieren antibióticos solo requieren de tratamiento, sin embargo las enfermedades que se dan en las vías áreas inferiores no son muy frecuentes pero se complican debido a la gravedad y requieren hospitalización, la mayoría de estas enfermedades es debido a la carga viral del virus y no requieren de antibióticos y son los que causan mayor mortalidad en los niños conocidos como la bronquitis, bronquiolitis, neumonía, laringotraqueitis y asma. Estas enfermedades en el aparato respiratorio producidas por los virus y bacterias duran en un periodo inferior a 15 días (16).

MINSA (16), indica que los síntomas y signos generales son:

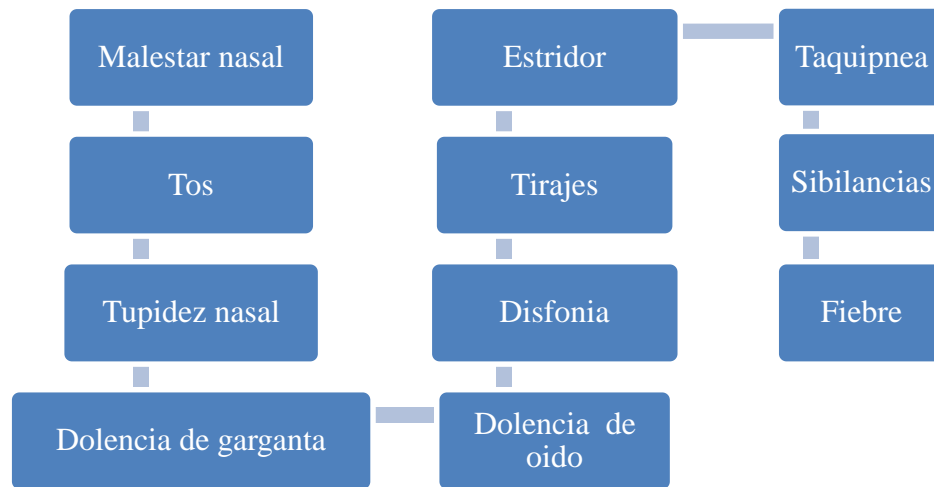
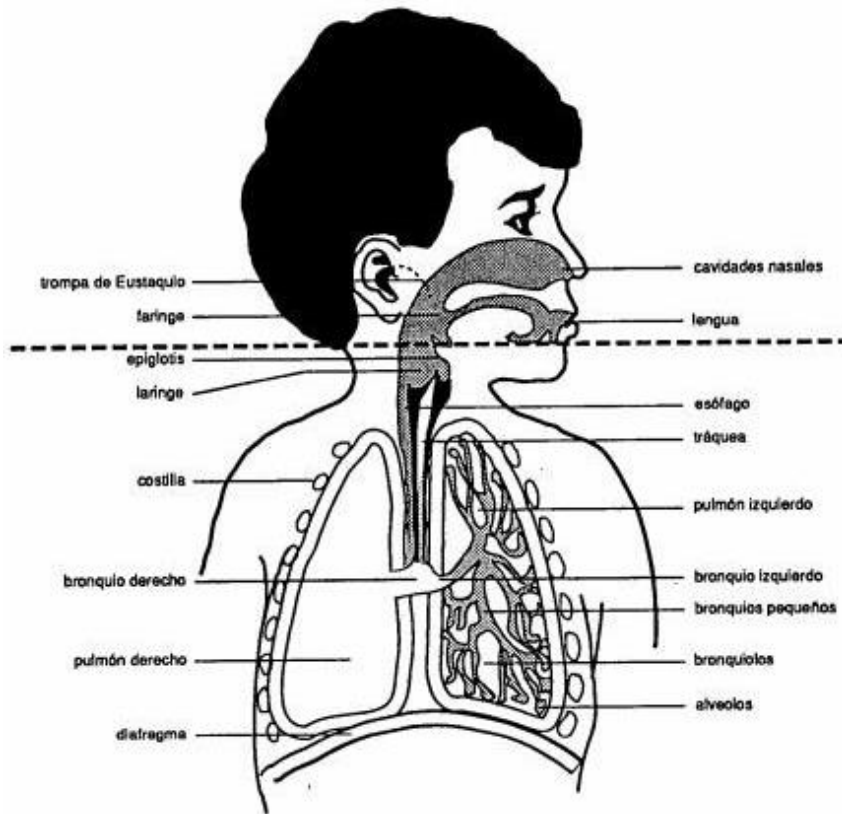


FIGURA 1.

SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES DE IRA

Fuente: MINSA (16)

Por otro lado, uno de los riesgos es que el niño haya nacido con bajo peso, que sufra de desnutrición, o que no tenga sus vacunas al día, si el niño ha crecido sin lactancia materna, hacinamiento, que viva en un ambiente con exposición al aire domestico contaminado, utilizan indiscriminadamente los antibióticos, contacto con personas enfermas, enfermedades genéticas, entre otros (16).



VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Resfriado
 Problema de oído (Otitis media)
 Dolor de garganta (Faringitis)

VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Infecciones de:

Epiglotis	}	Crup (transtornos que producen estridor)
Laringe		
Tráquea		

Bronquitis
 Bronquiolitis
 Neumonía

FIGURA 2.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA): SÍNDROMES CLÍNICOS

Fuente: OMS (4)

Sin embargo, en el gobierno Regional de Ayacucho en temporada de invierno estilan aumentar las IRAs en los niños < de 5 años ocasionando un auge en la tasa de mortalidad por IRAs, mostrándonos una fluctuación en auge en el año 2010 con una tasa de mortalidad de 120 mil niños aproximadamente, decreciendo significativamente en los años 2011, 2012, 2013, 2014; sin embargo a partir del 2015 la tasa de mortalidad se ha incrementado significativamente con más de 90 mil niños (17)

Asimismo, el INEI (7), nos muestra que en el MINSA ha registrado 2 millones 316 mil atenciones realizadas a niños/as menores de 5 años afectados por IRA en el año 2019, mostrando un control durante el 2018

La Tabla 1, muestra las atenciones de IRAs por departamento, asimismo en Ayacucho se ha percibido que las atenciones realizados han ido disminuyendo en los últimos años.

TABLA 1.

ATENCIONES REALIZADAS A NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA EN EL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO - PERÚ, 2010-2019.

Departamento	2015	2016	2017	2018	2019
Ayacucho	72 072	74 329	48 634	68 267	65 647

Fuente: Adaptado del INEI (7)

Las manifestaciones clínicas y diagnóstico de las IRAs para tratarlos se presentan en un cuadro clínico donde los síntomas más frecuentes es la fiebre, rinorrea, tos, y otros que se presentan en diferentes grados de severidad. Dependiendo del aire en que se encuentre el ambiente el paciente puede infectarse por los agentes acompañándose de síntomas generales como malestar, fiebre, anorexia, cefalea, y mialgias (15).

Según MINSA (16), nos recomienda en los niños con IRA percatarnos de los síntomas y signos siguientes: dificultad para respirar, fiebre (48 de tratamientos),

problemas para beber, lactar o vómitos frecuentes, irritabilidad, somnolencia, convulsiones; si estos síntomas empeoran o no mejora se recomienda acudir a un centro de salud de manera urgente.

Los agentes etiológicos más frecuentes en IRA en los niños es el neumococo con una etiología del 50 – 90% de los casos entre otros agentes etiológicos de la comunidad de los niños y niñas menores de 5 años en el Perú (Ver Tabla 2) (16)

TABLA 2.

AGENTES ETIOLÓGICOS DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Edad	Bacterias	Virus	Otros
Menor a 1 mes	Streptococcus Beta Hemolítico del grupo B Escherichia coli Gram Negativos (E. coli, Klebsiella) Listeria monocytogenes Chlamydia trachomatis Staphylococcus aureus Ureaplasma urealyticum	Citomegalovirus (CMV) Herpes virus Virus Sincitial respiratorio (VSR) Enterovirus Adenovirus Virus Rubeola Influenza A, B Parainfluenza	Especies de Candida, Toxoplasma Treponema pallidum
1 mes a 3 meses	Streptococcus pneumoniae Chlamydia trachomatis Haemophilus influenzae tipo b Staphylococcus aureus Bordetella pertussis Listeria monocytogenes Mycoplasma pneumoniae Pseudomona aeruginosa	VSR CMV Influenza A y B Parainfluenza Adenovirus Metapneumovirus	
4 meses a 4 años	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae tipo b Moraxella catarrhalis Staphylococcus aureus (incluido MRSA) Mycoplasma pneumoniae Mycobacterium tuberculosis *Leptospira	VSR Influenza A y B Parainfluenza Adenovirus Metapneumovirus Rhinovirus Coronavirus	
5 años a 12 años	Streptococcus pneumoniae Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Coxiella burnetti Mycobacterium tuberculosis Klebsiella pneumoniae Legionella	Influenza A y B Epstein- Barr	Coccidioides immitis Histoplasma capsulatum Blastomyces dermatitidis

Fuente: MINSa (16)

2.2.4. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Para que la MBE sea efectiva y de calidad, los médicos deben aplicar los resultados con fundamento científicos los conocimientos y comprendiendo los diferentes estudios según su nivel de evidencia y originalidad para que puedan responder las preguntas clínicas según su nivel crítico y resultados. Muchos médicos se preguntan ¿Cuáles son los resultados? ¿Estos resultados son válidos? ¿Ayudaran estos resultados en la toma de decisiones? Con el fin de mitigar sus dudas (9)

Vega de Céniga *et. al.* (9), las tres etapas para aplicar la MBE son:

Aplicación individual de la MBE. En base a la pregunta clínica se accede a la base de datos en búsqueda de información esto permitirá acceder a una información filtrada y enfocada a la búsqueda de investigación clínica.

Consulta de revisiones sistemáticas ya disponibles. La experiencia en la búsqueda sistemática de la información disponible en temas de investigaciones científicas es extensa, sin embargo, el acceso a estas fuentes tienen sus dificultades como la barrera lingüística y el déficit de formación en lectura crítica.

Aplicación de guías de práctica clínica. Poner en práctica este instrumento en los pacientes mejora nuestra práctica clínica utilizando los recursos disponibles cubriendo las preferencias del paciente.

Los niveles de evidencia para la investigación son:

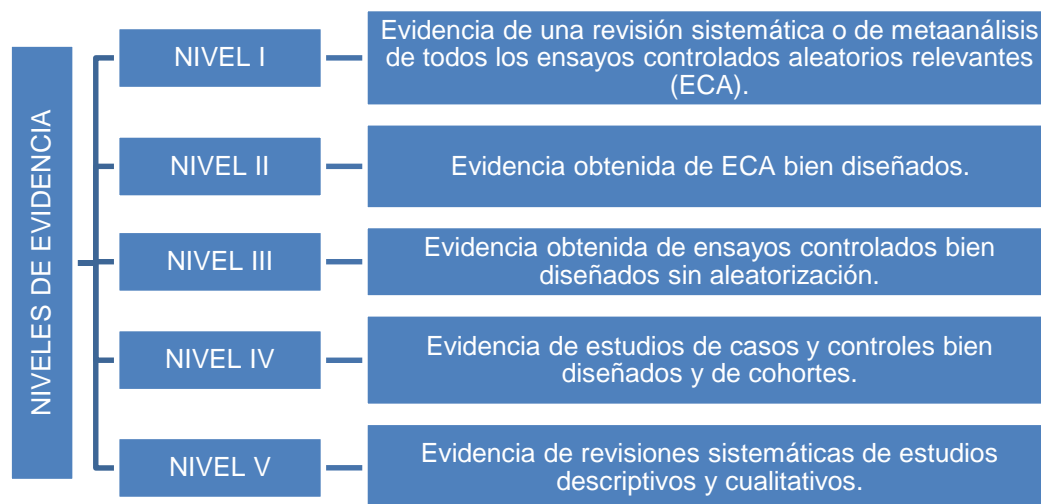


FIGURA 3.

NIVELES DE EVIDENCIA

Fuente: Adaptado de Melnyk BM *et. al.* citado por Shingler y Zedreck (16)

Según los grados de recomendación para los tratamientos, son:

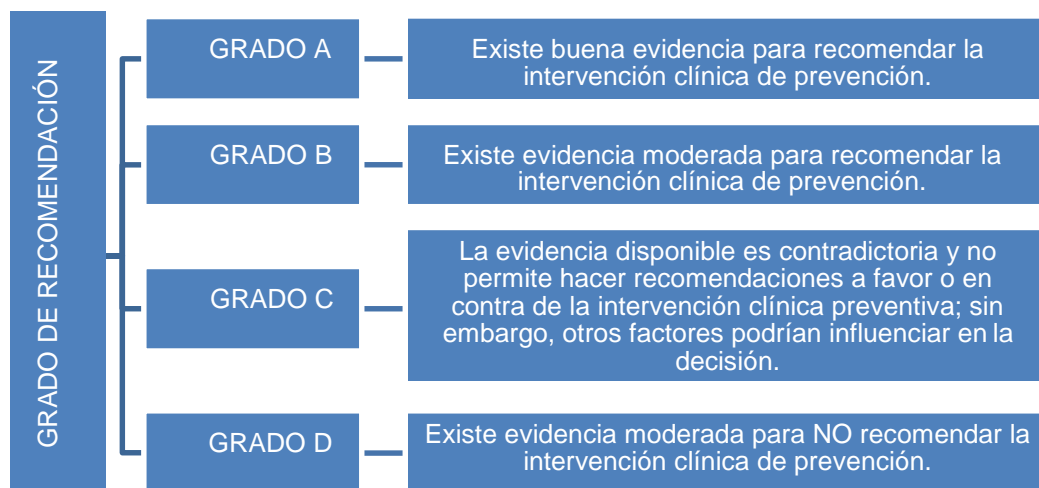


FIGURA 4. GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Fuente: Adaptado de Camaño (18)

Aplicar la MBE en un paciente es utilizado como herramienta que aporta de manera conceptual gestionando el conocimiento clínico. Es considerada una metodología básica de acuerdo a la pregunta clínica bien formulada, seguido se

procede en la búsqueda del mejor documento con sustento científico (9).

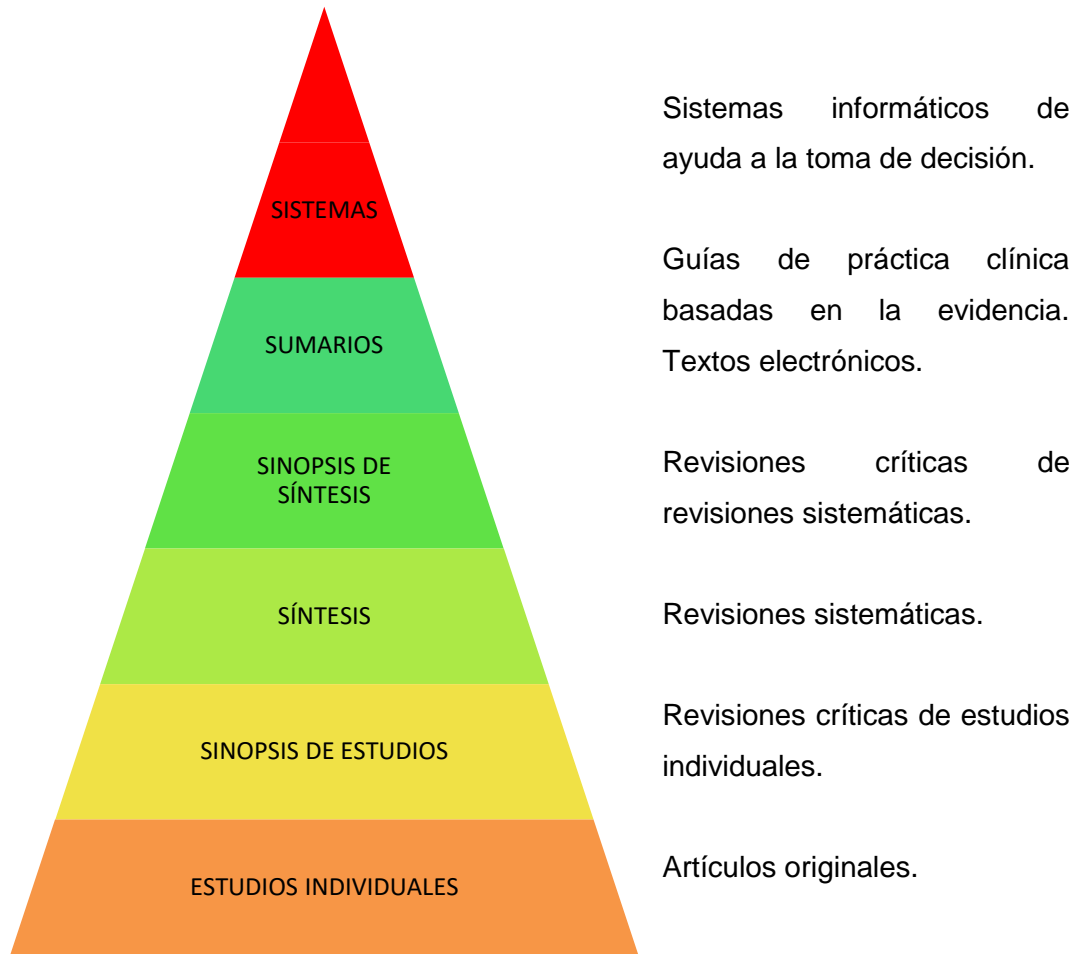


FIGURA 5.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA MBE

Fuente: Martin Zurro (19)

La comunicación con el paciente es importante para que los especialistas de la salud apliquen su experiencia, su formación académica en los malestares de salud que presenta el paciente, asimismo la MBE en este aspecto aporta con evidencias científicas que brinda confianza en su labor asistencial diaria un pilar importante en la medicina como evidencia externa, practicas clínicas (9).

Martin Zurro (19), nos indica que los ítems para aplicar la práctica de la MBE son:

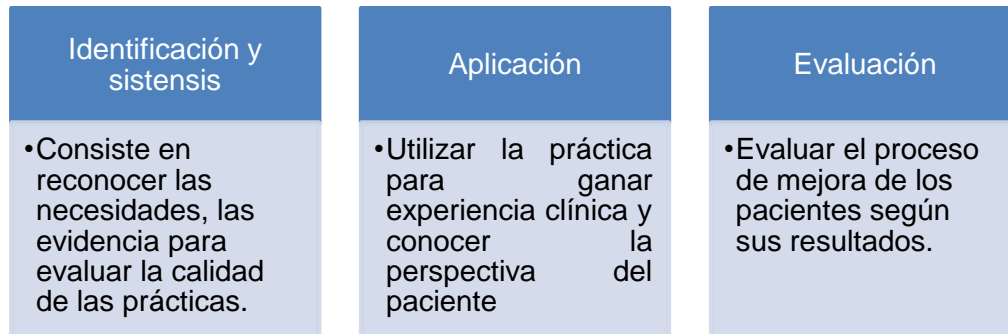


FIGURA 6.

PASOS PARA LA PRÁCTICA DE LA MBE

Fuente: Adaptado de Martin Zurro (19)

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LA PRUEBA EN MBE

Hay varias pautas disponibles que describen los estándares para realizar y reportar diferentes tipos de estudios. El conjunto de directrices avaladas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) que puede facilitar la valoración crítica según el tipo de estudio: en este caso los estudios observacionales utilizan la guía o declaración de acuerdo con STROBE (20)

2.2.5. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE IRA

La Guía de Práctica Clínica (GPC) brinda recomendaciones elaborados de manera sistemática, que ayudara al personal clínico en el proceso de toma de decisiones. Para brindar al clínico directrices para poder diagnosticar apropiadamente a los pacientes a través de la evidencia científica (21).

Coincidiendo con Jovell *et al.* Citado por (22), las GPC en la práctica clínica, rigurosa y basadas en pruebas, brindan recomendaciones según su condición clínica los profesionales podrán tomar sus decisiones en las intervenciones sanitarias (p. 67)

Según Grol R., *et. al.* citado por Casariego y Ribas (21), uno de los fines de las GPC es mejorar la práctica clínica, brindando un fundamento científico para ello, educando a los especialistas de medicina y ofrecer al paciente un servicio en base a evidencias científicas para mejorar la calidad asistencial y su salud.

Concordando con Sola I. citado por Casariego y Ribas (21), la GPC se utiliza para solucionar los problemas con el objeto de tomar de decisiones en el momento de las dudas permitiéndonos consultar los textos científicos con una actitud positiva en la práctica clínica diaria, sin embargo, el uso de esta práctica se dificulta debido a las siguientes ausencias.

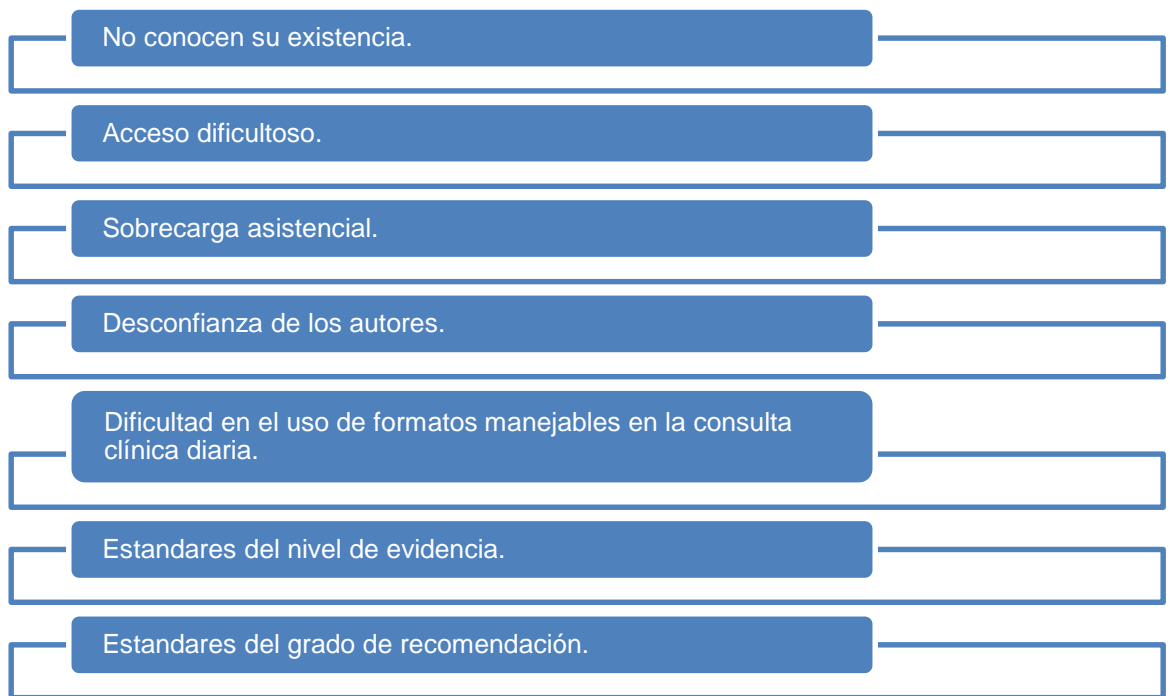


FIGURA 7.

DIFICULTADES PARA UTILIZAR LAS GPC

Fuente: Adaptado de Sola I. citado por Casariego y Ribas (21)

TABLA 3.

CARACTERÍSTICAS DE LAS GPC QUE CONTRIBUYEN A SU USO.

Nro.	CARACTERÍSTICA DE LAS GPC
1	Objetivo claro y bien concreto.
2	Permite un consenso entre el paciente y los especialistas, y analiza las dificultades
3	Disponibilidad de evidencia científica clara y actualizada
4	Las GPC son compatibles con las normas y valores de las personas.
5	Recomendación clara y precisa
6	Las dimensiones de calidad se enfocan en el paciente.
7	Método claro de actualización.
8	Uso adaptable a pacientes individuales.
9	Estructura y diseño atractivos.
10	Fácil de aplicar.

Fuente: Adaptado de Grol R., *et. al.* citado por Casariego y Ribas (21)

Los especialistas buscan una literatura científica en que basar sus diagnósticos y tratamientos, surgiendo la necesidad de obtener estos documentos basados en evidencia que le ayuden a optimizar su nivel de calidad en la atención primaria de los pacientes. García M. citado por Casariego y Ribas (21), nos menciona que los tipos de GPC según su fundamento basado en recomendaciones son:

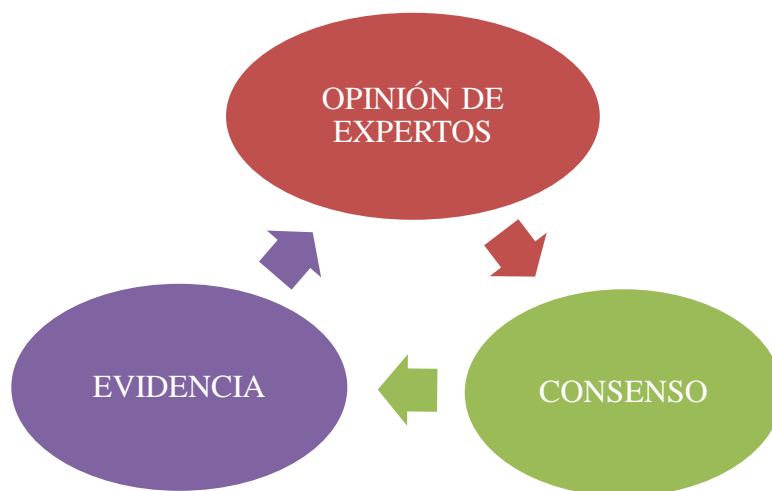


FIGURA 8.

TIPOS DE GIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Fuente: Adaptado de García M. citado por Casariego y Ribas (21)

Los instrumentos de medición de las GPC son:

El instrumento AGREE II, evalúa la calidad de producción y el informe metodológico de las GPC (Brouwers MC. *et. al.* citado por Canelo *et. al.* (23). Asimismo, AGREE II nos ayuda a analizar la calidad de las GPC aplicando las metodologías estratégicas para el desarrollo de GPC con respecto a la información y estructura (24).

La escala de JADAD sirve para evaluar la calidad del diseño del ensayo clínico y de aquellos estudios a incluir en un metaanálisis o revisión sistemática, excluyendo estudios con puntuación menor a tres. Esta escala también es apropiada para analizar con criterio un ensayo individual (25). Esto nos permitirá interpretar y leer los indicadores de eficacia terapéutica de cada guía de tratamiento para cada tipo de infecciones respiratorias aguda encontradas en el servicio de Pediatría.

El sistema GRADE permite interpretar la evidencia identificada en base a una metodología sistemática, esto permite conocer los efectos de intervención con respecto al diseño de la investigación, elementos que disminuyen la confianza y

aumenta esta confianza (26). El sistema de GRADE evalúa la eficacia de la evidencia y gradúa potenciando las recomendaciones con respecto a las GPC para las terapias de IRA.

Por lo tanto, para el ejercicio de las intervenciones terapéuticas en pediatría, implica tomar decisiones apropiadas para un determinado problema clínico, estas intervenciones terapéuticas deben estar sustentadas en evidencia clínica científica de mayor calidad ya que esta permitirá dar calidad de servicios a los pacientes pediátricos.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

El IRA es definido como la infección en el aparato respiratorio que dura aproximadamente 14 días producida por el virus y las bacterias ocasionando uno o más síntomas o signos clínicos que afecte a la respiración, malestar nasal y otros síntomas que se acompañen con fiebre o no (27).

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA (MBE)

La experiencia clínica no sistemática, la fisiopatológico ha influido en la mejora de las decisiones clínicas siguiendo a su intuición y razonamiento. Sin embargo, esto ha demostrado no ser sustentable por una decisión que afectaría la salud de los pacientes, es por ello que la MBE es sustentable en evidencia consistente y de calidad (9).

Coincidiendo con Correa (28), la MBE basado en documentos científicos permite realizar las mejores pruebas clínicas y realizar un proceso de mejora continuada a las investigaciones brindando estas herramientas a los especialistas de la medicina con información confiable y actualizada.

La MBE permite a la docencia y a la práctica de medicina a utilizar información sustentable en investigación biomédica que les permita tomar decisiones asertivas en la práctica clínica utilizando los recursos para mejorar su práctica clínica de los médicos, los valores y expectativas de los pacientes (19).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las intervenciones terapéuticas están definidas por las medidas de efecto según los ensayos clínicos para cada tratamiento con placebo para prevenir el desarrollo de una enfermedad (29) que puede ser o no farmacológico, con el fin de mejorar la capacidad de optimizar o restaurar los mecanismos de autorregulación del organismo.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

Se tiene como hipótesis de investigación:

Las intervenciones terapéuticas fundamentadas en guías clínicas de alto nivel de evidencia y grado de recomendación determinan un manejo de calidad en atención sanitaria, de las infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

3.2. VARIABLES

Variable independiente: intervención terapéutica en Infecciones respiratorias agudas.

Las IRAs se clasificaron por tipos, gravedad, frecuencia y porcentaje para evaluar los tratamientos fundamentados en evidencia científica aplicado a los niños internados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

Variable dependiente: aplicación de medicina basada en evidencia

Las intervenciones terapéuticas de manera operacional en la investigación se utilizarán en los tratamientos de IRAs según las GPC o por experiencia y opinión de expertos. De acuerdo a la evidencia, recomendación y tipos de intervención terapéutica en los niños internados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

CAPÍTULO IV:

METODOLOGIA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación es de tipo cuantitativa, porque describiéremos de manera cuantificada las intervenciones terapéuticas en relación a las IRA en los niños de 1 a 5 años hospitalizados.

Asimismo, el diseño de investigación es aplicada porque haremos uso de los tratamientos utilizando fundamentos científicos a un grupo y otro grupo sin fundamentos científicos solo con la experiencia y/o opinión de expertos con el fin de resolver los casos clínicos.

Se realizó sin intervenir en las variables. Por tanto, se obtuvo una investigación no experimental, pero si observamos las anomalías que presentan los pacientes menores de 1 a 5 años hospitalizados.

La investigación es de **Diseño transversal – correlacional - retrospectivo** porque describiremos la relación de las variables recolectando datos en un determinado tiempo describiendo los casos de los pacientes.

Transversal: Nos servirá para medir la causa y efecto de la investigación.

Correlacional: Nos permitirá identificar la variable dependiente e independiente de la hipótesis de investigación con el fin de medir su influencia.

4.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.

La investigación utilizo los siguientes métodos:

Deductivo - Inductivo: Nos permitirá obtener conclusiones individuales a partir

de una ley universal, lo que quiere decir que va del todo a lo individual y viceversa, a partir de varios indicios para llegar a una conclusión.

Comparativo: Verifica la hipótesis de investigación.

4.3. POBLACION Y MUESTRA

4.3.1. UNIDAD DE ESTUDIO

Las historias clínicas del departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho

4.3.2. POBLACIÓN

Nuestra población de la investigación está conformada por todos los niños hospitalizados en el Hospital Regional de Ayacucho, en la edad de 1 a 5 años entre el mes de marzo a agosto del 2019. Concordando con Lepkowski citado por Hernández Sampiere *et. al.* (30), la población está formada por todos los casos con especificaciones, por tanto, estas especificaciones nos permitirán delimitar en la investigación nuestra muestra.

Inicialmente la población potencialmente elegible fue todas las historias clínicas en mención con 130 pacientes de las cuales 30 no serán evaluados por no encontrarse el documento médico legal, por lo tanto los evaluados para elegibilidad será 100 ante ello se aplica los criterios de inclusión y exclusión quedando como población disponible para el análisis 70 pacientes.

4.3.3. TAMAÑO DE MUESTRA

Nuestra muestra está conformada por la totalidad de historias clínicas disponibles para el análisis, 70 pacientes que han sido hospitalizados que representa a uno de los segmentos de la población, lo cual nos permitirán aplicar nuestra investigación solo a las historias clínicas de los niños/as de 1 a 5 años físico hospitalizados con IRA de acuerdo a la frecuencia altas y bajas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), enfatizando los diagnósticos de alta y su respectivo seguimiento en el reporte terapéutico. Coincidiendo con Sampiere *et. al.*

(30), el estudio de nuestra muestra es no probabilística por conveniencia considerando a los casos de interés por área, que solo involucran a los niños con IRAs menores de edad de 1 a 5 años, como nuestra muestra es de 70 pacientes este valor ya está estratificado para el estudio donde $n=70$ representando al departamento de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho.

4.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Nuestra muestra de estudio fue seleccionada siguiendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de manera física y digital de todos los niños/as de 1 a 5 años hospitalizados por infecciones respiratorias agudas (IRA).

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas físicas y digitales que contemplan un diagnóstico primario no claramente establecido.
- Historias clínicas físicas y digitales que contemplan diagnósticos secundarios agregados, distintos a la patología en estudio.
- Historias clínicas físicas y digitales incompletas.
- Historias clínicas físicas y digitales auditados o en proceso legal.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

La técnica de recolección es Observacional indirecto con el instrumento de recolección del formulario de recolección de los reportes terapéuticos y guías clínicas.

Concordando con Manterola *et. al.* (1), el estudio de investigación está basado en estudios observacionales con el objetivo principal de observar y registrar los resultados según evolucione la situación de los pacientes sin intervención. Asimismo, la medición de estudio es único y de corte transversal, es decir, como investigador nos mantendremos al margen, sin intervenir en los sucesos que nos permitirá realizar una investigación descriptiva y analítica para evaluar las variables en un determinado tiempo sin incluir el control en los grupos; y los estudios analíticos nos permitirán analizar de manera comparativa a los sujetos de estudio en este caso como por ejemplo a los niños/as que recibieron de los tratamientos terapéuticos en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019. De este modo podremos obtener distintos niveles de evidencia como los reportes de casos y serie de casos, de tal forma obtendremos una descripción cuidadosa y detallada de los casos clínicos de los 70 hospitalizados que cumplen las condiciones de investigación que presentan IRA.

4.4.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El instrumento utilizado para los estudios observacionales en el presente de trabajo de investigación ha sido el estudio de cohorte (se considerara a los pacientes que reciben un tratamiento por tema de IRAs tratados con GPC y comparado con otro grupo que no han sido tratado con GPC concordando con Vizcaíno (25)) retrospectivo, esto nos permite estudiar a los pacientes después de haberse producido la enfermedad, utilizando de esta manera la base de datos del Hospital Regional de Ayacucho donde se encuentra registrado la información histórica de la enfermedad del paciente.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se seguirán las pautas de búsqueda sistemática avanzada PRISMA Checklist; Se explorarán las bases de datos SciELO,

ScienceDirect con la frase “Medicina basada en evidencia en intervenciones terapéuticas pediátricas” o equivalentes a la pregunta de investigación, además utilizaremos como filtro el año de publicación.

Se identificará y usará las guías clínicas más recomendadas para el tratamiento, según la medicina basada en evidencias, para los tipos de infecciones respiratorias agudas que se encontraran en este estudio. Se tomará en cuenta como instrumento el apartado de la introducción que menciona la utilización de los tipos de guías clínicas, por ejemplo:

1. CRUP VIRAL:

- Academia Estadounidense de Pediatría (AAP): Libro rojo - Infecciones virales de para influenza (AAP-Viral) (31)
- Toward Optimized Practice (TOP) Grupo de trabajo para el crup: GPC para el diagnóstico y tratamiento del crup (TOP - CRUP) (32) (33).

2. NEUMONIA:

- Academia Estadounidense de Pediatría (AAP): Libro rojo. (APP - Neumonía) (34)
- Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE): Directriz sobre neumonía (adquirida en la comunidad): prescripción de antimicrobianos (NICE - Neumonía) (35).

3. BRONQUIOLITIS:

- Academia Estadounidense de Pediatría (AAP): Guía actualizada para la profilaxis con palivizumab entre bebés y niños pequeños con mayor riesgo de hospitalización por infección por el virus sincitial respiratorio (AAP- Profilaxis) (36)

- NICE: Guía sobre bronquiolitis en niños - Diagnóstico y tratamiento (NICE - Bronquiolitis) (37)

4. SOBA

- GPC de Síndrome Obstructivo Bronquial Recurrente del INSN-San Borja (Guía INSN – San Borja) (38).
- GPC para la atención de las patologías más frecuentes y de cuidados esenciales del niño y la niña (Guía - Patologías) (39) (40).

Posteriormente se clasificó cada intervención terapéutica de IRA encontradas en el servicio de Pediatría y se asoció, según al sistema de evidencia y recomendación por la Oxford Center for Evidence Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La investigación utilizó la estadística descriptiva para la distribución de frecuencias, porcentajes, chi cuadrado, gráficos y tablas se ha utilizado SPSS versión 23, y para el procesamiento de la base de datos y selección de datos en tablas se utilizó Excel.

En consecuencia, en este estudio se aplicará las recomendaciones de Fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología (STROBE) para mejorar la calidad de la presentación de informes de estudios observacionales ya que facilitará la valoración crítica y la interpretación de los estudios por parte de revisores.

CAPÍTULO V:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

La investigación se realizó en el periodo de marzo – agosto 2019, a los niños/as menores de 1 a 5 años hospitalizados, obteniendo de esta manera los siguientes resultados tipificados según la guía de STROBE.

5.1.1. FLUJO DE INCLUSION DE PARTICIPANTES

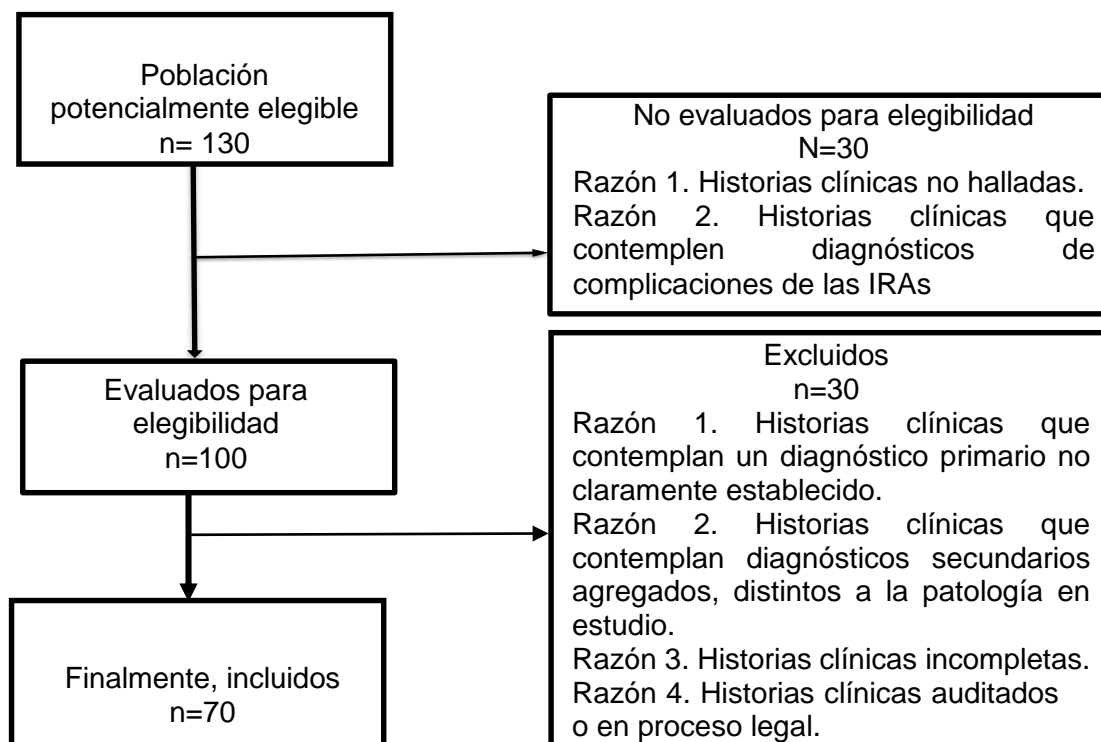


FIGURA 9.

FLUJO DE INCLUSIÓN DE PARTICIPANTES DE NIÑOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO 2019

Fuente: Base de recolección de datos con Formatos de flujograma y tablas para la sección de resultados según la guía de estudios observacionales: declaración de STROBE.

5.1.2. DATOS GENERALES

La Tabla 4, muestran que los datos generales obtenidos de la población representan el 50% tanto en sexo femenino y masculino, así mismo muestra que los niños que tienen mayor frecuencia son los niños de 1 año representando el 47.14%, seguido por los niños de 2 años con 25.71%, 3 años con 17.14%, 4 años con 7.14% y 5 años con 2.86%, de igual manera muestran que los niños, al ingresar al hospital presentaron un diagnóstico con más alta frecuencia en niños diagnosticados de SOBA leve del 35.71%, seguido de SOBA

moderado con 27.14%, CRUP viral con 25.71%, Bronquiolitis 8.57% y Neumonía 2.86%.

TABLA 4.

FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE IRA SEGÚN EL GÉNERO, EDAD Y DIAGNOSTICO, EN LOS NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

Características generales	(N / %)
SEXO	
Femenino	35(50%)
Masculino	35(50%)
EDAD	
1 año	33(47.1%)
2 años	18(25.7%)
3 años	12(17.1%)
4 años	5(7.1%)
5 años	2(2.9%)
DIAGNOSTICO	
Soba Leve	25(35.7%)
Soba Moderado	19(27.1)
Crup viral	18(25.7%)
Bronquiolitis	6(8.6%)
Neumonía	2(2.9%)
Total	70(100%)

Fuente: Base de recolección de datos con formato de flujograma y tablas para la sección de resultados según la guía de estudios observacionales: declaración de STROBE; de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

5.1.3. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN EN INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS EN IRA

La Tabla 5. Muestra el resultado que al realizarse 70 intervenciones terapéuticas en pediatría.

El 84.3% fueron del Nivel de evidencia I y el grado de recomendación A, y el nivel de evidencia V con grado de recomendación D con 15.7%.

Como nivel I; se observó que el diagnóstico en Soba Moderado presenta el mayor porcentaje considerando como tratamiento con DB, LAV, NBZ, CLNA, salbutamol y oxigenoterapia de nivel de evidencia 1 y grado de Recomendación A.

Los clasificados con el nivel de evidencia V con grado de recomendación D, corresponden a los casos de Soba Moderado y Leve, siendo utilizados para la intervención terapéutica la LME, Dextrosa, CLNA, CLK, NBZ, metilprednisolona, Ampicilina, salbutamol, oxigenoterapia a los niños hospitalizados.

Las intervenciones terapéuticas realizadas con el Nivel de evidencia I y grado de recomendación A realizadas según la guía clínica ha permitido obtener los mejores argumentos científicos para los tratamientos de los pacientes, asimismo la evidencia científica clínica obtenida ha permitido mejorar la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente para su mejora.

Las intervenciones terapéuticas realizadas con el nivel de evidencia V y grado de recomendación D, realizadas según la opinión de expertos y experiencia nos ha permitiendo obtener los argumentos fundamentales para los tratamientos de los pacientes, sin embargo, nos ha permitido ver sus limitaciones.

TABLA 5.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN, DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

DIAGNOSTICO	NIVEL Y GRADO DE RECOMENDACION 1A	NIVEL Y GRADO DE RECOMENDACION 5D	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SUGERIDO PARA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
Soba Moderado	21(30%)	7(9.9%)	GPC de Síndrome Obstructivo Bronquial Recurrente del INSN- San Borja (Guía INSN – San Borja
Crup viral	18(25.7%)	0	Academia Estadounidense de Pediatría (AAP): Libro rojo - Infecciones virales de para influenza (AAP- Viral
Soba Leve	12(17.1%)	4(5.7%)	GPC de Síndrome Obstructivo Bronquial Recurrente del INSN- San Borja (Guía INSN – San Borja
Bronquiolitis	6(8.5%)	0	NICE: Guía sobre bronquiolitis en niños - Diagnóstico y tratamiento (NICE - Bronquiolitis)
Neumonía	2(2.8%)	0	Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE): Directriz sobre neumonía (adquirida en la comunidad): prescripción de antimicrobianos
TOTAL	59(84.3%)	11(15.7%)	

Fuente: Base de recolección de datos con formato de flujograma y tablas para la sección de resultados según la guía de estudios observacionales: declaración de STROBE; de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

5.1.4. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H1: Las intervenciones terapéuticas fundamentadas en guías clínicas influyen en el manejo positivo de las IRAs en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

H0: Las intervenciones terapéuticas no fundamentadas en guías clínicas influyen en el manejo negativo de las IRAs en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.

Variable independiente: Intervención terapéutica Infecciones respiratorias agudas.

Variable dependiente: Aplicación de la medicina basada en evidencia.

TABLA 6.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO EN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA (BILATERALMENTE)
Chi-cuadrado de Pearson	70,000 ^a	19	,000
Razón de probabilidad	60,886	19	,000
N casos válidos	70		

Fuente: Instrumento aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

Para validar la hipótesis de investigación se hizo un análisis mediante el chi cuadrado, dándonos $p= 0,000$ que es significativo, por tanto, se acepta la

hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula (Ver Tabla 13).

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos apoyan nuestra hipótesis de investigación, donde las Intervención terapéutica e Infecciones respiratorias agudas son analizados en una muestra de 70 pacientes. Por tanto, para poder estimar la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años entre los meses de marzo a agosto, nos ha permitido obtener que los niños del sexo femenino con 50% y el otro 50% son de sexo masculino. Esto gracias a las historias clínicas, coincidiendo con De Olivera *et. al.* (8), que en los meses más comunes de IRAs se encuentran más propensos en los meses de mayo – agosto donde se muestran los cambios de clima a fríos con diferentes factores de riesgo.

Según Machado *et. al.* (11) y De Olivera *et. al.* (10), han demostrado que los datos obtenidos mediante una base de datos y un conglomerado de historias clínicas son importantes debido al orden de la información y centralizada que sirven como antecedentes para los futuros estudios, asimismo en ambos estudios la hospitalización de los pacientes ha reducido la atención de pacientes graves bajando la demanda de camas UCI, por la que se usó debidamente las guías de práctica clínica en cuanto a las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias en niños menores de 5 años.

5.2.1 FRECUENCIA DE IRA

Los resultados obtenidos sobre la importancia de determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias, Según la Tabla 4, se puede identificar que los niños más propensos en adquirir una IRA son mayor frecuente en los niños de 1 año posiblemente debido al clima, el componente físico y fisiológico y sus bajas defensas.

Sin embargo, la mayoría de los niños han sufrido de Soba Leve (35.7%) y Moderado (27.1%), seguido de Crup viral (25.7%), entre otros. Al analizar las IRAs complejas y no complejas nos ha permitido visualizar que los buenos tratamientos o intervenciones terapéuticas basadas en guías de nivel de evidencia y

grados de recomendación altos, han actuado de manera eficiente en la salud de los niños, de acuerdo con INEI (6), estos datos demuestran que las IRAs están disminuyendo por la cantidad de atenciones en el departamento de Ayacucho atendiendo oportunamente y aplicando la medicina basada en evidencia en las intervenciones terapéuticas así evitando que los pacientes empeoren su condición de internamiento y logren una intervención a tiempo según AEPAP (29).

5.2.2 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DE LAS IRA

Los resultados obtenidos de la base de datos sobre el tipo de intervenciones terapéuticas guardan importancia en determinar la frecuencia de las infecciones respiratorias La Tabla 10, ha demostrado que las intervenciones terapéuticas realizadas según Vega de Céniga *et. al.* (9) han tenido resultados positivos para tratar con un nivel crítico a los pacientes sobre todo en el nivel de evidencia 1 y recomendación A, porque los médicos han utilizado información basada en evidencia MBE como las guías clínicas, que han servido para diagnosticar sobre todo a los pacientes y siendo uno de los más comunes que han recibido con intervención terapéutica en; SOBA MODERADO: 1. LME 2. Dextrosa, CLNA, CLK 3. Nebulización CLNA3% 3ml c/4hrs 4. Oxigenoterapia, CRUP VIRAL: 1. Dextrosa, CLNA, CLK 2. Nebulización CLNA3% 2ml + adrenalina 3mc/4hrs 3. Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV; NEUMONIA: 1.LME 2. Dextrosa, CLNA, CLK 3. ceftriaxona 330mg c/12hrs ev 4. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 5. oxigenoterapia; BRONQUIOLITIS: 1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4. Salbutamol 1 puff c/ 6hrs 5. betametasona 1 puff c/8hrs 6. ceftriaxona 250 mgr c/6hrs v.o. Estas intervenciones terapéuticas fueron obtenidas mediante una revisión sistemática de acuerdo con Melnyk BM *et. al.* citado por Shingler y Zedreck (41)

Por otro lado, sobre la Tabla 11 no se puede mostrar que los tratamientos tengan una intervención terapéutica en base científica porque han sido aplicados por los médicos por su experiencia y práctica clínica o como sustenta la investigación de Carreazo (13), que al no contar con el diagnostico etiológico, las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas se dieron de manera empírica, las decisiones se basaron en opiniones de expertos o recurrir a las ciencias básicas por ejemplo semiología, por diferencias epidemiológicas las guías de manejo

de países desarrollados no son aplicables en nuestra realidad.

5.2.3 NIVEL DE EVIDENCIA CIENTÍFICA CLÍNICA EN LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Las guías clínicas han sido fundamentales permitiéndonos despejar las dudas e incertidumbre de los tratamientos para diagnosticar con seguridad y brindar un tratamiento a los pacientes de manera óptima; para analizar las intervenciones terapéuticas de manera farmacológica se tuvo que analizar el nivel de evidencia y el grado de recomendación, se tuvo un número con 59 pacientes representando el 84.3% con un nivel de evidencia I y recomendación A y 11 pacientes siendo el 15.7% con un nivel de evidencia V y recomendación D. Las guías clínicas más utilizadas con respecto a Soba se utilizó la Guía INSN-San Borja, Guías- Patologías. Asimismo, para los casos (Neumonía, Crup Viral y Bronquiolitis), se han utilizado: AAP-Viral, TOP – CRUP, APP – Neumonía, NICE – Neumonía, AAP- Profilaxis, NICE – Bronquiolitis. Concordando con la investigación de Carreazo (11), donde nos muestra que las intervenciones terapéuticas utilizando evidencias clínicas tuvieron un diagnóstico y enfatizando el manejo terapéutico de IRA con mejores resultados en un 94% del Servicio de Pediatría del Instituto Especializado de Salud del Niño, por ello la recomendación en el uso de guías clínicas para tratamiento.

5.2.4 TIPO DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA IRA

Grol R., *et. al.* citado por Casariego y Ribas (18) y Jovell *et al.* Citado por (19), nos demuestran que las Guías Práctica Clínica son del tipo sistemática con directrices basadas en pruebas con fundamento científico es por tal motivo que para los pacientes con CRUP VIRAL se ha utilizado las guías de AAP-Viral y TOP – CRUP, para la NEUMONIA se utilizó APP y NICE – Neumonía, en BRONQUIOLITIS se utilizó AAP - Profilaxis y NICE – Bronquiolitis, y finalmente para SOBA Guía INSN – San Borja y Guía – Patologías. Estas guías pediátricas se utilizaron por el sistema que maneja OCEBM para que se puedan clasificar los niveles de evidencia y el tipo de recomendación, estas guías al tomarse como modelos de alto nivel de evidencia y recomendación y al comparar con el manejo terapéutico en

las intervenciones se muestra que si hay concordancia de uso en un alto porcentaje.

5.2.5 NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

La investigación basada en el nivel de evidencia según Melnyk BM et. al. citado por Shingler y Zedreck (16) y el grado de recomendación de Camaño (16), se ha obtenido que las intervenciones terapéuticas en Nivel 1 y Recomendación A presentaron un sustento científico debido a que los pacientes se sometieron a un análisis riguroso sobre todo para prevenir enfermedades o resistencia al antibiótico y tratar las que tiene en la actualidad por medio de un buen diagnóstico. Sin embargo, se puede demostrar que los médicos todavía siguen utilizando su experiencia para diagnosticar con una evidencia moderada y no permite la intervención clínica de prevención basados en evidencias solo descriptivo y cualitativo caracterizándolos en un nivel de evidencia V y grado de recomendación D.

En estudios semejantes; las investigaciones realizadas por Carreazo (13) en el Hospital del Niño san Borja, el 94% de las intervenciones terapéuticas estuvo basado en evidencia. Los resultados alcanzados por Moyer valoró la terapia en dos servicios de pediatría ubicados en diferentes países (Estados unidos y Australia), se encontraron que el 98% de las intervenciones terapéuticas se encontraron basadas en evidencia. Encontrar en este estudio que más del 90% de las intervenciones terapéuticas en el Hospital Regional de Ayacucho, específicamente en el departamento de Pediatría, representa la calidad de los recursos humanos prestadores de servicio.

En este trabajo de investigación se tuvieron limitaciones en cuanto a las causas por las cuales se tuvo que excluir el número de la población ya que en el momento de recolectar la base de datos que fueron puntos que se encuentran dentro de la historia clínica, por ejemplo fue la letra del personal de salud que prescribe, historias clínicas que contemplan un diagnóstico primario o no claramente establecido, diagnósticos secundarios agregados, distintos a la patología en estudio o incompletas, auditados o en proceso legal, las restricciones para acudir al almacén de historias clínicas del H.R.A en tiempos de pandemia por el SARCOV2, no afectó considerablemente los resultados a la valides del estudio o a su

interpretación. Como limitaciones en cuanto a los antecedentes los trabajos de investigación similares; en el Perú son escasos, a si dificultando en la búsqueda de bibliografía en la redacción en este capítulo de discusión, en la toma de decisiones para escoger las guías de práctica clínica de alto nivel de evidencia y grado de recomendación ; por la cual se tuvo que indagar en bibliografías americanas, entre otros; las cuales por diferencias epidemiológicas es difícil la buena aplicación en nuestra realidad, pero aun así con estas dificultades el resultado del trabajo de investigación fue favorable e indicativo de buen uso de guías de práctica clínica.

Los casos de IRAs continúan siendo un problema de gran magnitud y tratarlos de manera inadecuadamente, influye negativamente en la salud de los niños, por tal motivo, la presente investigación es fundamental ya que aportará notablemente la importancia y necesidad de la utilización de las guías clínicas con alto grado de confiabilidad, para la cual los personales de salud como los especialistas actualicen constantemente sus conocimientos con buena y recomendables guías de práctica clínica con la finalidad de brindar una atención medica de calidad y puedan mejorar en la toma de decisiones al momento de diagnosticar o prescribir el tratamiento para el bienestar y buen interés de salud del paciente a si fortaleciendo la relación médico - paciente acompañándolo durante el proceso de su enfermedad.

CONCLUSIONES

- Las intervenciones terapéuticas inadecuadas incurren en las IRA en niños/as menores de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019, contando con un valor de significancia de $p = 0,000$, esto es debido a que los 70 pacientes analizados con IRAs han demostrado que el 59/70 son casos de intervenciones terapéutica prescritas adecuadamente (Ver Tabla 4) y 11/70 son casos de intervenciones terapéuticas prescritas inadecuadamente (Ver Tabla 5), por tal motivo los pacientes son afectados por la toma de decisión de los médicos para determinar un buen diagnóstico y brindarles el mejor tratamiento posible para los niños. Además, las intervenciones terapéuticas realizadas en el nivel de evidencia I y grado de recomendación A se han basado utilizando como evidencia científica clínica a las guías clínicas porque esto nos brinda argumentos científicos sólidos.
- La frecuencia de las IRAs en los niños/as menores de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019, ha sido con Soba Leve (35.7%), Soba Moderado (27.1%), Crup Viral (25.7%), Bronquiolitis (8.6%) y Neumonía (2.9%), además se apreció que los niños que sufren con alta frecuencia de IRAs son los niños de 1 año (47.1%), seguido de por los niños de 2 años (25.7%), 3 años (17.1%), 4 años (7.1%) y 5 años (2.9%).
- Las intervenciones terapéuticas realizadas para las IRAs son: Soba Moderado (DB +LAV, NBZ CLNA, salbutamol 2 puff, oxigenoterapia, prednisona, dexametasona, betametasona inhalada y LME), seguido por Soba Leve (DB, nebulización CLNA, salbutamol, dexametasona, oxigenoterapia, LME y dextrosa), Crup Viral (Dextrosa, CLNA, CLK nebulización, CLNA, adrenalina, dexametasona) y Bronquiolitis (LME, NBZ, VS, CLNA, salbutamol, betametasona, ceftriaxona, paracetamol y

oxigenoterapia)

- Los tipos de guías clínicas utilizadas para los tratamientos de las IRAs o intervención terapéutica han sido basados en evidencia científica explícita para los casos de nivel de evidencia 1 con recomendación A, sin embargo, para los de nivel de evidencia 5 y recomendación D se han fundamentado por la opinión de expertos y la experiencia.
- El nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A ha sido de 84.3%, siendo representada por las intervenciones terapéuticas basadas en evidencia científica clínica; con respecto al nivel de evidencia 5 y grado de recomendación D fue de 15.7%, representado a las intervenciones terapéuticas inadecuadas basados en opinión de experto o experiencia, analizados en su totalidad de los 70 pacientes para el tratamiento de IRA.
- La frecuencia del uso del nivel de evidencia 1 y grado de recomendación A con respecto a las infecciones han sido Soba Leve (20/70), Soba Moderado (13/59), Crup Viral (18/59), Bronquiolitis (6/59) y Neumonía (2/59); y nivel de evidencia 5 y grado de recomendación D fueron Soba Leve (5/11), Soba Moderado (6/11), Crup Viral (0), Bronquiolitis (0) y Neumonía (0).

RECOMENDACIONES

Se recomienda utilizar las guías clínicas de fuentes confiables y acreditadas, porque sin el fundamento científico explícito influye negativamente en la toma de decisiones de un buen diagnóstico y una adecuada intervención terapéutica.

Se recomienda trabajar una investigación mediante una fuente confiable como las Base de Datos de los Sistemas con los que se administran en la entidad de salud, contando con historias clínicas digitales y físicos como documentos de respaldo, de esta manera la información es confiable como fuentes secundarias.

Las GPC sustentan el manejo adecuado de patologías prevalentes en cada país, brindando soporte a los profesionales de la salud para el uso de intervenciones de beneficio comprobado

Se recomienda utilizar Guías Clínicas del tipo sistémico debido a la praxis y justificación científico.

Se recomienda que en las intervenciones terapéuticas se trabaje con la puntuación de Ellis y el Centro de Oxford o guías NICE para los niveles de evidencia y grados de recomendación de la medicina basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(01): p. 36 - 49.
2. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. *El impacto global de la Enfermedad Respiratoria*. Segunda edición ed. México: Asociación Latinoamericana de Tórax; 2017.
3. Martínez Chamorro M, Rodríguez Arranz C. *Mejora tu prescripción de antibióticos en 10 pasos*. Tercera edición ed. Madrid: Congreso de Actualización Pediatría 2019; 2019.
4. OMS. Infecciones respiratorias agudas en los niños: Tratamiento de casos en hospitales pequeños. [Online].: Organización Panamericana de la Salud; 1992 [Citado 2021 junio 20. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31111/Infecciones%20respiratorias%20agudas%20en%20los%20ni%C3%B1os%20Tratamiento%20de%20casos%20en%20hospitales%20peque%C3%B1os.pdf?sequence=1>.
5. MINSA. *Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú*. [Online].: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [Citado 2021 junio 20. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28549/iras2014-spa.pdf>.
6. MINSA. *Boletín epidemiológico del Perú, Volumen 28 - SE 13*. [Online].: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2019 [Citado 2019 abril 15. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/13.pdf>.
7. INEI. *Perú Anuario de estadísticas ambientales 2020*. [Online].; 2020 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1760/libro.pdf.
8. Blasco Amaro JA. *Eficacia, seguridad y efectividad de la determinación de la proteína C reactiva a la cabecera del paciente para las infecciones agudas del tracto respiratorio en atención primaria*. [Online].; 2014 [Citado 2021 abril 15. Disponible en: <https://www.aetsa.org/download/>

publicaciones/02_2018_AETSA_PCR_DEF_NIPO.pdf.

9. Vega de Céniga M, Allegue Allegue N, Bellmunt Montoya S, López Espada C, Rivera Vázquez R, Solanich Valldaura T, et al. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*. 2009; 61(01).
10. De Olivera N, Giachetto G, Haller A, Figueroa C, Cavalleri F. Infecciones respiratorias agudas bajas graves en niños menores de 6 meses hospitalizados. Análisis de factores de riesgo de gravedad. *Anfamed - Anales de la Facultad de Medicina*. 2019; 06(01): p. 57 - 66.
11. Machado K, Notejane M, Mello M, Pírez C, Giachetto G, Pérez W. Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 2 años. Hospitalizaciones durante el invierno del año 2014. *Afamed - Anales de la Facultad de Medicina*. 2018; 05(1): p. 1-2.
12. León Villaverde M. Complicaciones de las infecciones respiratorias agudas y automedicación en niños menores de cinco años, en el Servicio de Pediatría del Hospital Sergio E. Bernales año 2020. [Online].; 2021 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60362/Leon_VM-SD.pdf.
13. Carreazo Pariasca NY. Medicina basada en evidencias: estudio descriptivo de intervenciones terapéuticas en pediatría clínica. [Online].; 2013 [Citado 2019 abril 15. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1833/Carreazo_pn.pdf.
14. Tineo Huanaco K. Comunicación terapéutica y prevención de infecciones respiratorias en menores de cinco años de madres quechua hablantes. Iguain Ayacucho 2017. [Online].; 2017 [Citado 2019 abril 15. Disponible en: <http://168.121.45.184/handle/20.500.11818/1235>.
15. Bayona Ovalles Y, Niederbacher Velásquez J. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatología, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *Revista Médicas UIS*. 2015; 28(01).
16. MINSA. Estrategias de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños del Perú, en tiempos de pandemia. [Online].; 2021 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: <http://www.dge>.

gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE082021/04.pdf.

17. MINAM. Indicador: Tasa de morbilidad por infección respiratoria aguda IRA en niños menores de 5 años. [Online].; 2021 [Citado 2021 abril 15. Disponible en: <https://sinia.minam.gob.pe/indicador/1014>.
18. Camaño Puig R. Evidencia científica, metodología y clasificaciones: niveles y recomendaciones Madrid: Dextra Editorial; 2019.
19. Martín Zurro A. Elsevier Connect. [Online].; 2020 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/medicina-basada-en-la-evidencia-organizacion-y-rol-en-la-toma-de-decisiones>.
20. Von Elm E, Altman DG , Egger M, Pocock S, Gotsche P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies.: PLOS Medicine; 2007.
21. Casariego Vales E, Costa Ribas C. ¿Qué son y para qué sirven las GPC? [Online].; 2020 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>.
22. Orts Cortés Mal. Práctica Basada En La Evidencia: Colección Cuidados de Salud Avanzados: Elsevier Health Sciences; 2021.
23. Canelo Aybar C, Balbin G, Pérez Gómez A, Florez ID. Guías de práctica clínica en el Perú: evaluación de su calidad usando el instrumento AGREE II. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016.
24. Consorcio AGREE. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. [Online].; 2009 [Citado 2021 julio 15. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf.
25. Vizcaíno Salazar G. Medicina basada en la evidencia y análisis de diseños de investigación clínica: Editorial Corporación Universitaria Remington; 2020.
26. Neumann I, Pantoja T, Peñaloza B, Cifuentes L, Rada G. El sistema GRADE: un cambio en la forma de evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de

recomendaciones. Revista Medicina de Chile. 2014; 142: p. 630 - 635.

27. MINSA. Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA). [Online].; 2015 [Citado 2019 abril 15. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3266.pdf>.
28. Correa J, Abella Palacios P. Unidades del dolor del siglo XXI. ¿Protocolos de consenso o medicina basada en la evidencia? Revista Persona y Bioética. 2018; 22(01): p. 29 - 38.
29. AEPAP. Revisión de los artículos pediátricos de mayor impacto y de conocimiento imprescindible para el pediatra de Atención Primaria. [Online].; 2006 [Citado 2019 abril 15. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/intervenciones_terapeuticas.pdf.
30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Sexta Edición ed.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014.
31. Klimberlin, Longred Book. Libro rojo - Infecciones virales de para influenza, enfermedades infecciosas en pediatría: Academia Estadounidense de Pediatría (AAP); 2019.
32. Guideline C. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del CRUP, Diagnosis and Management of Croup: Toward Optimized Practice (TOP) Grupo de trabajo para el crup; 2008.
33. Charles R. W. Manejo del crup: MD, MS.; 2019.
34. Klimberlin B, Long J. Libro rojo: enfermedades infecciosas en pediatría. 31st ed.: Panamerica; 2019.
35. NICE. Directriz sobre neumonía (adquirida en la comunidad): prescripción de antimicrobianos, Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing.: National Institute for Health and Care Excellence, Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE); 2019.

36. Klimberlin B, Longred Book. Guía actualizada para la profilaxis con palivizumab entre bebés y niños pequeños con mayor riesgo de hospitalización por infección por el virus sincitial respiratorio, enfermedades infecciosas en pediatría. América Academia Pediátrica Ediciones Panamericana ed.: Academia Estadounidense de Pediatría (AAP); 2019.
37. NICE. Guía sobre bronquiolitis en niños - Diagnóstico y tratamiento, Bronchiolitis in children: diagnosis and management, NICE guideline. [Online].; 2015 [Citado 2021 abril 15. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng9>.
38. Servicio de Neumología. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía de Práctica Clínica de Síndrome Obstrutivo Bronquial Recurrente del INSN-San Borja Lima: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja; 2018.
39. Vilca Bengoa R. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y de cuidados esenciales del niño y la niña; 2006.
40. Velasco Gonzáles MV, Luna Paredes MC. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neumología pediátrica, protocolos de AEP; 2017.
41. Sejas Claros A, Condori Bustillos R. Prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en niños de Villa Carmen – Quillacollo. 2017. Revista Científica Ciencias Médicas 2018; 21(1).
42. Shingler Nace A, Zedreck González J. El camino hacia GBE la gestión basada en la evidencia. Revista Nursing. 2017; 34(05): p. 39 - 41.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 a 5 AÑOS, HOSPITALIZADOS – 2019

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	METODOLOGÍA
¿Las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019 están basadas en evidencia científica clínica?	Determinar la frecuencia del nivel de evidencia científica clínica de las intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.	Las frecuencias de las las intervenciones terapéuticas fundamentadas en guías clínicas influyen en el manejo positivo de las infecciones respiratorias agudas en niños de 1 a 5 años hospitalizados en el departamento de pediatría del hospital regional de Ayacucho entre marzo a agosto 2019.	Tipo de investigación: Observacional Analítico- Relacional Diseño de Investigación: Transversal – Retrospectivo Método: Cuantitativo
Problema Específico	Objetivo Específico	Hipótesis Específica	
¿Cuál es la frecuencia en las infecciones respiratorias agudas según el tipo de diagnóstico en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?	Determinar la frecuencia en las infecciones respiratoria agudas según sexo, edad y el tipo de diagnóstico en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.	Las infecciones respiratorias agudas influyen en el tipo de diagnóstico en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.	Población: Todas las historias clínicas, de los niños de 1 a 5 años hospitalizados con diagnósticos de los diferentes tipos de infecciones respiratorias agudas de marzo a agosto 2019.
¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas de las infecciones respiratorias en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?	Determinar las intervenciones terapéuticas de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019	Las intervenciones terapéuticas influyen en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019	Muestra: no probabilística por conveniencia. Técnica de recolección:

<p>¿Cuáles son los tipos de guías clínicas para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?</p>	<p>Identificar el tipo de guías clínicas para el tratamiento de la infección respiratoria agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.</p>	<p>Los tipos de guías clínicas influyen en el tratamiento de la infección respiratoria agudas en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019.</p>	<p>observacional indirecto</p> <p>Instrumento de recolección:</p> <p>Formulario de recolección de los reportes terapéuticos y guías clínicas</p>
<p>¿Cuál es el nivel de evidencia y grado de recomendación para el tratamiento de la infección respiratoria aguda basadas en evidencia científica clínica en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?</p>	<p>Valorar el nivel de evidencia y grado de recomendación para el tratamiento de la infección respiratoria aguda basadas en evidencia científica clínica en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019</p>	<p>El nivel de evidencia y grado de recomendación influyen en el tratamiento de la infección respiratoria aguda basadas en evidencia científica clínica en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019</p>	<p>Procesamiento de datos:</p> <p>Microsoft Excel y SPSS</p> <p>Análisis e interpretación:</p> <p>Se utilizará estadística descriptiva para la distribución de frecuencia y porcentajes</p>
<p>¿Cuál es la frecuencia del uso del nivel de evidencia y grado de recomendación de las infecciones respiratoria aguda en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019?</p>	<p>Comparar la frecuencia del uso del nivel de evidencia y grado de recomendación de las infecciones respiratoria aguda en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019</p>	<p>El uso del nivel de evidencia y grado de recomendación influyen en el tratamiento de las infecciones respiratoria aguda en niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el Departamento de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho entre marzo a agosto del 2019</p>	<p>y para la Validación de la hipótesis utilizando la Prueba de chi-cuadrado en Intervención terapéutica e Infecciones respiratorias agudas.</p>

ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría Valor de medición
Variable independiente: intervención terapéutica en Infecciones respiratorias agudas (IRAs)	Es la infección que afecta al aparato respiratorio y que dura aproximadamente 14 días, causada por bacterias y virus u otros (40)	Las IRAs se clasificarán por tipos, gravedad, frecuencia y porcentaje de las IRA	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de tipos de IRAs - Porcentaje de niños con IRAs: Sexo y Edad
Variable dependiente: aplicación de la MBE	Para la aplicación de intervenciones terapéuticas se debe utilizar el patrón de oro de la MBE, están definidas por las medidas de efecto según los ensayos clínicos para cada tratamiento con placebo para prevenir el desarrollo de una enfermedad (13)	Las intervenciones terapéuticas de manera operacional en la investigación se utilizarán en los tratamientos de IRAs según las GPC o por experiencia y opinión de expertos. De acuerdo al nivel de evidencia, grado de recomendación, tipos de intervención terapéutica.	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de evidencia según las GPC - Grado de recomendación según GPC - Nivel de evidencia y grado de recomendación según tipos de diagnósticos - Frecuencia de las intervenciones terapéuticas según GPC

**ANEXO 3. TABLAS DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS A
SPSS**

TABLA 7.

FRECUENCIA DE IRA SEGÚN EL GÉNERO EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	35	50,0
MASCULINO	35	50,0
Total	70	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 8.

FRECUENCIA DE LAS IRAs SEGÚN LA EDAD EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

	Frecuencia	Porcentaje
1A	33	47,1
2A	18	25,7
3A	12	17,1
4A	5	7,1
5A	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 9.

FRECUENCIA DE LAS IRAs SEGÚN DIAGNOSTICO EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
BRONQUIOLITIS	6	8,60
CRUP VIRAL	18	25,7
NEUMONIA	2	2,90
SOBA LEVE	25	35,70
SOBA MODERADO	19	27,10
Total	70	100,0

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 10.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA I Y GRADO DE RECOMENDACIÓN A, DE LAS IRAs EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019

NRO.	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
1	SOBA MODERADO	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	1	A
6	SOBA MODERADO	1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC 3. salbutamol 2puff 3. oxigenoterapia	1	A
1	SOBA MODERADO	1. DB 2. salbutamol 2 puff c/8hrs 3. Prednisona 8.5 ml 4. NBZ CLNA 4ml c/4hrs 5. oxigenoterapia	1	A
1	SOBA MODERADO	1.alimentacion complementaria + LM 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA 3% c/4hrs 4. dexametasona 2 puff c/8hrs 5.beclometasona 1 puff c/8hrs 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.paracetamol 6.2cc 8.Oxigenoterapia	1	A
1	SOBA MODERADO	1.DB+LAV 2.VS 3.NBZ 5cc sCLNA 3% +1/2 ampoya	1	A

		acetil cisteina c/4hrs 4. betametasona inhalada 1 puff c/8hrs 5.paracetamol 100mg vo 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.Oxigenoterapia		
11	SOBA MODERADO	1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3. Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	1	A
Subtotal= 21 pacientes				
7	SOBA LEVE	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	1	A
1	SOBA LEVE	1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC + 9 gts salbutamol c/4hrs 3.Dexametasona 2mg ev c/6hrs 4. oxigenoterapia	1	A
2	SOBA LEVE	1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3. Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	1	A
1	SOBA LEVE	1. DB 2.Nebulizacion CLNA3% 5ml + 4 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	1	A
1	SOBA LEVE	1. DB 2.Nebulizacion CLNA3% 5ml + 5 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	1	A
Subtotal= 12 pacientes				
16	CRUP VIRAL	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 2ml + adrenalina 3mc/4hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	1	A
2	CRUP VIRAL	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 3ml + adrenalina 4cc/4hrs 3.Dexametasona 2.5 mg c/6hrs EV	1	A
Subtotal= 18 pacientes				
2	NEUMONIA	1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.ceftriaxona 330mg c/12hrs ev 4. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 5.oxigenoterapia	1	A
Subtotal= 2 pacientes				
2	BRONQUIOLITIS	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	1	A
3	BRONQUIOLITIS	1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4. salbutamol 1 puff c/ 6hrs 5. betametasona 1 puff c/8hrs 6. ceftriaxona 250 mgr c/6hrs v.o	1	A
1	BRONQUIOLITIS	1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc	1	A

sCLNA c/ 4hr 4. Paracetamol
10 gts 5. oxigenoterapia

Subtotal= 6 pacientes

TOTAL = 59/70 = 84.3%

Fuente: Instrumento aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 11.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN DE EVIDENCIA NIVEL V Y RECOMENDACIÓN D EN LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019

NRO.	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
1	SOBA MODERADO	1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 4. Ceftriaxona 460mgr ev. c/ 12 hrs 5. metilprednisolona 24 mg ev. C/6hrs . 5 Paracetamol 17 gts c/6hrs 6. oxigenoterapia	5	D
3	SOBA MODERADO	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Hidrocortisona 25mg c/6hrs ev 3.Ampicilina 250 mgrs ev c/12hrs 4. Amikacina 157 mg ev c/24hrs 5. Nebulizacion CLNA3% 4cc 6. salbutamol 4 gts c/6hrs 7. oxigenoterapia	5	D
3	SOBA MODERADO	1.DB +LAV 2. JS 3. Ampicilina 325mg c/6hrs EV 4. Dexametasona 2mg EV c/6hrs 5. NBZ con 5 ml CLNA 3% c/4hrs 6. paracetamol 8ml v.o	5	D
Subtotal= 7 pacientes				
2	SOBA LEVE	1. LME 2. Dextrosa, CLNA, CLK 3. Ceftriaxona 500 mg ev c/12hrs Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	5	D
2	SOBA LEVE	1.DB+LAV 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.Ampicilina 550mg c/8hrs ev 3.metilprednisolona 30 mg c/12hrs 4. NBZ 5 bromuro ipratropio 2 puffc78hrs 6. salbutamol 2 puff c/6hrs 7. oxigenoterapia	5	D
Subtotal= 4 pacientes				
TOTAL= 11/70 =15.7%				

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 12.

NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

DIAGNOSTICO		EVIDENCIA			Total		RECOMENDACIÓN		Total
		1,00	5,00				A	D	
BRONQUIOLITIS	Recuento	6	0	6	Recuento	6	0	6	
	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de evidencia	10,2%	0,0%	8,6%	% dentro de recomendación	10,2%	0,0%	8,6%	
	% del total	8,6%	0,0%	8,6%	% del total	8,6%	0,0%	8,6%	
CRUP VIRAL	Recuento	18	0	18	Recuento	18	0	18	
	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de evidencia	30,5%	0,0%	25,7%	% dentro de recomendación	30,5%	0,0%	25,7%	
	% del total	25,7%	0,0%	25,7%	% del total	25,7%	0,0%	25,7%	
NEUMONIA	Recuento	2	0	2	Recuento	2	0	2	
	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	% dentro de diagnostico	100,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de evidencia	3,4%	0,0%	2,9%	% dentro de recomendación	3,4%	0,0%	2,9%	
	% del total	2,9%	0,0%	2,9%	% del total	2,9%	0,0%	2,9%	
SOBA LEVE	Recuento	20	5	25	Recuento	20	5	25	
	% dentro de diagnostico	80,0%	20,0%	100,0%	% dentro de diagnostico	80,0%	20,0%	100,0%	
	% dentro de evidencia	33,9%	45,5%	35,7%	% dentro de recomendación	33,9%	45,5%	35,7%	
	% del total	28,6%	7,1%	35,7%	% del total	28,6%	7,1%	35,7%	
SOBA MODERADO	Recuento	13	6	19	Recuento	13	6	19	
	% dentro de diagnostico	68,4%	31,6%	100,0%	% dentro de diagnostico	68,4%	31,6%	100,0%	
	% dentro de evidencia	22,0%	54,5%	27,1%	% dentro de recomendación	22,0%	54,5%	27,1%	
	% del total	18,6%	8,6%	27,1%	% del total	18,6%	8,6%	27,1%	
TOTAL	Recuento	59	11	70	Recuento	59	11	70	
	% dentro de diagnostico	84,3%	15,7%	100,0%	% dentro de diagnostico	84,3%	15,7%	100,0%	

% dentro de evidencia	100,0%	100,0%	100,0%	% dentro de recomendación	100,0%	100,0%	100,0%
% del total	84,3%	15,7%	100,0%	% del total	84,3%	15,7%	100,0%

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 13.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN NIVEL DE EVIDENCIA I CON GRADO RECOMENDACIÓN A, SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO D

NRO..	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA	GUÍA CLÍNICA	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
1	SOBA MODERADO	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
6	SOBA MODERADO	1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC 3. salbutamol 2puff 3. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
1	SOBA MODERADO	1. DB 2. salbutamol 2 puff c/8hrs 3. Prednisona 8.5 ml 4. NBZ CLNA 4ml c/4hrs 5. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
1	SOBA MODERADO	1.alimentacion complementaria + LM 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA 3% c/4hrs 4. dexametasona 2 puff c/8hrs 5.beclometasona 1 puff c/8hrs 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.paracetamol 6.2cc 8.Oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
1	SOBA MODERADO	1.DB+LAV 2.VS 3.NBZ 5cc sCLNA 3% +1/2 ampoya acetil cisteina c/4hrs 4. betametasona inhalada 1 puff c/8hrs 5.paracetamol 100mg vo 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.Oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
11	SOBA MODERADO	1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3. Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
7	SOBA LEVE	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	(Guía INSN – San Borja).	1	A

			(Guía - Patologías).		
1	SOBA LEVE	1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC + 9 gts salbutamol c/4hrs 3.Dexametasona 2mg ev c/6hrs 4. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
2	SOBA LEVE	1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3. Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
1	SOBA LEVE	1. DB 2.Nebulizacion CLNA3% 5ml + 4 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
1	SOBA LEVE	1. DB 2.Nebulizacion CLNA3% 5ml + 5 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	1	A
16	CRUP VIRAL	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 2ml + adrenalina 3mc/4hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	(AAP-Viral) (TOP - CRUP).	1	A
2	CRUP VIRAL	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 3ml + adrenalina 4cc/4hrs 3.Dexametasona 2.5 mg c/6hrs EV	(AAP-Viral) (TOP - CRUP).	1	A
2	NEUMONIA	1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.ceftriaxona 330mg c/12hrs ev 4. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 5.oxigenoterapia	(APP - Neumonía) (NICE - Neumonía).	1	A
2	BRONQUIOLITIS	1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	(AAP- Profilaxis) (NICE - Bronquiolitis)	1	A
3	BRONQUIOLITIS	1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4.salbutamol 1 puff c/ 6hrs 5. betametasona 1 puff c/8hrs 6. ceftriaxona 250 mgr c/6hrs v.o	(AAP- Profilaxis) (NICE - Bronquiolitis)	1	A
1	BRONQUIOLITIS	1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4.Paracetamol 10 gts 5. oxigenoterapia	(AAP- Profilaxis) (NICE - Bronquiolitis)	1	A

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 14.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN NIVEL DE EVIDENCIA V CON GRADO RECOMENDACIÓN D SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DE

NRO..	DIAGNOSTICO	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA	GUÍA CLÍNICA (SUGERIDO)	EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
1	SOBA MODERADO	1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 4.Ceftriaxona 460mgr ev. c/ 12 hrs 5. metilprednisolona 24 mg ev. C/6hrs . 5 Paracetamol 17 gts c/6hrs 6. oxigenoterapia	• (Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	5	D
3	SOBA MODERADO	1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Hidro cortisona 25mg c/6hrs ev 3.Ampicilina 250 mgrs ev c/12hrs 4. Amikacina 157 mg ev c/24hrs 5. Nebulizacion CLNA3% 4cc 6. salbutamol 4 gts c/6hrs 7. oxigenoterapia	• (Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	5	D
3	SOBA MODERADO	1.DB +LAV 2. JS 3.Ampicilina 325mg c/6hrs EV 4.Dexametasona 2mg EV c/6hrs 5.NBZcon 5 ml CLNA 3% c/4hrs 6. paracetamol 8ml v.o	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	5	D
2	SOBA LEVE	1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3.Ceftriaxona 500 mg ev c/12hrs Nebulizacion CLNA3% 3ml c/4hrs 4. oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	5	D
2	SOBA LEVE	1.DB+LAV 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.Ampicilina 550mg c/8hrs ev 3.metilprednisolona 30 mg c/12hrs 4. NBZ 5 bromuro ipratropio 2 puffc78hrs 6.salbutamol 2 puff c/6hrs 7.oxigenoterapia	(Guía INSN – San Borja). (Guía - Patologías).	5	D

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

TABLA 15.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS REALIZADAS SEGÚN COMPLICACIÓN DE LAS IRAS EN NIÑOS MENORES DE UNO A CINCO AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE MARZO A AGOSTO DEL 2019.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA REALIZADA		IRA		Total
		,00 IT (INADECUADA)	1,00 IT (ADECUAD A)	
1. DB 2. salbutamol 2 puff c/8hrs 3. Prednisona 8.5 ml 4. NBZ CLNA 4ml c/4hrs 5. oxigenoterapia	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	1 1,7%	1 1,4%
1. DB 2. Nebulización CLNA3% 5ml + 4 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	1 1,7%	1 1,4%
1. DB 2. Nebulización CLNA3% 5ml + 5 gotas de salbutamol c/6hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	1 1,7%	1 1,4%
1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Hidrocortisona 25mg c/6hrs ev 3.Ampicilina 250 mgrs ev c/12hrs 4. Amikacina 157 mg ev c/24hrs 5. Nebulizacion CLNA3% 4cc 6. salbutamol 4 gts c/6hrs 7. oxigenoterapia	Recuento % dentro de IRA	3 27,3%	0 0,0%	3 4,3%
1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 2ml + adrenalina 3mc/4hrs 3.Dexametasona 1.5 mg c/6hrs EV	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	16 27,1%	16 22,9%
1. Dextrosa,CLNA,CLK 2.Nebulizacion CLNA3% 3ml + adrenalina 4cc/4hrs 3.Dexametasona 2.5 mg c/6hrs EV	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	2 3,4%	2 2,9%
1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK 3. Nebulización CLNA3% 3ml c/4hrs 4. Oxigenoterapia	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	13 22,0%	13 18,6%
1. LME 2.Dextrosa,CLNA,CLK	Recuento	2	0	2

3.Ceftriaxona 500 mg ev c/12hrs Nebulización CLNA3% 3ml c/4hrs 4. Oxigenoterapia	% dentro de IRA	18,2%	0,0%	2,9%
1.alimentacion complementaria + LM 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA 3% c/4hrs 4. dexametasona 2 puff c/8hrs 5.beclometasona 1 puff c/8hrs 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.paracetamol 6.2cc 8.Oxigenoterapia	Recuento	0	1	1
1.DB +LAV 2. JS 3.Ampicilina 325mg c/6hrs EV 4.Dexametasona 2mg EV c/6hrs 5.NBZcon 5 ml CLNA 3% c/4hrs 6. paracetamol 8ml v.o	% dentro de IRA	27,3%	0,0%	4,3%
1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC + 9 gts salbutamol c/4hrs 3.Dexametasona 2mg ev c/6hrs 4. Oxigenoterapia	Recuento	0	1	1
1.DB +LAV 2.NBZ CLNA 3% 4CC 3. salbutamol 2puff 3. Oxigenoterapia	% dentro de IRA	0,0%	10,2%	8,6%
1.DB+LAV 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.Ampicilina 550mg c/8hrs ev 3.metilprednisolona 30 mg c/12hrs 4. NBZ 5 bromuro ipratropio 2 puffc78hrs 6.salbutamol 2 puff c/6hrs 7.oxigenoterapia	% dentro de IRA	18,2%	0,0%	2,9%
1.DB+LAV 2.VS 3.NBZ 5cc sCLNA 3% +1/2 ampoya acetil cisteina c/4hrs 4. betametasona inhalada 1 puff c/8hrs 5.paracetamol 100mg vo 6.salbutamol 1 puff c/6hrs 7.Oxigenoterapia	% dentro de IRA	0,0%	1,7%	1,4%
1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.	Recuento	1	0	1

NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 4.Ceftriaxona 460mgr ev. c/ 12 hrs 5. metilprednisolona 24 mg ev. C/6hrs . 5 Paracetamol 17 gts c/6hrs 6.	% dentro de IRA	9,1%	0,0%	1,4%
Oxigenoterapia				
1.LME 2. Dextrosa,CLNA,CLK 3.ceftriaxona 330mg c/12hrs ev 4. NBZ 4cc CLNA c/ 4hr 5.oxigenoterapia	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	2 3,4%	2 2,9%
1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	9 15,3%	9 12,9%
1.LME 2. NBZ clna 3% 4ml c/6hrs	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	1 1,7%	1 1,4%
1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4.Paracetamol 10 gts 5. Oxigenoterapia	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	1 1,7%	1 1,4%
1.LME 2.VS 3.NBZ 4cc sCLNA c/ 4hr 4.salbutamol 1 puff c/ 6hrs 5. betametasona 1 puff c/8hrs 6. ceftriaxona 250 mgr c/6hrs v.o	Recuento % dentro de IRA	0 0,0%	3 5,1%	3 4,3%
	Recuento	11	59	70
TOTAL	% dentro de IRA	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Instrumentos aplicado en SPSS, de la base de datos de los niños menores de uno a cinco años hospitalizados en el departamento de pediatría del H.R.A entre marzo a agosto del 2019.

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN DE MEDICINA HUMANA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

	50	60	70	80	90	100
1. ¿En qué porcentaje estima usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?					X	
2. ¿En qué porcentaje considera que los datos contemplados en las historias clínicas están referidas a los conceptos del tema?						x
3. ¿Qué porcentaje de las de los datos contemplados en las historias clínicas son suficientes para lograr los objetivos?						x
4. ¿En qué porcentaje de la prueba son de fácil comprensión?						x
5. ¿Qué porcentaje de los datos contemplados en las historias clínicas siguen una secuencia lógica?						x
6. ¿En qué porcentaje valora usted, que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras?					X	

SUGERENCIAS

1. ¿Qué datos considera usted deberían agregarse?
Ninguna, los datos son suficientes.
2. ¿Qué datos estima usted podría eliminarse?
Ninguna, todas son relevantes.
3. ¿Qué datos considera deberán formularse o precisarse mejor?
Ninguna, considero que están bien planteadas.

ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACIÓN DE TESIS

CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESORÍA DE TESIS

Nombre del proyecto de tesis:

<p style="text-align: center;">MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 a 5 AÑOS, HOSPITALIZADOS, MARZO - AGOSTO 2019</p>

Nombre de la tesista :

1	YANET MAGALY ZEVALLOS PALOMINO
---	---------------------------------------

Nombre del los asesores:

1	Dr. Rodríguez Rivas, Jorge
2	Dr. Barriga Cerrón, Aldo


JORGE RODRIGUEZ RIVAS
Código: Químico
CMP 10688 RNE 13002

Dr. Rodríguez Rivas, Jorge
DNI:28299425
CMP:10688
RNE: 13002


Aldo Barriga Cerrón
MÉDICO QUIRURGA
RNE: 30231

Dr. Barriga Cerrón, Aldo
DNI:40927379
CMP:49267
RNE: 30231

DATOS DE FILIACION DE ASESORES

Dr. Rodríguez Rivas, Jorge: Médico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina "San Fernando" de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Con especialización en el Área de GinecoObstetricia, Docente adscrito en la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Dr. Barriga Cerrón, Aldo: Médico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ,Con especialización en Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Área de Pediatría , Docente adscrito a la escuela de Obstetricia e invitado a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

AYACUCHO-PERU

2021

ANEXO 6: INFORME DE INDICE DE SIMILITUD POR TURNITIN

Medicina basada evidencia: Intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 5 años, hospitalizados, marzo - agosto 2019.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.edu.uy Fuente de Internet	2 %
2	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	doczz.net Fuente de Internet	1 %
5	1library.co Fuente de Internet	1 %
6	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1 %
8	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1 %

9	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1 %
10	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
12	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Autum Shingler-Nace, Judith Zedreck González. "El camino hacia GBE la gestión basada en la evidencia", Nursing (Ed. española), 2017 Publicación	<1 %
14	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.cientifica.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Yanet Magaly Zevallos Palomino**
Assignment title: **BORRADORA DE TESIS YANET MAGALY ZEVALLOS PALOMINO**
Submission title: **Medicina basada evidencia: Intervenciones terapéuticas en l...**
File name: **MENORES_DE_1_A_5_A_OS_HOSPITALIZADOS_MARZO_-_AGO...**
File size: **1.36M**
Page count: **69**
Word count: **13,464**
Character count: **74,164**
Submission date: **06-Aug-2021 12:05PM (UTC-0500)**
Submission ID: **1628484913**



ANEXO 7: DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE TESIS A COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE TESIS A COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION

Nombre de la tesis:

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA: INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 a 5 AÑOS HOSPITALIZADOS – ABRIL A AGOSTO 2019

Tipo y diseño de investigación:

Investigación: Transversal – Retrospectivo

DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN

Valga por la presente, DECLARAR que la tesis en mención, está EXONERADO de revisión por Comité de Ética investigadora, por el siguiente motivo:

1. Uso de base de datos de fuente secundaria para uso académico exclusivo.
2. No contar con comité de ética en la ciudad de Ayacucho.

.....|
1 Se realizó tomando como referencia, los modelos establecidos en <https://investigacion.cayetano.edu.pe/ciei/formatos>



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento al artículo 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N.º 039-2021-UNSCH-CU, con RESOLUCION DECANAL N.º 068-2021-UNSCH-FCSA/D y con Memorando N.º 174- 2021-EPMH-FCSA-UNSCH/LGCM , deja constancia que:

- **Apellidos y Nombres de la tesista** : Yanet Magaly Zevallos Palomino
- **Escuela Profesional** : Medicina Humana
- **Título de la Tesis** : "MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS, MARZO-AGOSTO 2019".
- **Evaluación de la originalidad** : La tesis en mención tiene un índice de similitud de **11%**, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin con número de trabajo **con deposito 1628484913**, fecha **06-ago.-2021**; el suscrito precisa que se ha cumplido con las normas y procedimientos de documentación de la prueba anti plagio.

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es **procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

6 Agosto de 2021

Atentamente,


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Dr. Luis G. Castillejo Melgarejo
DIRECTOR

Dr. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo
Director de la Escuela de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud
E-mail: luis.castillejo@unsch.edu.pe
Celular: N° 999000891

C.C.

Numero de constancia: 003-2021-EPMH.
Expediente de registro MPV N.º 2126997.001
Boleta de venta N° B001-00098638
Archivo LGCM/vpo.



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **primera instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento al artículo 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N.º 039-2021-UNSCH-CU, con RESOLUCION DECANAL N.º 068-2021-UNSCH-FCSA/D y con Memorando N.º 174- 2021-EPMH-FCSA-UNSCH/LGCM , deja constancia que:

- **Apellidos y Nombres de la tesista** : Yanet Magaly Zevallos Palomino
- **Escuela Profesional** : Medicina Humana
- **Título de la Tesis** : "MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS, MARZO - AGOSTO 2019"
- **Evaluación de la originalidad** : La tesis en mención tiene un índice de similitud de **11%**, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin con número de trabajo sin deposito **1627716633**, fecha **04-ago.-2021**; el suscrito analizó dicho reporte y se concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio, el mismo que cumple con las normas para el uso de citas , referencias y el índice de similitud menor a 30% así establecidas por la universidad.

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad para los fines que crea conveniente.

5 Agosto de 2021

Atentamente,


JORGE RODRIGUEZ RIVAS
Gineco - Obstetra
CMP 10688 RNE 13002

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Docente instructor
Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH
Email: jorge.rodriguez@unsch.edu.pe
DNI: 28299425
Celular: N° 966680162

Numero de constancia: 001-2021-EPMH.
Expediente de registro MPV N.o 2126997.001

Medicina basada evidencia: Intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 5 años, hospitalizados, marzo - agosto 2019.

por Yanet Magaly Zevallos Palomino

Fecha de entrega: 06-ago-2021 12:05p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1628484913

Nombre del archivo: MENORES_DE_1_A_5_A_OS,_HOSPITALIZADOS,_MARZO_-_AGOSTO_2019.docx (1.36M)

Total de palabras: 13464

Total de caracteres: 74164

ANEXO 6: INFORME DE INDICE DE SIMILITUD POR TURNITIN

Medicina basada evidencia: Intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 1 a 5 años, hospitalizados, marzo - agosto 2019.

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %	11 %	4 %	6 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.edu.uy Fuente de Internet	2 %
2	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1 %
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
4	doczz.net Fuente de Internet	1 %
5	1library.co Fuente de Internet	1 %
6	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1 %
8	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1 %

9	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1 %
10	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
12	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Autum Shingler-Nace, Judith Zedreck González. "El camino hacia GBE la gestión basada en la evidencia", Nursing (Ed. española), 2017 Publicación	<1 %
14	Submitted to Universidad Católica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.cientifica.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo