

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

“Antibióticoterapia de uso frecuente en infecciones respiratorias altas en menores de 5
años. Hospital General Riobamba, 2018”

Autores:

Bustamante Ruiz Juan José

Trujillo Avalos María José

Tutor:

Dr. Luis Ricardo Costales

Riobamba – Ecuador

Año 2019

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: **“Antibióticoterapia de uso frecuente en infecciones respiratorias altas en menores de 5 años. Hospital General Riobamba, 2018”**, presentado por los estudiantes: Bustamante Ruiz Juan José y Trujillo Avalos María José y dirigido por el Doctor Luis Ricardo Costales Vallejo Médico Pediatra.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vásconez

PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO

FIRMA

Dr. Nelson Muñoz

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Ángel Mayacela

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. Luis Ricardo Costales Vallejo

TUTOR

FIRMA

CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, Luis Ricardo Costales Vallejo, docente de la carrera de Medicina en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado “**Antibióticoterapia de uso frecuente en infecciones respiratorias altas en menores de 5 años. Hospital General Riobamba, 2018**”, presentado por el estudiante Bustamante Ruiz Juan José y Trujillo Avalos María José, en legal forma certifico haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Riobamba, 11 de septiembre del 2019



Dr. Luis Ricardo Costales Vallejo

CC: 0603977950

TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUTORÍA

Nosotros, Bustamante Ruiz Juan José y Trujillo Avalos María José, autores del trabajo de investigación titulado “**Antibióticoterapia de uso frecuente en infecciones respiratorias altas en menores de 5 años. Hospital General Riobamba, 2018**”, declaramos que todo su contenido es original y pertenece al aporte investigativo personal. Nosotros somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedemos los derechos de autor de la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa vigente.

Riobamba, septiembre del 2019



Bustamante Ruiz Juan José

CC: 0705207306



Trujillo Avalos María José

CC: 0603759697

DEDICATORIAS

A mi madre, por acompañarme durante este largo trascurso de estudios por ser un apoyo y el pilar fundamental en mi vida y a mis pequeñas hermanas Belén, Mishell y Melanie por ser mi fuerza durante esta larga travesía y a mi Ángel que me acompaña desde el Cielo mi abuelito Raúl.

MARÍA JOSÉ TRUJILLO

Se la dedico a todos los que apoyaron a que se realicé esta investigación, a quienes estuvieron en constante trabajo para facilitarnos el desarrollo, las correcciones a realizar y por sobre todo a quienes nos dieron los ánimos de seguir realizando investigaciones así.

JUAN JOSÉ BUSTAMANTE

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi Dios por guiarme en esta etapa de mi vida. A mi madre y mis hermanas por ser un apoyo en todo momento. A mi Universidad Nacional de Chimborazo y mis queridos profesores, por ser aquellos que me brindaron los conocimientos para mi formación académica; y a mi querido Hospital General Riobamba quien me abrió sus puertas para poner en práctica todo lo aprendido durante todo este tiempo de estudios. Mil Gracias.

MARÍA JOSÉ TRUJILLO

Quiero agradecer al Dr. Diego Miranda y al Dr. Luis Costales por guiarnos hasta el final en la elección y desarrollo de la investigación, al Dr. Fabricio García por facilitarnos sus instalaciones y recursos necesarios para la obtención de los datos aquí analizados. Agradecimiento al Hospital General Riobamba y a la Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme esa acogida y a todos sus maestros implicados de los que pude obtener todos los conocimientos obtenidos y sin los cuales no hubiera podido llegar hasta aquí, agradezco también a mi compañera y amiga de investigación por haber sido siempre ese impulso necesario para poder continuar y resolver los problemas que se manifestaron durante la realización de este proyecto. Por último, quiero agradecer a mi familia, amigos y compañeros que supieron entender y aceptar la vida que he elegido. A todos ustedes, muchas gracias por haberse cruzado en mi camino.

JUAN JOSÉ BUSTAMANTE

ÍNDICE

MIEMBROS DEL TRIBUNAL	ii
CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA	iii
AUTORÍA.....	iv
DEDICATORIAS	v
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
I.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:	2
II. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	4
CAPÍTULO I.....	5
III. ESTADO DEL ARTE.....	5
Infección respiratoria Aguda	5
Definición de IRA.....	5
Etiología.....	6
III.1 Otitis media aguda	6
III.1.1 Criterios clínicos.....	7
III.1.2 Tratamiento.....	7

III.2	Faringoamigdalitis	8
III.2.1	Criterios clínicos.....	8
III.3	Tratamiento.....	9
III.4	Sinusitis Bacteriana Aguda.....	9
III.4.1	Criterios clínicos.....	10
III.4.2	Tratamiento.....	10
III.5	Inadecuada Prescripción de Antibióticos.....	11
III.6	Inadecuada Prescripción de Antibióticos en Pediatría.....	11
CAPÍTULO II		12
IV.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
IV.1	Tipo de estudio.....	12
IV.2	Área de estudio	12
IV.3	Universo y muestra	12
IV.4	Identificación de variables	13
IV.5	Operacionalización de variables	13
IV.5.1	Criterios de Inclusión.....	13
IV.5.2	Criterios de Exclusión	13
IV.6	Procedimiento de recolección de datos.....	19
IV.7	Plan de procesamiento de datos	19

CAPÍTULO III.....	20
V. RESULTADOS.....	20
V.1 Análisis Univariante	20
V.1.1 Distribución de la población según la edad con diagnóstico de IRA.....	20
V.1.2 Distribución de la población según sexo con diagnóstico de IRA.....	20
V.1.3 Distribución según el diagnóstico de IRA	21
V.1.4 Distribución según prescripción de antibiótico en las IRA.....	22
V.1.5 Distribución según criterios de inicio de antibiótico en las IRA.....	22
V.1.6 Distribución según antibiótico prescrito en las IRA	23
V.1.7 Distribución según administración de dosis de antibiótico en las IRA.....	24
V.1.8 Duración del tratamiento antibiótico en las IRA.....	24
V.1.9 Intervalo de tratamiento antibiótico en las IRA	25
V.1.10 Medicación previa atención en las IRA.....	25
V.1.11 Distribución de prestadores de salud que brindaron atención medica.....	26
V.2 Análisis Bivariante	27
V.2.1 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con la edad de los pacientes con diagnóstico de IRA.....	27
V.2.2 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico con el sexo de los pacientes con diagnóstico de IRA.....	28

V.2.3	Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con el diagnóstico de IRA	29
V.2.4	Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con antibiótico recetado en las IRA	30
V.2.5	Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la dosis prescrita a los pacientes con IRA	31
V.2.6	Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la duración del tratamiento los pacientes con IRA	32
V.2.7	Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y el intervalo del tratamiento a los pacientes con IRA	33
V.2.8	Asociación entre criterios de inicio de antibiótico y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA	34
V.2.9	Asociación entre dosis y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA	35
VI.	DISCUSIÓN	37
	CAPÍTULO IV	43
VII.	CONCLUSIONES	43
VIII.	RECOMENDACIONES	45
IX.	BIBLIOGRAFÍA	46
X.	ANEXOS	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	14
Tabla 2 Distribución de la población según la edad con diagnóstico de IRA.....	20
Tabla 3 Distribución de la población según sexo con diagnóstico de IRA.....	21
Tabla 4 Distribución según el diagnóstico de IRA	21
Tabla 5 Distribución según prescripción de antibiótico en las IRA.....	22
Tabla 6 Distribución según criterios de inicio de antibiótico en las IRA	22
Tabla 7 Distribución según antibiótico prescrito en las IRA	23
Tabla 8 Distribución según administración de dosis de antibiótico en las IRA.....	24
Tabla 9 Duración del tratamiento antibiótico en las IRA.....	24
Tabla 10 Intervalo de tratamiento antibiótico en las IRA	25
Tabla 11 Medicación previa atención en las IRA	26
Tabla 12 Distribución de prestadores de salud que brindaron atención medica en las IRA	27
Tabla 13 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con la edad de los pacientes con diagnóstico de IRA.....	28
Tabla 14 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico con el sexo de los pacientes con diagnóstico de IRA	29
Tabla 15 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con el diagnóstico de IRA ...	30
Tabla 16 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con antibiótico recetado en las IRA.....	31
Tabla 17 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la dosis prescrita a los pacientes con IRA.....	32
Tabla 18Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la duración del tratamiento los pacientes con IRA	33
Tabla 19 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y el intervalo del tratamiento a los pacientes con IRA	34
Tabla 20 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA	35

Tabla 21 Asociación entre dosis y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA.....	36
Tabla 22. Anexo 1 Recolección de datos	50

RESUMEN

Introducción: Las infecciones respiratorias altas constituyen un 50% del motivo de consulta más frecuente en urgencias pediátricas. El prescribir inadecuadamente los antibióticos en la población infantil representa un problema que afecta a países desarrollados como subdesarrollados.

Objetivos: Determinar la frecuencia de uso de antibióticos en infecciones respiratorias altas en menores de 5 años, en el servicio de emergencia del Hospital General Riobamba en el período abril a diciembre 2018.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, serie de casos. Se estudió a lactantes y pres- escolares que acudieron a emergencia del Hospital General Riobamba durante abril a diciembre del 2018; con un universo de 354 pacientes y una muestra de 184 pacientes.

Resultados: se encontró una prevalencia de faringoamigdalitis en un 89,1%; la población con mayor atención fue de prescolares con un 53,3%, con predominio del sexo femenino 51,3%, en la prescripción de antibióticos con 82,6%; el 36,8% no cumplieron criterios para iniciar antibióticos. Se realizó un inadecuado uso de criterios para antibioticoterapia por parte del residente de emergencia con un 43,8% ($p=0,002$) además de prescribir inadecuadamente la dosis del fármaco en un 42,0% ($p=0,001$).

Conclusiones: La enfermedad con mayor prevalencia fue la de faringoamigdalitis, diagnosticada en su mayoría en prescolares, donde además se demostró que existe una relación entre inadecuada prescripción tanto de dosis como de uso innecesario de antibióticos y el médico

residente de emergencia, además de prescribir como antibiótico de elección a la amoxicilina más ácido clavulánico para enfermedades respiratorias altas.

Palabras Clave: Antibióticos, infecciones respiratorias altas, IRA, pres-colares y lactantes

Abstract

Introduction: High breaths infections constitute a 50% of the most frequent reason for pediatric emergency room consultation. The inappropriate antibiotics prescription in the child population represents a problem that affects the developed and developing countries.

Objectives: Determine the frequency of use of antibiotics in upper respiratory tract infections in children under 5 years old. In the emergency room of the Riobamba General Hospital period April to December 2018.

Material and methods: This is a descriptive study, retrospective, cross-sectional, case series. The study included infants and preschool children who attended the Riobamba emergency General Hospital during April to December 2018; With a universe of 354 patients and a sample of 184 patients.

Results: We found a sore throat 89.1% prevalence; the most attended population was the preschool one with 53,3%, and 51% of female prevalence, in the antibiotic prescription the 82,6%; the 36,8% did not fulfill the criteria to take antibiotics. Unsuitable criteria was done by the emergency resident to use antibiotics therapy 43,8% ($p=0,002$) besides the incorrect drug dose prescription 42,0% ($p=0,001$).

Conclusions: The disease with major prevalence was pharyngoamygdalitis, mostly diagnosed in preschoolers, where it was also shown that there is a relationship between unsuitable prescription both dosages and unnecessary use of antibiotic and the emergency resident doctor, as well as they always prescribe amoxicillin/clavulanic acid for upper respiratory illness.

Keywords: Antibiotics, Upper Respiratory Infections, IRA, Preschoolers and Infants

Translation reviewed by;



Msc. Edison Damián

I. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiraciones altas (IRA) constituyen procesos inflamatorios que afectan desde la mucosa nasal hasta el sistema respiratorio inferior sin incluir los alveolos. Estos trastornos se presentan con compromiso del estado general y varios síntomas como odinofagia, rinorrea, tos, dolor facial, sobre todo en niños menores de 5 años la sintomatología es inespecífica. (Ramirez, 2005)

Algunos datos sugieren que un 50% de estas patologías constituyen el motivo de consulta más frecuente en urgencias pediátricas (Suarez, 2016), dándonos una elevada morbilidad y sobre todo demanda asistencial. El identificar adecuadamente si es una infección respiratoria viral o bacteriana constituye un reto para el médico de urgencias debido a la falta de experiencia o al inadecuado conocimiento sobre las principales patologías de las IRA. En un estudio de acuerdo a Suarez la probabilidad de medicar antibióticos aumenta conforme el médico tiene más años de haber egresado de la carrera; los médicos familiares prescriben más antibióticos que los internistas. (Suarez, 2016)

En Ecuador existen una elevada resistencia bacteriana a los antibióticos de acuerdo al Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – (INSPI) en el año 2015, esto probablemente se deba a dos instancias fundamentales, por un lado la automedicación y en el otro caso que existen muchos médicos generales quienes no se encuentran en constante formación e investigación sobretodo la falta de experiencia del manejo en niños menores de 5 años en donde el cuadro clínico es difícil de determinar.

I.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

El prescribir inadecuadamente los antibióticos en la población infantil constituye un problema global que afecta a países desarrollados como subdesarrollados; de acuerdo a la revista *Pediatría Atención primaria* (Ruiz Contreras J, 2018) se estima que para el 2050 la cantidad de personas en el mundo que mueran por multirresistencia bacteriana excederá al número de personas que mueren por causa de cáncer.

En Ecuador no existen estudios ni datos estadísticos los cuales representen gráficamente el número de casos en los que se realiza una inadecuada prescripción antibiótica, es por esto que se convierte en una problemática cuyo control no se ha establecido aún, presentándose así la necesidad de instaurar márgenes analíticos que comparándolos cada cierto tiempo nos permita delimitar la calidad de atención medica que se da en esta región.

Las IRA establecen significativamente unas de las causas de morbimortalidad, en niños menores de cinco años (Adolfo Rubinstein, 2018); por lo que se puede mencionar que son las más frecuentes de motivo de consulta en emergencias pediátricas; como: faringitis aguda, resfriado común, otitis media aguda, rinosinusitis. Al ser la causa más común en este grupo etario los virus los cuales no necesitan un tratamiento específico, como los antibióticos para curarlos. Sin embargo, se ha vuelto en un desafío para el profesional de salud del área de emergencia el poder diferenciarlo entre una enfermedad de origen viral y bacteriana; y aunque sabiendo que es de origen viral, más la presión de los padres obligan muchas veces a prescribirlos.

Las consecuencias de prescribir inadecuadamente antibióticos determinan malestar por parte del niño y de sus padres; en ocasiones producen resistencia bacteriana y efectos adversos,

constituyendo un alto costo tanto personal como para el estado. Por lo que, al no existir un estudio actualizado en este medio sobre el mal uso de antibiótico en las IRA, nace la necesidad de estudiar con qué frecuencia y cuál fue el criterio tomado para prescribir terapia antibiótica.

Al integrar esta necesidad de estar conscientes del incorrecto uso de antibióticos para el grupo de enfermedades ya mencionadas, y por tratarse de lactantes y pres-colares como uno de los grupos de riesgo más importante, se pretende dar paso hacia el comienzo de un mejor uso de antibióticos, contribuyendo a la disminución consecutiva de complicaciones que pudieran resultar fatales, incentivando así a que se realicen más estudios similares y que abarquen a otros campos de la salud.

II. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de uso de antibióticos en infecciones respiratorias altas en menores de 5 años, en el servicio de emergencia del Hospital General Riobamba en el período abril a diciembre 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de las principales infecciones respiratorias altas en las que se indicó inicio de antibióticos en el área de Emergencia Hospital General Riobamba.
- Identificar el criterio clínico de utilización de antibióticoterapia en el área de Emergencia del Hospital General Riobamba.
- Analizar el porcentaje de antibióticos dados por pediatras, emergenciólogos y residentes que brindaron atención en el área de Emergencia.
- Identificar el número de casos en los que ya fueron expandidos por farmaceutas y/o auto medicado por un familiar previo a una atención médica.
- Reconocer el antibiótico más utilizado en infecciones respiratorias altas.

CAPÍTULO I

III. ESTADO DEL ARTE

Infección respiratoria Aguda

La infección respiratoria aguda son un grupo de síndromes que afectan a distintas zonas del sistema respiratorio, las mismas que poseen variadas etiologías y características epidemiológicas por lo que dificulta su control y prevención. De acuerdo a los síntomas y signos que presentan se clasifican en altas y bajas. (Pedroso, 2018)

Definición de IRA

Las IRA en la edad pediátrica representan una de las principales causas de consulta en la atención primaria. El diagnóstico es básicamente clínico, además es de gran importancia el reconocimiento y la valoración adecuada del estado de gravedad para iniciar un tratamiento adecuado desde un Servicio de Urgencias de Atención Primaria. (Fernandez L. D., 2014)

Las IRA son aquellas que afectan a estructuras que se encuentran por encima de la laringe como la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales. Cabe recalcar que la mucosa del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus estructuras puede propagarse hacia sus sectores inferiores. (M. Macedo, sf)

En un estudio realizado sobre el uso de antibióticoterapia en infecciones respiratorias en el área de urgencias pediátricas se determinó como resultados que: la faringitis fue la más frecuente. Se prescribieron antibióticos, principalmente amoxicilina, en el 30,8% de los casos de IRV (en el 5,7% de las faringitis, el 96,5% de las otitis medias agudas y el 36,7% de las faringoamigdalitis). (Claudia Guzmán Molina, 2014), sin embargo, no existen datos

referenciales que estadifiquen el uso inadecuado de antibíoticoterapia para las mismas, lo que representa dentro del grupo de investigaci3n una gran preocupaci3n sobre las iatrogenias ocasionadas en la poblaci3n preescolar hasta el momento.

Etiología

Las IRA son ocasionadas mayormente por virus, bacterias o parásitos, que pueden ser transmitidas de persona a persona por medio de gotitas de fluye al momento de toser o estornudar. Los virus ingresan al organismo por la boca, nariz y ojos, especialmente, cuando las personas enfermas o portadoras de IRA o influenza expulsan gotitas de fluye al toser o estornudar frente a otra sin tomar medidas de bioseguridad. Las bacterias pueden clasificarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, Parainfluenza, Influenza, Syncitial Respiratorio, Coxsackie. A pesar de que unos logren conmovier diferentes grados en las fosas nasales, cada individuo extiende a causar un sntoma propio, lo que admite diferenciarlos clnicamente (González, 2016).

III.1 Otitis media aguda

La otitis media aguda es una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica, además de ser una de las causas más comunes de prescripci3n de antibi3tica; la misma que es la inflamaci3n del oído medio caracterizada por la presencia de efusi3n y produce otalgia y p3rdida auditiva; la cual puede estar acompaãada de signos y sntomas de infecci3n aguda como fiebre. (Quesada, 2019)

La mayoría de los casos de otitis media aguda se resuelve de manera espontánea; sin embargo, el 30-40% de prescolares presentan cuadros recurrentes y más del 10% pese a tratamiento antibiótico no mejora. (Quesada, 2019)

III.1.1 Criterios clínicos

Entre los criterios para un adecuado diagnóstico en pacientes pediátricos habitualmente presentan inicio rápido de alza térmica y otalgia acompañado de: (Quesada, 2019)

- Abultamiento moderado-grave de la membrana timpánica u otorrea aguda no debida a otitis externa aguda.
- Abultamiento leve de la membrana timpánica u otalgia, eritema intenso de la membrana timpánica de inicio menor a 48 horas.
- En niños que no presentan efusión en el oído medio confirmado con otoscopia neumática y/o la timpanometría no se debe diagnosticar otitis media aguda.

III.1.2 Tratamiento

El antibiótico de elección es la Amoxicilina en dosis de 80-100mg/kg/día cada 12 horas, se recomienda cuando el paciente durante 30 días no haya recibido antes el antibiótico. Como alternativa se recomienda:

- Amoxicilina más inhibidores de B-lactamasa (amoxicilina 90mg/Kg/d con 6.4mg/kg/d de clavulánico) en 2 dosis.
- Cefalosporinas de segunda generación (cefдинир 14mg/kg/d en 1 o 2 dosis o cefuroximo 30mg/kg/d en 2 dosis.

- Cefpodoximo 10mg/kg/d en 2 dosis.
- Ceftriaxona 50/mg/kg/d intramuscular por 3 días.

En caso de alergia a penicilina se recomienda el uso de Macrólidos.

La duración del tratamiento es de 10 días en menores de 2 años. En pacientes entre 2 a 5 años y que presente otitis leve a moderada un tratamiento de 7 días es tan eficaz como el de 10 días. (Krause, 2016)

III.2 Faringoamigdalitis

La faringoamigdalitis es de origen habitualmente infeccioso en la cual se produce inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas. Los virus son frecuentemente la etiología más común; sin embargo, entre las causas bacterianas tenemos que agente principal es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo betahemolítico del grupo A. (Bandera, 2014)

III.2.1 Criterios clínicos

Para un diagnóstico adecuado se requieren de los criterios clínicos en faringoamigdalitis (Brú, 2017)

- Período de incubación de 2 – 5 días
- Fiebre de inicio brusco (mayor a 39°C)
- Faringodínea Intensa
- Adenopatías Tonsilares
- Paciente postrado con Cefalea y Vomito

III.3 Tratamiento

La penicilina o la amoxicilina es el tratamiento de primera elección, en caso de alergia a la penicilina como alternativa antibiótica se indica utilizar cefalosporina de primera generación. La duración del tratamiento para poder erradicar a los microorganismos es de 10 días. La dosis adecuadas para esta patología son: (Pérez, 2018)

Penicilina V:

- En niños de menos de 27 kg: 250 mg cada 12 horas durante 10 días.
- En niños de más de 27 kg: 500 mg cada 12 horas durante 10 días

Penicilina Benzatina:

- Niños de menos de 27 kg: 600.000 ui. IM dosis única.
- Niños de más de 27 kg: 1.200.000 ui. IM dosis única.

Amoxicilina:

- 50 mg/kg/día en 3 dosis, durante 10 días.

Cefadroxilo

- 30 mg/kg/día, 1 vez al, durante 10 días.

Clindamicina

- 7 mg/kg/dosis, 3 veces al día durante 10 días.

III.4 Sinusitis Bacteriana Aguda

La afección nasal y de los senos paranasales son enfermedades con alta prevalencia lactantes y preescolares que deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes. (García, 2018)

En una guía de diagnóstico y tratamiento realizada en Estados Unidos en el año 2013 donde presenta justificaciones para terapia antibiótica de sinusitis bacteriana aguda basada en la recuperación de bacterias de alta densidad ($\geq 10^4$ unidades formadoras de colonias/mL) encontrados en el 70% de los procedimientos de aspiración de senos maxilares que se obtuvieron de niños con síntomas caracterizados por secreción nasal persistente, tos diurna o ambos. (Ellen R. Wald, 2013)

III.4.1 Criterios clínicos

Infección de vías respiratoria alta con síntomas persistentes y que no se resuelven de manera espontánea (tos diurna y rinorrea por más de 10 días, fiebre de 39° C, secreción nasal purulenta ya sea unilateral o bilateral por 3-4 días) (García, 2018)

III.4.2 Tratamiento

Según el artículo “Acute bacterial rhinosinusitis in children” se recomienda iniciar antibióticoterapia. (Wald, 2018)

- Amoxicilina más ácido clavulánico de 45 mg/kg al día.
- Cefpodoxime 10 mg/kg por día oral cada 12 horas (máximo 400 mg al día).
- Cefdinir 14 mg/kg via oral por día cada 12 o 24 horas (máximo 600 mg).
- Levofloxacino 10 to 20 mg/kg oral cada 12 to 24 horas (máximo 500 mg).

III.5 Inadecuada Prescripción de Antibióticos

Se define como prescripción de medicamentos al resultado de una serie de consideraciones y decisiones relacionadas con la evolución de una enfermedad y con el papel que los fármacos desempeñan en su tratamiento. Así, después de establecido el diagnóstico definitivo se requiere de un ejercicio de inteligencia clínica para valorar cuál será la mejor estrategia terapéutica (farmacológica o no), entre todas las posibles alternativas existentes (GONZALO RAMOS, 2010)

III.6 Inadecuada Prescripción de Antibióticos en Pediatría

La principal patología en la edad pediátrica son las infecciones de las vías respiratorias superiores, que en su mayoría son de origen vírico y no necesitan antibióticos. (Rodrigo, 2010)

Los factores relacionados con la aparición y expansión de las resistencias bacterianas son el uso excesivo de antibióticos, la prescripción incorrecta en relación a su dosificación y/o posología y la administración en las situaciones en las que no está indicado el antibiótico provoca un gasto sanitario innecesario y probable desarrollo de complicaciones. (C Durán Fernández-Feijóo, 2010)

Varios estudios expresan que los niños menores de 5 años de edad son el grupo de la población más expuesto al uso de antibióticos. Así, en un estudio elaborado en Italia demuestra que el 52,9% de los niños entre 1 y 14 años de edad han recibido al menos un antibiótico en un solo año; este porcentaje disminuyó con la edad ya que el 70,4% de los niños entre 1 y 2 años de edad recibió un antibiótico en contraste con el 35,8% en los de más de 10 años. (Marques, 2006)

CAPÍTULO II

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

IV.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, serie de casos.

IV.2 Área de estudio

Pacientes lactantes y preescolares que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Riobamba durante abril a diciembre del 2018.

IV.3 Universo y muestra

Se investigará toda la población de pacientes lactantes y pre-escolares que hayan sido diagnosticados con faringitis y/o amigdalitis, sinusitis y otitis que hayan cumplido con los criterios de inclusión, obteniendo un total de 354 pacientes, se realizó el cálculo muestral mediante la fórmula para determinar la muestra en poblaciones finitas.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: total del universo (354)

e: margen de error 5% (0.05)

Z: nivel de confianza para una seguridad del 95 % = 1.96

p: proporción esperada= 0.5

q: 1-p = 0.5

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 354}{0.05^2(354 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$n = 184$

IV.4 Identificación de variables

- Características demográficas
- Determinantes del proceso salud enfermedad: estilo de vida, biología humana.
- Cuadro clínico típico de faringitis, amigdalitis, otitis media y sinusitis

IV.5 Operacionalización de variables

IV.5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes Nacidos a partir de 01 abril del 2013 hasta 01 de abril del 2018.
- Pacientes Atendidos en el área de Emergencia (Consulta Externa y Observación) durante el período de abril 2018 hasta diciembre 2018.
- Paciente con diagnósticos de Faringitis y/o Amigdalitis, otitis y sinusitis.
- Pacientes con antecedentes de haber sido tratados previamente patologías similares.
- Pacientes con registro de su atención médica en el sistema AS400.

IV.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes Nacidos fuera del período establecido.
- Pacientes atendidos por consulta externa.
- Pacientes con presencia de comorbilidades como: confirmación de VIH positivo, alteraciones genéticas, Presencia de cualquier tipo de discapacidad.
- Pacientes que provienen de otro país con residencia menor a 1 año.

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable Específica	Definición Conceptual	Definición Operacional			
		Tipo de Variable	Categoría	Escala	Indicador
EDAD	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	1. Lactante menor: 28 días a 11 meses 29 días. 2. Lactante mayor: 1 año hasta 2 años con 11 meses y 29 días 3. Pre-escolar: 3-5 años.	Porcentaje por grupo
SEXO	Condición de la población por género	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	Porcentaje

DIAGNÓSTICO	Análisis inicial de las patologías a presentarse	Cualitativa	Nominal	1.Farigoamigdalitis 2. Otitis media 3. Sinusitis	Porcentaje de diagnósticos presuntivos
PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICO	Indicación de antibióticos en una enfermedad.	Cualitativa	Nominal	1. SI 2. NO	Presencia de Antibióticos
CUMPLEN CRITERIOS DE ANTIBIÓTICO	Presencia de características clínicas para dar inicio a antibióticoterapia	Cualitativa	Nominal	1. Si cumple 2. No cumple	Porcentaje de Antibióticoterapia iniciada en base a criterios

<p>ANTIBIÓTICO RECETADO</p>	<p>Principio activo del antibiótico prescrito</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Discreta</p>	<p>1. Amoxicilina 2. Amoxicilina + AC. 3. Penicilina benzatinca 4. Cefalosporinas 1er generación 5. Cefalosporinas de 2da generación 6. Macrólidos 7. Otros</p>	<p>Tipo de principio activo</p>
<p>DOSIFICACIÓN</p>	<p>Cantidad del medicamento a administrar por kilogramo de peso.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. Adecuada 2. Inadecuada</p>	<p>Dosis mg diarios/kg peso</p>
<p>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</p>	<p>Tiempo en el que se mantiene el tratamiento.</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Discreto</p>	<p>1. Adecuada 2. Inadecuada</p>	<p>Días</p>

	INTERVALO	Tiempo entre la administración de una dosis y otra.	Cuantitativo	Discreto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada 2. Inadecuada 	Horas
	VÍA	Lugar por el que se administra el medicamento.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vía oral 2. Vía intravenoso 	Porcentaje de vía de administración
	MEDICACIÓN PREVIA	Uso de fármacos sin previo análisis por un médico.	Cuantitativa	Discretos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésicos. 2. Antitusígenos / Broncodilatadores 3. Antigripales/ Antihistamínicos. 4. Antibiótico previo 5. Ninguna 	Tipo de Fármaco

<p>PRESTADOR DE SALUD</p>	<p>Persona Capacitada quien prescribió el antibiótico</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico Pediatra 2. Médico Emergenciólogos 3. Médico Residente de Pediatría 4. Médico Residente de Emergencia 	<p>Porcentaje de antibióticos prescritos según el nivel de especialización.</p>
<p>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Uso de exámenes de apoyo para la confirmación del diagnóstico presuntivo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicitaron 2. No se solicitaron 	<p>Porcentaje de veces que se hizo uso de exámenes complementarios.</p>

IV.6 Procedimiento de recolección de datos.

- Para el objetivo N° 1 se procederá a obtener información de:
 - Revisión documental y base de datos del Sistema de Atención Médica del IESS (AS-400)
- Para el objetivo N° 2, 3, 4 y 5 utilizaremos:
 - Historias clínicas única, revisión bibliográfica y documental
 - Programa estadístico SPSS

IV.7 Plan de procesamiento de datos

- Se elaboró matrices, tablas y cálculo de indicadores con sus respectivos porcentajes.
- Se identificó la población diagnosticada de IRA (faringoamigdalitis, otitis media, sinusitis) por lo cual se realizó un registro de manera única vinculando variables en una base de datos de archivos múltiples.
- Se designó a un miembro del equipo la responsabilidad de registrar todas las actividades de procesamiento como: problemas encontrados, resolución de problemas principales y decisiones tomadas.
- La recolección de datos se realizó mediante la base de datos del sistema AS-400.
- Los datos se procesaron en forma manual, utilizando el programa estadístico SPSS versión 25, en el cual se realizó un análisis descriptivo con la obtención de porcentajes para las variables sociodemográficas y para la asociación de estas variables un análisis bivariante se utilizó Chi² de Pearson y prueba exacta de Fisher para que sea estadísticamente significativo se tomó una $p \leq 0,05$.
- Para la presentación de resultados se elaboró tablas.

CAPÍTULO III

V. RESULTADOS

V.1 Análisis Univariante

V.1.1 Distribución de la población según la edad con diagnóstico de IRA

Se observa que predomina la edad preescolar con 98 casos con un porcentaje de 53,3%, seguido por los lactantes menores con 45 con un porcentaje de 24,5%, lactantes mayores con 41 representan un 22,3 %.

Tabla 2 Distribución de la población según la edad con diagnóstico de IRA

Edad	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Lactante Menor	45	24,5	24,5
Lactante Mayor	41	22,3	46,7
Preescolar	98	53,3	100,0
Total	184	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.2 Distribución de la población según sexo con diagnóstico de IRA

Se observa que predomina en el sexo femenino con 93 pacientes con un porcentaje del 50,5%, y en el sexo masculino con 91 con un porcentaje de 49,5%.

Tabla 3 Distribución de la población según sexo con diagnóstico de IRA

Sexo	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Femenino	93	50,5	50,5
Masculino	91	49,5	49,5
Total	184	100,0	100,0

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.3 Distribución según el diagnóstico de IRA

De acuerdo al diagnóstico de las IRA de un total de 184 pacientes dentro de lactantes y prescolares se observó que la patología que predomina es la faringoamigdalitis con un número de casos de 164 con un porcentaje de 89,1%, seguida por otitis media con 16 casos que representa 8.7%, y solamente con 4 casos de sinusitis con un porcentaje del 2,2%.

Tabla 4 Distribución según el diagnóstico de IRA

Diagnóstico	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Faringoamigdalitis	164	89,1	89,1
Otitis Media	16	8,7	97,8
Sinusitis	4	2,2	2,2
Total	184	100,0	100,0

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.4 Distribución según prescripción de antibiótico en las IRA

Se observa que si se administró antibiótico a 152 pacientes con un porcentaje del 82,6% y a 32 pacientes no se administró antibiótico representado con el 17,4%.

Tabla 5 Distribución según prescripción de antibiótico en las IRA

Prescripción de Antibiótico	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Si	152	82,6	82,6
No	32	17,4	17,4
Total	184	100,0	100,0

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.5 Distribución según criterios de inicio de antibiótico en las IRA

Se observa que 96 pacientes si cumplen con criterios de inicio de antibiótico con un porcentaje del 63,2%.

Tabla 6 Distribución según criterios de inicio de antibiótico en las IRA

Criterios de inicio de antibióticos	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Si cumple	96	63,2	63,2
No Cumple	56	36,8	36,8
Total	152	100,0	100,0

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.6 Distribución según antibiótico prescrito en las IRA

De acuerdo al tratamiento prescrito, se consta que el antibiótico de elección fue la amoxicilina más ácido clavulánico con un 47,4%, seguido de amoxicilina en un 29,6 %, se demuestra una importante afinidad hacia la amoxicilina como tal, así como en combinación con el ácido clavulánico para dar como tratamiento inicial a las IRA que se han investigado, además cabe destacar que en un 16,8% no se decide iniciar antibióticoterapia.

Tabla 7 Distribución según antibiótico prescrito en las IRA

Antibiótico Prescrito	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Amoxicilina	45	29,6	29,6
Amoxicilina más Acido Clavulánico	72	47,4	77,0
Penicilina Benzatínica	1	0,6	77,6
Cefalosporina de 1era Generación	15	9,8	87,4
Macrólidos	11	7,2	94,6
Otros	8	5,4	100,0
Total	152	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.7 Distribución según administración de dosis de antibiótico en las IRA

Se observa que se prescribió dosis de antibiótico a 97 pacientes adecuadamente representado por el 63,8%, y a 55 pacientes que representa el 36,2% que recibieron una dosis inadecuada.

Tabla 8 Distribución según administración de dosis de antibiótico en las IRA

Dosis	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Adecuada	97	63,8	63,8
Inadecuada	55	36,2	100,0
Total	152	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.8 Duración del tratamiento antibiótico en las IRA

En cuanto a la duración del tratamiento existe una adecuada prescripción en un 84,8% de los casos frente a una inadecuada prescripción en un 15,3% en donde se envió al paciente con una duración del tratamiento por debajo del tiempo mínimo establecido.

Tabla 9 Duración del tratamiento antibiótico en las IRA

Duración	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Adecuada	129	84,8	84,8
Inadecuada	23	15,3	100,0
Total	152	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.9 Intervalo de tratamiento antibiótico en las IRA

En concordancia con la tabla 8, el intervalo aplicado en cada día resultó adecuado en un 93,4% frente a un 6,6% de los casos en que no se aplicó un intervalo adecuado lo que resulta en una ineficiencia en el mecanismo de acción, absorción y eliminación de los antibióticos que se encuentran dentro de este grupo. Cabe mencionar que la vía de administración de elección con 83,2% fue la vía oral.

Tabla 10 Intervalo de tratamiento antibiótico en las IRA

Intervalo	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Adecuada	142	93,4	93,4
Inadecuada	10	6,6	100,0
Total	152	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.10 Medicación previa atención en las IRA

El uso de medicación previa se ve representada en primer lugar por analgésicos con un 23,9%, con un uso previo de antibióticos en un 2,2%, mismos que según la fuente (sistema AS - 400) fueron administrados debido a sobrantes de tratamientos anteriores incompletos, cabe destacar que un 71,2% los familiares refirieron no haber automedicado al paciente.

Tabla 11 Medicación previa atención en las IRA

Medicamentos Previos	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Analgésicos	44	23,9	23,9
Antitusígenos/broncodilatadores	1	,5	23,4
Antigripales / Antihistamínicos	4	2,2	26,6
Antibiótico Previo	4	2,2	28,8
Ninguno	131	71,2	100,0
Total	184	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.1.11 Distribución de prestadores de salud que brindaron atención medica

El prestador de salud que más brindo atención fue el médico residente de emergencia con un 73,4%, seguido por el médico pediatra de emergencia con un 25%, donde se observó que existe un notable desbalance en la atención de aquellos pacientes que llegaron con IRA. Cabe mencionar que en un 94,6 % los médicos no solicitaron exámenes complementarios para llegar a su diagnóstico y que solo el 5,4% si se solicitaron; sin embargo, es necesario aclarar que de este porcentaje, los pacientes también presentaron sintomatología sugestiva de infección del tracto urinario y apendicitis.

Tabla 12 Distribución de prestadores de salud que brindaron atención médica en las IRA

Prestador de Salud	Frecuencia	Frecuencia válida %	Frecuencia acumulada %
Médico Pediatra	46	25,0	25,0
Médico Residente de Pediatría	3	1,6	26,6
Médico Residente de Emergencia	135	73,4	100,0
Total	184	100,0	

Fuente: Historias clínicas del sistema As400.

Elaborado por: Autores

V.2 Análisis Bivariante

V.2.1 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con la edad de los pacientes con diagnóstico de IRA

En la asociación entre los criterios de inicio de antibiótico y la edad se observa que existe un mayor número en el grupo de prescolares con 85 de 152 casos (55,92%) de los cuales en un 63,5% se cumplen con los criterios de inicio de antibiótico y en un 36,5% no cumplen, seguida de los lactantes menores donde se evidencia que de los 34 de 152 casos (22,4%) en un 52,9% cumplen con inicio de antibiótico mientras que el 47,1% no cumplen. Esta relación no es estadísticamente significativa con una $p= 0.243$.

Tabla 13 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con la edad de los pacientes con diagnóstico de IRA

		Edad			
		Lactante Menor %	Lactante Mayor %	Prescolar %	Total %
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	52,9	72,7	63,5	63,2
	No Cumple	47,1	27,3	36,5	36,8
Total		100,0	100,0	100,0	100,0

Chi2= 2,829, p= 0.243

Fuente: Tabla 6 y Tabla 2

Elaborado por: Autores

V.2.2 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico con el sexo de los pacientes con diagnóstico de IRA

En la asociación entre los criterios de inicio de antibiótico y el sexo se observa que predomina en el sexo femenino con 78 de 152 casos (51,3%) de los cuales un 67.9% si cumplen con criterio antibiótico mientras que el 32,1% no lo hace. Esta relación no es estadísticamente significativa con una p= 0.241.

Tabla 14 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico con el sexo de los pacientes con diagnóstico de IRA

		Sexo		
		Femenino	Masculino	Total
		%	%	%
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	67,9	58,1	63,2
	No Cumple	32,1	41,9	36,8
Total		100,0	100,0	100,0

Prueba exacta de Fisher= 1,580, p= 0.241

Fuente: Tabla 6 y Tabla 3

Elaborado por: Autores

V.2.3 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con el diagnóstico de IRA

En la asociación entre los criterios de inicio de antibiótico y el diagnóstico se observa que predomina la faringoamigdalitis en los cuales el 60,9% (81 de 133 casos) si cumplen con criterios antibiótico mientras que el 39,1% (52 de 133 casos) no cumplen, en cuanto a las patologías de otitis media y sinusitis no se realizó mayor comparación con la faringoamigdalitis ya que no existe un numero equitativo para realizar dicha comparación. Siendo esta relación no estadísticamente significativa con una p= 0.193.

Tabla 15 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con el diagnóstico de IRA

		Diagnóstico			
		Faringoamigdalitis	Otitis Media	Sinusitis	Total
		%	%	%	%
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	60,9	73,3	100,0	63,2
	No Cumple	39,1	26,7	0,0	36,8
Total		100,0	100,0	100,0	100,0

Chi2= 3,292, p= 0.193

Fuente: Tabla 6 y Tabla 4

Elaborado por: Autores

V.2.4 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con antibiótico recetado en las IRA

En la asociación entre los criterios de inicio de antibiótico y los antibióticos recetados se observa que la amoxicilina más ácido clavulánico predomina en relación con los otros antibióticos teniendo así 72 de 152 casos (47%) de los cuales el 63,9% si cumplen los criterios y el 36,1% no cumplen. Seguido por la amoxicilina con 45 de 152 casos (29,6%) con un 57,8% que cumplen y un 42,2% que no cumplen con criterios. Siendo esta relación no estadísticamente significativa con una p= 0.086.

Tabla 16 Asociación entre los criterios de inicio de antibiótico con antibiótico recetado en las IRA

		Antibiótico Recetado						Total %
		Amoxicilina %	Amoxicilina más Acido Clavulánico %	Penicilina Benzatínica %	Cefalosporina de 1era Generación %	Macrólidos %	Otros %	
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	57,8	63,9	100,0	93,3	54,5	37,5	63,2
	No Cumple	42,2	36,1	0,0	6,7	45,5	62,5	36,8
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi2= 9,644, p= 0.086

Fuente: Tabla 6 y Tabla 7

Elaborado por: Autores

V.2.5 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la dosis prescrita a los pacientes con IRA

En cuanto a los pacientes que cumplen con criterios de inicio de antibiótico se observa que en un 74,2% (72 de 97 casos) se les dio una dosis adecuada de antibiótico frente a un 25,8% (25 de 97 casos) que no reunían criterios de inicio de antibióticos a pesar de tener una dosificación correcta; sin embargo, es preocupante que se haya prescrito una dosificación incorrecta en un 56,4% de pacientes que no reunían criterios de antibioticoterapia. Estas asociaciones tras realizar las pruebas estadísticas demuestran ser estadísticamente significativas con un p= 0,000.

Tabla 17 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la dosis prescrita a los pacientes con IRA

		Dosis		
		Adecuada	Inadecuada	Total
		%	%	%
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	74,2	43,6	63,2
	No Cumple	25,8	56,4	36,8
Total		100,0	100,0	100,0

Chi2= 14,115, p= 0,000

Fuente: Tabla 6 y Tabla 8

Elaborado por: Autores

V.2.6 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la duración del tratamiento los pacientes con IRA

Al analizar la asociación entre el inicio de antibiótico y la duración del tratamiento se denota una adecuada prescripción en cuanto a la duración del tratamiento se refiere en un 65,9% (85 de 129 casos) a diferencia de una inadecuada prescripción en 47,8% (11 de 23 casos) que cumplen con criterios de inicio de antibióticos. En aquellos casos que no tenían criterios para prescripción de antibióticos, se encontró una inadecuada prescripción de la duración del tratamiento en un 52,2% (12 de 23 casos), los cuales recibían antibióticos por un total de 3 a 4 días. Estadísticamente esta relación no es significativa (p= 0,098)

Tabla 18 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y la duración del tratamiento los pacientes con IRA

		Duración del Tratamiento		
		Adecuada	Inadecuada	Total
		%	%	%
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	65,9	47,8	63,2
	No Cumple	34,1	52,2	36,8
Total		100,0	100	100

Prueba exacta de Fisher = 2,738, p= 0,098

Fuente: Tabla 6 y Tabla 9

Elaborado por: Autores

V.2.7 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y el intervalo del tratamiento a los pacientes con IRA

En esta asociación se refleja un uso y conocimiento positivo en cuanto al intervalo de cada antibiótico usado, teniendo dentro del grupo de los que cumplen con criterios de inicio a un 65,5% (93 de 142 casos) frente a un 30% (3 de 10 casos) en los que se observa una mala prescripción del antibiótico. De igual manera al referirnos al grupo de los que no cumplen con criterios se observa que pese haber sido medicados con antibióticos se hizo una prescripción correcta del intervalo en un 34,5% (49 de 142 casos) frente a un 70% (7 de 10 casos) en los que hubo una inadecuada prescripción.

Tabla 19 Asociación entre criterios de inicio de antibióticos y el intervalo del tratamiento a los pacientes con IRA

		Intervalo		
		Adecuada %	Inadecuada %	Total %
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	65,5	30,0	63,2
	No Cumple	34,5	70,0	36,8
Total		100,0	100,0	100,0

Prueba exacta de Fisher= 5,058, p= 0,039

Fuente: Tabla 6 y Tabla 10

Elaborado por: Autores

V.2.8 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico y el prestador de salud que brinda atención a los pacientes con IRA

Se analiza las variables entre el inicio de antibióticos según los criterios establecidos y el prestador de salud, donde se obtiene un incumplimiento de criterios en un 43,8% (49/112 de casos) para los médicos residentes, a diferencia de un incumpliendo de un 13,5% (5/32 de casos) para los médicos pediátricos.

Tabla 20 Asociación entre criterios de inicio de antibiótico y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA

		Prestador de Salud			
		Pediatra %	Residente de Pediatría %	Residente de Emergencia %	Total %
Criterios de inicio de antibióticos	Si cumple	86,5	33,3	56,3	63,2
	No Cumple	13,5	66,7	43,8	36,8
Total		100,0	100,0	112	100,0

Chi2 = 12,097, p= 0,002

Fuente: Tabla 6 y Tabla 12

Elaborado por: Autores

V.2.9 Asociación entre dosis y el prestador de salud que brindo atención a los pacientes con IRA

La variable dosis al asociarse con el prestador de salud que la prescribió arrojó resultados interesantes de analizar, obteniéndose datos significativamente estadísticos (p= 0,001)

El médico pediatra que presta sus servicios en el área de emergencia prescribió adecuadamente la dosis del fármaco en un 86,5% (32 de 37 casos), frente al 13,5% (5 de 32 casos) a los cuales prescribió una dosis inadecuada de antibiótico, en donde al ver esta diferencia notable se presumió que existen otros factores que influyan en su error y los cuales no se tomaron en cuenta en esta investigación.

El médico residente de pediatría tuvo un total de 3 atenciones durante el periodo establecido, de los cuales resultó en una mala prescripción de la dosis, sin embargo, es necesario destacar que la cantidad de casos a analizar es muy escasa para poder observar adecuadamente su labor.

El médico residente de emergencia quien tuvo un total del 73,7% (112 de 152 casos) de los cuales se prescribió adecuadamente en un 58% (65 de 112 casos) frente al 42% (47 de 112 casos) en los que no se dio una dosis adecuada, es importante señalar que este alto porcentaje de inadecuada prescripción de dosis resulta alarmante ante las crecientes complicaciones que esto implica y que estadísticamente va en aumento, no solo en esta ciudad (Riobamba), sino también en todo el país.

Tabla 21 Asociación entre dosis y el prestador de salud que brinda atención a los pacientes con IRA

		Prestador de Salud			Total %
		Médico Pediatria %	Médico Residente de Pediatría %	Médico Residente de Emergencia %	
Dosis	Adecuada	86,5	0,0	58,0	63,8
	Inadecuada	13,5	100,0	42,0	36,2
Total		100,0	100,0	100,0	100,0

Chi2 = 15,147, p= 0,001

Fuente: Tabla 8 y Tabla 12

Elaborado por: Autores

VI. DISCUSIÓN

El estudio se realizó en el área de emergencia tomando en cuenta una población pediátrica específica que fueron diagnosticados de faringoamigdalitis, otitis media y sinusitis, misma que estuvo comprendida entre lactantes menores, lactantes mayores y prescolares. Durante el año 2018 en el Hospital General Riobamba, en el área de emergencia se dio atención a 354 pacientes con las características antes mencionadas y sin considerar atenciones subsecuentes, según la base de datos de atención en emergencia proporcionada por el mismo hospital, cada mes se atendió en un promedio de 1.800 niños con un total de 16.200 durante 9 meses, que fue el rango de estudio en la presente investigación; el universo de la población estudiada representa un 2.2% del total de atenciones durante este tiempo (Riobamba, 2018). Realizando un análisis a la población que se investigó esta es relativamente pequeña; sin embargo, al hablar de inadecuada prescripción de antibióticos en una población pediátrica, esta tiene repercusiones de un alto impacto y de gran escala a largo plazo.

La población con mayor atención recibida en emergencia con diagnóstico de IRA fue la de prescolares con un 53,3% dato similar al estudiado en el Hospital General Medellín con un 51% de prescolares (Padilla, 2016-2018); muy diferente del 33.1% de prescolares que recibieron atención médica en el Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires (Fernandez C. , 2015-2018).

La atención brindada de acuerdo al género del paciente fue muy pareja con un 51,3% para el sexo femenino y 48,7% para el sexo masculino, por lo que en este medio existe un mayor número de población femenina, reflejando una mayor facilidad por parte de los usuarios del seguro social y de sus hijos (indistintamente sea su género) a la atención médica, a diferencia

de otros hospitales públicos en donde no solicitan aportaciones en donde se observa una mayor atención a la población infantil femenina.

La principal patología diagnosticada fue de faringoamigdalitis con un 89,1%, seguida de otitis media con un 8,7% y sinusitis con un 2,2%, muy similar al registro de casos reportados en el Hospital Regional de Ayacucho con 78% de casos diagnosticados de faringoamigdalitis en pacientes menores de 5 años (Flores, 2017)

En la prescripción de antibióticos, se obtuvo un total de 152 casos en los que se inició tratamiento antibiótico representando el 82,6% de la muestra de estudio (tabla 5), la cual sirvió de guía para la comparación y análisis entre las distintas variables, cabe mencionar que el porcentaje restante no se logró incluir debido a una incompleta información presente en el sistema AS-400, tal como una deficiente descripción de la enfermedad actual y datos incompletos en el examen físico, por lo que la ausencia de datos fueron tomados como representación de normalidad, mismo que no poseía relación entre lo reflejado en la historia y las indicaciones dando como resultado la falta de indicación de antibioticoterapia.

Se encontró un cumplimiento de criterios para iniciar antibióticos en un 63,2% y en un 36,8% de los casos que no requerían antibióticoterapia, esto basado en las guías de práctica clínica (Adolfo Rubinstein, 2018), además de actualizaciones bibliográficas en cuanto a últimos estudios se refiere (Brú, 2017).

El antibiótico más usado fue la amoxicilina más ácido clavulánico con un 47,4% a diferencia de la utilización en un 5.6% para las IRA que se diagnostican en el Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de México (Duarte, 2016). Por lo que antes de emitir juicios es

necesario verificar la disponibilidad de antibióticos durante el período de estudio para poder encontrar causas probables para que se prescriba en su mayoría este antibiótico.

Dentro de los pacientes a los que se prescribió antibióticos existen variables que demuestran en su mayoría una adecuada prescripción, tales como; la dosis con un 63,8%, intervalo con un 93,4%, la duración del tratamiento con un 84,8% y la elección de prescribir vía oral con un 100%.

Se obtuvieron relaciones entre dos variables con poca relevancia estadística: entre criterios de inicio de antibiótico y la edad ($\chi^2 = 2,829$ - $p = 0.243$) en donde se observó 36.4% de prescolares (mayor grupo etario 55.9%) que no cumplieron con criterios de antibióticos; de igual manera resultó la asociación entre criterios de inicio de antibióticos y el sexo (Prueba exacta de Fisher = 1,580 - $p = 0.241$) representado principalmente por el sexo femenino (51,3%), sin embargo, se reportó un mayor incumplimiento de criterios de antibióticos en el sexo masculino con el 41,9% de los casos de este grupo; en cuanto a la agrupación del diagnóstico y el inicio de criterio de antibióticos ($\chi^2 = 3,292$, $p = 0.193$) con un total de 87,5% de casos de faringoamigdalitis de los cuales un 39,1% no reunía criterios para dar inicio de antibióticoterapia, resulta beneficioso mencionar que al ser este el principal diagnóstico identificado y pese a no ser estadísticamente significativo, el valor obtenido en cuanto al mal uso de los criterios a tomar a consideración para un tratamiento antimicrobiano es elevado, lo que guía a que se dé una atención médica ineficiente e ineficaz. Al analizar la relación entre antibiótico prescrito y el inicio de criterio de antibiótico, se demostró que el antibiótico más utilizado fue la amoxicilina más ácido clavulánico, mismo que fue usado en 72 de 152 casos (47,4%) de los cuales no se dio cumplimiento a los criterios en un 36,1%, debido a su mecanismo

de acción este fármaco pone en mayor riesgo al paciente de adquirir resistencia bacteriana tanto de Gram positivos como de Gram negativos, sobre todo en aquellos casos en donde no se dio una correcta dosis (36,2%), duración (15,1%) ni intervalo (6,6%). Tanto en Ecuador como en Latinoamérica no existen estudios en donde se aporte con análisis de resultados referentes al mal uso de antibióticos como un factor que evalúe tanto la calidad de atención en salud, así como el innecesario uso de este recurso a la hora de brindar atención a pacientes con enfermedades respiratorias altas.

De la misma manera realizando un análisis bivariado entre los criterios de inicio de antibiótico y dosis adecuadas con un valor estadísticamente significativo (χ^2 14,115, $p=0,000$), se observó que la mayoría de pacientes con un 64% se administró correctamente su tratamiento; llamando la atención que elevado número de niños, quienes no cumplieron con criterios de tratamiento antibiótico, se prescribió inadecuadamente la dosis un 56%, datos que son afines a los indicados por Cots y colaboradores en donde mencionan que existe un incorrecto uso de dosis e innecesario uso de antibiótico en IRA. (Cots, 2015)

Los analgésicos representan el principal grupo de medicamentos ingeridos previo a la atención médica recibida en el área de emergencia con un 23,9%, sin embargo, no representa el valor real de la sociedad en la que no se tiene un adecuado registro ni control de medicina expendida por farmacéuticas, además de su negación por parte de familiares y pacientes por miedo a posibles críticas por parte del prestador de salud.

Los médicos residentes de emergencia representan el principal grupo de prestadores de salud quienes brindaron atención en el área de emergencia abarcando un 73,4% de atenciones para este grupo de enfermedades.

El 35,5% de los pres-colares que acudieron a emergencia cumplieron con criterios de inicio de antibiótico, sin embargo, un 20,4% de pres-colares no reunían criterios para dar inicio a tratamiento antibiótico. Según la Organización Mundial de la Salud, una de las principales causas para prescribir antibióticos innecesariamente es la presión por parte de los padres, así como una mala explicación por parte del médico con respecto al uso de estos medicamentos (OMS, 2012)

En este estudio se observa que el médico especialista en Pediatría del servicio de emergencia es quien más prescribe dosis adecuadas (86.5%) obteniendo el mismo porcentaje de cumplimiento de criterios de antibióticos en relación con las que prescribe inadecuadamente (13,5%) tanto para dosis como para criterios de inicio de antibióticoterapia con un valor estadísticamente significativo ($\chi^2= 12,097$, $p=0,002$); a diferencia del grupo de médicos residentes de emergencia quienes obtuvieron un 58% de adecuadas prescripciones frente a un 42% de inadecuadas. Esto probablemente se deba a la falta de apego al manual de antimicrobianos en cuanto a los criterios para su uso, además de la constante presión ejercida por los pacientes para el cumplimiento de su atención, convirtiéndose en el grupo de prestadores de salud más propensos a cometer errores.

Finalmente, en esta investigación existe un valor estadísticamente significativo con una prueba de χ^2 de 15,147 ($p=0,001$) entre la dosis adecuada y el prestador de salud; comprobándose como es lógico que el especialista en Pediatría, quien tiene un amplio conocimiento del tema, prescribe adecuadamente la dosis: al contrario de los médicos residentes de los servicios de emergencia y Pediatría quienes envía dosis inexactas; siendo motivo de preocupación tanto para la institución como para el usuario; ya que la cantidad enviada de

medicamentos no son suficientes para la cura de la enfermedad, causando efectos adversos y costos elevados, en donde el único que a la final sale perjudicado es el paciente y su familia. En referencia a lo mencionado anteriormente existe un estudio de Flores; quien menciona que los médicos generales en los últimos tiempos no se encuentran con una educación continua y actualización de protocolos afines a la morbilidad y mortalidad de la población pediátrica. (Flores, 2017)

CAPÍTULO IV

VII. CONCLUSIONES

- La enfermedad con mayor prevalencia fue la de faringoamigdalitis con un 89,1% con un inadecuado uso de antibióticos en: 36,5% de los prescolares, 27,3% de lactantes mayores y un 47,1% de lactantes menores, cifras que son alarmantes denotando al grupo de lactantes menores, quienes serán más propensos a adquirir resistencia bacteriana.
- Mediante el uso del sistema AS-400 se pudo observar que los principales criterios clínicos para dar inicio a tratamiento con antibióticos fueron: presencia de orofaringe eritematosa y amígdalas hipertróficas para faringoamigdalitis, otalgia unilateral o bilateral para otitis media y presencia de rinorrea mas irritabilidad para sinusitis.
- Se registró un total de 42 casos en los que fueron automedicados con analgésicos, 1 caso en el que se administró antitusígenos, 2 casos en los que se administraron aines, 4 casos en los que se administró algún tipo de antigripal y 4 casos en los que el familiar dio antibióticos al paciente, ninguno refirió si estos fueron sugeridos por un farmacéutico.
- El antibiótico más utilizado fue la amoxicilina más ácido clavulánico, representando el principal gasto del hospital para el tratamiento de las IRA y que en su mayoría fueron atendidas por médicos residentes de emergencia.
- En el presente estudio la mayoría de pacientes recibieron antibióticoterapia con una dosis adecuada, siendo estadísticamente significativa; pero llama la atención que un elevado número de niños, quienes no cumplieron con criterios de tratamiento antibiótico, se prescribió inadecuadamente la dosis.

- El especialista en Pediatría prescribió adecuadamente la dosis de antibiótico, haciendo un uso adecuado de los criterios de inicio para antibióticoterapia; siendo motivo de preocupación que los médicos generales, tanto residentes de emergencia como de Pediatría, no envían una dosis apropiada, ni toman en consideración los criterios para prescribir antibióticos, teniendo como consecuencias: el uso innecesario de los antimicrobianos, un gasto de recursos en medicamentos y más importante aún la posible adquisición de resistencia bacteriana a los medicamentos mayormente prescritos.
- La frecuencia de la ingesta de medicamento antibiótico en la presente investigación fue correcta en la mayoría de la población estudiada.

VIII. RECOMENDACIONES

- Uno de los principales problemas con lo que nos enfrentamos fue la falta de datos clínicos registrados en el sistema AS-400 y lo que resultó en exclusión del caso, por lo que se recomienda tratar de ser más específicos a la hora de redactar una nota la cual forma parte de la historia clínica del paciente, mismo que se recuerda es un documento legal.
- Es necesario la implantación de criterios clínicos que en consenso ayuden al buen diagnóstico y tratamiento de las IRA dados por parte del personal que brinda atención, tal es el caso de los residentes de emergencia, a quienes se recomienda una mejor prescripción del medicamento, así como una constante educación facilitada por las autoridades hacia su personal de salud.
- Con el fin de evitar las complicaciones que comprende una inadecuada prescripción de antibióticos, se recomienda la constante actualización e interiorización del presente estudio y que puede abarcar otras patologías y/o áreas de salud.

IX. BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

Adolfo Rubinstein, M. K. (2018). *GUÍA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y*

RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN DE IRAS. Obtenido de

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000840cnt-2018-07_guia-

[infecciones-respiratorias-agudas-web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000840cnt-2018-07_guia-infecciones-respiratorias-agudas-web.pdf)

Bandera, G. L. (2014). Extracto del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *Medigraphic*, 378-401.

Brú, J. d. (2017). Infecciones de vías respiratorias altas. *Pediatría Integral*, 385-392.

C Durán Fernández-Feijóo, S. M.-B. (2010). Calidad de la prescripción antibiótica en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario. *Asociación Española de Pediatría*, 1-6.

Castillo, B. G. (2017). Otitis media aguda. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*, 67-77.

Claudia Guzmán Molina, R. (2014). Antibióticos en las infecciones respiratorias en urgencias pediátricas. *ELSEVIER DOYMA*, 4.

Cots, A. B. (2015). Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. *Elsevier*, 1-12.

Duarte, R. F. (2016). Uso Adecuado de Antimicrobianos en Pediatría en un hospital de tercer nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 150-157.

Ellen R. Wald, K. E. (2013). Sinusitis bacteriana aguda en niños. *IntraMed*, 132-137.

Fernandez, C. (2015-2018). *Informe de Atención en enfermedades respiratorias altas*. Buenos Aires.

- Fernandez, L. D. (2014). Actualizacion en patologia de vias respiratorias pediatricas: abordaje desde un servicio de urgencias de Atención Primaria. *medicina general y familia*, 1-10.
- Flores, P. H. (13 de Enero de 2017). Caracterizacion de la automedicacion con antibioticos en emergencia de pediatria. Puno, Peru.
- García, J. B. (2018). Sinusitis en Pediatría. *Scielo*, 62-70.
- GONZALO RAMOS, G. O. (2010). *Guia para las Buenas Practicas de Prescripcion* . Santiago de Chile.
- Krause, D. F. (2016). Otitis media aguda diagnostico y manejo practico. *Revista medica clinica las condes*, 1-9.
- M. Macedo, S. M. (5 de Agosto de sf). *Infecciones Respiratorias*. Obtenido de <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesrespiratorias.pdf>
- Marques, J. C. (2006). La resistencia a antibioticos un problema pediatrico. *AEPap* , 61-67.
- OMS. (2012). The rational use of drugs: report of the conference of Experts. *Nairobi*, 25-29.
- Padilla, A. (2016-2018). *Informe de Atencion Recibida en el Area de Emergencia Hospital General de Medellin*. Medellin.
- Pedroso, D. A. (2018). Infecciones respiratorias audas en pacientes menores de 15 años en una área de salud. *Scielo*.
- Pérez, P. R. (2018). Recomendaciones para el diagnostico y tratamiento etiologico de la faringoamigdalitis aguda estreptococia en pediatria. *Scielo*, 69-77.
- Quesada, M. C. (2019). Otitis media aguda: generalidades y resistencia antibiótica. *Medigraphic*, 1-9.

- Ramirez, I. (Marzo- Abril de 2005). Uso de Antimicrobianos en infecciones Agudas de Vias Respiratorias Altas. *Revista Medica del IMSS*, 247. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053j.pdf>
- Riobamba, H. G. (2018). *Registro de atenciones medicas en el area de Emergencia*. Riobamba.
- Rodrigo, C. (2010). Uso de los antimicrobianos en la poblacion pediatrica. *ELSEVIER*, 1-11.
- Ruiz Contreras J, A. B. (08 de 06 de 2018). Consumo de antibióticos y prevención de las resistencias bacterianas. *Pediatría atención primaria*. Obtenido de http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus51_LjPpkxDJ8Z417JdpttzLDPJhW
- Suarez, C. (08 de Abril de 2016). *aepap.org*. Recuperado el 03 de Marzo de 2019, de https://www.aepap.org/sites/default/files/infeccion_respiratoria_vias_altas.pdf
- Wald, E. R. (2018). Acute bacterial rhinosinusitis in children: Microbiology and. *Uptodate*, 1-32.

X. ANEXOS

Tabla 22. Anexo 1 Recolección de datos

Pac	edad	sexo	Diagnostico	Prescripción	Criterios	Fármaco	Dosis	Duración	Intervalo	Vía	Medicación	Prestador	Exámenes
pac 1	Prescolar	Femenino	Otitis Media	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Pediatría	No
pac 2	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Aplica	Macrólidos	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 3	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 4	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 5	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 6	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 7	Prescolar	Femenino	Sinusitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 8	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 9	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 10	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No

pac 11	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 12	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Macrólidos	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Antigripales/ Antihistamínicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 13	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 14	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 15	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 16	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 17	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 18	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 19	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Peditra	No
pac 20	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 21	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No

pac 22	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Macrólidos	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
Pac 23	Prescolar	Masculino	Otitis Media	Si	No Cumple	Otros	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 24	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 25	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 26	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 27	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 28	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 29	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 30	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 31	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 32	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 33	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 34	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 35	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 36	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 37	Prescolar	Masculino	Otitis Media	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 38	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antibiótico Previo	Médico Pediatra	No
pac 39	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 40	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 41	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 42	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Otros	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 43	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Otros	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antitusígeno s/broncodilatadores	Médico Residente de Emergencia	No

pac 44	Prescolar	Masculino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 45	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 46	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 47	Lactante Mayor	Masculino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 48	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 49	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 50	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 51	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 52	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 53	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 54	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No

pac 55	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 56	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Otros	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 57	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 58	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 59	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antibiótico Previo	Médico Residente de Emergencia	No
pac 60	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 61	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 62	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 63	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 64	Prescolar	Masculino	Sinusitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 65	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 66	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Penicilina Benzatínica	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 67	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 68	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 69	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 70	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 71	Prescolar	Masculino	Otitis Media	Si	No Cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 72	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 73	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 74	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 75	Prescolar	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 76	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 77	Prescolar	Masculino	Sinusitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No

pac 78	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 79	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 80	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 81	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 82	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 83	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 84	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 85	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antibiótico Previo	Médico Residente de Emergencia	No
pac 86	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 87	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 88	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No

pac 89	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 90	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 91	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 92	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 93	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 94	Lactante Mayor	Masculino	Otitis Media	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 95	Prescolar	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 96	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 97	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 98	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 99	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No

pac 100	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 101	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 102	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 103	Lactante Mayor	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 104	Lactante Mayor	Femenino	Sinusitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 105	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 106	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 107	Lactante Mayor	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 108	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 109	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 110	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No

pac 111	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 112	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 113	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 114	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 115	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 116	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 117	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 118	Lactante Menor	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Otros	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 119	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 120	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 121	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 122	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 123	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 124	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 125	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 126	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 127	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 128	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 129	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Penicilina Benzatínica	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 130	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 131	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 132	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 133	Lactante Menor	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Peditra	No
pac 134	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 135	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 136	Lactante Mayor	Masculino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Peditra	No
pac 137	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 138	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antibiótico Previo	Médico Residente de Emergencia	No
pac 139	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 140	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 141	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 142	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Peditra	No
pac 143	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 144	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 145	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 146	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 147	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 148	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 149	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 150	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 151	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 152	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Antigripales/Antihistamínicos	Médico Pediatra	No
pac 153	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 154	Lactante Mayor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 155	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Pediatría	No
pac 156	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 157	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Pediatría	No
pac 158	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 159	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 160	Lactante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 161	Lactante Mayor	Masculino	Otitis Media	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 162	Lactante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 163	Lactante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 164	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Pediatra	No

pac 165	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 166	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 167	Lact ante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Cefalosporina de 1era Generación	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 168	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 169	Lact ante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 170	Lact ante Menor	Femenino	Otitis Media	Si	Si cumple	Otros	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 171	Prescolar	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Macrólidos	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Pediatra	No
pac 172	Lact ante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 173	Lact ante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 174	Lact ante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 175	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No

pac 176	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 177	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 178	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 179	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	No	No Aplica	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Analgésicos	Médico Pediatra	No
pac 180	Lact ante Mayor	Femenino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 181	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 182	Prescolar	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	No Cumple	Amoxicilina más Acido Clavulánico	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Analgésicos	Médico Residente de Emergencia	No
pac 183	Lact ante Menor	Masculino	Faringoamigdalitis	Si	Si cumple	Amoxicilina	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Vía Oral	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No
pac 184	Lact ante Menor	Femenino	Faringoamigdalitis	No	No Cumple	Ninguno	No aplica	No aplica	No aplica	Ninguno	Ninguno	Médico Residente de Emergencia	No