

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN LOS NIÑOS Y NIÑAS
MENORES DE 5 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE
SALUD FAMILIAR DE EREGUAYQUIN, HACIENDA NUEVA Y NUEVO
EDÉN DE SAN JUAN EN EL PERÍODO DE ABRIL - JUNIO 2016**

Informe Final Presentado Por:

Maury Reinaldo Silva Granados

Silvia Carolina Sosa Garay

Gloria Esthefany Villafuerte Valenzuela

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Mario Ernesto Moreno Retana

San Salvador, Septiembre, 2016.

INDICE

CONTENIDO	Pag.
RESUMEN.....	i
INTRODUCCION.....	ii
CAPITULO I: OBJETIVOS DE LA IVESTIGACION	
Objetivo general.....	1
Objetivos Específicos.....	1
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
Definición.....	2
Epidemiología.....	2
Factores de riesgo.....	2
Infecciones Respiratorias Agudas Altas	
Catarro Común.....	3
Faringoamigdalitis.....	5
Sinusitis.....	6
Otitis Media Aguda	7
CRUP.....	8
Infecciones Respiratorias Agudas Bajas	
Bronquitis.....	9
Bronquiolitis.....	10
Neumonía.....	10

CAPITULO III: HIPOTESIS

Hipótesis General.....	12
------------------------	----

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

Universo.....	13
---------------	----

Muestra.....	13
--------------	----

Variables.....	14
----------------	----

Técnicas de obtención de información.....	14
---	----

Operacionalización de variables.....	15
--------------------------------------	----

CAPITULO V: PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	18
---	----

Discusión de resultados.....	30
------------------------------	----

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	35
-------------------	----

Recomendaciones.....	34
----------------------	----

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I. RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el perfil clínico epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas de 0-5 años que consultan en las UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva, (en Usulután) y Nuevo Edén de San Juan (San Miguel) de Abril - Junio de 2016.

Es una investigación de tipo transversal descriptiva, con un universo de 890 niños/niñas menores de 5 años, tomando una muestra de 82. De la cual se logra apreciar que la edad (en su mayoría de 1- 2 años), familiares con IRA y cocinar con leña son factores que inciden principalmente ante la presencia de infecciones respiratorias, de las cuales es el resfriado común el motivo de consulta más frecuente.

En cuanto a la sintomatología, es muy variada, desde tos, procesos febriles, rinorrea o disfagia, siendo estos los que motivan a los padres de familia a consultar o a tomar otro tipo de medidas tanto preventivas como curativas según su idiosincrasia.

También se logró identificar el uso de antibióticos en la mayoría de infecciones respiratorias en contraposición a la epidemiología y etiología de las mismas que, según la teoría, las infecciones respiratorias en los niños son más frecuentes las de origen viral.

Se recomienda tanto a nivel central, Ministerio de Salud y primer nivel de atención en salud proporcionar más recursos de promoción y prevención, fortalecer los instrumentos de promoción ya existentes, mantener o aumentar las charlas sobre que son las infecciones respiratorias agudas, como prevenirlas y qué actitud tomar ante ellas. Así también, a los médicos y demás personal de salud para hacer hincapié en manejo adecuado y conocimiento de los signos de alarma y cuando regresar nuevamente al establecimiento de salud.

INTRODUCCIÓN

En los países en vías de desarrollo como el caso de El Salvador, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), siguen ocupando las primeras causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años; lo cual constituye un grave problema de salud pública en nuestro país. En la Región de las Américas, las IRAS se ubica entre las primeras cinco causas de defunción de menores de cinco años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud. Todos los años, la neumonía ocasiona en todo el mundo más de 100.000 muertes de niños menores de un año, es decir un promedio de 300 muertes diarias. Noventa y nueve por ciento de estas muertes ocurre en los países en desarrollo. Otros 40.000 niños mueren anualmente por neumonía antes de alcanzar los cinco años de edad, lo cual representa otras 100 muertes diarias por esta causa en todo el hemisferio.

Aunque la extensión de las IRAS es global, su impacto se refleja con gran disparidad entre los países industrializados y los menos desarrollados. Mientras que de 1 a 3% de las muertes entre los niños menores de cinco años se debe a neumonía en los países desarrollados, la neumonía causa de 10 al 25% de las defunciones en los países en desarrollo. El grado de acceso a los servicios de salud es un elemento clave que explica esta diferencia: las IRAS son una de las principales causas de consulta y hospitalización en los países en desarrollo.

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los servicios de salud, es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños con respecto a los signos que indican que el niño debe ser visto por personal de salud y no ser tratados en casa.

En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. Un gran número de muertes por Neumonía puede evitarse detectando precozmente los signos de alarma en el hogar y orientando a la rápida búsqueda de ayuda en los servicios de Salud. Es importante evaluar el conocimiento de los Padres y los signos de alarma

para llevar al niño a un servicio de salud oportunamente y así disminuir la mortalidad infantil.

En este documento se presentan los resultados tanto teóricos como del trabajo de campo de la investigación sobre el perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en los niños y niñas de 0-5 años en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan en el periodo de abril a junio 2016, tomando en cuenta las edades, los factores de riesgo para la aparición de IRAS y el conocimiento de los padres acerca del tema y las acciones que estos tomaron al respecto, tales datos han sido graficados, tabulados e interpretados en base a la información que se obtuvo a través del instrumento de recopilación de datos .

I. OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico y epidemiológico en los niños y niñas menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas en las unidades comunitarias de salud familiar de Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan en el periodo de abril - junio 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgos en los menores de 5 años de edad para la aparición de las infecciones respiratorias agudas.
2. Determinar las prácticas que realizan las madres/padres u otros cuidadores de los niños menores de 5 años, ante la aparición de las infecciones respiratorias agudas y que acciones realizan para la prevención de las mismas.
3. Evaluar los conocimientos generales que tienen las madres/padres u otros cuidadores de los niños menores de 5 años sobre las infecciones respiratorias agudas.
4. Clasificar las infecciones respiratorias agudas más comunes diagnosticadas en los niños y niñas menores de 5 años.
5. Describir cuales son los síntomas más frecuente por la cual consulta los niños y niñas menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas.

II. MARCO TEORICO

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Definición:

“Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica” presentes a lo largo de todo el año y aumentando de manera muy importante durante los meses de invierno. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización.

Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las IRAS en altas y bajas, se acepta como IRA alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de la epiglotis hacia arriba.

Dentro del grupo de las IRAS altas se pueden mencionar la otitis media aguda, sinusitis, resfrío común, faringoamigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis. A pesar que las IRAS bajas concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las IRAS altas las que se presentan con mayor frecuencia en la consulta ambulatoria.

EPIDEMIOLOGÍA.

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRAS de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías. Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional.

Las IRAS son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad.

FACTORES DE RIESGO.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRAS, algunos son modificables y otros no. Entre ellos tenemos, la edad del niño donde se observa que

por debajo de los 5 años y sobre todo en el recién nacido y el lactante se presenta el mayor riesgo, el bajo peso al nacer favorece la mayor sensibilidad a la infección, debido entre otras causas al deterioro físico del niño y a los trastornos en la maduración del sistema inmune del bebé, asociado al bajo peso al nacer encontramos también como un factor de riesgo importante la desnutrición, la cual es la causa más común de inmunodeficiencia, gran parte de la morbilidad y la mortalidad en individuos malnutridos se debe a las infecciones .

Otro factor de riesgo importante es la no-administración de lactancia materna. Los niños en los que se sustituye la lactancia natural son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro, aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna carecen de la protección que la misma aporta contra las IRAS.

IRAS ALTAS.

CATARRO COMÚN

*“El resfrío común, también conocido como rinofaringitis aguda, es la infección más frecuente en los niños y se caracteriza principalmente por rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, como síntomas principales y en la que no se producen síntomas y signos sistémicos o son muy leves.”*⁷ Su etiología es predominantemente viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de complicación. Los agentes más importantes son el rinovirus, con más de 100 serotipos distintos, el coronavirus y el VRS.

Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años, con un promedio de 3 a 5 resfríos al año en el niño.

El período de incubación es corto, generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de mononucleares y posteriormente de polimorfonucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

Cuadro Clínico: Dentro de las manifestaciones más constantes se encuentran las locales como la rinorrea y la obstrucción nasal. En los lactantes el cuadro comienza habitualmente con fiebre, irritabilidad, decaimiento, estornudos y ruidos nasales. Pronto aparece rinorrea, inicialmente serosa, que se va transformando en mucosa al pasar los días hasta adquirir aspecto mucopurulento y desaparecer dentro de la primera semana.

Cuando se asocia fiebre, habitualmente se presenta al inicio del cuadro extendiéndose no más allá de 72 horas. Puede ocurrir aumento transitorio de las evacuaciones intestinales. En el examen físico sólo se objetiva congestión faríngea y presencia de coriza. Los síntomas comienzan a disminuir hacia el cuarto día, pudiendo aparecer otros signos respiratorios por extensión o por contiguidad, como disfonía o tos productiva. Los lactantes mayores y preescolares habitualmente presentan menos fiebre y menor compromiso del estado general. A mayor edad, el cuadro comienza con sensación de sequedad e irritación nasal, seguido de estornudos y coriza. Otros síntomas como mialgias, cefalea, fiebre baja y tos pueden estar presentes. Esta fase aguda también dura, por lo general, 2 a 4 días. Dentro del diagnóstico diferencial se debe considerar, en los niños pequeños, la etapa inicial de una bronquiolitis o una laringitis. En los mayores de 4 años, los principales diagnósticos diferenciales corresponden a la rinitis alérgica y vasomotora. Finalmente, se debe recordar que los síntomas iniciales de cualquier patología respiratoria pueden sugerir un resfrío común por lo que es esencial considerar y supervisar la evolución del cuadro.

Complicaciones: Las complicaciones se producen por sobreinfección bacteriana o desencadenamiento de fenómenos alérgicos. La más frecuente es la otitis media aguda. En el escolar, la complicación más frecuente es la sinusitis. El mal uso de los antibióticos suprime la flora bacteriana normal lo que permite la sobreinfección con agentes patógenos.

Considerando la evolución normal del resfrío común, se debe poner atención a la persistencia o reaparición de fiebre más allá del cuarto día, prolongación más allá de

7 días de la etapa purulenta de la rinorrea y falta de tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución.

El **tratamiento** es principalmente sintomático, con reposo relativo, una adecuada hidratación y uso de antipiréticos en caso de fiebre. En los lactantes más pequeños es fundamental realizar un buen aseo nasal en forma frecuente con suero fisiológico. Se le debe indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato, si no mejora hacer una consulta de control cinco días después. El uso profiláctico de antibióticos está completamente contraindicado

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.

“*La faringoamigdalitis (FA) corresponde a una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas*”. Un tercio de las consultas pediátricas por infecciones respiratorias altas presentan como primer síntoma dolor de garganta.

Dentro de las causas infecciosas se distinguen las bacterianas y las virales. En los menores de tres años es mucho más frecuente la etiología viral, mientras que en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana, hasta alcanzar ambas etiologías una frecuencia similar en el adulto. Las causas virales habitualmente se encuentran en el contexto de un cuadro clínico más generalizado: rinovirus, adenovirus, virus herpes, virus Influenza, coronavirus. Dentro de las causas bacterianas se encuentran el estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA), estreptococo beta hemolítico grupo C, Mycoplasma y otros estreptococos. La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves.

Cuadro clínico: Dentro de las manifestaciones clínicas de la FA estreptocócica existen elementos que son muy constantes y que ayudan a sospechar el diagnóstico: Inicio agudo de los síntomas, ausencia de síntomas catarrales, odinofagia intensa, dolor abdominal, ocasionalmente cefalea, presencia de exudado blanco, cremoso, no adherente y/o exantema con petequias en el paladar blando, adenopatías regionales. El diagnóstico se apoya en la anamnesis, examen físico y certificación etiológica. El único método certero de laboratorio continúa siendo el cultivo faríngeo.

Complicaciones: Se pueden dividir en supuradas: linfadenitis cervical, absceso periamigdaliano, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda y sinusitis y las no supuradas: enfermedad reumática, glomerulonefritis aguda.

Tratamiento: Debe estar orientado al alivio sintomático y erradicación del EBHA. Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta, dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre alta y/o el dolor y para la erradicación dar una dosis de Penicilina Benzatinica.

SINUSITIS.

“Inflamación de la mucosa de los senos paranasales origen bacteriano”. Suele ocurrir en niños pequeños y durante los meses de invierno; se estima que se produce una sinusitis como complicación entre el 5% y el 10% de las infecciones respiratorias víricas de los niños pequeños.

Los principales agentes responsables de sinusitis aguda son *Streptococcus pneumoniae* (30-40% de los casos), *Haemophilus influenzae* (20%) y *Streptococcus pyogenes*. En las fases iniciales del proceso no es raro identificar virus respiratorios como adenovirus, virus parainfluenza, virus de la gripe y rinovirus.

Cuadro Clínico: Hay dos patrones básicos de presentación de las sinusitis agudas: a) en forma de una "infección persistente" de las vías respiratorias altas, b) como un "resfriado claramente más intenso" de lo habitual.

El cuadro clínico más frecuente consiste en la persistencia de tos diurna o rinorrea durante más de 10 días, sin aparente mejoría, en contexto de una infección de las vías respiratorias superiores. La secreción nasal tanto puede ser fluida como espesa, y clara, mucoide o purulenta. La tos seca o húmeda está presente durante todo el día, aunque a menudo empeora por la noche. Otros posibles síntomas acompañantes son halitosis y edema palpebral matutino transitorio; rara vez hay dolor facial o cefalea. El estado general es bueno y el paciente está afebril o con febrícula.

La otra forma de presentación, mucho menos frecuente, se caracteriza por fiebre moderada o alta y secreción nasal purulenta de más de 3 ó 4 días de duración. El

estado general está algo afectado, hay cefalea frontal o retroorbitaria y en ocasiones, edema periorbital.

Examen clínico: Podemos encontrar secreción mucopurulenta en las fosas nasales o en la faringe, una mucosa nasal eritematosa, faringitis y otitis media aguda o serosa. A veces la presión sobre los senos paranasales es dolorosa o puede apreciarse un edema blando e indoloro de los párpados superior e inferior con decoloración de la piel.

Un dato muy específico de sinusitis aguda es la presencia de material purulento saliendo por el meato medio después de haber limpiado la cavidad nasal de secreciones y haber tratado la mucosa con un vasoconstrictor tópico.

Tratamiento: Amoxicilina a dosis altas (70-90 mg/kg/día en 3 dosis), asociada o no a ácido clavulánico (6-8 mg/kg/día).

OTITIS MEDIA

La otitis media aguda (OMA) se presenta con mayor frecuencia a edades tempranas, especialmente en el menor de 2 años, con una muy baja incidencia en el mayor de 7 años. Esta distribución etaria se explicaría por las diferencias anatómicas de la trompa de Eustaquio (TE) a distintas edades, cuya función consiste en igualar las presiones entre la faringe y el oído medio.

Etiología: se estima que un tercio de las OMA son de origen viral y el resto, de origen bacteriano, diferenciables sólo por timpanocentesis. Dentro de la etiología bacteriana predominan el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y, menos frecuentemente, la *Moraxella catarrhalis*.

Manifestaciones clínicas en los lactantes: irritabilidad, rechazo alimentario, fiebre, llanto persistente y a veces vómitos. Los niños mayores pueden comunicar otalgia. Frecuentemente existe el antecedente de IRA alta. La otoscopia revela un conducto auditivo externo normal o congestivo, con o sin descarga. El tímpano se observa abombado, eritematoso, opaco y poco translúcido.

Tratamiento: Antibiótico oral durante 10 días. Dar acetaminofén para la fiebre alta y/o el dolor. Secar el oído con mechas si hay supuración. Control en cinco días.

CRUP.

*“Es una inflamación alrededor de las cuerdas vocales, de origen desconocido, que con frecuencia se inicia por la noche con estridor inspiratorio y tos estridulosa.”*⁹ El Crup viral es el más común. Otras posibles causas abarcan bacterias, alergias o irritantes inhalados. Generalmente (75% de los casos) es causado por el virus de la parainfluenza, pero el virus sincitial respiratorio (VSR), el sarampión, el adenovirus y la influenza también pueden causar Crup.

En casos graves de Crup también puede presentarse una superinfección bacteriana de las vías respiratorias superiores. Esta condición se denomina traqueitis bacteriana y requiere hospitalización y la administración de antibióticos intravenosos. Si la epiglotis se infecta, toda la tráquea se puede inflamar y cerrar, una condición potencialmente mortal denominada epiglotitis.

Cuadro Clínico; El Crup tiene una tos característica estridente que suena como el ladrido de una foca. En la mayoría de los niños se presenta con una leve gripe por varios días hasta que una noche la tos perruna se hace evidente. A medida que la tos se hace más frecuente, el niño puede presentar dificultad respiratoria o estridor. El Crup empeora de manera característica durante la noche y, por lo general, dura de 5 a 6 noches, pero la primera o las primeras dos noches son las peores.

El **examen físico** puede mostrar las retracciones del tórax al respirar al escuchar el tórax con un estetoscopio se revela inspiración o espiración prolongada, sibilancia y disminución de los ruidos de la respiración. Un examen de la garganta puede revelar una epiglotis roja y una radiografía del cuello puede revelar la presencia de un objeto extraño o un estrechamiento de la tráquea. **Tratamiento:** El aire frío o húmedo puede brindar alivio.

Si la enfermedad es grave, se requiere la hospitalización del paciente. La persistencia o el aumento de dificultad respiratoria, fatiga, coloración azulada de la piel o deshidratación son indicios de la necesidad de asistencia médica o de hospitalización.

La epinefrina racémica aerosolizada, al igual que la dexametasona se utilizan para ayudar a disminuir la inflamación de las vías respiratorias superiores. La infección bacteriana requiere terapia con antibióticos.

IRAS BAJAS.

✚ BRONQUITIS. *“Bronquitis aguda es un síndrome, en general de origen viral, que se caracteriza por tos como síntoma principal.”* Los síntomas de cualquier tipo de bronquitis son, entre otros, tos que produce moco (esputo), dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve, sibilancias, fatiga, fiebre usualmente baja. Al examen físico se encuentran estertores u otros sonidos respiratorios anormales.

Tratamiento: se pueden tomar las siguientes medidas para lograr algún alivio como dar acetaminofén (si la persona presenta fiebre), reposo, líquidos abundantes y un humidificador o vapor en el baño.

✚ BRONQUIOLITIS.

“Enfermedad respiratoria de inicio agudo, con sibilancias de predominio espiratorio, con signos acompañantes de infección vírica como son coriza, otitis, fiebre”; la edad del paciente debe ser inferior 24 meses, será el primer episodio. En la radiografía de tórax se detectan atrapamiento aéreo y atelectasias.

Etiología Los virus, en especial el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), seguido del parainfluenza. El VRS tiene un claro predominio estacional, de noviembre a marzo y afecta a más de dos tercios de lactantes en el primer año de vida y a más del 95% a los 2 años de edad; desarrollan enfermedad de vías bajas aproximadamente un 30 % de ellos, un 1% precisan ingreso hospitalario y algo menos del 0,1% fallecen. Las epidemias de VRS originan incrementos importantes de hospitalización por afectación respiratoria de vías bajas, incluyendo bronquiolitis, bronquitis y neumonías.

Tratamiento: Etiológico con antivirales como la Ribavirina y sintomático con broncodilatadores, adrenalina y corticoides.

NEUMONÍA.

“Es la lesión inflamatoria infecciosa del parénquima pulmonar con extensión y compromiso variable de los espacios alveolares, vía aérea central (bronquiolos terminales y respiratorios) y el intersticio circundante”. Es así como puede afectar en especial al alvéolo (neumonía alveolar) o al intersticio (neumonía intersticial) ó ambos. La intensidad y el tipo de compromiso dependen del agente etiológico. Esto, junto a la edad del paciente y su condición inmunológica, determina en gran medida la fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la infección respiratoria.

Clasificación según la Estrategia AIEPI

- Cualquier signo de peligro o tiraje subcostal y/o estridor en reposo clasificar como **Neumonía Grave**.
- Si presenta respiración rápida clasificar como **Neumonía**.
- Ningún signo de Neumonía o de enfermedad muy grave se clasifica como no tiene Neumonía: **tos o resfriado**.

Etiología: en recién nacidos cocos gram (+), en especial *Streptococcus pneumoniae* grupo B y ocasionalmente *Staphylococcus aureus*, y bacilos entéricos gram (-). Lactantes de 1 mes hasta niños preescolares menores de 5 años, virus respiratorio sincicial es causante de la mayoría de los episodios en lactantes. El principal patógeno bacteriano a esta edad es el *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*. Es necesario considerar otros agentes menos frecuentes a esta edad como *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma pneumoniae* en preescolares. En menores de tres meses hay que condiderar otros agentes menos frecuentes como citomegalovirus, *Ureoplasma ureolyticum*, *Chlamydia*, *Pneumocystis carinii*. Niños mayores de 5 años: *Streptococcus pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae* son las causas más comunes de neumonía en escolares, adolescentes y adultos jóvenes. Inmunocomprometidos: bacterias gram (-), *Pneumocystis carinii*, citomegalovirus, hongos y en forma creciente, el bacilo de Koch.

Cuadro clínico: “Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen: tos, fiebre, quejido respiratorio, aleteo nasal, taquipnea, disnea, uso de musculatura accesoria y,

en los menores de dos meses: apnea.” Los síntomas inespecíficos son variados e incluyen irritabilidad, vómitos, distensión y dolor abdominal, diarrea, etc.

Al **examen físico**, hay que destacar retracción costal, matidez a la percusión, respiración paradójica, disminución del murmullo vesicular, crepitaciones y broncofonía. A pesar de todo el apoyo tecnológico, es necesario destacar que la frecuencia respiratoria es el predictor más importante del compromiso pulmonar.

Existen algunos elementos en la historia y en el examen físico que sugieren la etiología del cuadro como por ejemplo: sibilancias (virus y *Mycoplasma pneumoniae*), abscesos cutáneos y antecedentes de varicela (*Staphylococcus aureus*), petequias en paladar (*Streptococcus* grupo A), otitis media (*Streptococcus pneumoniae* y *H. influenzae*), antecedentes de Fibrosis Quística (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*), conjuntivitis (*Chlamydia trachomatis* y adenovirus), lesiones purpúricas perianales (*Pseudomonas aeruginosa* spp), alteración de la deglución en niños con antecedentes de cuadros convulsivos o compromiso de conciencia (anaerobios).

El **diagnóstico** de neumonía es fundamentalmente clínico con certificación de tipo radiológica. En el caso de existir derrame pleural es de vital importancia realizar una toracocentesis para análisis y cultivo del líquido.

Tratamiento: Neumonía Grave: referir urgentemente al Hospital, sino se puede referir inmediatamente dar la primera dosis de antibiótico en el servicio de salud. Neumonía: dar un antibiótico apropiado durante siete días, tratar las sibilancias si las tiene, mitigar la tos con un remedio casero inocuo, indicar a la madre cuando debe volver de inmediato, hacer un control dos días después.

III. HIPÓTESIS

Los parámetros que determinan el apareamiento de las enfermedades respiratorias agudas en niños y niñas menores de 5 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Ereaguayquín, Nuevo Edén de San Juan, Hacienda Nueva son la edad, factores económicos, ambientales y sociales, así como la influencia de las prácticas que realizan los padres ante la sintomatología presentada.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de investigación: Transversal descriptivo

Periodo de investigación: En el periodo comprendido entre abril y junio 2016

Universo: 890, Población que consulta por infecciones de vías respiratorias en unidades comunitarias de salud familiar de Ereguayquín, hacienda nueva, y nuevo edén de san Juan en el periodo abril-junio de 2016.

Muestra: 82

Fórmula para determinar la muestra. $n = Z^2 * N * p * q / (N-1) E^2 + Z^2 * p * q$

n = Tamaño de la Muestra N = Valor de la Población Z = Valor critico correspondiente un coeficiente de confianza del cual se desea hacer la investigación 95 % = 0.95 P = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento. (0.50) q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento (0.50) E = Error Muestral 5% = 0.05

$$n = (0.95)^2 \times 890 \times 0.5 \times 0.5 / (890 - 1) \times (0.05)^2 + (0.95)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 200.25 / 2.45 \quad n = 81.8 \text{ aproximado } 82$$

Criterios de inclusión:

- Población cuyas edades oscilan entre 0 a 5 años
- Pacientes del sexo femenino y/o masculino.
- Población diagnosticada con infecciones respiratorias agudas en el periodo de abril a junio del 2016
- Pacientes que llegaron a consultar los días lunes, miércoles y viernes a las UCSF que comprenden la investigación en horario de Ministerio de Salud.

Criterios de exclusión:

- Población mayor de 5 años
- Población que consulta en días lunes a viernes en horarios de FOSALUD y días sábado o domingo.

- Pacientes que consultan con sintomatología sugestiva a infección de vías respiratorias y que no pertenecen al área geográfica establecida en la investigación.

Variables:

Dependiente: Perfil clínico y epidemiológico de infecciones respiratoria aguda.

Independientes: edad factores de riesgo, sintomatología, práctica que realizan los padres, acciones preventivas, conocimiento general son infecciones respiratorias agudas.

Fuente de obtención de la información:

- Primarias: Persona
- Secundarias: Expediente clínico. Padres o cuidadores del paciente

Técnicas de obtención de la información

- Entrevista
- Examen físico
- Revisión documental

Herramientas de recolección de la información

- Cuestionario
- Guía de revisión documental.

Mecanismo de confidencialidad y resguardo de los datos.

- A través de consentimiento informado en el total de la muestra; el cual fue firmado por la persona adulta acompañante del menor de 0 a 5 años
- No datos de identificación sobre persona entrevistada.

Procesamiento y análisis:

- Se realizó el proceso y análisis de datos a través de tablas y gráficos de programa Microsoft office Excel Y Microsoft Word que representen los datos obtenidos mediante la entrevista.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición	Indicadores	Escala	Fuente	Instrumento
Sintomatología de infecciones respiratorias aguda	Son las manifestaciones clínicas que incluye síntomas y signos presentes en pacientes diagnosticados con infecciones respiratorias agudas	Presencia de los siguientes signos y síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Fiebre • Dificultad respiratoria • Rinorrea • Otagia • Cefalea • Odinofagia • Vómitos • Taquipnea • Aleteo nasal 	Nominal: presenta el síntoma No presenta el síntoma	Primaria: persona o investigador	Entrevista y Examen Físico
Edad	Hace mención al tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona y que puede segmentarse en periodos de tiempo. A la vez se pueden agrupar a un número de personas y conformar grupos etarios	Grupo etario comprendido desde los 0 a 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas	Nominal Posee edad comprendida entre 0 a 5 años No posee ese rango de edad	Primaria :paciente	Entrevista

Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Cocina de leña dentro del hogar • Piso de tierra • Familiar con IRA • Hacinamiento • Desnutrición • Fumadores en la casa • Historia atopia en la familia 	Nominal: tiene factores de riesgo, no tiene factores de riesgo	Primaria: paciente	Entrevista
Práctica que realizan los padres ante la presencia de síntomas y signos de IRA	Son todas las acciones realizadas por las personas encargadas de los pacientes ante una sospecha de IRA en un menor de =0 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Acude a la unidad de salud • Le da acetaminofén • Le da agua de manzanilla • No hace nada • Consulta familiares u amigos • Consulta en la farmacia 	Nominal: realiza alguna acción, no realiza ninguna acción.	Secundaria: padres	Entrevista
Prácticas para la prevención de infecciones respiratorias agudas	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente inestable.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene limpia la casa • Limpia secreciones nasales adecuadamente • Abriga al niño/a • Asea diariamente al niño/a • Evita el humo lecha • No fuman dentro de la casa 	Nominal: realiza acciones, no realiza acciones	Secundaria: padres	Entrevista

Conocimiento general sobre Infecciones respiratorias agudas	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas	Que es una infección respiratoria aguda. Tipos de infecciones respiratorias agudas: <ul style="list-style-type: none"> • Faringitis • Bronquiolitis • Neumonía • Otitis media aguda 	Nominal: tiene conocimiento, no lo tiene	Secundaria padres	Entrevista
---	---	--	--	-------------------	------------

V. RESULTADOS

1. Identificar los factores de riesgos en los menores de 5 años de edad para la aparición de las infecciones respiratorias agudas.

Tabla 1: Edad del niño	
EDADES	FRECUENCIA
0 - <1 año	17
1 - <2 años	21
2 - <3 años	15
3 - <4 años	14
4 - <5 años	15
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

De los resultados obtenidos se demuestra que dentro de los menores de 5 años, las infecciones respiratorias se dan más frecuentemente entre 1-<2 años con un 26%, seguido de 0-<1 año con 21%, los de 2- <3 años y 4-< 5 años con un 18% cada uno, por último los de 3- <4 años con un 17%

Tabla 2: Sexo del infante	
GENERO	FRECUENCIA
Masculino	41
Femenino	41
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

De los resultados obtenidos en cuanto al sexo del infante se obtuvo un 50% para el sexo femenino y otro 50% para el sexo masculino.

Tabla 3: Estado nutricional	
	FRECUENCIA
Normal	73
Desnutrición	6
Sobrepeso	3
TOTAL	82
Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.	

De los resultados obtenidos un 89% tiene un estado nutricional normal, un 7% desnutrición y un 4% sobrepeso.

Tabla 4: Factores de riesgo	
SÍNTOMA	FRECUENCIA
Cocina de leña dentro del hogar	19
Piso de tierra	9
Familiar con IRA	31
Hacinamiento	3
Desnutrición	3
Fumadores en la casa	1
Historia atopia en la familia	1
Otro	15
TOTAL	82
Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.	

Dentro de los factores de riesgos para la aparición de infecciones respiratorias agudas se encuentran en mayor porcentaje historia de familiar con IRA con un 38%, seguido de 23% de uso de cocina de leña, 11% piso de tierra, 4% hacinamiento, 4% desnutrición, 1% fumadores en casa y 1% historia de atopia.

Tabla 5: Antecedentes patológicos relacionados.	
ANTECEDENTE	FRECUENCIA
Broncoespasmo	8
Infecciones respiratoria a repetición	31
Otras patologías	17
Ninguna	26

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Dentro de los antecedentes patológicos relacionados con IRAS se encuentra en mayor porcentaje IRAS a repetición en un 38%, ninguna patología con un 31%, otras patologías con 21%, broncoespasmo 10%.

2. **Determinar las prácticas que realizan las madres/padres u otros cuidadores de los niños menores de 5 años ante la aparición de las infecciones respiratorias agudas y que acciones realizan para la prevención de las mismas.**

Tabla 6: Acciones realizadas ante una IRA.	
ACCIONES	FRECUENCIA
Acude a la unidad de salud	39
Le da acetaminofén	25
Le da agua de manzanilla	13
No hace nada	1
Consulta familiares o amigos	4
Consulta en la farmacia	0
Otro	0
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Dentro de las principales practicas que realizan los padres ante la aparición de infecciones respiratorias agudas en primer lugar tenemos que acude a l unidad de salud en un 48%, seguido de dar acetaminofén con un 30%, dar agua de manzanilla 16%, consulta a familiares y amigos con un 5%, no hace nada 1%, consulta en la farmacia y otro con 0% cada uno.

Tabla 7: Acciones para prevenir las IRA.	
ACCIONES	FRECUENCIA
Mantiene limpia la casa	37
Limpia secreciones nasales adecuadamente	6
Abriga al niño/a	16
Evita el humo de leña	7
Asea diariamente al niño	16
No fuman dentro de la casa	0
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Según la información obtenida las principales acciones para prevenir las infecciones respiratorias agudas se encuentran en mayor porcentaje mantener limpia la casa con un 45%, asear diariamente el niño 19.5%, abrigar el/la niño/a con un 19.5%, evitar el humo de leña 9%, limpiar adecuadamente las secreciones nasales 7%, no fuman dentro de la casa 0%.

3. **Evaluar los conocimientos generales que tienen las madres/padres u otros cuidadores de los niños menores de 5 años sobre las infecciones respiratorias agudas.**

Tabla 8: Conocimiento de Infección Respiratoria Aguda	
	FRECUENCIA
SI	30
NO	52
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Según los datos obtenidos mediante el instrumento se pudo determinar que en cuanto a los conocimientos generales que los padres tienen sobre las infecciones respiratorias agudas un manifestó que no conocía con 63% y un 37% que sí.

Tabla 9. Signos de alarma	
SIGNOS	FRECUENCIA
Sibilancias	8
Estridor	5
Respiración rápida	54
Aleteo nasal	5
Tiraje costal	10
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

De los resultados obtenidos se tiene que el signo mas conocido por los padres/madres o responsables son en primer lugar la respiración rápida con un 66%, seguido de tiraje subcostal con 12%, luego sibilancias con un 10% y el estridor y aleteo nasal con un 6%.

4. **Clasificar las infecciones respiratorias agudas más comunes diagnosticadas en los niños y niñas menores de 5 años**

Tabla 10: Diagnóstico específico.	
DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA
RESFRIADO COMUN	32
FARINGITIS	25
BRONQUIOLITIS	10
NEUMONIA	5
OTITIS MEDIA	10
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Dentro de las infecciones respiratorias agudas el diagnóstico con mayor frecuencia es el resfriado común con un 39%, seguido de faringitis con un 31%, otitis media aguda con un 12%, bronquiolitis con un 12% y la neumonía con un 6%.

Tabla 11: Uso de antibióticos	
	FRECUENCIA
SI	46
NO	32
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

De las infecciones respiratorias agudas investigadas un 59% tuvo necesidad de administrarle algún tipo de antibiótico, mientras un 41% no tuvo necesidad de antibióticos.

Tabla 12. Antibióticos prescritos	
ANTIBIOTICOS	FRECUENCIA
AMOXICILINA	33
CLARITROMICINA	13
TOTAL	46
Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.	

Dentro de los antibióticos que se prescribieron a los/las niñas menores de 5 años para tratar las infecciones respiratorias agudas se encuentran Amoxicilina en un 72 % y Claritromicina con un 28%.

Tabla 13. Diagnóstico de IRA durante el año del niño/a.	
Número de veces	FRECUENCIA
1	14
2	41
3	19
4 o más	8
Total	82
Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.	

Según los datos obtenidos en cuanto a la recurrencia de las infecciones respiratorias agudas de los 82 niños menores de 5 años atendidos un 50% es diagnosticado dos veces en el año con alguna IRA, seguido de un 23% que han sido diagnosticados 3 veces, un 10% diagnosticado más de 4 veces y por ultimo un 17% en los q solo se diagnostica una vez en el año

5. **Describir cuales son los síntomas más frecuentes por lo cual consultan los niños y niñas menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas.**

Tabla 14. Síntoma principal.

Síntomas	FRECUENCIA
TOS	40
RINORREA	8
FIEBRE	16
DISFAGIA/ODINOFAGIA	14
OTALGIA	4
DISTRESS RESPIRATORIO	0
OTRO	0
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

De los resultados obtenidos con mayor frecuencia el síntoma que, inicialmente, apareció fue tos con un 49%, seguido de fiebre con un 19%, disfagia/odinofagia con 17%, rinorrea con un 10%, otalgia con un 5%, mientras que el distress respiratorio y otra sintomatología presentaron 0% cada uno.

Tabla 15. Complicaciones de la Infección Respiratoria Aguda

	FRECUENCIA
SI	5
NO	77
TOTAL	82

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Un 94% no tuvieron complicaciones y un 6% si las tuvieron.

Tabla 16. Tipo de complicación.	
COMPLICACIÓN	FRECUENCIA
Neumonía	4
Estridor	1
TOTAL	5

Fuente de información: Datos obtenidos de investigación del perfil clínico y epidemiológico de los niños/as menores de 5 años con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en UCSF Ereaguayquín, Hacienda Nueva y Nuevo Edén de San Juan de abril- junio 2016.

Según los resultados obtenidos de los pacientes con complicaciones, el 80% presento neumonía, mientras el 20% presento estridor.

DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en las UCSF Ereaguayquín, UCSF Hacienda Nueva ambas de Usulután y en la UCSF Nuevo Edén de San Juan de San Miguel, tomando una muestra poblacional de 82, con la finalidad de crear un perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años.

Se estudian los factores de riesgos tanto los modificables como los no modificables por ejemplo sexo y edad; dentro del total de la población estudiada la mitad pertenece al sexo masculino y la otra al sexo femenino, además según los rango de edades ha prevalecido las consultas por infecciones respiratorias agudas en menores de 2 años , siendo, este grupo de edades el más afectado, pero también podemos agregar hay una alza de casos cuando lo menores cumple 4 años que podría ser por el inicio de la actividad escolar y están más expuestos a contraer IRA's. Entre los factores modificables investigados se encuentra el estado nutricional pero en nuestro paciente no fue un indicador relevante debido a que la mayoría de nuestros pacientes entrevistados tenían un peso y talla normal.

Además, un gran porcentaje presento familiar con infección respiratoria aguda 38% (31 casos), debido a que la población investigada reside en el área rural y el espacio reducido de los hogares, la falta de división de cuartos se detectaron cocinas de leña dentro del hogar con poca ventilación 23% (19 casos), piso de tierra 11% (9 casos), hacinamiento 4% igual que la desnutrición con tres casos cada uno, 1% fumadores dentro de la casa (1 caso), 1% de atopia en la familia (1 caso).

Se buscaron antecedentes patológicos que sustenten o pueden generar la aparición de infecciones respiratorias agudas teniendo en su mayoría infecciones respiratorias a repetición un 38% (31 casos), broncoespasmo 10% (8 casos), ninguna patología 31% (26 casos), otras patologías 21% (17 casos).

Así mismo se indaga en las acciones que toman los padres de familia o cuidadores de los menores de 5 años ante la sospecha o la presencia de una infección respiratoria optando

en primer lugar acudir a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar correspondiente 48% (39 casos), otros que la primera acción es administrar dosis de acetaminofén 30% (25 casos), dar agua de manzanilla 16% (13 casos), consultar familiares o amigos 5% (4 casos), no hace nada 1% (1 caso), ninguno afirmó consultar directamente en la farmacia o realizar otra acción distinta a las propuestas.

Se trata de identificar, a la vez, cuál fue el primer síntoma que presentó el/la niño/a, resultando con mayor frecuencia la tos 49% (40 casos), seguido de fiebre con 19% (16 casos), disfagia/odinofagia 17% (14 casos), rinorrea 10% (8 casos), otalgia 5% (4 casos), el distress respiratorio con 0% al igual que otra sintomatología con 0%.

Como parte de la prevención de las infecciones respiratorias también se indagó sobre las acciones para evitar el apareamiento de dichas infecciones y en su gran mayoría mencionaron mantener limpia la casa 45% (37 casos), abrigar al niño y aseo diario de este coinciden con un 19.5 % cada uno (16 casos cada uno), evitar el humo de leña 9% (7 casos), limpiar adecuadamente las secreciones nasales 7% (6 casos), ninguno afirmó evitar fumar dentro del hogar.

Como parte de otro objetivo de esta investigación se tiene identificar qué porcentaje los padres o responsables de los menores de 5 años tiene conocimiento de que es una infección respiratoria aguda, obteniendo que solo un 37% (30) casos afirmó saber que es una IRA, mientras el resto asumió desconocer que son las infecciones respiratorias agudas.

Es de mucha importancia que los padres o responsables, ante la aparición de una infección respiratoria, sepan identificar y reconocer los signos o síntomas que ponen en peligro la vida de sus niños/as, por ello se formuló una pregunta donde se investiga esto dando como resultado que el signo más conocido es la respiración rápida 66% (54 casos), tiraje subcostal 12% (10 casos), sibilancias 10% (8 casos), estridor y aleteo nasal con 6% cada uno (5 casos).

Las infecciones respiratorias agudas engloban una serie de enfermedades dentro de las cuales se busco identificar la más frecuente encontrando en primer lugar el resfriado común con un 39% (32 casos), seguido de faringitis con un 31%(25 casos), otitis media aguda con un 12% (10 casos), bronquiolitis con 12 % (10 casos) y neumonía con un 6% (5 casos).

De los 82 casos evaluados (100%), en 46 casos fue necesario el uso de antibióticos (59%) y en el resto 32 casos no fue necesario el uso de estos (41%). Del 59% en los que se utilizo antibiótico 72% (33 casos) Amoxicilina 250 mg/ 5 ml y un 28% (13 casos) se usó claritrimocina 250 mg/ 5 ml.

Otro punto importante a investigar es la frecuencia con la que los menores de 5 años de edad están siendo diagnosticados con infecciones respiratorias en el último año, dando como resultado que un 50% (41 casos) ha sido diagnosticado 2 veces en el año, 23% (19 casos) en tres ocasiones, 17% (14 casos) en una ocasión, solo un 10% (8 casos) en cuatro o más ocasiones

VI. CONCLUSIONES

Mediante la investigación, el grupo responsable de ésta alcanzo los objetivos e hipótesis planteados, concluyendo que:

- Se estableció que la edad, familiar con IRAS, cocinar con leña dentro del hogar, IRAS a repetición son factores que inciden en la presencia de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.
- La mayoría de los padres ante la sospecha de que su hijo presenta IRAS, tomas acciones tanto curativas como preventivas ya que se evidencia que acuden a consultar a los centros de salud y ponen en practicas la medicas de prevención que se le indica ante el diagnóstico de IRAS
- Los padres en su mayoría desconoces en el significados de las IRAS pero, asocian la respiración rápida y el tiraje subcostal con dichas enfermedades por lo cual es lo que normalmente los lleva a consultar.
- El resfriado común predomina como infección respiratoria aguda en niños de menores de 5 años y con ello predomina el uso de antibióticos para combatir dichas patologías a pesar que según la etiología en su mayoría las IRA son de origen viral, siendo, la Amoxicilina, el antibiótico de elección en el primer nivel de salud de nuestro país. Además, la frecuencia con la que anualmente el niño presenta estos cuadros es en promedio de dos por año.
- En cuanto a la sintomatología de las infecciones respiratoria agudas es variada tanto tos, procesos febriles, disfagia, rinorrea pero son estos mismos que hace que los padres lleven a los niños consultar y con un examen físico adecuado podemos brindar una diagnóstico adecuado de IRAS y así prevenir en mayor medida alguna complicación del estado de salud del paciente.

RECOMENDACIONES.

Por medio del presente trabajo de investigación, se logra conocer que las IRAS en menores de 5 años sigue siendo de gran incidencia para esta población en estudio; por lo que, se recomiendan algunas medidas que se pueden implementar en las zonas estudiadas para disminuir este problema.

- Que el gobierno de El Salvador, proporcione más recursos para promoción, prevención y manejo de IRAS en niños menores de 5 años por ser unos de los grupos etarios más vulnerables.
- Al Ministerio de Salud, como entidad responsable en velar por la salud que realice programas de prevención de IRAS y fortalezca los instrumentos de promoción de la salud y así se pueda informar a la población sobre la problemática en estudio.
- A las unidades de salud que brinde información a la población mediante charlas educativas diarias o semanales dentro del centro de salud o fuera de este, sobre que son las infecciones respiratorias aguda, como prevenirlas, que actitud tomar ante la sospecha de una IRAS, y sobre el cumplimiento de medicamentos según el caso de la forma más comprensible para los padres o cuidadores de los infantes.
- Al personal de salud que de una atención educativa constante dirigía a los padres o encargados de los niños menores de 5 años con el fin de brindar, toda la información necesaria y de la forma más dirigida posible, para que sea comprensible para la población.
- Que los médicos responsables de la consulta diaria hagan hincapié a los padres sobre el manejo adecuado de la IRAS y sobre el conocimiento de los signos de alarma y cuando deben consultar de forma necesaria y oportuna para recibir atención adecuada, para brindar tratamiento idóneo según el caso.

- A la población: acatar las recomendaciones sobre prevención y manejo de IRAS impartidos por el personal de salud y que como padres tienen la responsabilidad sobre la salud de sus hijos y deben actuar oportunamente antes la sospecha de infecciones respiratorias aguda.

BIBLIOGRAFIA

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Tercera Edición, México, D. F., McGraw-Hill, 2003. 705 págs.

HOSPITAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM. Manual de Terapéutica Pediátrica. 3.ª Edición; El Salvador, Talleres Gráficos de Impresos Múltiples S.A. de C.V, 2003. 440 págs.

HOSPITAL NACIONAL DE MÉXICO, FEDERICO GOMEZ. Urgencias en Pediatría 5ª Edición, Editorial Mc GRAW HILL INTERAMERICAN EDITORES, 2002. 1468 pags.

PINEDA, E.B; DE ALVARADO, E. L. Y DE CANALES, F.H. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. Segunda Edición, Washington, D.D. Publicación de la OPS, 1994. 225 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE EL SALVADOR. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Cuadros de Procedimientos. 1.ª Edición, El Salvador 2002. 33 Págs.

R. BEHRMAN, Richard; JENSON, Hal; KLIEGMAN, Robert. Nelson Tratado de Pediatría. 18.ª Edición; en Español, Madrid España, Editorial ELSEVIER, 2618 págs.

REPUBLICA DE EL SALVADOR, C.A. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL
2002-2003, San Salvador Julio de 2004. 612 Págs.

SORIANO ROJAS, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. 34° Edición en
español, México D.F., Plaza y Valdez, Editores, 2000. 437 págs.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de investigación.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



Proyecto de tesis: Perfil clínico y epidemiológico de los niños/as de 0-5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas en abril – junio 2016.

- 1- ¿Qué edad tiene el niño/a? _____
- 2- ¿sexo del infante? M F
- 3- Índice peso /talla: _____ Estado Nutricional: _____
- 4- ¿Sabe que es una Infección Respiratoria Aguda?
Si No
- 5- ¿Qué sintomatología fue la primera que presento el/la niño/a?
 - Tos
 - Rinorrea
 - Fiebre
 - Disfagia/odinofagia
 - Otagia
 - Distres respiratorio
 - Otro _____
- 6- ¿Qué hace cuando su niño/a presenta los síntomas y usted sospecha que es una IRA?
 - Acude a la unidad de salud
 - Le da acetaminofén
 - Le da agua de manzanilla
 - No hace nada
 - Consulta familiares o amigos

- Consulta en la farmacia
- Otro: _____

7- ¿Qué factores de riesgo presenta el niño/a?

- Cocina de leña dentro del hogar
- Piso de tierra
- Familiar con IRA
- Hacinamiento
- Desnutrición
- Fumadores en la casa
- Historia atopia en la familia
- Otro _____

8- ¿Tiene el niño/a antecedente patológicos relacionados?

- Broncoespasmo
- Infecciones respiratoria a repetición
- Otras patologías
- Ninguna

9- ¿Cuál es el diagnóstico específico?

- Resfriado común.
- Faringitis
- Bronquiolitis
- Neumonía
- Otitis media aguda.

10- ¿Hubo necesidad de ATB?

Si No ¿Cuál?

11- ¿Conoce cuáles son los signos de alarma?

- Sibilancias
- Estridor
- Respiración rápida
- Aleteo nasal
- Tiraje costal

12- ¿Qué hace para prevenir la aparición de IRA?

- Mantiene limpia la casa
- Limpia secreciones nasales adecuadamente
- Abriga al niño/a
- Asea diariamente al niño/a
- Evita el humo lecha
- No fuman dentro de la casa

13- ¿Tiene alguna complicación de IRA?

Si No ¿Cuál?

14. ¿Cuántas veces a año es diagnosticado su hijo/a con IRA?

- 1 ocasión
- 2 ocasiones
- 3 ocasiones
- 4 o más ocasiones

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, como padre, madre o responsable del menor de 5 años, doy consentimiento para que se realice la encuesta sobre el perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años en esta Unidad Comunitaria de Salud Familiar en el periodo de abril-junio de 2016 como medio para realizar el trabajo de investigación con dicho título.

F. Responsable

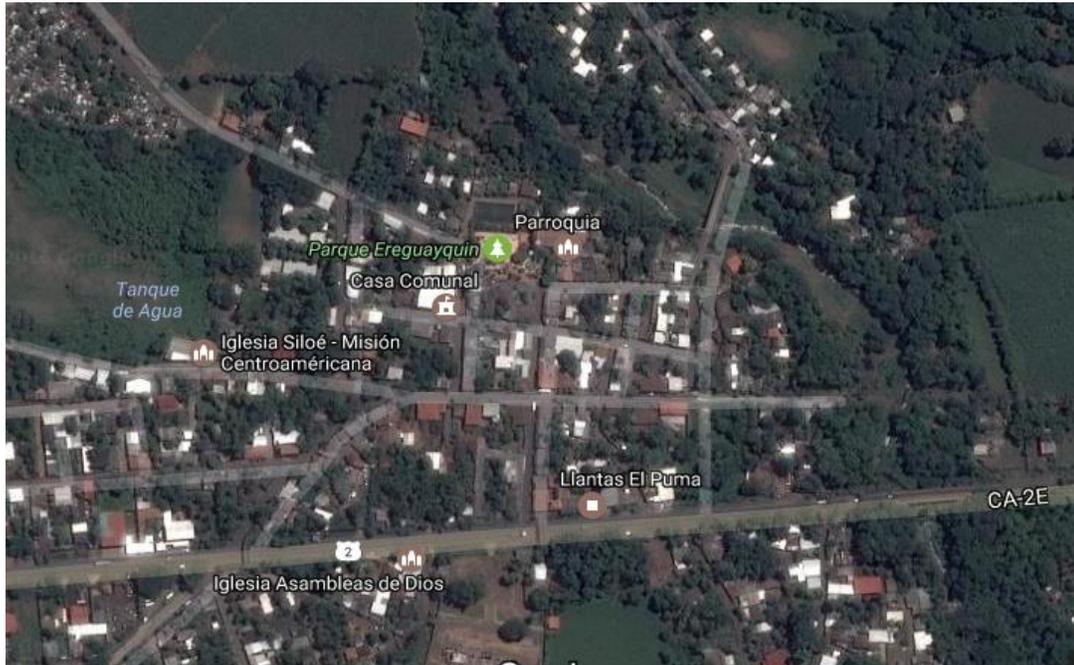
F. Encuestador

Anexo 3. Ubicación geográfica de las UCSF del estudio.

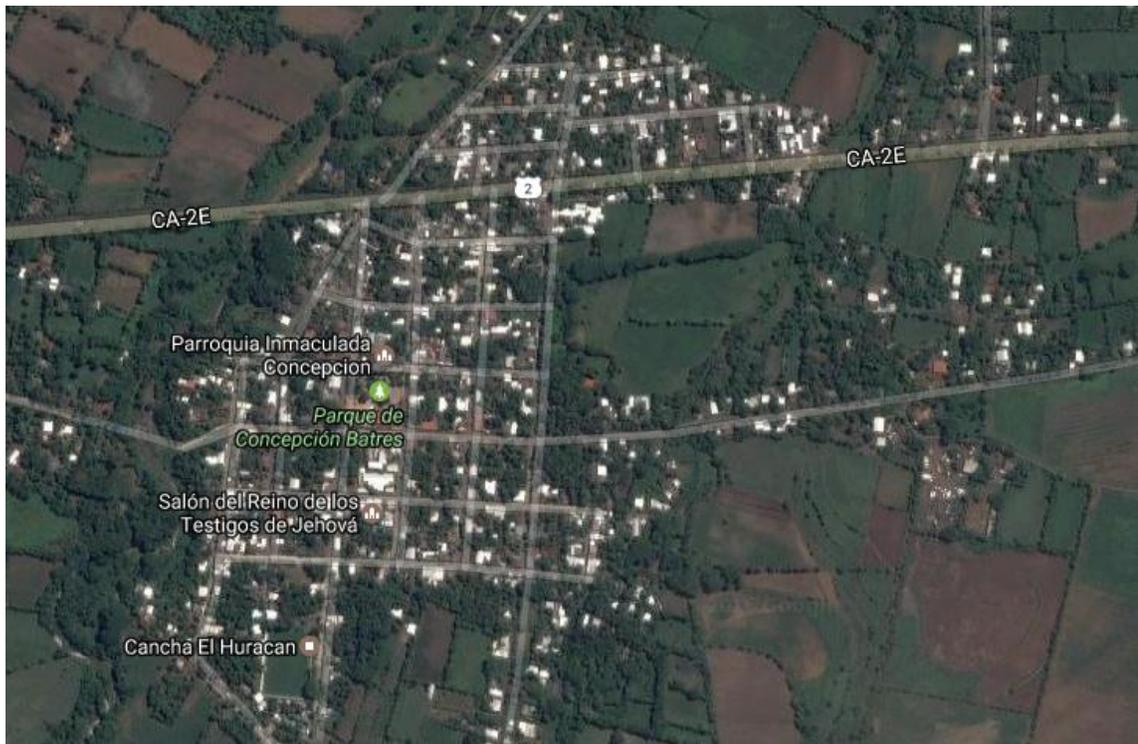
UCSF Nuevo Eden de San Juan, San Miguel



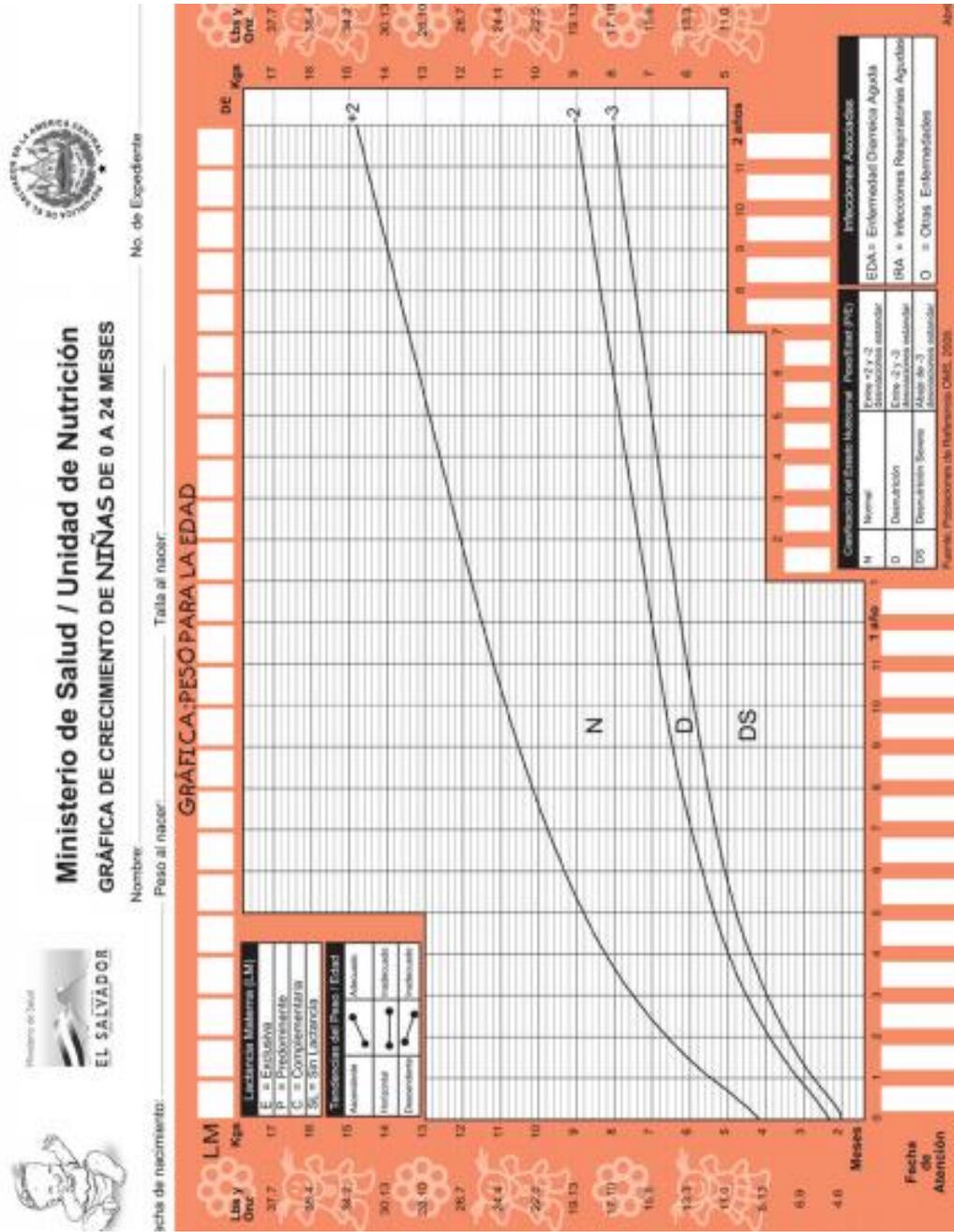
UCSF Ereaguayquin, Usulután.



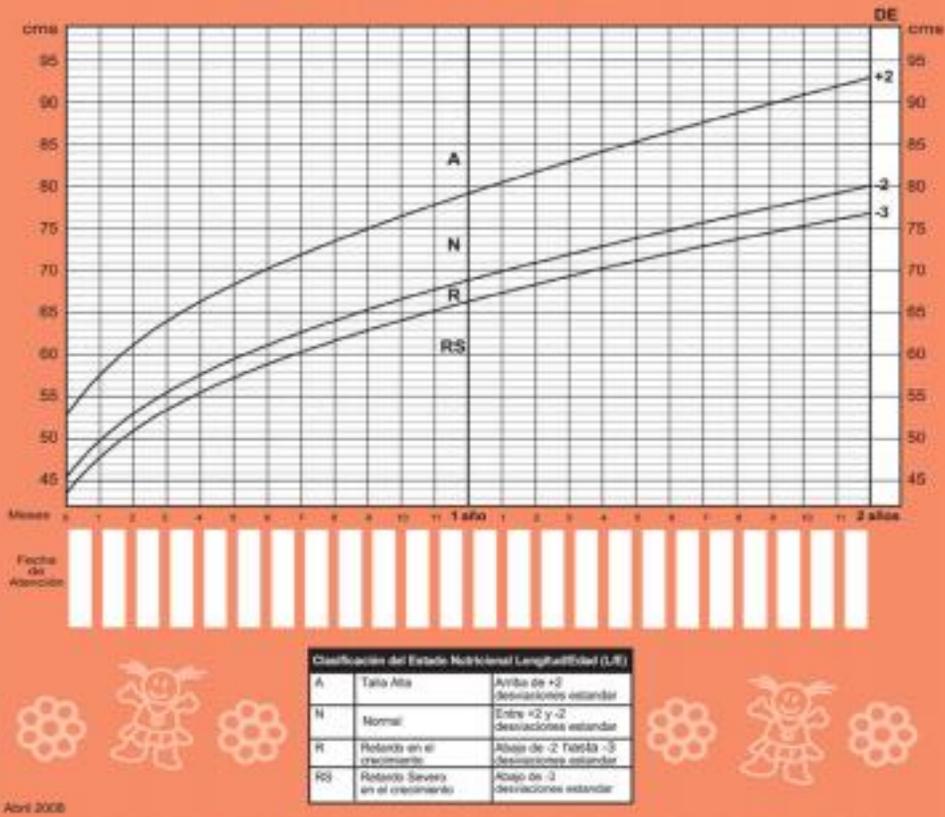
UCSF Hacienda Nueva, Concepción Batres, Usulután.



Anexo 4. Graficas de crecimiento de las niñas de 0-24 meses y de 2- 5 años.

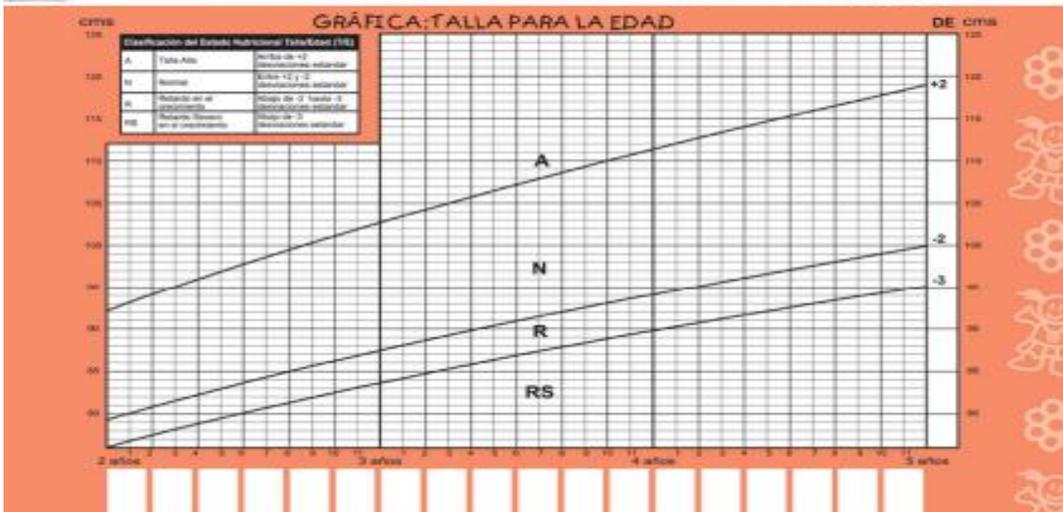


GRÁFICA: LONGITUD PARA LA EDAD



Ministerio de Salud
EL SALVADOR

Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS





Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición

GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS

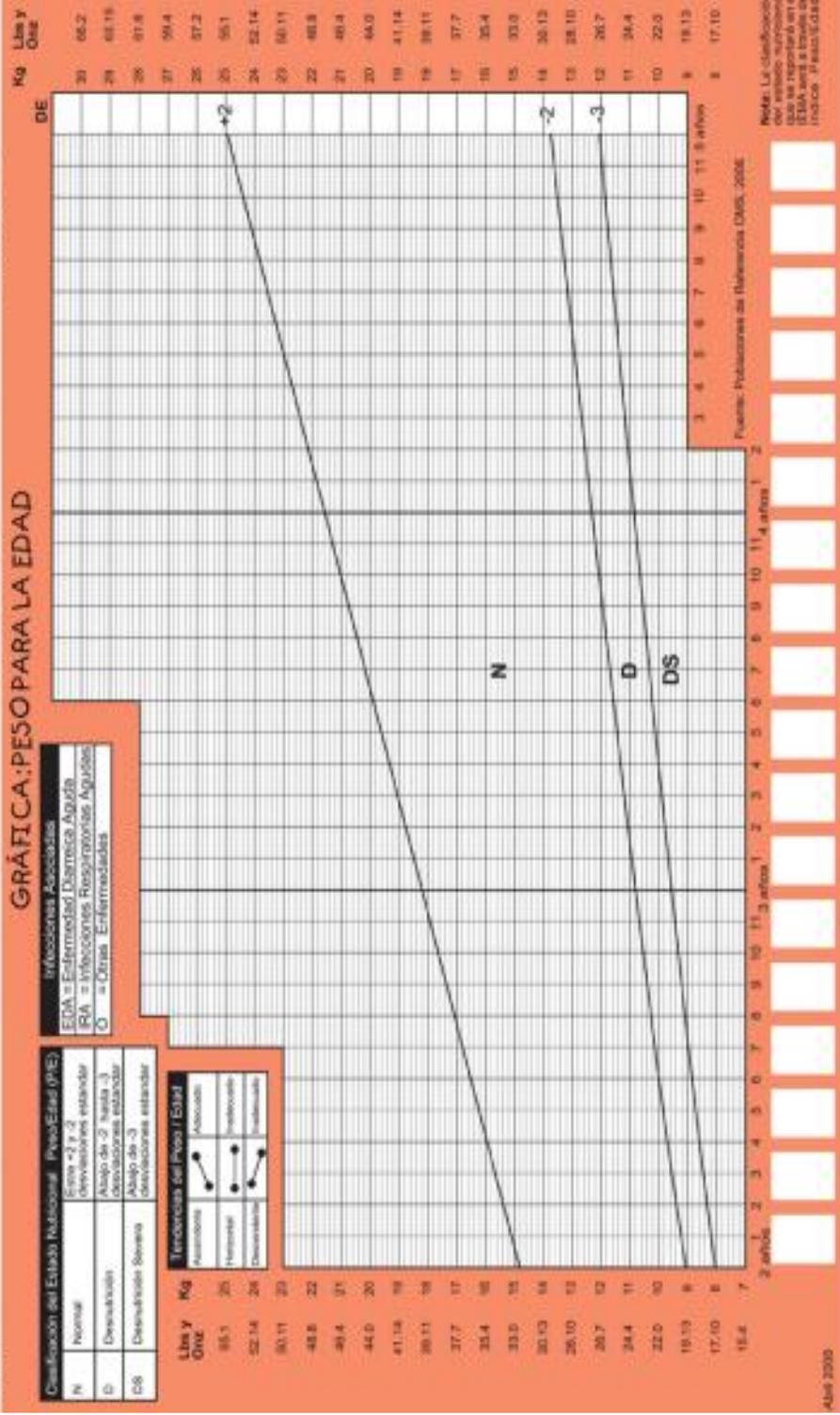
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____

GRÁFICA: PESO PARA LA EDAD

Infecciones Asociadas
 EDA = Enfermedad Diarrea Aguda
 IRA = Infecciones Respiratorias Agudas
 O = Otras Enfermedades

Calificación del Estado Nutricional	Peso/Edad (P/E)
N	Entre +2 y -2 desviaciones estándar
D	Abajo de -2 hasta 3 desviaciones estándar
DS	Abajo de -3 desviaciones estándar

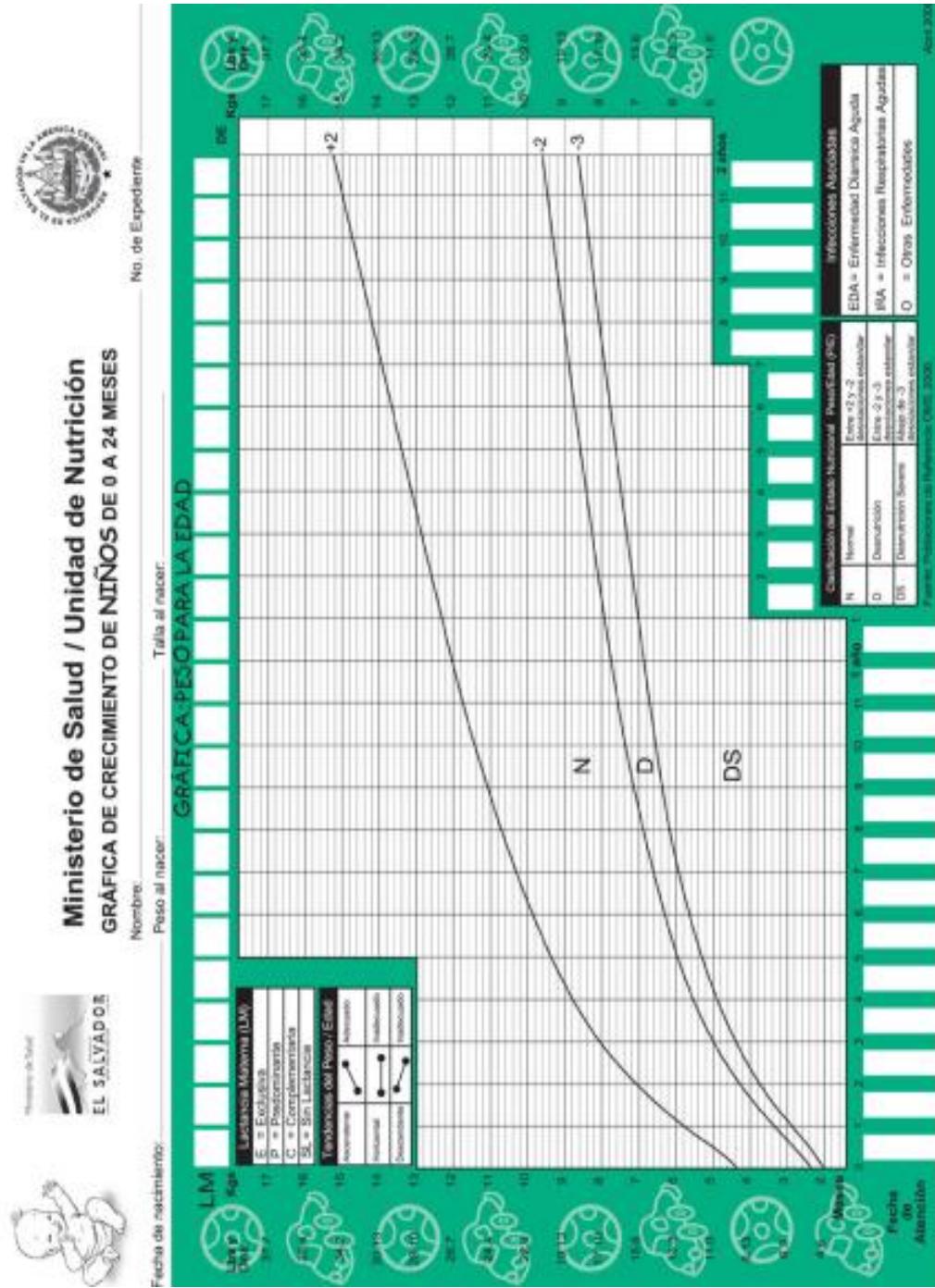
Tendencias del Peso / Edad			
Asociado	Asociado	Asociado	Asociado
Normal	Normal	Normal	Normal
Disociado	Disociado	Disociado	Disociado

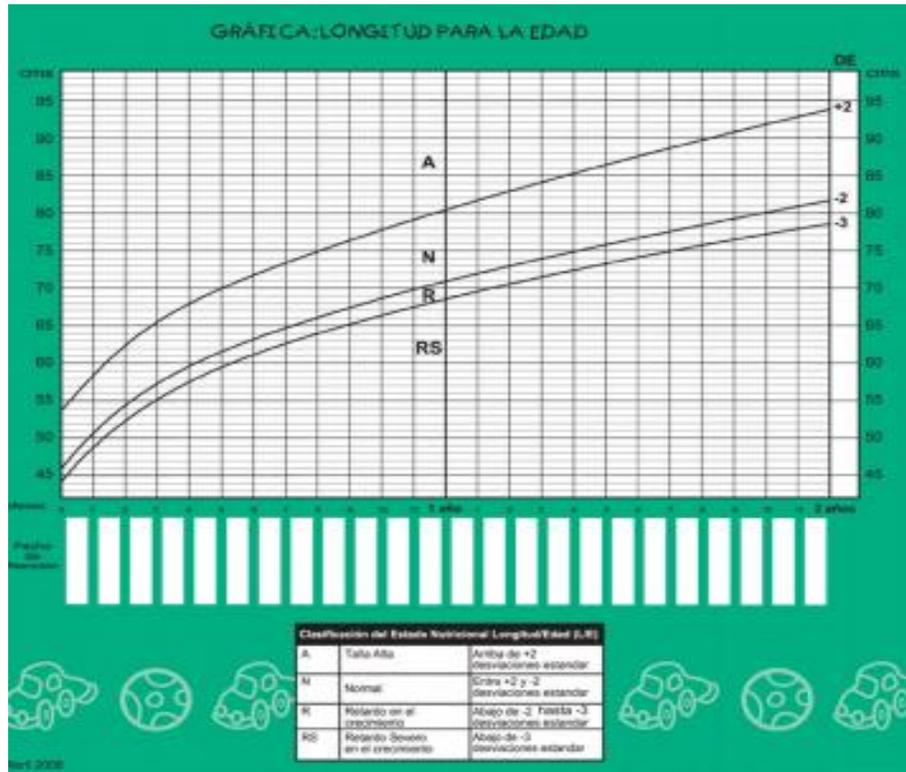


Nota: La clasificación de esta paciente se basa en el índice de masa corporal (IMC) según el broche de índice. Peso/Estatura

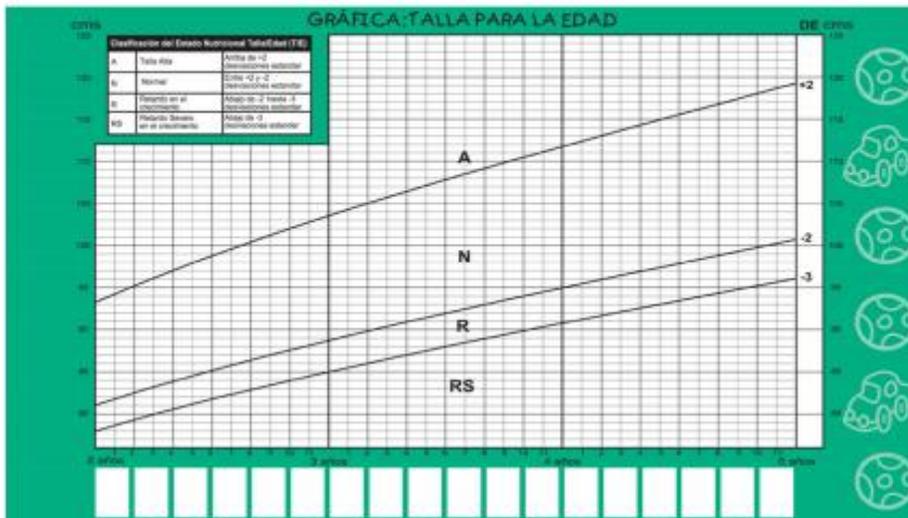
Fuente: Publicaciones de Referencia OMS, 2006

Anexo 5. Graficas de crecimiento de los niños de 0-24 meses y de 2- 5 años.





Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS





Ministerio de Salud
EL SALVADOR



Ministerio de Salud / Unidad de Nutrición

GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

No. de Expediente: _____

