

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INFANTIL
MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS USUARIA DE LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR TROMPINA, MORAZÁN Y
CARRILLO, SAN MIGUEL, AÑO 2017.**

PRESENTADO POR:

**LINDA VERÓNICA MEDINA RIVERA
PABLO ARCIDIO ARIEL ORTIZ ROMERO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO**

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE DE 2017

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO

INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR DE ESTADISTICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

PRESIDENTE

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

SECRETARIA

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

VOCAL

Linda Verónica Medina Rivera Carné N° MR09080
Pablo Arcidio Ariel Ortiz Romero Carné N° OR10015

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INFANTIL MENOR
DE CINCO AÑOS DE EDAD DIAGNOSTICADA CON INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS USUARIA DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE
SALUD FAMILIAR TROMPINA, MORAZÁN Y CARRILLO, SAN MIGUEL, AÑO 2017.**

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dr. Henry Giovanni Mata Lazo

Presidente

Dra. Ligia Jeannet López Leiva

Secretaria

Dr. René Merlos Rubio

Vocal

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
**Coordinadora General de Procesos de Graduación
de la carrera de Doctorado en Medicina**

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, 1 de diciembre del 2017.

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a:

DIOS:

Por iluminarnos siempre y guiarnos en el camino de la sabiduría en todo momento de nuestra carrera para poder alcanzar este triunfo.

A NUESTRO ASESOR:

Dr. Rene Merlos Rubio por su valiosa colaboración y conocimiento, tiempo y esfuerzo, empleado para orientarnos durante el proceso de esta investigación y alcanzar los objetivos propuestos por el equipo de investigación.

A LA COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION DE LA CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA:

Lic. Elba Margarita Berrios Castillo por la dedicación y tiempo empleado en la revisión y sugerencia aportadas las cuales fueron indispensables durante el desarrollo de esta investigación.

A LAS MADRES DE LOS PACIENTES:

Por su colaboración desinteresada en dedicar tiempo y compartir de sus conocimientos quienes se mostraron amigables y muy participativas durante la toda la entrevista realizada.

A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

Se dedica este trabajo a:

A DIOS:

Por darme salud, sabiduría, conocimiento, paciencia y perseverancia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad nunca hubiera sido posible.

A MIS QUERIDOS PADRES:

Por su sacrificio, su esfuerzo, apoyo y dedicación para culminar con éxito mi carrera, por la fortaleza que cada día me brindaron para continuar adelante hasta lograr esta meta que hoy también es de ellos.

A MIS HERMANOS:

Por sus apoyos, colaboración, paciencia, tolerancia, confianza incondicional y sobre todo por escucharme y estar ahí en los momentos de alegría, tristeza y por compartir de sus conocimientos. Por ello también comparto la alegría de lograr este triunfo con ellos.

A MIS DOCENTES:

Por su valiosa colaboración y aporte de su conocimiento, tiempo y esfuerzo empleado en guiarme enseñarme durante todo el transcurso de mi formación académica ya que, sin sus enseñanzas, experiencia compartidas, no hubiera sido posible lograr este triunfo. Con todo mi cariño, respeto y admiración.

A MI COMPAÑERO DE TESIS:

Por haberme apoyado siempre en el desarrollo del trabajo de tesis.

Finalmente, a todas las personas que contribuyeron con su apoyo y colaboración y me han permitido alcanzar mi meta.

LINDA VERÓNICA MEDINA RIVERA

Se dedica este trabajo a:

A DIOS:

Por darme salud, sabiduría, conocimiento, paciencia y perseverancia para alcanzar esta meta.

A MIS QUERIDOS PADRES:

Pablo Ortiz y Felicita Romero por su sacrificio y esfuerzo, para culminar con éxito mi carrera, porque sin su apoyo nunca hubiese podido lograr esta meta que hoy también es de ellos.

A MIS HERMANOS:

Kevin Ortiz, Andy Ortiz, Cleber Ortiz y Justin Ortiz por su confianza incondicional también comparto la alegría de lograr este triunfo con ellos, ya que sin su apoyo nunca hubiese sido posible.

A MIS AMIGOS:

Humberto Fuentes, Salomón Guatemala, Darwin Pereira, Eduardo Palucho, Andrés Orellana, Hernán Arquímedes, Osmin Umaña por siempre estar apoyándome por sus enseñanzas y que he comprobado en estos años la verdadera amistad y que siempre viva el club.

A MIS DOCENTES:

Por ser los guías que me han llevado hasta en nivel en que me encuentro en este momento, por la paciencia para enseñarme todos sus conocimientos, por su dedicación a el aprendizaje de sus alumnos y sobre todo a los que confiaron en mis valores como persona.

A MIS COMPAÑERA DE TESIS:

Por haberme apoyado incondicionalmente siempre en el desarrollo del trabajo de tesis, gracias a su paciencia y dedicación para poder terminarlo.

Finalmente, a todas las personas que contribuyeron con su amistad principalmente desde el comienzo de esta carrera hasta su culminación, a todos ellos que tuvieron fe en mí y teniendo siempre buenos deseos, que siempre supe que podía contar con ellos, y siempre los tomé muy en cuenta para seguir adelante.

PABLO ARCIDIO ARIEL ORTIZ ROMERO

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
• LISTA DE TABLAS.....	XI
• LISTA DE GRÁFICOS.....	XII
• LISTA DE ANEXOS.....	XIII
• RESUMEN.....	XIV
• INTRODUCCIÓN	1
• 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
• 2. OBJETIVOS.....	4
• 3. MARCO TEÒRICO	4
• 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.	14
• 5. DISEÑO METODOLOGICO.	15
• 6. RESULTADOS	20
• 7. DISCUSIÓN	38
• 8. CONCLUSIONES.....	40
• 9. RECOMENDACIONES.....	41
• 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Sintomatología	20
Tabla N° 2: Diagnostico especifico	21
Tabla N° 3: Necesidad de antibiótico	22
Tabla N° 4: Antibiótico usado.....	23
Tabla N° 5: Complicación de las IRAS.....	24
Tabla N° 6: Tipo de complicación.....	24
Tabla N° 7: Antecedentes patológicos relacionados	25
Tabla N° 8: Frecuencia IRAS al año.....	26
Tabla N° 9: Edad de la madre.....	27
Tabla N° 10: Total de Hijos.....	28
Tabla N° 11: Procedencia.....	29
Tabla N° 12: Alfabetismo y analfabetismo.....	30
Tabla N° 13: Ocupación de la madre.....	31
Tabla N° 14: Edad del niño/a	32
Tabla N° 15: Sexo de la muestra infantil.....	33
Tabla N° 16: Lactancia materna exclusiva.....	33
Tabla N° 17: Estado nutricional	34
Tabla N° 18: Factores de riesgo IRAS.....	35
Tabla N° 19: Practica de la madre.....	37
Tabla N° 20: Suspende medicamento.....	38

LISTA DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico N° 1: Sintomatología.....	21
Gráfico N° 2: Diagnostico especifico	22
Gráfico N° 3: Necesidad de antibiótico.....	23
Gráfico N° 4: Antibiótico usado.....	23
Gráfico N° 5: Complicación de las IRAS.....	24
Gráfico N° 6: Tipo de complicación.....	25
Gráfico N° 7: Antecedentes patológicos relacionados.....	26
Gráfico N° 8: Frecuencia de IRAS al año.....	27
Gráfico N° 9: Edad de la madre.....	28
Gráfico N° 10: Total de Hijos.....	29
Gráfico N° 11: Procedencia.....	30
Gráfico N° 12: Alfabetismo y analfabetismo.....	30
Gráfico N° 13: Ocupación de la madre.....	31
Gráfico N° 14: Edad del niño/a	32
Gráfico N° 15: Sexo de la muestra infantil.....	33
Gráfico N° 16: Lactancia materna exclusiva.....	34
Gráfico N° 17: Estado nutricional	35
Gráfico N° 18: Factores de riesgo IRAS.....	36
Gráfico N° 19 Practicas de la madre.....	37
Gráfico N° 20: Suspende medicamento.....	38

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO N° 1: Consentimiento informado.....	46
ANEXO N° 2: Instrumento de recolección de información.....	47
ANEXO N° 3: Siglas y abreviaturas.....	49
ANEXO N° 4: Tendencia de mortalidad infantil en Centroamérica.....	50
ANEXO N° 5: Tendencia de mortalidad infantil MINSAL	51
ANEXO N° 6: Tendencia de mortalidad infantil FESAL.....	51
ANEXO N° 7: Cronograma de actividades	52
ANEXO N° 8: Presupuesto y financiamiento	53
ANEXO N° 9: Glosario	54

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas son un grupo de enfermedades que siendo tan comunes son muy difíciles de prevenir y afecta a la mayor parte de la población infantil, además su sintomatología se encuentra influenciada por factores epidemiológicos que ayudan a producir la enfermedad. **El objetivo** de esta investigación es describir el perfil clínico y epidemiológico relacionada a estas enfermedades en la población infantil menor de cinco años de edad usuaria en Carrillo, San Miguel y Trompina, Morazán. **Metodología:** la investigación tiene un enfoque cuantitativo y cualitativo en donde, se utilizó el método prospectivo. La población fue constituida por 373 menores de 5 años de edad, los criterios de inclusión son: niños y niñas, menores de 5 años de edad, que consulten en las unidades de salud comunitaria familiar de Trompina y Carrillo. Se seleccionaron 189, 43 de Trompina y 146 de Carrillo. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista a las madres de los pacientes la cual tendría la duración de 5 minutos con previo consentimiento libre informado por las madres. **Resultados:** la sintomatología más común fue la rinorrea en un 58.2%, y el diagnóstico más prevalente fue el catarro común en un 62.4% y la complicación más frecuente la neumonía en un 11.6%, entre las edades más afectada fue menores de 1 año en un 28% y en su mayoría varones en un 65.6%, el factor ambiental más prevalente fue la combustión de leña dentro del hogar en un 73.5%. **Conclusiones:** Rinorrea es el signo más común, el catarro común es el diagnóstico más prevalente, y su complicación la neumonía y las edades más afectadas son los menores de un año y el factor más común es la quema de leña dentro del hogar.

Palabras clave: vulnerabilidad, clínico, epidemiológico, factores, infantil.

INTRODUCCIÓN

Se plantea que las infecciones respiratorias agudas son una de las enfermedades que más afectan a la población infantil y son la que más complican a la población infantil proponiéndose que se redujera a nivel mundial en la cumbre mundial a favor de la infancia, que la mayoría de las muertes se dan por falta de un diagnóstico precoz de estas enfermedades.

Se busca en este trabajo la determinación de perfil clínico siendo este la sintomatología más frecuente y los factores de riesgos del paciente, ambientales que conlleva a la presentación de la infección respiratoria aguda en la población infantil menor de 5 años.

Se realizó la investigación en diferentes bibliografías de la definición del perfil clínico y epidemiológico de las IRAS, se explica cada una de las enfermedades acerca de su cuadro clínico, sus complicaciones y tratamiento de elección también sobre la patogenia que conlleva porque se presenta tan frecuente estas infecciones en los infantes, también se habla sobre cada factor de riesgo considerado en países de centro américa y de algunos estudios realizados en otros departamentos del país.

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; 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. Sin embargo, no todas estas infecciones son graves; por ejemplo, la bronquitis es relativamente común y raras veces es mortal.

La otitis media es la principal causa prevenible de sordera en los países en vías de desarrollo y es un notable contribuyente a los problemas de desarrollo y aprendizaje en los niños. Además, la fiebre reumática aguda puede sobrevenir a la faringitis estreptocócica.

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.

El diseño metodológico se agregaron las variables que según la teoría son las que más se puede adecuar a la situación de las áreas en estudio y no se utilizó hipótesis ya que solo se describe como es el comportamiento de las IRAS en esa población, se calcula la muestra y se describe el instrumento y el tipo de investigación que se realiza.

En los resultados se utilizan tablas para exponer cada dato tomado de la entrevista presentando la frecuencia y porcentajes por cada UCSF y total global de cada ítem y estos datos fueron obtenidos por las madres de los pacientes en forma retrospectiva de la enfermedad que su hijo o hija tenía en ese momento o había presentado anteriormente y luego se graficó según cada unidad de salud para comparar sus porcentajes, cada tabla presenta su análisis y cada grafica la interpretación correspondiente.

En este documento se presentan los resultados tanto teóricos como del trabajo de campo de la investigación sobre el perfil clínico y epidemiológico en la población infantil menor de 5 años diagnosticada con infecciones respiratorias aguda usuaria de las unidades comunitarias de salud familiar Trompina, Morazán, y Carrillo, San Miguel, año 2017 tomando en cuenta la sintomatología, 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 .

Se llevó todos estos resultados a discusión enfatizando en la respuesta de los objetivos que se buscaban al inicio de la investigación y posteriormente se formaron las conclusiones basándose en la discusión y tomando en cuenta diferentes aspectos del instrumento de recolección como lo son las practicas maternas en cuanto a IRAS y nuestra experiencia al realizar el trabajo.

Finalmente se hacen las recomendaciones a los diferentes niveles de atención de los pacientes menores de 5 años desde los recursos de enfermería y las unidades de salud, hasta nivel de ministerio de salud y universidad de el salvador.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

Las IRA siguen siendo uno de los principales problemas de salud de los niños menores de 5 años en los países en vías de desarrollo, con una incidencia de entre 4 y 6 episodios anuales en las zonas urbanas y entre 5 y 8 en la zona rurales.

La Agenda de el 2030 para el desarrollo sostenible contemplan entre otras prioridades la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, estableciéndose esa finalidad en su tercer Objetivo de Desarrollo y definiendo como meta poner fin a las muertes evitables del recién nacido y de niños menores de 5 años al menos 25 por cada 1000 nacidos vivos al año 2030. En la

serie de encuestas FESAL, uno de los objetivos principales fue conocer los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez. Además, responde al interés en establecer diferencias o comparaciones que permitan identificar los subgrupos de la población que presentan tasas elevadas y, a través de estos diferenciales, entender mejor cuáles son los factores que influyen en la muerte o supervivencia de las y los niños.

Una evaluación más cautelosa indica que el único cambio significativo entre los períodos 1993-98 y 1997-2002 fue la reducción de la mortalidad infantil en el área rural. Al comparar 1997-2002 y 2003-08 de igual forma no se puede afirmar que ocurrieron cambios claros y definitivos. Al ampliar el período de comparación (entre 1993-98 y 2003-08) se puede afirmar que ocurrieron cambios definitivos en la mortalidad infantil al nivel nacional y en las áreas urbanas y rurales. Al considerar la mortalidad infantil por región de salud (ver anexo N° 3) se nota que la Oriental y Occidental tienen las estimaciones puntuales más altas de mortalidad y la Metropolitana la más baja. Aun así, la única diferencia significativa desde una perspectiva estadística está entre la Metropolitana y la Oriental. Por lo tanto, la discusión siguiente se enfoca en los patrones generales y los resultados más importantes.

La mortalidad es un índice de las manifestaciones más graves de las infecciones respiratorias agudas y las muertes por esta entidad también proporcionan un indicador del estándar general de la atención en salud. La División de población de las Naciones Unidas estima en 12.9 millones las defunciones ocurridas en el mundo en niños menores de cinco años de ellos el 4.3 millones (33%), se producen por infecciones respiratorias agudas, principalmente por las neumonías (FESAL encuesta nacional de salud familiar 2008).

En El Salvador la tasa de mortalidad por neumonía fue 393. De estos, San Miguel es el más perjudicado con 70,079 casos, seguido por Usulután con 59,209; en tercer lugar, se ubica La Unión con 54,388 infectados y por último Morazán con 29,635 enfermos.

La mayoría de esas defunciones ocurren por falta de criterios adecuados para la detección precoz de los signos de alarma a nivel de la comunidad y podrían ser prevenidas mediante el reconocimiento de los signos clínicos sensibles y el tratamiento eficaz y una nutrición más adecuada evitando así el uso de antibióticos.

Considerando factores de riesgo: demográficos, socioeconómicos, ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia, hacinamiento, exposición al frío, la humedad y cambios brusco de temperatura, ventilación de la vivienda y factores nutricionales. Así también que las condiciones climatológicas, la desconfianza de la población hacia la vacuna contra la gripe estacional y el abandono de las medidas de prevención podrían haber favorecido el aumento de consultas por IRA.

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.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico en la población infantil menor de cinco años diagnosticada con infecciones respiratorias agudas usuaria de las unidades comunitarias de salud familiar de Trompina, Morazán y Carrillo, San Miguel, durante el año 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de la población infantil menor de cinco años de edad diagnosticada con infecciones respiratorias agudas usuaria de las unidades comunitarias de salud familiar de Trompina, Morazán y Carrillo, San Miguel.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el perfil clínico de la población infantil menor de cinco años de edad diagnosticada con infecciones respiratorias agudas.
- Identificar el perfil epidemiológico de la población infantil menor de cinco años de edad de las infecciones respiratorias agudas.

3. MARCO TEÒRICO

3.1 Antecedente de las IRAS

Los primeros escritos de la neumonía fueron descritos por Hipócrates (c. 460 aC - 370 aC). Sin embargo, Hipócrates se refiere a la neumonía como una enfermedad “llamada por los antiguos.” También informó de los resultados de un drenaje quirúrgico de los empiemas. (2)

Maimónides (1138-1204 dC) observó que los síntomas básicos que se producen en la neumonía y que nunca falta son los siguientes: fiebre aguda, dolor en el costado (dolor pleurítico), respiración corta y rápida, pulso sierra y la tos.” Esta descripción clínica es muy similar a los encontrados en los libros de texto modernos, y que refleja el grado de conocimientos médicos a través de la Edad Media hasta el siglo XIX. (3)

En el acuerdo de la OMS de 1998 se discutió sobre la problemática que representaba las IRAS y sus complicaciones acordaron las siguientes metas:

- Reducir la gravedad y la mortalidad por infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, principalmente la neumonía, en los niños de menos de 5 años. (4)
- Disminuir el uso inadecuado y excesivo de antibióticos y de otros medicamentos para el tratamiento de las IRA en los niños. (5)

3.2 Concepto de perfil clínico

La clínica del griego kliní, 'cama, lecho', sigue los pasos de la semiología, ciencia y arte de la medicina, en el proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica (enfermedad, síndrome, trastorno, etc.), basado en la integración e interpretación de los síntomas y otros datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio y de pruebas de imagen. Con el diagnóstico de una enfermedad se pauta un tratamiento. (2,6)

El concepto de clínica es muy antiguo, sufriendo un proceso evolutivo que ha continuado a lo largo de la historia, recibiendo un importante impulso en su desarrollo inicial con los médicos griegos como Hipócrates en el siglo V antes de Cristo y luego en la Edad Media y en el Renacimiento, fundamentalmente en los asilos u hosterías, después hospitales para desposeídos, enfermos y ancianos abandonados en Holanda, Francia e Italia. (2,7)

¿Qué es el perfil clínico?

Se considera como los signos y síntomas presentes y que se pueden demostrar o que el paciente refiere de forma subjetiva. (2,2)

Perfil Clínico

¿Que son las 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. (8,9)

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. (10,4,4)

Según su estructura anatómica se clasifican en:

3.2.1 IRAS altas.

- Catarro común

El resfrío común, también conocido como rinofaringitis aguda, es la infección más frecuente en los niños. 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. (10,10,9,11,5,12,13)

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. (4)

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. (7)

Complicaciones: Las complicaciones se producen por sobreinfección bacteriana o desencadenamiento de fenómenos alérgicos. La más frecuente es la otitis media aguda y 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. (4)

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. (4)

- 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. (8)

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 de tres años 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 en un 70%: rinovirus, adenovirus, virus herpes, virus Influenza, coronavirus. (4)

Dentro de las causas bacterianas se encuentran el estreptococo betahemolítico grupo A (EBHA), estreptococo betahemolítico grupo C, Mycoplasma y otros estreptococos. La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves. (9,10,4)

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. (4)

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. (4)

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. (4)

- 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. (8)

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. (13)

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. (12)

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, mucoides 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. (3,7)

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. (3,4)

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. (3,9)

Tratamiento: Amoxicilina a dosis altas (70-90 mg/kg/día en 3 dosis), asociada o no a ácido clavulánico (6-8 mg/kg/día) mantenerlo 7 días o hasta que desaparezcan los síntomas. (3,13)

- 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. (4,14)

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*. (3,12)

Manifestaciones clínicas: en los lactantes es irritabilidad, rechazo alimentario, fiebre, llanto persistente y a veces vómitos. Los niños mayores pueden presentar otalgia. Frecuentemente existe el antecedente de IRA alta. La otoscopia revela un conducto auditivo externo normal o congestivo, con o sin descarga y el tímpano se observa abombado, eritematoso, opaco y poco translúcido. (3,14)

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. (4)

- 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. 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, seguido por el virus sincitial respiratorio (VSR), el sarampión, el adenovirus y la influenza A y B también pueden causar Crup. (3,14)

Cuadro Clínico; El Crup tiene una tos característica estridente que suena como el ladrido de perro. 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. (3,12)

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. (3)

Tratamiento: El aire frío o húmedo puede brindar alivio. Si la enfermedad es grave, se requiere la hospitalización del paciente. (13)

La epinefrina racémica aerosolizada, al igual que la dexametasona a 0.15 mg/kg se utilizan para ayudar a disminuir la inflamación de las vías respiratorias superiores igual que la budesonida nebulizada. La infección bacteriana requiere terapia con antibióticos. (4,11)

Patogénesis de Infecciones respiratorias agudas de vías altas:

- Su éxito radica primariamente en la capacidad de adherencia, los virus deben de evadir la inmunidad innata del organismo como los mecanismos mucociliares, las células fagocíticas y NK, a las que destruyen o utilizan. Para la adherencia, los virus requieren que la célula exprese en su superficie un receptor que es específico para cada tipo de virus. (2,16)
- La mayoría de los virus que ocasionan IRA, tienen períodos de incubación breves. (3)
- Generalmente los virus que originan IRA no causan viremia. (2,16)
- Como resultado de los puntos anteriores la inmunidad tiende a ser de duración breve. (3)
- Evasión de la respuesta inmune. Las estrategias que utilizan los virus para evadir la respuesta inmune son muy variadas, desde la variación antigénica hasta el bloqueo de la inflamación y apoptosis. (2,14)
- Asociación con otros microorganismos. No se conoce mucho acerca de esto, pero se han observado algunos eventos que lo sugieren, por ejemplo, la bacteria *Staphylococcus aureus* produce una proteasa que puede activar la hemaglutinina del virus de influenza, y con ello incrementa la virulencia del virus. (2,16)

3.2.2 IRAS bajas.

Al igual que las IRA de vías altas, la mayoría de las infecciones en vías respiratorias inferiores (IRAI) son referidas por el sitio anatómico afectado. Un sólo sitio puede ser el involucrado, no obstante, la mayoría de las infecciones pueden involucrar a más de un sitio. (3)

Las IRAi ocupan un porcentaje menor, pero también los infantes y niños son los más afectados, por lo general uno de cada ocho niños, puede sufrir una infección de vías inferiores, pero conforme aumenta la edad disminuye la frecuencia de estas infecciones. (9,3)

- 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. (4)

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. (8)

- 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. (4)

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. (8)

Tratamiento: Etiológico con antivirales como la Ribavirina y sintomático con broncodilatadores, adrenalina y corticoides. (4)

- 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. (4)

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 sincitial es causante de la mayoría de los episodios en lactantes. Niños mayores de 5 años: *Streptococcus pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae* son las causas más comunes de neumonía en escolares. (4)

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. (4)

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. (4)

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 toracentesis para análisis y cultivo del líquido. (4,6)

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. (15)

3.3 Concepto de perfil epidemiológico

La Epidemiología estudia los procesos de Salud y Enfermedad que afectan a la población. (16)

Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados; cómo se distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de Salud y Enfermedad; con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento. (16)

El término "Epidemiología" proviene del griego, donde "epi" significa arriba, "demos" pueblo y "logos": estudio o tratado. Esto implica que la Epidemiología es el estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos de Salud y Enfermedad. (16)

La noción de Salud como un concepto positivo, significa algo más que la mera ausencia de Enfermedad. Salud, tal y como es definida por la Organización Mundial de la (16,7)

Salud, es el estado de bienestar físico, psíquico y social, determinado por factores y/o marcadores (sexo, edad, nivel educacional, empleo, ingreso económico, etc.) que se consideran determinantes del estado de Salud o de Enfermedad. Tal vez, la función más importante de la Epidemiología es determinar la frecuencia y las tendencias de exposición a factores o marcadores que se asocian con daño o enfermedad. (17,16)

Se denominan marcadores de riesgo a aquellos atributos que se asocian con un riesgo mayor de ocurrencia de una determinada enfermedad y que no pueden ser modificados (pues la exposición a los marcadores no puede ser evitada). En cambio, la presencia de los factores de riesgo puede ser controlada y prevenida antes del desarrollo de la enfermedad. (16,7)

La patogénesis de Infecciones respiratorias agudas de vías inferiores:

Muchos de los virus que causan IRA pueden llegar a vías inferiores, además de causar necrosis y muerte celular, también originan otros hechos patogénicos inflamatorios como sibilancias e hiperreactividad de vías respiratorias. Los mecanismos no se conocen del todo, pero se han logrado grandes avances en estudios de las infecciones víricas con relación a enfermedades crónicas como el asma y bronquitis crónica. (3)

¿Qué es el perfil epidemiológico?

El perfil epidemiológico es el estudio la distribución de las enfermedades, de sus causas y de los determinantes de su frecuencia en el hombre, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, su práctica se realiza a través del método epidemiológico, basado en la observación de los fenómenos, el estudio o experimentación de éstas y la verificación de los resultados. (18)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 las IRA ocasionaron más de cuatro millones de defunciones entre preescolares en todo el mundo. (19)

Factores de riesgo.

- **La corta edad,** Antes del nacimiento el sistema inmunitario del niño es bastante inactivo, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños, sin embargo, recibe alguna protección de

los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta en las últimas 10 semanas de embarazo. (5)

- **El hacinamiento**, que es la relación entre el número de personas que viven en una casa entre el número de habitaciones y también muy relacionado con un el nivel socioeconómico bajo, la escolaridad de los padres. (8)
- **Las condiciones de la vivienda**, poca higiene doméstica en el hogar. (19)
- **La lactancia inadecuada**, que estudios realizados han comprobado que niños que no recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses presentaron más predisposición a padecer IRA. (5)
- **Las enfermedades parasitarias y el hábito de fumar** pasivo constituyen factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas ya que irritan la vía aérea produciendo migración del componente de la inflamación y aumentando su apoptosis y degradación. (11)
- **Las IRA y la nutrición** tienen un doble vínculo porque la desnutrición significa que un niño tiene más probabilidades de contraer infecciones respiratorias. Si no se presta la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos, las IRA producen déficit en el crecimiento y desarrollo del niño, pérdida de peso y desnutrición en un niño originalmente bien nutrido. (5)
- **Enfermedades crónicas**. Existe un grupo de enfermedades que disminuyen los mecanismos defensivos locales o sistémicos, favoreciendo las neumonías: malformaciones congénitas pulmonares, digestivas o cardíacas, fibrosis quística y enfermedades neurológicas, neuromusculares u otras que se acompañan de hipotonía, las deficiencias inmunes. (5)
- **El sexo masculino es el más afectado**, sin que se haya definido la causa. (3)
- **Prematuridad**, En niños nacidos antes del término o con bajo peso para la edad gestacional hay mayor grado de inmadurez y menos capacidad defensiva del sistema respiratorio que sus congéneres que nacieron con un peso mayor de 2500 gramos. (5,14,11)
- **Falta de inmunizaciones**: Muchas enfermedades prevenibles por vacunas producen neumonías o complicaciones respiratorias que condicionan mortalidad. (9)
- **La contaminación ambiental**: El hogar es el lugar donde el niño permanece la mayor parte del tiempo, resultando muy irritante la presencia de contaminantes en este medio. Los suelos de tierra, el humo de combustible carbón y/o hidrocarburos.
- **Asistencia a instituciones infantiles**: Cuando el niño asiste a un círculo infantil o guardería, se incrementa el riesgo de transmisión de IRA virales, así como de colonización nasofaríngea con bacterias patógenas a partir de portadores. Similares riesgos tienen los niños que son cuidados en una casa, cuando el número de niños es mayor de 3 o 4. La colonización con

algunos patógenos específicos como el neumococo resistente a la penicilina, es un problema importante en la actualidad. En las familias numerosas, en las cuales conviven niños pequeños con niños de edad preescolar y escolar, el riesgo de transmisión de IRA y colonización nasofaríngea puede ser también mayor. (5)

- **Enfriamiento:** El enfriamiento se ha señalado como un factor de riesgo en países fríos. No se sabe exactamente si el frío afecta los mecanismos defensivos o si la forma de vida más cerrada y con menos ventilación en los inviernos muy crudos, favorece la transmisión de las IRA y la colonización nasofaríngea. (5)
- **Atopia familiar,** hereditario a los hijos tiene una predisposición a tener más exacerbaciones de enfermedades con rinitis alérgicas o asma. (5)

Recomendaciones básicas de la OPS/OMS

Representan la conducta “ideal”, cubren dos áreas generales: el tratamiento en el hogar y la solicitud de atención. (15)

El tratamiento en el hogar. Es importante explicar a las madres que la taquipnea o respiración rápida obedece a una infección pulmonar que no se alivia con antipiréticos o tratamientos caseros y que es preciso buscar atención el mismo día que se presentan estos síntomas. Conviene explicar, por consiguiente, que estas maniobras facilitan la respiración de los niños. (18)

No conviene recomendarles que se limiten a dar agua para aliviar la tos; es mejor recomendarles un remedio casero, a base de plantas medicinales de eficacia comprobada. (9)

Solicitud de atención en el momento oportuno. La búsqueda tardía de atención obedece, en parte, a que las madres no siempre reconocen los signos de alarma (taquipnea y tiraje respiratorio), a que tienden a subestimar su gravedad y a que tratan de aliviarlos con maniobras aplicadas en casa. (18)

Para que las madres puedan buscar atención a su debido tiempo, deben ser capaces de reconocer los signos de alarma y su gravedad. (18).

4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE.

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores
Perfil clínico	Se considera como los signos y síntomas presentes y que se pueden demostrar o que el paciente refiere de forma subjetiva	Signos	<ul style="list-style-type: none"> • Tos • Fiebre • Rinorrea • Otorrea • Sibilancia
		Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Otagia • Cefalea • Odinofagia • Disnea
Perfil epidemiológico	El perfil epidemiológico es el estudio la distribución de las enfermedades, , de sus causas y de los determinantes de su frecuencia en el hombre, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, su práctica se realiza a través del método epidemiológico, basado en la observación de los fenómenos, el estudio o experimentación de éstas y la verificación de los resultados.	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Cocina de leña dentro del hogar • Piso de tierra • Familiar con IRA • Hacinamiento • Fumadores en la casa • Historia atopia en la familia • Posee edad comprendida entre 0 a 5 años

5. DISEÑO METODOLOGICO.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue: **Prospectivo:** ya que la información se recolectó de las madres, los síntomas que presento antes de consultar, según se detectaron los casos en el período comprendido de junio de 2017 a agosto de 2017.

Según el período y secuencia del estudio fue:

Transversal: porque se determinó el perfil clínico y epidemiológico de infecciones respiratorias agudas en la población infantil menor de 5 años de edad usuaria de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar que participaron en la investigación en el tiempo comprendido de junio 2017 a agosto de 2017 sin ningún seguimiento posterior, además dado que la información tomada de las unidades muestrales se realizó únicamente una vez.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación fue: **Descriptiva:** debido a que se administró una encuesta para las madres de la población infantil menor de cinco años de edad para obtener los datos clínicos y epidemiológicos que presentan y permitió estudiar la tendencia que presentan las infecciones respiratorias agudas en la población de Trompina, Morazán y Carrillo, San Miguel, y con ello se observó la frecuencia de síntomas que mencionan las madres y su situación.

5.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Población

Distribución de la población por cada UCSF

Unidad comunitaria de salud familiar	Población
Carrillo, San Miguel	288
Trompina, Morazán	85
Total:	373

Fuente: Pirámide poblacional de las UCSF

Muestra

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxilió de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra
Z es el nivel de confianza
p es la variabilidad positiva
q es la variabilidad negativa
N es el tamaño de la población
E es la precisión o error

Datos:

$$n=?$$

$$N= 373$$

$$Z=95\% = 1.96$$

$$p=50\% = 0.5$$

$$q=50\% = 0.5$$

$$E=5\% = 0.05$$

Sustituyendo:

$$n=\frac{(1.96*1.96)(0.50*0.50)*373}{373*(0.05*0.05)+(1.96*1.96)*(0.5*0.5)}$$

$$n=\frac{(3.8416)(0.25)*373}{373*(0.0025)+(3.8416)(0.25)}$$

$$n=\frac{(0.9604)(373)}{0.9325+0.9604}$$

$$n=\frac{358 \approx 22}{1.8929}$$

$$n= 189.12 \approx 189$$

$$n= 189 \text{ niños/as.}$$

Fórmula para Submuestra

$$nh= \underline{Nh(n)}$$

$$N-1$$

Dónde:

N= Tamaño de la población total

n= Tamaño de la muestra total

Nh= Tamaño de la población de cada unidad de salud

nh= Tamaño de la submuestra en cada unidad de salud

Cálculo de la submuestra de la UCSF Trompina

Datos:

nh=?

Nh= 85

n= 189

N= 373

Sustituyendo:

$$\text{nh} = \frac{85 * 189}{373 - 1}$$

$$\text{nh} = \frac{16,065}{372}$$

nh= 43.1854 ≈ 43

nh= 43 niños/as

Cálculo de la submuestra de la UCSF Carrillo

Datos:

nh=?

Nh= 288

n= 189

N= 373

Sustituyendo:

$$\text{nh} = \frac{288 * 189}{373 - 1}$$

$$\text{nh} = \frac{54,432}{372}$$

nh= 146.322 ≈ 146

nh= 146 niños/as

Distribución de la muestra por cada Unidad de Salud

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Submuestra
Trompina	43
Carrillo	146
Total:	189

Fuente: Pirámide poblacional de las UCSF

5.3 TIPO DE MUESTREO

Probabilístico por conveniencia

Porque en esta investigación no todos los pacientes niños y niñas que consulten a las unidades de salud en estudio, participaron en la investigación; Ya que no todos cumplieron los criterios necesarios para incluirlos en la recolección de datos, el muestreo será por conveniencia debido a que se realizaron a todo paciente masculino y femeninos menores de 5 años de edad usuaria de las unidades de salud en estudio porque son los más afectados de las IRA además estos pacientes son llevados frecuentemente a consultar por estas enfermedades y que siempre cumplan con los criterios tanto de inclusión como de exclusión.

5.4 CRITERIO PARA ESTABLECER LA MUESTRA

Crterios de inclusión

- Género: masculino y femenino.
- Edad: menores de 5 años
- Área geográfica: que consulten en las unidades de salud comunitaria familiar de Trompina y Carrillo.
- Consentimiento de las madres de los pacientes: que permita que los datos de su hijo puedan ser usados en la investigación.

Crterios de exclusión

- Población mayor de 5 años
- Pacientes que consultan con sintomatología sugestiva a infección de vías respiratorias y que no pertenecen al área geográfica establecida en la investigación.
- El no consentimiento de las madres de los pacientes: que no permitan que los datos de su hijo puedan ser usados en la investigación.

5.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A. Técnica Documentales

Documental bibliográfico: porque permitió hacer una revisión de diferentes libros especializados en el tema, revistas clínicas, artículos relacionados, software del MINSAL, donde se investigó datos importantes sobre anatomía, la fisiopatología, la incidencia, los signos y síntomas que se

presentaron, los métodos diagnósticos del cual se elegirá uno para comprobar la enfermedad y el tratamiento de estas enfermedades.

B- Técnicas de trabajo de campo:

Se realizó una encuesta para recolectar datos de interés para la investigación y se obtuvo información sobre el conocimiento de la población de las IRAS y de sus factores de riesgo.

5.6 INSTRUMENTO

Un cuestionario el cual está formado de partes la primera recolecto datos del perfil clínico del objeto de estudio, la segunda indago sobre el perfil epidemiológico presentada que se relaciona con IRA además antecedentes clínicos de infección respiratoria y factores de riesgo para el desarrollo de infecciones respiratorias agudas haciendo un total de 18 preguntas entre estas se encuentran preguntas de tipo cerradas y semi cerradas. (Anexo 2).

5.7 PROCEDIMIENTO

A-Planificación de la investigación

Durante las primeras semanas de febrero el grupo se reunió con el tutor y la coordinadora de grupos para la selección de tema de investigación para enviar a la propuesta a Junta.

Posterior a la selección del tema durante los meses de marzo y abril se realizó la identificación de fuentes de información confiables y seguras, dentro de las cuales se tienen libros, normativas de salud pública, reglamentos y toda aquella información pertinente que aportó conocimiento y orientación para tener una idea clara acerca de los procedimientos necesarios que conllevo la investigación.

Esta investigación es prospectiva, transversal y descriptiva ya que es en un periodo de tiempo determinado y se realizará una descripción de la enfermedad y se cuantificará la incidencia de infecciones respiratorias agudas.

El objeto de esta investigación son los niños y niñas y sus antecedentes sobre la infección de respiratorias agudas describiendo sintomatología actual y sus factores de riesgo.

B-Ejecución de la investigación

Validación del instrumento

Para validar el instrumento se realizó cinco entrevistas en cada una de las unidades de salud haciendo un total de 10, en el periodo del 20 de junio de 2017 hasta 23 junio de 2017, para su posterior análisis donde se encontró inconsistencias en las preguntas y así verificamos si el instrumento es el adecuado para cumplir los objetivos.

Recolección de datos

La recolección de los datos se llevó a cabo en el periodo comprendido del 26 de junio de 2017 al 4 de agosto de 2017 y se realizó de la siguiente manera:

Semanas Responsables	4°sem junio	1° sem julio	2° sem julio	3°sem julio	4°sem julio	1°sem agosto	Total
Br. Pablo Ortiz	7	7	7	7	7	6	43
Br Linda Medina	24	24	24	24	24	23	146
Total							189

La entrevista inicio explicando al paciente el motivo de la investigación por lo cual se le solicito que firmara un consentimiento informado, se procedió a realizar las preguntas según el instrumento de investigación, se dispuso un tiempo de aproximadamente 5 minutos entre cada entrevistado.

5.8 PLAN DE ANALISIS

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, se realizó una de entrevista donde se recolecto características clínicas y epidemiológicas asociados con la enfermedad en estudio, información sobre la sintomatología clínica presentada por el paciente participante de la investigación posteriormente se realizó la tabulación de la información recolectada, utilizando el programa estadístico SPSS para realizar la tabulación de datos.

6. RESULTADOS

TABLA N° 1: Sintomatología.

CUAL SINTOMATOLOGÍA FUE LA PRIMERA QUE PRESENTO EL NIÑO	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Tos	20	46.5%	68	46.6%	88	46.6%
Rinorrea	26	60.5%	84	57.5%	110	58.2%
Fiebre	20	46.5%	66	45.2%	86	45.5%
Disfagia/odinofagia	8	18.6%	46	31.5%	54	28.6%
Otalgia	1	2.3%	4	2.7%	5	2.6%
Sibilancia	6	3.2%	17	9.0%	23	12.2%
Otorrea	1	2.3%	4	2.7%	5	2.6%

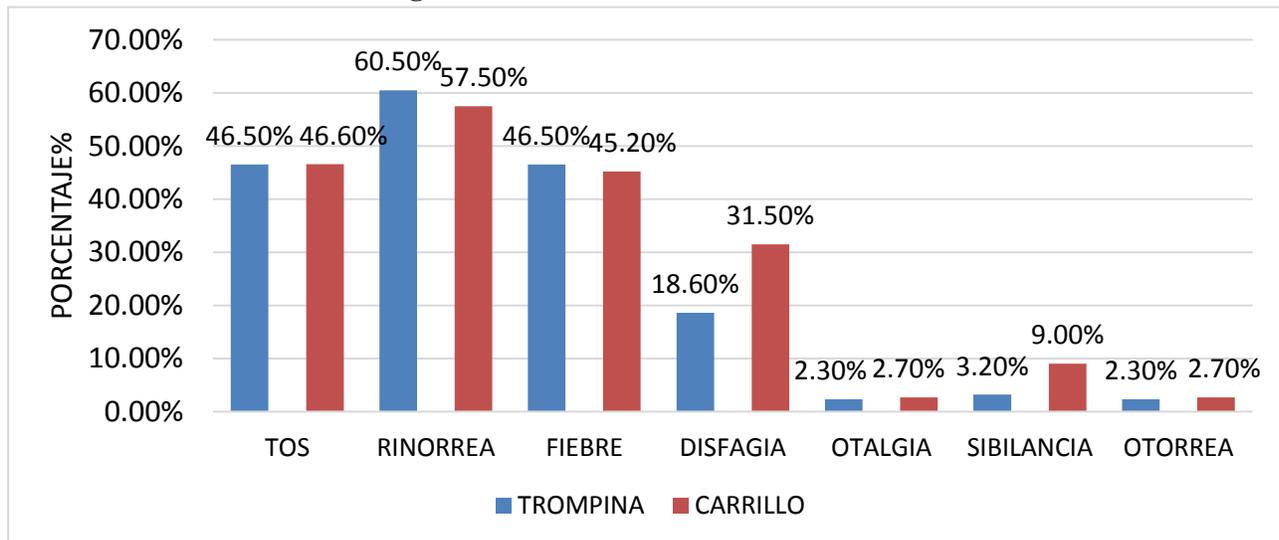
Fuente: Anexo 2

Análisis: En la tabla 1 pueden observarse los resultados en frecuencia y porcentajes a nivel de ambas Unidades de Salud, la sintomatología que más prevaleció en un primer lugar fue rinorrea en un 60.5% en Trompina y un 57.5% en la Carrillo, en segundo lugar, se puede encontrar que se encuentra fiebre con un 46.5% en Trompina y 45.2% en la Carrillo, en tercer lugar tos en un 46.5% en Trompina y un 46.6% en la Carrillo, en un cuarto lugar disfagia/odinofagia 18.6%

Trompina y 31.5% Carrillo, en quinto lugar sibilancias 3.2% Trompina y 9.0% carrillo, en sexto lugar otalgia y otorrea en una 2.3% en Trompina y 2.7 % la Carrillo.

Interpretación: De acuerdo a los resultado obtenidos podemos decir que la sintomatología de infecciones respiratorias agudas es variada, y sintomatología mas comun por la consultan las madre con sus hijos es la rinorrea 58.2% siendo esta una de las primeras manifestaciones de IRA. Seguida por la tos 46.6% y la fiebre 45.5% mientras la disfagia/ odinofagia 28.6% y sibilancias 12.2% interm medio y la sintomatología menos frecuente por la que consultan las madres otalgia 2.6% y otorrea 2.6% ambas en un mismo porcentaje.

GRÁFICO N° 1: Sintomatología.



Fuente: Tabla 1

TABLA N ° 2: Diagnóstico específico.

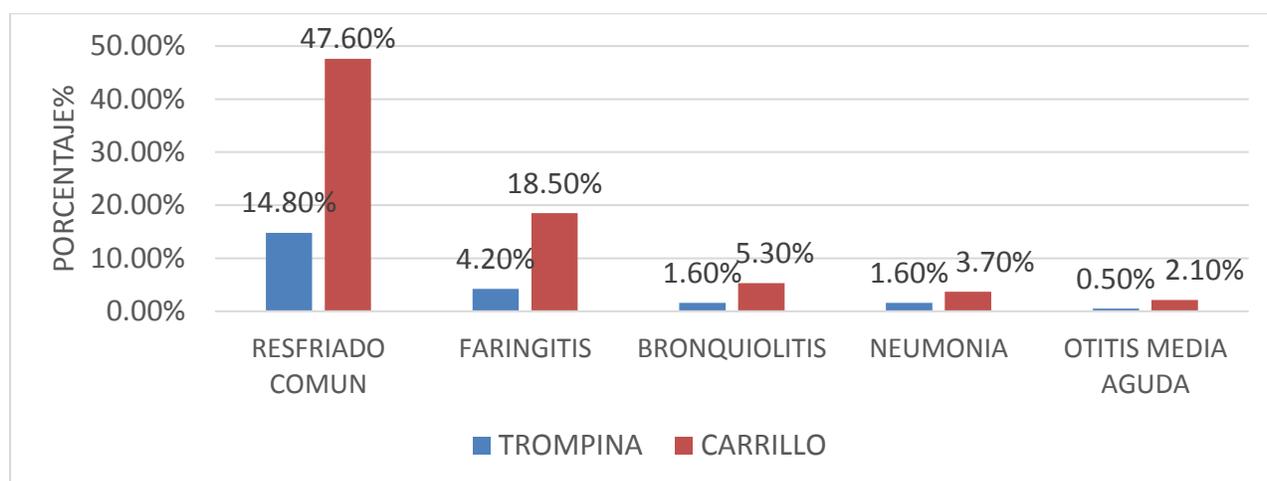
CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Resfriado comun	28	14.8%	90	47.6%	118	62.4%
Faringitis	8	4.2%	35	18.5%	43	22.8%
Bronquiolitis	3	1.6%	10	5.3%	13	6.9%
Neumonía	3	1.6%	7	3.7%	10	5.3%
Otitis media aguda	1	0.5%	4	2.1%	5	2.6%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se puede observar que el diagnóstico que presentó un mayor recuento fue el resfriado común con 118 (62.4%) casos, la faringitis fue el segundo diagnóstico presentado 43 casos (22.8%), seguido este por la bronquiolitis con 13 casos (6.9%), la neumonía que solo presentó 10 casos (5.3%) y la otitis externa con solo 5 casos (2.6%).

Interpretación: Se logró constatar que en las Unidades de Salud Comunitaria Familiar Trompina, Morazán, y Carrillo, San Miguel que el más común diagnóstico en niños menores de 5 años es resfriado común seguido por faringitis y los diagnósticos menos comunes son bronquiolitis, neumonía y solo un mínimo porcentaje presentó otitis media aguda lo que se correlaciona con la sintomatología que presentaron.

GRÁFICO N° 2: Diagnóstico específico.



Fuente: Tabla 2

TABLA N° 3: Necesidad de antibiótico.

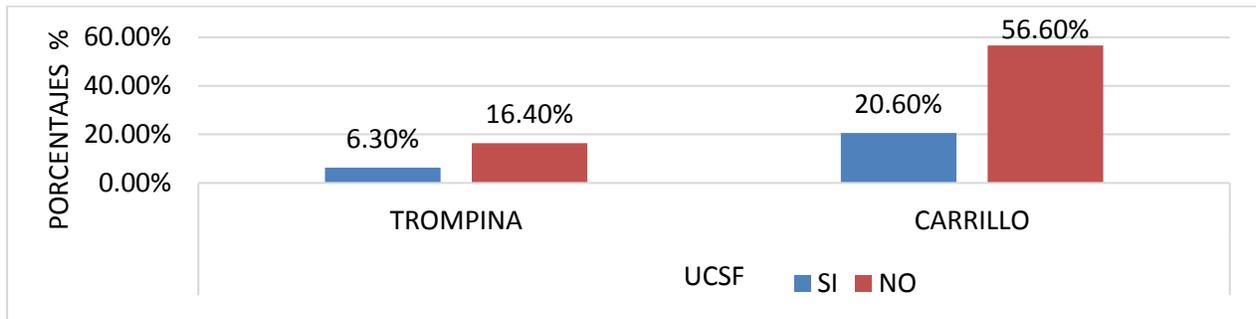
HUBO NECESIDAD DE ANTIBIÓTICO	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Si	12	6.3%	39	20.6%	51	27.0%
No	31	16.4%	107	56.6%	138	73.0%

Fuente: Anexo 2

Análisis: De los resultados obtenidos de la encuesta se observa que un 27% de los pacientes se necesitó el uso de antibiótico, mientras que un 73% no fue necesario el uso de antibióticos para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

Interpretación: La mayoría de las infecciones respiratorias agudas no fue necesaria el uso de antibióticos esto debido a que más del 70% de estas fueron producidas por virus mientras que en un 27% fue necesaria el uso de antibiótico que demuestra una incidencia menor de las infecciones respiratorias agudas provocadas por bacterias.

GRÁFICO N° 3: Necesidad de antibiótico.



Fuente: Tabla 3

TABLA N° 4: Antibiótico usado.

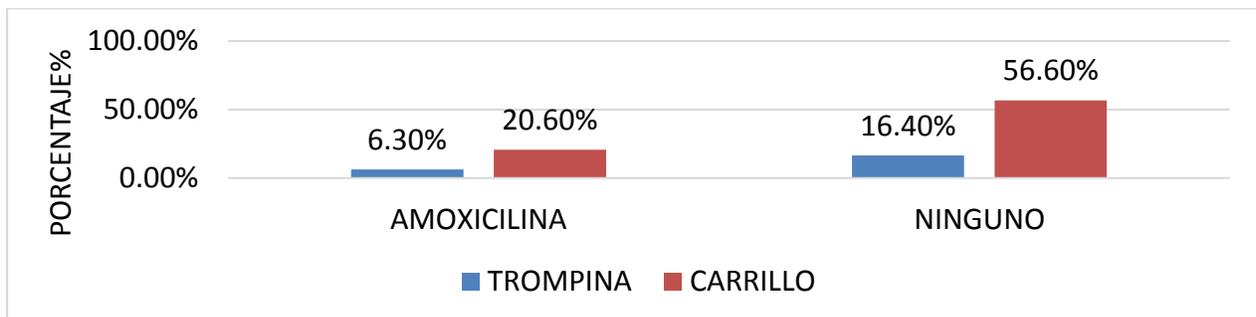
CUAL ANTIBIOTICO	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Amoxicilina	12	6.3%	39	20.6%	51	27.0%
Ninguno	31	16.4%	107	56.6%	138	73.0%

Fuente: Anexo 2

Análisis: De los resultados obtenidos de la encuesta se observa que un 6.3% necesitan amoxicilina en Trompina y 20.6% necesitan amoxicilina en Carrillo, y también se presentaron pacientes que no necesitan ningún antibiótico en Trompina un 16.4% y de Carrillo 56.6%.

Interpretación: Se observa tanto en las unidades de Carrillo y Trompina que solo en un 27% fue necesario el uso de amoxicilina, también se puede observar que no se ha usado ningún otro antibiótico esto puede ser debido a la provisión de medicamento que el almacén hace a las unidades comunitarias de salud familiar siendo principalmente distribuida la amoxicilina 250mg/5ml jarabe.

GRÁFICO N° 4: Antibiótico usado.



Fuente: Tabla 4

TABLA N° 5: Complicación de las IRAS.

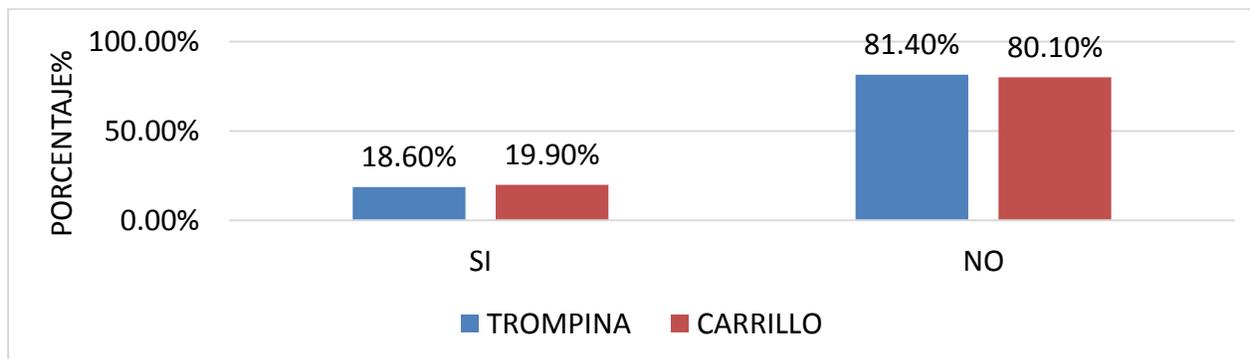
TIENE ALGUNA COMPLICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Si	8	18.6%	29	19.9%	37	19.6%
No	35	81.4%	117	80.1%	152	80.4%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa en la siguiente tabla 5 que las complicaciones de IRAS la mayoría de niños menores de 5 años no presento complicaciones un 81.4% en Trompina y 80.1% Carrillo mientras la minoría si presentó alguna complicación de las IRAS en Trompina un 18.6% y en la Carrillo se presentó en un 19.9%.

Interpretación: Según los resultados obtenido la mayoría de los menores de 5 años diagnosticados con IRAS no presenta complicaciones en un 80.4% mientras la minoría el 19.6% si presenta complicaciones.

GRÁFICO N° 5: Complicación de las IRAS.



Fuente: Tabla 5

TABLA N° 6: Tipo de complicación.

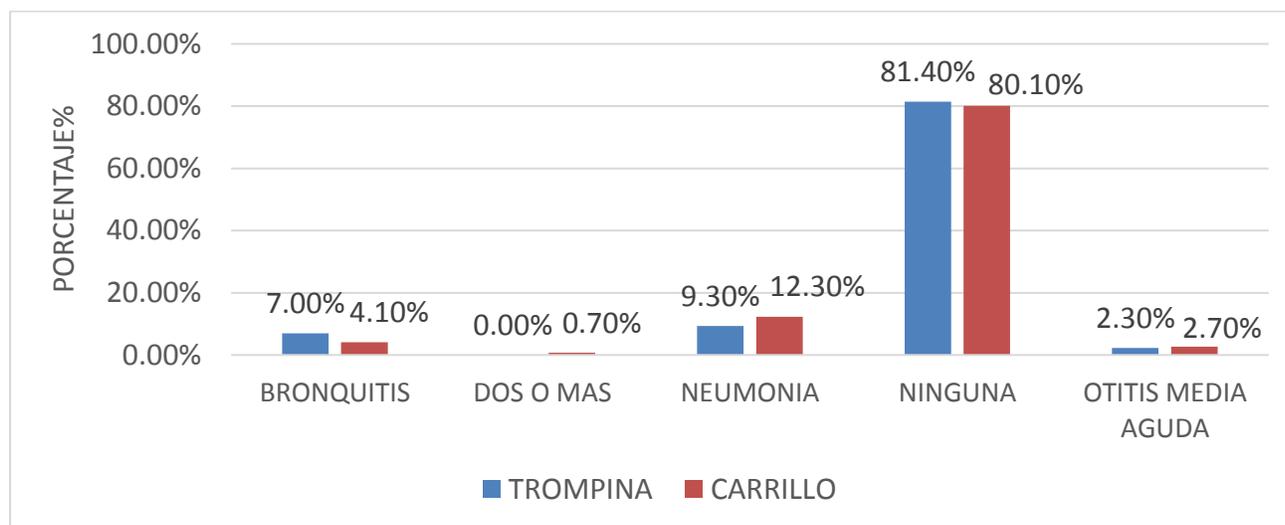
CUAL DE COMPLICACIÓN	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Bronquitis	3	7.0%	6	4.1%	9	4.8%
Dos o mas	0	0.0%	1	0.7%	1	0.5%
Neumonía	4	9.3%	18	12.3%	22	11.6%
Ninguna	35	81.4%	117	80.1%	152	80.4%
Otitis media aguda	1	2.3%	4	2.7%	5	2.6%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Según los resultados obtenidos observa que del 19.6 % de menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas, presenta como complicación neumonía en un 11.6%, bronquitis 4.8%, otitis externa 2.6% y dos o más complicaciones solo el 0.5 %.

Interpretación: La más común complicación presentada de los pacientes con diagnóstico de IRAS menores de 5 años que consultan alas UCSF Trompina y Carrillo es neumonía, en segundo lugar, Bronquitis, y tercer lugar otitis externa siendo la minoría la presento dos más complicaciones.

GRÁFICO N° 6: Tipo de complicación.



Fuente: Tabla 6

TABLA N° 7: Antecedentes patológicos relacionados.

TIENE SU HIJO/A ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS.	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Broncoespasmos	2	1.1%	11	5.8%	13	6.9%
Infecciones respiratorias a repetición	4	2.1%	36	19.0%	40	21.2%
Ninguna	33	17.5%	87	46.0%	120	63.5%
Otras patologías	4	2.1%	11	5.8%	15	7.9%

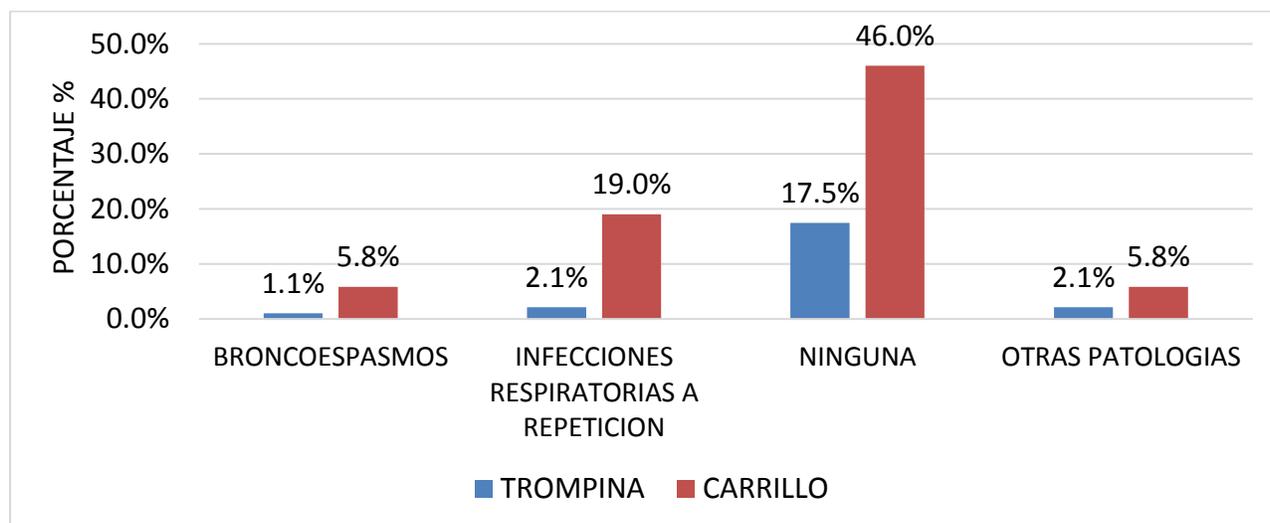
Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa que los niños menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas el 17.5% no tuvo ningún antecedente patológico relacionado en Trompina y el 63.5% Carrillo, infecciones respiratorias agudas a repetición 2.1%, y Carrillo 21.2%, otras

patologías 2.1% Trompina y el 5.8% en Carrillo, solo la minoría presento broncoespasmos el 1.1% Trompina y 5.8% Carrillo.

Interpretación: La mayoría de menores de 5 años diagnosticados con IRAS en UCSF Trompina y Carrillo, no tiene ningún antecedente patológico 63.5%, y los pacientes que tienen antecedentes patológicos el más común es infecciones respiratorias agudas a repetición el 21.2%, en segundo lugar, manifiesta antecedentes patológicos relacionados el 7.9% y la minoría el 6.9% ha tenido antecedentes de broncoespasmo.

GRÁFICO N° 7: Antecedentes patológicos relacionados.



Fuente: Tabla 7

TABLA N° 8: Frecuencia de IRAS al año.

CUANTAS VECES AL AÑO ES DIAGNOSTICADO SU HIJO/A	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
1 Ocasión	11	25.6%	30	20.5%	41	21.7%
2 Ocasiones	21	48.8%	56	38.4%	77	40.7%
3 Ocasiones	7	16.3%	24	16.4%	31	16.4%
4 Ocasiones	4	9.3%	36	24.7%	40	21.2%

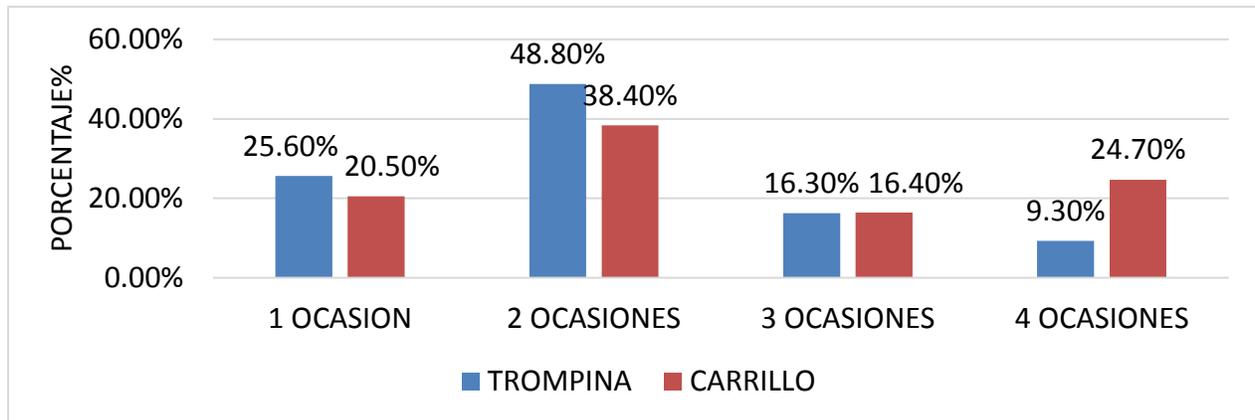
Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa que de las madres entrevistadas manifestaron que su hijo/a había presentado IRAS en 2 ocasiones al año el 40.7%, el 21.7% en 1 ocasión al año, seguido del 21.2% en 4 ocasiones al año y solo el 16.4% presento IRAS en 3 ocasiones al año.

Interpretación: Según los resultados obtenidos se puede afirmar que la mayoría de menores diagnosticados con infecciones respiratorias agudas había tenido solo 2 episodios al año, en

segundo lugar 1 ocasión al año, y la minoría tuvo entre 3 y 4 ocasiones al año lo que se correlaciona con la tabla 7 en la que la mayoría madres manifiestan que su hijo/a no tiene antecedentes patológicos de infecciones agudas a repetición.

GRÁFICO N° 8: Frecuencia de IRAS al año.



Fuente: Tabla 8

TABLA N° 9: Edad de la madre.

EDAD DE LA MADRE.	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
15 a menor de 20 años	12	27.9%	59	40.4%	71	37.6%
20 a menor de 30 años	15	34.9%	47	32.2%	62	32.8%
30 a menor de 40 años	13	30.2%	39	26.7%	52	27.5%
40 a menor de 50 años	3	7.0%	1	0.7%	4	2.1%

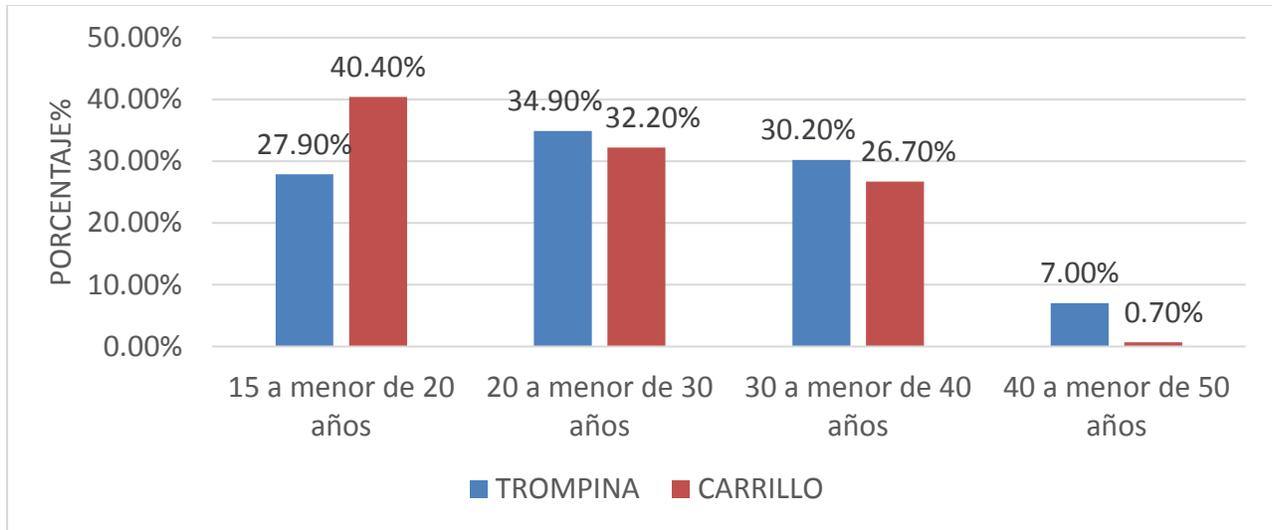
Fuente: Anexo 2

Análisis: Se puede observar según los resultados en frecuencia y porcentajes respecto a la edad de las madres que participaron en la presente investigación la cual ocupan en primer lugar las edades de 15 a 20 años con un porcentaje del 37.6%, seguida de un 32.8% que corresponden a las edades de 20 a 30 años, además sólo un 27.5% se encontraban en la edad de 30 a 40 años y el mínimo porcentaje 2.1% se encontró se encontró entre las edades de 40 a 50 años.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que de las madres entrevistadas de menores de 5 años diagnosticados con IRAS, la mayoría de ellas se encontraban entre las edades de 15 a 20 años, por lo que la mayoría de ellas fueron jóvenes con poca experiencia, además una década de la vida donde se caracteriza que la mujer no ha adquirido la madurez psico –emocional y todavía se encuentra en su crecimiento y desarrollo por lo tanto no hay una madurez sexual y menos puede asumir con responsabilidad lo que lleva un hogar, familia, trabajo y sobre todo de los cuidados que un niño necesita y de las diferentes formas de

prevenirles enfermedades. Seguida por el grupo o edades comprendidas entre 20 a 30 años, edad en la cual se considera idónea en la que se considera que la mujer ha logrado su madurez tanto física como emocional. Y solo 52 de las madres entrevistadas se encontraban entre los 30 a 40 años, donde en esta edad la mujer tiene mayor experiencia, y enfrenta la vida con mayor responsabilidad por lo que las necesidades y cuidados del niño serian suplidas por su madre mientras la minoría tiene edades entre 40 y 50 años.

GRÁFICO N° 9: Edad de la madre.



Fuente: Tabla 9

TABLA N° 10: Total de Hijos.

NÚMERO DE HIJOS	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
1	10	5.3%	34	18.0%	44	23.3%
2	18	9.5%	64	33.9%	82	43.4%
3	5	2.6%	15	7.9%	20	10.6%
4	9	4.8%	29	15.3%	38	20.1%
5	1	0.5%	4	2.1%	5	2.6%

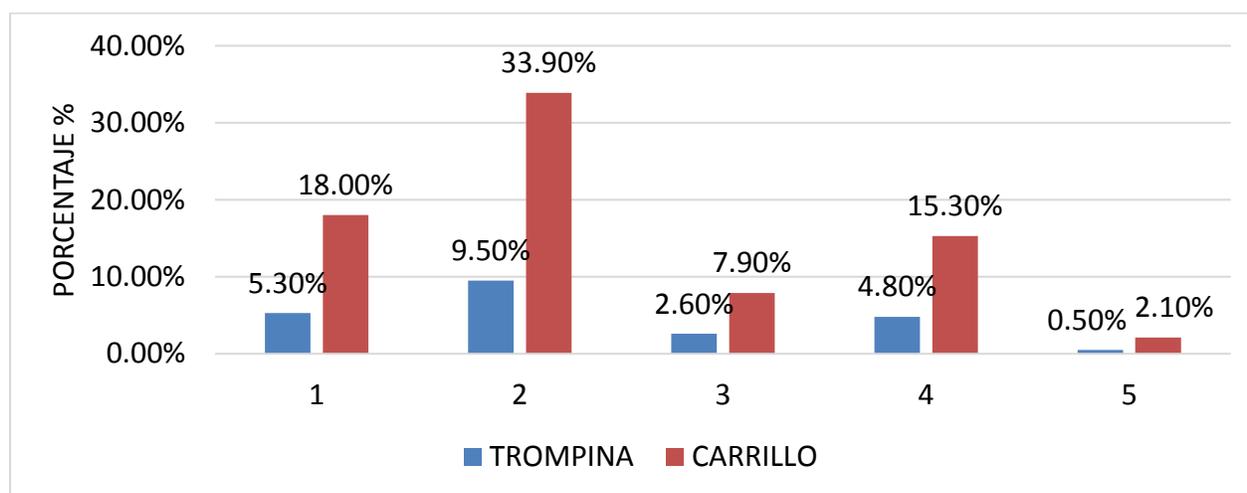
Fuente: Anexo 2

Análisis: De lo observado se evidencia que de las madres entrevistada en relación con el número de hijos solo 2 hijos en un 9.5% en Trompina y 33.9 % Carrillo, 1 hijo el 5.3% Trompina y 18% Carrillo, 4 hijos en un 4.8% Trompina y 15.3% Carrillo, la minoría tiene 5 hijos en un porcentaje de 0.5% UCSF Trompina y 2.1% UCSF Carrillo.

Interpretación: Según los resultados se muestra que el número de hijos de las madres a quienes se les realizó la cédula de entrevista predominó entre 1 a 2 hijos, lo cual podría relacionarse con

la edad de la madre las cuales se encuentra en su edad fértil, así también decir que el Ministerio de Salud apoya los métodos de Planificación Familiar para la mujer haciendo énfasis a las adolescentes que han dado a luz o que se encuentran sexualmente activa, se les ofrece un método de Planificación Familiar y se realiza promoción, de lo importante del espacio intergeneracional, seguido de madres que se encontró que tenía de 4 hijos 20.1% y 3 hijos 10.6% sólo una minoría dijeron que tenían más de 5 es el 2.6%, considerando que cuanto menor es el número de hijos permite a la madre darle un mejor cuidado, educación, salud que requiere el niño para su óptimo crecimiento y desarrollo.

GRÁFICO N° 10: Total de Hijos.



Fuente: Tabla 10

TABLA N° 11: Procedencia.

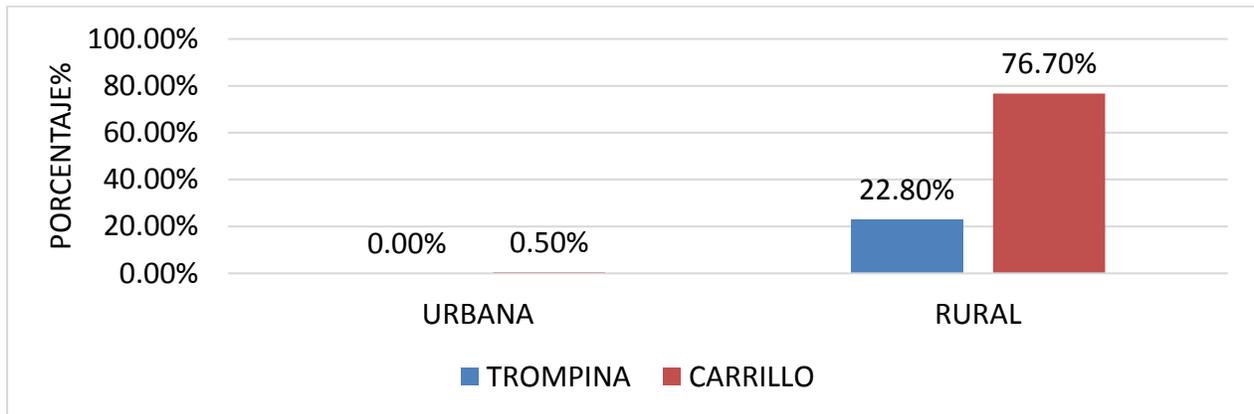
PROCEDENCIA	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Urbana	0	0.00%	1	0.50%	1	0.50%
Rural	43	22.80%	145	76.70%	188	99.50%

Fuente: Anexo 2

Análisis: De los resultados obtenidos se observa que, de las 189 madres entrevistadas, la mayoría 188 su procedencia es de área rural y solo 1 es de procedencia urbana y acude a la UCSF Carrillo.

Interpretación: Se evidencia que el 99.5% de las madres entrevistadas son del área rural, es importante mencionar que las dos Unidades Comunitaria de Salud Familiar participantes en la investigación son del área rural y solo el 0.5% es de área urbana. Es por ello que al relacionarlo con la ocupación de la madre se encontró que la mayoría se dedica a ama de casa y por lo que la mayoría de los niños están al cuidado su madre proporcionándoles un mejor cuidado que si los dejaran con tercera persona.

GRÁFICO N° 11: Procedencia.



Fuente: Tabla 11

TABLA N° 12: Alfabetismo y analfabetismo.

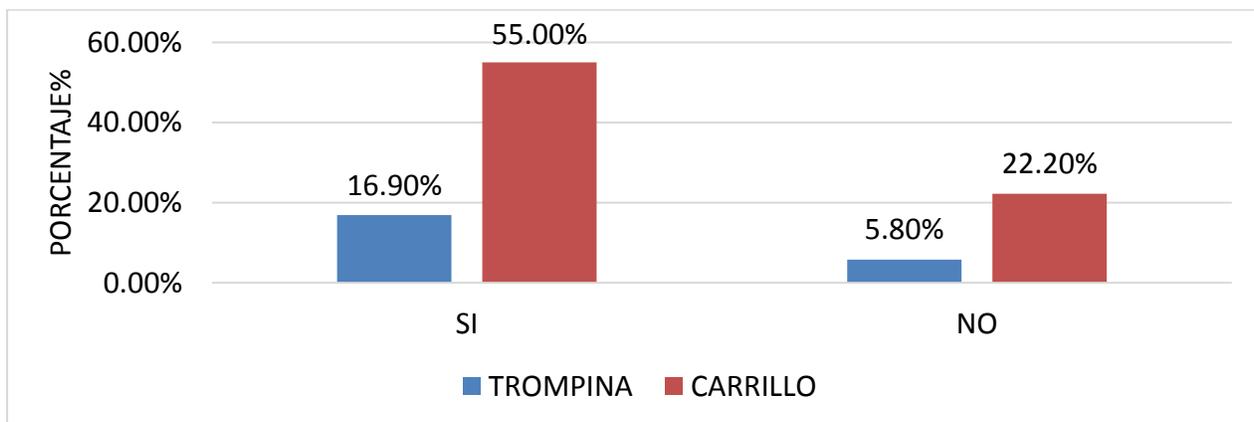
SABE LEER Y ESCRIBIR	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		TOTAL	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Si	32	16.90%	104	55.00%	136	72.00%
No	11	5.80%	42	22.20%	53	28.00%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa que el 16.9% de madres en UCSF Trompina sabe leer y escribir mientras que solo el 5.8% no sabe leer ni escribir y en UCSF Carrillo 55.0% sabe leer y escribir y mientras que el 22.2% no sabe leer ni escribir.

Interpretación: La mayoría de las madres entrevistadas en UCSF Trompina y Carrillo sabe leer y escribir 72.0% mientras que la minoría el 28.0% no sabe leer ni escribir.

GRÁFICO N° 12: Alfabetismo y analfabetismo.



Fuente: Tabla 12

TABLA N° 13: Ocupación de la madre.

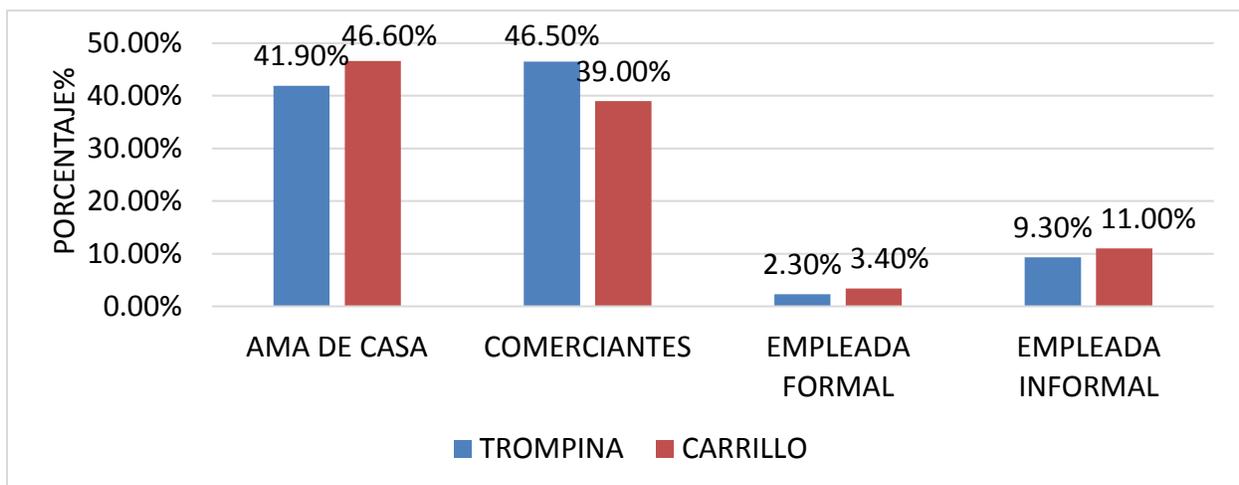
OCUPACIÓN	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Ama de casa	18	41.9%	68	46.6%	86	45.5%
Comerciantes	20	46.5%	57	39.0%	77	40.7%
Empleada formal	1	2.3%	5	3.4%	6	3.2%
Empleada informal	4	9.3%	16	11.0%	20	10.6%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa que del 100% de madres encuestadas en UCSF Trompina y Carrillo manifestó el 45.5% que tienen como ocupación ama de casa, el 40.7% son comerciantes, el 10.6% tienen un empleo informal como a el lavado y planchado de ropa por ejemplo ya que en este apartado se consideró incluir a aquellos que mencionara la madre y que no se podían incluir en los parámetros tomados mientras 3.2% contestaron que se dedicaban empleos formales a el lavado y planchado de ropa por ejemplo ya que en este apartado se consideró incluir a aquellos que mencionara la madre y que no se podían incluir en los parámetros tomados y el 3.2% tiene un empleo formal.

Interpretación: Se puede interpretar y relacionar con la tabla 11 del lugar de procedencia de la madres donde los resultados confirman que la mayoría de las mujeres son del área rural y que se dedican al cuidado de su familia proporcionando el cuidado a sus niños pero con algunas dificultades porque al dedicarse a ella no podría optar por un trabajo que le permitiría ofrecer una mejor calidad de vida, seguido que un porcentaje de dichas madres son comerciantes y tienen empleos informales solo una minoría tiene un empleo formal.

GRÁFICO N°13: Ocupación de la madre.



Fuente: Tabla 13

TABLA N° 14: Edad del niño/a.

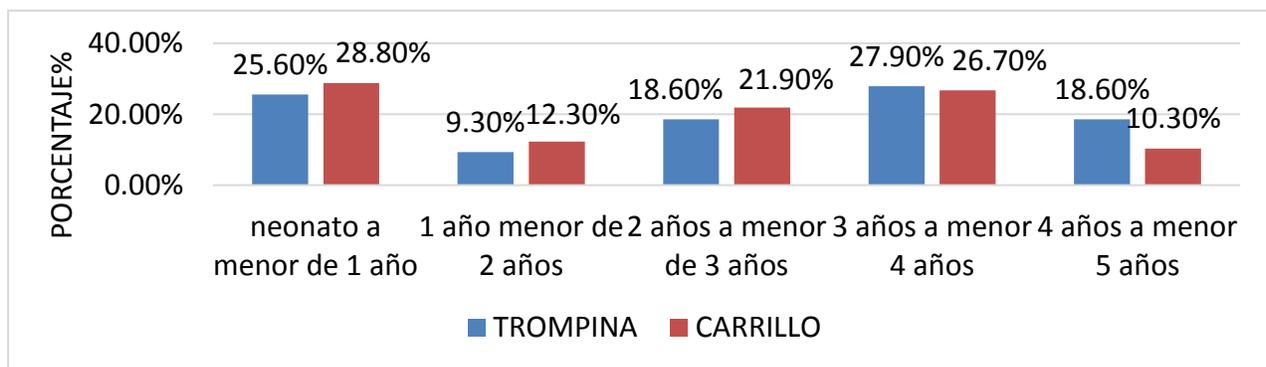
EDAD DEL NIÑO/A	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Neonato a menor de 1 año	11	25.6%	42	28.8%	53	28.0%
1 año a menor de 2 años	4	9.3%	18	12.3%	22	11.6%
2 años a menor de 3 años	8	18.6%	32	21.9%	40	21.2%
3 años a menor de 4 años	12	27.9%	39	26.7%	51	27.0%
4 años a menor de 5 años	8	18.6%	15	10.3%	23	12.2%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Según los resultados se evidencia que el 25.6% de las edades de los niños en estudio en UCSF Trompina tienen neonato a menor de un año y 28.8% en Carrillo seguido tenemos a las edades comprendidas de 3 años a menor de 4 años 27.9% Trompina y 26.7% Carrillo seguido de las edades de 4 años a menor de 5 años en un 18.6% cada una en UCSF Trompina y en Carrillo las edades de 1 año a menor de 2 años con el 12.3% y el menor porcentaje en UCSF Trompina es las edades de 1 año a menor de 2 años mientras que en la Carrillo las edades de 4 a menor de 5 años.

Interpretación: Con respecto a la edad de los niños en estudio se encontró que el mayor porcentaje de las consultas en las UCSF estudiadas estaba comprendida entre neonato a menor de 1 año 28%, seguido de las edades de 3 años a menor 4 años 27% en tercer lugar las edades de 2 años a menor de 3 años 21.2%, las edades menos frecuentes fueron de 4 años a menor de 12.2% años 18.0% y de 1 año a menor de 2 años en un 11.6%.

GRÁFICO N° 14: Edad del niño/a.



Fuente: Tabla 14

TABLA N° 15: Sexo de la muestra infantil.

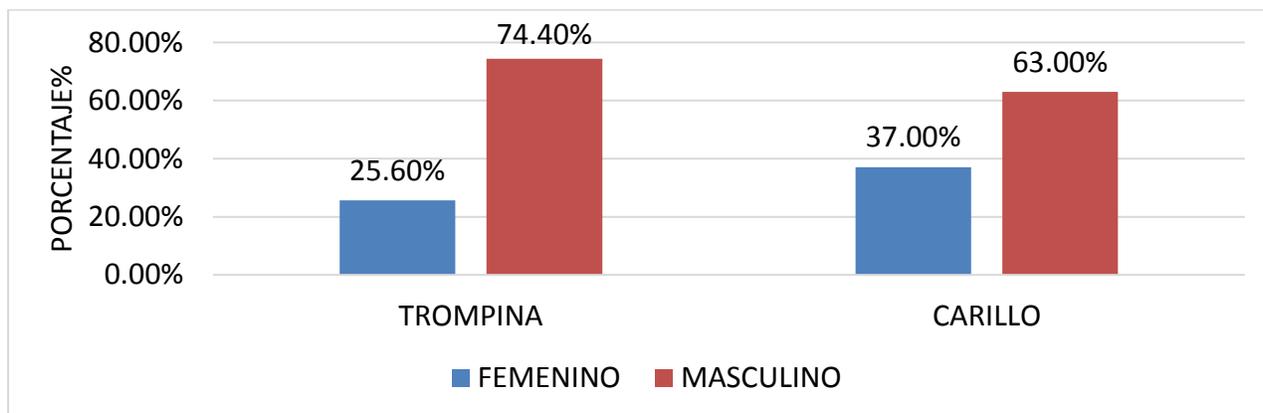
SEXO DEL PACIENTE	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Femenino	11	25.6%	54	37.0%	65	34.4%
Masculino	32	74.4%	92	63.0%	124	65.6%

Fuente: Anexo B

Análisis: Se observa en los resultados que de los niños en estudio de 190 (100%), 124 (65.6%) de ellos son del sexo masculino y en menor porcentaje 65 (34.4%) son del sexo femenino.

Interpretación: El mayor porcentaje de menores de 5 años diagnosticados con IRAS predomina el sexo masculino y en un menor porcentaje el sexo femenino.

GRÁFICO N° 15: Sexo.



Fuente: Tabla 15

TABLA N° 16: Lactancia materna exclusiva.

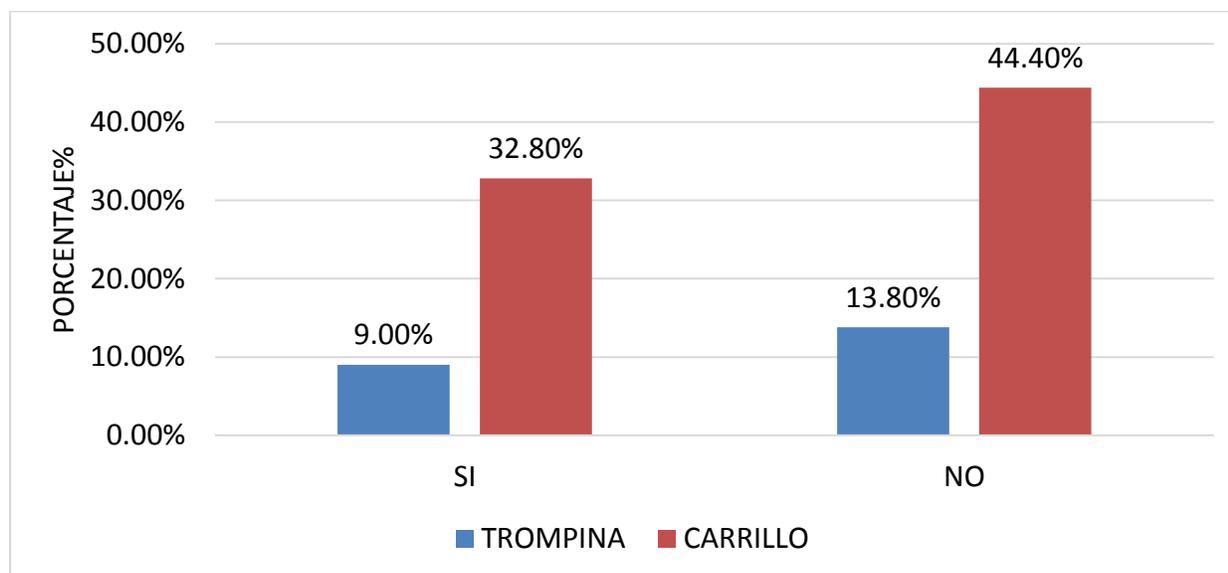
RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Si	17	9.0%	62	32.8%	79	41.8%
No	26	13.8%	84	44.4%	110	58.2%

Fuente: Anexo B

Análisis: Según los datos obtenidos de niño/as diagnosticados con IRAS no recibieron lactancia materna exclusiva 13.8% en Trompina y 44.4 % Carrillo, mientras que el 9.0% si recibió lactancia materna exclusiva en Trompina y 32.8% en Carrillo.

Interpretación: Del 100% niño/as diagnosticados con IRAS en UCSF Trompina, Morazán y Carrillo, San miguel el mayor porcentaje 58.2% no recibió lactancia materna exclusiva y en menor porcentaje 41.8% si recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

GRÁFICO N ° 16: Lactancia materna exclusiva.



Fuente: Tabla 16

TABLA N ° 17: Estado nutricional.

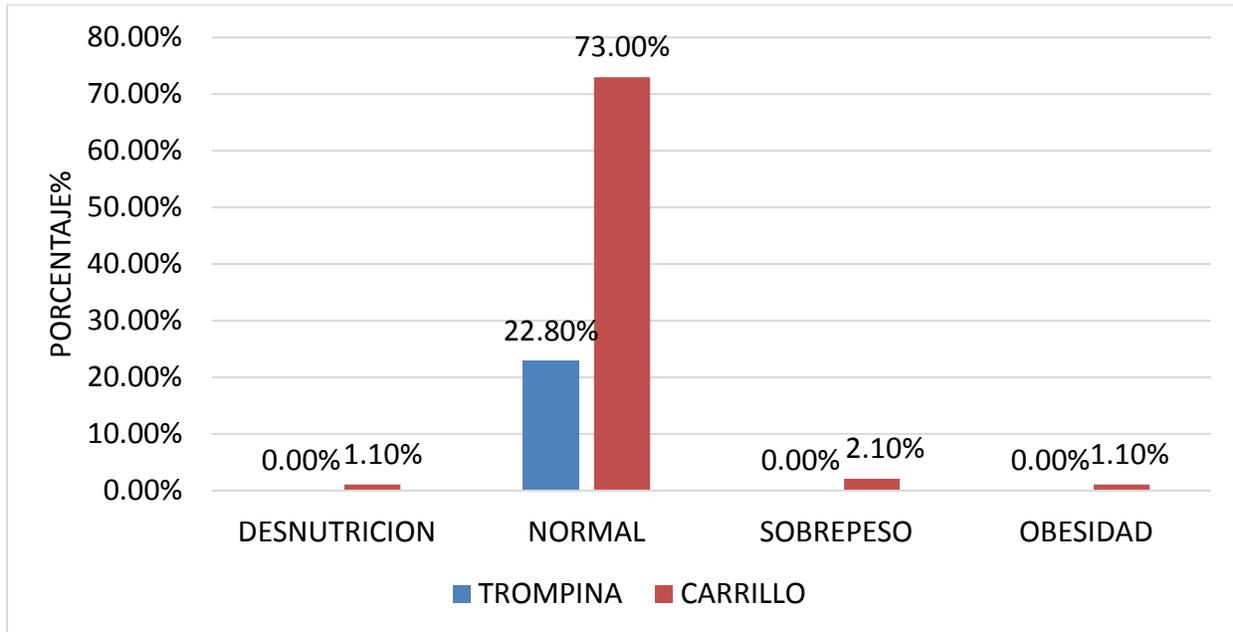
ESTADO NUTRICIONAL	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Desnutrición	0	0.0%	2	1.1%	2	1.1%
Normal	43	22.8%	138	73.0%	181	95.8%
Sobrepeso	0	0.0%	4	2.1%	4	2.1%
Obesidad	0	0.0%	2	1.1%	2	1.1%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa de los resultados obtenidos en las UCSF el estado nutricional de los niño/as diagnosticados con IRAS es normal en un 22.8% Trompina y 73.0% carrillo, sobrepeso 0.0% Trompina y carrillo, desnutrición 0.0% Trompina y 1.1% Carrillo y obesidad 0.0% Trompina y 1.1% Carrillo.

Interpretación: De los resultados obtenidos se interpreta que todos los niño/as diagnosticados con IRAS en Trompina tienen estado nutricional normal 22.8 y de la misma manera el estado nutricional más prevalente en UCSF Carrillo es normal 73.0% acompañándose en un mínimo porcentaje sobrepeso 2.1% seguido por obesidad y desnutrición en igual proporción 1.10%.

GRÁFICO N° 17: Estado nutricional.



Fuente: Tabla 17

TABLA N° 18: Factores de riesgo IRAS.

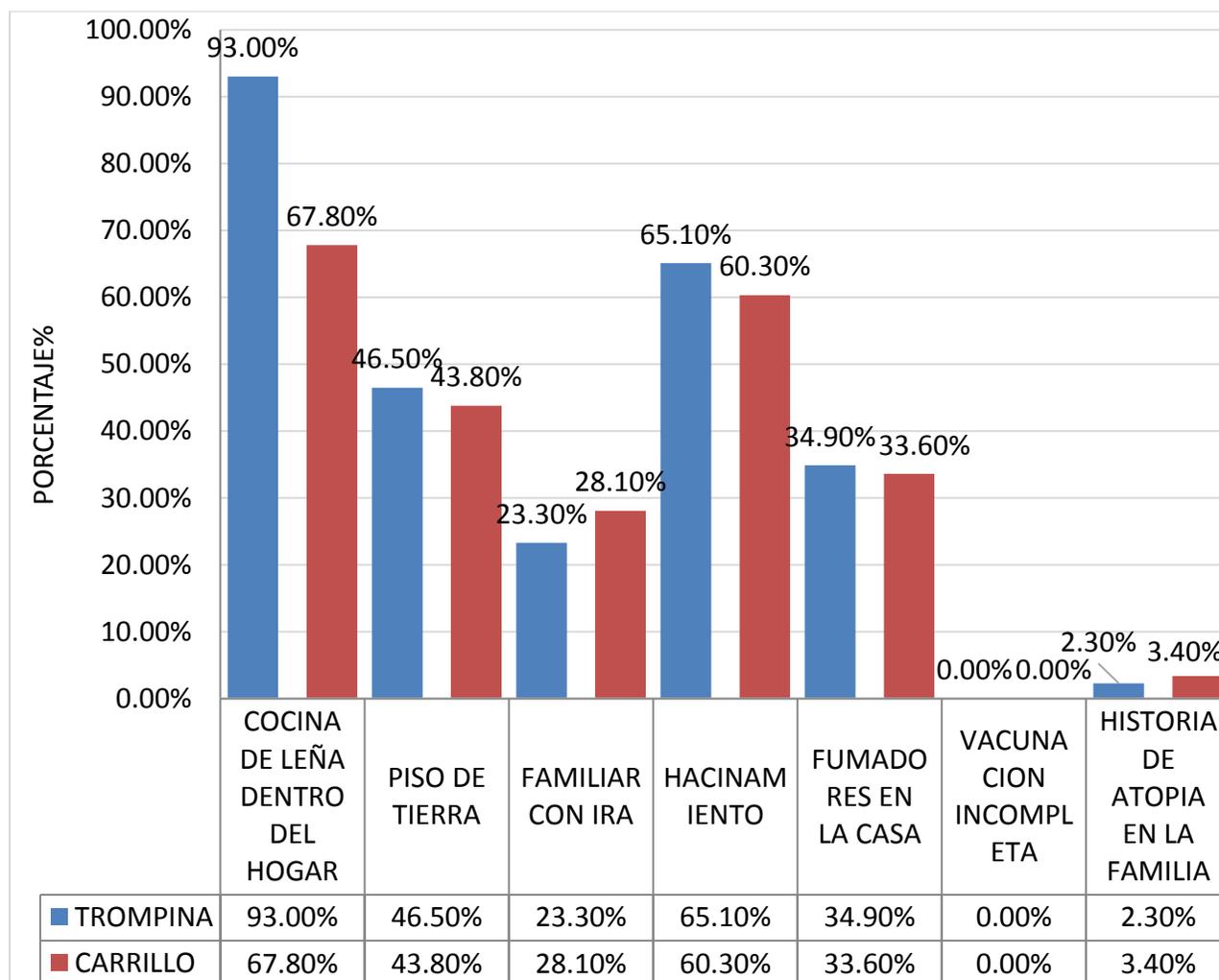
QUE FACTORES DE RIESGO PRESENTA EL NIÑO/A	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Cocina de leña dentro del hogar	40	93.0%	99	67.8%	139	73.5%
Piso de tierra	20	46.5%	64	43.8%	84	44.4%
Familiar con ira	10	23.3%	41	28.1%	51	27.0%
Hacinamiento	28	65.1%	88	60.3%	116	61.4%
Fumadores en la casa	15	34.9%	49	33.6%	64	33.9%
Vacunación incompleta	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Historia de atopia en la familia	1	2.3%	5	3.4%	6	3.2%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se puede observar que dentro de los factores de riesgo que presenta el niño/a de presentar IRAS tenemos; Cocina de leña dentro del hogar 93.0 % en Trompina y 67.8% en la Carrillo, hacinamiento 65.1% en Trompina y 60.3% en Carrillo, piso de tierra 20% en Trompina y 43.8% en carrillo, fumadores en la casa 34.9% Trompina y 33.6% Carrillo, Familiar con IRA 10% Trompina, 28.1% Carrillo e historia de atopia en la familia 2.3% Trompina y 3.4% Carrillo y 0.0% tenían vacunación incompleta.

Interpretación: De los resultados antes mencionados se interpreta que en las unidades de salud comunitarias familiar Trompina, Morazán y Carrillo, San Miguel el principal factor de riesgo en el niño/a de presentar IRAS es cocina de gas y de leña 73.5%, en segundo lugar hacinamiento 61.4%, tercer lugar piso de tierra 44.4%, cuarto lugar fumadores en la casa 33.9%, en quinto lugar familiar con IRA 27.0%, en sexto lugar historia de atopia en la familia 3.2% y de los 189 niño/as todos tenían su esquema de vacunación completo.

GRÁFICO N° 18: Factores de riesgo IRAS.



Fuente: Tabla 18

TABLA N° 19: Practicas de la madre.

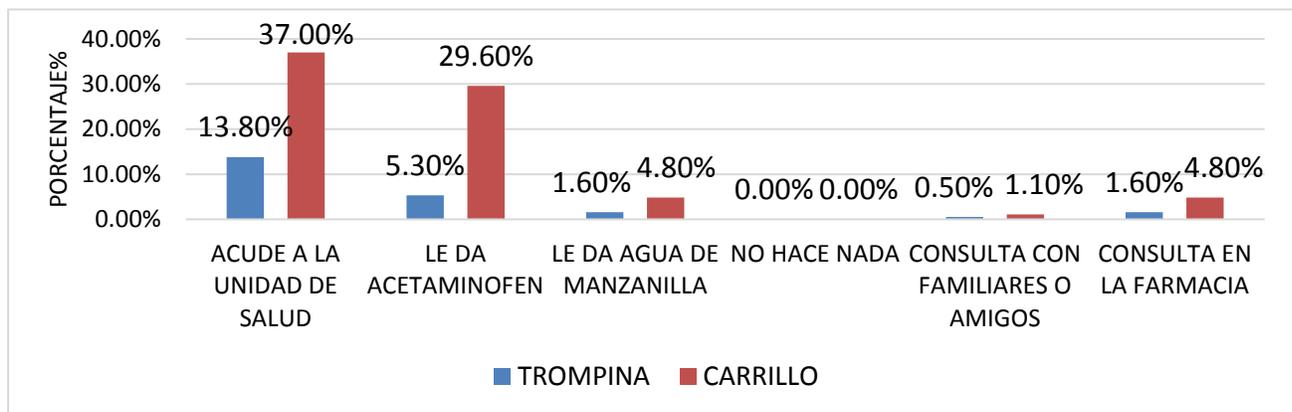
QUÉ ES LO PRIMERO QUE HACE CUANDO PRESENTA LOS SÍNTOMAS DE IRA	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Acude a la unidad de salud	26	13.8%	70	37.0%	96	50.8%
Le da acetaminofén	10	5.3%	56	29.6%	66	34.9%
Le da agua de manzanilla	3	1.6%	9	4.8%	12	6.3%
No hace nada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Consulta con familiares o amigos	1	0.5%	2	1.1%	3	1.6%
Consulta en la farmacia	3	1.6%	9	4.8%	12	6.3%

Fuente: Anexo 2

Análisis: De las 189 madres entrevistadas 169, 96 consultan primero a la UCSF, 66 de ellas refiere que le da acetaminofén, y 12 le da agua manzanilla y en igual número dijeron que consultaban la farmacia que acude a la farmacia, sólo 3 refieren que consultan a familiares o amigos cuando su hijo tiene IRAS.

Interpretación: Se observa que la mayoría de las madres acude a la unidad de salud cuando su hijo/a presentar sintomatología sugestiva de IRAS y auto medican con acetaminofén, solo un pequeño número de madres le da agua de manzanilla, consulta la farmacia, o familiares y amigos, siendo además muy notorio que el 0.00% manifiesta que no hace nada lo que indica que la mayoría de las madres tienen conocimiento de la sintomatología de IRAS lo que les permite detectarla precozmente y buscar la manera de tratarla.

GRÁFICO N° 19: Practicas de la madre.



Fuente: Tabla 19

TABLA N° 20: Suspende el medicamento.

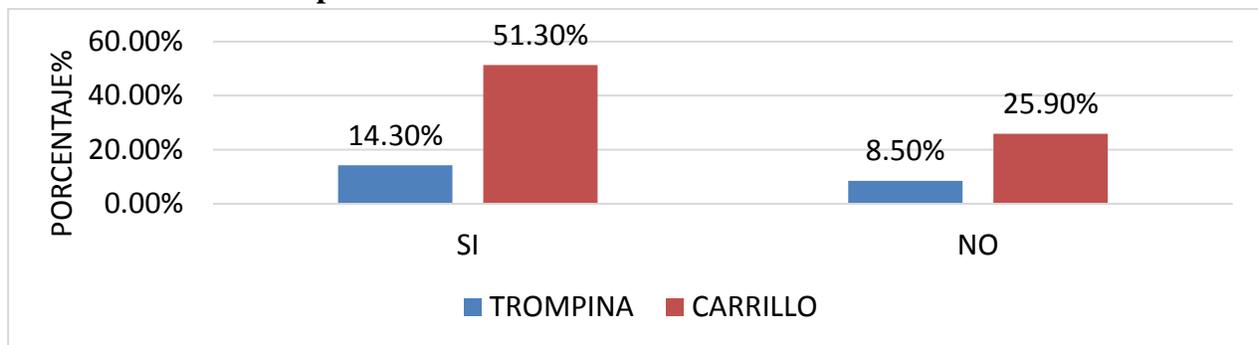
SUSPENDE EL MEDICAMENTO CUANDO SU HIJO MEJORA	UCSF					
	TROMPINA		CARRILLO		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Si	27	14.3%	97	51.3%	124	65.6%
No	16	8.5%	49	25.9%	65	34.4%

Fuente: Anexo 2

Análisis: Se observa que de las madres entrevistada el 65.6% dijeron que, si suspenden el medicamento al ver mejor su niño, mientras el 34.4% respondieron que no lo suspenden.

Interpretación: De las 189 madres entrevistadas, 124 refiere que si suspende el medicamento cuando su hijo se ve mejor, y 65 de ellas refiere que no suspende el medicamento, lo que indica que las IRAS no se tratan de una manera adecuada y puede causar resistencia a medicamentos.

GRÁFICO N° 20 : Suspende medicamento.



Fuente: Tabla 20

7. DISCUSIÓN

Se observó que en el perfil clínico de la población infantil con diagnóstico de infección respiratoria aguda llevado por las madres a consultar, se manifestó que el síntoma más común fue la rinorrea que es el principal síntoma de un resfriado común seguido de un porcentaje muy cercano por la tos y la fiebre que se presenta en paciente con resfriado común como en paciente con faringitis independientemente su causa, luego está el síntoma de disfagia/odinofagia el cual se orienta más a un problema de faringitis, luego se encuentra en menor cantidad las sibilancias las cuales orienta a el diagnostico de una bronquiolitis en un menor de 2 años o también una neumonía en menores de 5 años, además de un menor porcentaje de paciente presento otalgia y otorrea lo cual se puede describir en paciente que presenta una otitis media aguda; según los estudios realizados en buenos aires argentina concuerda con la datos obtenidos al momento de esta investigación ya que los síntomas que más presentan son la rinorrea, la tos y la fiebre,

contrario al estudio de perfil clínico epidemiológico realizado en ereguayquin donde la tos es el síntoma más frecuente. (6) (20)

Cada diagnostico en orden de frecuencia se encontró que el más común era el resfriado común el cual siempre afecta más a la población menor de 5 años por la inmadurez de su sistema inmune y por lo pequeño de su vía aérea, seguida por la faringoamigdalitis que puede ser tanto viral como bacteriana siendo la primera más predominante, después se encuentra las bronquiolitis y después las neumonía que fue más que todo una complicación de una infección respiratoria alta, y por último se encuentra un pequeño porcentaje de otitis media aguda; en las investigaciones operativa de lima Perú se puede demuestra que el catarro común es el diagnóstico más común en menores de 5 años y en segundo lugar se encuentran las faringoamigdalitis lo cual concuerda con nuestro estudio, en comparación del estudio perfil clínico y epidemiológico en los niños y niñas menores de 5 años diagnosticados con infecciones respiratorias agudas en el período de abril a junio del 2016 en hacienda San Juan se puede observar resultados iguales a los realizados en nuestro estudio donde el resfriado comun es el diagnostico mas comun seguido por la faringitis,la bronquiolitis y neumonias. (20)

Debido a que los sistemas de compilación información solo presenta las infecciones respiratorias agudas en un modo global no se puede diferenciar un catarro común de un faringoamigdalitis en cuanto a la frecuencia en el salvador en cambio sí se puede diferencia las neumonías que se puede constatar que se encuentra en menos casos que las infecciones respiratorias altas lo cual también se evidencia en nuestra investigación ya que la neumonía se encuentran en un 5.3% comparado con el resfriado común con un 62.4%.

En cuanto al perfil epidemiológico el solo hecho de que la población se encuentra en un rango de los 0 a 5 años lo hacen vulnerable a padecer una IRA. Debido a que el sistema inmunitario del niño es inmaduro, porque no ha estado expuesto a gérmenes extraños es más susceptible a enfermarse con más frecuencia y con más severidad. (3)

También se hablan de otros factores socioambientales que se presentaran en orden de mayor a menor frecuencia encontrada, el principal factor de riesgo encontrado fue la quema de leña dentro del hogar para cocinar los alimentos esto explicado por el tipo de población que mayormente era de zona rurales y de bajo recursos donde sus alimentos solo son cocinados con leña y no con gas propano. Esta contaminación ambiental dentro del hogar es el lugar donde el niño permanece la mayor parte del tiempo, resultando muy irritante la presencia de contaminantes en este medio. (9)

Segundo en frecuencia se encontró el hacinamiento un importante factor de riesgo para aumentar la transmisión de las IRAS, el hacinamiento en las viviendas que favorecen la transmisión, se plantea que los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir IRA, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos. (9)

Tercero se encontró un 44% tiene piso de tierra donde el polvo es uno de los contaminantes principales y afectan las vías respiratorias, y seguido se encontró que los familiares que fuman los

cuales también entran en la categoría de irritante de la vía aérea ya que el humo del cigarro puede permanecer varias horas en una habitación y su inhalación en la edad pediátrica, incluyendo al adolescente, es mucho más tóxica y nociva que en el adulto. (5)

Se encontró en un 27% que los familiares con IRA esto relacionado a características de los patógenos productores de IRA.

En un 3.2% se encuentra historias de atopia familiares relacionado a las rinitis alérgicas, y ningún caso de vacunación incompleta u ya que todas las mamás encuestadas referían que sus hijos tenían todas las vacunas a la fecha lo que refleja el compromiso del ministerio de salud al programa de vacunación infantil.

8. CONCLUSIONES

Luego de realizar la presente investigación se formulan las siguientes conclusiones:

- En el presente trabajo se encontró que la rinorrea fue el síntoma más predominante en un 58.2%, seguido por la tos en un 46.6% y tercer lugar la fiebre en un 45.5%, en cuarto lugar, la odinofagia en un 28.6%, sibilancias en 12.2% y otalgia junto a otorrea en un 2.6%.
- El diagnóstico que presentó mayor porcentaje fue el resfriado común con un 62.4% en segundo lugar se presentó la faringitis en un 22.8%, posteriormente la bronquiolitis en un 6.9% y cuarto lugar la neumonía en 5.3% el menor porcentaje diagnóstico fue la otitis media aguda en un 2.6%.
- Se observó que un 73% no fue necesario el uso de antibiótico y se constató que un 23% fue necesario antibiótico en su totalidad amoxicilina.
- Se evidencio que solo 19.6% de pacientes presento alguna complicación de IRA y que de esta 11.6% fue neumonías, 4.8% se complicó con bronquitis, 2.6% OMA y solo 0.5% presento 2 o más complicaciones.
- Se estableció que un 63.5% no presento ningún antecedente patológico, en cambio un 21.2% presento infecciones respiratorias agudas a repetición seguido de un 7.9% de paciente con otras patologías no relacionadas a IRA y un 6.9% presento broncoespasmos.
- Se evidencio que un 40.7% del paciente presenta por lo menos 2 episodios de IRA al año un 27.1% presento un episodio al año, 21.2% presento 4 episodio de IRA al año, y 16.4% presento 4 episodio de IRA.
- Se constató que la mayoría de las madres de estos pacientes presento edades entro los 15 a menor de 20 años en 37.6% y esto disminuyendo su frecuencia mientras mayor sea la edad como de 20 a menor de 30 años se presentó un 32.8%, de 30 a menor de 40 años un 27.5% y de 40 a menor de 50 años un 2.1%.

- Se encontró que un 43.4% tiene dos hijos, un 23.3% un hijo, y dos hijos 20.1%, 10.6% tres hijos y 2.6% cinco hijos.
- Se presentó que un 99.5% del total de paciente proceden de área rural y solo 0.5% proceden de área urbana
- Se observó que un 72% de las madres del total participantes del estudio saben leer y escribir y solo 28% eran analfabetas.
- Se constató que la mayor parte de las madres son amas de casa en un 45.5%, en segundo lugar, un 40.7% eran comerciantes, un 10.6% eran empleada informales y solo 3.2% eran empleadas formales.
- Se estableció que la mayoría de los niños que se enferman de infecciones respiratorias agudas en un 28.0% comprendida entre las edades de neonato a menores de 1 año edad, seguido de 3 a menores de 4 años con 27% en tercer lugar de 2 a menores de 3 años con 21.2%, de 4 a menores de 5 años con 12.2%, de 1 año a menores de 2 años con 11.6%.
- Se evidencio que la mayoría de pacientes son del sexo masculino con un 65.6%, y sexo femenino 34.4%.
- La lactancia materna exclusiva previene que sus hijos se enfermen de infecciones respiratorias agudas.
- Se presentó que la mayoría de los pacientes presento un peso normal 95.8%, un 2.1% presento sobrepeso y 1.1% presento desnutrición y obesidad.
- Se evidencio que de los factores de riesgos más comunes un 73.5% presento cocina de leña dentro del hogar y un 61.4% presento hacinamiento, seguido de un 44.4% presento un piso de tierra un 33.9% presentaba un fumador dentro del hogar, un 27% presento un familiar con IRA, un 3.2% presento historia de atopia familiar, y 0% vacunación incompleta.
- 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 las unidades de salud 50.8% y no así otras madres que auto medican con acetaminofén el 34.9% ponen en prácticas las medidas de prevención que se le indica ante el diagnóstico de IRAS.
- La mayoría de las madres 65.6% suspende el tratamiento cuando su hijo se mejora.

9. RECOMENDACIONES

Al personal médico de la UCSF

- Educar y promover a través de la asistencia de la madre a sus controles infantiles o consulta

espontanea, sobre qué hacer en caso de una emergencia en casa y qué medida se debe tomar acerca de IRA.

- Recomendar la lactancia materna exclusiva y las bondades de esta sobre su hijo
- Explicar a la madre de los niños en la consulta médica la importancia de cumplir con la dosis de medicamento recomendada, intervalo de administración y tiempo de duración del tratamiento y vigilar signos de peligro.
- Solicitar a la madre que repita las indicaciones médicas prescritas para asegurarse que ha entendido la indicación y responder a todas las dudas que tenga.
- Orientar a la madre de los niños cuando debe regresar al establecimiento de salud para evaluar nuevamente al niño con IRA.
- Explicar a la población general sobre medidas de saneamiento personal y cuidados de infantes.

A personal de promotores de salud de la UCSF

- Explicar sobre signo y síntomas de alarma a las madres y de las complicaciones que pueden presentar las IRAS si no consulta oportunamente.
- Realizar campañas para movilización de las cocinas de leñas que están adentro del hogar y ya no produzcan riesgo en las familias.
- Brindar información de la asociación del humo de cigarro y las IRAS como factor de riesgo a las familias.

Al personal de enfermería y auxiliar de enfermería.

- Brinden información a la población mediante charlas educativas diarias o semanales dentro del centro de salud o fuera de este, con conocimiento científico y práctico sobre las infecciones respiratorias aguda, sus signos, síntomas y complicaciones, como prevenirlas, que actitud tomar ante la sospecha de una IRAS, y sobre el cumplimiento de medicamentos, las señales de peligro y cuando se debe regresar de inmediato según el caso de la forma más comprensible para los padres o cuidadores de los infantes.
- Utilizar material visual en el momento de la charla para una mejor comprensión por parte del paciente.

A la comunidad.

- Orientar a las familias con ayuda de las Asociaciones de desarrollo comunal o los comités de salud de las comunidades y buscar los recursos para movilizar la cocina de leña afuera del hogar.

- Educar a las familias de los riesgos de las IRA y la necesidad de consultar al establecimiento de salud para recibir su tratamiento.

A las autoridades de los SIBASI

- Capacitar al personal de salud como parte del plan de educación médica continua para que brinden una atención integral sobre IRAS.
- Brindar a los establecimientos un recurso de educación a la población para que proporcione charlas educativas a los pacientes y las comunidades.
- Disminuir la carga laboral de realización de documentos y reportes innecesarios a los médicos coordinadores que no tiene consultante para que puedan dar una mejor atención a los pacientes como definen con calidad y calidez, integral e integrada.

A las autoridades del Ministerio de Salud

- Impulsar programas con mayor enfoque preventivo y educativo de IRAS y fortalecer los instrumentos de promoción de la salud y manejo de IRAS en niños menores de 5 años por ser unos de los grupos etarios más vulnerables y así se pueda informar a la población sobre la problemática en estudio y de esta manera contribuir a cambiar pensamientos y hábitos, sensibilizando a la población para que participe responsablemente en el cuidado de su propia salud.

A las madres o responsables de los niños:

- 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.
- Realizar todas las preguntas que en el momento de la consulta y expresar lo que no entendió o no logro comprender con el fin de mejorar la comprensión, evitando así llegar a complicaciones más graves cómo también evitando la suspensión de medicamentos.
- Acatar recomendaciones de saneamiento ambiental además de la movilización de la cocina de leña para que este afuera del hogar.
- Realizar concientización a familiares fumadores de eliminar esa adicción o no fumar dentro del hogar para disminuir el riesgo de padecer IRA.

A la Universidad de El Salvador

- Promover otros estudios similares en otras poblaciones, a fin de conocer problemáticas en torno a las variables relacionadas con la presencia de IRAS Verificar si los resultados encontrados de otros estudios son similares a los del presente estudio.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARLOS ROBERTO VARGAS SERPAS LAZMELV. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ATENDIDAS EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR, CANTÓN JOCOTE DULCE, MUNICIPIO DE CHINAMECA, DEPART. SAN MIGUEL: Facultad Multidisciplinaria Oriental, SAN MIGUEL; 2013.
2. T.Padilla PC. semiologia general. cuarta ed. buenos aires: el ateneo; 1946.
3. Macías DERR. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LOS PACIENTES DE 1 MES A 5 AÑOS. TRABAJO POSTGRADO. SAN SALVADOR: HNBB, SAN SALVADOR; 2016.
4. Behrman RE. Nelson tratado de pediatría. 18th ed. Kliegman RM, editor. Madrid: Elsevier; 2009.
5. Herrera MEP. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS. Rev Cubana Med Gen Integr 2000. 2000 ENERO.
6. zaldivar HP. Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la Niñez. Primera ed. lima : Ministerio de Salud; 2008.
7. Ortega Vizenzi D. educacion para la salud de niños y niñas de centro america. 1st ed. CECC , editor. San José, Costa Rica: CECC; 2002.
8. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. 16 DE ABRIL. 2014 SEPTIEMBRE.
9. Campos XL. Factores de riesgo de infecciones respiratorias altas. Rev Panam Infectol. 2014 julio.
10. Cabello. DA. Características epidemiológicas y clínicas de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en niños hospitalizados en los centros centinelas. asuncion: Dirección General de Vigilancia de la Salud, Pettirossi y constitucion; 2012.
11. Dra. María Isabel Rodríguez EE. AIEPI. Cuarta edición ed. SAN SALVADOR: Programa Editorial MINSAL; 2014.
12. Jorge D. Lemus. Manual de vigilancia epidemiológica OMS O/, editor.; 1996.
13. Muñoz L. Conocimiento y practicas de la madre y acciones de promocion y prevencion desarrollado por agente de la salud para el manejo de IRAS en menores de 5 años U.N.F.V ,

- editor. Lima Peru; 1999.
14. Ramirez L. El control de las IRAS en niños: Revista medica de supervivencia infantil; 1999.
 15. OPS/OMS. Bases tecnicas para el tratamiento de la neumonia en niños OPS/OMS , editor.; 1998.
 16. Pareja LRH. EPIDEMIOLOGIA. buenos aires;; 2011.
 17. MINSAL. sistema de morbimortalidad en linea. estadistico. San Miguel: MINSAL, San Miguel; 2015.
 18. Ramírez JA. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas en madres. Camagüey: Policlínico Universitario, Camagüey; 2009.
 19. Prieto M. Factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años Mexico: Estudios etnograficos; 2000.
 20. Maury Reinaldo Silva Granados SCRGGEVV. PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO EN LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL PERÍODO DE ABRIL A JUN. Tesis Doctoral. Ereaguayquin, San juan: UES, San Salvador; 2016.

LISTA DE ANEXOS

1) CONSENTIMIENTO LIBRE 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 la población infantil menor de cinco años de edad diagnosticada con infecciones respiratorias agudas usuaria de esta unidad comunitaria de salud familiar, año 2017 como medio para realizar el trabajo de investigación con dicho título.

F. Responsable

F. Encuestador

2) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DOCTORADO EN MEDICINA

Nº _____



Proyecto de tesis: Perfil clínico y epidemiológico de la población infantil menor de cinco años de edad diagnosticada con infecciones respiratorias agudas usuaria de las unidades comunitarias de salud familiar Trompina, Morazán, y Carrillo, San miguel, año 2017

I. Perfil clínico de la enfermedad

1- Qué sintomatología fue la primera que presento el/la niño/a?

- Tos
- Rinorrea
- Fiebre
- Disfagia/odinofagia
- Otagia
- Sibilancia
- Otorrea

2- ¿Cuál es el diagnóstico específico?

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

3- ¿Hubo necesidad de ATB?

Sí No ¿Cuál?

4- ¿Tiene alguna complicación de las infecciones respiratorias agudas?

Sí No ¿Cuál?

5- Tiene su hijo/a antecedente patológicos relacionados?

- Broncoespasmo
- Infecciones respiratorias a repetición
- ninguna
- Otras patologías

6- ¿Cuántas veces al año es diagnosticado su hijo/a con IRA?

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

II. Perfil epidemiológico de la enfermedad

A. Características sociodemográficas de la madre:

7- Edad de la madre:

- 15 a menor de 20 años
- 20 a menor 30 años
- 30 a menor 40 años
- 40 a menor 50 años

8- Numero de Hijos

9- Procedencia:

Urbana

Rural

10- Sabe leer y escribir:

Si

No

11- Ocupación _____

B. Características sociodemográficas del niño:

12- Edad del niño/a:

- Neonato a menor de 1 año
- 1 años a menor de 2 años
- 2 años a menor de 3 años
- 3 años a menor de 4 años
- 4 años a menor de 5 años

13- Sexo del paciente:

Femenino

Masculino

14- ¿Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses?

Sí No

15- Estado nutricional:

• Desnutrición

• Normal

• Sobrepeso

• Obesidad

16- Qué factores de riesgo presenta el niño/a?

• Cocina de leña dentro del hogar

• Piso de tierra

• Familiar con IRA

• Hacinamiento

• Fumadores en la casa

• Historia atopia en la familia

• Vacunación incompleta

C. Datos Relacionadas con las Prácticas

17- Qué es lo primero que hace cuando su niño/a presenta los síntomas de 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

18- ¿Suspende el medicamento cuando su hijo se ve mejor?

Sí No

GRACIAS POR SU COLABORACION

3) SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADN: Acido desoxirribonucleico.

AIEPI: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

ATB: Antibiótico.

CRUP: Laringotraqueobronquitis.

EBHA: Estreptococo beta hemolítico del grupo A

FA: Faringoamigdalitis agudas

FESAL: Encuesta nacional de salud familiar.

IRAG: Infección respiratoria aguda grave.

IRAS: Infecciones respiratorias agudas.

IRAi: Infecciones respiratoria agudas inferiores

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

NK: Natural killer

OPS: Organización panamericana de la salud.

OMS: Organización mundial de la salud.

OMA: Otitis media aguda.

PÁG: Pagina.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

SPSS: paquete estadístico para ciencia sociales (Statistical Package for the Social Sciences).

TE: Trompa de Eustaquio.

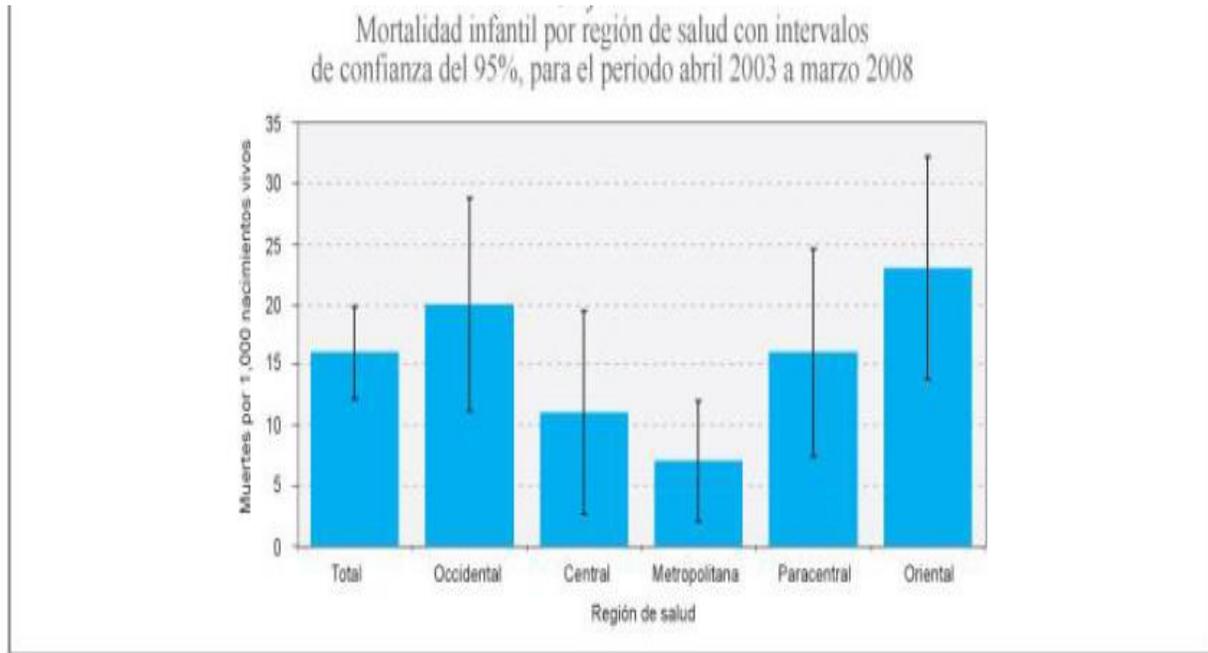
UNICEF: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund).

VSR: Virus sincitial respiratorio.

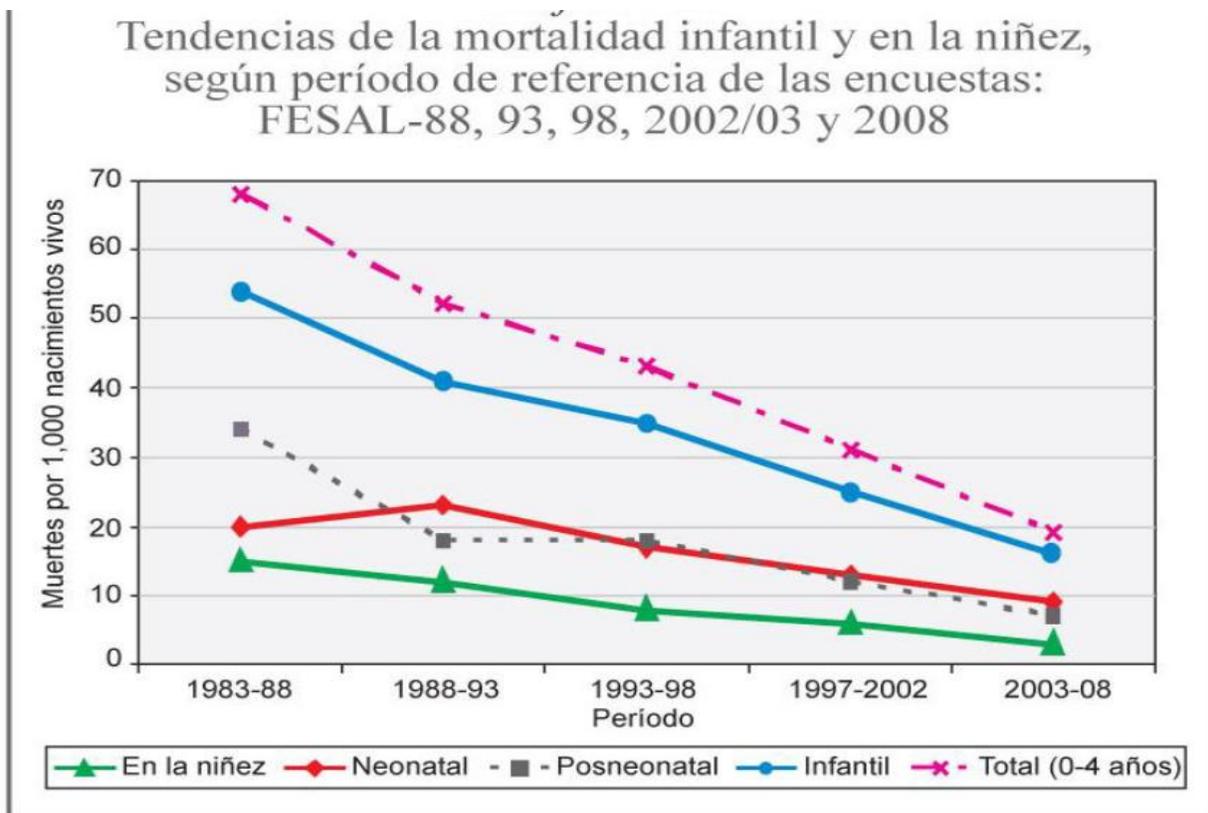
4) TENDENCIA EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN CENTRO AMÉRICA



5) TENDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL MINSAL



6) TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL FESAL



7) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses	FEB/2017				MARZ/2017				ABRIL/2017				MAY/2017				JUN/2017				JUL2017				AGOST/2017				SEPT/2017				OCT/2017				NOV/2017				DIC/2017							
	Semanas				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																																
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																																
2. Elaboración y presentación del perfil de investigación									Entrega 17 de marzo de 2017																																							
3. Inscripción del proceso de graduación y aprobación del tema de investigación																																																
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																																
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación									Entrega 26 de mayo de 2017																																							
6. Ejecución de la Investigación																																																
7. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos																																																
8. Discusión y prueba de hipótesis																																																
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																																
10. Redacción del Informe Final																																																
11. Entrega del Informe Final																																																
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																																

8) PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
Personal para realizar las entrevistas en profundidad.	20 horas	\$0 (cada hora)	\$0
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond T/carta	10	\$ 3.50	\$35.00
Lápices	10	\$ 0.08	\$0.80
Bolígrafos	24	\$ 0.12	\$2.88
Folder de papel T/carta	20	\$0.05	\$2.00
Caja de fastener.	1	\$1.33	\$1.33
Engrapadora	1	\$6.73	\$6.73
Anillados plastificado	4	\$3.00	\$12.00
Fotocopias blanco y negro	100	\$0.05	\$5.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Botella de Tinta color negro.	10	\$7.80	\$78.00
Botella de Tinta color amarillo	1	\$7.50	\$7.50
Botella de Tinta color magenta	1	\$7.50	\$7.50
Botella de Tinta color cyan	1	\$7.50	\$7.50
Memoria USB	2	\$40.00	\$80.00
CD-RW	4	\$1.50	\$6.00
EQUIPO			
Laptop	1	\$1.060.00	\$1.060.00
Impresora de tinta continúa. (Multifuncional)	1	\$210.00	\$210.00
Cámara Digital	1	\$439.00	\$439.00
TOTAL.....			\$1,953.74

9) GLOSARIO

ATOPIA: Carácter hereditario de una persona que presenta reacciones alérgicas con una frecuencia anormalmente elevada.

COMPLICACIONES: Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.

DISPLASIA: Hace referencia a una anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular.

ETIOLOGÍA: Es la ciencia que estudia las causas de las cosas o el origen de la enfermedad.

EVOLUCIÓN: Es la evolución del proceso patológico sin intervención médica. Representa el curso de acontecimientos biológicos entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad, y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad o muerte).

HACINAMIENTO: Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas o animales que se considera excesivo. Presencia de más de dos personas por cada seis metros cuadrados de territorio.

HEMAGLUTININA: Es una glucoproteína antigénica que se encuentra en la superficie del virus de la gripe y es la responsable de la unión del virus a la célula infectada.

INHALACIÓN: es el proceso por el cual entra aire desde el exterior hacia el interior de los pulmones. La comunicación de los pulmones con el exterior se realiza por medio de la tráquea.

INMUNIZACIÓN: Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmunocompetente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir anticuerpos

IRAS: Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio como la nariz, tráquea, los bronquios o los pulmones, también puede afectar los oídos y la garganta que son causados por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un periodo inferior a 15 días.

LACTANCIA MATERNA: Es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". Recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido.

MORTALIDAD: Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una

población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado, generalmente un año.

MORTALIDAD INFANTIL: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

MORBILIDAD: (del latín "morbus", enfermedad) Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

PREVENCIÓN: Es la acción y efecto de prevenir (preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).

PROTEASAS: Son enzimas que rompen los enlaces peptídicos de las proteínas.

EPINEFRINA RACÉMICA: Es una mezcla 1:1 de los isómeros dextrógiro (D) y levógiro (L) de la epinefrina, en el cual la forma levógira queda como único componente activo.

RELACIÓN: Conexión que hay entre dos o más cosas o personas unidos por una circunstancia.

SÍNTOMAS: Es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

SOFTWARE: Conjunto de programas y rutinas que permiten a la computadora realizar determinadas tareas.

TORACOCENTESIS: La punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.