

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



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES Y / O
CUIDADORES / AS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN
RELACIÓN A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES DE SALUD DE ALEGRÍA, UNIDAD DE SALUD ANEXA AL
HOSPITAL SAN PEDRO DE USULUTÁN Y UNIDAD DE SALUD DR.
ROBERTO ARANGO CARÍAS (LA PRESITA) SAN MIGUEL DE
DICIEMBRE DE 2006 A FEBRERO DE 2007.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

JOAQUIN ORLANDO MACHUCA CÁRDENAS.

ANA ASTRID PERDOMO APARICIO.

VANESSA CONCEPCIÓN VENTURA LAGOS.

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR.

MAYO DE 2007

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ.

RECTORA.

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ.

VICERRECTOR ACADÉMICO.

DOCTORA CARMEN ELIZABETH RODRÍGUEZ DE RIVAS

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA.

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS.

SECRETARIA GENERAL.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO MARCELINO MEJÍA GONZÁLEZ.

DECANO.

LICENCIADO NELSON DE JESÚS QUINTANILLA.

VICEDECANO.

LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS.

SECRETARIA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA LIGIA JEANETTE LÓPEZ LEIVA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACIÓN.

ASESORES

DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR.

DOCENTE ASESOR.

LICENCIADO RODOLFO ANTONIO MARTÍNEZ.

ASESOR DE ESTADÍSTICA.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

ASESORA DE METODOLOGÍA.

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR.

DOCENTE ASESOR.

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO.

JURADO CALIFICADOR.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.

JURADO CALIFICADOR.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso y a la Virgen María por darme la inteligencia, perseverancia y fortaleza en todo el trayecto de mi carrera, especialmente a mis padres Ing. Joaquín Orlando Machuca y Sra. Blanca del Carmen Cárdenas por todo el apoyo, orientación y esfuerzo en los momentos más difíciles de mi vida; a mi esposa Leda María por su comprensión y compañía, a mi hija Andrea María por ser la inspiración y la fuerza para culminar con mi preparación académica; a mis hermanos Luis René y Carmen Virginia por ser como son, a mi abuela Sra. María Elba Gómez (de grata recordación) y a mi tío Prof. Luis Arnoldo Machuca (de grata recordación) a quienes dedico con mucho amor mi éxito; a mis tíos y demás familia. Además a mis compañeras de Tesis Astrid Perdomo y Vanesa Ventura por el esfuerzo y confianza.

Joaquín Orlando Machuca Cárdenas.

A Dios Todopoderoso por darme la fortaleza y perseverancia en todo mi trayecto de mi preparación académica, a mi padre. Lic. Luis Fernando Perdomo Díaz por brindarme su apoyo y dedicación en los momentos más difíciles de mi carrera, a mi madre Sra. Juanita Aparicio de Perdomo (de grata recordación) por su gran amor, comprensión y ser mi mayor motivación para culminar mi carrera; a mis hermanos Luis Ernesto y en especial a mi amada hermana Licda. Damaris Haydé Perdomo Aparicio por ser mi refugio, apoyo, mi fuente de comprensión y animación en mis momentos mas críticos; además una dedicación especial a mi hijo Diego Joseph por ser mi motivo de vida, a mi esposo Marcelo Jandres por su comprensión y paciencia. A mis compañeros de Tesis Vanessa Ventura y Joaquín Machuca con agradecimiento profundo, a mis tíos y primas por su amor brindado.

Ana Astrid Perdomo Aparicio.

“Gracias a Dios y a la Virgen Santísima por haberme permitido culminar mis estudios”

Un especial agradecimiento a mis padres Dr. René Guillermo Ventura Ayala y Sra. Carmen Aída Lagos de Ventura por ser unos de los pilares más grandes de mi vida. A mi esposo Sr. Max Padilla por su apoyo, comprensión y amor; a mi hija Daniela Vanessa por ser la luz de mi vida y la fuerza de seguir adelante. A mis hermanos Carmen Aída, René Guillermo, Mónica y Luís por su gran apoyo.

A mi abuelita mama Queta, tía Lolly, tía Emmy, tía Chayi, a mi prima querida Claudia “Tati”, mis sobrinos y demás familia. Y a ti “manita” de grata recordación te dedico mi éxito.

A mis amigos, especialmente a Astrid Perdomo y Joaquín Machuca por su confianza y apoyo brindado.

Vanessa Concepción Ventura Lagos.

DEDICATORIA

A todas las madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años de El Salvador, especialmente a los de las Unidades de Salud de Alegría, Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro de Usulután y Unidad de Salud Dr. Roberto Arango Carías (La presita)

San Miguel.

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES Y / O
CUIDADORES / RAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN
RELACIÓN A LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS QUE CONSULTAN EN LAS
UNIDADES DE SALUD DE ALEGRÍA, UNIDAD DE SALUD ANEXA AL
HOSPITAL SAN PEDRO DE USULUTÁN Y UNIDAD DE SALUD DR.
ROBERTO ARANGO CARÍAS (LA PRESITA) SAN MIGUEL DE
DICIEMBRE DE 2006 A FEBRERO DE 2007.**

ÍNDICE

CONTENIDO	Págs.
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN	xix
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	26
1.2 Enunciado del problema	39
1.3 Objetivos de la investigación.....	40
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Base Teórica.....	43
2.1.1 Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).....	43
2.1.1.1 Catarro Común.....	47
2.1.1.2 Faringoamigdalitis Aguda.....	50
2.1.1.3 Otitis Media Aguda.....	53
2.1.1.4 Laringitis.....	59
2.1.1.5 Bronquitis Aguda.....	61
2.1.1.6 Neumonías y Bronconeumonías.....	63
2.1.1.7 Influenza.....	75
2.1.1.8 Estudios sobre conocimientos y prácticas que realizan madres y/o cuidadores de niños menores de cinco años en países de Latinoamérica (Chile, Perú y Colombia).....	77
2.1.1.9 Prevención de las IRA a nivel familiar e individual.....	79

2.1.2 Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).....	81
2.1.2.1 Factores de riesgo de las EDAS.....	87
2.1.2.2 Clasificación de las EDAS.....	87
2.1.2.3 Clasificación de las EDAS según el estado de Hidratación.....	88
2.1.2.4 Diagnóstico de las EDAS.....	90
2.1.2.5 Complicaciones de las EDAS.....	93
2.1.2.6 Tratamiento de las EDAS.....	95
2.1.2.7 Prácticas realizadas por madres Latinoamericanas en el manejo de EDAS.....	104
2.2 Definición de Términos Básicos.....	107

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis General.....	121
3.2 Hipótesis Específica.....	121
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en variables e indicadores.....	122

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación.....	128
4.2 Población.....	129
4.3 Muestra.....	130
4.4 Tipo de muestreo.....	135
4.5 Técnicas de obtención de información.....	136
4.6 Instrumentos.....	137
4.7 Procedimiento.....	137

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de datos generales en relación a las IRA y EDAS.....	142
5.2 Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos en relación a las IRA.....	152
5.3 Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos en relación a las EDAS.....	192
5.4 Comprobación de la Hipótesis.....	229

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	233
6.2 Recomendaciones.....	236

BIBLIOGRAFÍA.....	239
--------------------------	------------

ANEXOS

1. Cronograma de Actividades Generales.....	245
2. Cronograma de Actividades Específicas.....	246
3. Croquis que corresponde a la población y establecimientos de salud del SIBASI de Usulután.....	247
4. Croquis que corresponde a la población y establecimientos de salud del SIBASI de San Miguel.....	248
5. Cédula de entrevista dirigida a madres y/o cuidadores del paciente.....	249

RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas representan el 40 a 60% y las Enfermedades Diarreicas Agudas el 35 a 40% de la consulta pediátrica en los servicios de salud a nivel nacional; por lo que en los últimos años se ha trabajado en la importancia de la prevención de estas patologías con el objeto de disminuir la incidencia, frecuencia y complicaciones de éstas; es así que se plantea el problema de la presente investigación ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de 5 años en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas que consultan en las Unidades de Salud de Alegría y Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro de Usulután, Unidad de Salud la Presita de San Miguel? Con el objetivo general de investigar los conocimientos y prácticas que tienen las madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años relacionadas con las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas que consultan en las Unidades de Salud objeto de estudio; con los objetivos específicos de identificar y determinar si conocen los signos, síntomas, formas de transmisión, factores de riesgo, complicaciones y formas de prevención, así como también si utilizan alguna práctica o tratamiento.

El estudio que se realizó fue descriptivo, transversal, documental y de campo; se utilizó un muestreo probabilístico y sistemático.

El universo fue de 3,507, la muestra correspondió a un total de 346 encuestas que cumplieran con el criterio de inclusión de ser madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años de edad que consultaron a las unidades de salud objeto de estudio por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas; se utilizó la entrevista a través de la cédula de entrevista como instrumento dirigida a las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas que consultaron por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas; dicha encuesta contenía 39 preguntas en total de las cuáles eran 26 preguntas cerradas, 9 abiertas y 4 mixtas, utilizando 17 preguntas para infecciones respiratorias agudas y 17 para enfermedades diarreicas agudas, y 5 preguntas para la identificación general del encuestado; también se utilizó la observación durante la historia clínica y el examen físico para comprobar si las madres y/o cuidadores/ras conocen la sintomatología de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

Los resultados fueron los siguientes: El 87% de la población conoce que es una infección respiratoria aguda, la sintomatología más observada en los niños por parte de las madres y/o cuidadores que les hace pensar en una infección respiratoria aguda son: Fiebre, tos, flujo nasal y los signos de alarma por los que consultan inmediatamente a los Centros de Salud es la fiebre alta en un 29%, dificultad para alimentarse y dificultad respiratoria.

Entre los factores de riesgo encontrados para adquirir una infección respiratoria aguda según los resultados fueron los cambios climáticos en un 51% y la contaminación ambiental; mientras el agente causal más frecuente fueron las bacterias, lo cual es un resultado erróneo ya que las infecciones respiratorias agudas son producidas mayormente por virus. La forma de transmisión es por la vía aérea mediante gotitas de saliva (flugge) expulsadas por la persona enferma y las cuales son aspiradas por las personas que se encuentran en el entorno de ésta. La complicación debido a tratamientos inadecuados es la bronquitis en un 47% seguido de la neumonía con un 43%; la forma de prevención más usada es evitar el contacto con enfermos con infección respiratoria aguda en un 33%, abrigo adecuadamente, cubrirse la boca al estornudar y toser. La práctica que realizan como forma de tratamiento es cumplir las indicaciones y dar los medicamentos prescritos por el médico, no dar bebidas frías, dar medicamentos inocuos autorizados por el MSPAS tales como el Acetaminofén y agua de manzanilla o eucalipto.

Con respecto a las enfermedades diarreicas agudas el 94% de la población tiene el conocimiento del concepto de esta patología, cuya sintomatología presentada con mayor frecuencia es el aumento en el número de las defecaciones en un 42% y dolor abdominal 26%; los signos de alarma que la mayoría conoce es ojos hundidos en un 40% y mucosas secas en un 37%.

Cuando las madres observan éstos, medican en casa a los niños con líquidos orales abundantes, sales de rehidratación oral para evitar complicaciones como la deshidratación y la muerte. Según los resultados la mayoría considera a los parásitos en un 59% como la causa principal de EDAS, seguido de las bacterias un 29% y virus 12%; consideran como factor de riesgo principal para adquirir esta enfermedad los malos hábitos higiénicos, preparación inadecuada de alimentos y la ingesta de agua contaminada. Un error común que cometen es medicarlos en casa con antibióticos antes de consultar con el médico, lo cual puede producir complicaciones.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones, basadas en los resultados obtenidos.

INTRODUCCIÓN

En El Salvador las enfermedades prevalentes en la infancia constituyen una elevada carga social y económica familiar, así como un gran gasto público del gobierno central de la red hospitalaria del país; entre las principales afecciones a la niñez salvadoreña se encuentran las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) las cuales día a día van provocando gran deterioro de salud en los niños principalmente en aquellos menores de cinco años.

Las IRA representan el 40% al 60% de la consulta pediátrica a nivel nacional y las EDAS representan un 35% al 40% aunque esto varía dependiendo de la época del año en que se encuentra el país; se observan grandes alzas por EDAS para los meses de abril, mayo, y junio; período durante los cuales el número de casos por esta enfermedad se vuelve alarmante para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Mucho se habla a través de los medios de comunicación sobre los altos índices de estas dos enfermedades, así como también las formas de cómo los padres pueden prevenirlas y evitar sus complicaciones, pero no se habla si los padres o cuidadores de los niños menores de cinco años tienen conocimientos y prácticas básicas en relación a las mismas; ni tampoco si

conocen aspectos como las formas de transmisión, factores de riesgo, sintomatología, complicaciones, formas de prevención y prácticas de tratamiento.

Las infecciones respiratorias afectan las zonas de las vías aéreas que incluyen: nariz, oídos, faringe, laringe, traquea, bronquios y pulmones; clasificándose anatómicamente infecciones respiratorias de vías aéreas superiores e inferiores tomando como punto de referencia la laringe. Entre las infecciones respiratorias superiores tenemos resfriado común, rinitis, faringitis, rinofaringitis, sinusitis, otitis media aguda, faringoamigdalitis, epiglotitis, croup. Entre infecciones respiratorias inferiores tenemos la bronquitis, la bronquiolitis, neumonía, asma bronquial.

Existen muchos microorganismos capaces de causar una enfermedad primaria de las vías respiratorias superiores a las cuales pueden producir una infección subclínica o síntoma evidente de distinta intensidad e importancia de acuerdo con ciertos factores del huésped como: la edad, sexo, contacto previo con el agente causal, estado nutricional, factores ambientales; siendo la mayoría de estas afecciones causadas por virus y en segundo lugar son causadas por bacterias.

En El Salvador el alto grado de contaminación es más que todo un problema urbano debido al transporte terrestre y la actividad industrial quien

son las causantes principales. Sin embargo también las actividades humanas como el uso del cigarrillo contamina el aire. En la zona rural la contaminación ambiental se debe a las polvaredas causadas por los caminos y carreteras de tierra ya que es un factor altamente contaminante y determinante en el apareamiento y exacerbación de las enfermedades respiratorias.

Por otra parte las enfermedades diarreicas agudas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados y constituyen además el factor desencadenante mayor en la causa de desnutrición, siendo el agente causal principal los parásitos, los cuales son mas frecuentes en los países donde predominan condiciones de vida desfavorable, hacinamiento, falta de agua potable, deficiencia en la atención médica durante la infancia.

La causa más frecuente de diarrea en países desarrollados es de origen viral; en segundo lugar por bacterias y en tercer lugar por parásitos. La forma de contagio de la EDAS es vía fecal-oral (ano- mano- boca) que incluyen la ingestión de agua o alimentos contaminados, beber agua contaminada, lavado inadecuado de manos, finalmente los factores de riesgos en la adquisición de EDAS están la falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 - 6 meses de vida.

Las complicaciones principales de las EDAS son la deshidratación, choque y muerte. Las formas principales de prevención de esta enfermedad es fomentar la lactancia materna exclusiva, preparación adecuada de alimentos, hervir el agua para beberla. La práctica que se debe realizar en el tratamiento de las EDAS es el uso de sueros caseros, evitar etno-prácticas (visitas a curanderos) y acudir tempranamente al centro de salud más cercano.

Por lo anterior, se consideró conveniente investigar los conocimientos y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores/ras de niños/as menores de cinco años en relación a las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas. Además el tema es de gran relevancia, ya que en El Salvador no se ha hecho este tipo de investigación a pesar de tener altos índices de consultas pediátricas de estas enfermedades.

Con dicha investigación se pretende beneficiar a la población infantil, ya que se descubre, cuáles son los conocimientos y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores; se tendrá la posibilidad de reforzar, modificar o integrar conocimientos y/o prácticas, beneficiando a la familia salvadoreña y a los establecimientos de salud escogidos para la realización de dicho estudio, así como también este trabajo puede servir como guía para formular nuevas estrategias o mejorar estrategias educativas ya empleadas que refuercen o modifiquen los conocimientos de la población en estudio.

De igual manera puede servir para futuras investigaciones como material de consulta o insumo para otras investigaciones.

Es así como en este documento se presentan los resultados de dicha investigación la cual se llevó a cabo en las Unidades de Salud de Alegría, Anexa al hospital San Pedro de Usulután y La Presita de San Miguel, durante el período de diciembre de 2006 a febrero de 2007.

El informe final de la investigación se ha estructurado en seis capítulos, los cuales se describen a continuación:

El capítulo uno trata sobre el planeamiento del problema, en el cual se da a conocer los antecedentes del fenómeno, es decir su comportamiento y evolución, posteriormente se encuentra el enunciado del problema al cual el grupo investigador ha tratado de darle respuesta. Forman parte de este capítulo los objetivos el general y los específicos que sirvieron de guía en el proceso de investigación.

El capítulo dos comprende el marco teórico, que detalla la información teórica relacionada con el tema estudiado, que sirvió de base para el análisis de los resultados, además se incluyen los conceptos básicos para una mejor interpretación de los aspectos teóricos de la investigación.

En el capítulo tres el grupo trató de darle respuesta al problema por medio del sistema de hipótesis, en donde se presenta la hipótesis general y dos hipótesis específicas. También se encuentra la operacionalización de las variables e indicadores, estos últimos sirvieron para la elaboración de la cédula de entrevista con la cual se obtuvo la información.

El capítulo cuatro describe el diseño metodológico, que expone el tipo de estudio aplicado, la población y la muestra investigada, el tipo de muestreo, las técnicas e instrumentos utilizados en la obtención de la información; además se incluye el procedimiento de cómo se llevo a cabo la investigación.

Seguidamente en el capítulo cinco, se exponen los resultados de la investigación de campo, por medio de la tabulación, análisis e interpretación de los resultados. Los datos se agruparon y se clarificaron mediante cuadros simples y de doble entrada además se encuentran la representación gráfica de cada uno de ellos. También se incluye la comprobación de hipótesis.

En el capítulo seis se presenta la síntesis de la información obtenida, durante el desarrollo de la investigación, reflejada en las conclusiones y recomendaciones elaboradas en base a los objetivos, hipótesis y resultados obtenidos durante el estudio. Por último se presenta la bibliografía consultada y los anexos respectivos que permiten ampliar la información que se presenta en el documento.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO EN ESTUDIO

1.1.1 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen la primera causa de morbi-mortalidad infantil en países en vías de desarrollo y son un problema prioritario de salud pública a nivel mundial; estimándose al menos así en países en vías de desarrollo, ocasionando hasta cuatro millones de muertes cada año (Según la Organización Mundial de la Salud). Dada la elevada frecuencia con que se presentan constituyen un problema grave de salud pública y sin duda alguna la causa más importante de consulta médica en la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en promedio, un niño en un área urbana tiene de seis a diez episodios de Infección Respiratoria Aguda anualmente, con una duración promedio de siete a nueve días. La mayoría de ellas corresponden a Infecciones de las vías Respiratorias superiores, las cuales son de menor gravedad, aunque no por eso dejan de ser causa de ausentismo escolar y laboral, además de las molestias físicas que produce.

En áreas rurales, según los resultados la incidencia parece ser menor, no

obstante se considera de 7 al 10% de todos los niños menores de cinco años desarrolla IRA grave o moderada durante un año ¹.

En las comunidades rurales esta frecuencia es mucho menor y a penas alcanza dos a tres episodios de IRA en niños menores cinco años, siendo aún menor en niños mayores según algunos estudios. No obstante, a pesar de importantes avances realizados en el campo de la salud pública y a nivel científico y tecnológico la frecuencia de estas infecciones a permanecido sin cambios importantes durante las últimas tres décadas, aunque se ha ganado en la descripción de nuevos patógenos como *Legionella*, *Moraxella* y *Chlamydia*.

Las IRA más frecuentes son:

1. Resfrío común
2. Faringoamigdalitis aguda bacteriana
3. Otitis Media Aguda
4. Laringitis Aguda
5. Bronquitis Aguda
6. Neumonía
7. Influenza

¹ ARGUETA Neftalì; FUENTES José; MELGAR Rocio. “Efectividad de las intervenciones de prevención y control en la incidencia de las IRAS en niños menores de 5 años, 2006, Tesis, pág. 26.

En la situación actual existen cinco aspectos importantes en el análisis de la problemática de las IRA, estos son:

1. La prevención.
2. La morbilidad.
3. La mortalidad.
4. Calidad de atención de los casos.
5. Prevalencia de los factores de riesgo.

En El Salvador la incidencia de estas enfermedades ha ido incrementándose con el paso de los años, así en 1993 se presentaron 648,158 casos aumentando en un 150% en el 2004 1, 620, 395 casos a nivel nacional, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Otra de las enfermedades de mucha importancia en el país muy frecuente y que es causa de alta morbi-mortalidad infantil son las Enfermedades Diarreicas Agudas que a continuación se describen.

1.1.2 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), constituyen uno de los problemas de salud más serios que enfrentan los países subdesarrollados y algunos desarrollados en el mundo de hoy, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil en los niños menores de 5 años de los países del tercer mundo.

Según estudios realizados por la OMS en 1990, de un total anual mundial de 12, 900,000 defunciones de niños menores de 5 años, 3, 200,000 fueron debidas a enfermedades diarreicas. La morbilidad se estimó en 1,300,000,000 de episodios diarreicos por año.

Las EDAS son más frecuentes en los países donde predominan condiciones de vida desfavorables, con hacinamiento, falta de agua potable y deficiente atención médica.

Durante la infancia, la diarrea infecciosa es la más común. En los países desarrollados las causas más frecuentes son las virales, y entre estas, los Rotavirus representan entre el 20 y 60% de los casos estudiados. La diarrea por Rotavirus es más frecuente entre los 6 y 24 meses de edad.

La segunda causa de diarrea infecciosa entre los niños es producida por bacterias entero patogénicas y la causa más frecuente de diarrea bacteriana es ocasionada por *Escherychia coli enterotoxigénica*. El tercer grupo está representado por los parásitos ².

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) informó a través del Ministro de Salud que en los últimos 7 días, fecha comprendida

² ALVAREZ SINTES, Roberto; Medicina General Integral, Volumen II, Editorial Ciencias Médicas, El Velado, Ciudad de la Habana, Cuba, 2001, pág. 675.

del 19 al 25 de mayo de 2006 ha habido una alza en las consultas por EDAS en su gran mayoría de origen bacteriano hasta esa fecha alcanzaba un total de 9,751 consultas en 7 días a nivel Nacional. A diferencia del alza que hubo en los meses de enero y febrero cuyo brote fue protagonizado por el Rotavirus.

En un segundo reporte realizado por el MSPAS el 2 de Junio de 2006, el brote de diarreas que, hasta la fecha, ha resultado imparable, ha producido 2,109 consultas por esta causa.

La principal recomendación de las autoridades de Salud sigue estando dirigida a los padres y/o cuidadores de estos menores, ya que estos podrían prevenir las EDAS mediante la higiene, lavarse las manos antes de comer, después de ir al sanitario y después de cambiar pañales ya que se considera que es la base en la defensa contra esta enfermedad.

1.1.3 FACTORES PREDISPONENTES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE LAS IRA Y EDAS.

Entre los factores predisponentes están: el área geográfica, su localización, el clima, la población, nivel socio-económico, vías de acceso a la población en las diferentes Unidades de Salud en estudio, además una breve reseña epidemiológica de casos en los últimos cinco años sobre las mismas.

El municipio de Alegría se encuentra localizado en la zona norte del departamento de Usulután, en la región oriental del país, a una distancia aproximada de 110 Km. de San Salvador y a 30 Km. de la ciudad de Usulután. Tiene una extensión territorial de 43.63 km², de los cuales 0.24 km² corresponden al área urbana. Administrativamente, el municipio se divide en la cabecera municipal, 8 cantones y 27 caseríos, con buenas vías de acceso a ellos en el verano, que se vuelven un poco dificultosas con en el invierno, con una población estimada para el año 2005 de 14,043 habitantes, de los cuales aproximadamente el 20% (2,695 habitantes), residen en el área urbana.

El municipio se encuentra localizado a una altura promedio de 1,230 metros sobre el nivel del mar. La temperatura de la zona oscila entre los 20° y 22 °C, con una humedad del 78% y una precipitación anual promedio de 2,250 mm cúbico, lo que beneficia el aumento de episodios por IRA anualmente.

La economía de la región se basa principalmente en la producción de café, cultivo y comercio de plantas ornamentales y turismo. El promedio de ingresos económicos de esta población es de aproximadamente \$280.00 mensuales ³.

³ Censo realizado por los estudiantes del 1° año de bachillerato del Centro Escolar Alberto Masferrer en el año 2003 de la ciudad de Alegría, Usulután.

La zona urbana cuenta con tren de aseo, adecuada deposición de excretas, agua potable lo que permite que los casos por EDAS en dicho municipio sean menores. También cuenta con servicio de energía eléctrica.

La Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro esta ubicada en el municipio de Usulután, departamento de Usulután dentro de las instalaciones del mismo hospital, consta con una población total de 68,540 habitantes. Cuenta con un área geográfica de influencia de 36 colonias, 19 Cantones y 11 caseríos.

En este municipio las vías de acceso a la unidad de salud son buenas, ya que la mayor parte de su área de influencia poblacional perteneciente a dicha unidad de salud es el área urbana, cuyas calles son pavimentadas, sus colonias y mayoría de cantones cuentan con transporte colectivo directo hacia el hospital lo que permite a la población trasladarse fácilmente para consultar a dicha unidad de salud. La mayor parte de la población desempeña oficios múltiples y trabajos de oficina con un sueldo promedio aproximadamente a los \$200.00 ⁴.

En la zona urbana cuenta con tren de aseo, adecuada deposición de excretas, agua potable, servicio de energía eléctrica; pero a pesar de dichos servicios el número de casos por EDAS es elevado.

⁴ PÉREZ Karina; SANCHEZ Dalia, CASTRO Omar. "Promedio de ingreso salarial en las familias usulutecas", 2001, tesis, 130 págs.

La Unidad de Salud La Presita está ubicada al sur oriente de la ciudad de San Miguel, consta con una población total de 38,710 habitantes. Cuenta con un área geográfica de influencia de 40 colonias como área urbana y un área rural de 3 cantones y 11 caseríos, con una altura promedio de 105 metros sobre el nivel del mar, una temperatura de 34°- 36° C; sus vías de acceso a la Unidad de Salud es muy bueno debido a que cuenta con transporte colectivo directo hacia ella. La zona urbana cuenta con servicio de tren de aseo y en la zona rural no por lo que los habitantes la queman siendo este un factor de riesgo importante para adquirir una IRA.

Cuenta con servicio de agua potable pero ésta es contaminada por lo que la mayoría de su población se ve obligada a comprar agua embotellada el resto la hierve para poder consumirla, y en algunos casos solo la filtran lo que permite ser presa fácil de EDAS. Cuentan con servicio de luz eléctrica sus ingresos económicos en la mayoría provienen de remesas familiares, agricultura y oficios varios con sueldo promedio variable que oscila entre los \$100.00 y \$300.00 ⁵.

⁵ Censo realizado por estudiantes del 2° año de bachillerato en salud del Centro Escolar Isidro Menéndez, en el año 2003.

1.1.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IRA.

En la Unidad de Salud de Alegría, Usulután; el perfil epidemiológico de las IRA en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 1: Perfil epidemiológico de las IRA del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	541	—
2002	1,300	+ 140.3
2003	1,368	+ 5.23
2004	1, 211	- 11.5
2005	3,318	+ 174

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

Según los datos en el perfil epidemiológico de las IRA en los menores de 5 años a partir del año 2001 hasta el 2003 hay un notable aumento del número de casos y una leve disminución para el año 2004, para luego casi triplicarse en el 2005.

En la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro, Usulután; el perfil epidemiológico de las IRA en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 2: Perfil epidemiológico de las IRA del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	1,311	—
2002	1,566	+ 19.5
2003	1,891	+ 20.8
2004	2,350	+ 24.3
2005	2,653	+ 12.9

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

Según los datos anteriores a partir del año 2001 hasta el 2003 los casos cada año de las IRA se han mantenido; pero para el año 2004 y 2005 han ido en aumento.

En la Unidad de Salud la Presita, San Miguel; el perfil epidemiológico de las IRA en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 3: Perfil epidemiológico de las IRA del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	4,924	—
2002	6,567	+ 33.4
2003	5,603	- 14.7
2004	5,820	+ 3.9
2005	5,407	- 7.1

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

En los datos anteriores el número de casos del año 2001 al 2002 hay un notable aumento, para el 2003 hay una leve disminución de los mismos, manteniéndose así hasta el 2005.

A continuación se presenta el perfil epidemiológico de las EDAS en los últimos cinco años.

1.1.5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EDAS.

En la Unidad de Salud de Alegría, Usulután; el perfil epidemiológico de las EDAS en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 4: Perfil epidemiológico de las EDAS del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	975	—
2002	559	- 42.7
2003	260	- 53.5
2004	264	+1.5
2005	284	+ 7.6

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

En el año 2001 el número de casos fue alto, disminuyendo notablemente para el 2002, para el 2003 disminuye hasta un 50% y se mantienen así hasta el 2005.

En la Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro, Usulután; el perfil epidemiológico de las EDAS en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 5: Perfil epidemiológico de las EDAS del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	1,450	—
2002	1,350	-6.9
2003	1,515	+ 12.2
2004	1,612	+ 6.4
2005	1,711	+ 6.1

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

Según los datos anteriores a partir del año 2001 el número de casos ha ido en ascenso paulatino hasta el 2005.

En la Unidad de Salud la Presita, San Miguel; el perfil epidemiológico de las EDAS en niños menores de 5 años en los últimos cinco años es:

Cuadro N° 6: Perfil epidemiológico de las EDAS del 2001 – 2005.

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Δ%</u>
2001	540	—
2002	570	+ 5.6
2003	731	+ 28.2
2004	871	+ 19.2
2005	664	- 23.8

Fuente: Datos elaborados en base al registro de datos estadísticos de la Unidad de Salud de Alegría.

En los datos anteriores a partir del año 2001 el número de casos ha ido en ascenso paulatino hasta el año 2004 y disminuyen levemente en el 2005.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De la problemática antes descrita se deriva el problema de investigación, el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Tienen las madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de 5 años conocimientos y prácticas en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas que consultan en las Unidades de Salud de Alegría y Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro de Usulután, Unidad de Salud la Presita de San Miguel?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Investigar los conocimientos y prácticas que tienen las madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años relacionadas con las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas que consultan en las Unidades de Salud de Alegría, Unidad de Salud Anexa al Hospital San Pedro de Usulután y Unidad de Salud La Presita de San Miguel.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar si las madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años consultantes, conocen los signos, síntomas y formas de transmisión de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

- Determinar si las madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años conocen los factores de riesgo para adquirir las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

- Determinar si las madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años conocen las complicaciones y formas de prevención de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

- Identificar si las madres y / o cuidadores/ras tienen alguna práctica o tratamiento para los niños y niñas menores de cinco años que padecen de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA.

Las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, son un grave problema de salud pública y patrimonio de grupos caracterizados por condiciones precarias de vida donde hay pobreza económica, cultural y social en la población.

2.1.1 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

CONCEPTO

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas o bajas, en correspondencia con su localización en las vías aéreas constituyen un complejo sindrómico que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características epidemiológicas y de agentes causales. Lo cual hace difícil su prevención y control.

EPIDEMIOLOGÍA

Por grupos de edades, los más vulnerables son los menores de 5 años y los mayores de 60.

Como promedio, un niño residente en un área urbana sufre entre 5 y 8 episodios de infección respiratoria aguda al año, con una duración media de 7 a 9 días ⁶. La mayoría de ellas se deben, a infecciones menos graves de las vías respiratorias superiores, de origen viral, por lo que no es necesario el uso de antimicrobianos y para las que hoy en día no se dispone de tecnología preventiva, aunque en la actualidad la OMS recomienda el uso de una vacuna que no protege totalmente contra la influenza, pero sí reduce su severidad y la frecuencia de complicaciones, en correspondencia con las cepas de los agentes microbianos que estén circulando, de acuerdo con la Red Mundial de Laboratorios que interviene en la vigilancia de estas enfermedades.

Estas infecciones son la causa más común de consultas médicas y de ausencia laboral y escolar, además de ser una de las causas principales de hospitalización, tanto en hospitales pediátricos como de adultos.

El comportamiento de esta entidad es igual en los países desarrollados que en los subdesarrollados, en las comunidades económicamente menos favorecidas que en las privilegiadas, pero las complicaciones y la mortalidad son mayores en las primeras.

⁶ ALVAREZ SINTES, Roberto; Medicina General Integral, Volumen II, Editorial Ciencias Médicas, El Velado, Ciudad de la Habana, Cuba, 2001, pág. 495.

No obstante, constituyen la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en los países desarrollados y en El Salvador.

Estudios realizados por la OMS/OPS señalan : como factores que propician la mortalidad en los niños menores de 5 años el bajo peso al nacer, la falta de inmunización y la desnutrición ⁷.

En los ancianos, la senectud inmunológica, la disminución de la capacidad física y mental, el estado nutricional y la presencia de enfermedades asociadas, incrementan la probabilidad de muerte. Otros factores son la contaminación atmosférica, la baja cobertura de atención médica y la insuficiente disponibilidad de antimicrobianos.

Aunque la severidad de estos procesos, en su mayoría virales, suele ser benigna, constituye un problema la mortalidad por neumonía en el anciano, entre los que existe una sobremortalidad en contraste con el comportamiento en los menores de 5 años que es al descenso en el número de fallecidos.

⁷ Ibidem, Pág. 495

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Para el médico es de vital importancia hacer el diagnóstico de severidad, ya que a partir de este es que se decide indicar tratamiento antibiótico o no y el nivel de atención: ambulatorio, ingreso en el hogar u hospital.

1. IRA leve. Nariz congestionada, dolor o enrojecimiento de la garganta, paciente afebril o fiebre variable, tos, frecuencia respiratoria menor que 50/min. El manejo será ambulatorio, con tratamiento sintomático.

2. IRA moderada. Pueden estar presentes algunos de los síntomas de IRA leve. Frecuencia respiratoria mayor que 50/min. El manejo podrá ser ingreso en el hospital o ambulatorio, con seguimiento cada 24 a 48 h, y tratamiento sintomático, más antibiótico por vía oral.

3. IRA grave. Pueden estar presentes algunos de los síntomas de IRA moderada, además se observa tiraje intercostal y aleteo nasal. Se indicará ingreso en el hospital, atendiendo a las condiciones y posibilidades de cada consultorio del médico, así como antibióticos por vía parenteral.

4. IRA muy grave. Se manifiestan algunos de los síntomas de IRA grave, así como cianosis y/o incapacidad para beber. Se indicará ingreso en el hospital y antibióticos por vía endovenosa.

2.1.1.1 CATARRO COMÚN

CONCEPTO

El catarro o resfriado común es un complejo sintomático de las vías aéreas superiores cuya causa es viral, y al igual que las infecciones respiratorias agudas presenta gran diversidad en sus características epidemiológicas y de agentes causales, lo cual hace difícil su prevención y control.

PATOGENIA

Es una de las causas más comunes de consultas médicas y de ausencia laboral y escolar; afecta a todos los grupos de edades, pero principalmente a niños, adolescentes y ancianos. Es más frecuente en los meses de invierno, cuando existen cambios bruscos de temperatura, y no por ser bajas estas. La humedad, contaminación atmosférica y la rinitis alérgica son factores favorecedores para el desarrollo de la enfermedad. Su diseminación es por contacto directo de persona a persona.

Puede ser causado por diversos agentes virales: rinovirus, coronavirus, virus sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza y adenovirus, entre otros.

DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clínicas no permiten distinguir la causa viral específica. Los síntomas tienden a repetirse en cada individuo, pero difieren de una persona a otra. Ellos son malestar general, anorexia, sensación de fiebre, escalofrío, cefalea, tos, molestias oculares y musculares, faringe seca e irritada, obstrucción y secreción nasal.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Es una enfermedad autolimitada, su evolución no es alarmante y dura pocos días, como promedio entre 7 y 10 días ⁸. El pronóstico es favorable siempre que no aparezcan complicaciones y las más frecuentes son: otitis media, sinusitis, laringitis, traqueitis, bronquitis y bronconeumonías.

TRATAMIENTO

PREVENTIVO

La vacunación y el aislamiento de los enfermos disminuyen el riesgo de contagio.

⁸ Ibidem, pág. 496.

Sin embargo, el gran número de virus antigénicamente diferentes dificulta disponer de una vacuna altamente eficaz.

SINTOMÁTICO

1. Indicar reposo en la fase aguda, si hay síntomas muy intensos.

Ofrecer alimentos en menor cantidad, pero con mayor frecuencia, así como abundantes líquidos para lograr una adecuada hidratación, y poder controlar la tos y expulsar las secreciones.

2. Humectar el aire que pasa por la nariz a través de vaporizaciones de agua sola; evitar sustancias aromáticas que son irritantes bronquiales. Lograr la desobstrucción de la nariz. En esta enfermedad, a diferencia de la rinitis alérgica, la obstrucción nasal se debe a secreciones y no a inflamación o edema de la mucosa, por lo que las ampliamente difundidas gotas nasales vasoconstrictoras están en desuso, debido a los pocos beneficios y la gran cantidad de efectos colaterales. Mucho más útil es el suero fisiológico.

3. Utilizar antipiréticos y analgésicos.

4. Indicar cambios de postura para movilizar las secreciones y expulsar el esputo.

Los medicamentos antivirales disponibles son poco efectivos y muy tóxicos. No se obtiene ningún beneficio con el uso de antimicrobianos, solo se utilizarán si existe infección bacteriana.

Los expectorantes, fluidificantes y mucolíticos no tienen eficacia demostrada.

2.1.1.2 FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Inflamación de la faringe o las amígdalas.

EPIDEMIOLOGÍA

- Distribución por sexos. La misma incidencia en ambos sexo.
- Distribución por edades. La faringitis estreptocócica es más común en edades escolares.
- Incidencia Máxima. Final del invierno y comienzo de la primavera.

SIGNOS FÍSICOS

- Faringe. Puede ser normal o eritematosa. Hipertrofia y los exudados son frecuentes, pero no indican la etiología.
- Infección vírica. Rinorrea, conjuntivitis y tos.
- Infección bacteriana. Fiebre y signos sistémicos de infección.

ETIOLOGÍA

- VIRUS:

VSR.

Influenza A y B.

Adenovirus.

- BACTERIAS:

Streptococcus pyogenes.

Neisseria gonorrhoeae.

- OTROS:

Mycoplasma pneumoniae.

Chlamydia pneumoniae.

DIAGNÓSTICO

- Recuento sanguíneo completo con formula. Puede apoyar el diagnóstico de infección bacteriana.
- Leucocitosis mayor de 15000/mm³ sugiere infección estreptocócica.
- Cultivos.

TRATAMIENTO

- No Farmacológico. Líquidos y Gargarismo con agua salada.
- Tratamiento a corto plazo. Si se sospecha de infección estreptocócica.

Penicilina V 500 mg 2/d por 10 días o PNC Benzatínica 1.2 mill UI 1/vez al día, Eritromicina 500 mg 2/v al día por 10 días si es alérgica a penicilina.

2.1.1.3 OTITIS MEDIA AGUDA

CONCEPTO

Es el proceso inflamatorio de aparición súbita, localizado fundamentalmente en la mucosa que tapiza el oído medio, con selectividad muy especial de la caja timpánica; su cuadro clínico estará condicionado por la existencia de sobre infección bacteriana o no, lo cual determina formas clínicas: la llamada otitis aguda purulenta.

PATOGENIA

Debido a las íntimas relaciones que el oído medio tiene con el complejo rino-sinusal y faríngeo, las alteraciones encontradas en estas regiones condicionan la aparición de una otitis media aguda, apoyada en alteraciones ambientales que se inician en la ventilación nasal.

Se mencionan entre otras, las causas siguientes:

1. Procesos inflamatorios nasofaríngeos.
2. Mecanismos reaccionales inmunoalérgicos alterados.
3. Barotraumatismos.

4. Sobre infecciones bacterianas en una obstrucción tubaria inicial.
5. Afecciones virales sistémicas.
6. Adenoiditis aguda y vegetaciones adenoideas.

En la otitis media supurada aguda, los microorganismos más encontrados han sido estreptococos, estafilococos y *Haemophilus influenzae*; se plantea que los virus también producen otitis media.

DIAGNÓSTICO POSITIVO

El cuadro clínico de la otitis media aguda se caracteriza generalmente por los síntomas siguientes:

1. Sensación de oído ocupado.
2. Autofonía.
3. Otodinia discreta o moderada.
4. Fiebre o no.
5. Acúfenos.
6. Mareo ocasional.
7. El malestar general no es habitual en la forma serosa inicial.
8. En la forma purulenta, el cuadro clínico se hace más evidente, y el dolor llega a ser intenso; la fiebre es elevada y la hipoacusia más marcada, todo lo cual no cede hasta que el pus contenido en la caja timpánica sea evacuado de forma espontánea o quirúrgica.

9. En el lactante, se presenta el llanto brusco nocturno, con elevación de la temperatura; el proceso infeccioso de las vías aéreas superiores en el niño se caracteriza por la toma del oído medio, que se puede acompañar de trastornos digestivos y broncopulmonares.
10. La imagen timpánica mediante la otoscopia varía desde un tímpano sonrosado y retraído, que conserva sus caracteres, a través del cual se puede ver el contenido líquido de la caja del tímpano, como se observa en la otitis media aguda serosa, hasta un tímpano muy congestivo que progresivamente se abomba y borra sus caracteres normales, y puede llegar a «estallar» si no se drena de la caja timpánica el contenido, que es de tipo purulento y caracteriza la forma clínica de otitis media purulenta aguda. En el lactante, frecuentemente, el tímpano no es muy expresivo de la afección y presenta solo un tinte grisáceo que conjuntamente con el cuadro clínico, identificará las otitis del lactante.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El estudio de la fórmula leucocitaria inmunológico y radiográfico del mastoide condicionará la evolución y los riesgos de complicaciones de la enfermedad, ya que una leucocitosis, un descenso de la inmunoglobulina A (IgA) o la inmunoglobulina G (IgG) y una opacidad en velo mastoideo, orientarán hacia complicaciones del proceso.

Mediante los diapasones realizaremos la acumetría, donde observaremos la tríada de Benzold: el Weber se lateraliza al oído enfermo, el Rinne será negativo y el Schwabach prolongado ⁹.

La audiometría mostrará una pérdida moderada de la audición en la vía aérea. Esta hipoacusia persiste en la purulenta, a pesar de drenar el absceso contenido en la caja timpánica.

En la timpanometría, en la evolución de una otitis media serosa se evidencia una tipo B.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realizará basado en el cuadro clínico. Debe diferenciarse de la otitis externa aguda, la otalgia de origen dentario, que presentarán un tímpano normal.

EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

Mediante un tratamiento enérgico y adecuado, la evolución de la otitis media aguda serosa es favorable, y no deja secuelas desagradables; en el

⁹ Ibidem, pág. 456.

caso de la forma purulenta se debe ser aún más enérgico en la terapéutica para obtener esta evolución, ya que en estos casos es posible que queden secuelas auditivas producto de acciones medicamentosas contemplativas; además pueden presentarse complicaciones mastoideas y endocraneales que ensombrecen el pronóstico de la enfermedad.

TRATAMIENTO

1. Mejorar la ventilación nasal.
2. Aliviar el dolor con medicación analgésica local y sistémica.
3. Aplicar antibioticoterapia de amplio espectro por vía sistémica.
4. Remitir el caso al otólogo, en caso de que la evolución sea tórpida o se encuentren signos de otitis media purulenta aguda y complicaciones mastoideas o endocraneales.

TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA SUPURADA EN NIÑOS

1. Mejorar la ventilación nasal por medio de instilación, de suero clorobicarbonatado 1/4 de gotero en cada ventana nasal, seguida de 2 a 3 gotas de neosinefril (fenilefrina) al 0,25 % o de efedrina al 1 %. Se usarán de 3 a 4 veces al día y nunca por más de 5 a 7 días.

2. Aliviar el dolor y la fiebre con aspirina, dipirona paracetamol. No se recomienda el uso de gotas óticas. oleosas, con antibióticos o sin ellos, pues pueden el mascarar los primeros signos de una otitis media: pérdida de la brillantez timpánica y enrojecimiento. Algunos autores recomiendan en su lugar compresas tibias externas aplicadas sobre el oído.

3. Aplicar antibioticoterapia por vía sistémica: penicilina cristalina (sódica o potásica) de 250 000 a 500 000 I por vía I.M., cada 6 h durante 24 h, y después continuar con penicilina; se debe comenzar 6 horas después de la última dosis de la cristalina en dosis única diaria de. 500 000 a 1 000 000 U por vía I.M. hasta completar 10 días de tratamiento. Si a las 48 ó 72 h de comenzado el tratamiento no hay mejoría con la penicilina, se debe agregar sulfaprim en dosis de 40 a 80 mg/kg cada 24 h (de sulfametoxazol) por v.o. administrada de 2 a 4 subdosis diarias con alimentos. Algunos autores recomiendan comenzar con Ampicilina o Amoxicilina en las dosis y vías recomendadas en la amigdalitis aguda o la otitis externa; en las alergias a la penicilina se usará Eritromicina.

4. Remitir el caso al especialista de Otorrinolaringología (ORL). Si en 48 ó 72 h no desaparecen los signos de inflamación local o estos aumentan antes de este tiempo, se enviará al especialista para que se le realice mirigotomía para evitar la ruptura espontánea de la membrana timpánica.

La evolución de la otitis media aguda debe ser valorada por el especialista, en consulta externa, para detectar alteraciones en la audición u orgánicas que pueden dejar secuelas.

2.1.1.4 LARINGITIS

DEFINICIÓN

Inflamación aguda o crónica de la mucosa laringea.

SIGNOS FÍSICOS

Puede asociarse a resfriado común o gripe. Molestias faríngeas, tos, congestión nasal y rinorrea seguido de ronquera y disfonía.

Laringe con eritema difuso, edema e ingurgitación vascular de las cuerdas bucales.

ETIOLOGÍA

VIRUS:

- Virus de la influenza.
- Rinovirus.

- Mixovirus.
- Paramixovirus.
- Coronavirus.
- VSR.

BACTERIAS:

- Streptococos del grupo A.
- S. Aureus.
- S. Pneumoniae.
- Moraxella catarralis (50-55 %)

DIAGNÓSTICO

Pruebas de Laboratorio. Cultivos y Biopsia de laringe.

TRATAMIENTO

- Reposo de la voz.
- Inhalación de aires humidificado.
- Antibiótico.

2.1.1.5 BRONQUITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Inflamación de la traquea y de los bronquios.

EPIDEMIOLOGÍA

Mayor incidencia en fumadores, adultos mayores, niños pequeños y durante los meses de invierno ¹⁰.

SIGNOS FÍSICOS

- Tos.
- Fiebre baja.
- Molestia subesternal.
- Goteo posnasal.
- Roncus.

ETIOLOGÍA

- Infección vírica.
- Microorganismos atípicos (micoplasma y C. Pneumoniae)
- Infecciones bacterianas.

¹⁰ FERRI, Fred; Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna, 1ra. Edición, España, Editorial Océano, 2005, pág. 67.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico diferencial:

- Neumonía.
- Asma.
- Sinusitis.
- Bronquiolitis.
- Aspiración.
- Faringitis.
- Gripe.
- Neoplasia.

Estudios por Imágenes:

Radiografía de Tórax en pacientes que se sospeche de neumonía, EPOC.

TRATAMIENTO

- Evitar el tabaco.
- Incrementar la ingesta de líquidos.
- Utilizar evaporizadores.
- Broncodilatadores.
- Antibióticos.

2.1.1.6 NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONÍAS

CONCEPTO

Es una infección del parénquima pulmonar, que afecta los alvéolos y el intersticio. Cuando el proceso inflamatorio está diseminado en focos, por uno o más lóbulos de uno o de ambos pulmones, se denomina bronconeumonía. En estos casos están afectados no solo los alvéolos y los espacios intersticiales, sino también los bronquios y bronquiolos.

PATOGENIA

La neumonía no es una enfermedad única, sino un grupo de infecciones específicas, cada una con su epidemiología, patogenia, presentación clínica y evolución. En general, para poder descubrir la causa, el médico tiene que realizar un enfoque clínico, epidemiológico y social, ya que es importante considerar las condiciones de vida del paciente, su ocupación, los antecedentes de viajes, exposición a animales o mascotas, las enfermedades en los contactos y el conocimiento de la curva epidemiológica de los brotes en la comunidad.

Los agentes patógenos pulmonares varían según el lugar en que se adquirió la infección, por ejemplo: la comunidad, el hospital, los centros

educacionales y hogares de ancianos u otras instituciones cerradas.

Investigaciones realizadas en otros países reportan como gérmenes más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, anaerobios orales, *Moraxella catarrhalis*, *Pneumocystis carinii*, especies de *Nocardia*, virus de la gripe, citomegalovirus, sincitial respiratorio, del sarampión, del herpes zoster e histoplasma.

Los responsables de una mayor gravedad son los cinco primeros, aunque hasta un 10 % de los mismos se han encontrado combinaciones tanto virus-bacterias como grampositivos-gramnegativos, aerobios-anaerobios, así como combinaciones de virus; una de las combinaciones más frecuentes es la de neumococo, H. influenzae.

Estudios señalan como gérmenes más frecuentes, responsables de las neumonías hospitalarias, los bacilos entéricos gramnegativos, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, además de los anaerobios orales ¹¹.

¹¹ Ibidem, pág. 497

La edad es otro factor que hay que tener presente: en los lactantes menores de 6 meses son frecuentes la *Chlamydia trachomatis* y el virus sincitial respiratorio. Entre los 6 meses y los 5 años lo es el *M. pneumoniae* y la *C. pneumoniae* en adultos jóvenes. En los ancianos se halla *H. influenzae*, *L. pneumophila* y *M. catarrhalis*. La estación del año y la localización geográfica son otros elementos que debe considerar el médico para poder desarrollar la prevención y el diagnóstico temprano, ya que en los meses de invierno aumenta la incidencia; además, los brotes de gripe en una comunidad determinada tienden a ser explosivos y extendidos con muchos casos secundarios, debido al corto período de incubación y a su elevada capacidad de transmisión.

Los brotes en poblaciones casi cerradas, la mayor parte de las veces, son producidos por el *Mycoplasma*, pero debido a su largo período de incubación de 2 a 3 semanas y a la capacidad de transmisión relativamente baja se desplaza con lentitud por la comunidad. El *Pneumocystis carinii* tiene una mayor incidencia como causa de neumonía en las comunidades donde el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 es endémico.

Puede ser causada por diversos gérmenes: bacterias micoplasmas, chlamydias, rickettsias, virus, hongos y parásitos. Existen neumonías de causa no infecciosa, químicas y físicas extraordinariamente infrecuentes.

FACTORES PREDISPONENTES ¹²:

1. Infecciones respiratorias agudas del tracto respiratorio superior.
2. Primera infancia y ancianidad.
3. Alcoholismo crónico.
4. Drogadicción.
5. Pacientes inmunodeprimidos.
6. Pacientes politraumatizados.
7. Aspiraciones.
8. Estados caquéticos.
9. Estados comatosos.
10. Grandes quemaduras.

Los agentes patógenos microbianos pueden penetrar al pulmón por diferentes vías. El mecanismo más común es la aspiración de los microorganismos que colonizan la orofaringe, y constituyen riesgos en la edad avanzada, que acarrea senectud inmunológica, y la aparición de una serie de enfermedades crónicas y estados asociados que provocan inmunodeficiencia, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), alcoholismo, drogadicción, insuficiencia cardíaca, hospitalización y uso de anestesia general, entre otros.

¹² Idem.

La neumopatía es más probable si el material aspirado es de gran volumen o contiene flora microbiana virulenta o cuerpos extraños, como ocurre con la aspiración de alimentos o de tejido necrótico. La presencia de un reflejo tusígeno alterado o de una disfunción mucociliar o de los macrófagos alveolares aumenta el riesgo para desarrollar la enfermedad.

Otro mecanismo es la inhalación de aerosoles contaminados, en el cual una partícula inhalada de tamaño menor a 5 μ es capaz de alcanzar el alveolo e iniciar la infección. La diseminación hematógena al pulmón se produce más raramente a partir de un foco infeccioso extrapulmonar.

Otras dos vías de transmisión bacteriana a los pulmones son la inoculación directa por intubación traqueal o por heridas incisivas de tórax y la diseminación por contigüidad a partir de una infección adyacente.

CLASIFICACIÓN ¹³

Desde el punto de vista epidemiológico se dividen en dos grandes grupos: las neumonías adquiridas en la comunidad y las intrahospitalarias. La identificación del microorganismo causal es de extraordinaria importancia para la clasificación etiológica.

¹³ Ibidem, pág. 498.

Estudios realizados en países desarrollados reportan que en el 30 % de los pacientes es difícil encontrar la causa microbiana específica. Con fines asistenciales, para la selección del tratamiento antimicrobiano nos apoyamos en el contexto en que se adquirió la infección, la presentación clínica, las imágenes radiográficas y el conocimiento de los patrones actuales de susceptibilidad a los antimicrobianos. Según su causa se pueden clasificar en:

1. Bacterianas.
2. Micoplasmáticas.
3. Rickettsias.
4. Virales.
5. Micóticas.
6. Protozoos.
7. Aspirativas.
8. Hipostáticas.

Las características anatomoclínicas permiten ubicar más del 90 % de las mismas y se basan en la anatomía patológica, la clínica y la radiografía; no son útiles en las aspirativas y las hipostáticas.

Se consideran tres tipos:

1. Neumonía lobar. Consolidación inflamatoria de todo un lóbulo o segmento pulmonar.

2. Neumonía por focos diseminados o bronconeumonía.

Focos inflamatorios diseminados por uno o los dos pulmones. Una bronconeumonía confluyente es difícil de distinguir de una neumonía lobar.

3. Neumonía intersticial o bronquiolitis. Inflamación de los bronquiolos y el tejido intersticial de manera difusa.

Siempre se debe tener presente que la mejor clasificación de las neumonías es la basada en el agente causal, cuando esto sea posible, y no en las características anatomoclínicas, como se hacía antiguamente. Para el médico de atención primaria es fundamental conocer las características de la neumopatía inflamatoria adquirida en la comunidad.

DIAGNÓSTICO

En general, los síntomas son tos, fiebre, dolor torácico en punta de costado, disnea y expectoración purulenta. Al examen físico se pueden encontrar: polipnea, disminución de la expansividad torácica, estertores crepitantes de tono alto, procedentes de los alvéolos llenos de líquido, ruidos respiratorios bronquiales aumentados en las fases inspiratoria y espiratoria procedentes de la condensación con bronquio permeable.

En el anciano la neumonía puede presentarse sin fiebre y sin signos al examen físico del aparato respiratorio; en el niño en ocasiones hay derrame pleural asociado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

1. Leucograma: Leucocitosis, neutrofilia.
2. Eritrosedimentación: Acelerada.
3. Tinción de Gram del esputo y recuento celular: Bacterias gramnegativas-grampositivas o bacilos y leucocitos. Hasta 36 h después de comenzado el tratamiento con antimicrobianos los resultados del esputo son útiles.
4. Rayos X de tórax: Infiltrados mixtos, opacidades, consolidación lobar o diseminada y derrame. En ocasiones puede ser normal, por ejemplo: agranulocitosis o al principio del proceso inflamatorio como en la neumonía hematógena por *S. aureus* y neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes con SIDA. En el anciano se presentan estas lesiones radiológicas, que a veces no concuerdan con la clínica (disociación clínico-radiológica). A los pacientes que evolucionan sin complicaciones no es necesario repetirles la radiografía, incluso en los hospitalizados e ingresados en el hogar, ya que la resolución de los infiltrados puede tardar hasta 6 semanas después del comienzo.
5. Tomografía axial computarizada: Puede resultar útil para distinguir entre procesos diferentes, por ejemplo, derrame pleural frente a

condensación pulmonar subyacente, adenopatía hiliar frente a masa pulmonar o absceso pulmonar frente a empiema con nivel hidro-aéreo.

6.Hemocultivos: Microorganismo específico y sensibilidad.

7.Toracocentesis y cultivo del líquido pleural, si está presente.

TRATAMIENTO ¹⁴

Si la neumonía es viral, no administrar antibióticos; estos solo se deben indicar en pacientes desnutridos severos e inmunodeprimidos con proceso avanzado. Para la selección del antibiótico se debe tener presente la edad del paciente, las enfermedades asociadas y cuando sea posible el resultado de la tinción de Gram del esputo.

La elección de la terapéutica debe considerar los gérmenes patógenos probables, el espectro de actividad, el perfil de seguridad, el costo y el potencial de desarrollo de resistencia.

¹⁴ Ibidem, pág. 499.

En los niños, en caso de neumonía sin microorganismo aislado, el tratamiento será:

1. Penicilina cristalina. De 50 000 a 100 000 U/kg/día, por vía endovenosa cada 6 h, hasta la mejoría clínica y continuar.
2. Penicilina procaínica. De 25 000 a 50 000 U/kg, por vía intramuscular cada 24 h, hasta completar 10 días de tratamiento.
3. Fenoximetilpenicilina. También se puede utilizar de 50 000 a 100 000 U/kg/día, por vía oral cada 6 h, hasta completar 10 días.

En los recién nacidos y lactantes se podrá administrar:

1. Ampicilina. Usar 100 mg/kg/día, por vía endovenosa cada 6 h, hasta la mejoría clínica y continuar.
2. Oxacilina. Emplear 200 mg/kg/día, por vía endovenosa cada 6 h, hasta la mejoría clínica y continuar.
3. Dicloxacilina. Aplicar 100 mg/kg/día, por vía oral cada 6 h, hasta completar 21 días cuando se sospeche la presencia de estafilococo.
4. Asociar estos medicamentos con Gentamicina: de 5 a 7 mg/kg/día, por vía intramuscular ó endovenosa cada 8 h, por 10 a 14 días o Amikacina: 15 mg/kg/día, por vía endovenosa ó intramuscular cada 12 h, por 10 a 14 días.

Los medicamentos que se emplearán cuando se aísle el microorganismo se seleccionarán de acuerdo con la sensibilidad.

MEDIDAS PREVENTIVAS

La prevención primaria estará dirigida a evitar la exposición al agente patógeno; para ello es importante:

1. Educación sobre vías y formas de transmisión a la población en general, y en particular al personal que labora en centros donde haya enfermos o familiares de los mismos.
2. Utilización de quimioprofilaxis o inmunización en los pacientes con riesgo. En algunos países existen vacunas para inmunizar contra los siguientes agentes patógenos pulmonares: *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo B, virus de la gripe A y B. Las vacunas contra la gripe y el neumococo son muy recomendables en los mayores de 65 años de edad o en las personas con riesgo de sufrir consecuencias adversas en caso de presentar una neumopatía inflamatoria, por ejemplo, pacientes infectados por el VIH.
3. La prevención de la neumopatía intrahospitalaria requiere la práctica de buenas medidas de control de la infección, el empleo adecuado de los antimicrobianos y el mantenimiento de la acidez gástrica de los pacientes, ya que esta impide la colonización del tubo digestivo por los agentes patógenos bacilares gramnegativos nosocomiales.

La prevención secundaria estará encaminada al fortalecimiento de las defensas del huésped, una vez ocurrida la exposición con la utilización de quimioprofilaxis o inmunización de los pacientes expuestos.

El objetivo de la prevención terciaria es el tratamiento adecuado de las complicaciones y valorar la remisión al hospital. Esta decisión debe tomarse cuando no se cumplan los requisitos para el ingreso en el hogar o, aunque se cumplan los mismos, si el paciente presenta empiema, foco extrapulmonar, manifestaciones sistémicas graves u otros que el médico de familia considere.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El diagnóstico temprano es determinante para una evolución satisfactoria. Se debe obtener mejoría en las 48 a 72 h, la mayoría de los casos tiene una evolución favorable. Las neumonías adquiridas en la comunidad tienen una mortalidad aproximada del 10 %, mientras que las adquiridas en los hospitales oscila entre el 30 y 60 % ¹⁵.

De no haber buena evolución en la 1ra. semana de tratamiento se debe pensar en complicaciones como empiema o absceso pulmonar.

¹⁵ Ibidem, pág. 500.

El derrame pleural, la pericarditis y la meningoencefalitis son complicaciones que se ven con alguna frecuencia en los niños que presentan una evolución tórpida del proceso inflamatorio. En tales circunstancias se remitirá al hospital.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

1. Presencia de enfermedades o estados asociados descompensados.
2. Pacientes inmunodeprimidos o que reciban esteroides y citostáticos.
3. Complicaciones extrapulmonares como alteración mental aguda, meningitis, artritis, etc.

2.1.1.7 INFLUENZA

La influenza y el resfrío son enfermedades virales, por tal razón no se tratan con antibióticos ¹⁶.

Para evitar la transmisión de sus agentes se recomienda:

¹⁶ Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, Documento (Disponible en www.mspas.gob.sv/resp.agu.gif.com (Casos de infecciones respiratorias agudas), consultado el 15 de Noviembre de 2006.

- Cubrirse la boca al toser.
- Usar pañuelos desechables y botarlos.
- Lavarse las manos a menudo.
- Evitar el contacto con enfermos con infecciones virales o bacterianas.
- Lavar las superficies o juguetes contaminados por estornudos, tos o secreciones nasales.

Los niños deben acudir a control de salud periódicamente y tener sus vacunas al día.

2.1.1.8 ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS QUE REALIZAN MADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN RELACIÓN A INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA (CHILE, PERÚ Y COLOMBIA).

Un estudio realizado en Chile, Perú y Colombia por médicos comunitarios describe un proyecto de autocuidado destinado a mejorar los conocimientos de la comunidad sobre la IRA y cuyos objetivos era realizar una medición de los conocimientos, creencias y prácticas de las madres en relación con la IRA.

Se realizó un estudio a través de una encuesta semi-estructurada, dirigida a las madres de niños menores de dos años que visitaban los establecimientos de atención primaria para control rutinario. El objetivo era conocer las conductas más frecuentes de las madres frente a la infección respiratoria aguda de sus hijos.

Madres de los menores de cinco años. Se les aplicó una entrevista abierta, la cual fue grabada en cinta magnetofónica, para luego proceder a la transcripción y organización de los datos.

Las madres refieren como enfermedades frecuentes en los niños la gripe

y la diarrea; otras menos frecuentes el dolor de oído y las enfermedades de la piel. En ambas áreas del municipio (rural y urbano) las madres expresaron un promedio de 6 episodios de gripe durante el año.

Entre las acciones realizadas por las madres para el manejo del resfriado están: la administración de antibióticos, acetaminofén, antitusígenos y descongestionantes en forma indiscriminada; aplicación de medios físicos para el manejo de la fiebre; para la tos líquidos y preparaciones caseras a base de hierbas, jugo de cítricos con miel de abejas.

Elas refieren como los síntomas más frecuentes de complicación del resfriado común la dificultad para respirar, la fiebre, la congestión en los pulmones, el niño se pone morado y la neumonía entre otros. La conducta asumida por las madres en caso de gravedad es llevar el menor al médico, a la farmacia, al centro de salud o al hospital.

Las madres prefieren comprar la solución salina o la preparan con agua y sal; también utilizan el vick vaporub, para descongestionar la nariz. Algunas madres refieren haber recibido información sobre la IRA en el centro de salud por el médico, la enfermera u otros agentes de salud, pero quieren recibir mayor información a través de charlas, folletos y cartillas sobre como tratar bien la gripa, que hacer para la tos, como descongestionar la nariz y como evitar que la gripa se complique.

Expresan además que evitando los cambios de clima, los polvos, la humedad, el humo del cigarrillo y los animales domésticos en el hogar, disminuye la frecuencia de las gripas en los menores.

2.1.1.9 PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. A NIVEL FAMILIAR E INDIVIDUAL.

Para contribuir a disminuir la aparición de infecciones respiratorias es necesario que las madres y la comunidad en general conozcan, aprendan y apliquen las siguientes recomendaciones:

- Asistir a control durante el embarazo para tener un niño con buen peso al nacer y detectar, a tiempo, posibles complicaciones que ameriten mas cuidado durante el parto o el seguimiento del recién nacido.
- Alimentar al niño con leche materna exclusivamente durante los seis primeros meses de vida.
- Permitir que el niño reciba todas las vacunas durante el primer año de edad.
- Llevar al niño al organismo de salud para controlar su crecimiento y desarrollo.
- Evitar cambios bruscos de temperatura y el enfriamiento.

- Estar en lugares ventilados puede evitar las infecciones respiratorias agudas.
- Es importante no utilizar medicamentos por cuenta propia sobre todo si su hijo es menor de un año.

En el Medio Ambiente

En el medio ambiente familiar hay ciertos factores o situaciones que predisponen la aparición de infecciones respiratorias que deben evitarse. Por ejemplo:

- El humo del tabaco, ya que es un irritante de las vías respiratorias.
- Estar en contacto con personas que tienen infecciones respiratorias.
- Dormir varias personas en una misma cama.
- Permanecer en habitaciones húmedas o con ventilación inadecuada.
- Cocinar con leña, carbón u otros elementos que produzcan humo o gases. También el humo de las fábricas y de los carros.
- Usar insecticidas y sustancias en aerosol dentro de la vivienda.

2.1.2 ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

CONCEPTO

Se entiende por enfermedades diarreicas agudas (EDAS) todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa, que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas, y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-básico.

La definición precisa de diarrea es difícil de dar, ya que la frecuencia y calidad de las deposiciones varían de acuerdo con patrones socioeconómicos y culturales establecidos en las distintas regiones, donde los hábitos alimentarios y las condiciones higiénicas desempeñan un papel fundamental ¹⁷. Se puede definir como un aumento en el volumen del número usual de deposiciones, un aumento brusco en el número de estas o un cambio en su consistencia, pero debe destacarse que es la consistencia, más bien que el número de las deposiciones, lo más importante en la definición de diarrea. Se considera que una diarrea es aguda cuando su duración no excede de los 15 días, de lo contrario será crónica.

¹⁷ ALVAREZ SINTES, Roberto; Medicina General Integral, Volumen II, Editorial Ciencias Médicas, El Velado, Ciudad de la Habana, Cuba, 2001, pág. 674 – 675.

EPIDEMIOLOGÍA

La EDA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados y constituye, además, el factor desencadenante mayor en la causa de desnutrición.

Según estudios realizados por la OMS en 1990, de un total anual mundial de 12 900 000 defunciones en niños menores de 5 años, 3 200 000 fueron debidas a enfermedades diarreicas. La morbilidad se estimó en mil trescientos millones de episodios diarreicos por año ¹⁸.

Las EDAS son más frecuentes en los países donde predominan condiciones de vida desfavorable, con hacinamiento, falta de agua potable y deficiente atención médica.

Durante la infancia, la diarrea infecciosa es la más común. En los países desarrollados, las causas más frecuentes son las virales, y entre éstas, los rotavirus representan entre el 20 y el 60% de los casos estudiados. La diarrea por rotavirus es más frecuente entre los 6 y los 24 meses de edad. La segunda causa de diarrea infecciosa entre los niños es la producida por bacterias enteropatógenicas.

¹⁸ Ibidem; pág. 675.

La causa más frecuente de diarrea bacteriana es ocasionada por la *E. coli enterotoxigénica*. El tercer grupo está representado por los parásitos que pueden ocasionar cuadros diarreicos, entre los que se destacan: *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, los tricocéfalos y el *Cryptosporidium*, entre otros.

PATOGENIA

Las causas de las diarreas agudas pueden agruparse en dos grandes grupos: en uno, las que son de origen no infeccioso y en otro, las de carácter infeccioso.

1. *No infecciosas*. Pueden originarse por:

- a) *Dieta inadecuada*: la alimentación de grandes cantidades de alimentos, las formulas de leche muy concentradas, la introducción de nuevos alimentos y los alimentos ricos en especies o difíciles de digerir son causas de diarreas.
- b) *Medicamentos*: dadas por los preparados de hierro, antibióticos y quimioterápicos.
- c) *Sustancias que actúan como laxantes o tóxicos*: aquí se encuentran las producidas por leche de magnesia, agua rica en sales minerales, toxina botulínica, etc.
- d) *Alergia transitoria*: a las proteínas de la dieta.

- e) *Enfermedades endocrinometabólicas*: en este grupo se encuentra la insuficiencia suprarrenal, el hipertiroidismo y la uremia.
- f) *Contaminación del agua y los alimentos por agentes químicos*: arsénico, plomo, mercurio, cadmio y alcohol metílico o etílico.
- g) *Otros*: poliposis difusa, peritonitis en sus inicios, etc.

2. *infecciosa*. Puede ser de dos tipos:

a) *parenterales*: aquellos cuadros diarreicos producidos por una infección extraintestinal.

- Infecciones del tracto respiratorio:

- Rinofaringitis.
- Otitis media.
- Mastoiditis.
- Bronconeumonías.
- Otras.

- Infecciones del tracto urinario.

b) *Enterales*:

- Bacterias.

- *Escherichia coli*: enteropatogénica, enterotoxigénica, enteroinvasora, enterohemorrágica, enteroadhesiva.

- *Salmonellas spp.*
- *Shigellas spp.*
- *Campilobacter fetus subsp. jejuni.*
- *Yersinia enterocolitica.*
- *Klebsiella aerobacter.*
- *Pseudomonas aeruginosa.*
- *Staphylococcus aureus.*
- *Proteus vulgaris.*
- Anaeróbios: *Clostridium perfringens*,
C. difficile y *C. sordellii.*

- Vibrios:

- Cólera.
- Parahemolítico.

- Vírus:

- Rotavirus.
- Agente de Norwalk.
- Agentes parecidos al Norwalk:
agente de Montgomery, de Hawaii, y
<< W >>.
- Astrovirus.
- Calicivirus.
- Coronavirus.

- Adenovirus.
- Enterovirus (virus ECHO, Coxsackie A)
- Minirrotavirus.

- Parásitos:

- *Entamoeba histolytica*.
- *Giardia lamblia*.
- *Balantidium coli*.
- *Cryptosporidium spp.*
- *Trichiura trichuris*.

- Hongos:

- *Candida albicans*.
- *Histoplasmosis* en forma *diseminada*.

FORMA DE CONTAGIO DE LAS EDAS

Los agentes infecciosos que causan diarrea generalmente se diseminan por vía fecal – oral (ano-mano-boca), que incluye la ingestión de agua o alimentos contaminados fecalmente, y el contacto directo con heces fecales.

2.1.2.1 FACTORES DE RIESGO EN LA ADQUISICIÓN DE EDAS

Varios comportamientos específicos de las personas contribuyen a la propagación de los enteropatógenos y por consiguiente incrementan el riesgo de sufrir diarrea:

- Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 – 6 meses de vida.
- Desnutrición.
- Guardar alimentos a temperatura ambiente.
- Beber agua contaminada.
- No lavarse las manos después de defecar.
- Después de desechar las heces de los niños o limpiar los pañales, y antes de preparar o servir alimentos.
- No desechar higiénicamente las heces (incluyendo las de los lactantes)

2.1.2.2 CLASIFICACION DE LAS EDAS ¹⁹

1. Diarrea líquida aguda.
2. Diarrea persistente.
3. Disentería.

¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), El Salvador, 2005, pág. 15.

Diarrea líquida aguda:

Comienza súbitamente y dura menos de dos semanas (menos de 14 días), los antibióticos no tienen valor práctico por que son innecesarios. El principal riesgo es la deshidratación e hipopotasemia.

Diarrea persistente:

Cuadro diarreico que comienza como diarrea aguda pero dura 14 días o más. Una de las razones de este tipo de diarreas es por la administración de antibióticos sin necesidad, ya que se pierde la flora intestinal normal.

El principal riesgo es la desnutrición.

Disentería:

Es la presencia de sangre en las heces, aquí se usan los antibióticos y la hidratación, la *Shigella* es de los agentes principales ya que puede llegar a dar toxemia severa hasta convulsiones.

2.1.2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS DIARREAS DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN.

3. CASO SIN DESHIDRATACIÓN.

- Presenta generalmente menos de cuatro evacuaciones líquidas en 24 horas.
- Ausencia de vómitos.

- Sin signos clínicos de deshidratación.

4. CASO CON DESHIDRATACIÓN.

- Inquieto o irritable.
- Ojos hundidos, llanto sin lágrimas.
- Boca y lengua secas, saliva espesa.
- Respiración rápida.
- Sed aumentada, bebe con avidez.
- Elasticidad de la piel, mayor o igual a dos segundos.
- Pulso rápido.
- Llenado capilar de tres a cinco segundos.
- Fontanela anterior hundida (lactantes)

5. CASO CON CHOQUE HIPOVOLÉMICO.

- Palidez.
- Inconsciente o hipotónico.
- No puede beber.
- Hipotensión.
- Pulso débil o ausente.
- Llenado capilar mayor de cinco segundos.

2.1.2.4 DIAGNÓSTICO DE LAS EDAS

Ante la presencia de un paciente con diarrea aguda debemos indagar por las características de las deposiciones, intensidad de las mismas, presencia de otros síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, mialgias, tenesmo rectal y ardor perianal, existencia de otras personas con cuadros clínicos similares y su relación con la ingestión de alimentos posiblemente contaminados.

Cuando la infección intestinal compromete el intestino delgado se presentan: náuseas, vómitos y dolor abdominal, las deposiciones son voluminosas con solo ligero aumento de la frecuencia defecatoria, no hay sangre microscópica en las heces, las que suelen ser acuosas, grasientas y muy fétidas con alimentos sin digerir. Los gérmenes que participan son *E. coli enterotoxigénica*, *vibrión colérico*, *rotavirus*, *Giardia lamblia* y el agente de *Norwalk*. La *Yersinia*, que infecta el íleon terminal y el ciego, produce síntomas simulando una apendicitis aguda. El *vibrión colérico*; los síntomas más importantes son diarreas líquidas profusas, vómitos, acidosis, deshidratación y shock, la fiebre es rara y pocos casos muestran sangre y moco en las heces.

Cuando el ataque del agente agresor se centra en el colon, encontraremos urgencia rectal o pujos, tenesmo y flatulencia; las

deposiciones son muy frecuentes, pero de escaso volumen, contienen moco y sangre, y son poco fétidas. Los agentes más implicados son: *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Campilobacter spp*, *Clostridium difficile* y la *Entamoeba histolytica*.

La salmonella se transmite por el contacto con animales infectados o alimentos contaminados como leche, huevo o pollo. Produce diarrea por invasión de la mucosa y es frecuente el estado de portador asintomático. La shigella se transmite por contacto interpersonal o por ingestión de alimentos contaminados, afecta selectivamente el colon.

El campilobacter origina el 15% de las diarreas en los niños pequeños, tiene la misma vía de transmisión que la shigella y es responsable de producir enterocolitis.

Las especies clostridium producen intoxicación alimentaria, que se manifiesta por un comienzo brusco de los síntomas, la identificación de un foco común, los vómitos y la diarrea; la fiebre es poco frecuente.

Los virus, entre ellos el más importante el rotavirus, causan diarrea acuosa no inflamatoria, abundante, sin sangre, a veces con un poco de moco, es frecuente el vómito y la deshidratación. Son los responsables del 50% de las diarreas en los niños.

No se debe olvidar que la diarrea infecciosa tiende a presentarse, con mayor frecuencia, en ciertos grupos de alto riesgo como:

1. Niños a los que se le ha suspendido la lactancia materna.
2. Personas que viven en condiciones de hacinamiento.
3. Niños y personal que coexisten en círculos infantiles u otra institución infantil.
4. Inmunodeprimidos.
5. Ancianos.
6. Pacientes que reciben tratamiento con esteroides o inmunosupresores.
7. Prostitutas.
8. Personas positivas al VIH.

Exámenes complementarios:

1. *Fundamentales:*
 - a) Hemograma completo.
 - b) Examen general de orina.
 - c) Heces fecales seriadas: 3 muestras como mínimo.
 - d) Coprocultivos: 3 muestras.
 - e) Gasometría.
2. *Si el paciente no evoluciona satisfactoriamente, se indicaran otros exámenes:*
 - a) Hemocultivo.

- b) Urocultivos.
- c) Gram en heces.
- d) Exámenes radiológicos: tórax, abdomen, mastoides.
- e) Otoscopia.
- f) Osmolaridad del plasma.
- g) Intubación duodenal
- h) Estudios virales: de valor epidemiológico.

2.1.2.5 COMPLICACIONES DE LAS EDAS ²⁰

1. Hidrominerales:

- a) Deshidratación.
- b) Acidosis metabólica.
- c) Hipocalemia.
- d) Hipocalcemia.
- e) Hipernatremia.

2. Digestivos:

- a) Íleo paralítico.
- b) Invaginación intestinal.
- c) Enteritis necrotizante.

²⁰ ALVAREZ SINTES, Roberto; Medicina General Integral, Volumen II, Editorial Ciencias Médicas, El Velado, Ciudad de la Habana, Cuba, 2001, pág. 678.

- d) Neumatosis quística intestinal.
- e) Peritonitis: con perforación intestinal o sin ella.
- f) Apendicitis.
- g) Déficit transitorio de disacaridasas.
- h) Trombosis mesentérica.
- i) Enteropatía perdedora de proteínas (shigellosis)

3. *Renales:*

- a) Infección urinaria.
- b) Trombosis de la vena porta.
- c) Necrosis cortical bilateral.
- d) Papilitis necrotizante.
- e) Síndrome hemolítico urémico (shigellosis)

4. *Respiratorias:* Bronconeumonías.

5. *Neurológicas:*

- a) Meningoencefalitis tóxica.
- b) Meningoencefalitis purulenta.
- c) Trombosis de los senos venosos.
- d) Absceso cerebral.

6. *Cardiovasculares:*

- a) *Miocarditis*
- b) *Shock.*

7. *Hematológicas: Septicemia.*

8. *Endocrinas: Insuficiencia suprarrenal aguda.*

9. *Iatrogénicas:*

- a) Superinfección.
- b) Intoxicación hídrica.
- c) Hipernatremia.
- d) Aporte insuficiente de líquido.
- e) Uso prolongado de venoclisis.
- f) Infección cruzada por mala manipulación del paciente.

2.1.2.6 TRATAMIENTO

1) *Preventivo:*

- a) Fomentar y mantener la lactancia materna durante 4 a 6 meses como fuente única de nutrición.
- b) Evitar que los recién nacidos egresen de las maternidades con indicación de otras leches que no sea la materna.

- c) Educar a la madre en al preparación higiénica de las formulas de leche en los casos que no utilicen la lactancia materna.
- d) Elevar las condiciones de higiene ambiental y de los alimentos.
- e) Promover una buena nutrición.
- f) Elevar la educación sanitaria de la población e inculcarle la necesidad de lavarse las manos antes y después de defecar, comer o manipular a niños pequeños.
- g) Promover la asistencia a consulta ante las primeras manifestaciones clínicas de diarreas.
- h) Dispensarizar en el área de salud a la población de riesgo y realizar control de foco en el hogar, centros de trabajo e instituciones infantiles.
- i) No permitir que los portadores manipulen alimentos.
- j) Hervir el agua de beber siempre que su cloración sea insuficiente.

2) *Farmacológico:*

Los objetivos del tratamiento consisten en la curación del proceso inicial, la corrección de la deshidratación y el déficit hidroelectrolíticos, restablecer el balance ácido-básico y el control de las complicaciones secundarias a la lesión de la mucosa.

El tratamiento de las diarreas de causa viral es de soporte, y consiste en la administración de líquidos y electrolíticos para prevenir la deshidratación.

a) *Nutrición e hidratación oral*: la rehidratación oral debe realizarse según el grado de deshidratación que presenta el paciente; así se indicaran las tomas de solución oral en los casos en que esta sea ligera, a razón de 50 ml/kg de peso o en las moderadas a razón de 100 ml/kg de peso, durante las primeras 4 horas independientemente de la edad del paciente; los adultos pueden consumir hasta 750 ml por hora y los niños hasta 300 ml por hora en los estadios iniciales. Los niños alimentados con leche materna deben comenzar la lactancia y continuarla tan frecuente como lo deseen, en adición a la solución oral, continua tan pronto la rehidratación sea completa.

En los niños con lactancia artificial, se puede emplear la leche ingerida usualmente por el lactante una vez completada la rehidratación y, antes de continuar administrando la solución oral, se indicará en las próximas 1 ó 2 horas un volumen de agua igual a la mitad del volumen de solución administrada. En los niños mayores y adultos es necesario disponer de agua para beber cuando lo deseen, en adición a la solución oral, y una vez que se hallan rehidratado deben comenzar a ingerir alimentos de fácil digestión y que les suministren las calorías necesarias.

Los casos con deshidratación grave deben ser atendidos en una institución hospitalaria.

b) *Antimicrobianos*: el tratamiento antimicrobiano está indicado para *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*. Su utilización debe hacerse de forma racional para evitar las bien conocidas reacciones adversas o posibles complicaciones que estos medicamentos pueden ocasionar al paciente.

En caso de fiebre es aconsejable su control a través de medios físicos, ya que con frecuencia las vías oral y rectal no pueden ser utilizadas. El empleo de antieméticos no está indicado en el paciente pediátrico, ya que su uso frecuente conduce a iatrogenia, y la utilización de medicamentos con caolín y pepsina o derivados opioides como elíxir paregórico, o anticolinérgicos como atropina, es contraproducente en el tratamiento de la diarrea, pues disminuyen la peristalsis intestinal y retardan la eliminación del organismo, así como enmascaran las pérdidas de líquido.

Las dosificaciones establecidas de los antimicrobianos para cada caso son las siguientes:

Cuadro N° 1: Antibióticos utilizados para el tratamiento de las Diarreas de origen infeccioso.

Agente	Antimicrobiano	Niños	Adultos	Tiempo máx.
<i>V. cholerae</i>	Tetraciclina (250 mg)	50 mg/kg/día (4 subdosis)	500 mg 4 veces/día	3 días
	Eritromicina (250 mg)	5 mg/kg/día (4 subdosis)	100 mg 4 veces/día	3 días
<i>Shigella</i>	Sulfaprim	40-80 mg/kg/día	480 mg	5 días
	Ácido nalidíxico (500 mg)	55 mg/kg/día (4 subdosis)	Igual dosis que en niños	5 días
	Ampicilina (250 mg)	100 mg/kg/día (4 subdosis)	Igual dosis que en niños	5 días
	Tetraciclina (250 mg)	50 mg/kg/día (4 subdosis)	Igual dosis que en niños	5 días
<i>E. histolytica</i>	Metronidazol (250 mg)	30 mg/kg/día (3 subdosis)	250 mg 3 veces/día	7 – 10 días
<i>G. lamblia</i>	Metronidazol (250 mg)	15 – 30 mg/kg/día (3 subdosis)	250 mg 3 veces/día	7 días
	Tinidazol (500 mg)	50 mg/kg/día (2 subdosis)		3 – 5 días

Fuente: ALVAREZ, Sintés, Medicina Integral General. Volumen II, Edición, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, 2001.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA CON DESHIDRATACIÓN.

GRADOS DE DESHIDRATACIÓN:

Cuadro N° 2: Grados de deshidratación como complicación de las EDAS.

-----	% de pérdida	Déficit (cc/kg)	Plan
Grado 1 (leve)	5%	50	A
Grado 2 (Moderada)	10%	100	B
Grado 3 (Severa)	15%	150	C

Fuente: ALVAREZ, Sintés, Medicina Integral General. Volumen II, Edición, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, 2001.

PLAN "A".

Se deben aplicar las tres reglas para tratar la diarrea en el hogar:

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación principalmente leche materna si aún se amamanta, sales de rehidratación oral (SRO), líquidos caseros como agua de arroz, agua de coco si no tolerara el SRO.
2. Continuar la alimentación acostumbrada principalmente lactancia materna, alimentos sólidos acostumbrados si es mayor de 6 meses de edad.
3. Volver a consultar si el paciente no mejora o presenta alguno de los signos siguientes: no puede beber o comer, vómitos a repetición, sed intensa, evacuaciones incontables, sangre en las heces y fiebre.

Cuadro Nº 3: Plan de tratamiento de la deshidratación con sales de rehidratación oral (SRO)

Edad	Cantidad de SRO para dar después de cada evacuación	Cantidad de sobres de SRO para utilizar en el hogar
<12 meses	50 – 100 ml	1 sobre/día
1 – 10 años	100 – 200 ml	1 sobre/día
>10 años	Todo lo que desee	4 sobres/día

Fuente: Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia.

PLAN “B”.

Para tratar la deshidratación por vía oral. La cantidad aproximada de suero oral para las primeras cuatro horas es de 50 – 100 ml/kg.

Se calcula multiplicando el peso en kilos por 50 – 100 ml según intensidad de la deshidratación. Los casos más deshidratados sin shock pueden recibir hasta 150 ml/kg de peso.

Cuadro N° 4: Plan de tratamiento de la deshidratación calculando la cantidad aproximada de sales de rehidratación oral (SRO) en las primeras 4 horas.

Peso en kilos	Volumen 50 – 100 ml
3	150 – 300
5	250 – 500
8	400 – 800
10	500 – 1000
15	750 – 1500
30	1500 – 3000

Fuente: Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia.

- Evalúe signos vitales cada 30 minutos en las primeras tres horas y luego cada hora.
- Observe continuamente al paciente durante el tratamiento y orientar sobre como dar el suero oral con taza y cuchara.
- Luego de cuatro horas clasifique de nuevo y seleccione el plan de tratamiento necesario.

PLAN "C".

Aquí la forma de hidratación es parenteral y es un tratamiento rápido de la deshidratación con shock, debe ser hospitalario.

- Permeabilizar las vías aéreas.
- Dar soporte respiratorio.
- Acceso venoso o intraóseo (hidratación intramedular)

2.1.2.7 PRÁCTICAS REALIZADAS POR MADRES LATINOAMERICANAS EN EL MANEJO DE LAS EDAS.

Los remedios caseros usados para el manejo de las diarreas es una práctica muy común empleada por las madres latinoamericanas; uno de los más usados es el suero de leche uno de los remedios más efectivos en el tratamiento de la diarrea. El suero de la leche es un residuo que deja la leche luego de que la grasa es removida de la cuajada al hacer mantequilla. Ayuda a vencer la flora intestinal perjudicial. El ácido en el suero de la leche también combate los gérmenes y bacterias. El suero de la leche puede ser ingerido con una pizca de sal 3 ó 4 veces al día para controlar ésta enfermedad.

Tratamiento de la diarrea usando sopa de zanahoria.

La sopa de zanahoria es un remedio casero efectivo para la diarrea. Provee agua para combatir la deshidratación; reabastece de sodio, potasio, fósforo, calcio, azufre y magnesio; provee pectina; y cubre los intestinos para despejar la inflamación. También chequea el crecimiento de la bacteria intestinal perjudicial y previene los vómitos. Medio kilo de zanahorias debe ser cocinado en 150ml de agua hasta que se ablanden. La pulpa debería ser escurrirse y agregárselas agua hirviendo hasta hacer 1 litro. Tres cuartos de una cuchara de sal deben agregarse.

Tratamiento de la diarrea usando jengibre.

En caso de diarrea causada por una indigestión, jengibre seco o fresco es muy útil. Un pedazo de jengibre seco debería ser hecho polvo junto a un cristal de sal de roca y un cuarto de cucharadita de té de éste polvo debería ser ingerido con una pequeña pieza de panela.

Traerá alivio rápido ya que el jengibre, siendo un carminativo, ayuda a la digestión estimulando el tracto gastrointestinal.

Tratamiento de la diarrea usando menta.

El jugo de menta es también benéfico en el tratamiento de la diarrea. Una cucharadita de té de jugo de menta fresca, mezclando con una cucharadita de té de jugo y de otra miel, puede ser ingerida tres veces al día con excelentes resultados en el tratamiento de la diarrea.

Tratamiento de la diarrea usando semillas de mango.

Las semillas de mango son efectivas para la diarrea. Las semillas deben ser recolectadas durante la época del mango, secadas a la sombra y pulverizadas, y luego guardadas para el uso como medicina cuando sea requerido. Una dosis de aproximadamente un grado y medio o 2 gramos de este polvo, con o sin miel, debe ser administrado dos veces al día.

Tratamiento de la diarrea usando arroz.

El arroz es útil en el tratamiento de la diarrea. Una cucharada de té de polvo de arroz, mezclada con un vaso de leche, debe ser tomada en dosis de 30 gramos cada media hora. Esto traerá excelentes resultados.

Tratamiento de la diarrea usando otros remedios.

Las manzanas cocidas u horneadas son efectivas para la diarrea. El proceso de cocina suaviza la celulosa. La mayor parte de su material regulador es de esta manera perdido y esto es efectivo para los intestinos. Un vaso de jugo de tomate fresco, mezclado con una pizca de sal y pimienta, ingerido en la mañana, también es beneficioso.

Otros líquidos tales como el agua de arroz, el agua de cebada, el agua de coco son también útiles para el tratamiento de la diarrea.

Otro remedio casero incluye bananas y ajo. Las bananas contienen pectin y ayudan al crecimiento de bacterias beneficiosas. El ajo es efectivo y un gran asesino de gérmenes, ayuda a la digestión.

Dieta para la diarrea durante tres días, tomando solo agua caliente.

En casos severos de diarrea, es recomendable tomar solo agua caliente durante un período de tiempo de tres días, esto proveerá descanso al tracto gastrointestinal y compensará la pérdida de líquidos.

2.2 DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ABSCESO.

Cavidad que contiene pus rodeado de tejido inflamado formado como consecuencia de la supuración en infección localizada.

ACIDOSIS METABÓLICA.

Estado en el que se aumentan los ácidos de los fluidos corporales o se pierde el bicarbonato.

ALVÉOLOS.

Cada uno de los numerosos sacos aéreos, terminales de los pulmones en los que se intercambia oxígeno y anhídrido carbónico.

AMBULATORIO.

Capaz de deambular o andar.

ANALGÉSICO.

Medicamento que mitiga el dolor.

ANTIBIÓTICO.

Sustancia capaz de destruir o impedir el desarrollo de un organismo vivo.

ANTIPIRÉTICO.

Sustancia o procedimiento que disminuye la fiebre.

ASMA.

Trastorno respiratorio caracterizado por ensanchamiento bronquial contráctil, inflamatorio y edematoso que ocasiona episodios repetidos de disnea paroxística, sibilancias, tos y secreciones bronquiales.

AUDIOMETRÍA.

Prueba de agudeza auditiva.

BACTERIAS.

Cualquier microorganismo unicelular de la clase esquizomiceto.

BRONCONEUMONÍA.

Proceso inflamatorio diseminado en focos, por uno o más lóbulos de uno o de ambos pulmones.

BRONQUIOLITIS.

Infección vírica aguda de las vías respiratorias inferiores que afectan lactantes de 2-12 meses; se caracteriza por sibilancias espiratorias, distres respiratorio y obstrucción bronquial.

BRONQUITIS.

Inflamación de la traquea y de los bronquios.

CAQUÉTICO.

Deterioro del estado de salud con malnutrición debilidad y emaciación de una enfermedad grave.

CATARRO COMUN.

El catarro o resfriado común es un complejo sintomático de las vías aéreas superiores cuya causa es viral.

CEPA.

Conjunto de virus, bacterias u hongos que tienen el mismo patrimonio genético.

CIANOSIS.

Coloración azulada de la piel y membrana mucosas debido al exceso de hemoglobina no oxigenada de la sangre.

CONJUNTIVITIS.

Inflamación conjuntival causada por bacterias, virus, alérgenos o factores ambientales.

COMPLICACIÓN.

Acción y efecto de complicar. Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.

CONOCIMIENTO.

Es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje, o a través de introspección. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente.

CUIDADOR.

Son todas aquellas personas, familiares, amigos, voluntarios que permiten que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria. Pero también dedicados al cuidado de personas que por discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas no pueden realizar las actividades de la vida diaria con autonomía propia.

DIARREA.

Eliminación frecuente de heces sueltas y acuosas, generalmente debido al aumento de la motilidad del colon.

DISENTERÍA.

Inflamación del intestino especialmente del colon que puede deberse a irritantes químicos, bacterianos, protozoos o parásitos. Se caracterizan por deposición de heces con sangre, dolor abdominal y tenesmo rectal. 110

EDEMA.

Acumulación anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o capsula articular.

EMPIEMA.

Acumulación de pus en una cavidad corporal especialmente en el espacio pleural como resultado de una infección bacteriana como pleuresía o tuberculosis.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

Proceso mórbido, cualquiera que sea su causa, que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas, y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-básico.

ENTERITIS.

Inflamación de la mucosa del intestino delgado debido a diversas causas, agentes bacterianos y víricos o factores funcionales o inflamatorios.

ERITEMA.

Enrojecimiento o inflamación de la piel o membranas mucosas como resultado de la dilatación y congestión de capilares superficiales.

ESPUTO.

Material expectorado de los pulmones a través de la boca, con la tos.

EXPECTORANTE.

Relativo a una sustancia que favorece la eliminación de moco u otro exudado de los pulmones, bronquios y traquea.

EXUDADOS.

Líquido, células u otras sustancias que se han eliminado lentamente de las células o vasos sanguíneos a través de pequeños poros de las membranas celulares.

FACTORES DE RIESGO.

Agente o elementos que producen en una persona o grupo una vulnerabilidad particular a un suceso no deseado o morboso.

FARINGOAMIGDALITIS.

Inflamación de la faringe o las amígdalas.

HIPERNATREMIA.

Elevación de la concentración de sodio plasmático.

HIPERTROFIA.

Aumento del tamaño de las células o grupos de células que da lugar al incremento del tamaño del órgano del que forma parte.

HIPOCALCEMIA.

Déficit de calcio en suero.

HIPÓKALEMIA.

Déficit de los niveles circulantes de potasio.

HIPOTENSIÓN.

Estado anormal en la que la tensión arterial no es adecuada para la perfusión y oxigenación de los tejidos.

ÍLEO PARALÍTICO.

Disminución o ausencia de peristalsis intestinal que puede producirse después de una cirugía abdominal o lesión peritoneal.

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas o bajas, en correspondencia con su localización en las vías aéreas constituyen un complejo sindrómico que agrupa entidades clínicas con gran diversidad en sus características epidemiológicas y de agentes causales.

INFLUENZA.

Infección que afecta al aparato respiratorio transmitida por vía aérea a través de las gotitas denominada también gripe.

INMUNIZACIÓN.

Proceso en el que induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.

LARINGITIS.

Inflamación de la mucosa que tapiza la laringe acompañada de edema, ronquera o pérdida de la voz.

LEUCOCITOSIS.

Aumento anormal del número de leucocitos circulantes. Valor Normal 50000-10000 mm³.

MADRE.

Mujer que ha tenido hijos. Mujer que ha parido.

MIRINGOTOMÍA.

Incisión quirúrgica del tímpano realizada por la disminución de la presión y eliminar el pus del oído medio.

MORBILIDAD.

Frecuencia con la que se produce una enfermedad en una determinada población.

MORTALIDAD.

Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica que se expresa por 1,000, por 10,000, por 100,000 habitantes.

MUCOLÍTICO.

Sustancia capaz de disolver el moco.

OTALGIA.

Dolor de oído que puede tener carácter punzante, sordo, intermitente o continuo.

OTITIS EXTERNA.

Inflamación del conducto auditivo externo o del pabellón auricular del oído externo.

OTITIS MEDIA AGUDA.

Es el proceso inflamatorio de aparición súbita, localizado fundamentalmente en la mucosa que tapiza el oído medio, con selectividad muy especial de la

caja timpánica; su cuadro clínico estará condicionado por la existencia de sobre infección bacteriana o no, lo cual determina formas clínicas: la llamada otitis aguda purulenta.

PRÁCTICA.

Poner en práctica algo que se ha aprendido o se conoce. Ejecutar, realizar.

PREVENCIÓN.

Preparación y disposición para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.

RINITIS ALÉRGICA.

Inflamación de las vías nasales de modo habitual asociada con rinorrea acuosa y prurito oculonasal.

RINORREA.

Secreción de una fina mucosidad nasal.

RONCUS.

Sonidos anormales que se escuchan a la auscultación de una vía respiratoria obstruida por secreción espesa, espasmo muscular, neoplasia o presión externa.

SEPTICEMIA.

Infección sistémica caracterizada por la aparición de patógenos en sangre circulante procedentes de una infección localizada en cualquier parte del organismo.

SHOCK.

Estado fisiológico anormal que constituye la primera fase de la reacción del organismo frente a una reacción traumática.

SHOCK HIPOVOLÉMICO.

Estado de colapso físico y postración provocada por pérdida masiva de sangre, alteración circulatoria y perfusión inadecuada de los tejidos.

SIGNO.

Hallazgo objetivo percibido por un explorador.

SINDROME.

Complejo de signos y síntomas resultante de una causa común o que aparece en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de alteración hereditaria.

SÍNTOMA.

Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

SINUSITIS.

Inflamación de uno o más senos paranasales.

TORACOCENTESIS.

Perforación quirúrgica de la pared torácica y espacio pleural mediante una aguja para aspirar líquido con finalidad diagnóstica o terapéutica.

TRANSMISIÓN.

Transmisión de un agente infeccioso de una persona a otra o a un grupo de ellas, generalmente a través de material contaminado, como el esputo o las heces.

TRAQUEÍTIS.

Afección inflamatoria de la traquea.

TRATAMIENTO.

Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbosos o lesión traumática.

TROMBOSIS.

Situación vascular anormal en el que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

VASOCONSTRICCIÓN.

Estrechamiento de la luz de un vaso sanguíneo.

VIRUS.

Microorganismo diminuto mucho más pequeños que una bacteria que solo puede reproducirse dentro de una célula vegetal o animal viva.

No posee actividad metabólica independiente.

CAPITULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMAS DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años tienen los conocimientos y prácticas sobre las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años conocen la sintomatología, formas de transmisión, factores de riesgo, complicaciones y formas de prevención en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

H₂: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años realizan prácticas como tratamiento para las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	INDICADORES
<p>Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años tienen los conocimientos y prácticas sobre las IRA y EDAS.</p>	<p>V₁: Madres y/o cuidadores.</p> <p>V₂: Los conocimientos y prácticas sobre las IRA y EDAS.</p>	<p>Madre: Mujer que ha tenido hijos. Mujer que ha parido.</p> <p>Cuidador: Son aquellos familiares, amigos, voluntarios que están dedicados al cuidado de otra persona y que permiten que puedan desenvolverse en su vida diaria.</p> <p>Conocimiento: Es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje, o a través de introspección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo. - Edad. - Escolaridad. - Sexo. - Edad. - Escolaridad. <li style="text-align: center;"><u>IRA Y EDAS</u> - Síntomas. - Signos. - Formas de Transmisión. - Factores de riesgo. - Complicaciones. - Prevención. - Prácticas o tratamiento.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	INDICADORES
<p>Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años conocen la sintomatología, formas de transmisión, factores de riesgo, complicaciones y formas de prevención en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.</p>	<p>V₁: Madres y/o cuidadores.</p> <p>V₂: Conocimientos sobre sintomatología, formas de transmisión, factores de riesgo, complicaciones y prevención.</p>	<p>Madre: Mujer que ha tenido hijos. Mujer que ha parido.</p> <p>Cuidador: Son aquellos familiares, amigos, voluntarios que están dedicados al cuidado de otra persona y que permiten que puedan desenvolverse en su vida diaria.</p> <p>Signo: Hallazgo objetivo percibido por un explorador.</p> <p>Síntomas: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.</p> <p>Transmisión: Transmisión de un agente infeccioso de una persona a otra o a un grupo de ellas, generalmente a través de material contaminado, como el esputo o las heces.</p>	<p>Signos y síntomas de IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Tos - Dificultad para la alimentación - Flujo nasal - Lagrimeo - Dificultad para respirar - Hervor de pecho <p>Signos y síntomas de EDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Dolor abdominal - Sangre o mocos en heces - Mucosas secas - Nauseas y vómitos - Aumento en el número de defecaciones. <p>Agentes transmisores de IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virus - Bacterias <p>Agentes transmisores de EDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virus - Bacterias - Parásitos

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	INDICADORES
		<p>Factores de riesgo: Agente o elementos que producen en una persona o grupo una vulnerabilidad particular a un suceso no deseado o morboso.</p> <p>Complicación: Acción y efecto de complicar. Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.</p>	<p>Factores de riesgo de IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel socioeconómico. - Nivel educativo. - Hacinamiento. - Contaminación ambiental. - Tabaquismo. - Desnutrición. - Exposición al frío y a la humedad. - Privación de lactancia materna. <p>Factores de riesgo de las EDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal deficiente. - Desnutrición. - Ausencia de lactancia materna. - Contaminación fecal de agua y alimentos. <p>Complicaciones de IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinusitis. - Otitis media. - Adenoiditis. - Bronquitis. - Neumonía. <p>Complicaciones de EDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación. - Choque. - Muerte.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	INDICADORES
		<p>Prevención: Preparación y disposición para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.</p>	<p>Prevención de IRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubrirse la boca al toser y estornudar. - Usar pañuelos desechables y botarlos luego de un uso. - Lavarse las manos a menudo y cuidadosamente. - Evitar el contacto con enfermos. - Lavar los juguetes por tos estornudo o secreción. <p>Prevención de EDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de comer. - Lavarse las manos después de usar el sanitario. - Lavar los alimentos antes de cocinarlos. - Cocinar bien los alimentos.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 2	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	INDICADORES
<p>Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años realizan prácticas como tratamiento para las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.</p>	<p>V₁: Madres y/o cuidadores.</p> <p>V₂: Prácticas como tratamiento sobre las IRA y EDAS.</p>	<p>Madre: Mujer que ha tenido hijos. Mujer que ha parido.</p> <p>Cuidador: Son aquellos familiares, amigos, voluntarios que están dedicados al cuidado de otra persona y que permiten que puedan desenvolverse en su vida diaria.</p> <p>Práctica: Poner en práctica algo que se ha aprendido o se conoce. Ejecutar, realizar.</p>	<p>Uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos - Antibióticos - Antipiréticos - Remedios caseros inocuos - Sales de Rehidratación Oral. - Consulta médica.

--	--	--	--

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

127

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se caracteriza por ser de tipo descriptiva, transversal, retrospectivo, documental y de campo.

Descriptiva.

Porque a través de dicho estudio se investigó cuales son los conocimientos y prácticas que tienen las madres y / o cuidadores / ras de la población infantil menor de 5 años para disminuir la incidencia de las IRAS y EDAS; según los resultados que se obtuvieron servirán de base para la realización de otros estudios en la comunidad.

Transversal.

Porque se estudió el fenómeno haciendo un corte en el tiempo, sin un seguimiento posterior, durante el período de diciembre de 2006 a febrero de 2007.

Retrospectivo.

Ya que se obtuvo información del número de madres y/o cuidadores/ras que consultaron con niños menores de cinco años con episodios de IRA y EDAS en los últimos 3 meses previos a la investigación a través de los

registros epidemiológicos semanales de cada Unidad de Salud objeto de estudio.

Documental.

Se han consultado documentos, mediante la investigación bibliográfica de libros, revistas, tesis, periódicos, direcciones electrónicas en la búsqueda de información en dicha investigación.

De Campo.

Porque la fuente de datos fue la información de primera mano que se obtuvo a través de una cédula de entrevista.

4.2 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO.

La población está conformada por todas aquellas madres y/o cuidadores/ras (abuelos, padres, hermanos, tíos, tutores, niñeras) de niños y niñas menores de cinco años que consultaron a las Unidades de Salud objeto de estudio por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas; lo cual se representa en el siguiente cuadro.

129

Cuadro N° 1: Población infantil que consultó con sintomatología de IRA y EDAS en las Unidades de Salud en estudio de diciembre de 2006 a febrero de 2007.

Unidad de Salud	Casos de IRA	Casos de EDAS
Alegría	829	71
Anexa, Usulután	663	427
La Presita, San Miguel	1,351	166

TOTAL	2,843	664
--------------	-------	-----

Fuente: Registro de datos estadísticos de las Unidades de Salud Alegría, Anexa de Usulután y La Presita de San Miguel.

4.3 MUESTRA

Se conformaron 346 madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de 5 años que corresponde a la muestra de la población total en estudio, la cual se determinó mediante la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{Z^2.P.Q.N}{(N-1).E^2 + (Z)^2.P.Q}$$

130

Dónde:

n = Muestra

N = Población o Universo

Z = Nivel de confianza

E = Error muestral

P = Variabilidad del fenómeno (probabilidad de éxito)

Q = Variabilidad del fenómeno (probabilidad de fracaso)

Datos:

$$n = ?$$

$$N = 3507$$

$$Z = 95\% (1.96)$$

$$E = 5\% (0.05)$$

$$P = 50\% (0.5)$$

$$Q = 50\% (0.5)$$

Sustituyendo:

$$(1.96)^2 (0.5) (0.5) (3507)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(3507-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

131

$$(3.8416) (0.5) (0.5) (3507)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(3506) (0.0025) + (3.8416) (0.5) (0.5)$$

$$3368.12$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$8.76 + 0.96$$

$$n = \frac{3368.12}{9.72}$$

$$n = 346.5$$

n = 346 encuestas.

Las cuáles se distribuyeron de la siguiente manera: 280 encuestas para IRA y 66 encuestas para EDAS.

132

A continuación se explica el procedimiento para la obtención de la muestra para cada Unidad de Salud objeto de estudio:

Unidad de Salud	IRA	EDAS	TOTAL
Alegría	829	71	900
San Pedro	663	427	1,090
La Presita	1,351	166	1,517
Total	2,843	664	3,507

$$2,843 = 0.81\% \times 100 = 81\%$$

$$\frac{664}{3,507} = 0.19\% \times 100 = 19\%$$

3,507

3,507

Unidad de Salud	Infecciones Respiratorias Agudas.	Enfermedades Diarreicas Agudas
Alegría	$829 \div 2,843 = 0.29 \times 100 = 29\%$	$71 \div 664 = 0.107 \times 100 = 10.7\%$
San Pedro	$663 \div 2,843 = 0.23 \times 100 = 23\%$	$427 \div 664 = 0.643 \times 100 = 64.3\%$
La Presita	$1,351 \div 2,843 = 0.48 \times 100 = 48\%$	$166 \div 664 = 0.25 \times 100 = 25\%$
	<u>100</u>	<u>100</u>

$n = 346 \longrightarrow 0.81 = n_1 = 280 \text{ IRA} = 346 \text{ entrevistas.}$

$\longrightarrow 0.19 = n_2 = 66 \text{ EDAS}$

Unidad de Salud	Infecciones Respiratorias Agudas.	Enfermedades Diarreicas Agudas
Alegría	$280 \times 0.29 = 82$	$66 \times 0.107 = 7$
San Pedro	$280 \times 0.23 = 64$	$66 \times 0.643 = 42$
La Presita	$280 \times 0.48 = 134$	$66 \times 0.25 = 17$
	<u>n_1 280</u>	<u>n_2 66</u>

133

A continuación se detalla la población infantil que consultó con sintomatología de IRA (cuadro N° 2) y EDAS (cuadro N° 3) en las unidades de salud objeto de estudio y la muestra que se utilizó para la realización del estudio.

Cuadro N° 2: Población infantil que consultó con sintomatología de IRA en las Unidades de Salud en estudio de diciembre de 2006 a febrero de 2007 y la muestra que se utilizó para la realización del estudio.

Unidad de Salud	Casos de IRA	%	Muestra
-----------------	--------------	---	---------

Alegría	829	29	82
Anexa, Usulután	663	23	64
La Presita, San Miguel	1,351	48	134
Total	2,843	100	280

Fuente: Registro de datos estadísticos de las Unidades de Salud Alegría, Anexa de Usulután y La Presita de San Miguel.

Cuadro N° 3: Población infantil que consultó con sintomatología de EDAS en las Unidades de Salud en estudio de diciembre de 2006 a febrero de 2007 y la muestra que se utilizó para la realización del estudio.

Unidad de Salud	Casos de EDAS	%	Muestra
Alegría	71	10.7	7
Anexa, Usulután	427	64.3	42
La Presita, San Miguel	166	25	17
Total	664	100	66

Fuente: Registro de datos estadísticos de las Unidades de Salud Alegría, Anexa de Usulután y La Presita de San Miguel.

134

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Las madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años de edad que consultaron a las Unidades de Salud objeto de estudio por IRA y EDAS.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo que se utilizó es probabilístico, cuyo objetivo fue obtener información de calidad con profundidad y significación práctica,

obteniendo la información a través de las madres y/o cuidadores/ras de los pacientes que consultaron con síntomas de IRA y EDAS.

Es probabilístico porque todos y cada uno de los elementos de la población estudiada tuvieron la posibilidad de ser seleccionados.

El proceso a través del cual se realizó fue el muestreo sistemático tal como se detalla a continuación:

$$\text{Intervalo para la selección de cada unidad muestral} = \frac{N}{n}$$

Donde:

N = Población para cada Unidad de Salud según casos de IRA y EDAS.

n = Distribución de la muestra (Muestra específica para cada Unidad de Salud)

135

Sustituyendo por Ej.: La Unidad de Salud de Alegría.

$$\text{Intervalo para la selección de cada unidad muestral: } \frac{829}{82} = 10$$

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Técnica documental: Esta permitió obtener información de libros, diccionarios de especialidad, documentos, periódicos y direcciones electrónicas.

Técnica de trabajo de campo: Entre estas técnicas se encuentran:

La Observación. Se utilizó la observación durante la historia clínica y el examen físico para comprobar si las madres y/o cuidadores/ras conocen la sintomatología de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

La Entrevista. Se realizaron las preguntas a las madres y/o cuidadores/ras de los infantes seleccionadas como parte de la muestra.

Para la encuesta se utilizó como instrumento la cédula de entrevista mediante la cual se realizaron preguntas dirigidas a las madres y/o cuidadores/ras de los infantes seleccionadas como parte de la muestra para investigar si tenían los conocimientos y prácticas sobre IRA y EDAS.

136

4.6 INSTRUMENTO.

Para la investigación documental se utilizó la cédula de entrevista (Ver Anexo N° 5), la cual consta de 39 preguntas: 26 cerradas, 9 abiertas, 4 mixtas (cerrada, luego abierta), cinco preguntas para identificación general, todas éstas se dividieron en 17 preguntas para IRA y 17 para EDAS, que se realizó a las madres y/o cuidadores/ras al momento de la consulta en las diferentes Unidades de Salud objeto de estudio.

4.7 PROCEDIMIENTO.

A. Planificación:

Esta etapa comprendió el período de selección del tema, el que posteriormente se le planteó al asesor y a los jurados, quienes lo aprobaron luego de comprobar la viabilidad e importancia del estudio debido a que no existe ningún estudio sobre los conocimientos y prácticas que tienen las madres y / o cuidadores / ras de niños y niñas menores de cinco años en relación a las IRA y EDAS.

Posteriormente se redactó el perfil de investigación en el cual se definieron los objetivos, la justificación y los antecedentes del fenómeno; seguido de un protocolo de investigación; en el cual se detalló el sistema de hipótesis, operacionalización de estas en variables e indicadores; así también el diseño metodológico, con el cual se definió el tipo de estudio,

el universo, la muestra, el tipo de muestreo y las técnicas de obtención de información e instrumentos.

La validación del instrumento se realizó a través de una prueba piloto la cual se llevó a cabo en la primera semana del mes de diciembre del año 2006, para ello cada miembro del grupo aplicó tres instrumentos, estos no formaron parte del estudio, pero tenían las mismas características de la población en estudio.

B. Ejecución del Proyecto:

En ésta segunda etapa del procedimiento se llevó a cabo durante un período de 12 semanas desde el mes de diciembre de 2006 hasta la cuarta semana del mes de febrero de 2007, se aplicaron 346 encuestas en total durante 9 semanas, las cuales se distribuyeron entre los tres estudiantes estas fueron dirigidas a las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años. Una vez que se obtuvieron los datos se tabuló, analizó e interpretó la información; seguidamente se elaboraron las conclusiones y se propusieron recomendaciones, finalmente se exponen los resultados de la investigación.

En el siguiente cuadro se muestra la distribución del instrumento para la recolección de datos por cada integrante del grupo de trabajo, desde el 1 de diciembre de 2006 hasta el 4 de febrero de 2007. 138

Cuadro N° 4. La distribución del instrumento para la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

NOMBRE	JOAQUIN MACHUCA	ASTRID PERDOMO	VANESSA VENTURA
ACTIVIDAD			
	01/12/06 (10 encuestas)	01/12/06 (12 encuestas)	01/12/06 (17 encuestas)

Consulta médica, llenado de cedula de entrevista a madres y/o cuidadores/ras de pacientes seleccionados.	09/12/06 (10 encuestas)	09/12/06 (12 encuestas)	09/12/06 (17 encuestas)
	16/12/06 (10 encuestas)	16/12/06 (12 encuestas)	16/12/06 (17 encuestas)
	30/12/06 (10 encuestas)	30/12/06 (12 encuestas)	30/12/06 (17 encuestas)
	06/01/07 (10 encuestas)	06/01/07 (12 encuestas)	06/01/07 (17 encuestas)
	13/01/07 (10 encuestas)	13/01/07 (12 encuestas)	13/01/07 (17 encuestas)
	20/01/07 (10 encuestas)	20/01/07 (12 encuestas)	20/01/07 (17 encuestas)
	27/01/07 (10 encuestas)	27/01/07 (12 encuestas)	27/01/07 (17 encuestas)
	04/02/07 (9 encuestas)	04/02/07 (11 encuestas)	04/02/07 (14 encuestas)
Total de instrumentos aplicados por cada estudiante.	82 para IRA 7 para EDAS	65 para IRA 42 para EDAS	133 para IRA 17 para EDAS

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

140

El presente capítulo, presenta los resultados obtenidos de la investigación de campo realizada sobre los conocimientos y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) que consultan en las Unidades de Salud de

Alegría, Anexa al hospital San Pedro de Usulután y La Presita de San Miguel, durante el período comprendido entre diciembre de 2006 a febrero de 2007; cuyos datos fueron obtenidos mediante la cédula de entrevista dirigida a las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años que consultaron por IRA o EDAS.

Posteriormente, se tabularon los datos obtenidos, los cuales se presentan en cuadros simples y su respectiva representación gráfica; así mismo se analizó e interpretó los resultados.

El tipo de muestreo que se utilizó fue el probabilístico y sistemático, cuyo objetivo fue obtener información de calidad con profundidad y significación práctica, obteniendo la información a través de las madres y/o cuidadores/ras de los pacientes que consultaron con síntomas de IRA y EDAS.

141

5.1 TABULACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE LA CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MADRES Y/O CUIDADORES/AS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN RELACIÓN A LAS IRA Y EDAS.

Cuadro N° 1

**Distribución de la población de madres y / o cuidadores / as por edad
que consultaron a las Unidades de Salud.**

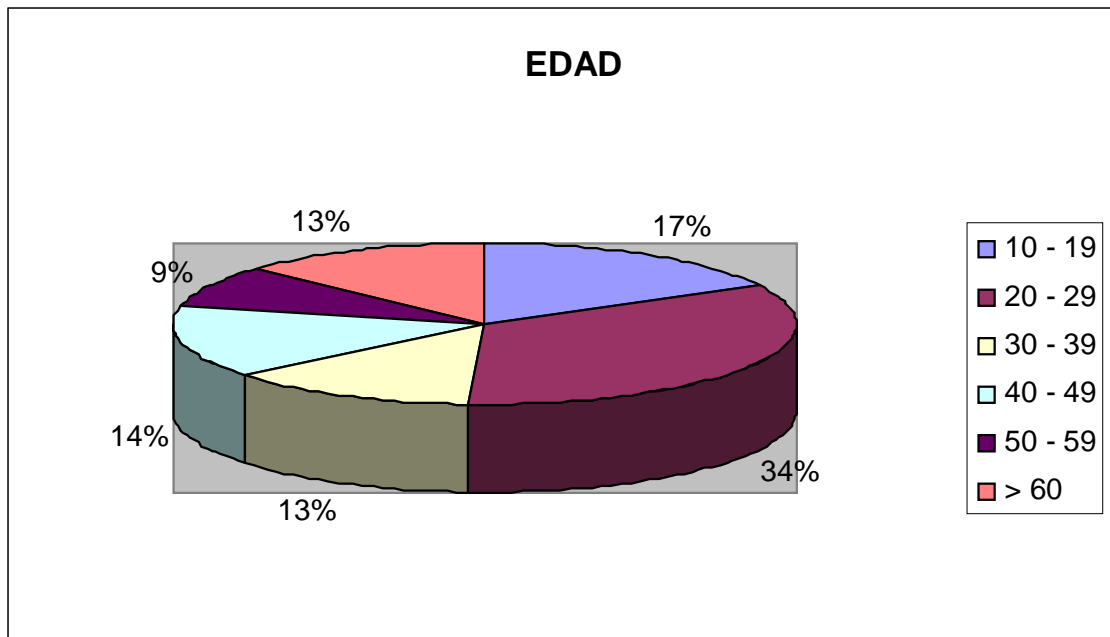
Edades	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
10 – 19	30	18	12	60	17
20 – 29	70	21	25	116	34
30 – 39	15	10	20	45	13
40 – 49	7	28	15	50	14
50 – 59	13	12	5	30	9
> 60	15	18	12	45	13
TOTAL	150	107	89	346	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

En este cuadro se demuestran las edades de las madres y/o cuidadores/as que consultaron en las Unidades de Salud objeto de estudio; para lo cual se tomaron en cuenta rango de edades, entre los 20 – 29 años un 34%, entre los 10 – 19 años consultaron un 17%, entre los 40 – 49 un 14%, entre los 30 - 39 años un 13%, mayores de 60 años un 13% y entre los 50 – 59 años un 9%.

GRÁFICO N° 1



Fuente: Cuadro N° 1.

Interpretación.

Esta gráfica representa las edades de las madres y/o cuidadores/as que consultan con sus niños y niñas buscando atención médica, el porcentaje mayor corresponde a las edades entre los 20 – 29 años, debido a que en este rango de edad corresponde a la etapa de reproducción óptima en la mujer y es en donde sus hijos con mayor frecuencia tienen las edades menores a los cinco años, debido a esto consultan con mayor afluencia a las Unidades de Salud.

Cuadro N° 2

Distribución de la población de madres y/o cuidadores/as por sexo que consultaron a las Unidades de Salud.

Unidad \ Sexo	MASCULINO	FEMENINO	Frecuencia	

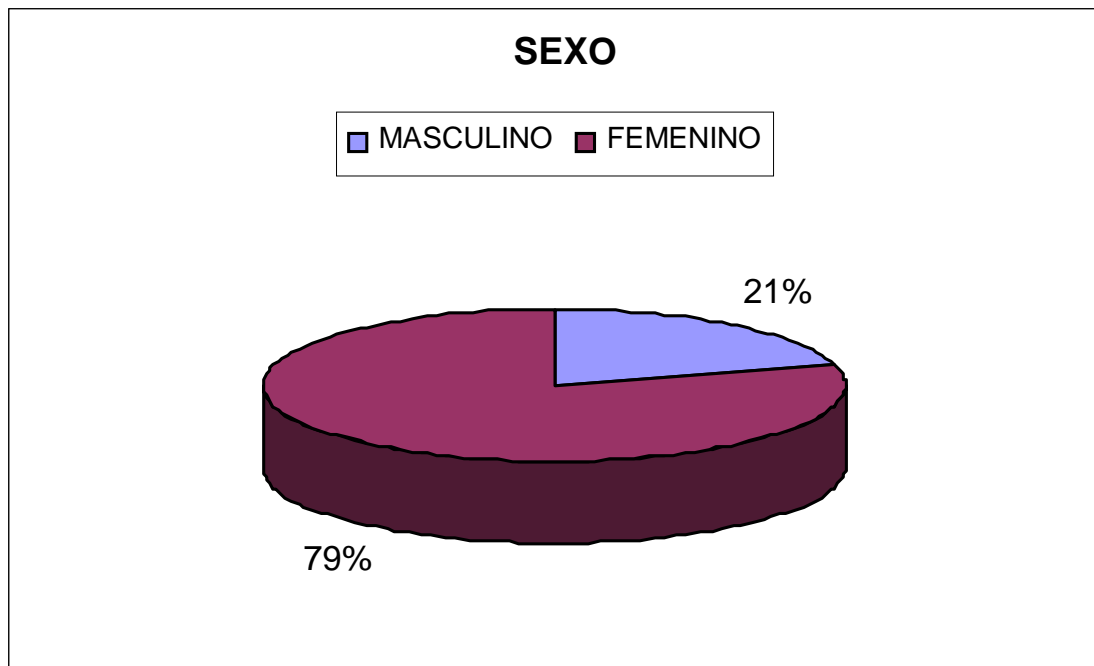
de salud				%
LA PRESITA	35	115	150	43
SAN PEDRO	23	84	107	31
ALEGRÍA	13	76	89	26
TOTAL	71	275	346	100
%	21	79	100	

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Los resultados de los datos demuestran que la población total objeto de estudio un 79% corresponden al sexo femenino y un 21% corresponde al sexo masculino.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Cuadro Nº 2.

Interpretación.

Este gráfico demuestra que el sexo femenino predomina en las consultas cuando llevan a sus niños y niñas a las Unidades de Salud en busca de atención médica y en un evidente menor porcentaje el sexo masculino; debido a que en la mayoría de los hogares es la madre quien se dedica al cuidado de sus hijos, mientras su compañero de vida trabaja durante el día; otra de las posibles razones pudiera ser que en nuestro país la mayoría de niños y niñas menores de cinco años son hijos de madres solteras debido a la paternidad irresponsable.

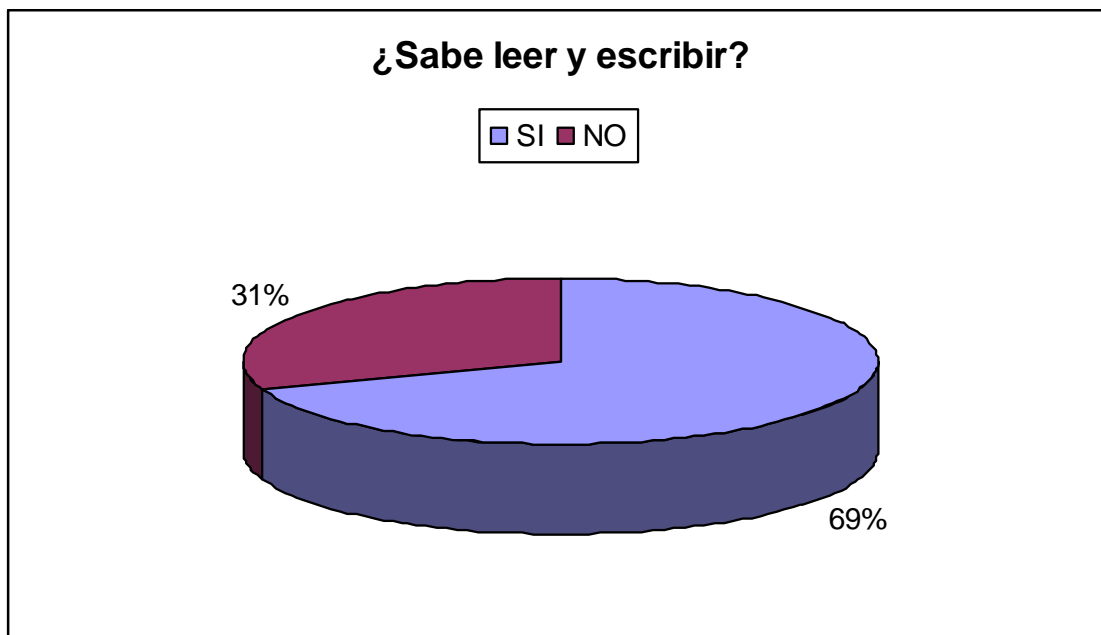
¿SABE USTED LEER Y ESCRIBIR?

U. de Salud OPINIÓN	LA PRESITA		SAN PEDRO		ALEGRÍA		Frecuencia	%
		%		%		%		
SI	102	68	91	85	47	52.8	240	69
NO	48	32	16	15	42	47.2	106	31
TOTAL	150	100	107	100	89	100	346	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Puede observarse según los datos obtenidos que el 69% de los entrevistados sabía leer y escribir y el 31% no.



Fuente: Cuadro N° 3.

Interpretación.

El mayor porcentaje de la población objeto de estudio aunque no tengan el nivel de educación promedio, saben leer y escribir ya que expresaron haber estudiado por lo menos hasta el 3° año de educación primaria y el resto de la población encuestada no asistió nunca a la escuela, tal como se refleja en el cuadro N° 19.

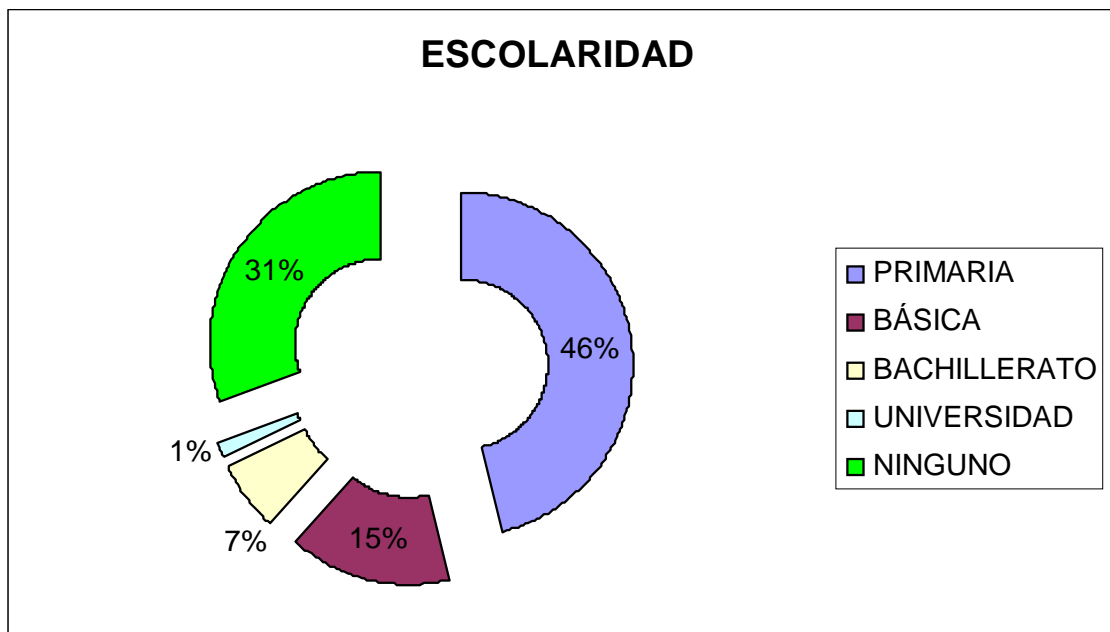
**Nivel de escolaridad de las madres y / o cuidadores/as que consultaron
a las Unidades de Salud objeto de estudio.**

Unidad de Salud Escolaridad	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
PRIMARIA	54	68	38	160	46
BÁSICA	28	18	6	52	15
BACHILLERATO	15	5	3	23	7
UNIVERSIDAD	5	0	0	5	1
NINGUNO	48	16	42	106	31
TOTAL	150	107	89	346	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Los datos reflejan que la mayoría de las madres y/o cuidadores/ras de niños menores de 5 años asistieron a primaria en un 46%, 31% no tiene ningún nivel de educación, en nivel básica un 15%, bachillerato un 7% y a nivel universitario han asistido un escaso 1%.

GRÁFICO Nº 4



Fuente: Cuadro Nº 4.

Interpretación.

El mayor porcentaje de la población encuestada sólo tienen hasta el nivel de educación primaria en su mayoría de estudios realizados y es debido a estos que se ve afectado el conocimiento que estos tengan sobre IRA o EDAS, ya que con mayor nivel de estudio, los conocimientos que tengan las personas sobre estas enfermedades podrían ser mejores para evitar complicaciones de estas patologías.

5.2 Tabulación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos mediante la cédula de entrevista dirigida a las madres y / o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Cuadro N° 5

1. Distribución de la población de niños y niñas por edades que consultaron en las Unidades de Salud por IRA.

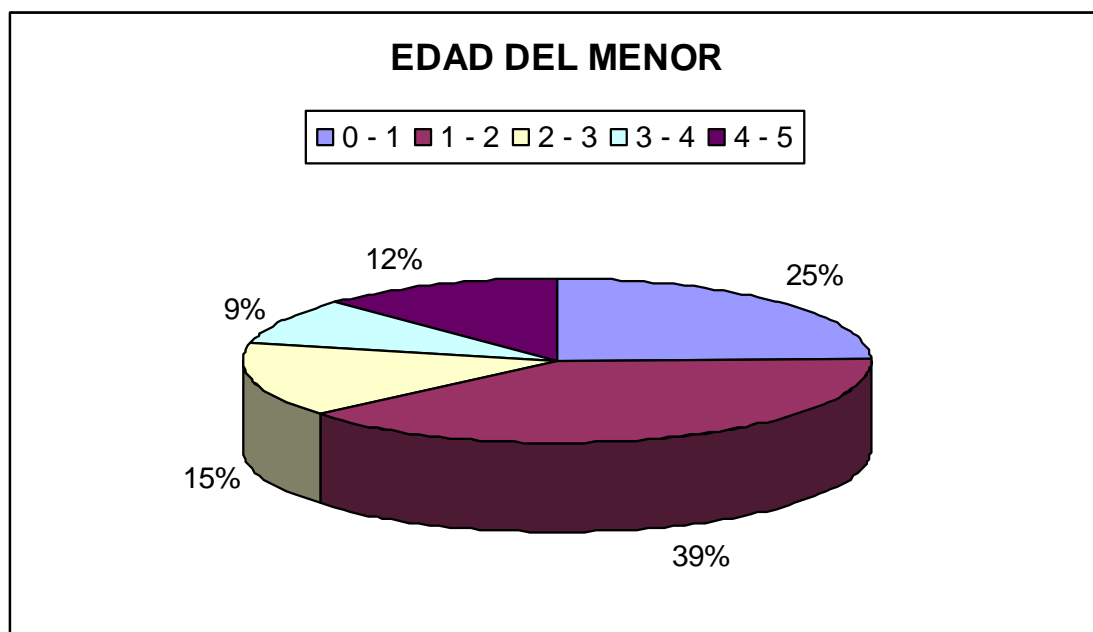
EDAD	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	TOTAL	%
0 – 1	32	41	13	86	25
1 – 2	59	37	38	134	39
2 – 3	21	11	19	51	15
3 – 4	15	6	11	32	9
4 – 5	23	12	8	43	12
TOTAL	150	107	89	346	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Los resultados de los datos demuestran que madres y/o cuidadores/as de niños menores de 5 años a los que se entrevistó acompañaban a menores comprendidos entre 1-2 años de vida en un 39% siendo este el mayor porcentaje; siguiendo con un 25% los niños 0-1 año; seguido de un 15% con niños de 2-3 años. Los niños 4-5 años con un 12% y un mínimo porcentaje niños de 3-4 años con un 9%.

GRÁFICO N° 5



Fuente: Cuadro N° 5.

Interpretación.

El mayor porcentaje de las consultas que hicieron las madres y/o cuidadores/ras de niños menores de 5 años fue para consultar por sintomatología de IRA y EDAS de niños comprendidos entre 1-2 años lo cual coincide con la literatura consultada que explica que la mayoría de casos de IRA y EDAS se presenta en niños mayores de 6 meses y menores de 24 meses debido a que su sistema inmunológico es más susceptible en adquirir una infección tipo bacteriana o viral.

Cuadro N° 6

2. ¿Sabe usted qué son las infecciones respiratorias agudas?

RESPUESTA	Frecuencia	%
SI	245	87
NO	35	13
TOTAL	280	100

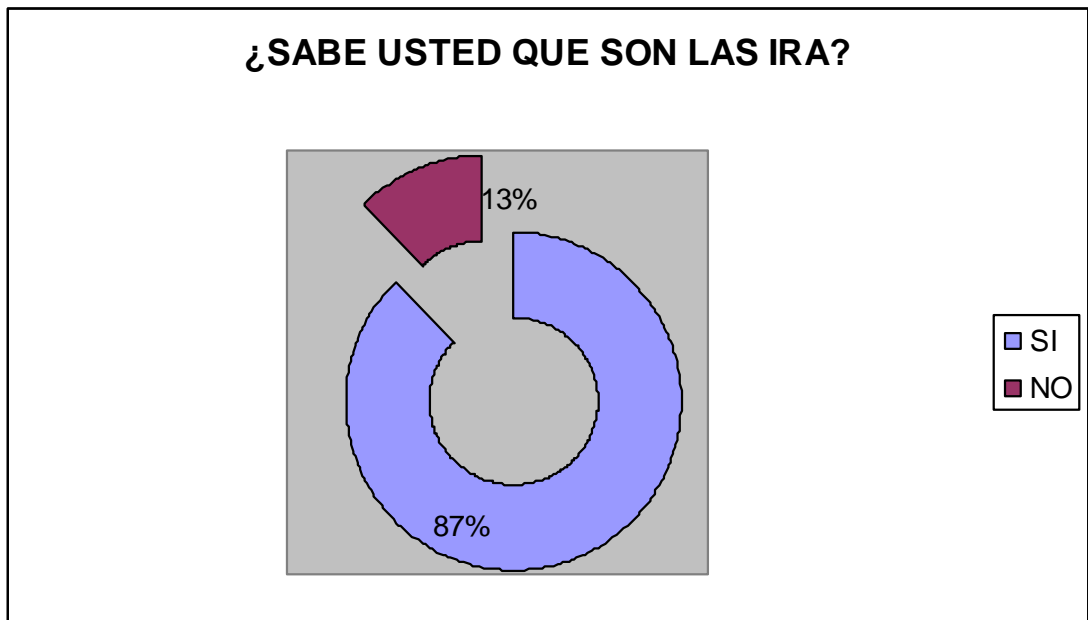
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Los datos reflejan que la mayoría de los entrevistados saben el significado de infección respiratoria con un 87% y un 13% respondió no saber que significa. Entre las ideas expresadas por los encuestados respondieron en orden decreciente en porcentaje el significado de infección respiratoria:

1. Enfermedad respiratoria de pulmón (28%)
2. Infección de la garganta (23%)
3. Tos o gripe (17%)
4. Cuando los niños se cansa de los pulmones (12%)
5. Cuando tienen asma (4%)
6. Padecen catarro de pecho (3%)

GRÁFICO N° 6



Fuente: Cuadro N° 6.

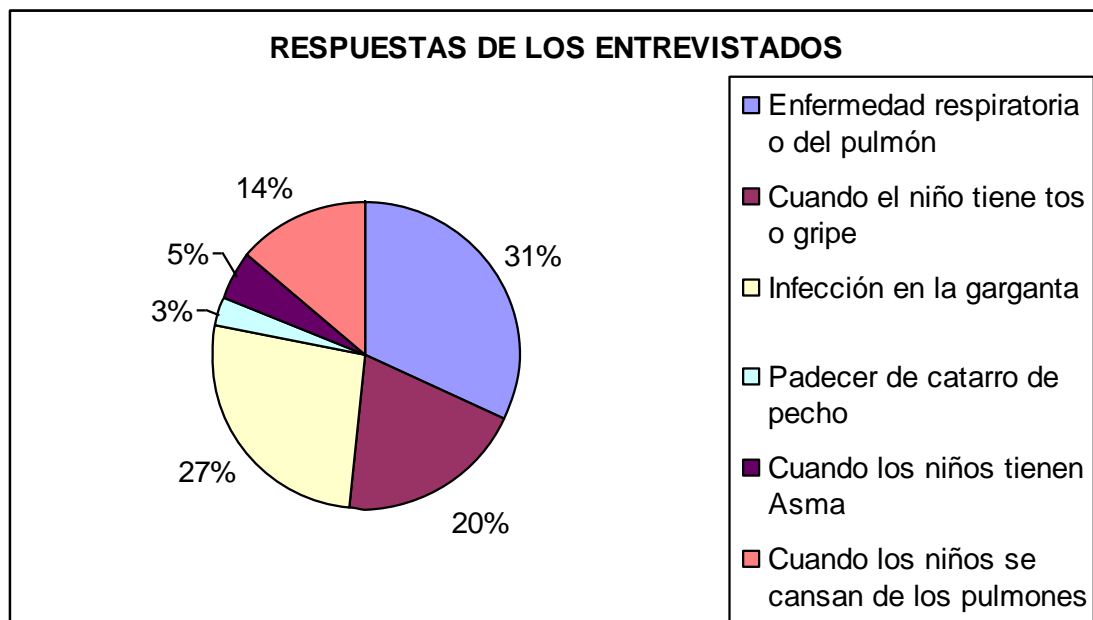
Cuadro N° 7

Respuestas de las madres y / o cuidadores/as encuestadas quienes respondieron que sabían que es una IRA.

RESPUESTA	Frecuencia	%
Enfermedad respiratoria o del pulmón	78	31
Cuando el niño tiene tos o gripe	48	20
Infección en la garganta	65	27
Padecer de catarro de pecho	8	3
Cuando los niños tienen Asma	12	5
Cuando los niños se cansan de los pulmones	34	14
TOTAL	245	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Cuadro N° 7.

Interpretación.

La mayoría de los encuestados tiene el conocimiento sobre el concepto de las IRA, en general la entienden como una enfermedad o infección que afecta los pulmones, la garganta y nariz; esto coincide con el concepto manejado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Cuadro N° 8

3. ¿Cuáles de estas infecciones respiratorias agudas usted conoce?

¿CUALES DE ESTAS IRA USTED CONOCE?	Frecuencia	%
Catarro común	280	32
Faringoamigdalitis aguda	241	27
Otitis media aguda	30	3
Laringitis	0	0
Bronquitis	185	21
Neumonía	152	17
Influenza	0	0
TOTAL	888*	100

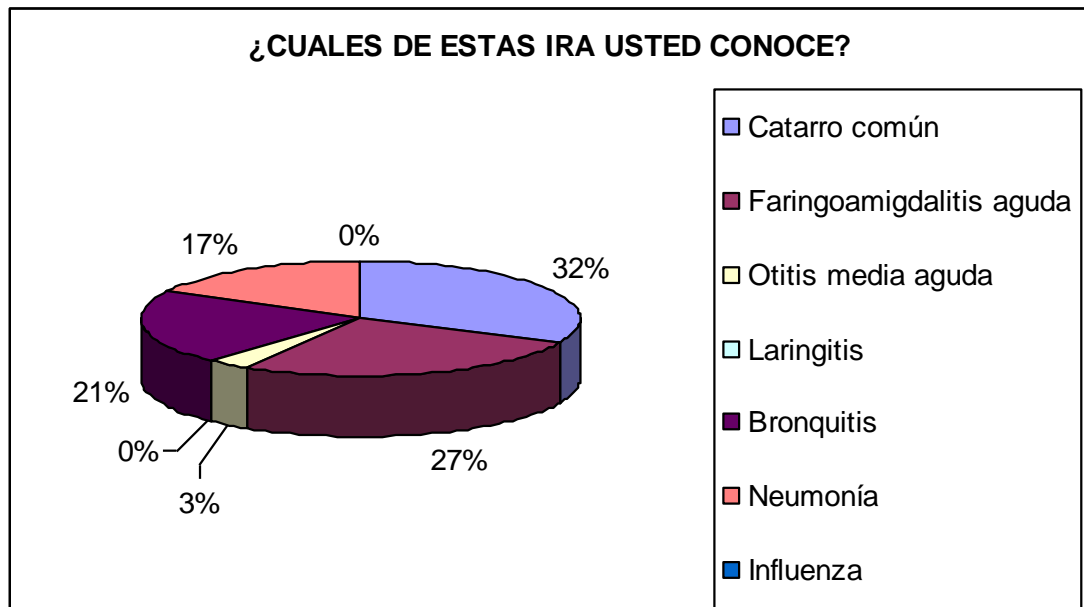
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de una IRA.

Análisis.

El 100% de la población conoce más de una IRA. Respondiendo en su mayoría conocer el Catarro común en un (32%), Faringoamigdalitis aguda (27%), bronquitis (21%), neumonía (17%), Otitis media aguda (3%). Pero ninguna de las personas entrevistadas opinó que conocen el término de influenza y laringitis.

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Cuadro Nº 8.

Interpretación.

La mayoría de las madres y/o cuidadores de niños menores de 5 años expresaron conocer mas de las IRA que se le mencionaron lo cual se debe a que sus hijos han presentado mas de una patología perteneciente al grupo de IRA y el tipo más frecuentes fue el catarro común posiblemente debido a los cambios climáticos y la contaminación ambiental.

Cuadro N° 9

4. ¿En que épocas del año las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en los niños?

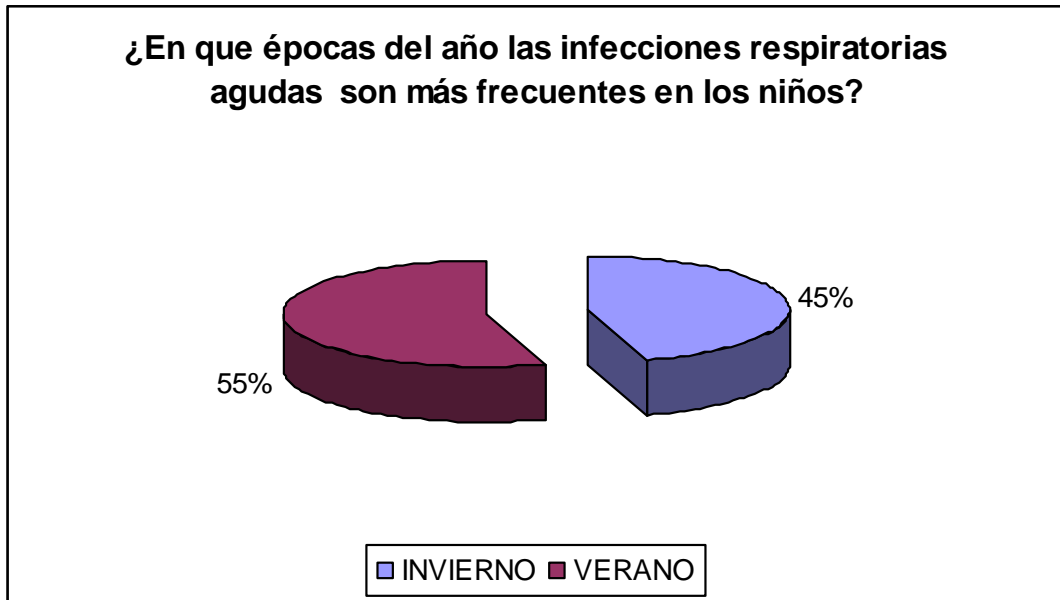
U. de Salud ESTACIÓN	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
INVIERNO	42	16	69	127	45
VERANO	91	49	13	153	55
TOTAL	133	65	82	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis

En la época de verano según los datos obtenidos es cuando se ven aumentados los casos de IRA en un 55% y en invierno 45%.

GRÁFICO N° 9



Fuente: Cuadro N° 9.

Interpretación.

En la época de verano los casos de IRA se ven más aumentados debido a los vientos, polvo y polen de las plantas; posiblemente porque estos factores que son especialmente desencadenantes de fenómenos alérgicos, como en los pacientes con Rinitis alérgica y Sinusitis crónica, tengan mucha influencia en la adquisición de una IRA; por eso es que la opinión es válida por los encuestados.

Cuadro Nº 10

5. ¿De los agentes etiológicos cuáles considera usted que son las causas de las infecciones respiratorias agudas?

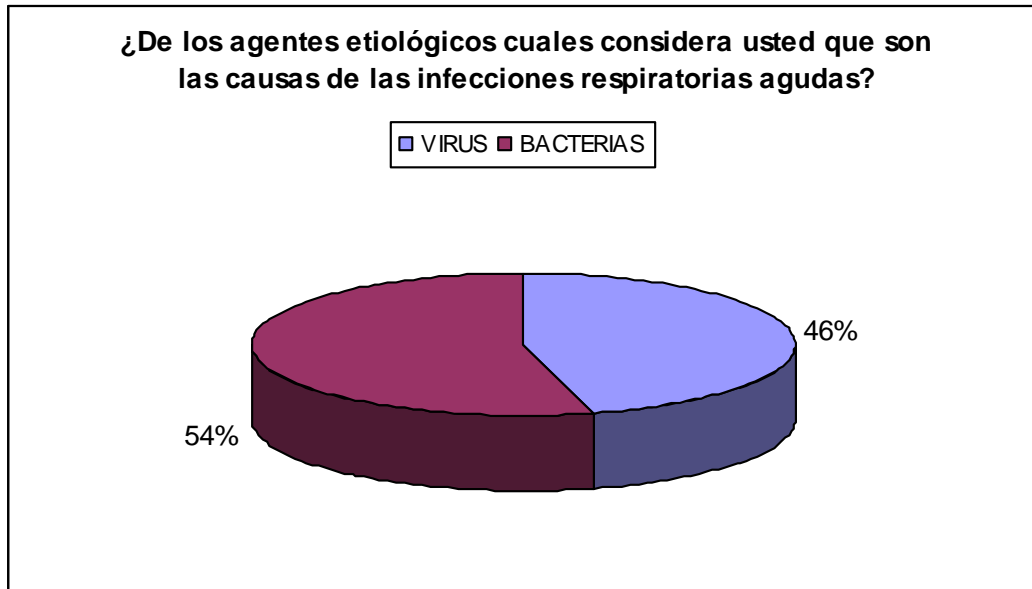
AGENTE ETIOLÓGICO	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
VIRUS	60	13	55	128	46
BACTERIAS	73	52	27	152	54
TOTAL	133	65	82	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

En los datos obtenidos las madres y/o cuidadores opinan que las bacterias son el principal agente etiológico producto de las IRA en un 54% y en un 46% es por virus.

GRÁFICO N° 10



Fuente: Cuadro N° 10.

Interpretación.

La mayoría de la población opinan que el principal agente etiológico causante de IRA son las bacterias; pero no es así según la literatura consultada el principal agente causal son los virus y en segundo lugar es por las bacterias; por lo tanto tienen un conocimiento errado sobre el agente etiológico.

Cuadro Nº 11

6. ¿Sabe usted cómo se adquiere una infección respiratoria aguda?

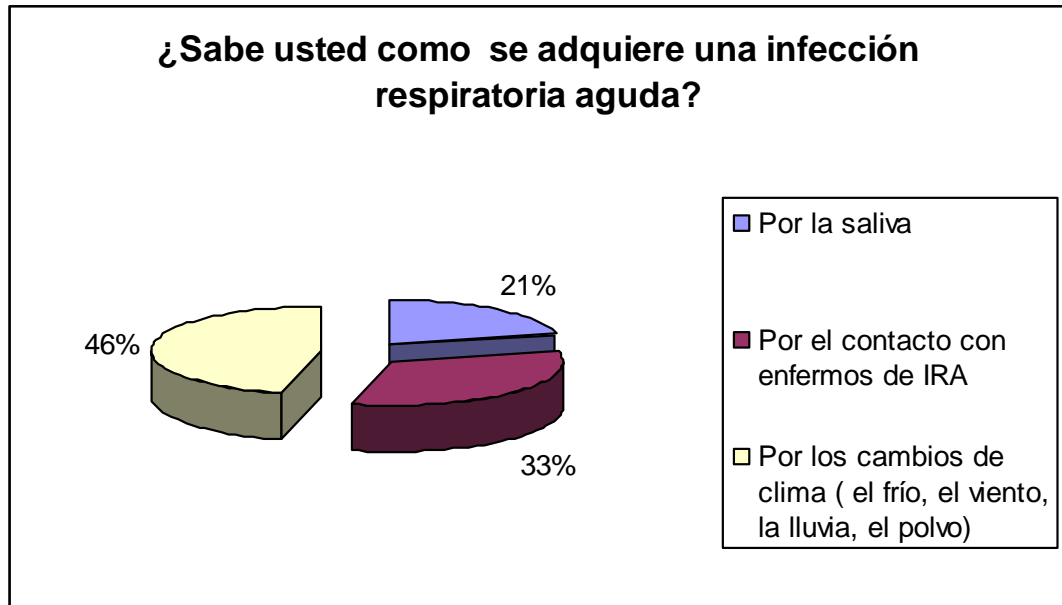
OPINIÓN	Frecuencia	%
Por la saliva	60	21
Por el contacto con enfermos de IRA	92	33
Por los cambios de clima (el frío, el viento, la lluvia, el polvo)	128	46
TOTAL	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

El 46% de la población opinan por cambio de clima, el 33% por el contacto con enfermos con alguna infección respiratoria aguda y el 21% es por gotas de saliva expulsadas por los enfermos con IRA. En total es el 54% de personas que conocen su forma de transmisión.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Cuadro N° 11.

Interpretación.

La mayoría de personas opina que la forma de transmisión más frecuente para adquirir una IRA es a través del contacto con los enfermos, debido a que ellos al toser, hablar o estornudar expulsan gotas de saliva, mediante las cuales se transmiten estas infecciones, por lo tanto tienen el conocimiento de cómo se adquieren las IRA.

Cuadro N° 12

7. ¿De los siguientes enunciados cuáles considera usted factores de riesgo para adquirir una infección respiratoria aguda?

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	%
Nivel socioeconómico	5	1
Nivel educativo	23	4
Hacinamiento	10	2
Contaminación ambiental	180	32
Tabaquismo	44	8
Desnutrición	2	0
Exposición al frío y a la humedad	280	51
Privación de lactancia materna	12	2
TOTAL	556*	100

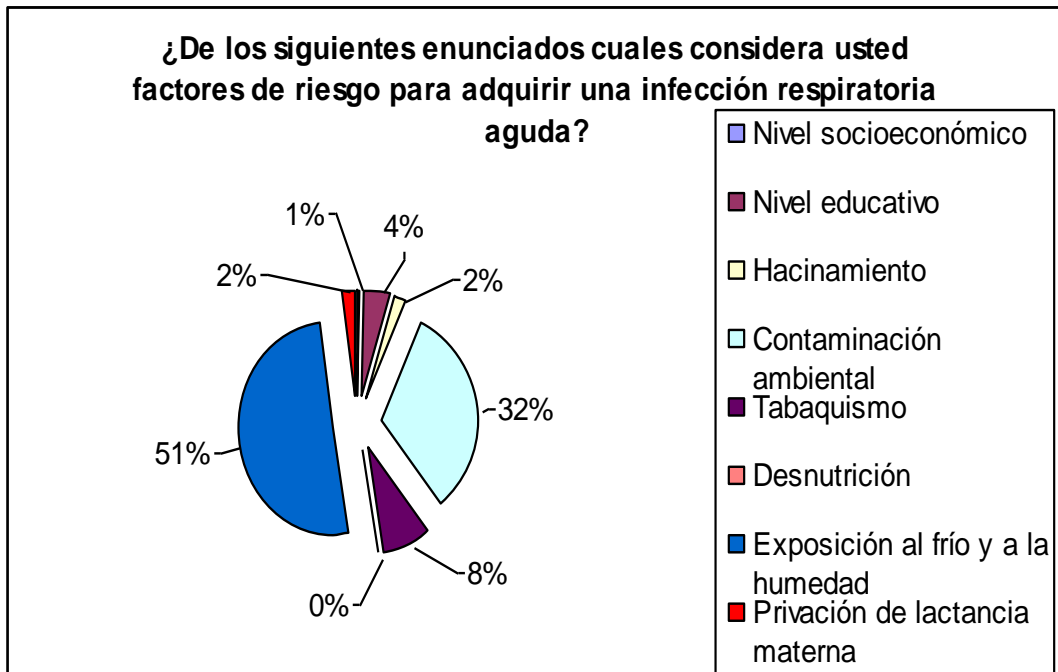
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un factor de riesgo.

Análisis.

En los datos obtenidos de las madres y/o cuidadores de los niños menores de cinco años respecto a los factores de riesgo para adquirir una IRA expresaron que el 51% era por exposición al frío y a la humedad, el 32% por la contaminación ambiental, el 8% por tabaquismo, 4% por el nivel educativo, el 2% por privación de la lactancia materna, 2% para el hacinamiento, 1% por el nivel socioeconómico y un 0% por la desnutrición.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Cuadro N° 12.

Interpretación.

La mayoría de la población refirió que la exposición al frío y a la humedad es el principal factor de riesgo para adquirir una IRA, lo cual es correcto a que las IRA se aumentan con los cambios de clima, pero también se consideran de gran importancia la contaminación ambiental, privación de la lactancia materna, hacinamiento, nivel educativo y económico como factores de riesgo para adquirir una IRA.

Cuadro N° 13

8. ¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las infecciones respiratorias?

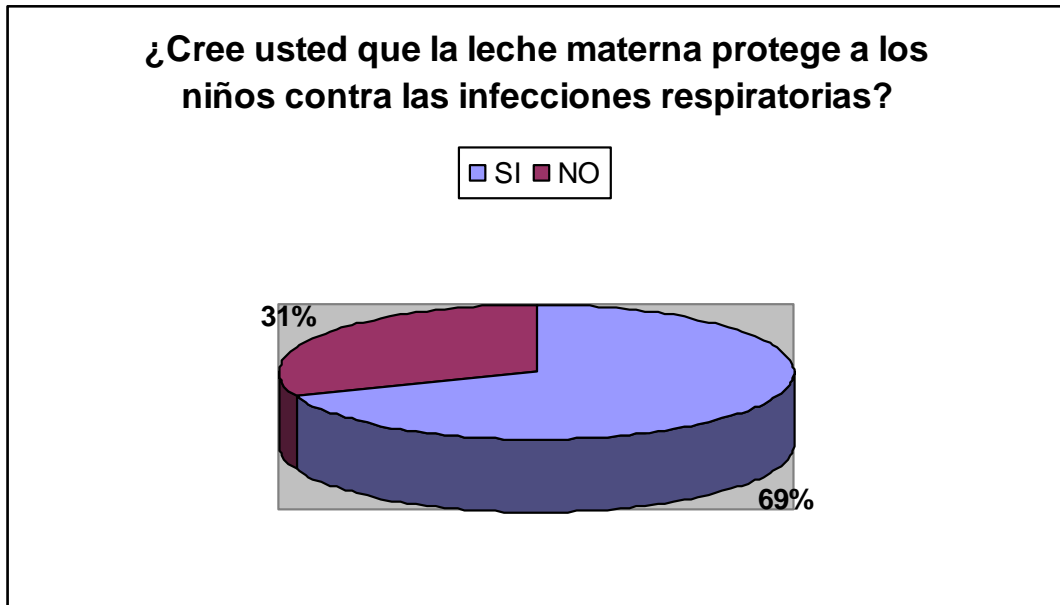
OPINIÓN	Frecuencia	%
SI	194	69
NO	86	31
TOTAL	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

El 69% que corresponde a 194 opiniones expresan que la leche materna sí protege contra las IRA y el 31% que pertenecen a 86 opiniones dicen que no, haciendo el total de 280 opiniones que es el total de la muestra.

GRÁFICO N° 13



Fuente: Cuadro N° 13.

Interpretación.

La importancia de la lactancia materna se demuestra en esta gráfica, ya que las madres y / o cuidadores/as expresan que la leche materna si protege a los niños contra las infecciones respiratorias agudas; esto es correcto debido a que la madre a través de la leche materna le proporciona factores inmunológicos que ayudan a evitar enfermedades en los niños.

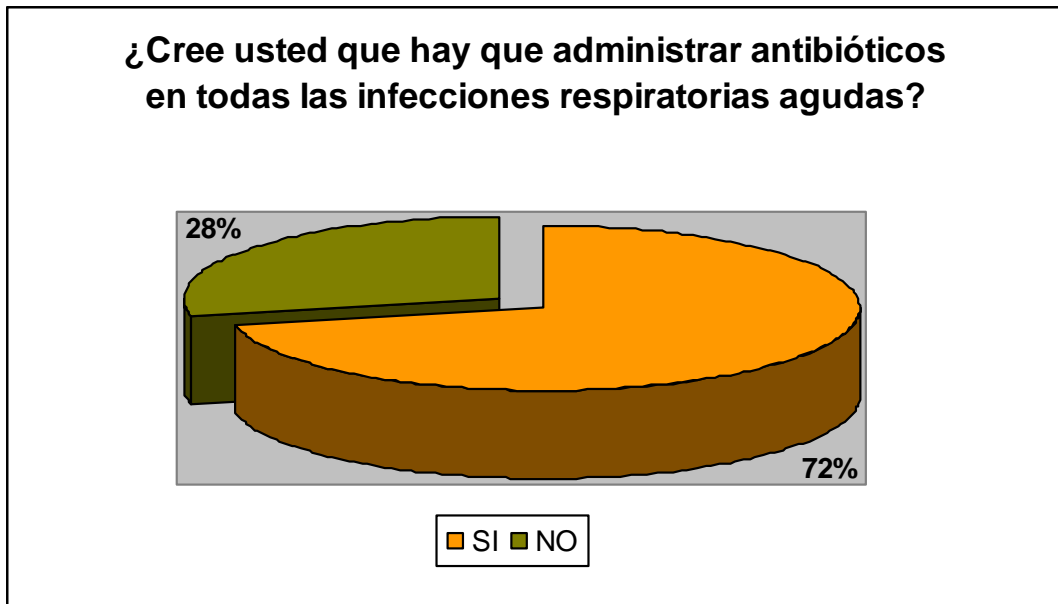
Cuadro N° 14

9. ¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las infecciones respiratorias agudas?

OPINIÓN	Frecuencia	%
SI	201	72
NO	79	28
TOTAL	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Cuadro N° 14.

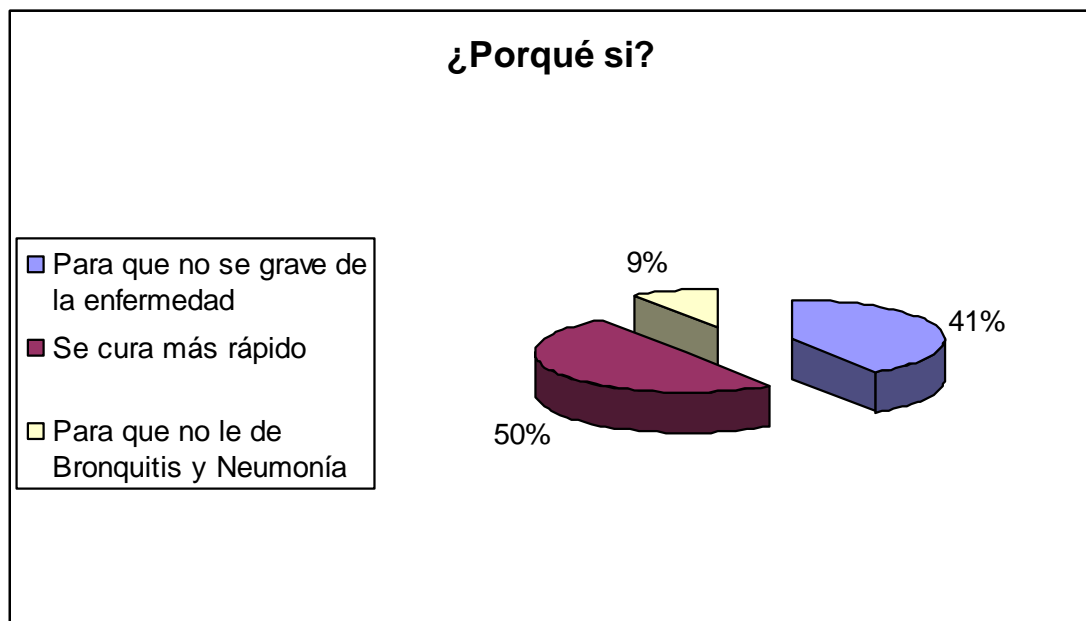
Cuadro Nº 15

¿Por qué?

¿POR QUÉ SI?	Frecuencia	%
Para que no se grave de la enfermedad	82	41
Se cura más rápido	100	50
Para que no le de Bronquitis y Neumonía	19	9
TOTAL	201	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO Nº 15



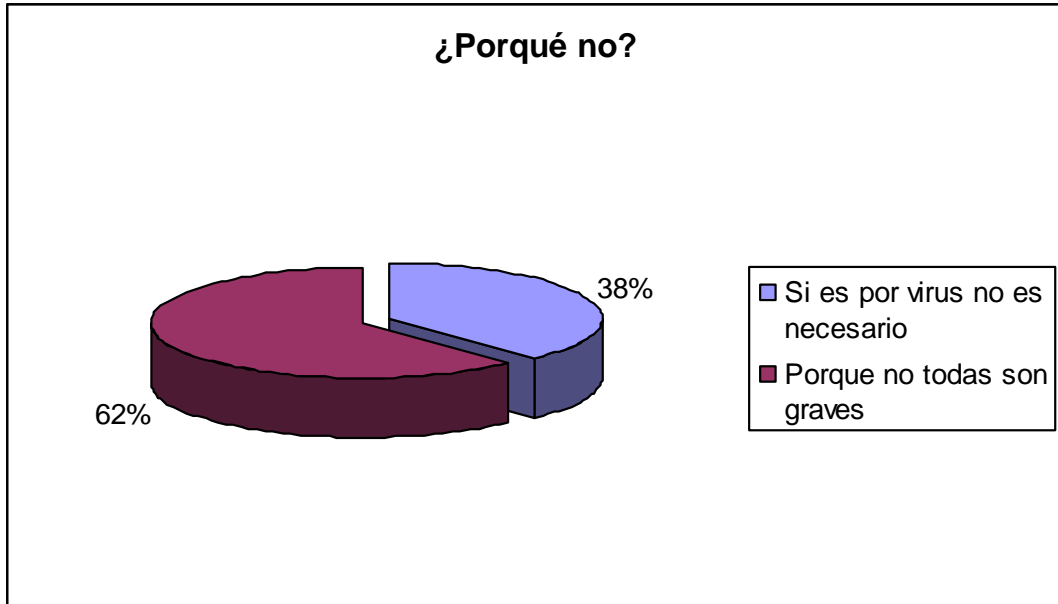
Fuente: Cuadro Nº 15.

Cuadro Nº 16

¿POR QUÉ NO?	Frecuencia	%
Si es por virus no es necesario	30	38
Porque no todas son graves	49	62
TOTAL	79	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO Nº 16



Fuente: Cuadro Nº 16.

Análisis.

El 72% de la población objeto de estudio opinó que hay que administrar antibióticos a todos los casos de IRA (con el objetivo de evitar complicaciones con la enfermedad en un 41%, para que no se complique con bronquitis y neumonía 9%). El 28% opina que no hay que administrar antibióticos (ya que piensan que si es por virus no es necesario dárselos en un 38% y que no todas las IRA son graves en un 62%).

Interpretación.

La mayoría de los encuestados les administra o medica con antibióticos a los niños y niñas cuando tienen una IRA ya que piensan que esto va evitar complicación o gravedad de la enfermedad; este es un acto erróneo que cometen la mayoría de las madres y/o cuidadores/as de los menores ya que la causa principal de IRA es de origen viral y los antibióticos no proporcionan mejoría ni evitan complicaciones en ellas. Dando como conclusión que no es prudente el administrar antibióticos a todas las IRA, solamente cuando sea evaluado por un médico.

Cuadro Nº 17

10. ¿Cuándo sus niños se enferman de infecciones respiratorias agudas qué hace usted?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Consulta con un médico	280	87
Consulta con un curandero	0	0
Lo medica usted en casa	35	11
Otros (lo lleva a la farmacia)	8	2
TOTAL	323*	100

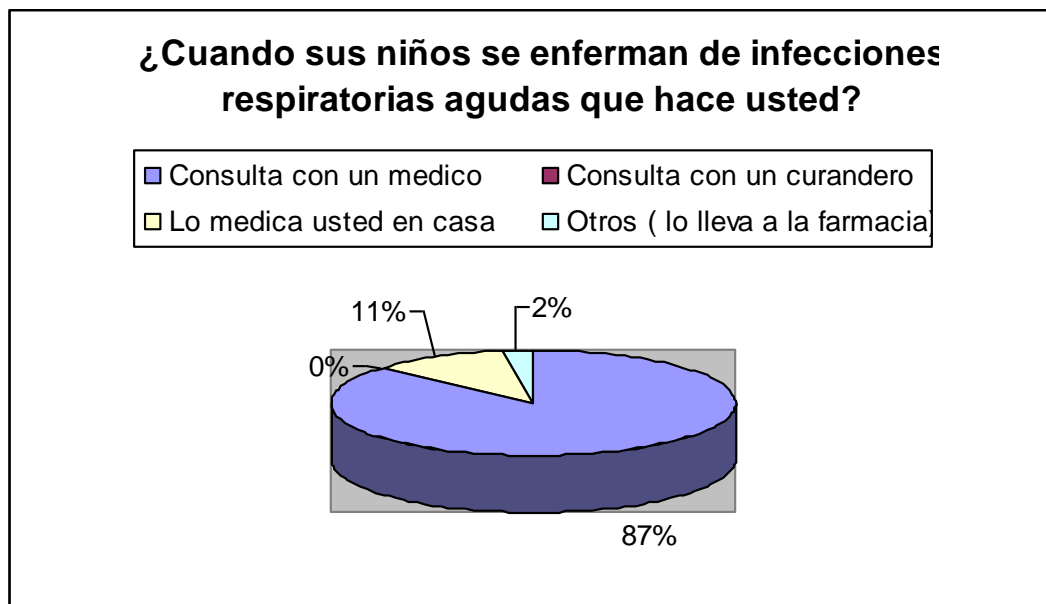
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

El 87% corresponde a los que consultan con un médico, un 11% a los que medican en casa, el 2% consultan en farmacias y 0% a los que consultan con los curanderos.

GRÁFICO Nº 17



Fuente: Cuadro Nº 17.

Interpretación.

La mayoría de las madres y/o cuidadores de niños menores de 5 años consulta con el médico principalmente con aquellos que se encuentran laborando en unidad de salud y centros de atención pública debido a que la atención es gratuita y están cerca de sus viviendas, la medicación en casa es una de las prácticas frecuentes mientras acuden a un centro de salud. Ninguno de los encuestados visita a curanderos ya que esta práctica cultural se está dejando en el pasado (según los reportes epidemiológicos semanales donde se contempla el uso de etno-prácticas)

Cuadro Nº 18

11. ¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene infección respiratoria aguda?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Fiebre	263	28
Tos	271	27
Dificultad para la alimentación	73	7
Flujo nasal	249	25
Lagrimeo	22	2
Dificultad para respirar	34	3
Hervor de pecho	76	8
TOTAL	988*	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

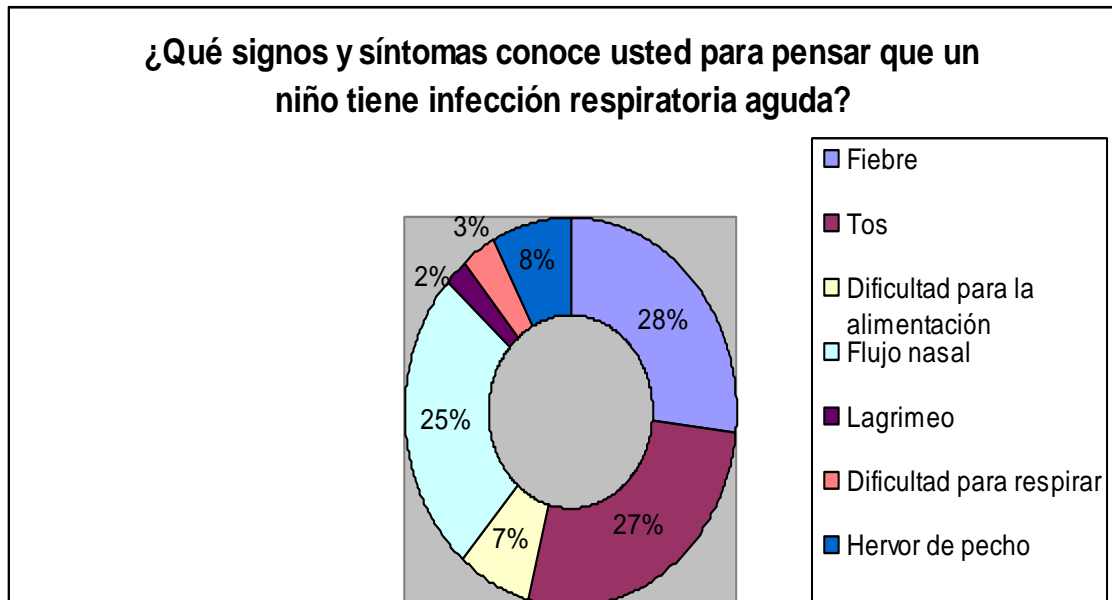
* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

La sintomatología de IRA que conoce la población encuestada en orden descendente es:

Fiebre 28%, Tos 27%, Flujo Nasal 25%, Hervor de pecho 8% y dificultad para alimentarse 7%, dificultad para respirar 3% y lagrimeo 2%.

GRÁFICO N° 18



Fuente: Cuadro N° 18.

Interpretación.

La mayoría conoce la sintomatología de una infección respiratoria aguda y los más comunes fueron la tos, fiebre y flujo nasal; correspondiendo al catarro común como una de las IRA más frecuente.

Cuadro Nº 19

12. ¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una infección respiratoria aguda?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Abrigarlo	252	22
Dar medicamento que le receta el médico	280	24
No dar bebidas frías	261	23
Colocar compresas (trapitos) húmedas	115	10
Frotar vick en el pecho	41	4
Dar cucharada de miel con limón	81	7
Dar agua de manzanilla y eucalipto	114	10
TOTAL	1144*	100

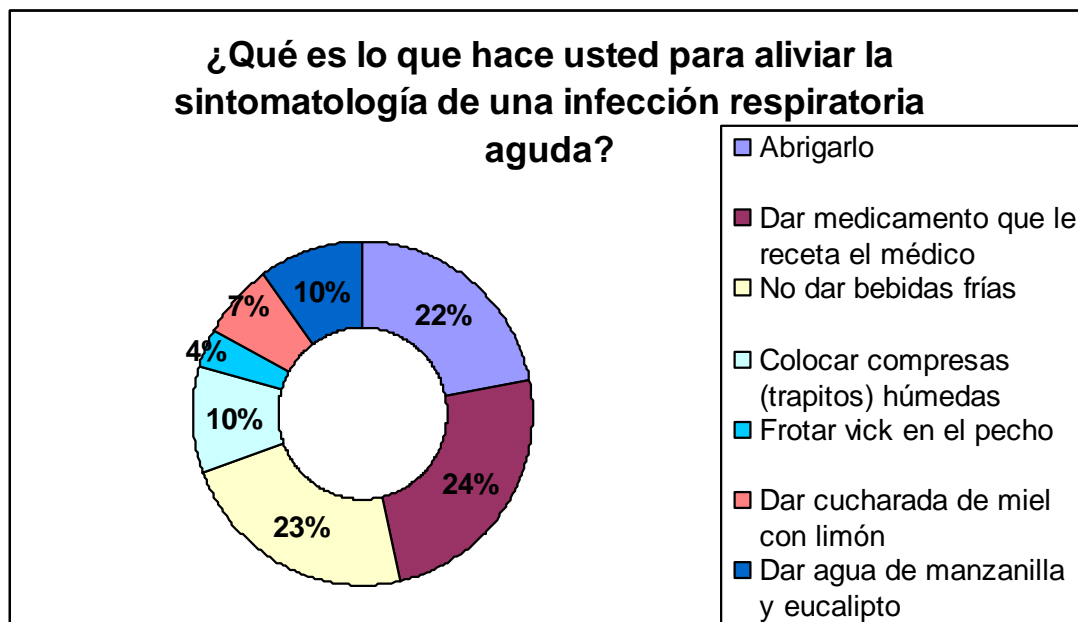
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

El 24% corresponde a dar el medicamento que le recetó el médico, el 23% no dar bebidas frías, el 22% el abrigarse, el 10% colocar compresas húmedas, 10% dar agua con manzanilla y eucalipto, 7% dar miel con limón, 4% frotan el tórax con ungüento vaporizante.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Cuadro N° 19.

Interpretación.

La mayoría realiza la práctica de abrigar a los niños; bajar la temperatura con compresas frías para que los niños no presenten en algún momento convulsiones febriles, dan medicina natural como el agua con manzanilla y eucalipto, todas son prácticas recomendadas por el MSPAS por medio de la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia) para IRA.

Cuadro Nº 20

13. ¿Cuales de estas complicaciones de las infecciones respiratorias agudas conoce?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Sinusitis	35	8
Otitis media	8	2
Adenoiditis	0	0
Bronquitis	213	47
Neumonía	197	43
TOTAL	453*	100

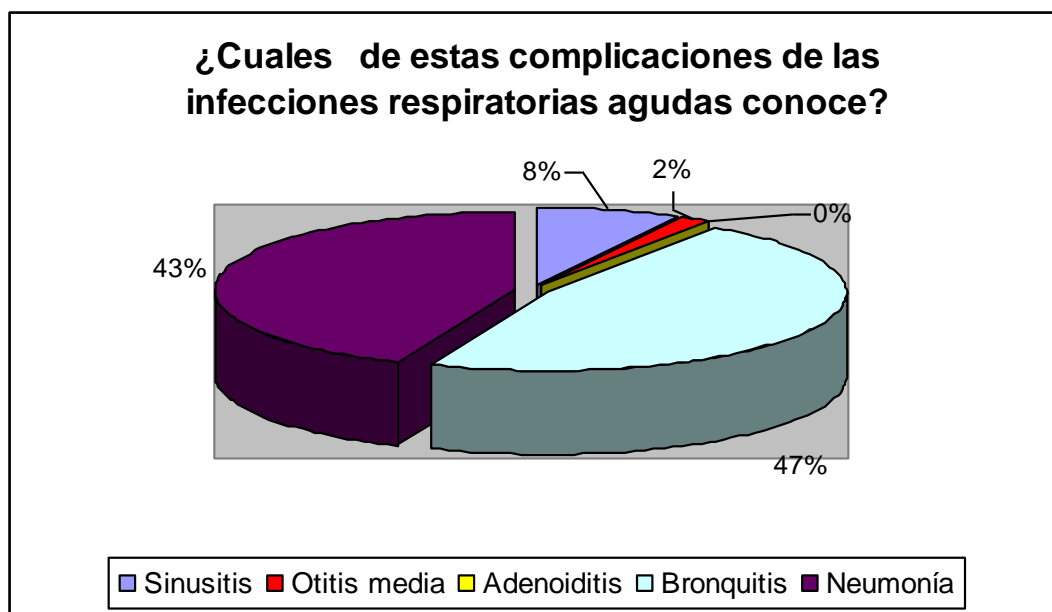
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de una complicación.

Análisis.

El 47% de las complicaciones corresponde a la bronquitis, 43% neumonía, 8% sinusitis, 2% otitis media aguda y adenoiditis en un 0%.

GRÁFICO Nº 20



Fuente: Cuadro Nº 20.

Interpretación.

La complicación más conocida por la población encuestada fue la bronquitis, luego la neumonía debido a que en más de una ocasión alguno de sus niños fue ingresado en un centro hospitalario con este diagnóstico o porque en los centros de salud se les ha brindado información acerca de ellas, concluyendo que la población encuestada si conoce las complicaciones más frecuentes por IRA en nuestro medio.

Cuadro N° 21

14. ¿Cuáles de estos signos de alarma conoce de las infecciones respiratorias agudas?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Tirajes intercostales	49	5
Frecuencia respiratoria aumentada	173	18
Aleteo nasal	6	1
Dificultad para alimentarse	232	24
Dificultad respiratoria	215	22
Cianosis	12	1
Fiebre	280	29
TOTAL	967*	100

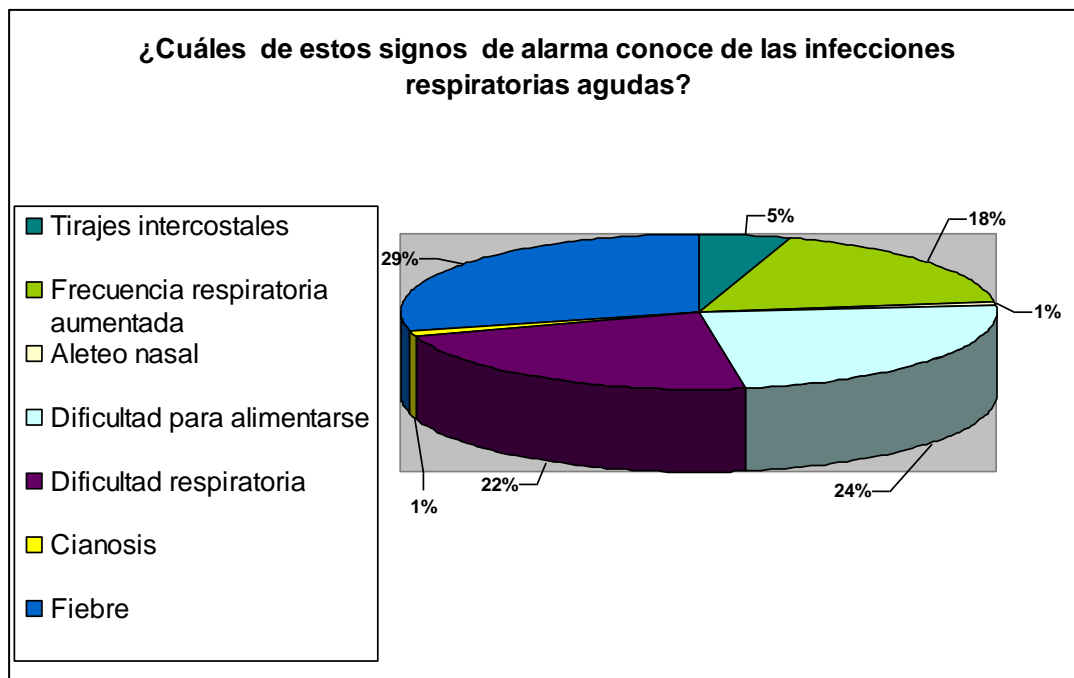
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un signo de alarma.

Análisis.

El 29% de los entrevistados corresponde a fiebre, 24% por dificultad para alimentarse, 22% a la dificultad para respirar, 18% frecuencia respiratoria aumentada, 5% son los tirajes intercostales, 1% cianosis y 1% aleteo nasal.

GRÁFICO Nº 21



Fuente: Cuadro Nº 21.

Interpretación.

La mayoría de los encuestados conocen los signos de alarma de una IRA y el más común es la fiebre, dificultad para alimentarse y respirar. Razón por la cual estos 3 signos y síntomas son lo que hacen que consulten en las unidades de salud.

Cuadro Nº 22

15. ¿Qué practicas realiza usted para evitar la transmisión de una infección respiratoria aguda en sus hijos?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Abrigarlos	233	31
Evitar contacto con gente enferma	252	33
Dar vitamina C	27	4
Cubrirse la boca al estornudar y toser	190	25
No utilizar utensilios de personas enfermas	55	7
TOTAL	757*	100

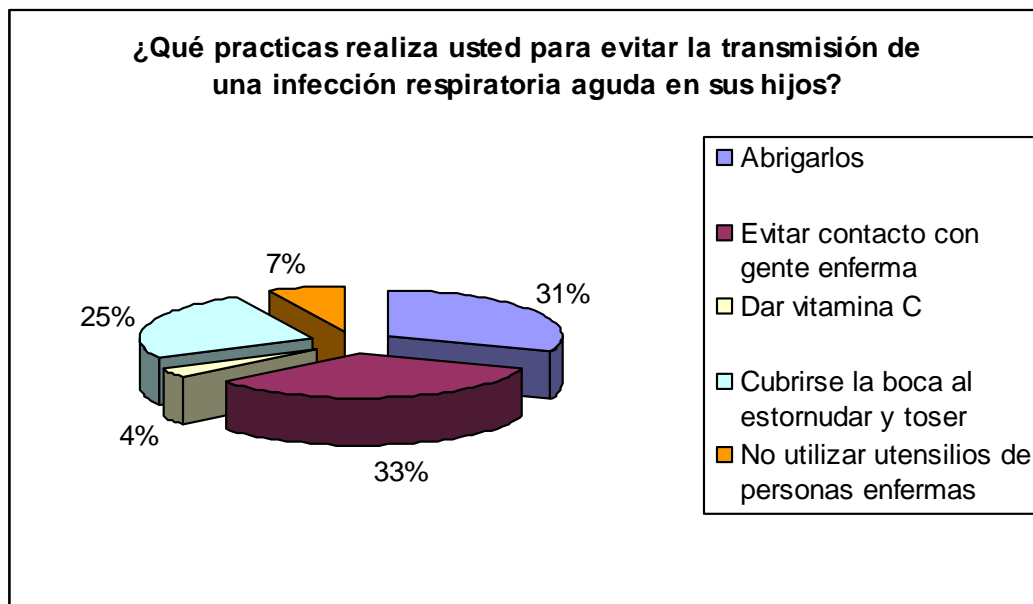
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

Las madres y / o cuidadores/as de niños y niñas opinaron que el evitar el contacto con enfermos 33%, abrigarlos en un 31%, cubrirse la boca al toser o estornudar 25%, no usar los utensilios de las personas enfermas 7%, dar vitamina C en un 4%.

GRÁFICO Nº 22



Fuente: Cuadro Nº 22.

Interpretación.

La mayoría de los pacientes evitan el contacto con enfermos de IRA, en similar porcentaje se cubren la boca al toser y estornudar, también al abrigarlos. Estas son prácticas correctas para evitar la transmisión de las IRA, una pequeña parte de las opiniones de los encuestados refieren que la vitamina C evita la transmisión de un a IRA, esto es una práctica errónea ya que la vitamina C se utiliza como prevención en la adquisición de una IRA.

Cuadro Nº 23

16. ¿Con la práctica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?

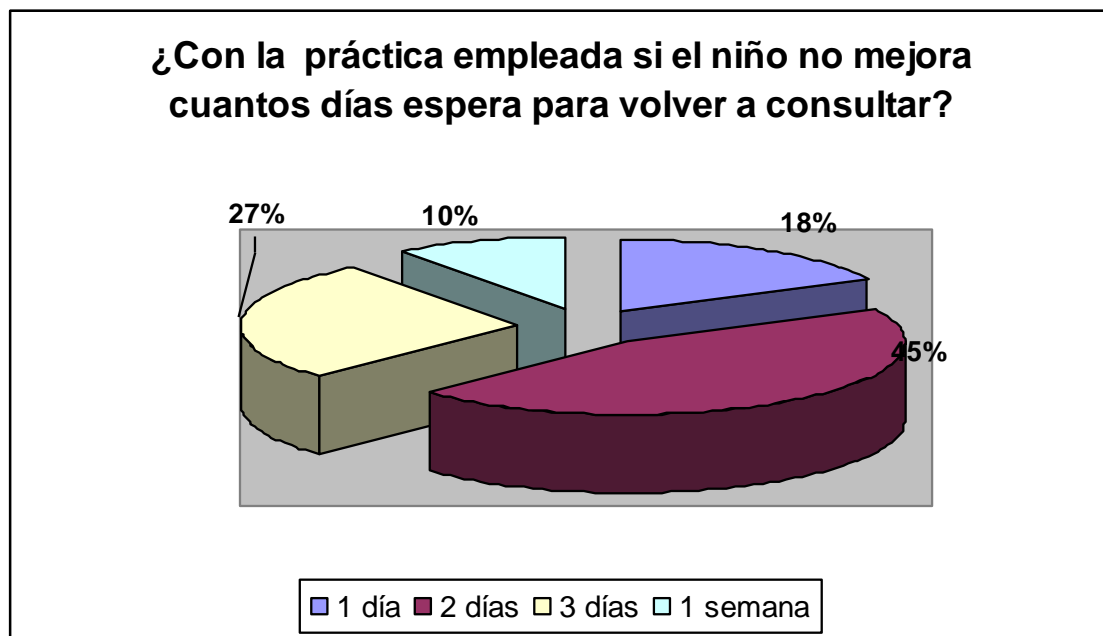
OPINIÓN	Frecuencia	%
1 día	49	18
2 días	127	45
3 días	76	27
1 semana	28	10
TOTAL	280	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

En los datos obtenidos de las madres y/o cuidadores/ras de niños menores de 5 años el 45% esperan 2 días, el 27% esperan 3 días, el 18% esperan 1 día para volver a consultar y el 10% esperan 1 semana para consultar nuevamente.

GRÁFICO N° 23



Fuente: Cuadro N° 23.

Interpretación.

La mayoría de la población refirió que solo espera 2 días para volver a consultar cuando con la práctica empleada sus hijos no mejoran, es por esto que el número por consultas de IRA es muy alta, lo ideal sería esperar 48-72 horas para ver la mejoría o no y así decidir una nueva consulta, esto es basado según las normas de atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Cuadro Nº 24

17. ¿De las siguientes formas de prevención cuáles usted conoce y practica?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Cubrirse la boca al toser y estornudar	209	41
Usar pañuelos desechables y botarlos luego de un uso	8	2
Lavarse las manos a menudo y cuidadosamente	16	3
Evitar el contacto con enfermos	252	50
Lavar los juguetes contaminados por tos, estornudo o secreción	20	4
TOTAL	505*	100

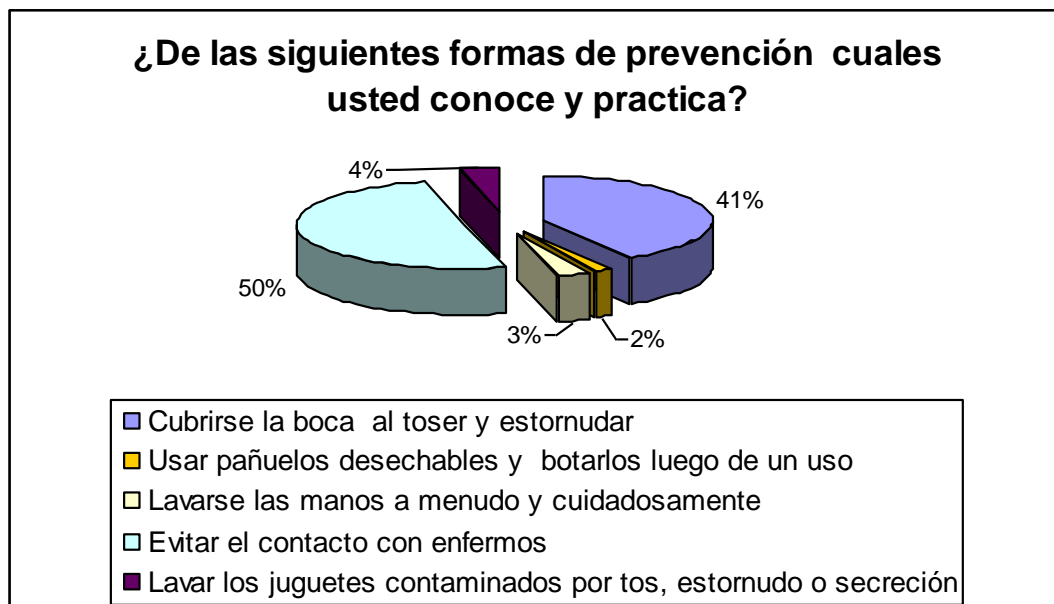
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de una práctica de prevención.

Análisis.

El 50% evitan el contacto con enfermos, el 41% se cubren la boca al toser y estornudar, el 4% lavan los juguetes contaminados por secreciones, el 3% se lavan las manos a menudo y cuidadosamente, el 2% usan pañuelos desechables.

GRÁFICO Nº 24



Fuente: Cuadro Nº 24.

Interpretación.

La mayoría previene que los niños se enfermen evitando que convivan con personas enfermas por IRA y esto es correcto ya que es la única forma de evitar la aspiración de gotas de saliva de los enfermos que es lo que permite que los demás se enfermen.

Cuadro Nº 25

18. ¿De dónde obtuvo usted información sobre las infecciones respiratorias agudas?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Unidad de salud	262	55
Curandero	0	0
Familiares	73	16
Vecinos	47	10
Amistades	68	15
Farmacia	18	4
TOTAL	468*	100

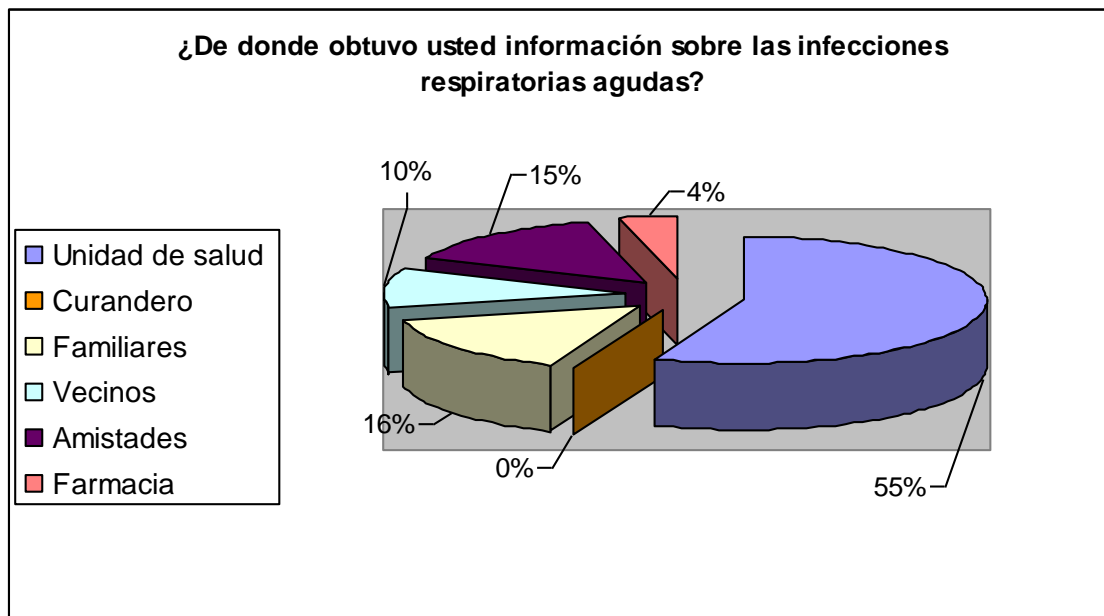
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

El 55% obtuvo información sobre IRA en la unidad de salud más cercana a su vivienda, el 16% de sus familiares. Por amistades 15%, 10% por los vecinos y un 4% en la farmacia.

GRÁFICO Nº 25



Fuente: Cuadro Nº 25.

Interpretación.

Los datos sugieren que la población está informada sobre las infecciones respiratorias agudas a través de las charlas educativas brindadas en las Unidades de Salud, razón por la cual hay una mayor información sobre esta patología.

5.3 Tabulación, interpretación y análisis de los resultados obtenidos mediante la cédula de entrevista dirigida a las madres y / o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años en relación a las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Cuadro Nº 26

1. ¿Sabe usted que son las enfermedades diarreicas agudas?

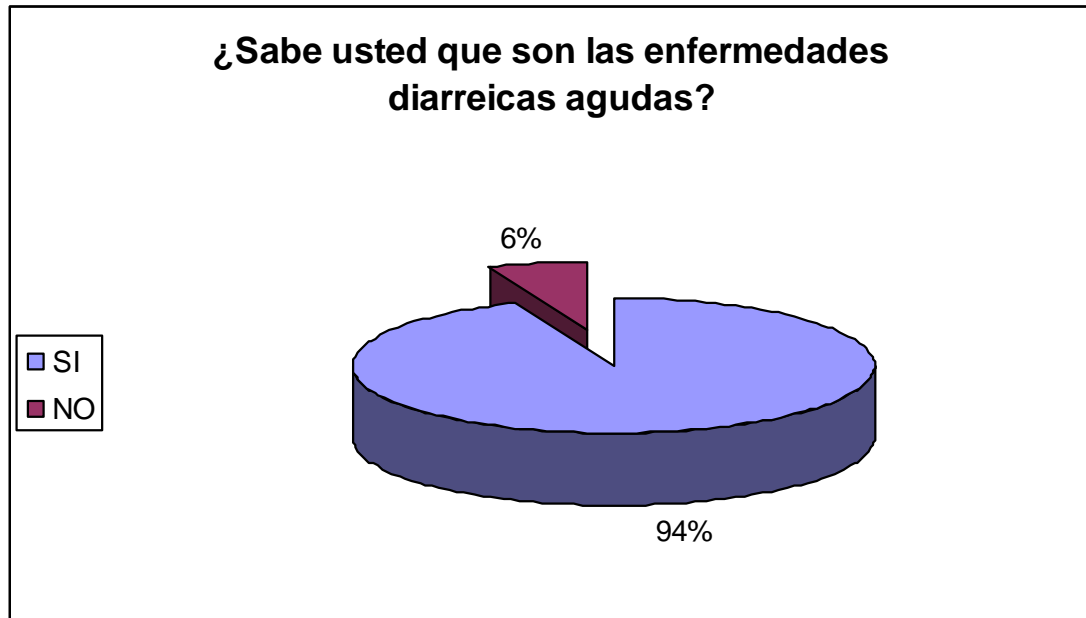
OPINIÓN	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
SI	15	40	7	62	94
NO	2	2	0	4	6
TOTAL	17	42	7	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

El 94% de la población en estudio saben que son enfermedades diarreicas agudas y el 6% no sabe.

GRÁFICO Nº. 26



Fuente: Cuadro Nº 26.

Interpretación.

La mayoría de la población tiene el conocimiento de una enfermedad diarreica aguda ya que sus hijos han presentado en más de alguna ocasión esta enfermedad y en una minoría de estos no saben, ya sea porque no se les ha explicado que son las EDAS, o porque no se han interesado en saber.

Cuadro N° 27

2. ¿Cuántas defecaciones son normales en 24 horas para los niños menores de cinco años?

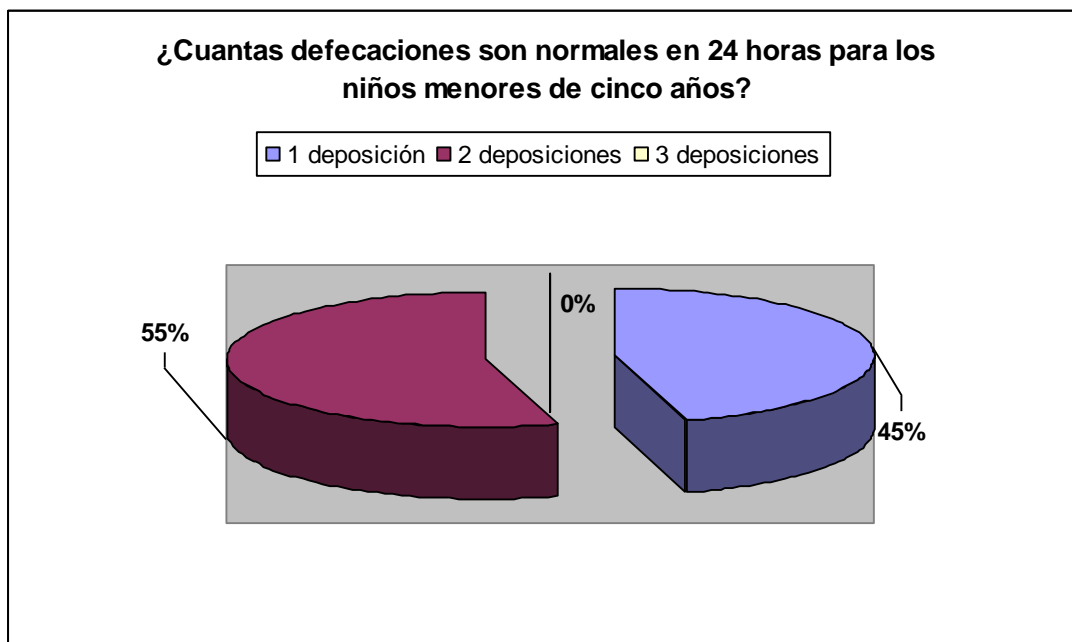
RESPUESTA	Frecuencia	%
1 deposición	30	45
2 deposiciones	36	55
3 deposiciones	0	0
TOTAL	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis

Un 55% refiere que son 2 veces al día, el 45% refiere que una vez al día es normal y ninguno opina que son 3 veces al día.

GRÁFICO Nº 27



Fuente: Cuadro Nº 27.

Interpretación.

La necesidad de saber cuántas defecaciones son normales al día es de gran importancia porque de allí se puede identificar si se trata de una enfermedad diarreica aguda o no, este concepto es diferente para cada una de las madres y/o cuidadores/ras entrevistados; ya que esto varía de acuerdo con los patrones socioeconómicos, hábitos alimentarios y las condiciones higiénicas en las que se vive, según la literatura consultada.

Cuadro Nº 28

3. ¿En que épocas del año las enfermedades diarreicas agudas son más frecuentes en los niños?

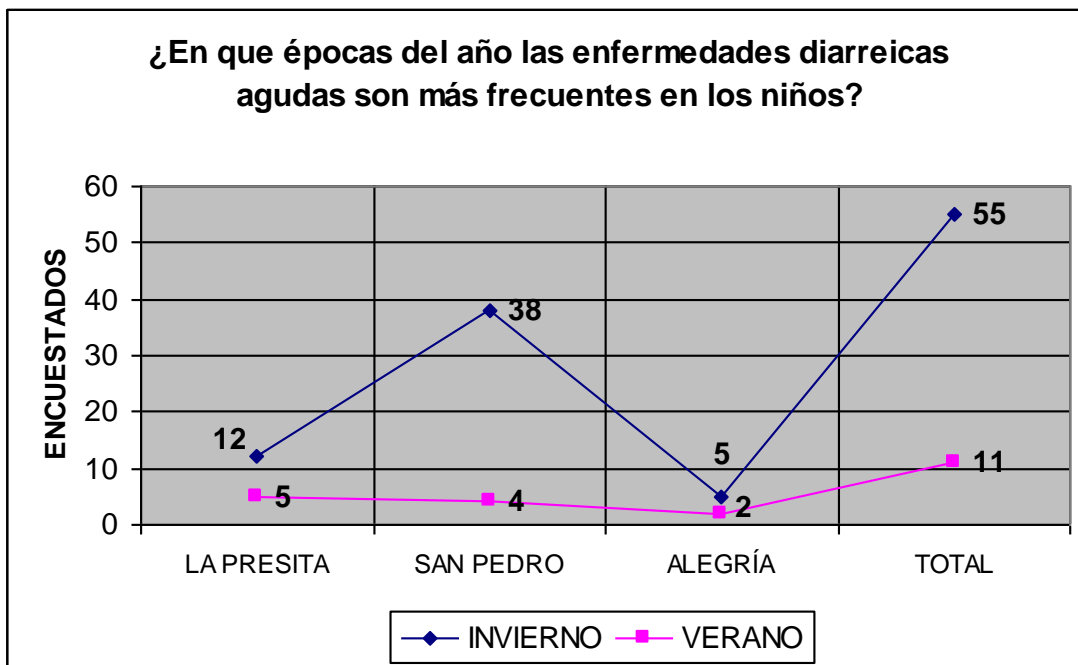
RESPUESTA	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
INVIERNO	12	38	5	55	83
VERANO	5	4	2	11	17
TOTAL	17	42	7	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis

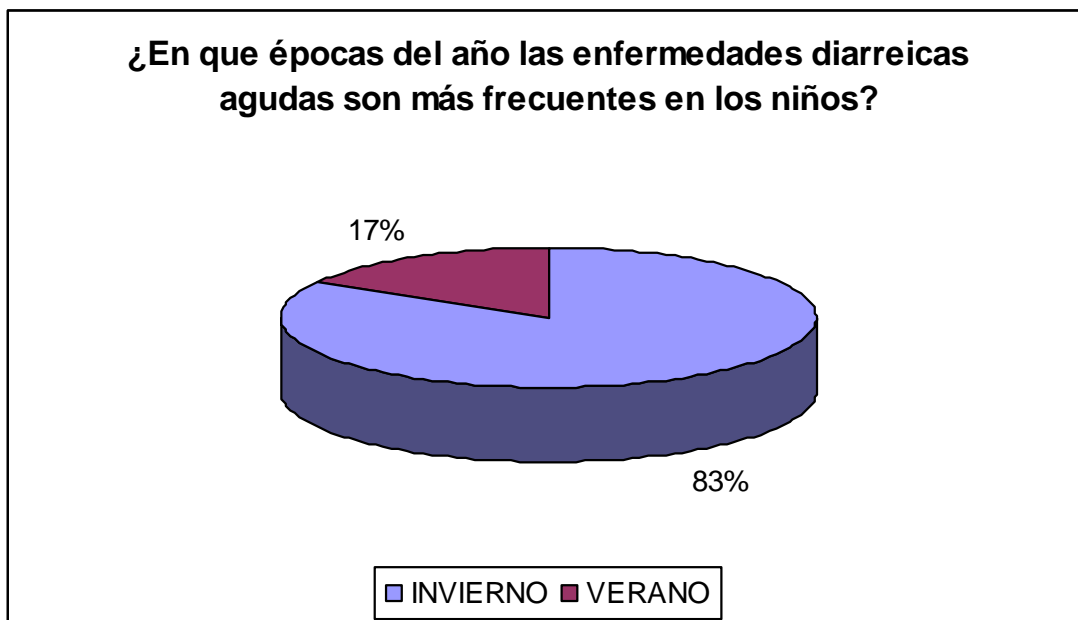
El 83% de la población manifestó que es el invierno y un 17% refiere que es el verano.

GRÁFICO Nº 28



Fuente: Cuadro Nº 28.

GRÁFICO Nº. 29



Fuente: Cuadro Nº 28.

Interpretación.

La mayoría de los casos por EDAS se presenta en la época de invierno, debido a que las lluvias y la humedad fomentan las condiciones para que los niños y niñas estén expuestos al contacto con los vectores transmisores de EDAS, también al tener contacto con materia fecal proveniente de aguas y alimentos contaminados por el ambiente que es más propicio en esta época.

Cuadro N° 29

4. ¿Sabe usted qué causa las enfermedades diarreicas agudas?

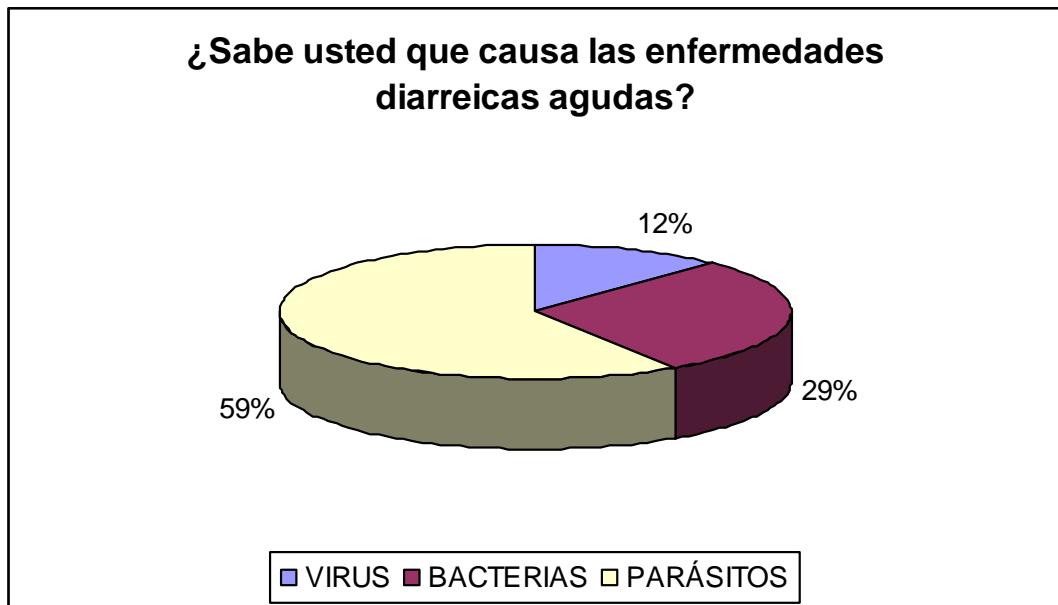
RESPUESTA	LA PRESITA	SAN PEDRO	ALEGRÍA	Frecuencia	%
VIRUS	4	3	1	8	12
BACTERIAS	7	10	2	19	29
PARÁSITOS	6	29	4	39	59
TOTAL	17	42	7	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Las madres y/o cuidadores/as opinan que un 59% los parásitos, las bacterias en un 29% y los virus causan en un 12% las EDAS.

GRÁFICO N° 30



Fuente: Cuadro N° 29.

Interpretación.

Los tres causantes importantes transmisores de EDAS son los virus, bacterias y parásitos; siendo este último el más frecuente causante de la enfermedad diarreica aguda en El Salvador, a diferencia de los países desarrollados ya que en éstos la causa mas frecuente por EDAS es debido a los virus, lo cual concuerda con la literatura consultada.

Cuadro Nº 30

5. ¿Sabe usted cómo se adquiere una enfermedad diarreica aguda?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Por las comidas contaminadas	64	35
Malos hábitos higiénicos	58	31
Por el agua contaminada	33	18
Por los alimentos mal cocinados	30	16
TOTAL	185*	100

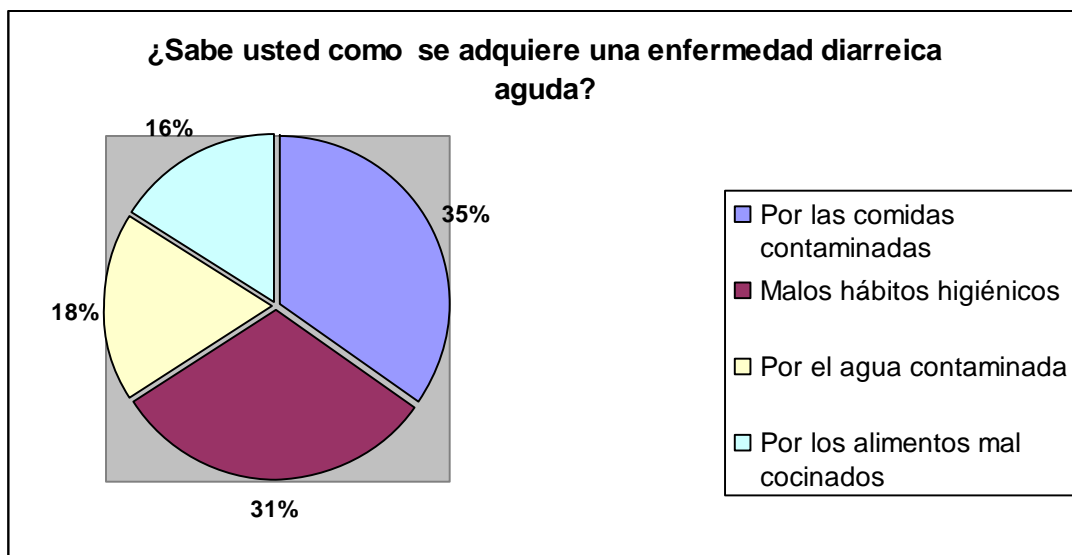
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un ítem.

Análisis.

Las comidas contaminadas constituyen el 35% de los resultados, malos hábitos higiénicos 31%, agua contaminada en un 18% y alimentos mal cocinados 16%.

GRÁFICO Nº 31



Fuente: Cuadro Nº 30.

Interpretación.

La forma más frecuente de adquirir una EDA según los resultados obtenidos son por el consumo de comidas contaminadas ya sea por parásitos, bacterias o virus, malos hábitos higiénicos, consumo de agua contaminada y alimentos mal cocinados; con estas opiniones se puede determinar que los encuestados si conocen como se adquieren las EDAS.

Cuadro Nº 31

6. ¿De los siguientes enunciados cuáles considera usted como factores de riesgo para adquirir una enfermedad diarreica aguda?

RESPUESTA	Frecuencia	%
Higiene personal deficiente	61	42
Contaminación fecal de agua y alimentos	57	39
Ausencia de lactancia materna	23	16
Desnutrición	4	3
TOTAL	145*	100

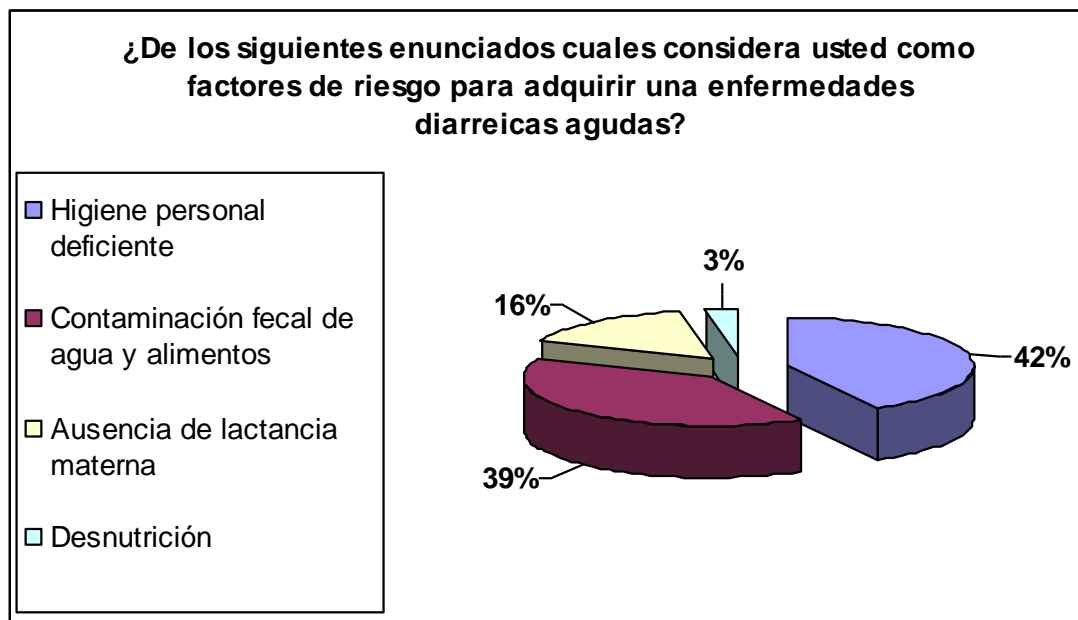
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un enunciado.

Análisis.

Los resultados según los datos obtenidos se tiene: higiene personal deficiente constituyendo un 42%, contaminación fecal de agua y alimentos 39%, ausencia de lactancia materna 16% y la desnutrición en un 3%.

GRÁFICO N° 32



Fuente: Cuadro N° 31.

Interpretación.

Entre los factores de riesgo para adquirir una enfermedad diarreica aguda (EDA) el principal es por higiene personal deficiente tal como lo reporta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en sus reportes epidemiológicos cuando se dan las alzas de esta patología.

La desnutrición, la ausencia de lactancia materna y contaminación fecal del agua y alimentos de igual forma se consideran de mucha importancia para adquirir una EDA.

Cuadro Nº 32

7. **¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las enfermedades diarreicas agudas?**

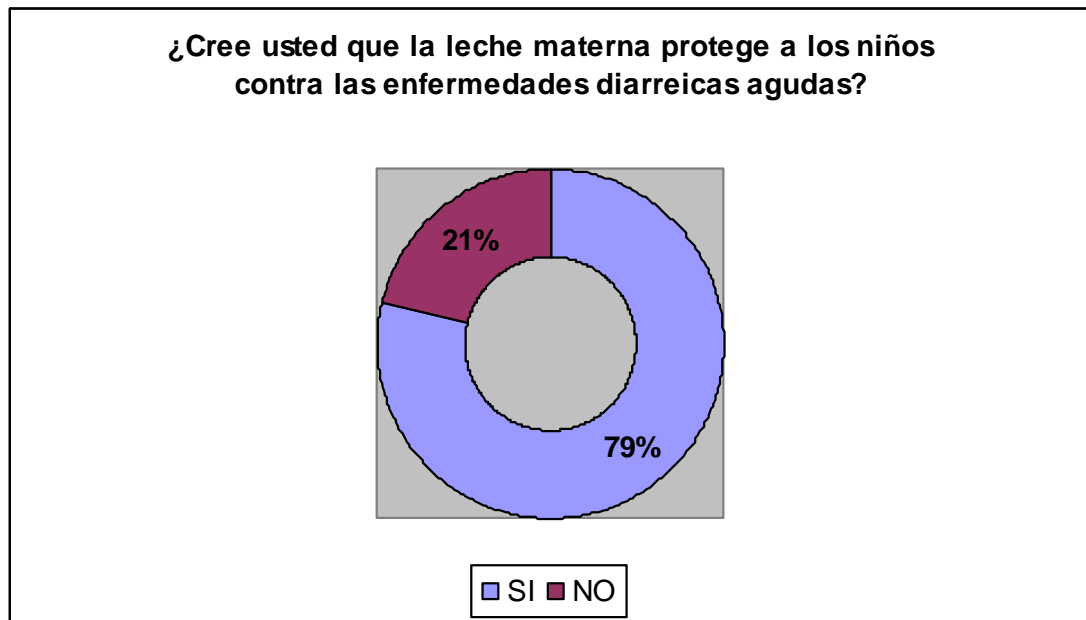
RESPUESTA	Frecuencia	%
SI	52	79
NO	14	21
TOTAL	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Los datos obtenidos de las madres y/o cuidadores/as de menores de cinco años expresaron en un 79% que la leche materna si protege de adquirir una EDAS y un 21% que no.

GRÁFICO N° 33



Fuente: Cuadro N° 32.

Interpretación.

La mayoría de madres y/o cuidadores/ras consideran que la leche materna es una fuente de alimentación y nutrición para los niños menores de un año y como un medio para fortalecer las defensas orgánicas contra enfermedades diarreicas.

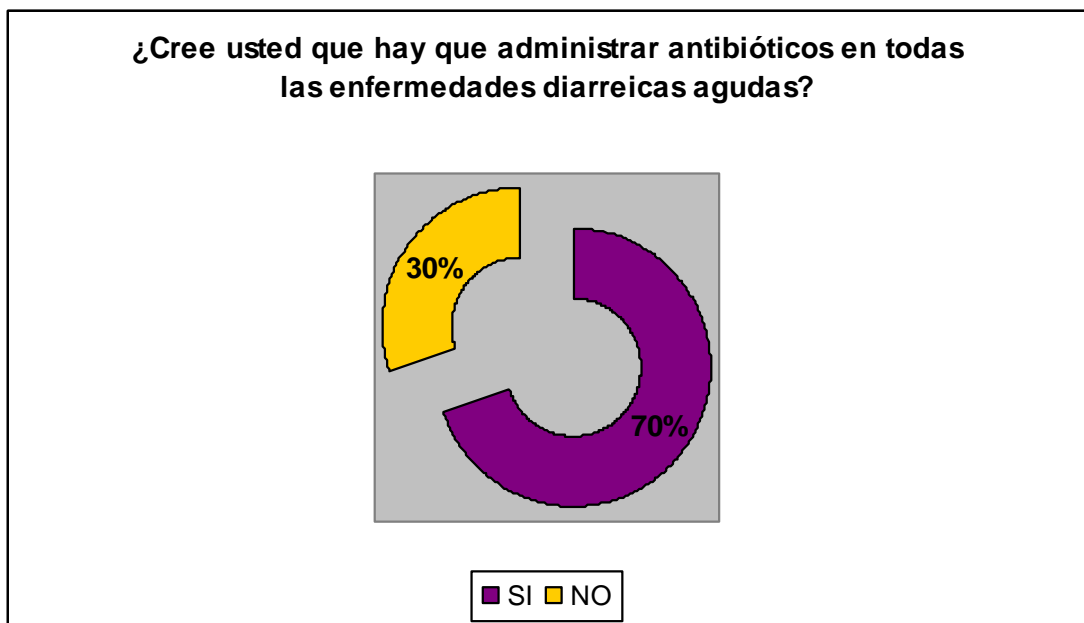
Cuadro Nº 33

8. ¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las enfermedades diarreicas agudas?

RESPUESTA	Frecuencia	%
SI	46	70
NO	20	30
TOTAL	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO Nº 34



Fuente: Cuadro Nº 33.

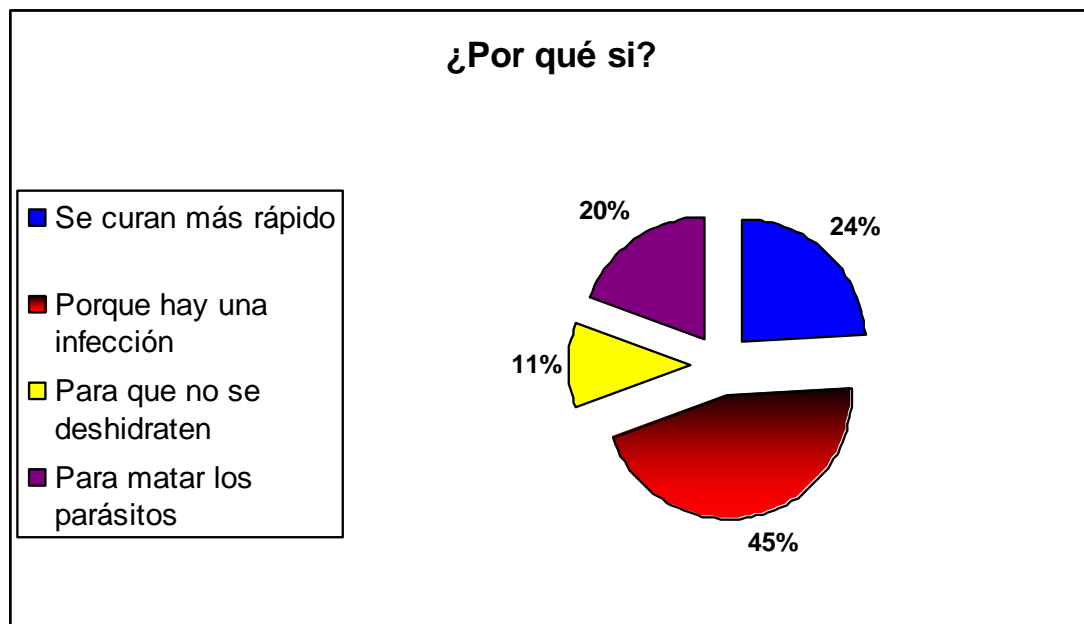
Cuadro N° 34

¿Por qué?

¿Por qué sí?	Frecuencia	%
Se curan más rápido	11	24
Porque hay una infección	21	45
Para que no se deshidraten	5	11
Para matar los parásitos	9	20
TOTAL	46	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO N° 35



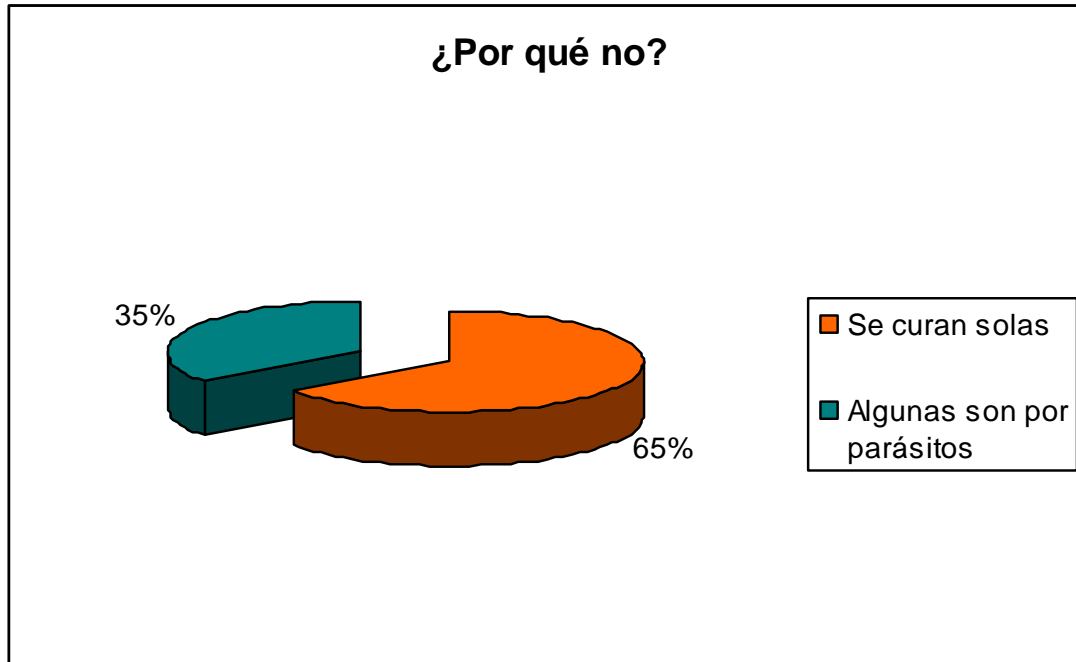
Fuente: Cuadro N° 34.

Cuadro Nº 35

¿Por qué no?	Frecuencia	%
Se curan solas	13	65
Algunas son por parásitos	7	35
TOTAL	20	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

GRÁFICO Nº 36



Fuente: Cuadro Nº 35.

Análisis.

Un mayor porcentaje opinó que Sí, que equivale al 70% y un No con un 30%. Al referirse que Sí, se encontró entre las diferentes respuestas: hay una infección un 45%, se curan más rápido en un 24%, matan los parásitos 20% y para que no se deshidraten el 11%. Y cuando se refieren a No: se curan sola el 65%, algunas son por parásitos el 35%.

Interpretación.

La mayoría de la población responde que hay que administrar antibióticos. Por la cultura de la automedicación que tiene el país y por la creencia popular, que todas las enfermedades gastrointestinales que se presentan son por infección y el resto de las personas responden que no deben administrar antibióticos, dado que así como se presenta la enfermedad, así se cura sin medicamentos. Concluyendo con estas respuestas que la mayoría de la población toma los antibióticos sin necesitarlos ya que tienen información incorrecta sobre su uso.

Cuadro N° 36

9. ¿Cuándo sus niños se enferman de enfermedad diarreica aguda que hace usted?

RESPUESTA	Frecuencia	%
Consulta con un médico	61	54
Consulta con un curandero	10	9
Lo medica usted en casa	37	33
Consulta en la farmacia	5	4
Otros	0	0
TOTAL	113*	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

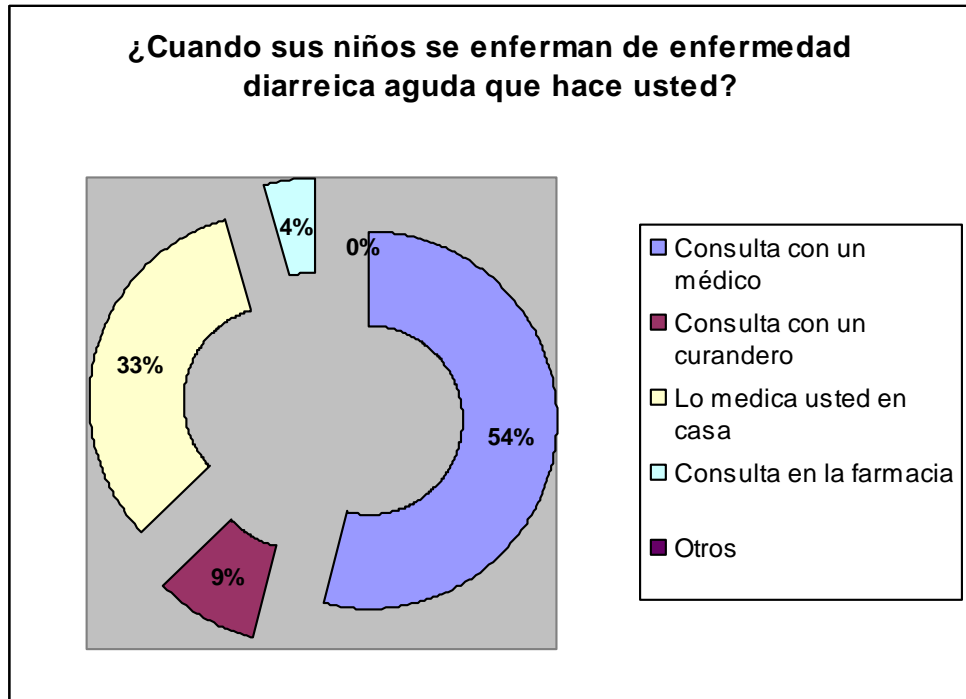
* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un enunciado.

Análisis.

Entre los datos que se obtuvieron se tiene:

Consultan con un médico el 54%, lo medican en casa un 33%, consultan con curandero 9%, consultan en farmacias el 4% y otros un 0%.

GRÁFICO N° 37



Fuente: Cuadro N° 36.

Interpretación.

La población en estudio refiere que acuden a las unidades de salud a consultar con un médico, ya que de esta manera se evitara complicaciones, por ende dar un tratamiento adecuado y oportuno; el resto de la población lo tratan con líquidos orales abundantes y de esta manera evitan la deshidratación y complicaciones en los niños. La mitad de la población hace lo correcto siguiendo las indicaciones por el médico.

Cuadro N° 37

10. ¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene enfermedad diarreica aguda?

RESPUESTA	Frecuencia	%
SIGNOS		
Fiebre	15	9
Sangre o moco en las heces	23	14
Vómitos	11	7
Aumento en el número de las defecaciones	64	39
SINTOMAS		
Dolor abdominal	39	24
Nauseas	11	7
TOTAL	163*	100

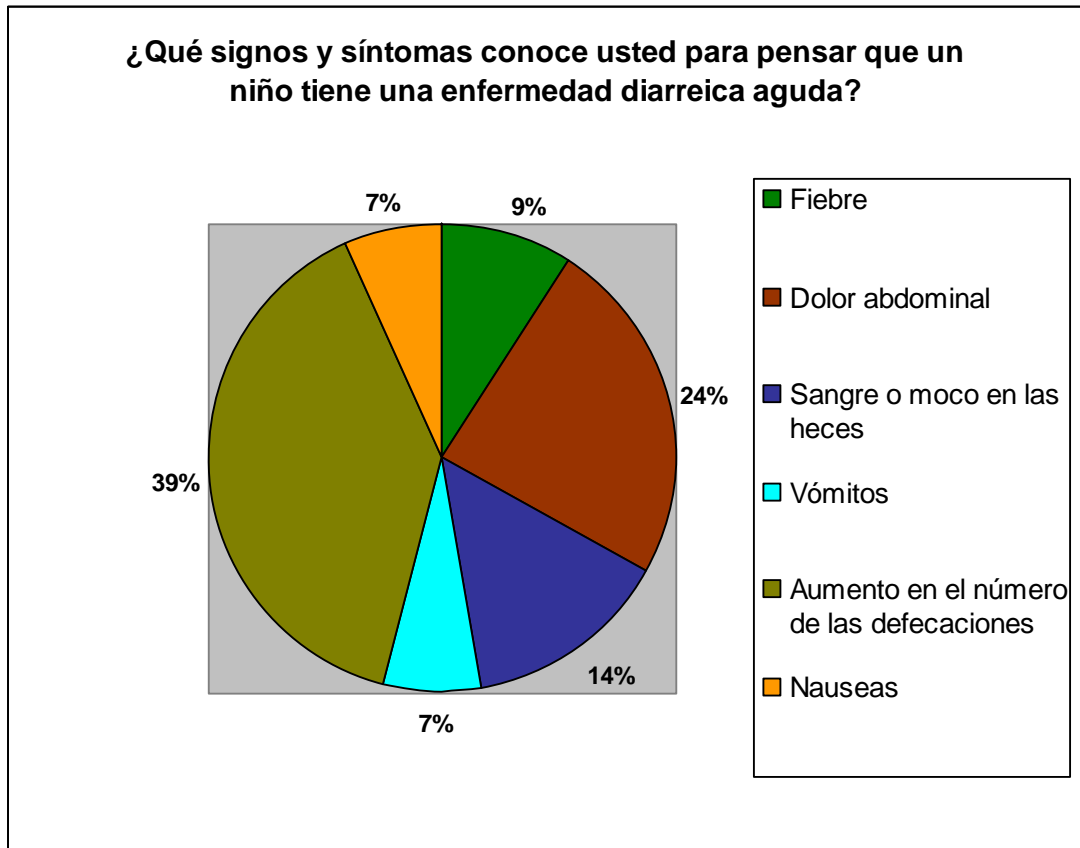
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un enunciado.

Análisis.

Entre los datos obtenidos se tiene: Aumento en el número de las defecaciones en un 42%, dolor abdominal un 26%, sangre y/o moco en heces 15%, fiebre en un 10%, nauseas y vómitos el 7%.

GRÁFICO N° 38



Fuente: Cuadro N° 37.

Interpretación.

La población refiere que el signo más común para pensar que un niño tiene una EDA es el aumento en el número de las defecaciones y el síntoma principal es el apareamiento de dolor abdominal, tal como lo refiere la literatura.

Cuadro N° 38

11. ¿Cuáles de estos signos de alarma conoce?

RESPUESTA	Frecuencia	%
Mucosas secas	57	37
Ojos hundidos	61	40
Fontanela deprimida	7	5
Bebe con avides	28	18
TOTAL	153*	100

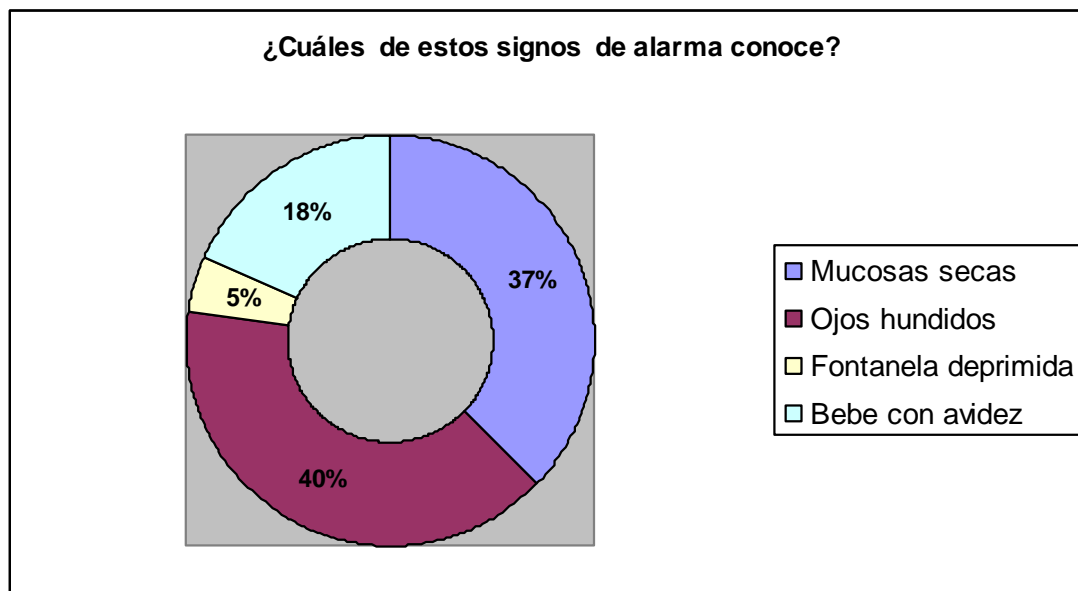
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de un signo de alarma.

Análisis.

El 40% observa los ojos hundidos, mucosas secas en un 37%, un 18% bebe con avidez y fontanela deprimida en un 5%.

GRÁFICO Nº 39



Fuente: Cuadro Nº 38.

Interpretación.

Las personas encuestadas opinaron que observar los ojos hundidos es el principal signo de alarma, luego las mucosas secas; estos dos signos los hacen acudir inmediatamente a un Centro de Salud en busca de un tratamiento adecuado debido al temor que se tiene a la mortalidad por deshidratación.

Cuadro Nº 39

12. ¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una enfermedad diarreica aguda?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Dar intestinomicina, Yodoclorina, Bismuto.	12	7
Darle agua de arroz, agua de coco, limonada, jugos, agua, Gatorade.	59	33
Dándole antibióticos	20	12
Lo que el médico le indica	37	22
Sales de rehidratación oral (SRO)	44	26
TOTAL	172*	100

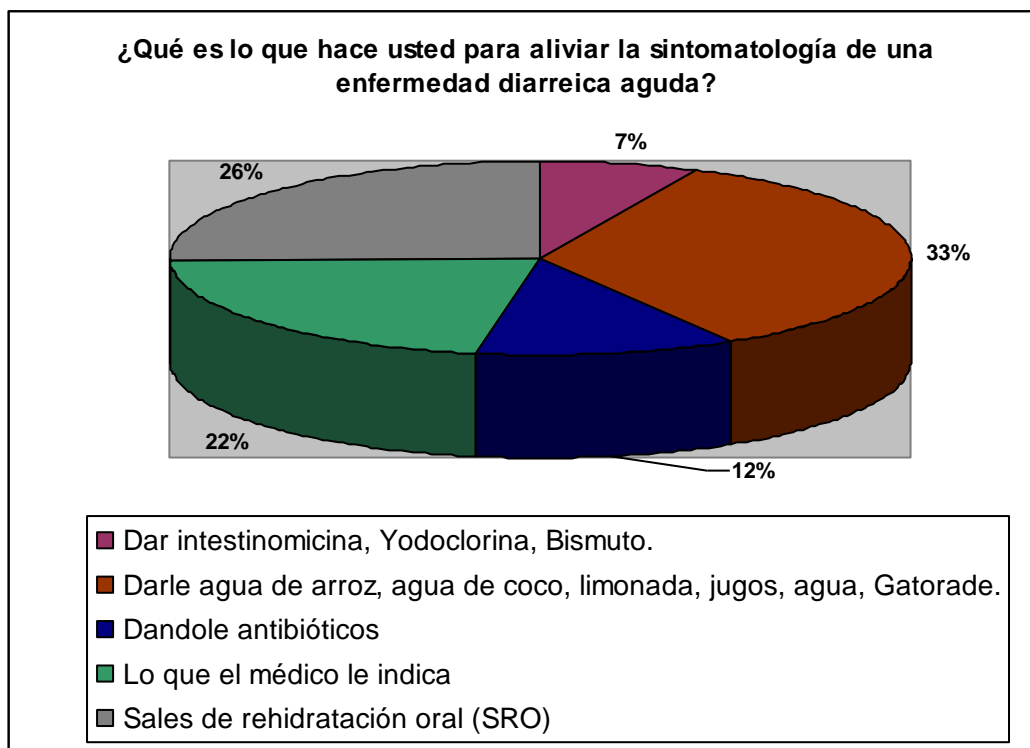
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de una sintomatología.

Análisis.

El 33% de la población da líquidos orales abundantes (agua de arroz, agua de coco, limonada, jugos, agua, Gatorade), el 26% da sales de rehidratación oral, el 22% cumple las indicaciones médicas, el 12% da antibióticos, el 7 % lo medica en casa con yodoclorina, intestinomicina y bismuto.

GRÁFICO Nº 40



Fuente: Cuadro Nº 39.

Interpretación.

La mayoría de la población ofrece a los niños abundantes líquidos con el objeto de evitar complicaciones como la deshidratación, la mayoría cumplen las indicaciones médicas brindadas en los Centros de Salud, estas son prácticas adecuadas; sólo en un pequeño porcentaje de la población medica a los niños en casa, práctica que con el pasar del tiempo ha ido disminuyendo ya que se instruye a los padres en los Centros de Salud sobre las complicaciones a que conduce la ingesta de medicamentos no prescritos por el médico.

Cuadro N° 40

13. ¿Cuáles de estas complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas conoce?

RESPUESTA	Frecuencia	%
Deshidratación	66	59
Choque	3	3
Muerte	42	38
TOTAL	111*	100

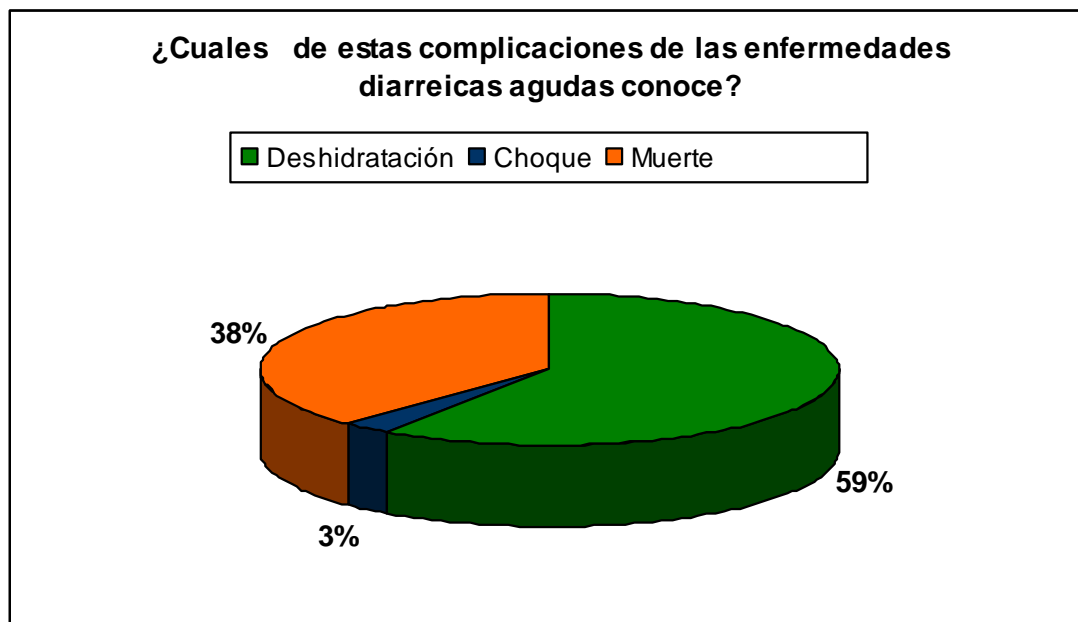
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían responder por más de una sintomatología.

Análisis.

Los datos obtenidos para la deshidratación son en un 59%, muerte en un 38% y el choque en un 3%.

GRÁFICO N° 41



Fuente: Cuadro N° 40.

Interpretación.

Se sabe que las complicaciones que más conoce la población entrevistada son: la deshidratación, choque y muerte. Así como se demuestra en las literaturas, por eso es de gran importancia que la población conozca que hacer y como actuar frente a una EDA, para evitar estas tres complicaciones en un momento dado, ya que al tratar la deshidratación se evita el choque y por consiguiente la muerte.

Cuadro Nº 41

14. ¿Qué practicas realiza usted para evitar la transmisión de una enfermedad diarreica aguda en sus hijos?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Lavar frutas y verduras antes de comer o cocinarlos.	42	17
Hervir el agua antes de beberla.	29	12
Lavar bien las pachas y los biberones.	37	15
Tener buenos hábitos higiénicos.	32	13
Tapar bien los alimentos.	58	23
Dar los medicamentos y recomendaciones indicados por el médico.	51	20
TOTAL	249*	100

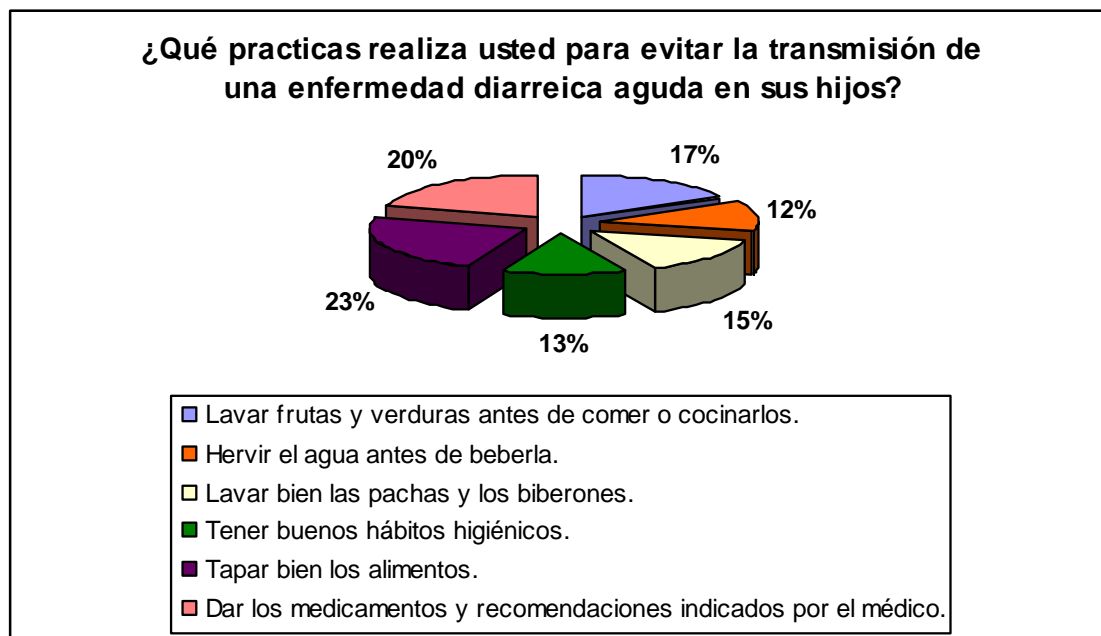
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían dar más de una respuesta.

Análisis.

Al preguntar a las personas sobre las prácticas que realizan para evitar la transmisión de una enfermedad diarreica aguda en sus hijos, la población contestó: Tapar bien los alimentos 23%, dar medicamentos y recomendaciones dadas por un medico 20%, lavar las frutas y verduras antes de comer o cocinarlos 17%, lavar bien las pachas y biberones 15%, tener buenos hábitos higiénicos 13%, hervir el agua antes de beberla 12%.

GRÁFICO Nº 42



Fuente: Cuadro Nº 41.

Interpretación.

Un mayor porcentaje de la población refiere que las prácticas o hábitos que ellos realizan para evitar una EDA es tapar bien los alimentos para evitar así la transmisión de dicha enfermedad; esta práctica es correcta debido a que en El Salvador la principal causa de diarrea es debido a los parásitos y para evitar su transmisión es a través de buenos hábitos higiénicos y la preparación adecuada de los alimentos.

Cuadro N° 42

15. ¿Con la practica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?

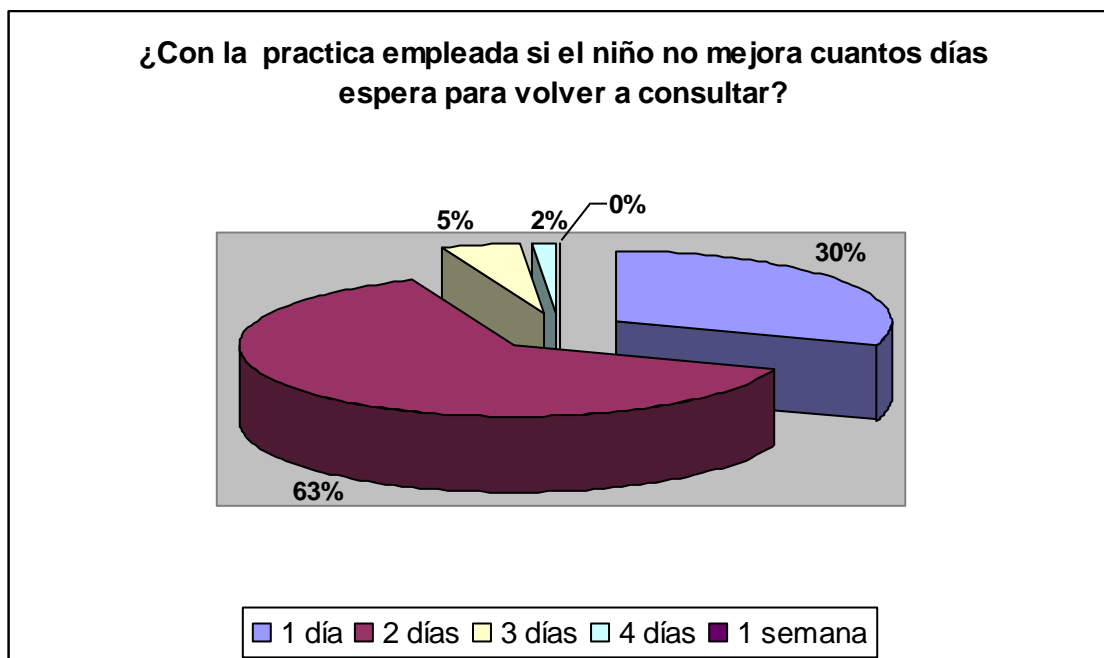
RESPUESTA	Frecuencia	%
1 día	20	30
2 días	42	63
3 días	3	5
4 días	1	2
1 semana	0	0
TOTAL	66	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Análisis.

Según los datos obtenidos tenemos que las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas menores de 5 años esperan dos días en un 63%, un día para consultar en un 30%, tres días el 5%, cuatro días un 2% y una semana el 0%.

GRÁFICO N° 43



Fuente: Cuadro N° 42.

Interpretación.

El mayor porcentaje refiere no dejar pasar muchos días si no mejora la salud de su hijo; porque el dejar pasar mucho tiempo conlleva a que se complique dicha patología. Razón por la cual cuanto más rápido consultan mayor recuperación de sus hijos. Esto es incorrecto debido a que las EDAS tienen una duración de aproximadamente 3 - 5 días, siempre y cuando este no presente ningún signo de alarma no es necesario llevarle inmediatamente a un Centro de Salud.

Cuadro Nº 43

16. ¿De las siguientes formas de prevención cuales usted conoce y practica?

OPINIÓN	Frecuencia	%
Lavarse las manos antes y después de comer	51	22
Lavarse las manos después de usar el sanitario	59	25
Lavar los alimentos antes de cocinarlos	63	27
Cocinar bien los alimentos	60	26
TOTAL	233*	100

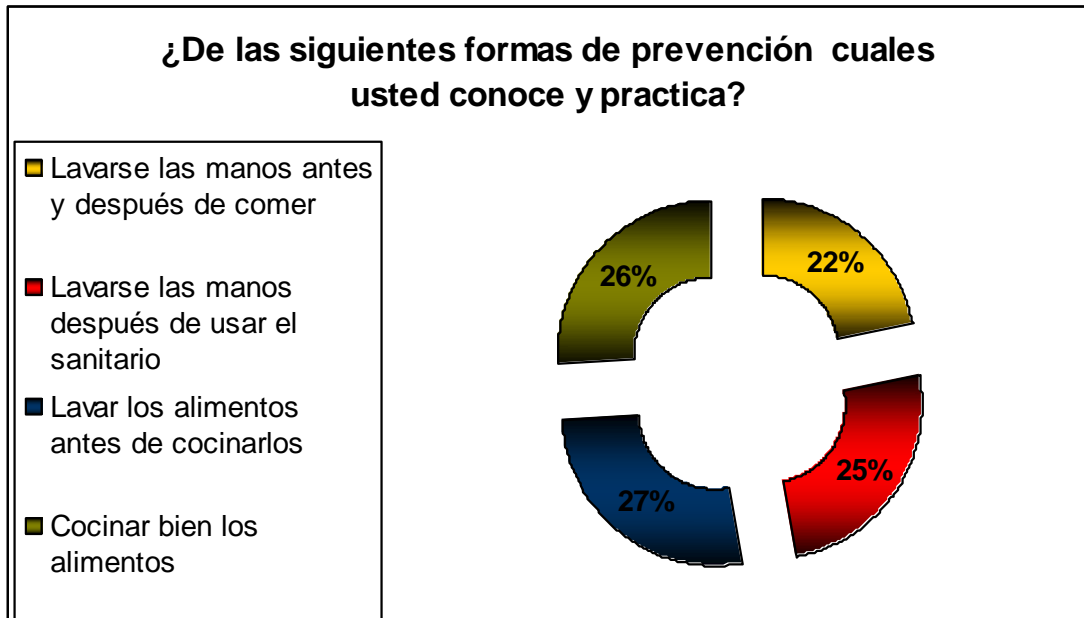
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían dar más de una forma de prevención.

Análisis.

Según los datos obtenidos refieren que: Lavar los alimentos antes de cocinarlos 27%, cocinar bien los alimentos 26%, lavarse las manos después de usar el sanitario 25%, lavarse las manos antes y después de comer 22%.

GRÁFICO N° 44



Fuente: Cuadro N° 43.

Interpretación.

La mayoría de las personas que contestó la interrogante demostró que conocen y practican las formas mas comunes para prevenir una EDA los cuales se dan a conocer de manera masiva a través de los diferentes medios de comunicación (TV, radio, charlas educativas impartidas en unidades de salud).

Cuadro N° 44

17. ¿De dónde obtuvo usted información sobre las enfermedades diarreicas agudas?

RESPUESTA	Frecuencia	%
Unidad de salud	66	42
Curandero	6	4
Familiares	38	25
Vecinos	17	11
Amistades	28	18
Otros	0	0
TOTAL	155*	100

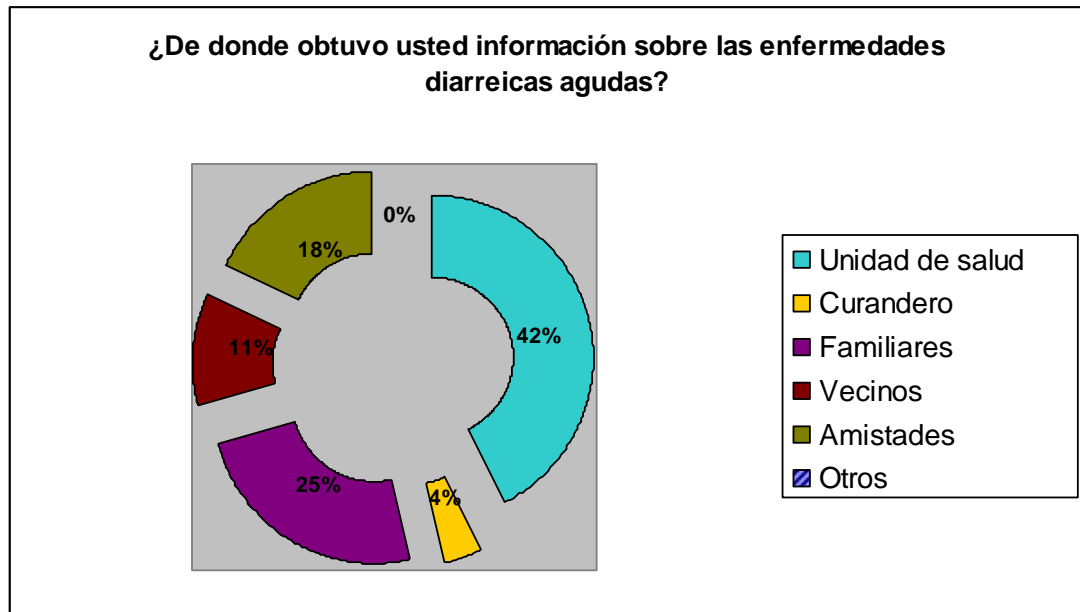
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

* El total sobrepasa la muestra debido a que las madres y / o cuidadores/as podían dar más de una respuesta.

Análisis.

Se obtuvo información que: las unidades de salud forman un 42%, familiares un 25%, amistades un 18%, vecinos 11%, curanderos 4%, Otros un 0 %.

GRÁFICO N° 45



Fuente: Cuadro N° 44.

Interpretación.

La mayoría de la población en estudio han obtenido información en las Unidades de Salud ya sea por orientación brindada por los médicos, personal de enfermería, charlas impartidas en las mismas, por medio de los promotores de salud. Estos brindan información confiable y real sobre enfermedades diarreicas agudas. También en un buen porcentaje por familiares, amigos y vecinos, la información proporcionadas por estos no se considera confiable ya que muchas muertes infantiles es por la mala información dadas por estas. En décadas anteriores el uso de etno-prácticas era muy común, lo cual llevaba a los niños hacia complicaciones severas o incluso la muerte, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social insiste a los padres de familia y cuidadores de niños sobre el abandono de estas prácticas peligrosas.

5.4 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

A través del análisis e interpretación de los datos obtenidos de la encuesta, se pueden comprobar que la hipótesis que se hicieron son congruentes con los datos que se obtuvieron.

Cuadro N° 45: Frecuencia de respuestas de las madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años en el que se representa si tienen o no las prácticas y conocimientos en relación a las IRA.

N°	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SÍ	NO	TOTAL
1	¿Sabe usted que son las infecciones respiratorias agudas?	0		87%
2	¿Cuales de estas infecciones respiratorias agudas usted conoce?	0		100%
3	¿En que épocas del año las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en los niños?	0		55%
4	¿De los agentes etiológicos cuales considera usted que son las causas de las infecciones respiratorias agudas?		0	54%
5	¿Sabe usted como se adquiere una infección respiratoria aguda?	0		100%
6	¿De los siguientes enunciados cuales considera usted factores de riesgo para adquirir una infección respiratoria aguda?	0		100%
7	¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las infecciones respiratorias?	0		69%
8	¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las infecciones respiratorias agudas?		0	72%
9	¿Cuando sus niños se enferman de infecciones respiratorias agudas que hace usted?	0		87%
10	¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene infección respiratoria aguda?	0		100%
11	¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una infección respiratoria aguda?	0		100%
12	¿Cuales de estas complicaciones de las infecciones respiratorias agudas conoce?	0		100%
13	¿Cuáles de estos signos de alarma conoce de las infecciones respiratorias agudas?	0		100%
14	¿Qué practicas realiza usted para evitar la transmisión de una infección respiratoria aguda en sus hijos?	0		100%
15	¿Con la práctica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?	0		72%
16	¿De las siguientes formas de prevención cuales usted conoce y practica?	0		100%
17	¿De donde obtuvo usted información sobre las infecciones respiratorias agudas?	0		55%

Cuadro N° 46: Frecuencia de respuestas de las madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años en el que se representa si tienen o no las prácticas y conocimientos en relación a las EDAS.

N°	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SÍ	NO	TOTAL
1	¿Sabe usted que son las enfermedades diarreicas agudas?	<input type="radio"/>		94%
2	¿Cuántas defecaciones son normales en 24 horas para los niños menores de cinco años?	<input type="radio"/>		55%
3	¿En que épocas del año las enfermedades diarreicas agudas son más frecuentes en los niños?	<input type="radio"/>		83%
4	¿Sabe usted que causa las enfermedades diarreicas agudas?	<input type="radio"/>		59%
5	Sabe usted como se adquiere una enfermedad diarreica aguda?	<input type="radio"/>		100%
6	¿De los siguientes enunciados cuales considera usted como factores de riesgo para adquirir una enfermedades diarreicas agudas?	<input type="radio"/>		100%
7	¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las enfermedades diarreicas agudas?	<input type="radio"/>		79%
8	¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las enfermedades diarreicas agudas?		<input type="radio"/>	70%
9	¿Cuándo sus niños se enferman de enfermedad diarreica aguda que hace usted?	<input type="radio"/>		54%
10	¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene enfermedad diarreica aguda?	<input type="radio"/>		100%
11	¿Cuáles de estos signos de alarma conoce?	<input type="radio"/>		100%
12	¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una enfermedad diarreica aguda?	<input type="radio"/>		100%
13	¿Cuales de estas complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas conoce?	<input type="radio"/>		100%
14	¿Qué prácticas realiza usted para evitar la transmisión de una enfermedad diarreica aguda en sus hijos?	<input type="radio"/>		100%
15	¿Con la práctica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?	<input type="radio"/>		83%
16	¿De las siguientes formas de prevención cuales usted conoce y practica?	<input type="radio"/>		100%
17	¿De donde obtuvo usted información sobre las enfermedades diarreicas agudas?		<input type="radio"/>	58%

Dichas hipótesis son aceptadas, ya que la frecuencia de respuestas correctas descritas sobre los conocimientos y prácticas de los encuestados relacionados con las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas son mayores que las incorrectas, tal como se refleja en los cuadros anteriores.

A continuación se recuerda el sistema de hipótesis empleado:

Hi: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años si tienen los conocimientos y prácticas sobre las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

H₁: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años si conocen la sintomatología, formas de transmisión, factores de riesgo, complicaciones y formas de prevención en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

H₂: Las madres y / o cuidadores de niños y niñas menores de cinco años si realizan prácticas como tratamiento para las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 CONCLUSIONES.

Al haber finalizado el trabajo de investigación sobre los conocimientos y prácticas que tienen las madres y / o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años en relación a las infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS) que consultaron en las Unidades de Salud de Alegría; Unidad de salud Anexa al hospital San Pedro de Usulután y la Presita de San Miguel en los meses de diciembre de 2006 a febrero de 2007 según tabulación, análisis e interpretación, aplicación de prueba de hipótesis y cumplimiento de objetivos propuestos inicialmente, así se llegó a las siguientes conclusiones.

Los conocimientos que tienen la madres y/o cuidadores/as de niños y niñas en general se relaciona con la manera en que estas tratan a los niños en casa antes de acudir a un Centro de Salud y reciban el tratamiento correspondiente; en general la población sabe que es una IRA y EDAS; la sintomatología más conocida por la población en cuanto a IRA se refiere fue la tos, fiebre, flujo nasal y la mayoría considera que los factores condicionantes para la transmisión de IRA son: los cambios bruscos de clima; la forma de transmisión es de persona a persona debido a la saliva

(Flugge) expulsada por los enfermos; tienen la creencia equivocada que el agente causante principal de las IRAS son las Bacterias; y por tal motivo dan antibióticos a sus hijos cuando padecen de IRAS.

Este es un concepto erróneo ya que la gran mayoría de IRA es de origen viral y en este caso no se trata con antibióticos; por lo demás la población tiene los conocimientos básicos respecto a sintomatología, forma de transmisión y prevención.

En cuanto a las complicaciones la población opina que cuando a un menor no se le da el tratamiento adecuado o no se cumple las recomendaciones dadas por el médico los niños se complican principalmente con bronquitis y neumonía.

La mayoría de las prácticas que realizan como forma de prevención es evitar el contacto con los enfermos, cubrirse la boca al toser para evitar la expansión de flugge (gotas de saliva); pero muy poco practican la lactancia materna exclusiva como método de prevención.

La práctica como forma de tratamiento que realizan es acudir al médico al presentar los niños un caso de IRA, dar medicamentos para bajar la fiebre, el uso de la hidroterapia; abrigarlos en caso de clima frío; el tratamiento avalado por el MSPAS como agua de manzanilla, son prácticas correctas que la mayoría de los encuestados realiza.

En lo que a EDAS se refiera la población esta bien orientada cuándo considerar una diarrea en cuanto al número de defecaciones y síntomas relacionados. La mayoría conoce que la época del año en que más se adquieren es en el invierno, siendo el agente causal principal los parásitos, luego bacterias y virus. Conocen que la forma de prevención más adecuada es a través de los hábitos higiénicos y la preparación adecuada de los alimentos. La práctica como forma de tratamiento que la mayoría realiza es administrar abundantes líquidos por vía oral para evitar la deshidratación choque y muerte.

Las hipótesis que se plantearon para la investigación son aceptadas, ya que la frecuencia de respuestas correctas descritas sobre los conocimientos y prácticas de los encuestados relacionados con las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, son mayores que las incorrectas.

6.2 RECOMENDACIONES.

Teniendo como base las conclusiones presentadas sobre la investigación de los conocimientos y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas menores de cinco años sobre IRA y EDAS que consultaron a las Unidades de Salud objeto de estudio en el período de diciembre de 2006 a febrero de 2007, se hacen las siguientes recomendaciones.

A las Unidades de Salud de Alegría, Anexa al hospital San Pedro de Usulután y La Presita de San Miguel.

- Promover medidas de prevención para IRA y EDAS por medio de charlas a los usuarios de estos centros de salud para que detecten de forma precoz los signos y síntomas generales y de alarma de ambas patologías.

- Promover la integración comunitaria al programa nacional sobre Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y de esta manera conozcan y practiquen el tratamiento y recomendaciones que da el Ministerio de Salud y Asistencia Social para casos de IRA y EDAS.

A la comunidad de las Unidades de Salud de Alegría, Anexas al hospital San Pedro de Usulután y La Presita de San Miguel.

- Que por medio de las charlas que imparten los trabajadores de salud a las madres y/o cuidadores/ras estos conozcan y practiquen de manera correcta formas de tratamiento y prevención de IRA y EDAS.

A los médicos en servicio social y médicos consultantes del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

- Explicar y enseñar a las madres y/o cuidadores/as de niños y niñas en el momento de la consulta que prácticas realizan de manera correcta y cuales son las incorrectas para el manejo de una IRA y EDAS para evitar complicaciones.
- Exhortar a hacer investigaciones sobre conocimientos y prácticas que tienen madres y/o cuidadores/as sobre otras patologías que afecten a la población infantil.

A la Universidad de El Salvador.

- Incentivar a la población estudiantil a continuar realizando investigaciones sobre temas de salud para beneficiar a la población salvadoreña.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

ALVAREZ, Sintés, Medicina Integral General. Volumen II, Edición, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, 2001, 1002 Págs.

BERHRMAN, Richard E. y Otros. Nelson Tratado de Pediatría, Volumen II, 15ª edición, México DF. Mc Graw-Hill- Interamericana editores S.A. de C. V., 1999, 2703 págs.

FERRI, Fred; Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna, 1ra. Edición, España, Editorial Océano, 2005, 1108 págs.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. Mitología de la Investigación, 3º edición, México DF. Mc Graw-Hill- Interamericana editores S.A. de C.V. 2003. Págs. 706.

HNNBB. Normas Pediátricas Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario 2ª edición. San Salvador, C.A., Consejo Editorial 1999. 521 págs.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), El Salvador, 2005, 38 págs.

PINEDA, Beatriz; ALVARADO, Eva; HERNÁNDEZ, Francisca.
Metodología de la Investigación (Manual para el Desarrollo del Personal de Salud). 2ª Edición, OPS Editores, Puerto Rico, 1994, Págs. 225.

ROJAS, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. 26ª Edición, editorial Plaza y Valdez editores, México, 2000, Págs. 437.

DOCUMENTOS:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, El Salvador.
“Norma Integral de Atención Infantil” Documento Mayo 1999, Pág. 14.

-----, El Salvador.
“Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y Guía de consulta para él (la) participante” Documento Mayo 2001, Pág. 43.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documento. “Prevención de Diarreas”, 2ª Edición, Agosto 1987, Pág. 67.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Documento. “Programa de control de enfermedades diarreicas”, 3ª Edición, Diciembre 1992, Pág. 95.

PERIÓDICOS:

GIRÓN, Glenda. “Mal de Mayo se prolongará hasta Junio”. Periódico La Prensa Gráfica, San Salvador, El Salvador, C.A., 25 de Mayo de 2006, Pág. 22. Precio \$0.50.

GIRÓN, Glenda. “Las consultas por Diarrea se acercan a 12 mil semanales”. Periódico La Prensa Gráfica, San Salvador, El Salvador, C.A., 2 de Junio de 2006, Pág. 38. Precio \$0.50

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

FLORES H.J. “Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención, de las infecciones respiratorias agudas”. Documento, Perú, 2003 (Disponible en www.monografias.com) consultada el 2 de Junio de 2006.

HONORIO QC. “Conocimientos y su relación con las practicas de las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas”. Documento, Perú, 2001 (Disponible en www.monografias.com) consultada el 2 de Junio de 2006.

Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, Casos de Infecciones Respiratorias Agudas, Documento, Chile, 2005 (Disponible en www.mspas.gob.sv/resp.agu.gif.com), consultado el 15 de Noviembre de 2006.

<http://www.paho.org/spanish/HCP/HCT/IMCI/imci-aiqi.htm>.

(Infección Respiratoria Aguda Magnitud)

<http://www.clinfec.org/eventos>.

(Medidas de prevención y control de infecciones relacionadas a IRAS).

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLOS II AÑO 2006 Y I AÑO 2007.

CARRERA: DOCTORADO EN MEDICINA.

AÑO 2006

AÑO 2007

MESES	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo							
	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				
SEMANAS																																												
ACTIVIDADES																																												
Inscripción del Proceso																																												
Elaboración del Perfil de investigación																																												
Elaboración del Protocolo de investigación																																												
Entrega del Protocolo de investigación																																												
Ejecución de la Investigación																																												
Tabulación, análisis e interpretación de datos																																												
Divulgación o socialización de los resultados																																												
Elaboración de propuesta que mejore la situación encontrada																																												
Elaboración del informe final																																												
Presentación del informe final																																												
Exposición oral de los resultados																																												

ANEXO Nº 2.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SOBRE TAREAS DE EJECUCIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN:**

Conocimiento y prácticas que tienen las madres y/o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años que consultan en las Unidades de Salud de Alegría, Unidad de Salud Anexa al Hospital de Usulután, Unidad de Salud La Presita de San Miguel de diciembre de 2006 a febrero de 2007.

NOMBRE	JOAQUIN MACHUCA	ASTRID PERDOMO	VANESSA VENTURA
ACTIVIDAD			
Consulta médica, llenado de cedula de entrevista a madres y/o cuidadores/ras de pacientes seleccionados.	02/12/06 (10 encuestas)	01/12/06 (12 encuestas)	01/12/06 (17 encuestas)
	09/12/06 (10 encuestas)	09/12/06 (12 encuestas)	09/12/06 (17 encuestas)
	16/12/06 (10 encuestas)	16/12/06 (12 encuestas)	16/12/06 (17 encuestas)
	30/12/06 (10 encuestas)	30/12/06 (12 encuestas)	30/12/06 (17 encuestas)
	06/01/07 (10 encuestas)	06/01/07 (12 encuestas)	06/01/07 (17 encuestas)
	13/01/07 (10 encuestas)	13/01/07 (12 encuestas)	13/01/07 (17 encuestas)
	20/01/07 (10 encuestas)	20/01/07 (12 encuestas)	20/01/07 (17 encuestas)
	27/01/07 (10 encuestas)	27/01/07 (12 encuestas)	27/01/07 (17 encuestas)
	04/02/07 (9 encuestas)	04/02/07 (11 encuestas)	04/02/07 (14 encuestas)
Total de instrumentos aplicados por cada estudiante.	89	107	150
Tabulación, análisis e Interpretación de datos	1/04/07	1/04/07	1/04/07
	10/04/07	10/04/07	10/04/07

ANEXO Nº 3.

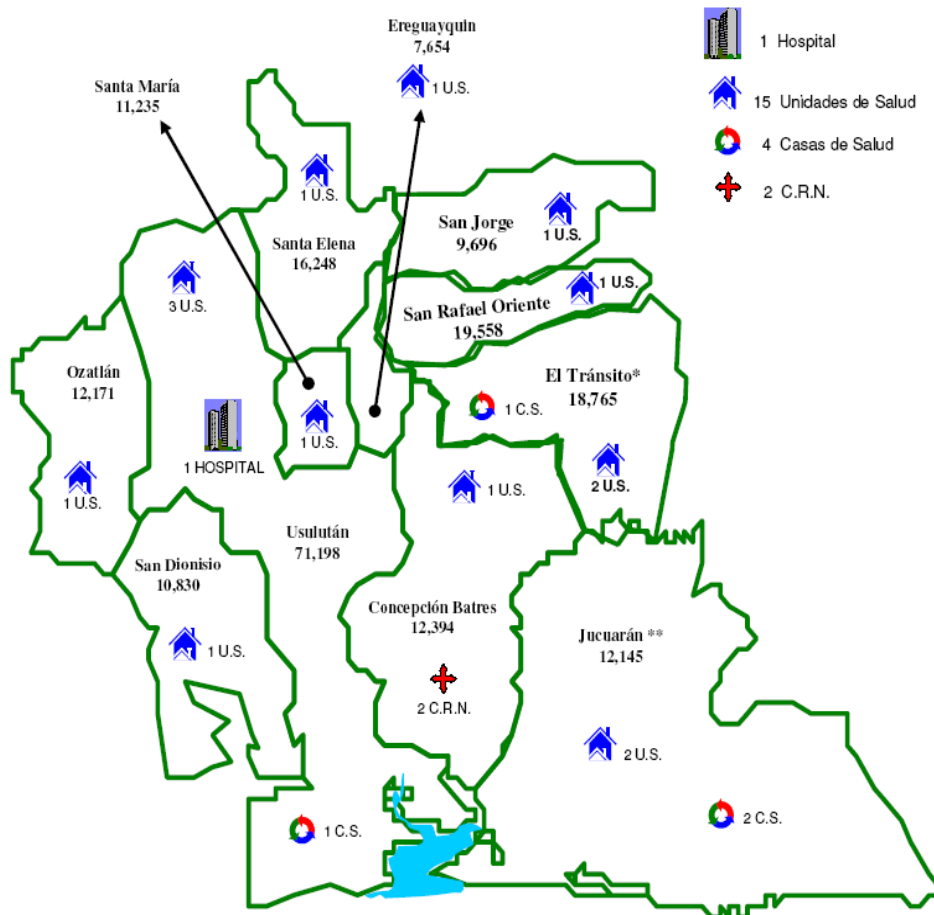


MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 DIRECCION DE PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
 UNIDAD DE INFORMACION EN SALUD



Población y Establecimientos de Salud por Municipios
SIBASI USULUTAN

Total Población 2,005: 201,894



- * Municipios de El Tránsito, San Jorge y San Rafael de Oriente geográficamente pertenecen al Depto. de San Miguel pero su población es atendida por el SIBASI Usulután.
- ** La población de Jucuarán es compartida con el SIBASI San Miguel
- La población de los municipios de Jucuapa y San Buenaventura son atendidos por el SIBASI Nueva Guadalupe.

Fuente:
 Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

ANEXO Nº 4.

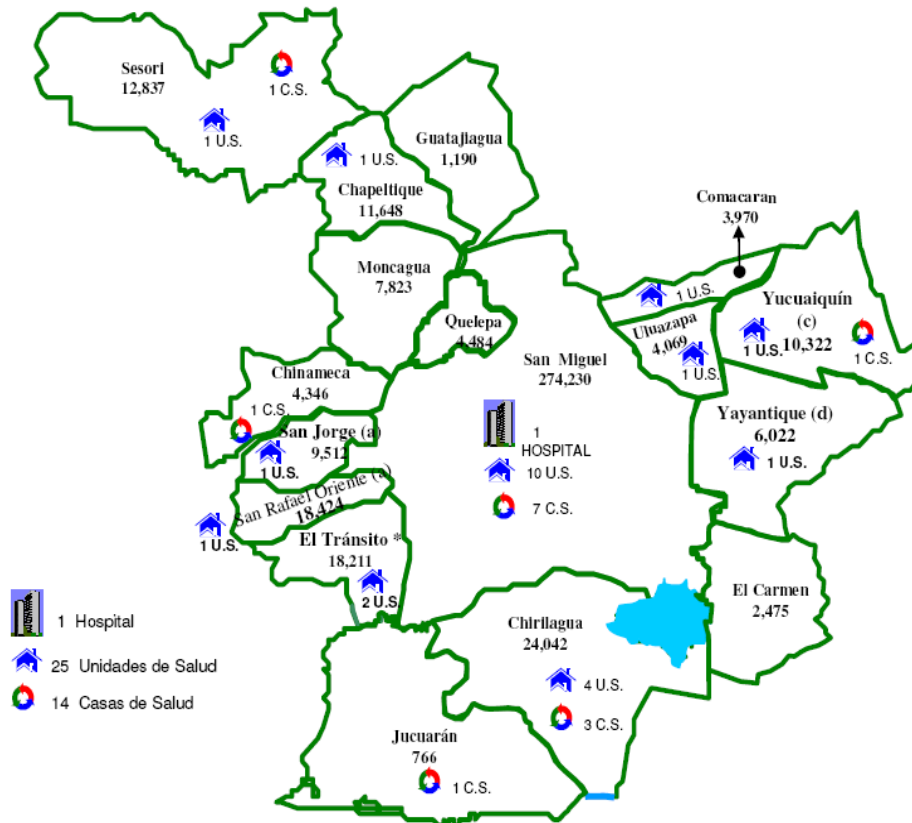


MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE PLANIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD DE INFORMACION EN SALUD



Población y Establecimientos de Salud por Municipios SIBASI SAN MIGUEL

Total Población 2,005: 368,938



- a) La población de los Municipios de El Tránsito, San Jorge y San Rafael Oriente es atendida por el SIBASI Usulután
- b) La población del Municipio de Nuevo Edén de San Juan es atendida por el SIBASI Sensuntepeque.
- c) El Municipio Yucuaquín geográficamente pertenece al Depto. de La Unión, SIBASI Santa Rosa de Lima y su población es atendida por el SIBASI San Miguel.
- d) El Municipio Yayantique geográficamente pertenece al Depto. de La Unión, SIBASI La Unión y su población es atendida por el SIBASI San Miguel.
- El Municipio de Quelepa comparte población con el SIBASI Nva. Guadalupe
- El Municipio El Carmen geográficamente pertenece al Depto. de La Unión, SIBASI La Unión y comparte población con el SIBASI San Miguel.
- Los municipios de Chinameca y Moncagua geográficamente pertenecen al SIBASI Nva. Guadalupe y comparte población con el SIBASI San Miguel.
- El Municipio de Guatajagua geográficamente pertenece al Depto. de Morazán, SIBASI Morazán y comparte población con el SIBASI San Miguel.
- El Municipio de Jucuarán geográficamente pertenece al Depto. de Usulután, SIBASI Usulután y comparte población con el SIBASI San Miguel.

Fuente:
Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

ANEXO Nº 5.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

Cedula de entrevista dirigida a: Madres y / o cuidadores/ras de niños y niñas menores de cinco años que consultan a las unidades de salud objeto estudio, sobre los conocimientos y prácticas que tienen sobre las IRA y EDAS.

Objetivo: Recolectar información sobre los conocimientos y prácticas de las madres y / o cuidadores/ras sobre las IRA y EDAS.

Responsable: _____

Dirección: _____

Edad: _____

Sexo: M F

¿Sabe leer y escribir? SI NO

Nivel de escolaridad: Primaria _____
Básica _____
Bachillerato _____
Universitario _____
Ninguno _____

PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

1. Edad del menor:

0 - 1 años _____

1 - 2 años _____

2 - 4 años _____

4 - 5 años _____

2. ¿Sabe usted que son las infecciones respiratorias agudas?

SI _____ NO _____

Explique:

3. ¿Cuales de estas infecciones respiratorias agudas usted conoce?

Catarro común _____

Faringoamigdalitis aguda _____
Otitis media aguda _____
Laringitis _____
Bronquitis _____
Neumonía _____
Influenza _____

4. ¿En que épocas del año las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en los niños?

Invierno _____ Verano _____

5. ¿De los agentes etiológicos cuales considera usted que son las causas de las infecciones respiratorias agudas?

Virus _____ Bacterias _____

6. ¿Sabe usted como se adquiere una infección respiratoria aguda?

7. ¿De los siguientes enunciados cuales considera usted factores de riesgo para adquirir una infección respiratoria aguda?

Nivel socioeconómico _____

Nivel educativo _____
Hacinamiento _____
Contaminación ambiental _____
Tabaquismo _____
Desnutrición _____
Exposición al frío y a la humedad _____
Privación de lactancia materna _____

8. ¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las infecciones respiratorias?

SI _____ NO _____

9. ¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las infecciones respiratorias agudas?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

10. ¿Cuando sus niños se enferman de infecciones respiratorias agudas que hace usted?

Consulta con un medico _____

Consulta con un curandero _____

Lo medica usted en casa _____

Otros _____

11. ¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene infección respiratoria aguda?

Fiebre _____

Tos _____

Dificultad para la alimentación _____

Flujo nasal _____

Lagrimeo _____

Dificultad para respirar _____

Hervor de pecho _____

12. ¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una infección respiratoria aguda?

13. ¿Cuales de estas complicaciones de las infecciones respiratorias agudas conoce?

Sinusitis _____

Otitis media _____

Adenoiditis _____

Bronquitis _____

Neumonía _____

14. ¿Cuáles de estos signos de alarma conoce de las infecciones respiratorias agudas?

Tirajes intercostales _____

Frecuencia respiratoria aumentada _____

Aleteo nasal _____

Dificultad para alimentarse _____

Dificultad respiratoria _____

Cianosis _____

Fiebre _____

15. ¿Qué practicas realiza usted para evitar la transmisión de una infección respiratoria aguda en sus hijos?

16. ¿Con la práctica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?

17. ¿De las siguientes formas de prevención cuales usted conoce y practica?

Cubrirse la boca al toser y estornudar _____

- Usar pañuelos desechables y botarlos luego de un uso _____
- Lavarse las manos a menudo y cuidadosamente _____
- Evitar el contacto con enfermos _____
- Lavar los juguetes contaminados por tos, estornudo
o secreción _____

18. ¿De donde obtuvo usted información sobre las infecciones respiratorias agudas?

- Unidad de salud _____
- Curandero _____
- Familiares _____
- Vecinos _____
- Amistades _____
- Farmacia _____

PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS)

1. ¿Sabe usted que son las enfermedades diarreicas agudas?

SI _____ NO _____

2. ¿Cuántas defecaciones son normales en 24 horas para los niños menores de cinco años?

3. ¿En que épocas del año las enfermedades diarreicas agudas son más frecuentes en los niños?

Invierno_____ Verano_____

4. ¿Sabe usted que causa las enfermedades diarreicas agudas?

Virus _____ Bacterias _____ Parásitos _____

5. ¿Sabe usted como se adquiere una enfermedad diarreica aguda?

6. ¿De los siguientes enunciados cuales considera usted como factores de riesgo para adquirir una enfermedades diarreicas agudas?

Higiene personal deficiente _____

Desnutrición _____

Ausencia de lactancia materna _____

Contaminación fecal de agua y alimentos _____

7. ¿Cree usted que la leche materna protege a los niños contra las enfermedades diarreicas agudas?

SI _____ NO _____

8. ¿Cree usted que hay que administrar antibióticos en todas las enfermedades diarreicas agudas?

SI _____ NO _____

¿Por qué?

9. ¿Cuando sus niños se enferman de enfermedad diarreica aguda que hace usted?

Consulta con un médico _____

Consulta con un curandero _____

Lo medica usted en casa _____

Consulta en la farmacia _____

Otros _____

10. ¿Qué signos y síntomas conoce usted para pensar que un niño tiene enfermedad diarreica aguda?

Fiebre _____

Dolor abdominal _____

Sangre o moco en las heces _____

Nauseas y vómitos _____

Aumento en el número de las defecaciones _____

11. ¿Cuáles de estos signos de alarma conoce?

Mucosas secas _____

Ojos hundidos _____

Fontanela deprimida _____

Bebe con avidez _____

12. ¿Qué es lo que hace usted para aliviar la sintomatología de una enfermedad diarreica aguda?

13. ¿Cuáles de estas complicaciones de las enfermedades diarreicas agudas conoce?

Deshidratación _____

Choque _____

Muerte _____

14. ¿Qué prácticas realiza usted para evitar la transmisión de una enfermedad diarreica aguda en sus hijos?

15. ¿Con la práctica empleada si el niño no mejora cuantos días espera para volver a consultar?

16. ¿De las siguientes formas de prevención cuales usted conoce y practica?

Lavarse las manos antes y después de comer _____

Lavarse las manos después de usar el sanitario _____

Lavar los alimentos antes de cocinarlos _____

Cocinar bien los alimentos _____

17. ¿De donde obtuvo usted información sobre las enfermedades diarreicas agudas?

Unidad de salud _____

Curandero _____

Familiares _____

Vecinos _____

Amistades _____

Otros _____

Observaciones:
