

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



**EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL
EN LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SUPERIORES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE CONSULTAN EN
LAS UNIDADES DE SALUD DE SOCIEDAD, JOCORO Y GUATAJIAGUA,
MORAZAN, DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

SALVADOR NEFTALI ARGUETA MARTÍNEZ
JOSÉ FRANCISCO FUENTES VARELA
ROCIÓ LIZBEHT MELGAR HERNÁNDEZ

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES

ENERO DE 2006

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ.

RECTORA

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA.

VICERRECTOR ACADÉMICO.

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS.

SECRETARIA GENERAL.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA.

DECANO INTERINO.

LICENCIADA GLORIA LARIOS DE NAVARRO

VICEDECANA INTERINA

LICENCIADA LOURDES ELIZABET PRUDENCIO COREAS.

SECRETARIA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

AUTORIDADES.

DOCTORA LIGIA JEANNETTE LÓPEZ LEIVA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADUACIÓN.

ASESORES

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES.

DOCENTE ASESOR.

LICENCIADO MARCELINO MEJÍA.

ASESOR DE ESTADÍSTICA.

LICENCIADA ELBA MARGARITA BÉRRIOS CASTILLO.

ASESORA DE METODOLOGÍA.

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES.

DOCENTE ASESOR

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.

JURADO CALIFICADOR.

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO.

JURADO CALIFICADOR.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por darme tanto entendimiento, inteligencia, confianza y perseverancia en todo mi trayecto de mi preparación académica, a mis padres Timotea Martínez y Francisco Argueta Quevedo por el apoyo incondicional que me brindaron en los momentos más difíciles de mi carrera y por el sacrificio de cada día para sacarme adelante en el logro de mis metas; Mis Hermanos Queridos y Amados por su apoyo y confianza durante el desarrollo del proceso de formación, Francisco Noel, José Cristino, José Guillermo, José Narciso; Mis Tíos y Tías; Mis Primos y Primas, Con Mucho Amor y Comprensión; Mis Amigos y a una persona muy especial por su confianza, apoyo y comprensión.

Salvador Neftali Argueta Martínez.

A Dios, a mi madre Ester Varela (Grata Recordación), de quien provienen y a quién van mis más profundos sentimientos; A mi esposa Marisol Montiel y mi hija Elsy Ester, las estrellas que alumbran mi camino; a mi padre Mauro Fuentes, por su apoyo y orientación oportuna; a mis Hermanos, especialmente José Fuentes y Lorena Fuentes;; a mis profesores por su dedicación y respeto; Familiares y Amigos, por su afecto y oraciones.

José Francisco Fuentes Varela.

A Dios Todopoderoso y María Santísima; porque todo lo puedo en aquel que me fortalece (Filipenses 4:13); A Mis Hijos Orbelina Rocío, Héctor Antonio, Nahomy y Génesis, por ser la fuente de mi inspiración y darle sentido a mi vida; A Mi Madre Orbelina Margota Hernández de Melgar (Q.E.P.D.) por darle vida a mí vida con su existencia; A Mamá Toña (Q.E.P.D) porque desde mis primeros pasos, me enseñó con su amor el camino a seguir; A Mi Tía Altagracia, por su cariño y apoyo incondicional en toda circunstancia; A Mi Padre, por su orientación; A Mis Hermanos, porque cada uno de ellos en su momento supo animarme y apoyarme; A Mis Amigos (as), con agradecimiento profundo.

Rocío Lisbeth Melgar Hernández.

DEDICATORIA

A todos los niños y niñas del mundo, especialmente a los de las Unidades de Salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, que participaron en esta investigación.

**EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL
EN LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
SUPERIORES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE CONSULTAN EN
LAS UNIDADES DE SALUD DE SOCIEDAD, JOCORO Y GUATAJIAGUA,
MORAZÁN, DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

ÍNDICE

CONTENIDO	Págs.
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN	xvii
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio.....	25
1.2. Enunciado del Problema.....	35
1.3. Objetivos de la Investigación.....	36
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Aspectos de la Salud Pública Relacionados con las IRAS.....	38
2.2. Prevalencia de los Factores de Riesgo.....	39
2.3. Intervenciones de Prevención y Control de las IRAS.....	40
2.3.1. Intervenciones de Prevención.....	40
2.3.1.1 Inmunizaciones.....	40
2.3.1.2 Lactancia Materna.....	43
2.3.1.3 Oligoelementos.....	44
2.3.1.4. Estado Nutricional.....	52
2.3.1.5. Educación.....	55
2.3.1.6. Hacinamiento.....	56

2.3.2. Intervenciones de Control.....	56
2.4. Definición y Clasificación de las IRAS.....	62
2.5. Definición de Términos básicos.....	74

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis de Trabajo.....	81
3.2. Hipótesis Nula.....	81
3.3. Hipótesis Alternativa.....	81
3.4. Operacionalización de las Hipótesis en Variables e Indicadores.....	82

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Estudio.....	86
4.2. Universo.....	87
4.3. Muestra.....	88
4.4. Tipo de Muestreo.....	91
4.5. Técnicas de Obtención de Información.....	92
4.6. Instrumentos.....	93
4.7. Procedimiento.....	94

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos.....	97
5.2 Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos, de la cedula de entrevista dirigida al personal de las Unidades de Salud.....	163
5.3 Prueba de Hipótesis.....	175

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	180
6.2 Recomendaciones.....	183
LIMITACIONES.....	188
BIBLIOGRAFÍA.....	189

ANEXOS

1. Cronograma de Actividades Generales.....	193
2. Cronograma de Actividades Especificas.....	194
3. SIBASI de Morazán.....	195
4. Croquis del municipio de Sociedad.....	196
5. Croquis del municipio de Jocoro.....	197
6. Croquis del municipio de Guatajiagua.....	198
7. División Anatómica de las Vías Respiratorias.....	199

8. Cédula de Entrevista a madres o acompañantes del paciente.....	200
9. Guía de Examen Físico.....	205
10. Cédula de Entrevista al Personal de Salud.....	206
11. Hoja de Inscripción y Control subsecuente de Atención Integral al (la) menor de cinco años (AIEPI).....	208
12. Curva de Crecimiento, Desarrollo y Nutrición del MSPYAS.....	210
13. Cuadro de distribución de ji-cuadrado.....	213

RESUMEN

Las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores representan el 40 a 60% 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 ¿Son efectivas las intervenciones de prevención y control en la disminución de la incidencia de las IRAS en las Unidades de Salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua? Con el objetivo general de investigar la efectividad de las intervenciones de prevención y control de las IRAS en niños y niñas menores de cinco años; inscritos en el programa de atención infantil, con los objetivos específicos de cuantificar la incidencia, tipo, frecuencia y duración de los episodios de éstas. Con base a los objetivos de la investigación se formuló la hipótesis de trabajo, así: Las intervenciones de prevención y control de las IRAS son efectivas en la disminución de la incidencia de éstas en la población infantil objeto de estudio.

El estudio que se realizó fue analítico, retrospectivo, transversal y bibliográfico; se utilizó un muestreo probabilístico estratificado y sistemático. El universo fue de 3,377, la muestra correspondió a un 10% de éste, con un total 346 niños y niñas menores de cinco años que cumplieran con los criterios de inclusión, el intervalo para cada unidad muestral fue el último de cada diez; se realizó una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados, así mismo la aplicación de cédula de entrevista a la madre o acompañantes de las niñas y niños seleccionados, y la realización del examen físico al

momento de la consulta médica; además se pasó una cédula de entrevista al personal de salud; con los resultados se elaboraron tablas y gráficos con su respectivo análisis e interpretación de la información obtenida con la teoría existente y la hipótesis de investigación del presente trabajo. Obteniendo los siguientes resultados: el 67.8% de los pacientes correspondieron al sexo femenino, de los cuales el 20% fueron menores de un año y en igual porcentaje de 3 a 4 años, de procedencia rural en un 58.1%; el tipo de IRAS encontrado con mayor frecuencia el estudio fue el catarro común con un 35.3%, seguida de Rinofaringitis con un 28%. El 33.9% de la población objeto de estudio han presentado 4 episodios de IRAS durante los últimos seis meses hasta la fecha de la investigación, con una duración promedio de 4 a 7 días con un 48%, sin complicaciones en su mayoría; además se expresó la prevalencia de factores de riesgos entre ellos los más predominantes fueron los ambientales, socioculturales y económicos.

Se acepta la hipótesis que las intervenciones de prevención y control son efectivas para disminuir la incidencia de las IRAS, ya que se obtuvo ji cuadrado de 53.46, con una $p < 0.01$, lo cual es muy significativo y expresa correlación entre las intervenciones de prevención y control y la incidencia de la IRAS, es decir que se tiene 95% de seguridad para generalizar los resultados de la investigación sin equivocarse.

Con la investigación se pretende que las Unidades de Salud objeto de estudio se promueva de manera práctica, sencilla y con base científica las medidas de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.

INTRODUCCIÓN

Presentación del informe final sobre los resultados de la investigación tanto teórica como de campo sobre el tema: Efectividad de las Intervenciones de Prevención y Control en la Incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños menores de cinco años en la unidad de salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, Morazán, de julio a septiembre de 2005. La prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) es lo fundamental dentro de la atención primaria, ya que a través de ésta se logra disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad producida por las IRAS; las cuales tienen mayor impacto en la población infantil, que representan un problema de salud de gran importancia. Por lo tanto, las infecciones respiratorias no sólo son relevantes como causa de enfermedad y muerte, si no que también son factores desencadenantes y sostenedores de los procesos que conducen a la desnutrición. Además, estas infecciones representan del 40 al 60% de consulta en atención primaria en salud en nuestro país, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Organización Mundial de la Salud desde 1977 reconoció públicamente que dentro de la Atención Primaria en Salud lo fundamental es lo preventivo y no lo curativo. Por lo que se justifica una investigación formal para conocer la efectividad de las intervenciones de prevención y control en las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, y su impacto en la frecuencia, tipo, duración de los episodios de estas

patologías; el conocimiento y aplicación de éstas por el personal de la Unidad de Salud, padres de familia y la comunidad.

Las infecciones respiratorias afectan las zonas de las vías aéreas que incluyen: nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiólos y pulmones; clasificándose anatómicamente en: 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 y CRUP. Existen muchos microorganismo capaces de causar una enfermedad primaria de las vías respiratorias superiores, los cuales pueden producir una infección subclínica o síntomas evidentes de distinta intensidad e importancia, de acuerdo con cierto factores del huésped como: edad, sexo, contacto previo con el agente, predisposición alérgica, estado nutricional, así como factores ambientales; siendo la mayoría de estas afecciones causadas por virus, entre los cuales figuran el virus de la Influenza y Parainfluenza como los más frecuentes, seguidos de Adenovirus y Rinovirus; en segundo lugar se encuentra las bacterias como agente etiológico, entre éstas: Estreptococo del grupo B, Haemophilus influenza y otros menos comunes, de acuerdo con La Pediatría de Nelson. Con base a su etiología las infecciones más graves o que se complican con más frecuencia son las bacterianas, lo cual se incrementa según la idiosincrasia de cada persona

En El Salvador el alto grado de contaminación ambiental es más que todo un problema urbano, en las grandes ciudades el transporte terrestre y la actividad industrial son las causantes principales; sin embargo, muchas otras actividades humanas contaminan directa ó indirectamente el aire: uso de aerosoles, candiles, desinfectante, refrigeradores, fumigadores agrícolas y aires acondicionados.

En zonas suburbanas y rurales la utilización de leña para cocción de alimentos, la incineración de la basura en los tiradores al aire libre, la quema de la tierra para la preparación de los cultivos, quemas de cañales, incendios forestales, las polvareda causadas por los caminos y carreteras sin asfalto y la fumigación de pesticida, son altos contaminantes de la atmósfera; siendo estos factores determinantes en al aparecimiento y exacerbación de las enfermedades respiratorias.

En nuestro país la mayoría de los niños tienen alrededor de seis a diez episodios de infecciones respiratorias agudas al año, según Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estos niños constituyen una gran parte de los pacientes atendidos por trabajadores de salud en los centros de salud. Estas infecciones tienden a ser todavía más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales; debido al hacinamiento en que viven y el número de habitantes por casa que en su mayoría son menores de cinco años, aunado a las precarias condiciones de la vivienda.

El departamento de Morazán se caracteriza por tener un clima fresco la mayor parte del año, sobretodo en la zona alta por ser una región montañosa, su área geográfica es predominantemente rural, cuyos habitantes se encuentra en una situación precaria o de extrema pobreza, que se ve agravada por el analfabetismo y la falta de oportunidades de desarrollo. Factores que están presente en el municipio de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, en los cuales además se evidencia la contaminación ambiental por presentar calles de tierra en su mayoría, el uso de leña predominantemente, uso de candiles en la iluminación de los hogares, además de características socioeconómicas como el hacinamiento, nivel educativo y bajo ingreso económico; lo cual influye en el aparecimiento y exacerbación de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.

Partiendo que la prevención es lo fundamental en la atención primaria en salud, en El Salvador es necesario determinar la efectividad de las siguientes intervenciones preventivas de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores:

- 1- Lactancia Materna
- 2- Inmunizaciones
- 3- Estado Nutricional.
- 4- Administración de Micronutrientes.
- 5- Educación continuada por parte del personal de salud a padres de familia y a la comunidad (Charlas Educativas).
- 6- Promover medidas para mejorar las condiciones de hacinamiento.

Finalmente a los habitantes de los Municipios de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, en la población menor de cinco años, promoviendo la divulgación de la lactancia materna, inmunización, administración de micronutrientes y estado nutricional adecuado, hacinamiento; además dando a conocer los resultados, conclusiones y recomendaciones por parte de los investigadores al personal de las Unidades de Salud en búsqueda de soluciones a uno de los principales problemas de salud existentes en la comunidad, logrando de esta forma reducir la incidencia de las infecciones respiratorias en la población estudiada.

El documento final de la presente investigación se desarrolló en seis capítulos los cuales se describen a continuación.

El capítulo uno trata sobre el planteamiento 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 éste capítulo los objetivos generales y 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 sistemas de hipótesis, en donde se presentan la hipótesis de trabajo, hipótesis nula y la hipótesis alternativa. También se encuentra la operacionalización de las variables e indicadores, éstos últimos sirvieron para la elaboración de la cédula de entrevista por la cual se obtuvo la información.

El capítulo cuatro describe el diseño metodológico, que expone el tipo de estudio aplicado a la población y la muestra investigada, el tipo de muestreo, las técnica 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 clasificaron mediante cuadros simples y de doble entrada, además se encuentra 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 consultada.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

Las Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias constituyen la patología infecciosa más común de la humanidad; son asimismo la primera causa de muerte en niños menores de cinco años, estimándose al menos así en países en vías de desarrollo, que ocasionan 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. Estas infecciones adoptan características particulares dependiendo de una serie de circunstancias, tales como: edad del paciente, sitio anatómico afectado, el agente causal y su virulencia.

La Organización Mundial de la Salud estima que en promedio, un niño en un área urbana tiene de seis a diez episodios de infección respiratoria aguda (IRA) 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 producen. En áreas rurales, según los resultados la incidencia parece ser menor, no obstante se considera que de 7 a 10% de todos los niños menores de cinco años desarrolla IRA grave o moderada durante un año. En las comunidades rurales esta frecuencia es mucho menor y apenas alcanza dos a tres episodios de IRA en

niños menores de 5 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 ha permanecido sin cambios importantes durante las últimas tres décadas, aunque se ha ganado en la descripción de nuevos patógenos como *Legionella*, *Moraxella* y *Chlamydia*.

En la situación actual existen cinco aspectos importantes en el análisis de la problemática de las Infecciones Respiratorias Agudas, 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.

Partiendo que la prevención es lo fundamental en la atención primaria en salud, es necesario abordar las siguientes intervenciones preventivas en las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores: Lactancia Materna, Inmunizaciones, Estado Nutricional, Administración de Micronutrientes, Hacinamiento, Educación continuada por parte del personal de salud a padres de familia y a la comunidad (Charlas Educativas.); así mismo conocer la calidad de atención de los casos de IRAS para facilitar su control.

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.

El departamento de Morazán se encuentra ubicado en la zona oriental del país, cuenta con una población de 171,098 habitantes según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 2004, constituyendo el 71% el área rural y el 29% el área urbana, territorialmente se extiende sobre un área de 1,265 Km., administrativamente se subdivide en 26 municipios, 156 cantones y 440 caseríos; está delimitado al este con el departamento de San Miguel, al norte hace frontera con la República de Honduras; sus características socioeconómicas son de extrema pobreza, predominando en el área rural, la cual se ve agravada por la escasez de recursos naturales y falta de oportunidades de desarrollo.

El clima es variado de templado a frío en la zona montañosa de la frontera, predominando el clima fresco la mayor parte del año; y cálido en la parte baja, donde se encuentra ubicada su cabecera departamental: San Francisco Gotera, que por ser más poblada ha crecido la urbanización en la zona lo cual ha provocado mayor deforestación causando un clima caluroso. La población de Morazán se caracteriza por encontrarse en una situación económica precaria en donde el 70% de la población rural y el 30% de la población urbana se encuentran en condiciones de extrema pobreza, la cual se agrava por

la escasez de recursos naturales y la falta de oportunidades de desarrollo. El analfabetismo, la escolaridad promedio y las personas que viven en extrema pobreza presentan en Morazán cifras más críticas que en el resto del país (Ver Anexo N° 3).

Se continua describiendo el contexto sociocultural de cada municipio en que se realizó el presente estudio, iniciando con Sociedad, del distrito de San Francisco Gotera, perteneciente al departamento de Morazán, comprende la Villa (hoy Ciudad) de su mismo nombre. Su extensión aproximada es de 117.47 kilómetros cuadrados. Sus límites jurisdiccionales son: Norte, con el municipio de Corinto, al Sur con Jocoro, al Oeste con San Francisco Gotera, Lolotiquillo y Cacaotera y al Este, con Santa Rosa de Lima y Anamorós. Sus alturas principales son: Volcán Ocotepeque, Cerro El Tizate, Buenavista, El Pilar, Chichigua, Los Pinos, El Gigante, El Colorado y El Picacho. La Ciudad de Sociedad está situada a 325 metros sobre el nivel del mar, entre los 13°, 42', 6", Latitud Norte y los 88°, 0', 30", Longitud Oeste del meridiano de Greenwich, 16 kilómetros al Este de la ciudad de San Francisco Gotera, obtuvo el título de Villa el 13 de febrero de 1874 y el de Ciudad el 12 de diciembre de 1998; fue fundada el 18 de abril de 1836.

Cuenta con 8 cantones, 43 caseríos, 8 ríos, 13 cerros, un clima predominantemente fresco en la parte noroeste, el resto presenta un clima caluroso, pertenece a los tipos de tierra caliente y templada; en este municipio se dedica a las actividades agrícolas y ganadera, los cultivos predominantes son: Maíz, maicillo, arroz, caña de azúcar y las

principales actividades pecuarias son: la crianza de ganado, aves y cerdos. De acuerdo a la distribución de suelos según su clasificación agrológica en el municipio de Sociedad su uso potencial es el siguiente: El suelo tipo VI y VIII representa el 100%, el cual tiene diversas restricciones para cultivos anuales por lo que es inadecuado para este tipo de cultivos siendo aptos para cultivos permanentes como árboles frutales, café, maderas, piña, arroz y frijoles. El tipo de vivienda predominantemente es de tipo mixto, bahareque, adobe, madera, paja o palma, y otros diferentes tipos de vivienda (Ver Anexo N° 4).

Los servicios con que cuenta el municipio de Sociedad son: Agua potable, alumbrado eléctrico, telecomunicaciones, correo, juzgado de paz, escuela de educación básica, instituto nacional, una escuela parvularia, unidad de salud, casa comunal, Policía Nacional Civil (PNC), Autoridades Municipales, rastro municipal y servicio de transporte terrestre colectivo, parque, iglesia, centro de bienestar infantil, así mismo cuenta con servicios profesionales privados como: clínicas médicas familiar, clínicas odontológicas, farmacia, abogados. La Mayor parte de los habitantes profesan la religión católica y en menor porcentaje son de la religión evangélica. La infraestructura vial con que cuenta son carreteras pavimentadas, calle adoquinada y de tierra.

El municipio de Jocoro, pueblo Ulúa precolombino sin duda unos de los más importantes en tiempo de la gentilidad americana, el cual significa “Vosquez de los

Pinos Orientales”, Obtuvo el título de villa el 12 Junio de 1824 perteneciendo al departamento de San Miguel y partir 1875 pasó a la jurudisccción del departamento de Morazán. Jocoro obtuvo el título de Ciudad el 24 de marzo de 1908.

Sus limites son: Al norte con la cabecera del departamento de Morazán, al Nororiente con el municipio de Sociedad, al Este con el municipio de Bolívar departamento de la Unión, al Sur municipio de Comacarán departamento de San Miguel y Yucuaquin departamento de La Unión, al Este con la villa de El Divisadero y la ciudad de San Miguel. Jocoro esta ubicado al extremo sur del departamento de Morazán en una área aproximadamente 75 kilómetros cuadrados. Existen muchos minerales entre ellos se tienen: Mina de San Cristóbal (Montecristo), Loma Larga, Modelo, El Pavón, El Gigante y El Bejucal; en el pasado fueron fuertemente explotadas pero que actualmente no se encuentran funcionando.

Jocoro cuenta con 7 cantones, 45 caseríos, 17 ríos y 8 cerros, el clima predominantemente caluroso en los meses de marzo y abril, cuenta con una población de 9250 y niños inscritos en el programa de atención infantil es de 887, cuenta con un tipo de tierra caliente y templada; en este municipio se dedica a las actividades agrícolas, ganadera y comercio, los cultivos predominantes son: Maíz, maicillo, arroz, caña de azúcar y las principales actividades pecuarias son: La crianza de ganado, aves y cerdos (Ver Anexo N° 5).

Los servicios con que cuenta el municipio de Jocoro son: Agua potable, alumbrado eléctrico, telecomunicaciones, correos, juzgado de paz, escuela de educación básica, instituto nacional, una escuela parvularia, unidad de salud, casa comunal, PNC, rastro municipal y servicio de transporte terrestre colectivo, parque, iglesia, centro de bienestar infantil, así mismo cuenta con servicios profesionales privados como: clínicas médicas familiares, clínicas odontológicas, farmacia, abogados. La Mayor parte de los habitantes profesan la religión católica y en menor porcentaje son de la religión evangélica. La infraestructura vial con que cuenta son carreteras pavimentadas, calle adoquinada y de tierra.

Guatajiagua, proviene del Lenca “Lugar de Tableo” proviene de las raíces “gua” tabaco, “ta” cultivo “yagua” lengua, valle lugar de los cerros y abundancia de agua.

Municipio del distrito de San Francisco Gotera, quien perteneció de 1824 a 1875 al departamento de San Miguel a partir de esta fecha a sido municipio de Morazán.

El 7 de abril de 1905 la asamblea legislativa otorgó al pueblo de Guatajiagua el título de Villa, recibe el título de ciudad el 13 de agosto de 1928.

Guatajiagua está limitado al Norte por Yamabal y Ciudad Barrios, departamento de San Miguel; Este por Yamabal; Sur por San Miguel y Chapeltique y al Oeste por Ciudad Barrios y Chapeltique ambos del departamento de San Miguel.- Se encuentra ubicado entre las coordenadas geográficas siguientes: 13°, 36°, 52°.

Guatajiagua cuenta con 6 cantones, 23 caseríos, 12 ríos y 12 cerros, cuenta con una población de 10,813 y niños menores de 5 años inscritos en programa de atención infantil es de 888, clima predominantemente caluroso, cuenta con un tipo de tierra caliente y templada; en este municipio se dedica a las actividades de alfarería agrícolas, ganadera y comercio, los cultivos predominantes son: Maíz, maicillo, frijoles las principales actividades pecuarias son: la crianza de ganado, aves y cerdos (Ver Anexo N° 6).

Los servicios con que cuenta el municipio de Guatajiagua son: Agua potable, alumbrado eléctrico, telecomunicaciones, correo, juzgado de paz, escuela de educación básica, instituto nacional, una escuela parvularia, colegio cristiano, unidad de salud, casa comunal, PNC, rastro municipal y servicio de transporte terrestre colectivo, parque, iglesia, así mismo cuenta con servicios profesionales privados como: clínica médica familiares, clínica odontológica, farmacia, abogados. La mayor parte de los habitantes profesan la religión católica y en menor porcentaje son de la religión evangélica. La infraestructura vial con que cuenta es calle adoquinada y de tierra.

Las Unidades de Salud en estudio, pertenece a la red sanitaria N°1(Ver Anexo N° 4) del Sistema Básico Integral de Morazán que tiene por objetivo “ Fortalecer el sistema de atención de salud en el departamento mediante la formación e integración de servicios de salud, mejorando la calidad de respuesta del primer nivel para acercar los servicios a la población, optimizando la utilización de recursos existentes para brindar una atención

con eficiencia, calidad y equidad, que contribuye al desarrollo de la población”. Actualmente la Unidad de Salud de Sociedad cuenta con una población de 11,679 habitantes de los cuales 1,602 están inscritos en el programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez en el primer nivel de atención en salud, dicha estrategia no incluye toda la clasificación de las Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores, así como trastornos alérgicos, por ser elaborada con base a enfermedades prevalentes en la población infantil, lo cual se expone con mayor amplitud en el marco teórico. Como parte de éste programa en las Unidades de Salud en estudio se utiliza, en los y las menores de cinco años enfocándose en su estado de salud más que en las enfermedades que puedan afectarles.

En la Unidad de Salud de Sociedad el perfil epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en los últimos cinco años es:

2000: 1950 casos anuales.

2001: 2100 casos anuales.

2002: 2286 casos anuales.

2003: 2526 casos anuales.

2004: 2780 casos anuales.

En la Unidad de Salud de Jocoro el perfil epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en los últimos cinco años es:

2000: 1345 casos anuales.

2001: 1678 casos anuales.

2002: 1980 casos anuales.

2003: 2134 casos anuales.

2004: 2456 casos anuales.

En la Unidad de Salud de Guatajiagua el perfil epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en los últimos cinco años es:

2000: 624 casos anuales.

2001: 1264 casos anuales.

2002: 1023 casos anuales.

2003: 1048 casos anuales.

2004: 1586 casos anuales.

2005: 646 Hasta la semana epidemiológica N°10.

De los 15 millones de muertes anuales en el mundo entre los niños y niñas menores de cinco años de edad, un tercio se debe a Infecciones Respiratorias Agudas, según la Organización Mundial de la Salud. En nuestro país representa 20-35% total de defunciones en los infantes menores de cinco años, habitualmente los niños y niñas presentan entre 6 a 10 episodios de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores por

año, con base a este comportamiento las patologías respiratorias de vías superiores ocasionan gran impacto social ya que puede causar deserción escolar, mayor prevalencia de desnutrición y afectar el crecimiento y desarrollo adecuado, debido a la alta recurrencia de éstas, además afecta en el ámbito familiar porque imposibilita la cooperación de estos en las actividades del grupo familiar, así mismo influye en lo económico, ya que representa mayor costo para el tratamiento adecuado de estas patologías.

Este perfil epidemiológico, refleja la alta incidencia de estas patologías en la población infantil y representa el 40 a 60% de las consultas pediátricas en los servicios de salud.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Son efectivas las Intervenciones de Prevención y Control para disminuir la Incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años en las Unidades de Salud objeto de estudio?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Investigar la efectividad de las intervenciones de prevención y control en la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años; inscritos en el programa de atención infantil, que consultan en la Unidad de Salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la efectividad de las intervenciones de prevención y control en la Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años que consultan en las Unidades de Salud en estudio.
- Cuantificar la incidencia, tipo, frecuencia y duración de los episodios de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años en la población objeto de estudio.
- Determinar la relación entre la aplicación de las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores por parte del personal de salud, padres de niños(as) que consultan por éstas las Unidades de Salud objeto de estudio.

CAPÍTULO
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ASPECTOS DE SALUD PÚBLICA RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

Las infecciones respiratorias agudas superiores han venido aumentándose gradualmente a nivel mundial como nacional, así como también en las Unidades de Salud objeto de estudio, por lo que es un problema de salud de gran importancia, por su morbilidad y mortalidad. A nivel mundial de los 15 millones de muerte un tercio se debe a Infecciones Respiratorias Agudas. Nuestro país representa 20-35% total de las defunciones en los infantes menores de 5 años.

El perfil epidemiológico de estas patologías representa el 40-60% de la consulta pediátrica a nivel nacional; padeciendo habitualmente los niños y las niñas de seis a diez episodios de éstas por año. Esto debido en gran medida porque continúan presente los factores de riesgo que influyen directamente en la incidencia de las IRAS, tal como se describe en el siguiente apartado¹.

¹ Ministerio de Salud Pública “Infecciones Respiratorias Agudas”, Documento Disponible en <http://www.mspas.gob.sv/resp.agu.gif>. (Casos de infecciones respiratorias agudas, comparación anual), Consultado el 12 marzo del 2005.

2.2. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Además la alta prevalencia de factores de riesgo, se han asociado a una mayor frecuencia y gravedad de los episodios de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, entre estos están²:

- Riesgo Demográficos: Más frecuente en menores de cinco años, y de estos en el sexo femenino, porque en la población infantil predomina más las niñas.
- Socioeconómicos: Los niños y niñas de los países subdesarrollados, los episodios de las IRAS se vuelven difícil de manejar, por la inasistencia e inaccesibilidad a los servicios de salud, por la misma falta de recursos económicos.
- Educación de los Padres: La menor educación de éstos, incrementa el riesgo de complicaciones por las IRAS.
- Lugar de Residencia: De seis a diez episodios de infecciones respiratorias agudas superiores en zonas urbanas; y los rurales de tres a cinco episodios.
- Riesgo Ambiental: Exposición al humo, Contaminación atmosférica, Contaminación Doméstica o Residuos orgánicos, Humo ambiental por tabaco, Hacinamiento, Exposición al frío y a la Humedad.
- Nutricional: La prevalencia de desnutrición es más alta en países en vías de desarrollo, lo cual predispone a una respuesta inmunológica deficiente, y por lo tanto a infecciones más graves.

² MANZANO, Itza; SARAIVA, Karla; PORTILLO, Sarina. "Factores que determinan la Incidencia de las IRAS", 2003, Tesis, Pág. 28-33.

- Privación de la Lactancia Materna: Lo cual conduce a una menor protección y un incremento mayor de incidencia de las IRAS.
- Factores del comportamiento: Los patrones en el cuidado de los niños pueden afectar el nivel de exposición a factores de riesgo ambientales.

2.3 INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS IRAS.

2.3.1. INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN.

La incidencia elevada de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, en los niños y niñas en los países en desarrollo, hace necesario establecer estrategias de prevención y control, políticamente viables y financieramente factibles.

La Organización Mundial de la Salud, intenta reducir la mortalidad por estas causas, mediante programas de promoción de la Salud, prevención y control de las Infecciones Agudas Superiores. “Lo fundamental es lo preventivo y no lo curativo”³.

2.3.1.1. INMUNIZACIONES

El objetivo final de la inmunización es la erradicación de la enfermedad; el objetivo inmediato es prevenir la enfermedad en individuos o en grupos. Muchas enfermedades

³ OMS, Salud Preventiva, Reunión en Alma Ata, 1978.

infecciosas pueden ser prevenidas por inmunoprofilaxis.- Con la inmunización activa se estimula una persona que desarrolle defensas inmunológicas contra una exposición natural futura; mientras que con la inmunización pasiva se administran anticuerpos humanos o de animales preformados a una persona ya expuesta o a punto de exponerse⁴.

En muchos países del mundo la inmunización ha reducido de forma drástica o casi ha eliminado la difteria, sarampión, la parotiditis epidémica y las enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b.

La inmunización activa consiste: en la administración de un microorganismo entero o parte de él o de un producto modificado de ese microorganismo para inducir una respuesta inmunológica similar a la producida por la infección natural, pero que habitualmente significa poco o ningún riesgo para el receptor⁵.

Las vacunas en las que se incorpora un agente infeccioso intacto pueden ser elaboradas con agentes vivos (atenuados) o muertos (inactivados). Las vacunas contra algunos virus y la mayor parte de las bacterias se preparan con agentes inactivados (muertos) o con subunidades.

⁴ PICKERING, Larry y Otros. RED BOOK. Traducido por GIOVANNIELLO, Octavio. 25ª Edición, en español, Buenos Aires, Argentina, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA S.A. 2001 Pág. 1

⁵ Ibidem. Pág. 6.

Para lograr una inmunización efectiva y prevenir debe seguirse las recomendaciones relacionadas con la dosis, la vía, la técnica de administración y los esquemas de vacunación, así como también es de importancia la cadena de frío.

La inmunización pasiva, que consiste en la administración de anticuerpos preformados a un receptor, esta indicado en circunstancias para prevenir o mejorar enfermedades infecciosas por ejemplo situaciones post-exposición a sarampión⁶.

ESQUEMA ACTUAL DE VACUNACIÓN SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

EDAD	VACUNA
Nacimiento	BCG
2 Meses	Pentavalente, OPV (1)
4 Meses	Pentavalente, OPV (2)
6 Meses	Pentavalente, OPV (3)
12 Meses	SRP
15 a 18 Meses	DPT, OPV (R1)
4 Años	DPT, OPV (R2). SRP (R1).

Fuente: MSPYAS, AIEPI, Pág.19.

⁶ Ibidem. Pág. 38.

De las inmunizaciones antes mencionadas tienen especial importancia en las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores:

- Pentavalente (Difteria, Tos ferina, Tétano, Haemophilus influenzae y Hepatitis b).
- SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas).

2.3.1.2. LACTANCIA MATERNA

La lactancia brinda numerosos beneficios para la salud de los niños pequeños, incluida la protección contra la morbilidad producida por enfermedades infecciosas de origen bacteriano, viral y parasitario. Además de proporcionar una fuente ideal de nutrición infantil, en su mayor parte no contaminada por patógenos del medio ambiente, la leche humana también contiene factores protectores como células, anticuerpos secretores específicos y factores no inmunes como glucoconjugados y componentes antiinflamatorios. Existe cada vez más evidencias de que la leche humana puede modular el desarrollo del sistema inmune del lactante. La protección proporcionada por la leche humana se evidencia con mayor claridad en caso de los patógenos que producen infecciones del aparato gastrointestinal. Además, la leche humana brindaría protección contra la otitis media, infecciones causadas por Haemophilus influenzae del tipo b, el virus sincitial respiratorio y otros agentes causales de las infecciones respiratorias altas y bajas⁷.

⁷ PICKERING, Larry y Otros. RED BOOK. Págs. 90-91.

2.3.1.3. OLIGOELEMENTOS

En El Salvador, los principales problemas nutricionales son las deficiencias calórico-proteica, hierro, yodo y vitamina A, las cuales afectan a principalmente a las mujeres y los niños menores de 5 años.

A finales de la década de los 80'se encontró que la gran mayoría de las familias, tanto del área rural como en la urbana, consumían cantidades inadecuadas de vitamina A. En este tiempo se encontró que el 36% de niños menores de 5 años tenían deficiencia de vitamina A. En cuanto al hierro, en 1998, el 19% de los niños menores de 5 años (alrededor de unos 200 mil) se encontraron con anemia, si también el 10% de las mujeres embarazadas presentan anemias.

Las deficiencias de hierro y vitamina A en la dieta de los salvadoreños es debido a que estos nutrientes se encuentran en alimentos de origen animal, que son de mayor costo y no están al alcance de toda la población. Por otra parte la cantidad de hierro y vitamina A en los alimentos de origen vegetal es relativamente baja.

Es necesaria la educación alimentaria y nutricional para fomentar la demanda y utilización adecuada de suplementos y el consumo de alimentos fuentes de proteínas, energía, vitaminas y minerales, así como alimentos que facilitan su absorción⁸.

¿Que son los micronutrientes?

Son sustancias nutritivas (vitaminas y minerales), indispensables para el desarrollo normal de las funciones del organismo que se necesitan en pequeñas cantidades, pero que su deficiencia causa graves daños a la salud. Los micronutrientes incluyen vitaminas A, C, D, E, K, Complejo B, ácido fólico y otras, minerales como el hierro, el yodo, el calcio, el zinc⁹.

A continuación se describen los micronutrientes prioritarios en la prevención de las infecciones respiratorias.

Vitamina A

Importancia:

La vitamina A es esencial para la visión normal, la integridad de las mucosas de los aparatos digestivo y respiratorio, el crecimiento y la defensa contra las infecciones. Aun cuando no se manifieste clínicamente, la deficiencia aumenta el riesgo de infecciones y muerte y retrasa el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas especialmente en los

⁸ MSPYAS. "Manual Básico para La Suplementación con Micronutrientes". Documento 2ª Edición Págs. 9-10 2002.

⁹ Ibidem. Pág. 13

primeros años de vida. Por consiguiente, la mejoría del estado nutricional de vitamina A tiene importantes efectos de reducción de la severidad y mortalidad causada por las enfermedades infecciosas.

Presentación:

Las presentaciones de vitamina A que el Ministerio de Salud esta recomendando para la suplementacion, son¹⁰:

- Perlas que contienen 200,000 unidades internacionales (UI).
- Perlas que contienen 50,000 unidades internacionales (UI)

Dosis preventivas:

- Niños de 0 a 11 meses:

50,000 UI desde el nacimiento a los 2 meses (en el primer contacto con personal de salud).

50,000 UI a los 4 meses

100,000 UI a los 6 meses

- Niños de 1 a 5 años:

200,000 UI cada 6 meses

- Niños de 5 a 9 años

200,000 UI al año.

¹⁰ Ibidem. Pág. 14

Recomendaciones Alimentarías:

- La Lactancia Materna es muy rica en vitamina A, aun mas cuando la madre consume alimentos ricos en Vitamina A.
- Promover el consumo diario de por lo menos un alimento con alto contenido de Vitamina A, especialmente para los niños desde los 6 meses en adelante.
- Los alimentos ricos en vitamina A deben prepararse/cocinarse y/o consumirse combinada con cualquier tipo de grasa (por ejemplo aceite vegetal) para mejorar su absorción.

ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA A SON:

FRUTAS	VERDURAS Y HOJAS	CARNES	HUEVOS	PRODUCTOS LACTEOS
Papaya	Ayote	Hígado De res y pollo	Gallina	Lactancia Materna
Zapote	Chipilín	Menudos de Pollo	Pato	Leche de Vaca
Mango maduro	Moras			Queso
Melón	Espinaca			Crema
Manzanilla	Hojas de Rábano			
Sincuya	Berro			
Plátano	Verdolaga			
Jocote maduro	Zanahoria			
	Loroco			
	Tomate			
	Hojas de remolacha			

Fuente: MSPYAS. "Manual Básico para La Suplementación con Micronutrientes". Documento 2^a
Edición Págs. 9-10 2002.

HIERRO

Importancia¹¹:

El hierro es un nutriente esencial para varias funciones vitales del organismo, entre ellas la formación de hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre que llevan oxígeno a las células. Es especialmente importante en la niñez.

La deficiencia de hierro es una de las causas más importantes de anemia, la cual es causa de debilidad y disminución del rendimiento físico y mental.

En los niños y niñas, la anemia altera también su desarrollo psicomotor y su capacidad de atención. También afecta el sistema inmunológico y produce menor resistencia a las infecciones.

Presentación:

- Jarabe de sulfato ferroso (frasco gotero): 125 mg de sulfato ferroso/ml (25 mg hierro elemental). Frasco gotero de 60 ml.

Dosis Preventivas:

- Niños de 6 a 11 meses
½ gotero al día en forma continua hasta cumplir 11 meses.
- Niños de < 2 años
1 gotero (1 ml) al día de forma continúa hasta cumplir 2 años. Un frasco cada 2 meses.

¹¹ Ibidem. Págs. 18-23.

- Niños de 2 a 4 años

1 gotero (1 ml) al día por 60 días, cada 6 meses; es decir 2 frascos por año.

Dosis Terapéuticas:

- Niños bajo peso al Nacer (menos de 2,500 gr.)

A partir del tercer mes, se le iniciara el tratamiento con hierro, con una dosis de 3 mg de hierro elemental, por kilogramo por día hasta los 6 meses, luego continuar según esquema preventivo según esquema.

Anemia diagnosticada por examen de Sangre: Hemoglobina < de 11 mg/dl

- Anemia en niños de 2 a 11 meses:

1 ml/día (20 gotas) durante 3 meses luego continuar con dosis preventiva

- Anemia en niños de 1 a 4 años:

2 ml/día por 3 meses, luego continuar dosis preventiva.

- Anemia en niños de 5 a 9 años:

1 tableta de 300 mg de Sulfato ferroso + 0.5 mg de ácido fólico por día durante 3 meses.

Recomendar incluir en la alimentación diaria alimentos fuentes de hierro, ácido fólico y vitamina C, tales como:

ALIMENTOS RICOS EN VIT. C	ALIMENTOS RICOS EN HIERRO			ALIMENTOS RICOS EN ACIDO FOLICO
	VERDURAS	CARNES	OTROS	
Naranja	Chipilin	Res	Frijoles	Hojas verdes
Mandarina	Mora	Pollo	Garbanzos	Chipile
Tomate crudo	Espinaca	Pescado	Maní	Mora
Coliflor crudo	Hojas de rábano	Hígado de Res, cerdo y	Harina de Trigo fortificada	Espinaca
Lechuga	Berro	Pollo	con hierro y ácido fólico	Carne de res
Guayaba	Verdolaga	Corazón de res		Pollo
Guanaba	Hojas de Remolacha y Yuca			Naranja Mandarina Piña
Piña				Guayaba
Limón				Nueces
				Frijoles

Fuente: MSPYAS. "Manual Básico para La Suplementación con Micronutrientes". Documento 2ª Edición Págs. 9-10 2002.

2.3.1.4. NUTRICIÓN DEL PACIENTE

Las necesidades nutricionales varían de acuerdo a las necesidades genéticas y metabólicas; para el recién nacido y los niños los objetivos básicos son: Lograr un crecimiento satisfactorio y evitar situaciones deficitarias. “Una buena nutrición ayuda a prevenir enfermedades agudas y crónicas”¹² y a desarrollar las posibilidades físicas y mentales.

MALNUTRICIÓN. Puede deberse a una ingesta incorrecta o insuficiente, o a una deficiente absorción de los alimentos.

Es difícil evaluar con precisión el estado nutricional. Los trastornos graves son evidentes, pero pueden pasar desapercibidos. El diagnóstico de precisión se basa en una historia dietética precisa; evaluación de las desviaciones existentes en los valores medios, de la altura, peso, perímetro cefálico y la velocidad de crecimiento. El grosor del pliegue cutáneo del brazo; pruebas químicas y de otro tipo.

La clasificación de la desnutrición¹³:

- Marasmo (atrofia infantil, inanición, atrepsia). Se origina por una ingesta calórica inadecuada debido a una dieta insuficiente, hábitos alimentarios incorrectos o malformaciones congénitas.

¹² BERHRMAN, Richard; KLIEGMAN, Robert; JENSON, Hal. Nelson Tratado de Pediatría. Traducido por Aparicio, José y Otros, Volumen I, 15ª edición, México DF, Mc Graw- Hill- Interamericana editores S.A. de C.V. 1999 Pág. 183.

¹³ Ibidem. Pág. 184.

- Kwashiorkor (Malnutrición proteico-calórico). Es un síndrome clínico secundario aun déficit de proteína y una ingesta calorica inadecuada.
- Mixta. Combinación de ambas.

Otras clasificaciones.

Según el tiempo de evolución:

- Leve
- Moderada
- Severa.

Según la intensidad:

- Grado I : 10-24%
- Grado II: 25-39%
- Grado III: 40% o mas.

ESQUEMA PARA VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA SEGÚN AIEPI¹⁴.

<p>+Peso muy bajo. +Emaciación visible grave +Palidez palmar intensa o +Edema en ambos pies.</p>	<p>DESNUTRICION SEVERA (MARASMO O KWASHIRORKOR) Y/O ANEMIA GRAVE.</p>	<p>+Dar vitamina A +Referir urgentemente al hospital.</p>
<p>+Palidez palmar leve o +Peso bajo para la edad +Riesgo.</p>	<p>ANEMIA O DESNUTRICIÓN.</p>	<p>+Dar vitamina A +Evaluar la alimentación. +Si hay palidez dar hierro a dosis terapéuticas. +Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. +Si hay anemia, hacer una consulta de control 14 días después. +Si el peso es muy bajo, hacer una consulta de control 30 días después.</p>
<p>+El peso para la edad no es bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición.</p>	<p>NO TIENE ANEMIA NI DESNUTRICIÓN</p>	<p>+Si el niño es menor de 3 años, evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación. +Si la alimentación es un problema hacer una consulta de control 5 días después. +Indicara a la madre cuando debe volver de inmediato. +Hacer una consulta de control según normas establecidas para crecimiento y desarrollo.</p>

¹⁴ MSPYAS, AIEPI, Pág.19.

2.3.1.5. EDUCACIÓN

Es la parte más importante en la atención del paciente, es la prevención el elemento fundamental para la atención y tratamiento del paciente. “Combinación de experiencias de aprendizaje para facilitar la adquisición de comportamientos saludables”. Teniendo como objetivo, mejorar la salud del individuo y de la población para comprender y entender las necesidades del paciente.

El nivel de desarrollo sociocultural y económico entre una región y otra es muy diverso y uno de sus componentes fundamentales, la salud, muestra cifras de morbilidad y mortalidad infantil muy elevadas en los países con menos recursos y mayor natalidad, donde las tasas de disminución de la mortalidad a su vez son muy lentas, en contraste con países con nivel elevado de desarrollo económico, en donde las tasas de mortalidad infantil no solo son bajas, sino que decrecen a un ritmo sostenido y permanente, representando estos hechos una extrema desigualdad en las condiciones de salud de la infancia.

En virtud del impacto que la Infecciones Respiratorias Agudas, tienen sobre la población infantil, su control ha sido considerado en los últimos años como una alta prioridad por los países en desarrollo de la región de las América.

2.3.1.6. HACINAMIENTO.

En los países en vías de desarrollo el hacinamiento es muy común, lo cual contribuye a la transmisión de las Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores mediante gotas de secreciones y fomites; lo cual está asociado a factores socioeconómicos y ambientales. Lo cual se incrementa con la concurrencia de niños y niñas a las guarderías y escuelas.

El hacinamiento por lo tanto, en las casas o en las instituciones constituye un factor de riesgo que aunque muy establecido por las condiciones socioeconómicas en los países en vías de desarrollo, conviene orientar políticas poblacionales y culturales que mejoren las condiciones actuales de hacinamiento.

2.3.2. INTERVENCIONES DE CONTROL

De acuerdo a las políticas de la Organización Panamericana de la Salud, en nuestro país, el Ministerio de Salud Pública utiliza la estrategia Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Esta estrategia propone elementos básicos para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de las enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 5 años. A continuación se exponen los elementos básicos del AIEPI referentes a las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.

ESQUEMA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES SEGÚN AIEPI.

<p>+Respiración rápida.</p>	<p align="center">NEUMONÍA.</p>	<p>+Dar antibiótico apropiado durante 7 días. +Tratar sibilancias si tiene +Mitigar la tos con un remedio casero inocuo. +Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. +Hacer el control 2 días después.</p>
<p>+Ninguna signo de neumonía.</p>	<p align="center">NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO.</p>	<p>+Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, sospechar tuberculosis. +Tratar las sibilancias si tiene. +Mitigar la tos con un remedio casero inocuo. +Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato. +Si no mejora, hacer consulta de control 5 días después.</p>
<p>+Erupción cutánea generalizada maculopapular, no vesicular y +Uno de los signos: tos, coriza u ojos enrojecidos.</p>	<p align="center">SOSPECHA DE SARAMPIÓN.</p>	<p>+Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para la fiebre alta. +Dar vitamina A +Tomar muestra de sangre +Llenar ficha de investigación de casos y enviarla al departamento</p>

		<p>correspondiente.</p> <p>+Indicar a la madre cuando volver de inmediato.</p> <p>+Hacer control 2 días después.</p>
<p>+Erupción cutánea generalizada y no presenta tos, coriza , ni ojos enrojecidos</p>	<p>OTRA ENFERMEDAD ERUPTIVA.</p>	<p>+Dar acetaminofén en el servicio de salud por la fiebre alta.</p> <p>+Tratar de identificar causa probable de fiebre.</p>
<p>+Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.</p>	<p>MASTOIDITIS.</p>	<p>+Referir al hospital.</p> <p>+Si no se puede referir inmediatamente, dar la primera dosis de un antibiótico en el servicio de salud.</p> <p>+Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre alta.</p>
<p>+Supuración visible del oído o información que ésta comenzó hace menos de 14 días o</p> <p>+Dolor de oído</p> <p>+Tímpano rojo.</p>	<p>OTITIS MEDIA AGUDA.</p>	<p>+Dar un antibiótico oral durante 10 días.</p> <p>+Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre alta.</p> <p>+Secar el oído con mechas si hay supuración</p> <p>+Hacer control 5 días después.</p>
<p>+Supuración visible del oído e información que esta comenzó hace 14 días o más.</p>	<p>OTITIS MEDIA CRÓNICA.</p>	<p>+Secar el oído con mechas si hay supuración</p> <p>+Hacer control 5 días después.</p>

<p>+No tiene dolor de oído y no se ha notado supuración de oído.</p>	<p>NO TIENE INFECCIÓN DE OIDO.</p>	<p>+Ningún tratamiento adicional.</p>
<p>+Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos y +Exudado blanco en la garganta.</p>	<p>INFECCIÓN BACTERIANA DE GARGANTA.</p>	<p>+Dar una dosis de penicilina benzatinica. +Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. +Dar en el servicio de salud dosis de acetaminofén para la fiebre alta.</p>
<p>+Garganta eritema tosa o +Dolor de garganta o con exudados blancos pero sin ganglios del cuello crecidos o dolorosos.</p>	<p>FARINGITIS VIRAL.</p>	<p>+Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero inocuo. +Indicaciones sobre cuidados en el hogar. +Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre alta. +Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.</p>
<p>+No tiene dolor de garganta ni esta eritema tosa ni con exudados blancos ni ganglios crecidos o dolorosos.</p>	<p>NO TIENE FARINGITIS.</p>	<p>+Indicaciones sobre cuidados en el hogar. +Aliviar la molestia de garganta con un remedio casero inocuo.</p>

Fuente: MSPYAS. "Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI), Págs.15-19, 2002.

AIEPI es una estrategia práctica y sencilla que facilita al personal de salud: médicos, enfermeras, promotores y padres de familia la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, específicamente en la presente investigación en que nos referimos a las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, a través de su estructura básica (Ver Anexo N° 7).

1- Evaluar: significa obtener información haciéndole preguntas a la madre, mirándolo y escuchándolo ¿que edad tiene el niño?, tiene tos el niño?, tiene fiebre?, puede beber o tomar pecho?; mirando al niño, contar las respiraciones por minutos, observar si hay tirajes, somnoliento o es difícil de despertar y escuchar si hay estridor, sibilancias¹⁵.

2- Clasificación: “significa tomar decisiones el tipo y gravedad de la enfermedad”¹⁶.

Por ejemplo:

- Enfermedad muy grave o neumonía grave
- Neumonía
- No tiene neumonía: Tos o Resfriado.

Esta clasificación de la enfermedad, según su gravedad se representa con los colores:

- Rojo: Referir urgentemente al hospital
- Amarillo: Dar antibiótico y atención en la casa.
- Verde: Dar atención en la casa.

¹⁵ UNICEF/OPS. “Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda” , Documento, 1992, Pág. 11

¹⁶ Ibidem. Págs.18-29.

3- Tratamiento¹⁷:

- Prescribir un antibiótico.
- Enseñar a la madre a cuidar el niño en la casa.
- Tratar la fiebre.
- Tratar las sibilancias.
- Consejería a la madre, cuando regresar o identificar signos de peligro.

Adicionalmente, la falta de acceso a la atención de los problemas de salud y algunas pautas culturales de la población referidas a la atención de los niños y niñas menores de 5 años, hacen que muchos niños padezcan de Infecciones Respiratorias, pero a través de nuestra investigación les haremos conocer la importancia que tiene la Lactancia Materna, Inmunizaciones, Estado Nutricional, Administración de Micronutrientes y Promover Medidas para mejorar las condiciones de Hacinamiento.

¹⁷ Ibidem. Págs. 44-53.

2.4. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS IRAS.

DEFINICIÓN

Las infecciones respiratorias agudas se refieren a las enfermedades del aparato respiratorio superior que tienen una duración menor de siete días, dentro de las cuales se incluyen: Catarro común, rinitis, otitis, sinusitis, faringoamigdalitis, laringitis, epiglotitis y CRUP.

En la consulta pediátrica, el diagnóstico de Enfermedad Respiratoria ocupa un papel preponderante, siendo un tema de actualidad sobre el cual hay publicaciones con información reciente sobre su epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento. En nuestro medio las infecciones del tracto respiratorio superior constituyen la principal causa de consulta ambulatoria en niños menores de cinco años.

Anatómicamente las vías respiratorias abarcan: oídos, nariz, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y pulmones (Ver Anexo N° 8); cada uno de estos desarrolla mecanismos de defensa como el barrido ciliar, para la purificación del aire que entra hacia los pulmones por medio de vibrisas o cilios, que se encuentran en las fosas nasales y desarrollan un acto de barrido hacia atrás, para eliminar las impurezas del

aire hacia la cavidad oral, así como en la laringe y faringe se desencadena el reflejo de la tos para expulsar los residuos hacia el exterior¹⁸.

Según su evolución se definen como “Agudas aquellas afecciones que duran menos de 14 días (que incluyen la mayoría de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores) y crónicas las que persisten por 15 días o más, que generalmente constituyen las complicaciones de la fase aguda de la enfermedad”¹⁹. Con base a lo anterior las Infecciones Respiratorias Agudas se clasifican en: Infecciones Respiratorias de Vías Aéreas Superiores o Altas y de Vías Aéreas Inferiores o bajas, tomando como punto de referencia para tal división la Laringe.

“Es así, como las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores incluyen las siguientes patologías: (en orden anatómica)

- Otitis
- Rinitis.
- Sinusitis.
- Faringoamigdalitis.
- Laringitis.
- Epiglotitis.
- Laringotraqueobronquitis. (CROUP)”²⁰.

¹⁸ UNICEF/OPS. “Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda”. Documento, 1992, Pág.1

¹⁹ Marco A R, Gustavo A D, Francisco L.Q. Neumología Pediátrica, Infección, Alergia y Enfermedad Respiratoria en el Niño. Pág. 225.

²⁰Ibidem Pág.227

2.4.1. Resfriado Común (Rinitis Viral).

El resfriado común, llamado también Rinitis Viral es una infección viral causada por más de 200 tipos diferente de virus, un tercio de los cuales son Rinovirus, virus parainfluenza, virus respiratorio sincitial y coronavirus²¹.

- El período de incubación de los virus del resfriado oscila entre 2 a 5 días, pero puede durar hasta 8 días. Los virus del resfriado se transmiten por tres vías:

1-Gotas grandes, que se inocula directamente a otra persona

2-Aerosoles de partículas pequeñas que recorren distancias mas largas.

3-Secreciones (manos sucias o fómites) que se transmiten por contacto físico directo.

- Un niño normal presenta un promedio de seis a diez episodios al año.

- En cuanto a la sintomatogia en los lactantes se observa fiebre, congestión nasal, respiración bucal, irritabilidad, rechazo a la alimentación y la tos puede provocar vómito. En ocasiones aparece diarrea leve.

- Los síntomas iniciales en los niños mayores consiste en irritación nasal. En unas horas aparece secreciones líquidas y estornudos; a menudo aparecen mialgias, sensación de “frío”, cefalea, malestar general y perdida del apetito. A los dos o tres días la secreción se torna más espesa y a menudo purulenta.

- Suele durar de 5 a 7 días y suele haber contaminación bacteriana causando complicaciones como: faringitis, laringitis, CROUP, bronquitis y neumonía.

²¹BERHRMAN, Richard; KLIEGMAN, Robert; JENSON, Hal. Op Cit. Volumen II, Págs.1380.

- El mejor tratamiento del resfriado común es el no farmacológico. Si el niño no está muy enfermo conviene evitar los medicamentos; las medidas terapéuticas esenciales consisten en la evolución natural de estas infecciones, saber cuándo buscar ayuda médica
- Como tratamiento inicial se recomienda humidificar secreciones con aumento de ingesta de líquidos y humedad ambiental, así como evitar el contacto con alérgenos, para evitar la hiperreactividad bronquial secundaria.
- Sugerir a las madres incrementar la alimentación con seno materno por el efecto antiviral de la leche materna.
- Tratamiento farmacológico: Antipiréticos (acetaminofén), antihistamínicos, antitusivos y broncodilatadores según criterio médico.

2.4.2. Faringitis y Amigdalitis (Faringoamigdalitis).

La faringitis y amigdalitis, conocidas también con el nombre de Faringoamigdalitis, se refiere a enfermedades que representan eritema e inflamación de la orofaringe y abarca nasofaringitis, faringitis y faringoamigdalitis²².

- Este proceso es raro en niños menores de un año; después la incidencia aumenta hasta alcanzar su máximo 4-7 años. Las cuales se transmiten por contacto directo o inhalación de gotitas de saliva.
- La faringitis está causada en general, por virus. El estreptococo B hemolítico del grupo A, es el único agente bacteriano frecuente y, salvo en las epidemias,

²² Ibidem. Pág.1384-1385.

ocasiona probablemente menos del 15% de los casos. También puede producir faringitis por *Mycoplasma* y *Arcanobacterium haemolyticum*.

- Por lo general la faringitis vírica se considera una enfermedad de inicio relativamente gradual, con signos precoces de fiebre, malestar general y anorexia acompañado de dolor de garganta moderado.
- En ocasiones se forman pequeñas úlceras en el paladar blando y exudados en los folículos linfáticos del paladar y las amígdalas. A menudo, los ganglios linfáticos aumentan ligeramente de tamaño y presentan una consistencia dura; a veces duelen con la palpación.
- Todos los procesos pueden durar de 24 horas y en general no persisten más de 5 días.
- La faringitis estreptocócica de los niños mayores de 2 años, comienza con síntomas inespecíficos de cefalea, dolor abdominal y vómitos, que pueden acompañarse de fiebre hasta de 40° grados. Solo la tercera parte de los pacientes presentan la clásica amigdalitis, exudación y eritema faríngeo.
- Las manifestaciones físicas de esta consiste en: enrojecimiento difusa de las amígdalas y los pilares amigdalinos, con un moteado petequial del paladar blando
- El diagnóstico definitivo se hace con cultivo faríngeo el cual debe ser oportuno seguido de un tratamiento inmediato para prevenir complicaciones.

- Después de una infección estreptococcica puede aparecer la glomerulonefritis aguda y fiebre reumática, por esta razón es importante es diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno.
- El medicamento de elección es la penicilina oral(Amoxicilina) a dosis de 125 mg para niños menores de 27 Kg. y 250 mg para niños mayores tres veces al día por 10 días y otros antibióticos a los cuales el estreptococo es sensible.
- Se pueden usar antihistamínicos, antipiréticos y antitusivos según sea el caso.
- Se recomienda incrementar la ingesta de líquidos y evitar irritantes faringeos que desencadenante el reflejo de tos.

2.4.3. Otitis Media.

La otitis media se define: “inflamación del oído medio sin referencia a una patogenia o causas determinadas”²³

- Los patógenos identificados con mas frecuencia son: Estreptococo pneumoniae (30-50%), Haemophilus influenzae no tipificable (20-30%) y Moraxella catharralis (1-5%).
- Los virus pueden ser causales o copatogenos, junto con las bacterias; entre estos se han aislados virus sincitial respiratorio, rinovirus, virus de la gripe y adenovirus.
 - Los niños que contraen una infección respiratoria aguda superiores a menudo presentan síntomas de otitis media aguda: otalgia, fiebre, hipoacusia y malestar

²³ Ibidem. Pág.2121.

generalizado. Otros síntomas son otorrea, irritabilidad y letargia, y menos frecuente anorexia, náuseas, vómitos y diarreas.

- En el lactante el dolor se manifiesta con llanto ó por que el niño se hala la oreja del oído afectado.

- Su incidencia ha aumentado en los últimos años convirtiéndose en una de las principales causas de consulta, junto con el resfriado y la faringoamigdalitis debido a infecciones virales adquiridas en guarderías y la contaminación ambiental.
 - Los niños tienen alto riesgo de otitis entre 6 y 36 meses de edad por la falta de defensas en los primeros años de vida, y de los 4 a 6 años por su integración al ambiente escolar y la poca importancia que se da a la higiene ótica.
 - El tratamiento está encaminado a prevenir secuelas como: sordera, vértigo, nistagmo, tinnitus, parálisis facial, conjuntivitis, laberintitis, abscesos y meningitis.
 - 80% de otitis se curan solas, hay 3 opciones terapéuticas: observación, antibióticos solos ó combinados con esteroides (prednisona) para evitar cronicidad.
 - El antibiótico de elección es amoxicilina y debe durar 10 días, lo ideal es hacer cultivo de secreción ótica para aislar el microorganismo causal.
 - Se ha comprobado que la lactancia materna reduce la frecuencia de otitis en los primeros años de vida.

2.4.4. Sinusitis.

Se dice que “de 5-10% de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores se complican con sinusitis aguda en preescolares, esto se ha gravado por el creciente número de niños que a edades tempranas asistían a guarderías y jardines infantiles, aumentando la incidencia de enfermedades respiratorias y sus complicaciones”²⁴.

- Los microorganismo causales en niños con sinusitis son similares encontrados en la otitis media: Estreptococo neumonía, Moraxella catharralis, y Haemophilus influenzae.

- Generalmente dura más de 7 días, se considera aguda cuando dura menos de 1 mes, subaguda de 1-3 meses y crónica cuando persiste por más de 3 meses.
- La mucosa de los senos paranasales se edematiza por la retención de secreciones, secundario a infección viral o inflamación alérgica y cuando es crónica se debe a obstrucción mecánica o inmunodeficiencias primarias o adquiridas.
- Hay persistencia de síntomas respiratorios por más de 10 días (ya que las Infecciones Respiratorias Agudas duran de 5-7 días), la rinorrea empeora por las noches y se acompaña de halitosis, dolor facial, cefalea frontal y edema palpebral matutino o puede manifestarse como un resfriado más severo de lo usual.
- El tratamiento se basa en usar antibióticos basándose en cultivos, el de elección es la amoxicilina, debe usarse por 14-21 días, la mayoría de los pacientes mejoran

²⁴ Marco A R, Gustavo A D, Francisco L.Q. Op. Cit. Pág.233.

a las 48-72 horas de iniciado el tratamiento y un 40% de casos agudos se recuperan espontáneamente.

- Los antihistamínicos no resultan ser mutes e interfieren en el drenaje sinusal debido a que espesan la secreciones sinusales.

2.4.5. CROUP y Epiglotitis.

“Croup es un síndrome que comprende un grupo de estadios infecciosos e inflamatorios de la laringe, caracterizado por estridor, disfonía y signos de dificultad respiratoria de intensidad variable, que producen obstrucción laringea de curso clínico impredecible”²⁵.

- Es más frecuente en lactantes debido al pequeño tamaño de la laringe y su escaso calibre, así como la alta incidencia de enfermedades virales en éstos, que causan obstrucción laringea con facilidad.
- La dificultad respiratoria aumenta el trabajo respiratorio, con un gasto energético mayor, por lo que el niño se fatiga fácilmente y pierde peso rápidamente.
- El estridor característico se debe al flujo de aire que choca con la obstrucción glótica, produciendo además la tos metálica espiratoria que también es característica.
- El Croup engloba las siguientes patologías: Epiglotitis, Laringitis, Laringotraqueitis, Traqueitis y Laringotraqueobronquitis.

²⁵ Ibidem. Pág.234.

- **Epiglotitis.**

“Epiglotitis es una celulitis de la epiglotis y sus estructuras de soporte, acompañada de inflamación subglótica de evolución rápida y severa, en menos de 24 horas”²⁶.

- Más frecuente de 3-7 años de vida y es causado por bacterias.
- El niño se ve grave, con fiebre alta, babeo, profusión lingual, incapacidad para hablar y deglutir,. Al deprimir la lengua se encuentra la epiglotis con aspecto Frambuesa.
- Generalmente requiere de Hospitalización para permeabilizar la vía aérea, tomar cultivos, hidratar, proveer oxigenación adecuada y administración de antibióticos endovenosos.
- El manejo ambulatorio se lleva a cabo con antibióticos para evitar complicaciones como: meningitis, neumonía y sepsis, puede usarse epinefrina racémica en nebulizaciones y esteroides para disminuir el edema.

2.4.6. Laringitis Aguda. (Laringitis Subglótica, Viral o Croup Subglótico).

- La inflamación aguda infecciosa que compromete el área subglótica, generalmente precedida de una infección leve del tracto respiratorio superior, 1-2

²⁶ Ibidem. Pág.235.

días antes²⁷.

- El comienzo suele caracterizarse por una infección respiratoria alta, durante la cual aparece dolor faríngeo, tos y ronquera. Es poco frecuente salvo en los lactantes pequeños.
- Su etiología más frecuente es viral, su progresión es menos rápida y dramática que la epiglotitis, siendo más frecuente en varones entre tres meses y tres años de vida.
- Después de un estado catarral se manifiesta con tos bitonal o “perruna”, disfonía, estridor inspiratorio, compromiso general, fiebre y grados variables de dificultad respiratoria.
- El tratamiento depende de la gravedad del caso, en casos leves se usan nebulizaciones con vasoconstrictores, en dos ocasiones y si no mejora requiere hospitalización.
- En casos moderados se procede a hospitalización para hidratación, oxigenación, aplicación de vasoconstrictores y esteroides según sea el caso.
- Los casos severos de dificultad respiratoria, deben manejarse en UCI con intubación endotraqueal, mantenimiento del equilibrio ácido-base y las condiciones generales del niño, además de las medidas antes mencionadas.

²⁷ BERHRMAN, Richard; KLIEGMAN, Robert; JENSON, Hal. Op. Cit. Pág.1397.

2.4.7. Traqueitis Bacteriana, (Croup Pseudomembranoso, Traqueitis Purulenta).

La traqueitis bacteriana es una “Infección bacteriana producida por *Estafilococos aureus* y *Haemophylus influenza* caracterizado por la presencia de abundantes membranas y pus en la vía aérea, obstruyéndola”²⁸.

- Su tratamiento es hospitalario con intubación endotraqueal, mientras dure el período supurativo y antibióticos endovenosos, tipo cloranfenicol y oxacilina por 10-15 días.

2.4.8. Laringotraqueobronquitis.

“Es una infección de la Laringe y extensión de este proceso hasta la tráquea y bronquios, produciendo un cuadro más severo”²⁹.

- Inicia con fiebre alta y disnea, a medida que compromete el árbol bronquial se encuentran signos de afección de vías aéreas más periféricas como: sibilancias, roncus y movilización de secreciones en el esfuerzo respiratorio.
- Su origen es viral en la mayoría de casos, sin embargo la infección bacteriana es poco frecuente, generalmente ocurre como complicación de una Laringitis o Traqueitis y su tratamiento es hospitalario, al igual que los anteriores, con medidas generales y antibióticos por tiempo prolongado.

²⁸ Marco A R, Gustavo A D, Francisco L.Q. Op. Cit. Pág.236.

²⁹ Ibidem. Pág.237.

2.5 Definición de Términos Básicos Usadas en el Presente Trabajo

-AIEPI:

Programa creado por el Ministerio de Salud con base a las enfermedades prevalente de la infancia para mejorar la atención brindada a niños y niñas menores de cinco años en los establecimientos de salud del país.

-Anorexia:

Falta o pérdida del apetito que ocasiona abstinencia de comer.

-Antipiréticos:

Sustancia ó procedimiento usado para disminuir la fiebre.

-Antihistamínico:

Sustancia capaz de disminuir ó contrarrestar los efectos de la histamina.

-Cefalea.

Dolor de cabeza debido a múltiples factores.

-Contacto:

Cualquier persona o animal cuya asociación con una persona o animal infectado o con un ambiente contaminado haya creado la posibilidad de contraer la infección.

-Disfagia:

Dificultad para deglutir ó tragar.

-Disfonía:

Trastorno de la voz, dificultad para hablar.

-Educación para la salud:

Proceso mediante el cual individuos o grupos de personas aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud.

-Epidemia:

Manifestación, en una comunidad o región de casos de una enfermedad (o un brote) con una frecuencia que exceda netamente la incidencia normal prevista.

-Educación para la salud:

Proceso mediante el cual individuos o grupos de personas aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud.

-Enantema:

Lesión eruptiva en la superficie de una membrana mucosa.

-Estridor:

Sonido respiratorio anómalo de tono musical y alta frecuencia producido por obstrucción en la traquea ó en la laringe.

-Etiología:

Estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad.

-Factor de riesgo:

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

-Fomites:

Objeto ó material inanimado sobre el que pueden transportarse agentes causantes de enfermedades.

-Glomerulonefritis:

Enfermedad no infecciosa del glomérulo renal caracterizada por proteinuria, hematuria, disminución de la producción de orina y edema.

-Hialina:

Sustancia vítrea y transparente total ó parcialmente.

-Hiperreactor Bronquial:

Trastorno caracterizado por la producción de broncoespasmo reflejo en respuesta a un estímulo desencadenante.

-Hipoacusia:

Ligera disminución de la sensibilidad auditiva.

-Huésped:

Persona o animal vivo, incluso aves y artrópodos, que en circunstancias naturales (en comparación con las experimentales) permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

-Incidencia:

Número de casos nuevos de cierta enfermedad que aparecen en un periodo de tiempo determinado.

-Inmunocompetencia:

Capacidad para desarrollar una respuesta inmunitaria después de la exposición a un antígeno.

-Inmunoterapia:

Tratamiento de las enfermedades infecciosas por la producción de inmunidad que puede ser activa ó pasiva.

-Inmunidad:

Estado de resistencia que suele provenir de la presencia de anticuerpos o células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de una enfermedad infecciosa o contra su toxina.

-Linfadenitis:

Trastorno inflamatorio de los ganglios linfáticos debido a enfermedad infecciosa, inflamatoria ó neoplásica.

-Morbilidad:

Frecuencia con que se produce una enfermedad ó anomalía en una determinada población ó área.

-Mortalidad:

Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad ó enfermedad específica.

-Natalidad:

Número de nacimientos por cada mil habitantes en una población durante un año.

-Nistagmo:

Movimiento involuntario y rítmico de los ojos con oscilaciones horizontales, verticales, rotatorias ó mixtas.

-Patogenecidad:

La característica de un agente infeccioso que rige la extensión o magnitud con la cual se manifiesta una enfermedad en una población infectada o la capacidad del microorganismo para producir enfermedad.

-Petequias:

Mancha muy pequeña de color rojo ó púrpura que aparece en la piel o mucosas.

-Pólipos:

Cualquier masa que hace protusión desde una mucosa ó piel.

-Prevalencia:

Número total de casos de una enfermedad especifica que existen en una población en un momento dado.

-Prurito:

Sensación habitualmente en la piel y mucosas que incita a rascarse.

-Rinorrea:

Eliminación abundante de mucosidad nasal fluida.

-Roncus:

Ruido anormal continuo en la garganta ó bronquios debido a una obstrucción parcial de la vía respiratoria.

-Sibilancias:

Ruido respiratorio silbante detectado a la auscultación pulmonar.

-Subglótica:

Porción de la laringe situada debajo de la glotis.

-Tinitus:

Zumbido de uno ó ambos oídos debido a obstrucción, trauma ó enfermedad ótica.

-Vértigo:

Sensación de rotación ó movimiento de uno mismo ó del entorno en cualquier plano.

-Vibrisas:

Pelo largo y áspero localizado en el vestíbulo nasal.

-Virulencia:

Grado de patogenicidad de un agente infeccioso, indicado por las tasas de letalidad o por su capacidad para invadir y lesionar los tejidos del huésped o por ambos parámetros.

-Zoonosis:

Infección o una enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales, de los animales vertebrados a los humanos.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMAS DE HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores son efectivas en la disminución de la Incidencia de las IRAS en la población infantil objeto de estudio.

3.2. HIPÓTESIS NULA

Ho: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores no son efectivas en la disminución de la Incidencia de las IRAS en la población objeto de estudio.

3.3. HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Ha: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Agudas Respiratorias Superiores influye en cierto grado en la incidencia de éstas en la población objeto de estudio.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Las intervenciones de prevención y control de las IRAS son efectivas en la disminución de la Incidencia de las IRAS.	<p>Variable Independiente</p> <p>Las intervenciones de prevención y control:</p>	<p>Las Intervenciones de prevención son: Todas las medidas para disminuir que se presenten nuevos episodios de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.</p> <p>Las Intervenciones de control son: las que permiten evaluar, clasificar, tratar y orientar oportunamente y eficientemente al paciente.</p>	<p>Inmunización</p> <p>-Lactancia Materna</p> <p>-Estado Nutricional</p>	<p>Esquema de Vacunación: -BCG -Pentavalente (Difteria, Pertusis, Tétano, Hepatitis B y Haemophilus influenzae). -SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas).</p> <p>-Lactancia Materna exclusiva. -Lactancia Materna predominante o complementaria. -Sin Lactancia Materna.</p> <p>-Control de niño sano -Riesgo Nutricional: . Leve . Moderada . Severa</p>

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION OPERACIONAL DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Las intervenciones de prevención y control de las IRAS. Son efectivas en la disminución de la incidencia de las IRAS en la población objeto de estudio</p>			<p>Oligoelementos</p> <p>-Mejorar situación de Hacinamiento</p> <p>-Educación</p>	<p>-Ha recibido periódicamente Hierro, Vitamina A y Zinc.</p> <p>-Vivienda -Carretera -Numero de Hijos.</p> <p>-Charlas educativas en la Unidad de Salud -Orientación a los padres de familia que consultan.</p> <p>-Numero de niños tratados por personal médico - -Automedicación -No consulto -Efectividad del tratamiento.</p>

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Las intervenciones de prevención y control de las IRAS. Son efectivas en la disminución en la incidencia de las IRAS en la población objeto de estudio.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.</p>	<p>-La Incidencia: Se refiere al número de casos nuevos de una cierta enfermedad que aparece en un periodo de tiempo determinado.</p> <p>- Las IRAS: Son enfermedades del aparato respiratorio superior que tiene una duración menos de siete días dentro de las cuales se incluyen: rinitis, otitis, sinusitis, faringoamigdalitis, laringitis, epiglotitis y CRUP.</p>		<p>-Número de episodios de IRAS</p> <p>-Fiebre -Tos -Rinorrea -Otalgia -Otorrea -Odinofagia -Congestión nasal -Disfagia -Disfonía -Hipertrofia amigdalina -Linfadenopatía -Cefalea</p>

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación tipo analítica, retrospectiva, transversal y documental para identificar las intervenciones de prevención que influyen en las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años dentro del programa infantil en las Unidades de Salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua.

4.1.1. Analítico: porque se investigó las intervenciones de prevención que influyen en la disminución de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, planteándose hipótesis las cuales se aceptó, a través de la prueba estadística de ji cuadrada al final de la investigación, que las intervenciones de prevención y control son efectivas en la disminución de la incidencia de las IRAS según los resultados obtenidos, sirviendo de base para la realización de otros estudios en la comunidad.

4.1.2. Retrospectivo: ya que se obtuvo información del número de episodios, administración de oligoelementos, estado nutricional, lactancia materna en los últimos seis meses previos a la investigación, a través de los expedientes clínicos y cédula de entrevista dirigidas a las madres de familia o acompañante; comparándolos con los detectados al momento de ejecutar la investigación.

4.1.3. Transversal: porque se estudiaron las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo, sin un seguimiento posterior, durante el período de julio a septiembre de 2005.

4.1.4. Documental o Bibliográfico: se han consultado documentos, mediante la investigación bibliográfica de libros, revistas, tesis, boletines, periódicos, direcciones electrónicas y consultas a especialistas en el área en estudio; así mismo se revisarán los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados buscando datos o antecedentes clínicos relevantes.

4.2. POBLACIÓN.

Esta conformado de la siguiente manera Sociedad, 1602; Jocoro, 887; y Guatajiagua, 888 niños menores de cinco años inscritos en el programa de atención infantil de las Unidades de Salud del mismo nombre del departamento de Morazán.

4.3. MUESTRA.

Se conformó por 345 niños y niñas menores de cinco años, que corresponde al 10% de la población en estudio, la cual se determinó mediante la siguiente fórmula estadística:

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

Dónde:

n= Muestra

N= Población o Universo

Z α = Nivel de Confianza

E= Error Muestral

P= Variabilidad del Fenómeno

Q= Variabilidad del Fenómeno

Datos:

n=?

N= 3377

Z α = 95% (1.96)

E= 5% (0.05)

P= 50% (0.5)

Q= 50% (0.5)

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(3377)}{(3377-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(3377)}{(3376)(0.0025) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3243.27}{8.44 + 0.9604}$$

$$n = \frac{3243.27}{9.4004}$$

n= 345 niños o niñas

Distribución de la muestra según población objeto de estudio en cada una de las Unidades de Salud:

Unidades de Salud	Población*	Porcentaje (%)	Distribución de la Muestra.
Unidad de Salud de Sociedad	1602	48	164
Unidad de Salud de Jocoso	887	26	91
Unidad de Salud de Guatajiagua	888	26	91
TOTAL	3377	100	346

* Fuente: Población infantil 2005 según proyección poblacional objeto de estudio, con base a censo de la Dirección General de Estadística y Censos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA MUESTRA.

Los niños y niñas menores de cinco años de edad inscritos en el programa de atención infantil de las Unidades de Salud objeto de estudio que fueron atendidos al momento de la consulta por personal médico.

4.4. TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo que se utilizó fue el probabilístico y sistemático cuyo objetivo fue obtener información de calidad, con profundidad y significación práctica, más que cantidad; obteniendo la información de los pacientes, madres o acompañantes de éstos; inscritos en el programa de atención infantil, que consultaron con sintomatología de Infecciones Vías Respiratorias Superiores, durante el periodo antes mencionado y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos .

Es probabilístico porque todos y cada uno de los elementos de la población estudiada tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados. El proceso a través del cual se realizó fue el muestreo sistemático, tal como se detalla a continuación:

$$\text{Intervalo para la Selección de cada Unidad Muestral} = \frac{n}{ni}$$

Donde:

n= Muestra Total (3377)

ni: Distribución de la Muestra (Muestra específica para cada Unidad de Salud).

Sustituyendo, por ejemplo en caso de la Unidad de Salud de Sociedad:

$$\text{Intervalo para la Selección de cada Unidad Muestral} = \frac{3377}{164} = 10$$

Es decir, de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se tomaron de manera probabilística, sistemática el último de cada diez. Para obtener la primera

muestra de cada diez pacientes que cumplan los criterios de inclusión, lo cual se realizó a través de un muestreo aleatorio simple (rifa).

4.5. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

4.5.1. Técnica Documental

La Documental Bibliográfica. Esta permitió obtener información de libros, diccionarios de especialidad, documentales, revistas, boletines, sitios electrónicos.

La Documental Escrita. El grupo se auxilió de esta técnica para revisar los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados; para analizarlos y relacionarlos con la incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.

4.5.2 Técnica de Trabajo de Campo

La Observación. Se utilizó durante la historia clínica y el examen físico; para obtener información y contrastarla con los datos obtenidos con las otras técnicas.

Cédula de Entrevista. Se realizó las preguntas a las madres o encargados de los infantes seleccionados como parte de la muestra. La información obtenida a través de la Cédula de Entrevista se complementó con una Guía de Examen Físico

4.6. INSTRUMENTOS

Para la información documentada se utilizó la cédula de entrevista (Ver Anexo N° 10), en el cual se recopiló información a través de 29 preguntas: 24 cerradas, 4 mixtas (cerrada primero, luego abierta) y 1 abierta, que se realizó a la madre o acompañante del paciente al momento de la consulta; la cual se complementó mediante la revisión de los cuadros de los pacientes seleccionados por los investigadores, cuyos datos se registrarán en la cédula de la entrevista. La observación se llevo acabo, por medio del examen físico utilizando el equipo médico completo (lámpara, tallímetro, termómetro, báscula, baja lengua, reloj, otoscopio y estetoscopio), anotando los hallazgos en la Guía de Examen Físico que consta de 24 ítems (Ver Anexo N° 11). Además se obtuvo información a través de la guía de entrevista que se pasó al personal de salud, la cual consta de 6 preguntas cerradas (Ver Anexo N° 12).

4.7. PROCEDIMIENTO.

4.7.1. Primera Fase. En ésta el grupo integró todos los elementos básicos iniciales para el abordaje de las Intervenciones de Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores, luego presentó un perfil de investigación, seguido de un protocolo de investigación; en el cual se detalló el Sistema de Hipótesis, Operacionalización de éstas en Variables e Indicadores; así también el Diseño Metodológico, con el cual se definió el tipo de estudio, universo, muestra, tipo de muestreo, técnicas de obtención de información e instrumentos.

4.7.2. Segunda Fase. Correspondió a la ejecución del Proyecto de Investigación, el cual se realizó en 12 semanas durante los meses de julio a septiembre del presente año; en ésta fase se analizaron expedientes clínicos de niños y niñas de la población objeto de estudio, se pasó a las madres o acompañantes de éstos la cédula de entrevista y se registraron los hallazgos en la guía de examen físico. Una vez que se obtuvieron los datos se tabuló, analizó e interpretó la información; luego se sometió a prueba la hipótesis, la cual se aceptó con una $p=0.01$ a 0.005 ; seguidamente se elaboraron las conclusiones y se propusieron recomendaciones, finalmente se expusieron los resultados de la investigación que se realizó.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo, representa los resultados obtenidos de la investigación realizada sobre la efectividad de las intervenciones de prevención y control en la incidencia de las infecciones respiratorias agudas superiores en niños y niñas menores de cinco años, inscritos en el programa infantil en las unidades de salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, durante el período comprendido entre enero a septiembre de 2005; cuyos datos fueron obtenidos mediante los instrumentos como la cédula de entrevista a las madres o acompañantes al momento de la consulta, y guía de examen físico y cédula de entrevista al personal de unidad de salud sobre el conocimiento de éstas.

Posteriormente, se tabularon los datos obtenidos de los instrumentos de la investigación, los cuales se presentan en cuadros simples o de doble entrada en aquellas variables que lo ameritan y su respectiva representación gráfica; así mismo se analizó e interpretó los resultados, además se aplicó la ji-cuadrado a la hipótesis de trabajo de esta investigación, la cual fue aceptada.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA DE LAS MADRES O ACOMPAÑANTES DE LOS Y LAS NIÑAS.

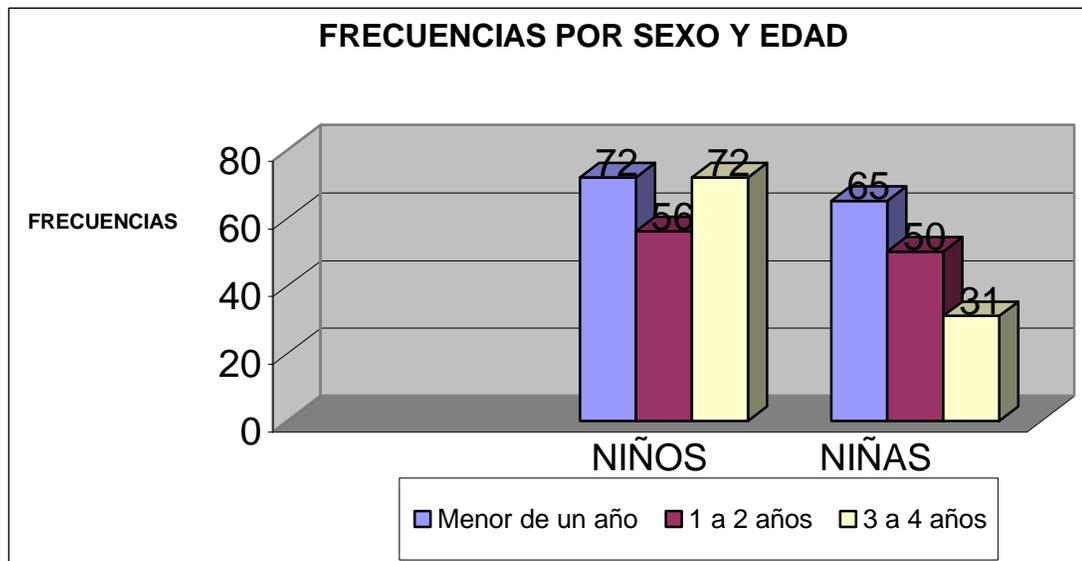
CUADRO N. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL POR EDAD Y SEXO

SEXO	NIÑOS		NIÑAS		TOTALES	
	FR	%	FR	%	FR	%
<1 año	72	20.8	65	18.8	137	39.6
1 a 2 años	56	16.2	50	14.4	106	30.6
3 a 4 años	72	20.8	31	9.0	103	29.8
TOTAL	200	57.8	146	42.2	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 1



Fuente: Cuadro N° 1

ANÁLISIS:

Los resultados de los datos demuestran que de la población total objeto de estudio un 57.8% corresponde al sexo masculino, de los cuales los menores de un año y los de 2-4 años, ambos tienen mayor porcentaje 20.8% cada uno, y en menor porcentaje entre 1-2 años con un 16.2%. En cuanto al sexo femenino corresponde a un 42.2 %, de las cuales la mayoría se encontró en menores de un año (39.6%), seguidos de niñas entre 1-2 años con un 30.6% y en un porcentaje muy cercano las niñas entre 3-4 años con un 29.7%.

INTERPRETACIÓN:

En la población infantil objeto de estudio predominó el sexo masculino. El rango de edad que predominó en el estudio fue menores de un año, como los que más consultaron. Lo cual está en concordancia con los estudios epidemiológicos actuales sobre las IRAS, en donde se afirma que existe escasa diferencia en la incidencia entre los sexos y que los menores de un año son los que más consultan por éstas. Lo anterior se explica por la mayor preocupación de los padres por llevar a consultar tempranamente a sus hijos a esta edad, sistema inmunológico en proceso de maduración, intervalos de cita en la Unidad de Salud más cortos (cada dos meses).

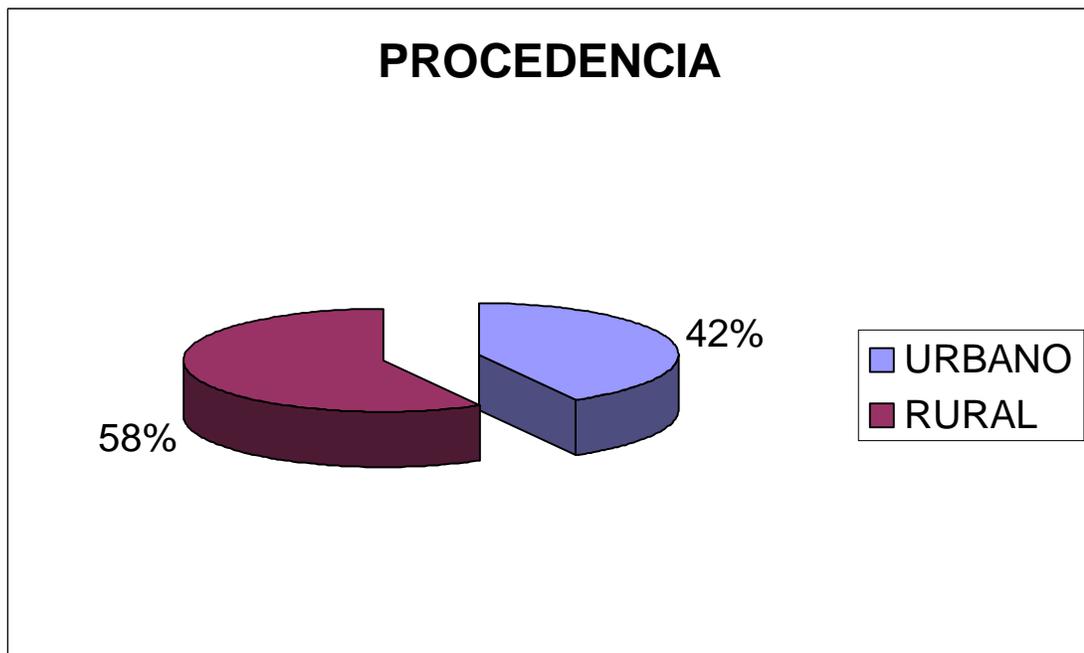
CUADRO No 2

PROCEDENCIA DEL NIÑO O NIÑAS CON IRAS

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
URBANO	145	41,91
RURAL	201	58,09
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO No.2



Fuente: Cuadro N° 2

ANÁLISIS:

Según la información obtenida el mayor porcentaje correspondió al área rural un 58.1%, y un 41.9% al área urbana.

INTERPRETACIÓN:

El mayor porcentaje de la población infantil provenía de la zona rural, lo cual no coincide con datos estadísticos actuales de las IRAS que reflejan un porcentaje mayor en zona urbana (macroestadísticas, que incluyen las grandes ciudades), lo cual explica en parte la no concordancia de los datos de este estudio con las estadísticas nacionales de las IRAS: así mismo la distribución geográfica del área de influencia de las unidades de Salud está conformada de 10-15 cantones y solamente 4-5 barrios; además la población del área urbana tiene más facilidad y tendencia a la consulta privada o al seguro social.

CUADRO No 3

¿SABE USTED QUÉ ES PREVENCIÓN EN GENERAL?

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	158	45,66
NO	188	54,34
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

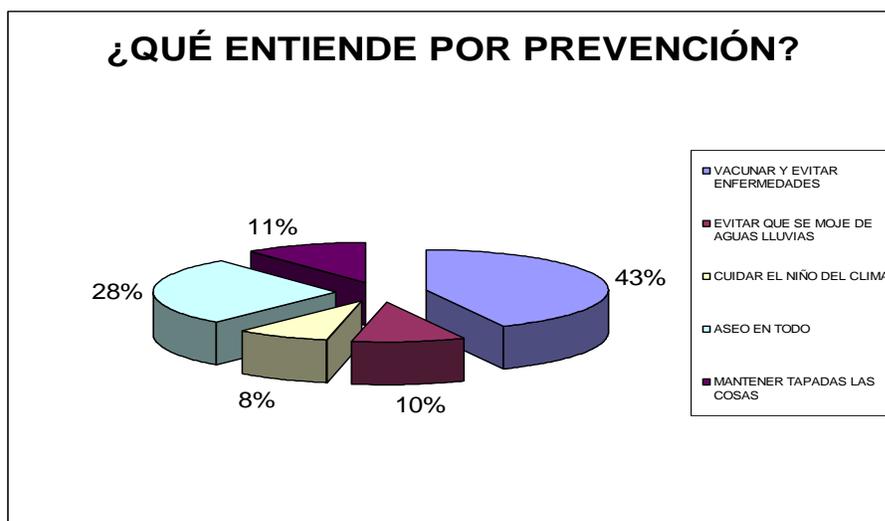


Fuente: Cuadro N° 3

3.1 ¿QUÉ ENTIENDE POR PREVENCIÓN?

EXPLICACIÓN DE LA MADRE O ACOM.	FRECUENCIA	PORCENTAJES
VACUNAR Y EVITAR ENFERMEDADES	68	43,04
EVITAR QUE SE MOJE DE AGUAS LLUVIAS	16	10
CUIDAR EL NIÑO DEL CLIMA	13	8,23
ASEO EN TODO	44	27,85
MANTENER TAPADAS LAS COSAS	17	10,76
TOTAL	158*	100

GRÁFICO N° 3.1



Fuente: Cuadro N° 3.1

ANÁLISIS:

Los datos reflejan que la mayoría de los acompañantes de la población en estudio desconoce el concepto de prevención con un 54.3%, y un 45.7% respondió sí saber qué es prevención; entre las ideas expresadas por los acompañantes que respondieron si conocer sobre prevención se encuentran, en orden decreciente en porcentaje: vacunar y evitar enfermedades (43.04%), aseo en todo (27.9%), mantener tapadas las cosas (10.8%), evitar que se mojen con aguas lluvia (10%) y cuidar el niño del clima (8.2%).

INTERPRETACIÓN:

Las intervenciones de prevención de las IRAS son conocidas por la minoría de la población objeto de estudio, y no de manera integral y coherente; lo cual manifiesta que si bien se ha tratado por parte del Ministerio de Salud Pública en insistir en una cultura para la prevención, este esfuerzo necesita continuarse y articularse para buscar propuestas que hagan llegar conocimientos básicos y prácticos a toda la población para disminuir significativamente la incidencia de las IRAS.

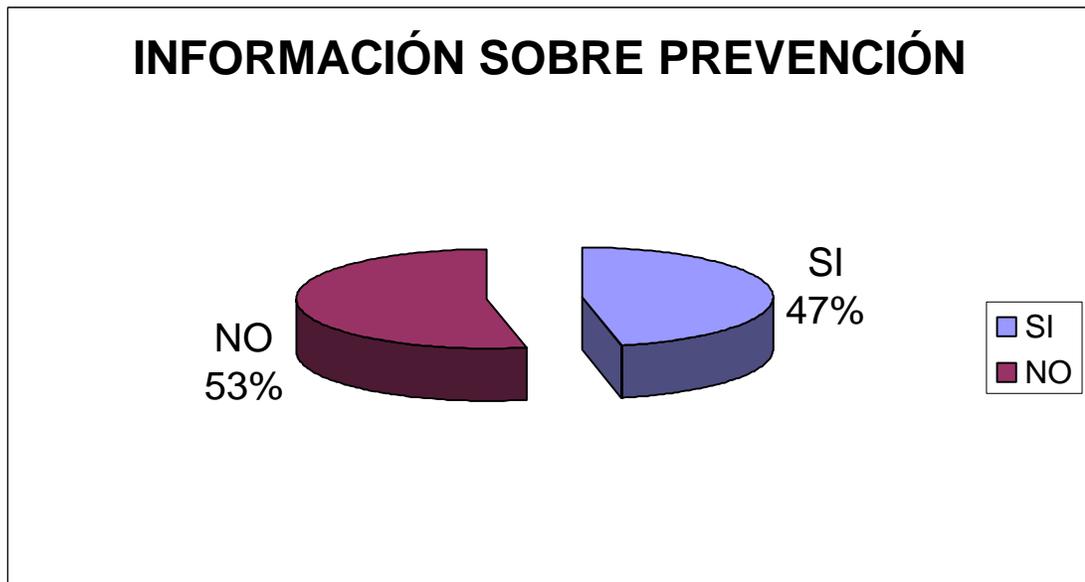
CUADRO No. 4

RECIBIERON INFORMACIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD SOBRE LA PREVENCIÓN

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	161	46,53
NO	185	53,47
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 4



Fuente: Cuadro N° 4

ANÁLISIS:

El 53.5% respondieron que no había recibido información en la Unidad de Salud sobre la prevención y un 46.5% si han recibido.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las madres y acompañantes expresaron no haber recibido orientación en la unidad de salud, lo cual se debe a que no se le da la suficiente importancia a la educación en la salud preventiva, también en parte a la falta de programación de las charlas educacionales, incumplimiento de la calendarización por el personal de salud; también porque la madre o acompañante del paciente llegan en horas que ya se ha impartido las charlas o no se frecuenta la unidad de salud de manera periódica por la falta de recursos o la falta de accesibilidad geográfica.

CUADRO No. 5

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	316	91,33
NO	30	8,67
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 5



Fuente: Cuadro N° 5

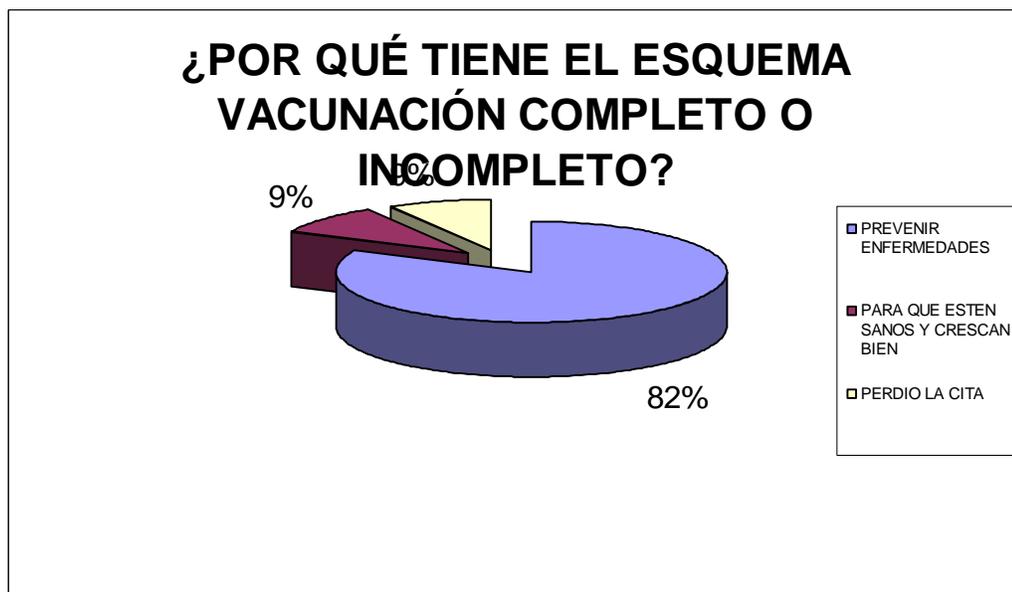
Cuadro N° 5.1

¿POR QUÉ TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA O INCOMPLETA?

POR QUÉ	FRECUENCIA	PORCENTAJES
PREVENIR ENFERMEDADES	284	82,08
PARA QUE ESTEN SANOS Y CRESCAN BIEN	32	9,25
PERDIÓ LA CITA	30	8,67
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 5.1



Fuente: Cuadro N° 5.1

ANÁLISIS:

El 91.3% de los niños y niñas tienen todas las vacunas para su edad y solo el 8.7% los tienen de manera incompleta.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los niños y niñas tienen completo el esquema de vacunación lo cual demuestra la importancia de promotores de salud en los cantones en donde se realizan servicios de vacunación domiciliar y búsqueda de niños y niñas faltistas al esquema de vacunación, así mismo por la aceptación de programa de inmunización ha sido generalizada en las comunidades.

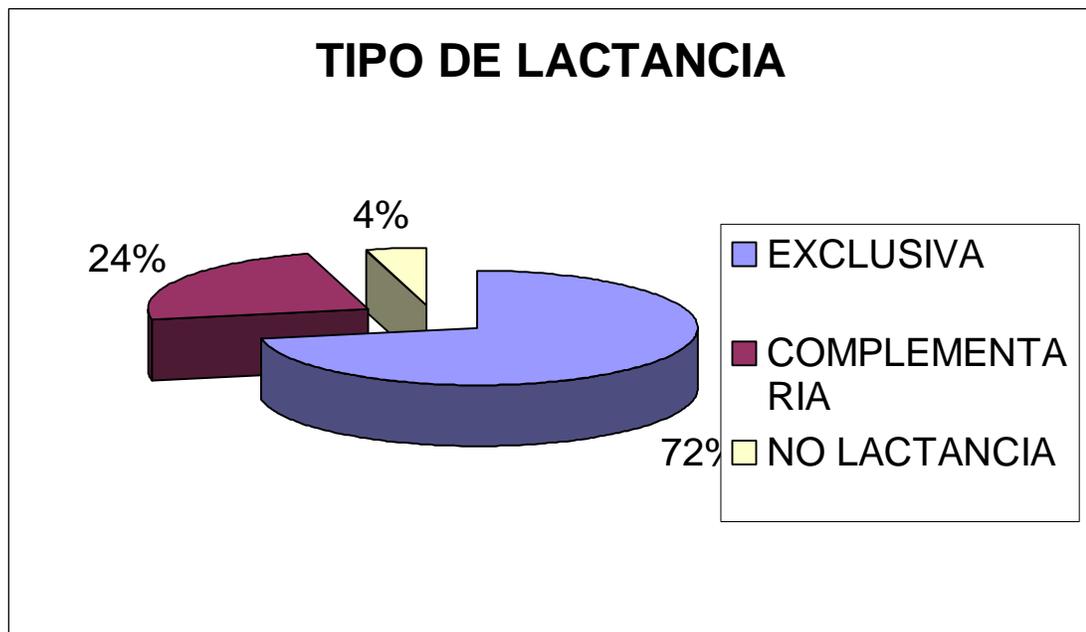
CUADRO No. 6

TIPO DE LACTANCIA

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCLUSIVA	249	71,97
COMPLEMENTARIA	82	23,70
NO LACTANCIA	15	4,34
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 6



Fuente: Cuadro N° 6

ANÁLISIS:

En los datos obtenidos se observó que la población infantil es alimentada exclusivamente con lactancia materna en un 72.0%, complementaria en un 23.7% y no lactancia 4.3%.

INTERPRETACIÓN:

La gran mayoría de los niños y niñas en objeto de estudio recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, lo cual se explica que la lactancia materna es un alimento barato y de acceso inmediato, y la educación que se les da a las madres durante la gestación en los controles prenatales, sobre las ventajas y beneficios de la lactancia materna, específicamente porque transfieren factores inmunológicos que protejan a sus hijos. En segundo lugar se encuentra la lactancia complementaria es decir combinación de lactancia materna y fórmulas infantiles, lo cual puede deberse a la falta de explicación práctica para lograr producir la leche en cantidades suficientes, a limitaciones de tiempo por trabajo y en algunos casos comodidad de la madre; un pequeño porcentaje no recibió lactancia, debido en muchos casos a enfermedad, separación o abandono de la madre.

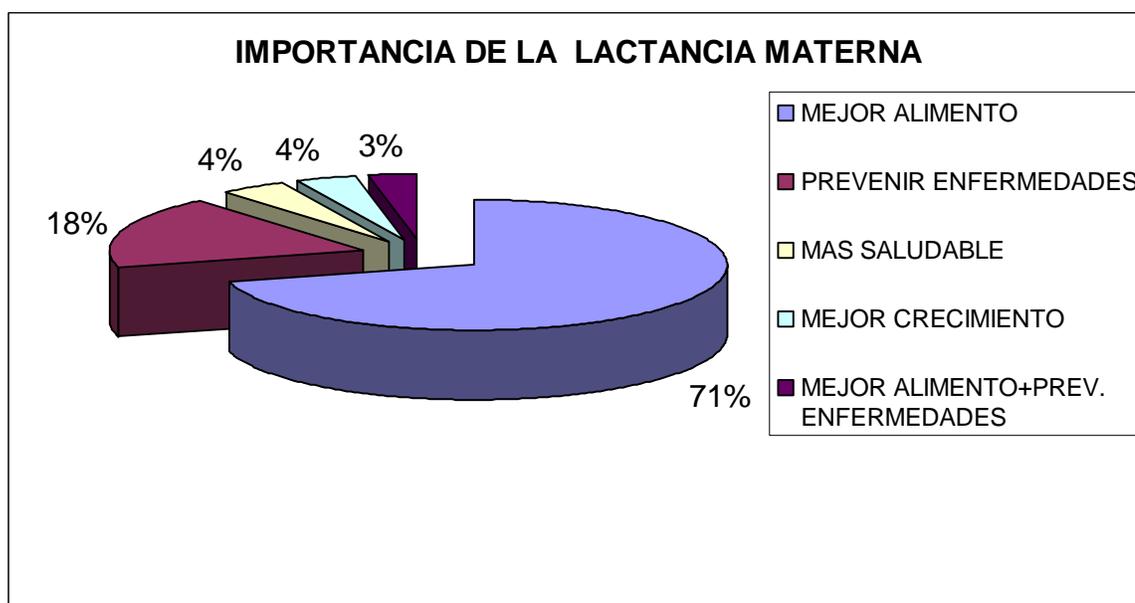
CUADRO No. 7

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

¿POR QUÉ?	FRECUENCIA	PORCENTAJES
MEJOR ALIMENTO	245	70,81
PREVENIR ENFERMEDADES	63	18
MÁS SALUDABLE	14	4,05
MEJOR CRECIMIENTO	13	3,76
MEJOR ALIMENTO+PREV. ENFERMEDADES	11	3,18
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 7



Fuente: Cuadro N° 7

ANÁLISIS:

La totalidad de los acompañantes de la población objeto de estudio considero que la Lactancia Materna es importante 346 (100%); porque en primer lugar consideraron que es el mejor alimento (70.9%), seguidos por prevenir enfermedades (18%), mas saludable (4.1%), mejor crecimiento (3.8%) y combinada mejor alimento y prevención de enfermedades (3.2%).

INTERPRETACIÓN:

La importancia dada por la totalidad de los acompañantes de la población objeto de estudio a la lactancia materna refleja que esta en la práctica muestra mayores beneficios: más económico, y acceso inmediato, menos enfermedades, mejor estado nutricional y mayor desarrollo físico y mental; sin embargo no se está del todo consciente de la importancia de la Lactancia Materna en la modulación del desarrollo del sistema inmunológico y su relación con la incidencia de IRAS.

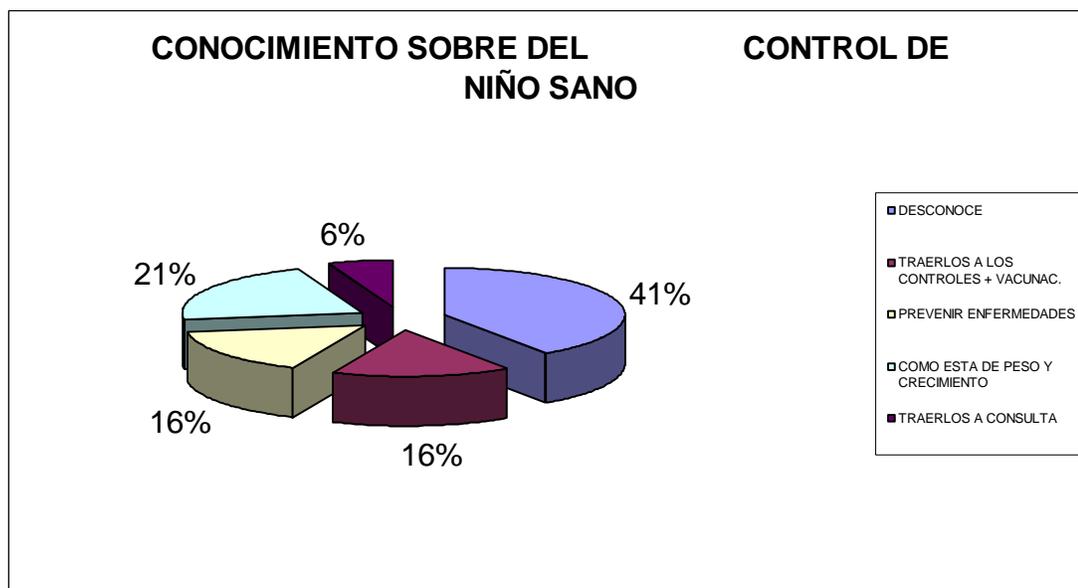
CUADRO No 8

CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL DE NIÑO SANO

CONTROL DE NIÑO SANO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
DESCONOCE	140	40,46
TRAERLOS A LOS CONTROLES + VACUNAC.	56	16
PREVENIR ENFERMEDADES	56	16,18
COMO ESTA DE PESO Y CRECIMIENTO	74	21,39
TRAERLOS A CONSULTA	20	5,78
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 8



Fuente: Cuadro N° 8

ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos de los acompañantes de la población objeto de estudio un alto porcentaje desconoce que es un control de niño sano un 40.5%; entre las ideas expresadas sobre el control de niño sano están: como esta el peso y el crecimiento con un 21.4%, prevenir enfermedades con un 16.2%, traerlos a los controles con un 16% y traerlos a consulta con un 5.8%.

INTERPRETACIÓN:

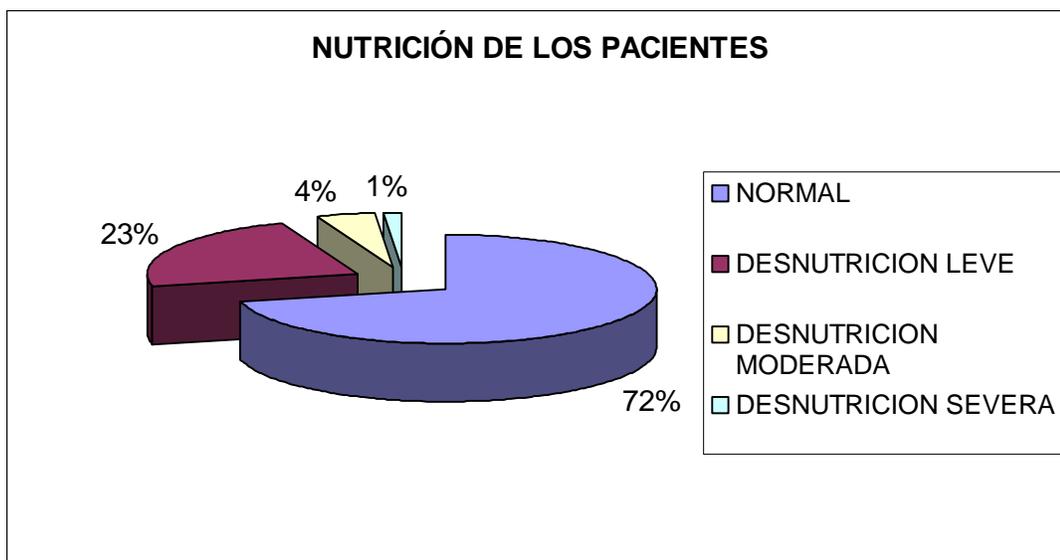
El notable porcentaje que no respondió o no sabe que es el control de niño sano se debe en parte a que por su nivel educacional no expresa lo que en la práctica realiza, y a la poca educación sobre la salud preventiva que se da a nivel de las unidades de salud y en las comunidades a través de los comités comunales.

CUADRO No 9
NUTRICIÓN DE LOS PACIENTES

NUTRICIÓN DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJES
NORMAL	247	71,39
DESNUTRICION LEVE	79	22,83
DESNUTRICION MODERADA	15	4,34
DESNUTRICION SEVERA	5	1,45
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 9



Fuente: Cuadro N° 9

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos sobre la nutrición de la población objeto de estudio reflejan que la mayoría de niños y niñas 71.4% presenta una nutrición normal, el 22.8% desnutrición leve, el 4.3% desnutrición moderada y el 1.5% desnutrición severa.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los niños y niñas se encontraron dentro de los rangos normales de la curva peso y edad, lo cual se debe a que la mayoría de niños y niñas son alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego esta se prolonga de manera complementaria hasta los dos años. La nutrición es un factor importante en la prevención de las IRAS, según la literatura actual de nutrición pediátricas y del Ministerio de Salud, ya que esta influye en la frecuencia y severidad con que se presentan las IRAS, lo cual esta en concordancia con los datos obtenidos en nuestra investigación. La notable presencia de desnutrición en sus diferentes grados se explica por las condiciones económicas extremas y la poca intención o ausencia de estrategias que posibiliten la superación de la desnutrición en su forma severa, lo cual esta muy relacionada con complicaciones mortales.

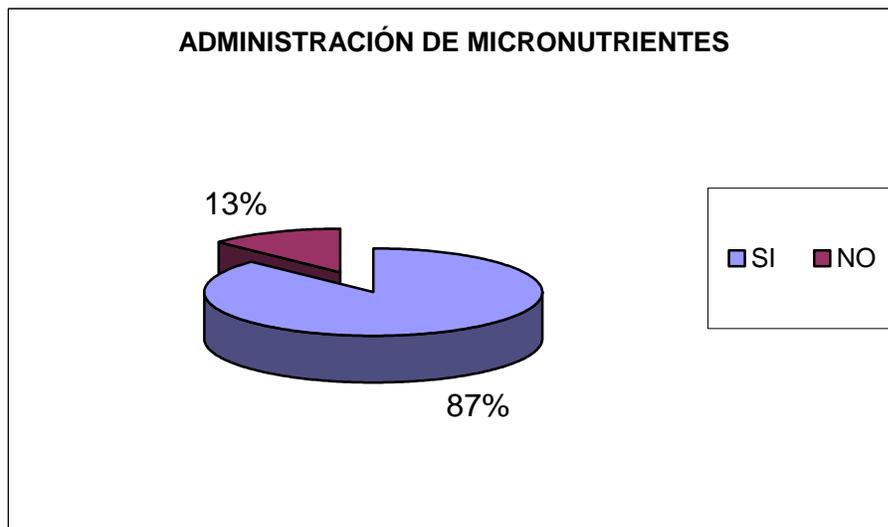
CUADRO No. 10

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

RECIBIÓ MICRONUTRIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	302	87,28
NO	44	12,72
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO No. 10



Fuente: Cuadro N° 10

ANÁLISIS:

El 87.3% de los niños y niñas objeto de estudio han recibido oligoelementos, mientras que 12.72% no se les había administrado.

INTERPRETACIÓN:

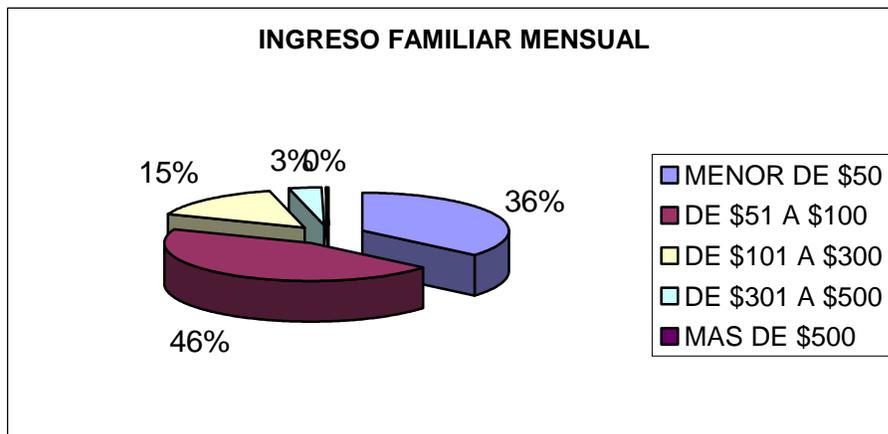
La mayoría de la población infantil ha recibido micronutrientes lo cual se debe a que son prioridad dentro de los programas de atención infantil del Ministerio de Salud y Asistencia Social y la existencia en farmacia de dichos micronutrientes, así mismo a la orientación de parte del personal de salud y a la aceptación de las madres o acompañantes de la población infantil objeto de estudio.

CUADRO No. 11
INGRESO FAMILIAR MENSUAL

INGRESO MONETARIO MENSUAL (\$)	FRECUENCIA	PORCENTAJES
MENOR DE \$50	125	36,13
DE \$51 A \$100	155	45
DE \$101 A \$300	53	15,32
DE \$301 A \$500	12	3,47
MAS DE \$500	1	0,29
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 11



Fuentes: Cuadro No. 11

ANÁLISIS:

Según los datos obtenidos el mayor porcentaje corresponde al rango de \$50 a \$100 con el 45%, seguido de los menores de \$50 con un 36.1%, luego de \$101 a \$300 con un 15.3% y mas de \$500 con 0.3%.

INTERPRETACIÓN:

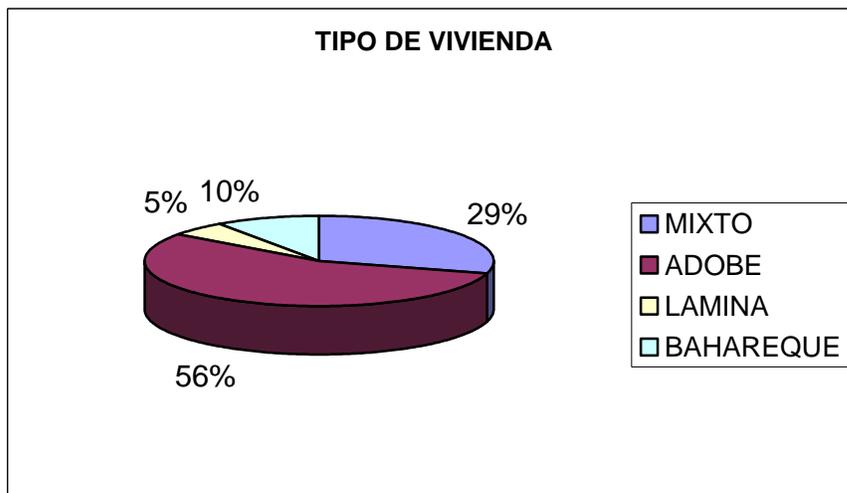
El ingreso familiar cerca del 80% no alcanza el nivel de salario mínimo, debido a que la mayoría se dedican a labores agrícolas, oficios domésticos y remesas familiares ocasionales; por lo tanto no se cubren las necesidades básicas, lo cual influye en la incidencia de las IRAS, como se expuso en los factores de riesgo. Y los con ingresos arriba del salario mínimo son menos frecuentes, ya sea que tienen empleos estatales, negocios propios.

CUADRO No 12
TIPO DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
MIXTO	102	29,48
ADOBE	192	55,49
LAMINA	18	5,20
BAHAREQUE	34	9,83
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 12



Fuente: Cuadro N° 12

ANÁLISIS:

Los resultados de los datos el mayor porcentaje corresponde a las de adobe con un 55.5%, le siguen las de tipo mixto con el 29.5%, luego de bahareque con 9.8% y lámina 5.2%.

INTERPRETACIÓN:

El tipo de vivienda que predomina es de adobe, generalmente con piso de tierra, lo cual es un factor de riesgo de la incidencia de las IRAS; esto se explica porque la mayoría de los consultantes proceden del área rural. Es notorio también el porcentaje de tipo mixto, que refleja cierta inversión de las remesas extranjeras; y cierto porcentaje vive en condiciones inadecuadas y de evidente pobreza.

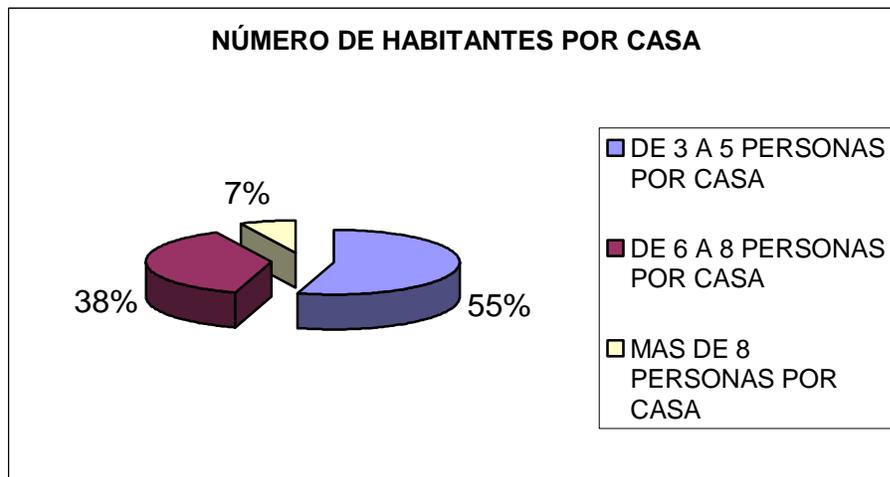
CUADRO No. 13

NÚMERO DE HABITANTES POR CASA

NÚMERO DE HABITANTES POR CASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 3 A 5 PERSONAS POR CASA	189	54,62
DE 6 A 8 PERSONAS POR CASA	132	38,15
MAS DE 8 PERSONAS POR CASA	25	7,23
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 13



Fuente: Cuadro N° 13

ANÁLISIS:

EL 54.6 % corresponden al rango de 4 a 5 personas, seguido de un 38.2% de 6-8 personas y 7.2% más de 8 personas.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población infantil objeto de estudio vive en condiciones de hacinamiento, lo cual está en concordancia con la estadística de sobre población nacional. Y que el hacinamiento es factor de riesgo para la transmisión de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores.

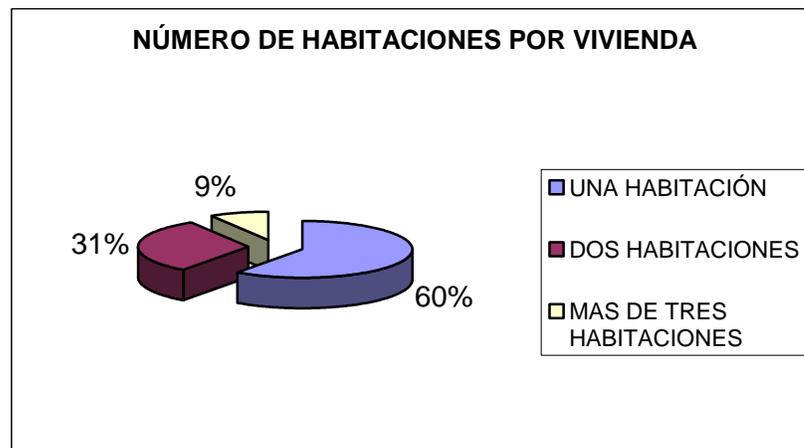
CUADRO No. 14

NÚMERO DE HABITACIONES POR VIVIENDA

NÚMERO DE HABITACIONES POR CASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA HABITACIÓN	208	60,12
DOS HABITACIONES	108	31,21
MAS DE TRES HABITACIONES	30	8,67
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 14



Fuente: Cuadro N° 14

ANÁLISIS:

EL 60.1% de las casas posee una habitación, el 31.2 % dos habitaciones y el 8.67 más de tres habitaciones.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población cuenta con casas de una sola habitación, lo cual se debe a la situación de pobreza; no tienen dinero para una vivienda digna, lo cual contribuye al hacinamiento y facilita la transmisión de de las IRAS.

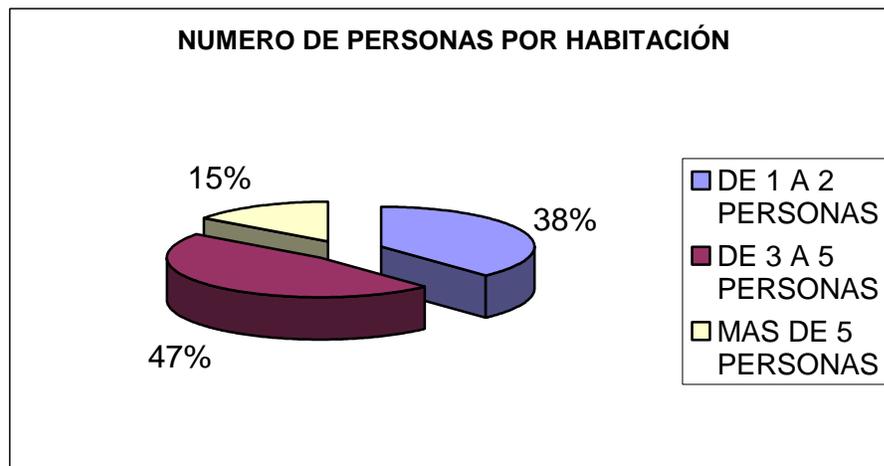
CUADRO No. 15

NÚMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN

NÚMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 1 A 2 PERSONAS	132	38,15
DE 3 A 5 PERSONAS	162	46,82
MAS DE 5 PERSONAS	52	15,03
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRAFICO N° 15



Fuente: Cuadro N° 15

ANÁLISIS:

Según los datos obtenidos de 3 a 5 personas por habitación corresponde el 46.8%, seguido de 1 a 2 personas 38.2%, luego más de 5 personas el 15%.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población objeto de estudio viven más de 3 por habitación lo cual es de acuerdo a la estadística de alta densidad poblacional relacionada con el bajo nivel económico y educacional. Esta condición de hacinamiento favorece el incremento en las infecciones respiratorias.

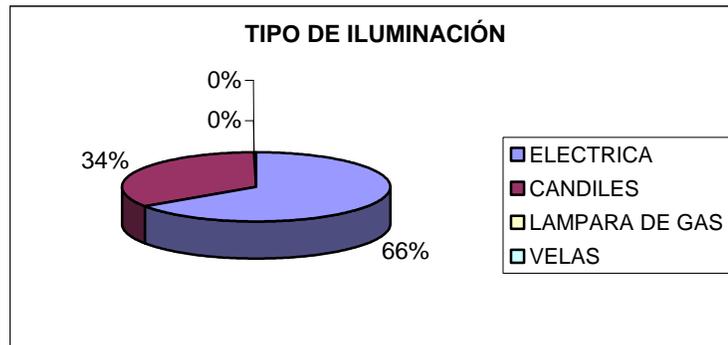
CUADRO No. 16

TIPO DE ILUMINACIÓN

TIPO DE ILUMINACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
ELÉCTRICA	227	65,61
CANDILES	118	34,10
LAMPARA A GAS	0	0,00
VELAS	1	0,29
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 16



Fuente: Cuadro N° 16

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos reflejan que el 65.6% iluminan sus viviendas con luz eléctrica, seguido candiles con un 34.1% y velas 0.3%.

INTERPRETACIÓN:

La información obtenida en el presente estudio expresa que la mayoría de la población posee luz eléctrica en sus viviendas, a pesar que procede de zona rural en su mayoría. Un porcentaje considerable utiliza luz de candil para iluminar su vivienda, lo cual se debe a que sus viviendas están distantes entre ellas y el tendido eléctrico no pasa cerca de muchas casas, o que este no ha llegado a todos los cantones del área rural; lo anterior contribuye al aumento de la incidencia de las IRAS por la contaminación ambiental por el uso de candiles.

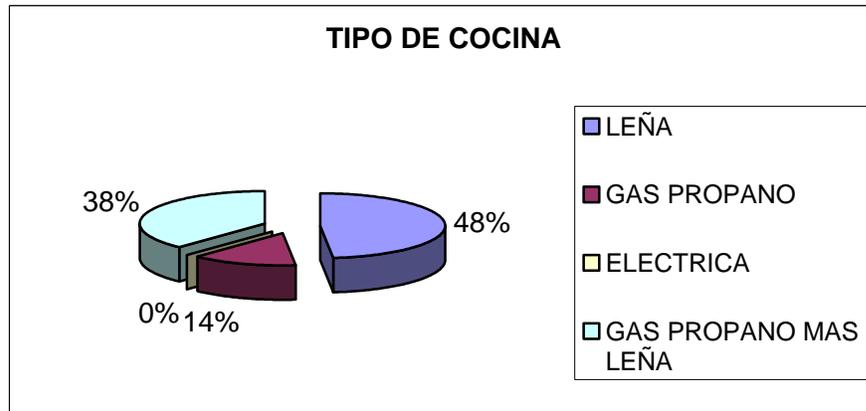
CUADRO No. 17

TIPO DE COCINA

TIPO DE COCINA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
LEÑA	167	48,27
GAS PROPANO	47	13,58
ELÉCTRICA	0	0,00
GAS PROPANO MAS LEÑA	132	38,15
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista (cocina al interior de la vivienda)

GRÁFICO N° 17



Fuente: Cuadro N° 17

ANÁLISIS:

El 48.3% de los acompañantes manifestaron que cocinaban con leña, en segundo lugar los que utilizaban tanto leña y gas propano con un 38.2%, seguido en tercer lugar por los que utilizan gas propano con 13.6% y ninguno con luz eléctrica.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población cocina (al interior de la vivienda) con leña, lo cual se explica por los escasos recursos económicos, mayor distribución de la población en la zona rural, poco acceso a proveedores de gas propano; lo cual contamina el ambiente, aumentando las condiciones de riesgo para que se presenten las IRAS.

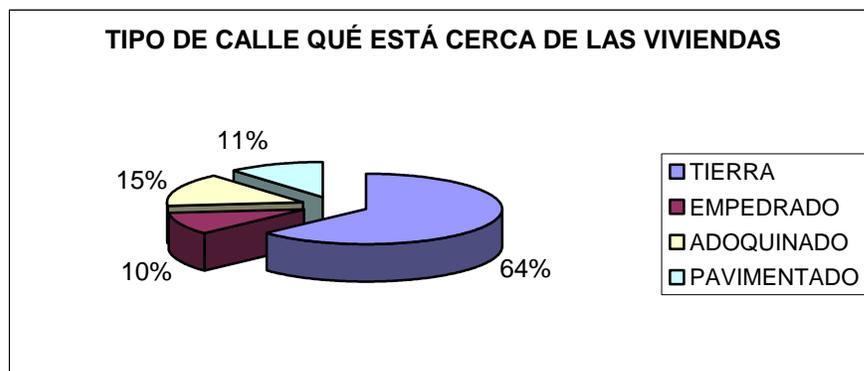
CUADRO No. 18

TIPO DE CALLE QUE ESTÁ CERCA DE LAS VIVIENDAS

TIPO DE CALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJES
TIERRA	218	63,01
EMPEDRADO	36	10,40
ADOQUINADO	53	15,32
PAVIMENTADO	39	11,27
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 18



Fuente: Cuadro N° 18

ANÁLISIS:

La mayoría de la población objeto de estudio las calles cerca de su vivienda son de tierra en 63%, seguido de adoquinado en un 15.3%, luego pavimentado en un 11.3% y empedrado en un 10.4%.

INTERPRETACIÓN:

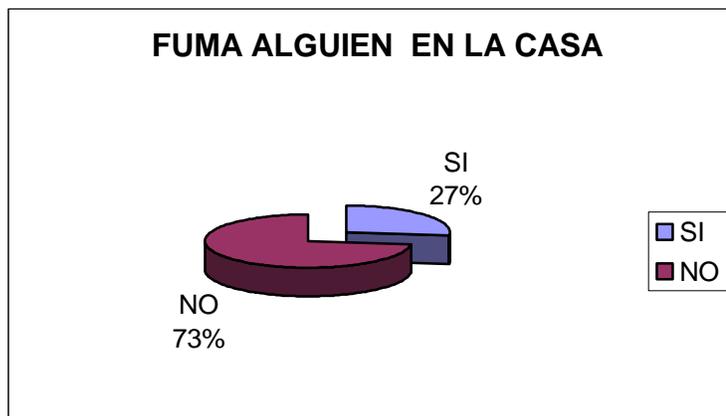
La mayoría de los acompañantes de la población objeto de estudio manifestó que las calles cerca de su vivienda son de tierra, lo cual contribuye a la contaminación ambiental, la incidencia y exacerbación de las IRAS. La población del área urbana expresaron que sus calles son de adoquinado y pavimento.

CUADRO No 19
FUMA ALGUIEN EN CASA

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	93	26,88
NO	253	73,12
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 19



Fuente: Cuadro N° 19

ANÁLISIS:

Los acompañantes de la población objeto de estudio respondieron en un 73.1% que nadie fumaba en su vivienda y un 26.9% respondieron que Sí fumaba alguien en la vivienda.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las viviendas no se reportó que alguien fume, sin embargo un porcentaje considerable sí reportó que se fuma en la vivienda; lo cual contribuye al aumento de la incidencia y recurrencia de las IRAS.

CUADRO No. 20

SABE LEER O ESCRIBIR (MADRE O ACOMPAÑANTE)

SABE LEER Y ESCRIBIR	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	246	71,10
NO	100	28,90
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 20.1



Fuente: Cuadro N° 20

ANÁLISIS:

Según los datos obtenidos de los acompañantes objeto de estudio la mayoría respondió que sí sabe leer con el 71.1%; pero un porcentaje considerable respondieron que no saben leer que corresponde al 28.9%.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población es alfabeto lo cual se debe a que en todos cantones existen escuelas rurales y a la disposición de la población por aprender a leer. Pero un porcentaje considerable es analfabeta, lo cual se explica por la distancia entre la vivienda y los centros escolares principalmente en la zona rural; la presencia del conflicto armado que existió en la década de los ochenta provocó el cierre temporal de varios centros educativos a nivel rural y además la situación de pobreza obligó a las madres o acompañantes a no iniciar sus estudios primarios o abandonarlos para dedicarse a realizar actividades laborales como la agricultura, oficios domésticos y alfarería. Así mismo en casos extremos no se cuenta con los recursos económicos para la compra de útiles escolares.

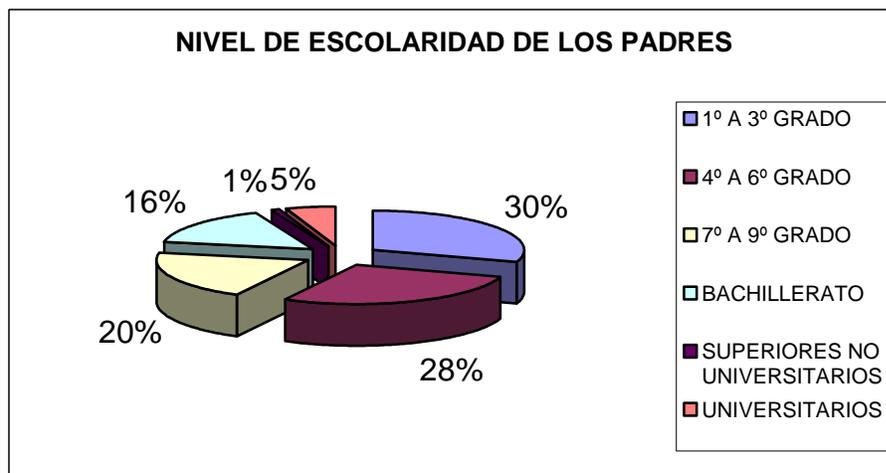
CUADRO N° 21

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1° A 3° GRADO	74	30,08
4° A 6° GRADO	68	27,64
7° A 9° GRADO	50	20,33
BACHILLERATO	39	15,85
SUPERIORES NO UNIVERSITARIOS	2	0,81
UNIVERSITARIOS	13	5,28
TOTAL	246	100,00

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 21.1



Fuente: Cuadro N° 21

ANÁLISIS:

El 21.4% de las madres o acompañantes se encontró en el rango de 1° a 3° grado, un 19.7% entre el 4° y 6° grado, el 14.5% entre 7° y 9° grado, un 11.3% han alcanzado hasta el bachillerato, un 0.6% estudios superiores no universitarios y un 3.8% han realizado estudios superiores universitarios.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las madres o acompañantes poseen un nivel de escolaridad entre el 1° y 3° grado, debido a la situación de pobreza, difícil acceso a centros escolares, poca motivación de los habitantes para mejorar su nivel académico. Pocos lograron llegar a la secundaria y a estudios superiores, lo cual influye de manera significativa en la comprensión de las recomendaciones y prescripciones dadas al momento de llevar a consultas a niños y niñas a los establecimientos de salud por episodios de IRAS.

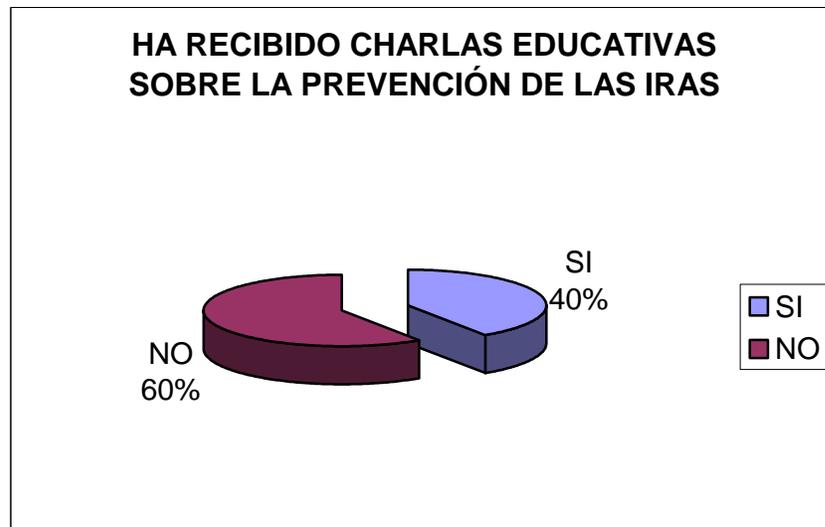
CUADRO N° 22

HA RECIBIDO CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS IRAS

CHARLAS EDUCATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	140	40,46
NO	206	59,54
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 22



Fuente: Cuadro N° 22

ANÁLISIS:

El 59.5% respondieron no haber recibido charlas educativas en la unidad de salud en la que consultan, el 40.5% si ha recibido charlas educativas.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las madres o acompañantes de la población objeto de estudio no han recibido charlas educativas, lo cual se explica por la falta de planificación y calendarización de dichas actividades, incumplimiento por el personal de salud de la programación de charlas, o cuando las madres o acompañantes se presentan a los establecimientos de salud después de la hora que se imparte la charla educativa; lo cual influye de forma negativa para una cultura de salud preventiva, especialmente en las intervenciones que contribuyen a disminuir la incidencia de las IRAS.

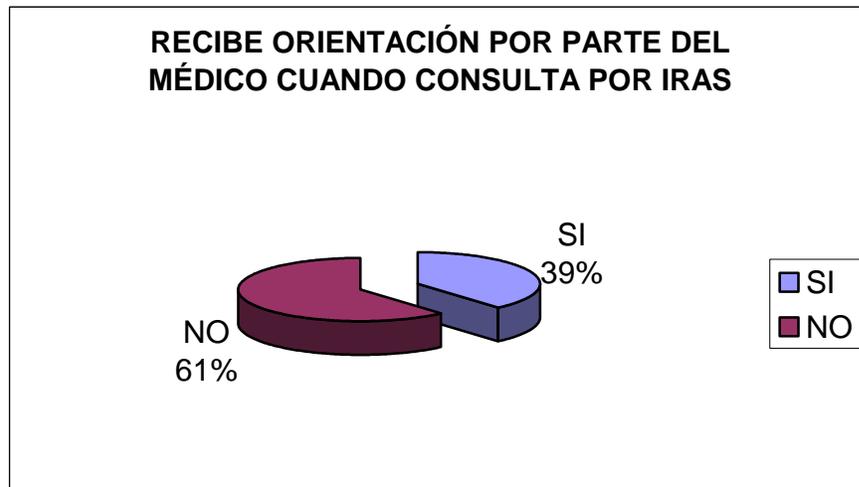
CUADRO N° 23

RECIBE ORIENTACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO CUANDO CONSULTA POR IRAS

ORIENTACIÓN MÉDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	134	38,73
NO	212	61,27
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 23



Fuente: Cuadro N° 23

ANÁLISIS:

El 61.3% de las madres o acompañantes de la población expresaron no haber recibido orientación médica cuando consultaron con cuadro clínico correspondiente a IRAS, mientras el 38.7% contestaron que si habían recibido orientación médica.

INTERPRETACIÓN:

En su mayoría respondieron no haber recibido orientación por parte del personal médico, lo cual influye de manera notable en la incidencia, frecuencia y exacerbación de los episodios de las IRAS, ya que durante la consulta es un momento muy importante para explicar de manera clara y práctica las intervenciones de prevención de estas patologías; aunque un porcentaje considerable expresó que sí recibe orientación médica durante la consulta.

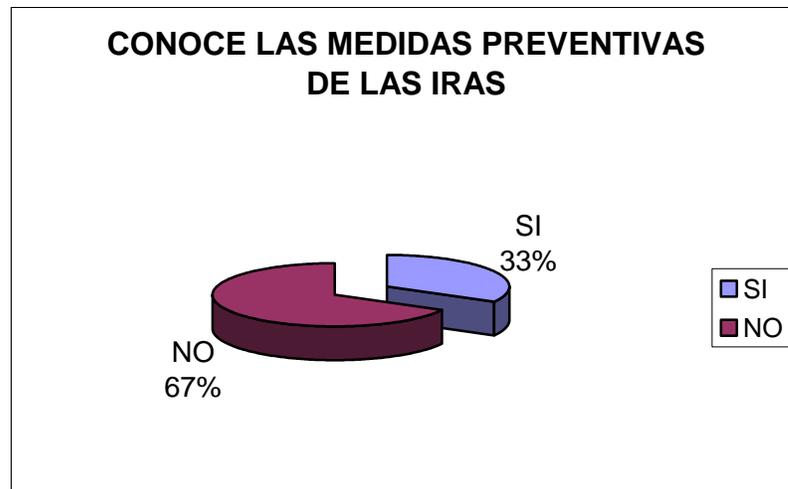
CUADRO N° 24

CONOCE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS IRAS

MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	114	32,95
NO	232	67,05
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 24



Fuente: Cuadro N° 24

ANÁLISIS:

El 67% expresó no conocer las medidas preventivas de las IRAS, mientras que el 33% respondió que tenía conocimiento de éstas.

INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de las madres o acompañantes de los niños y niñas que consultan con cuadro de IRAS, expresaron no conocer las medidas preventivas de éstas, lo cual se explica por la poca importancia que se le da a la prevención en los centros de salud: charlas educativas, orientación médica durante la consulta y poca participación activa de las comunidades objeto de estudio. Un porcentaje considerable respondió que sí conocía ciertas medidas preventivas

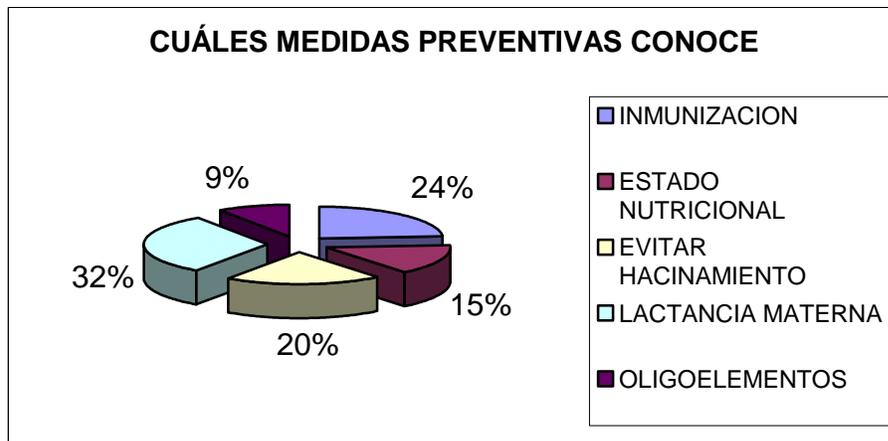
CUADRO N° 25

CUÁLES MEDIDAS PREVENTIVAS CONOCE

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
INMUNIZACIÓN	68	23,86
NUTRICIÓN	44	15
EVITAR HACINAMIENTO	58	20,35
LACTANCIA MATERNA	88	30,88
OLIGOELEMENTOS	27	9,47
TOTAL	285	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 25



ANÁLISIS:

Según los datos obtenidos de las madres o acompañantes de la población objeto de estudio la medida preventiva que más conocen es la lactancia materna con un 30.9%, seguido de Inmunizaciones con un 23.9%, evitar hacinamiento con un 20.4%, estado nutricional con un 15% y Oligoelementos con un 9.5%.

INTERPRETACIÓN:

Las intervenciones de prevención de las IRAS más conocida por las madres o acompañantes objeto de estudio fueron lactancia materna, inmunizaciones y hacinamiento. Las primeras dos se explica por la orientación y promoción de éstas por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su acceso gratuito; la tercera por la experiencia cotidiana en la que observa la facilidad de transmisión de las IRAS con la proximidad física entre las niñas y los niños. También conocidos, pero en menor porcentaje el estado nutricional y los oligoelementos, lo cual se explica porque no se le da suficiente promoción por el personal de salud y no siempre están disponible los oligoelementos en los centros de salud; además el estado nutricional es un resultado complejo influenciado por las condiciones históricas y culturales.

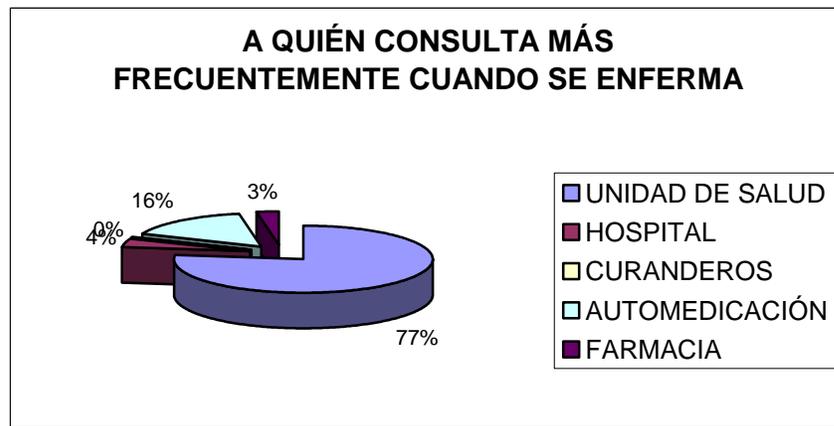
CUADRO N° 26

A QUIÉN CONSULTA MÁS FRECUENTEMENTE CUANDO SE ENFERMA

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
UNIDAD DE SALUD	266	76,88
HOSPITAL	15	4
CURANDEROS	1	0,29
AUTOMEDICACIÓN	54	15,61
FARMACIA	10	2,89
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 26



Fuente: Cuadro N° 26

ANÁLISIS:

El 76.9% corresponde a los que consulta a la Unidad de Salud, el 15.6% a los que se automedican, el 4% consultan a Hospitales, el 2.9% visitan las Farmacias y 0.3% a los curanderos.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las madres o acompañantes de la población objeto de estudio consultan a la Unidad de Salud, este se debe a que la atención y tratamiento es gratuito. La automedicación es una práctica frecuente en la población objeto de estudio, pero ésta se presenta como una práctica mientras se acude a un centro de salud. En menor porcentaje consultan a centros hospitalarios lo cual esta condicionado por el horario de atención de las Unidades de Salud y gravedad de la patología. En un caso se consultó a curandero por las creencias culturales o que no presentaban mejoría con la atención médica que recibió en el centro de salud.

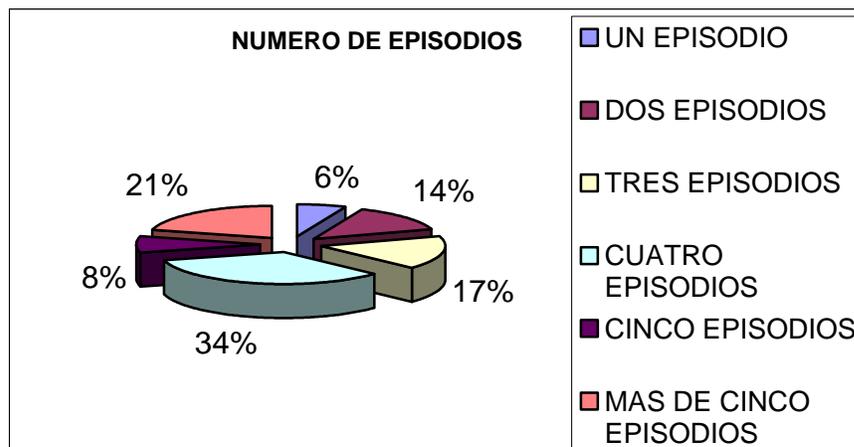
CUADRO N° 27

NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES QUE HA PRESENTADO A LA FECHA

NÚMERO DE EPISODIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
UN EPISODIO	22	6,36
DOS EPISODIOS	47	13,58
TRES EPISODIOS	59	17,05
CUATRO EPISODIOS	117	33,82
CINCO EPISODIOS	29	8,38
MÁS DE CINCO EPISODIOS	72	20,81
TOTAL	346	100,00

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICA N° 27



Fuente: Cuadro N° 27

ANÁLISIS:

En los datos obtenidos de las madres o acompañante de la población objeto de estudio respecto al número de episodios de IRAS en los últimos seis meses expresaron que: el 33.8% presento cuatro episodios, más de cinco episodios el 20.8%, el 17% tres episodios, el 13.6% dos episodios, un 8.5% cinco episodios y el 6.4% presento un episodio.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población refirió cuatro episodios de IRAS en los últimos seis meses lo cual es acorde con las estadísticas epidemiológicas de las IRAS a nivel nacional, las cuales reportan seis a diez episodios por año; y en un segundo lugar presentaron más de cinco episodios. Se presento también variaciones de un episodio a más de cinco en seis meses lo cual esta relacionado con la presencia o ausencia de los factores de riesgo y las intervenciones de prevención y control tal como se muestra en las pruebas estadísticas de correlación.

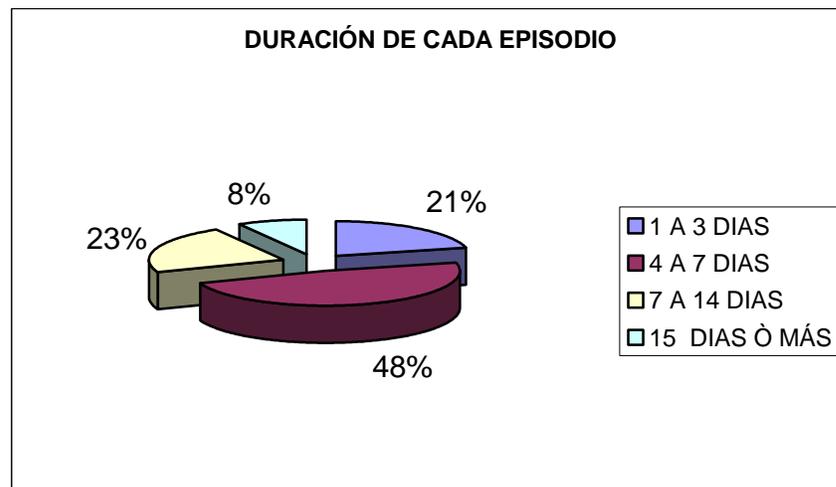
CUADRO N° 28

TIEMPO PROMEDIO QUE HA DURADO CADA EPISODIO

DURACIÓN DE CADA EPISODIO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1 A 3 DÍAS	73	21,10
4 A 7 DÍAS	166	47,98
7 A 14 DÍAS	78	22,54
15 DÍAS Ò MÁS	29	8,38
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 28



Fuente: Cuadro N° 28

ANÁLISIS:

El 48% presentaron una duración de cuatro a siete días por cada episodio, el 22.6% de siete a catorce días, el 21.1% de uno a tres días y el 8.4% quince días o más.

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la duración promedio de las IRAS en general se evidencia que la Mayoría duraron de cuatro a siete días, seguido de siete a catorce días y uno a tres días y en menor porcentaje quince días o más, lo cual esta acorde con la teoría que establece una duración de cuatro a siete días; la duración del episodio esta correlacionado con los factores de riesgo, intervenciones de prevención y control y la virulencia de los agentes causales.

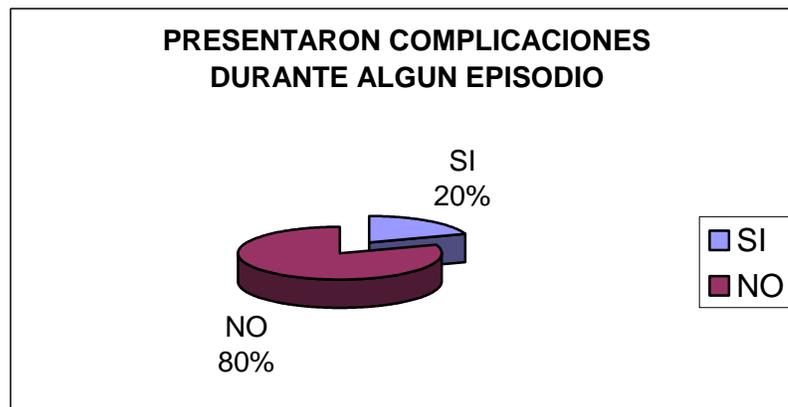
CUADRO N° 29

PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE EPISODIO

PRESENTÓ COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SÍ	68	19,65
NO	278	80,35
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 29



Fuente: Cuadro N° 29

CUADRO N° 29.1

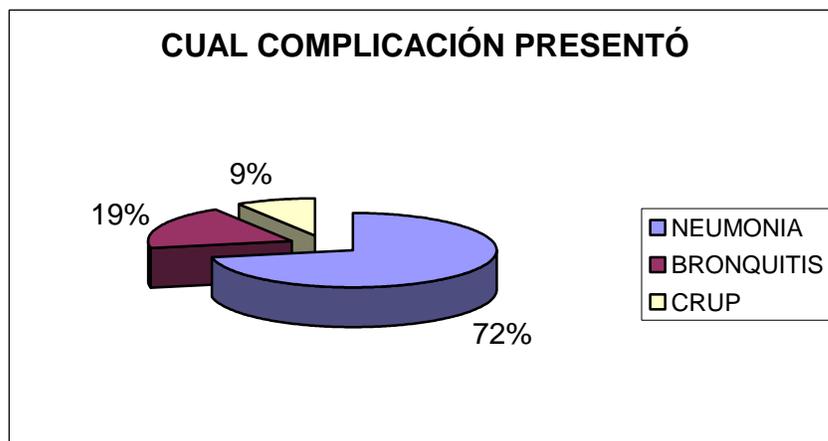
CUAL COMPLICACIÓN PRESENTÓ

CUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUMONÍA	49	72,06
BRONQUITIS	13	19,12
CRUZ	6	8,82
TOTAL	68*	100

Fuente: Cédula de entrevista

* N° de pacientes que presentaron alguna complicación

GRÁFICO N° 29.1



Fuente: Cuadro N° 29

ANÁLISIS:

El 80.4% no presentó complicaciones y un 19.7% presentó complicaciones, las complicaciones presentadas fueron: neumonía en un 72.06%, bronquitis 19.12% y CRUP 8.82%.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los niños y niñas objeto de estudio no presentaron alguna complicación de las IRAS, sin embargo un pequeño número de niños si presentaron complicaciones siendo la más frecuente la neumonía, debido a que se acude tardíamente a la Unidad de Salud, al incumplimiento de la medidas preventivas y las recomendaciones de la prescripciones médicas.

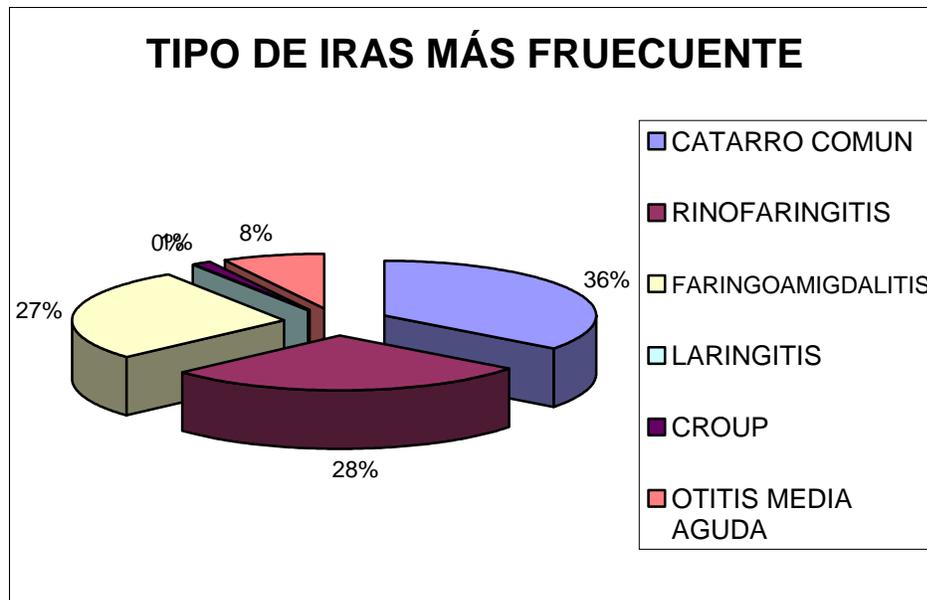
CUADRO N° 30

TIPOS DE IRAS MÁS FRECUENTES

TIPO DE IRAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
CATARRO COMÚN	122	35,26
RINOFARINGITIS	97	28,03
FARINGOAMIGDALITIS	95	27,46
LARINGITIS	0	0,00
CROUP	5	1,45
OTITIS MEDIA AGUDA	27	7,80
TOTAL	346	100

Fuente: Cédula de entrevista

GRÁFICO N° 30



ANÁLISIS:

El 35.3% de las IRAS corresponde al catarro común, el 28.03% corresponde a la rinofaringitis, el 27.5% la faringoamigdalitis aguda, y otitis media aguda con un 7.8%, el CRUP un 1.5% y ninguno presente laringitis.

INTERPRETACIÓN:

El tipo de Infección Respiratoria Aguda Superior más frecuente fue catarro común debido a los cambios climáticos, su etiología viral, contaminación ambiental, condición de hacinamiento y la poca aplicación de las medidas preventivas. Seguido de faringoamigdalitis aguda, faringitis viral, rinofaringitis, otitis media aguda y CRUP.

CUADRO N° 31

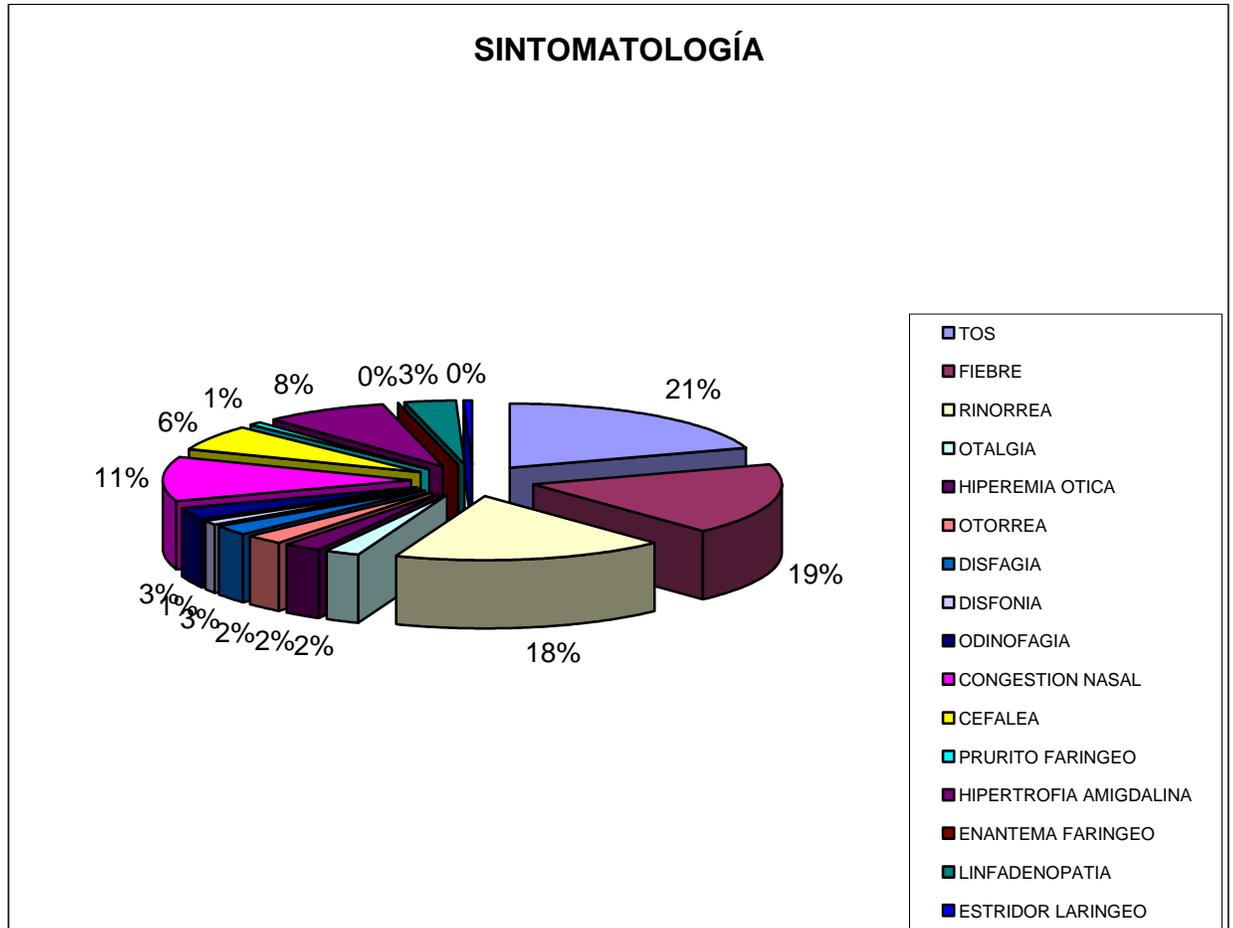
SIGNOS Y SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN NIÑOS Y NIÑAS ESTUDIADOS CON CUADRO CLÍNICO DE IRAS.

SINTOMATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
TOS	235	20,07
FIEBRE	210	17,93
RINORREA	210	17,93
OTALGIA	26	2,22
HIPEREMIA OTICA	29	2,48
OTORREA	27	2,31
DISFAGIA	32	2,73
DISFONÍA	13	1,11
ODINOFAGIA	36	3,07
CONGESTION NASAL	130	11,10
CEFALEA	74	6,32
PRURITO FARINGEO	10	0,85
HIPERTROFIA AMIGDALINA	95	8,11
ENANTEMA FARINGEO	0	
LINFADENOPATIA	39	3,33
ESTRIDOR LARINGEO	5	0,43
TOTAL	1171*	100

Fuente: Cédula de entrevista

*El total sobre pasa a la muestra debido a que la población objeto de estudio presentó más de un síntoma y un signo.

GRÁFICO N° 31



Fuentes: Cuadro N° 31

ANÁLISIS:

Los síntomas presentados en orden descendente son: tos 20.1%, en un 18% fiebre y rinorrea, congestión nasal en un 11.1%, hipertrofia amigdalina en un 8.1%, cefalea en un 6.32%, en un 2% otalgia, hiperemia otica, otorrea, disfagia, disfonía y odinofagia y el resto en proporciones mínima.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los pacientes cuando se realizó el examen físico presentaron de 3 a 5 signos y síntomas correspondientes a infecciones respiratorias agudas superiores en general, con son tos, fiebre y congestión nasal. Otros presentaban signos y síntomas más específicos como los casos de la faringo amigdalitis, otitis media y CRUP.

5.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE SALUD OBJETO DE ESTUDIO.

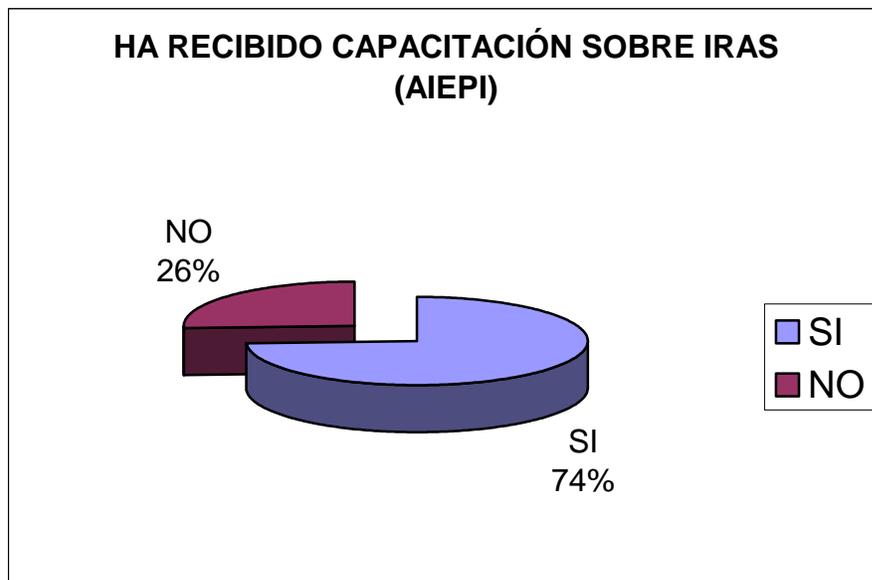
CUADRO N° 32
HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE IRAS (AIEPI)

RECIBIERON CAPACITACIÓN EN AIEPI	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	26	74,29
NO	9	25,71
TOTAL	35*	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud.

*Número de personal de salud de las unidades objeto de estudio a quien se les pasó la cédula de entrevista.

GRÁFICO N° 32



Fuente: Cuadro N° 32

ANÁLISIS:

El 74% del personal de salud de las unidades objeto de estudio sí ha recibido capacitación sobre la prevención de las IRAS (AIEPI) y solo el 26% no tiene capacitación.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal de salud ha recibido capacitación sobre AIEPI en el cual se incluye la prevención de las IRAS, esto se debe a que el AIEPI es la principal estrategia del MSPYAS para evaluar, clasificar y tratar a niños y niñas menores de cinco años.

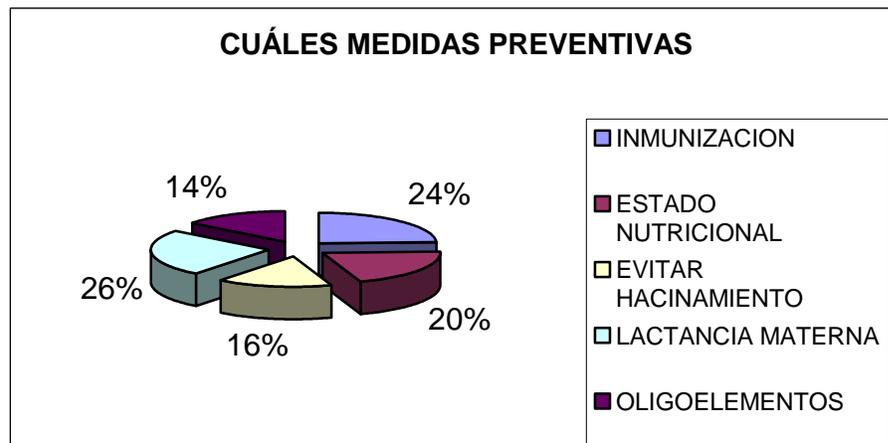
CUADRO N° 33

¿QUÉ FACTORES DE PREVENCIÓN DE IRAS CONOCE?

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJES
INMUNIZACIÓN	34	24,46
ESTADO NUTRICIONAL	28	20
EVITAR HACINAMIENTO	22	15,83
LACTANCIA MATERNA	35	25,18
OLIGOELEMENTOS	20	14,39
TOTAL	139	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud

GRÁFICO N° 33



Fuente: Cuadro N° 33

ANÁLISIS:

El 26% conoce la lactancia materna como factor preventivo de las IRAS, el 24% inmunización, el 20% oligoelementos, el 16% evitar hacinamiento y en el 14% oligoelementos.

INTERPRETACIÓN:

La lactancia materna fue el factor de prevención de las IRAS más conocido, en segundo lugar la inmunización, seguido de oligoelementos, hacinamiento y estado nutricional, lo cual se explica porque los factores más conocidos son los mas promovidos por el MSPYAS y su acceso es gratuito.

CUADRO N° 34

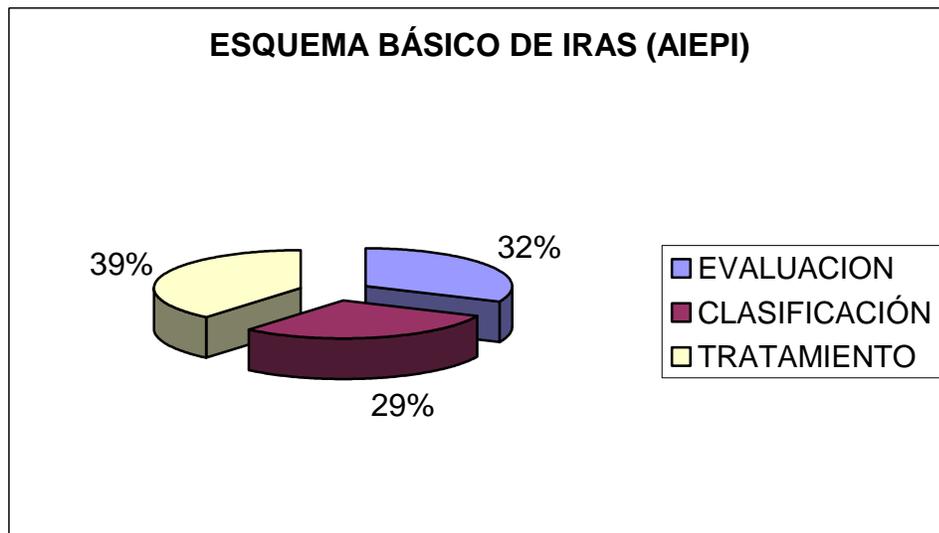
¿CUAL ES EL ESQUEMA BÁSICO DE MANEJO DE LAS IRAS SEGÚN AIEPI?

ESQUEMA BÁSICO DE IRAS (AIEPI)	FRECUENCIA	PORCENTAJES
EVALUACIÓN	26	31,71
CLASIFICACIÓN	24	29,27
TRATAMIENTO	32	39,02
TOTAL	82*	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud

*Porque el esquema de AIEPI evalúa tres parámetros, y cada encuestado respondió 1, 2 ó 3 de éstos.

GRÁFICO N° 34



Fuente: Cuadro N° 34

ANÁLISIS:

El 39% del personal de salud conoce el tratamiento del esquema básico de atención de las IRAS (AIEPI), el 32% evaluación y el 29% la clasificación.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal de salud expresó conocer el tratamiento dentro del esquema básico de atención de las IRAS y en segundo lugar la evaluación, ya que tradicionalmente estos dos elementos eran la base del manejo. La clasificación es un paso importante porque permite tomar decisiones apropiadas a la gravedad del cuadro clínico del paciente.

CUADRO N° 35

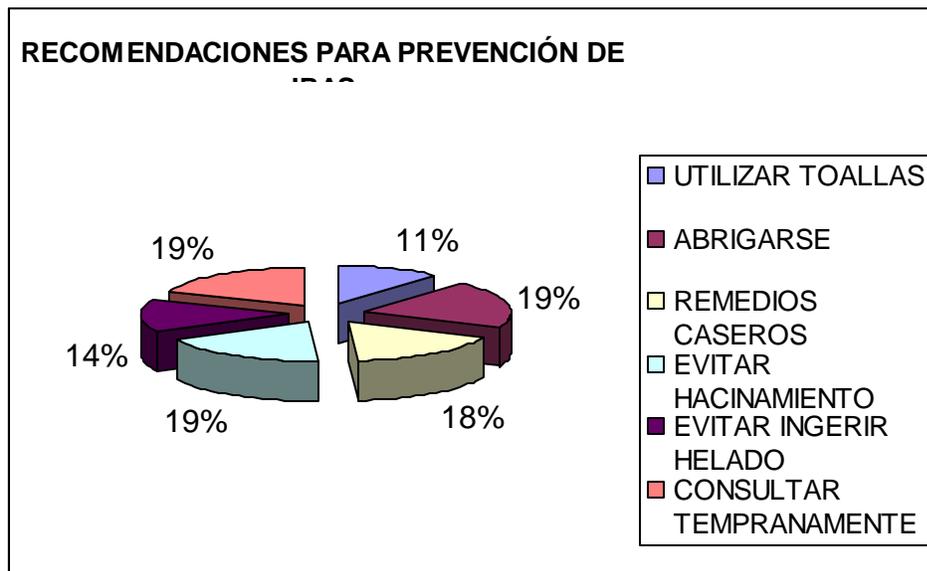
¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LAS IRAS?

RECOMENDACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
UTILIZAR TOALLAS	18	11,25
ABRIGARSE	32	20,00
REMEDIOS CASEROS	28	17,50
EVITAR HACINAMIENTO	30	18,75
EVITAR INGERIR HELADO	22	13,75
CONSULTAR TEMPRANAMENTE	30	18,75
TOTAL	160*	100,00

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud

*Por el número de recomendaciones que respondió cada personal de salud

GRÁFICO N° 35



Fuente: Cuadro N° 35

ANÁLISIS:

El 19% correspondió abrigarse, el mismo porcentaje consultar tempranamente y evitar el hacinamiento, el 17% remedios caseros, el 14% evitar ingerir helados y el 11% utilizar toallas para de secreciones respiratorias.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal de salud conoce las recomendaciones prácticas para la prevención de las IRAS, siendo las de mayor porcentaje abrigarse, evitar hacinamiento y consultar tempranamente, seguido de remedios caseros, evitar ingerir helados y utilizar toallas.

CUADRO N° 36

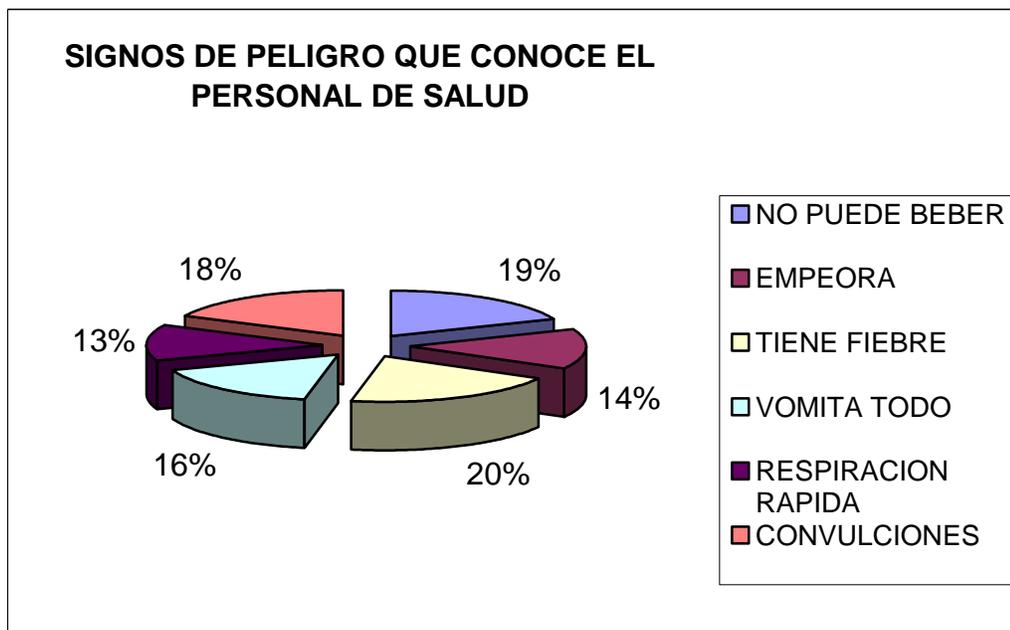
¿SABE USTED CÓMO ACONSEJAR A LA MADRE O ACOMPAÑANTE PARA QUE VUELVA DE INMEDIATO A CONSULTAR CON SU HIJO(A)?

SIGNOS DE PELIGRO (AIEPI)	FRECUENCIA	PORCENTAJES
NO PUEDE BEBER	32	18,82
EMPEORA	24	14,12
TIENE FIEBRE	34	20,00
VOMITA TODO	28	16,47
RESPIRACIÓN RÁPIDA	22	12,94
CONVULSIONES	30	17,65
TOTAL	170*	100,00

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud

*Por el N° de signos de peligro que respondieron el personal de salud

GRÁFICO N° 36



Fuente: Cuadro N° 36

ANÁLISIS:

El 20% expresaron la fiebre como un signo de peligro, el 19% no puede beber, el 18% convulsiona, el 16% vomita todo, el 14% respiración rápida y el 13% empeora.

INTERPRETACIÓN:

La fiebre y no puede beber fueron los signos de peligro con mayor porcentaje, seguido de convulsiones, vomita todo, respiración rápida y empeora; lo cual se explica porque los signos de mayor porcentaje son la causa porque las madres o acompañantes los llevan a consultar, aunque un solo signo de peligro es suficiente para buscar atención médica de inmediato.

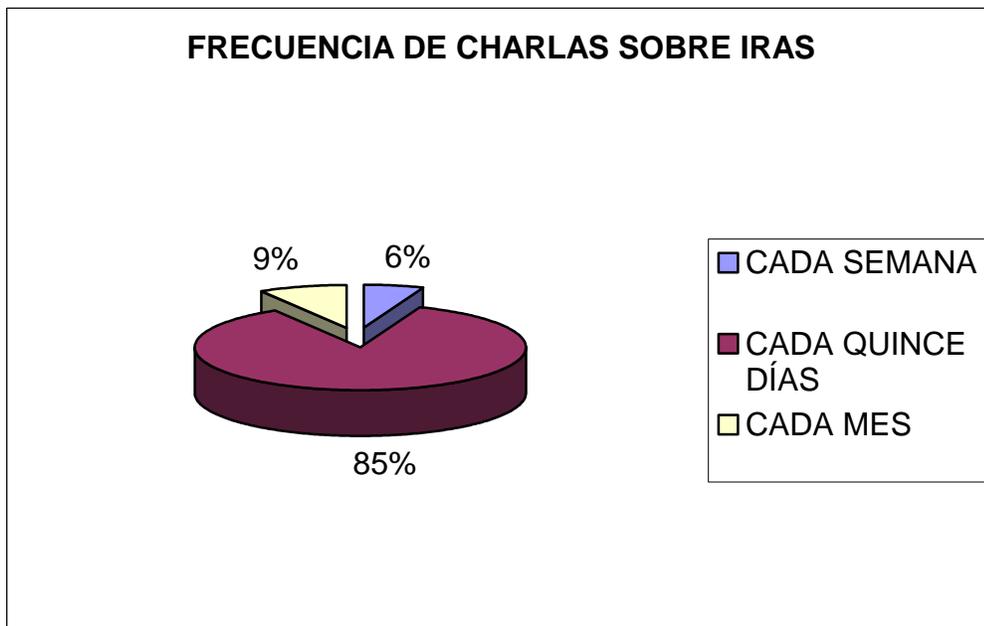
CUADRO N° 37

¿CADA CUÁNTO TIEMPO SE IMPARTEN CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE IRAS EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

FRECUENCIA DE LAS CHARLAS DE IRAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
CADA SEMANA	2	5,71
CADA QUINCE DÍAS	30	85,71
CADA MES	3	8,57
TOTAL	35	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a personal de Unidad de Salud

GRÁFICO N° 37



Fuente: Cuadro N° 37

ANÁLISIS:

El 85% expresó que se imparten charlas educativas sobre las IRAS en la unidad de salud, el 9% cada mes y el 6% cada semana.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal de salud objeto de estudio manifestó que se imparten charlas educativas en su Unidad de Salud cada 15 días, lo cual se debe a que se programan temas de diferentes enfermedades, odontológicos o de saneamiento ambiental; y en menor porcentaje cada mes o cada semana.

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

A través de la prueba de hipótesis se determinó si hipótesis es congruente con los datos obtenidos en la muestra, para ello se aplicó la prueba estadística ji- cuadrada o X^2 que se utiliza para evaluar acerca de la relación entre las variables categóricas. A continuación se recuerda el sistema de hipótesis:

Hi: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores son efectivas en la disminución de la Incidencia de las IRAS en la población infantil objeto de estudio.

Ho: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores no son efectivas en la disminución de la Incidencia de las IRAS en la población objeto de estudio.

Ha: Las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Agudas Respiratorias Superiores influye en cierto grado en la incidencia de éstas en la población objeto de estudio.

Se presentan a continuación el cuadro que contiene las variables independientes (Nº Intervenciones de prevención) y las variables dependientes (Nº de episodios de IRAS en los últimos 6 meses), y así aplicar la prueba estadística.

		Frecuencia Observadas											O	
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	15	Total	
2		2					2						4	
3			2	4	9	3	7						25	
4		14	29	28	25	18	33	1	2	3	1	1	155	
5		6	28	33	59	11	19	1	5				162	
Total		22	59	65	93	32	61	2	7	3	1	1	346	

Fuente: Cédula de entrevista

La ji cuadrada se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, expresada con la siguiente fórmula:

$$X^2(r-1)(c-1) = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde: Σ = Sumatoria

r= N° de filas del cuadro

c= N° de columnas

O= Frecuencia observada en cada celda

E= Frecuencia esperada en cada celda

Para la frecuencia esperada, se aplica la siguiente fórmula:

$$fe = \frac{(\text{Total o marginal de renglón})(\text{total o marginal de columna})}{N}$$

Se aplicó la fórmula y se obtuvo el siguiente cuadro:

Frecuencias Esperadas											
E											
0,3	0,7	0,8	1,1	0,4	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	4
1,6	4,3	4,7	6,7	2,3	4,4	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	25
9,9	26,4	29,1	41,7	14,3	27,3	0,9	3,1	1,3	0,4	0,4	155
10,3	27,6	30,4	43,5	15,0	28,6	0,9	3,3	1,4	0,5	0,5	162
22	59	65	93	32	61	2	7	3	1	1	

Sustituyendo los valores con base a la fórmula anterior, se obtuvo el siguiente resultado:

(O-E) ² / E											Suma
11,98	0,68	0,75	1,08	0,37	2,38	0,02	0,08	0,03	0,01	0,01	17,40
1,59	1,20	0,10	0,77	0,20	1,52	0,14	0,51	0,22	0,07	0,07	6,41
1,74	0,25	0,04	6,66	0,94	1,18	0,01	0,41	2,04	0,68	0,68	14,64
1,80	0,01	0,22	5,49	1,06	3,20	0,00	0,91	1,40	0,47	0,47	15,01
TOTAL											53,46

INTERPRETACIÓN:

El valor $X^2 = 53.46$ de esta investigación se identifican con los grados de libertad; esto es para saber si el valor de X^2 es o no significativo, para ello se debe calcular los grados de libertad. Esto se obtuvo mediante la siguiente fórmula: $Gl = (r-1) (c-1)$.

Sustituyendo:

$$Gl = (11-1) (5-1) = 30$$

El valor de 30 de los grados de libertad se buscó en el cuadro de distribución acumulada de ji-cuadrado (Ver Anexo N° 13), el cual correspondió a una $p = 0.990$ a 0.995 , por lo se dice que ji-cuadrada es significativa, con un intervalo de confianza del $99\% - 99.5\%$ que se acepta la hipótesis de investigación: existe relación entre la variable independiente (intervenciones de prevención y control) y dependiente (N° de episodios de IRAS en los últimos seis meses); es decir que se tiene la seguridad de generalizar los resultado sin equivocarse ($0.01-0.005$ de error).

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Al haber finalizado el trabajo de investigación de las intervenciones de prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores en la población menor de cinco años inscrito en el programa de atención infantil de las unidades de salud Sociedad, Jocoro y Guatajiagua del SIBASI Morazán de los meses de julio a septiembre de 2005, según la tabulación, análisis, interpretación y a aplicación de las pruebas estadísticas y cumplieron los objetivos propuestos inicialmente, así se llegó a las siguientes conclusiones:

Las Intervenciones de prevención y control en general que se relacionan con la disminución de la incidencia de las IRAS en la población objeto de estudio fueron: Lactancia Materna, Vacunación, Oligoelementos, Estado Nutricional y Prevención del Hacinamiento.

Persistencia de los factores de riesgo están correlacionados con la incidencia de las IRAS, especialmente: riesgo ambiental: exposición al humo por leña o tabaco, exposición al frío y la humedad; socioeconómicos, nutricional, bajo nivel educacional.

El tipo de IRAS encontrado con mayor frecuencia en el estudio fue el catarro común, seguida de rinofaringitis y faringoamigdalitis aguda.

La mayoría de la población objeto de estudio presentó cuatro episodios de IRAS durante los últimos seis meses hasta la fecha de la investigación.

La lactancia materna, inmunización y evitar el hacinamiento son las más conocidas de las intervenciones de prevención y control de las IRAS, por las madres o acompañantes de la población objeto de estudio.

La mayoría del personal de las unidades de salud objeto de estudio ha recibido capacitación en Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), por lo que tienen los conocimientos básicos para orientar a las madres o acompañantes de niños y niñas en estudio en especial sobre las IRAS.

La mayoría de los niños y niñas de las unidades de salud en estudio no presentaron complicaciones durante los episodios de IRAS, debido a la corta duración de éstas (de cuatro a siete días) y el conocimiento y práctica de las medidas de prevención y control.

De los niños y niñas menores de cinco años que consultaron a las unidades objeto de estudio con cuadro de IRAS, la mayoría fueron varones, en igual proporción menores de un año y tres a cuatro.

El lugar de consulta al que son llevados los menores estudiados cuando se enferman es la Unidad de Salud.

Se aceptó la hipótesis que las intervenciones de prevención y control son efectivas para disminuir la incidencia de las IRAS, con una ji cuadrado de 53.46, así como una $p < 0.01$, lo cual es muy significativo y expresa correlación entre las intervenciones de prevención y control y la incidencia de la IRAS.

6.2. RECOMENDACIONES

Teniendo como base las conclusiones presentadas sobre la investigación de las intervenciones de prevención y control de infecciones respiratorias agudas superiores en la población menor de cinco años, inscritos en el programa infantil de las unidades de salud objeto de estudio, en el período de julio a septiembre de 2005, se hacen las siguientes recomendaciones:

Al Gobierno de El Salvador:

- Aumentar el presupuesto económico al sector de salud, con el fin de contratar más personal médico y de esta manera disminuir la saturación de usuarios en las diferentes unidades de salud del país.

- Aumentar el presupuesto a la Universidad de El Salvador para mejorar la calidad de la formación de los futuros profesionales de salud y fomentar la realización de investigaciones en el área comunitaria.

Al Ministerio de salud Pública y Asistencia Social:

- Capacitar en forma constante a todo el personal de salud, para la ejecución correcta, de los diferentes programas de atención a menores de cinco años, con el fin de disminuir la morbilidad asociadas a las infecciones respiratorias agudas superiores.
- Fortalecer los programas infantiles existentes y promover la difusión de las medidas de prevención y control de infecciones respiratorias superiores, por todos los medios de comunicación.

Al Sistema Básico de Salud Integral de Morazán:

- Mejorar las estrategias de recolección de la vigilancia epidemiológica, actualizándolas constantemente y dándolas a conocer a las diferentes unidades de salud involucradas.

A las Unidades de Salud de Sociedad, Jocoro, Guatajiagua:

- Promover las medidas de prevención y control de infecciones respiratorias agudas superiores por medio de charlas a los usuarios que sepan detectar de forma precoz los signos y síntomas de alarma.

- Promover la integración comunitaria a los programas de prevención realizados por el personal de salud y de esta manera disminuir la incidencia, frecuencia de las infecciones respiratorias Agudas superiores y sus complicaciones.

A la comunidad de las Unidades de Sociedad, Jocoro, Guatajiagua:

- Que por medio de charlas tomen conciencia sobre las infecciones agudas superiores acatando las recomendaciones dadas por el personal de salud para evitar la automedicación, identificación temprana de signos y síntomas de prevención y disminuir así las complicaciones.
- Gestionar con el personal de la Unidad de Salud u otras organizaciones, la construcción de las cocinas fuera de las viviendas y en lo posible mejorar la distribución y/o ampliación de los hogares, disminuyendo la exposición de menores al humo de la combustión de leña y el hacinamiento, reduciendo así las infecciones de las vías respiratorias agudas superiores.
- Como medida inmediata evitar en lo posible la inhalación del humo por los infantes, colocando dichos candiles lo más lejos posible de los niños y mantenerlos encendidos sólo durante el tiempo necesario, reduciendo de esta manera la contaminación del ambiente intradomiciliar que influye en la incidencia y exacerbación de infecciones respiratorias agudas superiores.

A la Alcaldía Municipal de Sociedad, Jocoro, Guatajiagua:

- Coordinar con el personal de salud y otras organizaciones nacionales y privadas, la instalación de energía eléctrica en las áreas que no cuentan con este servicio para disminuir el uso de candiles.
- Mejorar el estado de los caminos y calles de polvo, ya sea adoquinándolos o pavimentándolos para reducir la contaminación ambiental por el polvo como factor de riesgo desencadenante de IRAS.

A la Universidad de El Salvador:

- Incentivar y promover los medios necesarios para que la población estudiantil continúe realizando investigaciones en salud que beneficien a la población y a la Universidad misma.

A la Junta Directa de la Facultad Multidisciplinaria Oriental:

- Aprobación de recursos docentes o académicos necesarios, para que el equipo de coordinación de los trabajos de graduación funcione adecuadamente para la asesoría de los egresados de la carrera de Doctorado en Medicina.

A los Médicos en servicio social y Médicos consultantes de las diferentes Unidades de Salud:

- Hacer énfasis en la medicina preventiva, es más fácil prevenir que curar, no sólo transmitiendo información sino educando grupos de líderes promotores de la salud preventiva.
- Se le exhorta a continuar realizando investigaciones sobre las patologías que más afecten a la población de la Unidad de Salud donde laboran.

LIMITACIONES

- **La falta de coordinación** para planificar las actividades de salud pública de la Unidad de Salud y la programación de la capacitación del proceso de gradación por parte de la Universidad de el Salvador.
- La sobre carga laborar en las Unidades de Salud que limita el timepo necesario para la investigación.
- La falta de personal especializado en el asesoramiento del trabajo de investigación, para el caso el asesor estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

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.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación, 3ª 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.

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.

SCHMELKES, Corina. Manual para la Presentación de Anteproyecto e Informe de Investigación (Tesis). 2ª edición, Editorial: OXFORD UNIVERSITY PRESS, México, 1998, Págs. 206.

DOCUMENTOS

Asociación Demográfica Salvadoreñas (ADS). “Encuesta Nacional de Salud Familiar” FESAL 2003-2004. Documento, San Salvador, El Salvador, C.A. 2004, Págs. 373 a 376.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, SIBASI Morazán, El Salvador. “Manual de Organización y Funciones”. Documentos, Morazán, El Salvador, C.A. 2001 Págs. 8-12.

Organización para la Salud- Organización Mundial de la Salud. “Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños”. Documento, Serie Paltex, 1991. Págs. 1-16.

FUENTES ORALES

COLINDRES, Yanira. “Infecciones Respiratorias Agudas Superiores”, Entrevista, Médico graduado de la UES, especialidad Neumóloga Pediatra. Hospital “Nuestra Señora de la Paz” San Miguel. 29 de abril de 2005; 11:00 a.m. a 12 m.

GARCÍA, Horacio. “Infecciones Respiratorias Agudas Superiores”, Entrevista, Médico graduado de la UES, especialidad Pediatría. Departamento de Medicina UES-FMO San Miguel. 29 de abril 2005; 9:00 a.m. a 9:30 a.m.

VIDES, Rómulo. “Infecciones Respiratorias Agudas Superiores”, Entrevista, Médico graduado de la UES, especialidad Epidemiología. Hospital San Juan de Dios San Miguel. 29 de abril 2005; 2:00 p.m. a 2:30 p.m.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

<http://www.mspas.gob.sv/resp.agu.gif>. (Casos de infecciones respiratorias agudas, comparación anual).

<http://www.paho.org/spanish/HCP/HCT/IMCI/imci-aipi.htm>. (Infección Respiratoria Aguda Magnitud).

<http://www.imbiomed.com.mt/imagen/email.ops.paltex>.

<http://www.s.so.cl/IRA.htm>. (Infecciones Respiratorias Agudas).

<http://www.monografias.com/cgi-bin/jump.cgi?ID=73101>
(Efectividad del programa de infecciones respiratorias IRAS y la Incidencia de niños con enfermedades respiratorias).

<http://www.clinfec.org/eventos>.
(Medidas de prevención y control de infecciones relacionadas a IRAS).

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.-
Del Proceso del Graduación Ciclo I y II Año 2005.

MES.	Mar.	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
ACTIVIDADES										
INSCRIPCIÓN DEL PROCESO	3									
ELABORACIÓN DEL PERFIL		29								
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO			XXXX	30						
EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN					XXXX	XXXX	XXXX			
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL								XXXX		
PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL									XX	
EXPOSICIÓN ORAL DE LOS RESULTADOS.									XX	XXXX

ANEXO N° 2

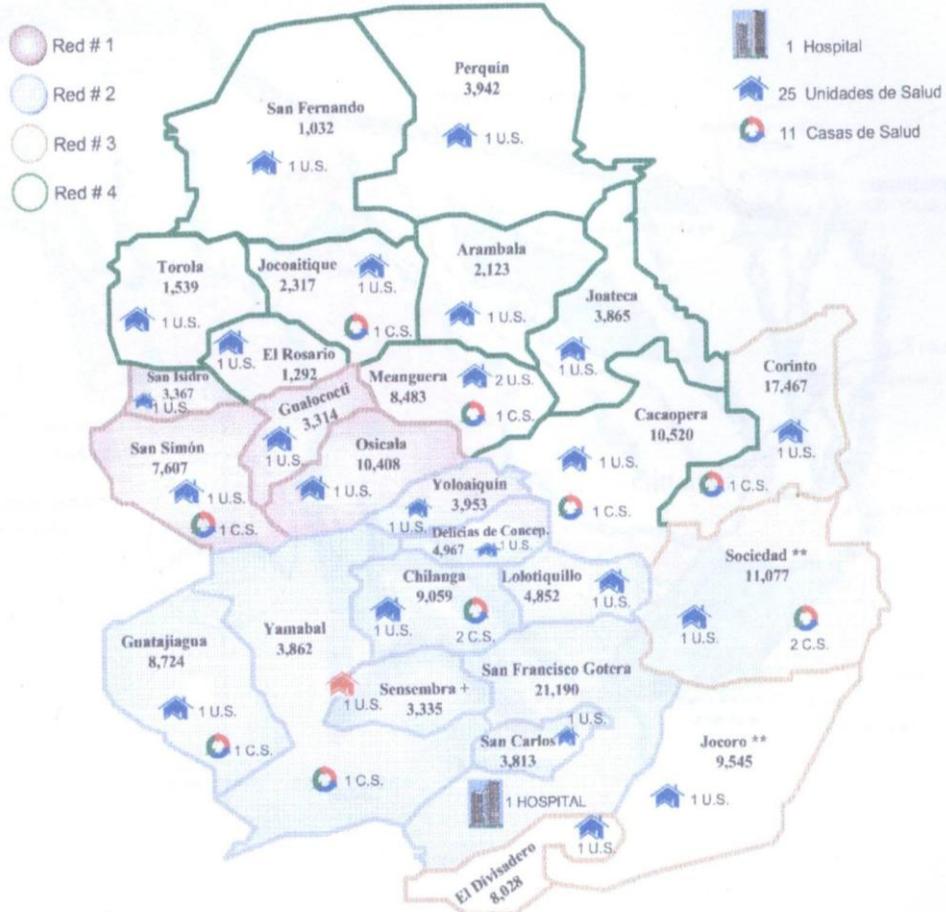
Cronograma de Actividades sobre tareas de ejecución de la Investigación: Factores que intervienen en la prevención de las Infecciones Respiratoria Agudas Superiores en niños y niñas menores de cinco años, inscritos en el programa de atención infantil en las Unidades de Salud de Sociedad, Jocoro y Guatajiagua, departamento de Morazán de Julio a Septiembre de 2005.

Nombre Actividad	Francisco Fuentes	Rocio Melgar	Salvador Argueta
Conocer las Unidades de Salud	5 de enero de 2005	5 de enero de 2005	5 de enero de 2005
Consulta Médica, llenado de cédula de entrevistas a madres o acompañantes de pacientes seleccionados y personal de Unidad de Salud. Llenado de guía de examen físico	18 de julio de 2005	18 de julio de 2005	18 de julio de 2005
	25 de julio de 2005	25 de julio de 2005	25 de julio de 2005
	1 agosto de 2005	1 agosto de 2005	1 agosto de 2005
	8 agosto de 2005	8 agosto de 2005	8 agosto de 2005
	15 agosto de 2005	15 agosto de 2005	15 agosto de 2005
	22 agosto de 2005	22 agosto de 2005	22 agosto de 2005
	29 agosto de 2005	29 agosto de 2005	29 agosto de 2005
	5 sept. de 2005	5 sept. de 2005	5 sept. de 2005
	12 sept. de 2005	12 sept. de 2005	12 sept. de 2005
Tabulación, análisis e interpretación de datos.	19 sept. de 2005	19 sept. de 2005	19 sept. de 2005
	26 sept. de 2005	26 sept. de 2005	26 sept. de 2005
	30 sept. de 2005	30 sept. de 2005	30 sept. de 2005

ANEXO N° 3

SIBASI MORAZAN

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR MUNICIPIOS

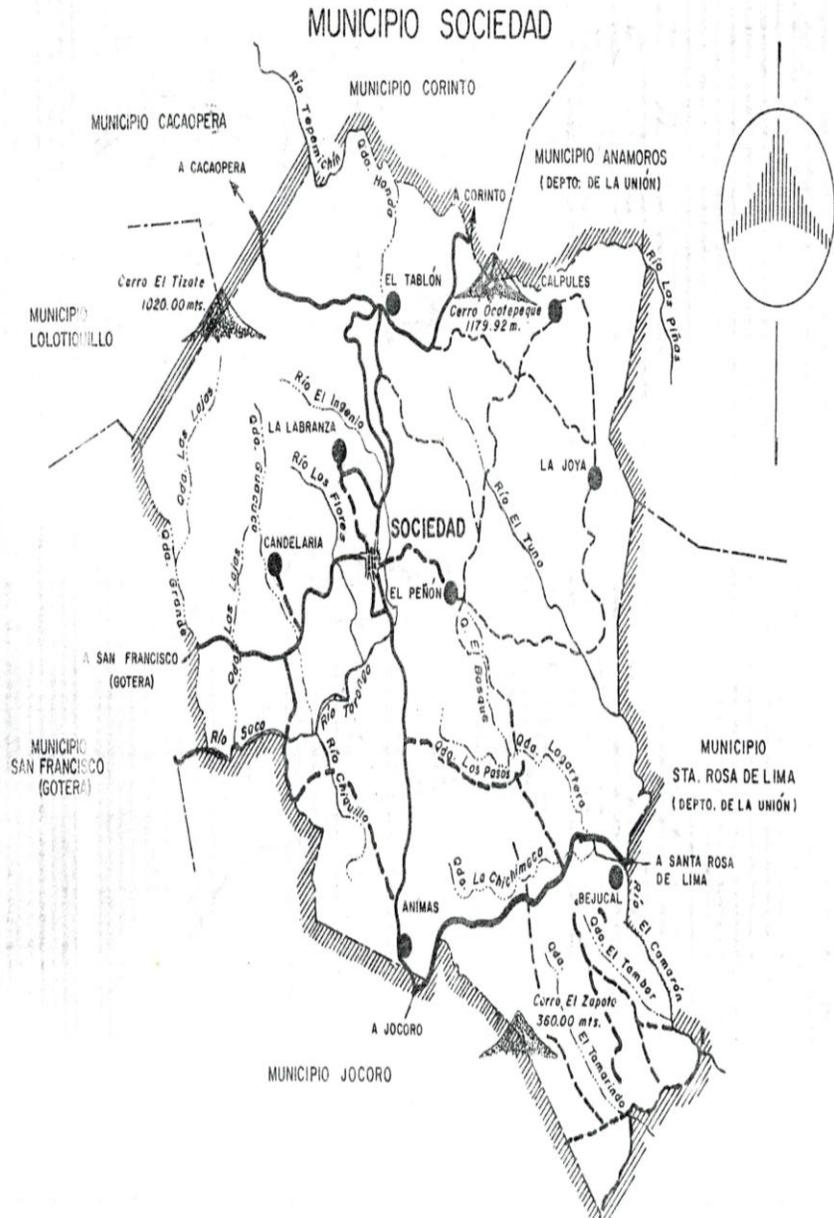


- Los Municipios Jocoro y Sociedad, Comparten Población con el SIBASI Santa Rosa de Lima.
- El Municipio Torola, incluye población del Municipio San Antonio del Norte del SIBASI Ciudad Barrios
- El Municipio Guatajiagua, comparte población con los SIBASI Ciudad Barrios y San Miguel.
- El Municipio San Simón, comparte población con el SIBASI Ciudad Barrios.
- La Unidad de Salud de Sensembra atiende la población de los Municipios de Sensembra y Yamabal.

FUENTE: POBLACION : DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS, DIGESTYC
ESTABLECIMIENTOS : SISTEMA BASICO DE SALUD INTEGRAL (SIBASI)

ANEXO N° 4

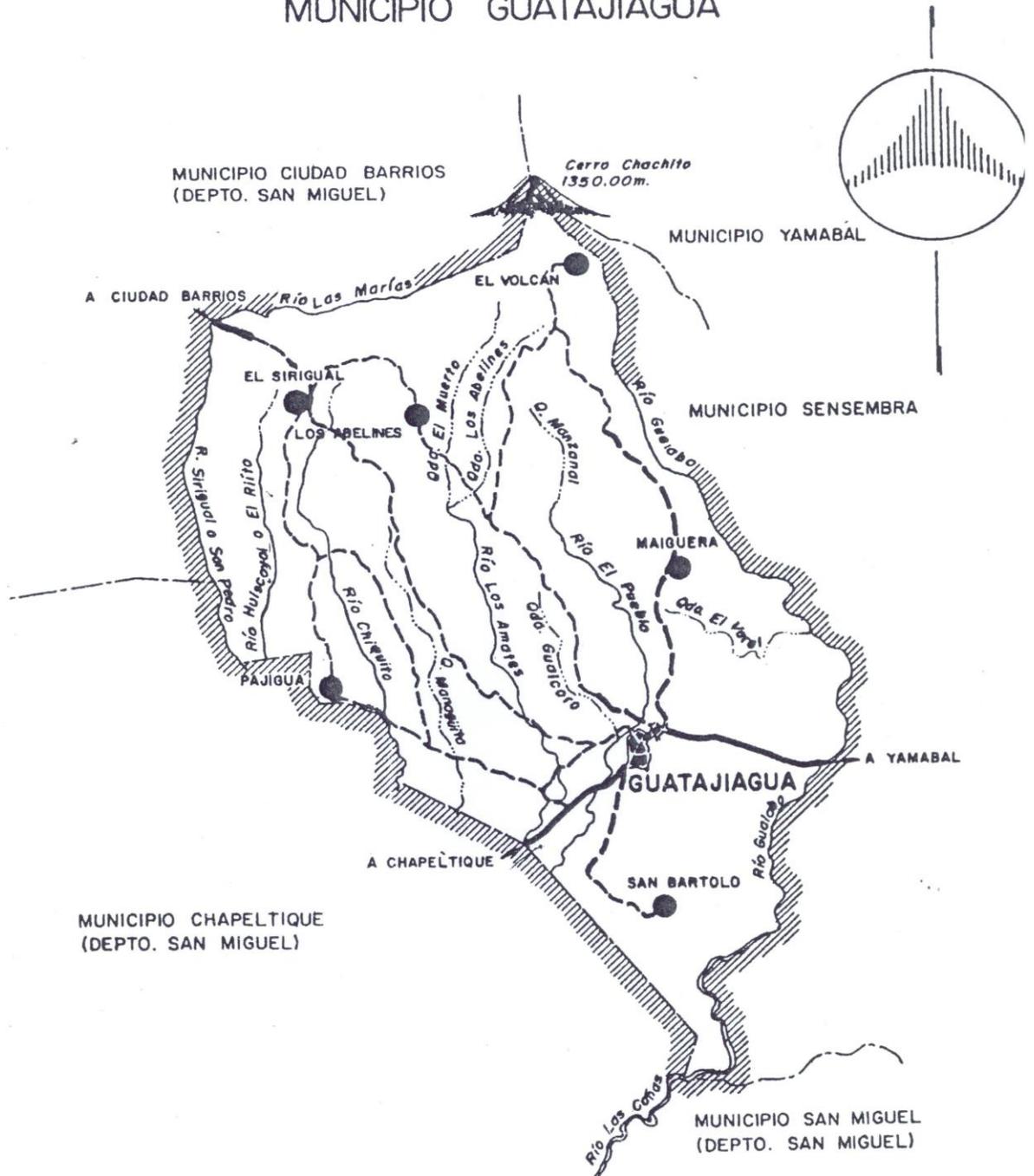
CROQUIS DEL MUNICIPIO DE SOCIEDAD



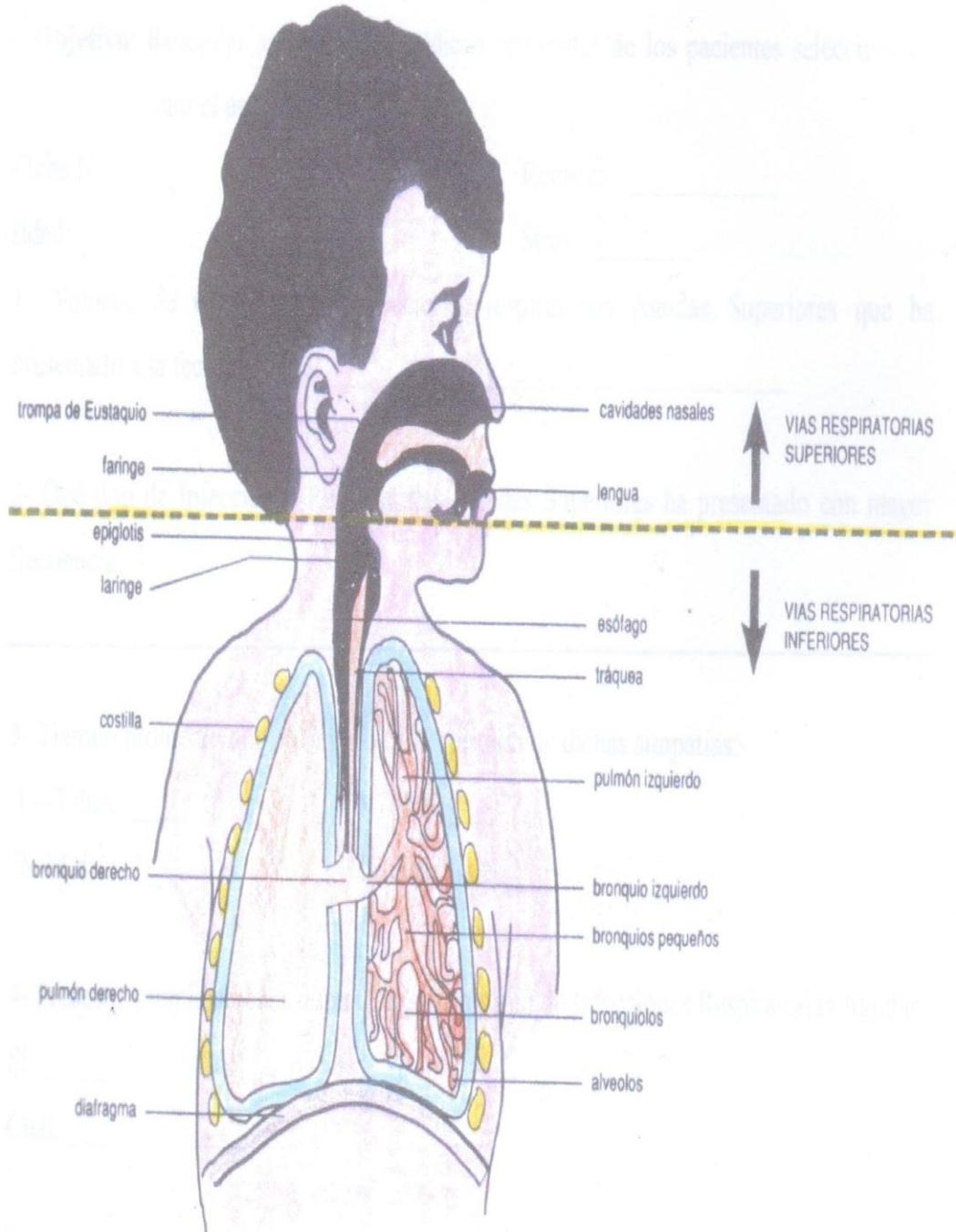
ANEXO N° 6

CROQUIS DEL MUNICIPIO DE GUATAJIAGUA

MUNICIPIO GUATAJIAGUA



ANEXO N° 7
DIVISIÓN ANATÓMICA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS



ANEXO N° 8

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

Cédula de entrevista dirigida a: madres o acompañantes de niños y niñas menores de cinco años que consulten a las unidades de salud objeto de estudio.

Objetivos: Recolectar información sobre las Intervenciones de Prevención y Control de IRAS en la población objeto de estudio.

Ficha N° _____

Expediente _____

1. Edad del Menor:

0-1 año: _____

2-4 años: _____

1-2 años: _____

2. Procedencia:

Urbana: _____

Rural: _____

3. ¿Sabe Usted que es prevención?

Sí _____

No _____

Explique _____

4 ¿Ha recibido Usted en la Unidad de Salud información sobre la Prevención?

Si_____

No_____

5. ¿Tiene su niño o niña todas las vacunas para su edad?

Si_____

No_____

Por qué

6. ¿Que tipo de Lactancia ha recibido su niño o niña en los primeros seis meses?

Exclusiva_____

No Lactancia_____

Complementaria_____

7. ¿Considera importante la Lactancia Materna?

Sí_____

No_____

Explique_____

8. ¿Qué entiende usted por control de niño sano?

9. ¿Estado de Nutrición Actual?

Normal_____

Desnutrición Moderada_____

Desnutrición Leve_____

Desnutrición Severa_____

10. Ha recibido:

Vitamina A_____

Fecha de última dosis_____

Hierro_____

Fecha de última dosis_____

11. Ingreso Familiar mensual:

Menos de \$ 50:_____

\$ 101- \$ 300_____

más de \$ 500_____

\$ 51- \$ 100:_____

\$ 301- \$ 500_____

12. Tipo de Vivienda

Mixto_____

Adobe_____

Lámina_____

Bahareque_____

13. Número de habitantes por vivienda:

3-5_____

más de 8_____

6-8_____

14 ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?

1_____

3 ó más_____

2_____

15. Cuantas personas duermen por habitación:

1-2_____

más de 5_____

3-5_____

16. Tipo de Iluminación en el hogar:

Eléctricas_____

Lámparas de gas_____

Candiles_____

Velas_____

17. Tipos de cocina:

Leña_____

Eléctricas_____

Gas propano_____

18. Tipo de Calle que está cerca de su casa:

Tierra_____

Adoquinado_____

Empedrado_____

Pavimento_____

19. ¿Hay personas que fuman en su casa?:

Si_____

No_____

20. ¿Sabe leer y escribir?

Si_____

No_____

21. Nivel de escolaridad de los padres:

1°-3° grado_____

Bachillerato_____

Ninguno_____

4°-6° grado_____

Superiores No Universitarios_____

7°-9° grado_____

Universitarios_____

22 ¿Ha recibido charlas educativas sobre prevención de las IRAS?

Si_____

No_____

23. ¿Ha recibido orientación por parte del médico cuando consulta por IRAS?

Si_____

No_____

24 ¿Sabe usted cuáles son las medidas preventivas de las IRAS?

Si_____

No_____

25. ¿En caso de sí, cuáles?

Inmunización _____

Lactancia Materna _____

Estado Nutricional _____

Oligoelementos _____

Evitar el Hacinamiento _____

26 ¿A quién consulta más frecuentemente cuando el niño se enferma?

Unidad de Salud _____

Curanderos _____

Hospital _____

Farmacia _____

Automedicación _____

27. Número de episodios de Infecciones Respiratorias Agudas Superiores que ha presentado a la fecha. _____

28. Tiempo promedio que ha durado cada episodio.

1-3 días _____

4-7 días _____

7-14 días _____

15 días o más _____

29. Presentó complicaciones durante algún episodio.

Si _____

No _____

Cuál: _____

ANEXO N° 9

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GUÍA DE EXAMEN FÍSICO

Dirigida a: niños y niñas menores de cinco años de edad, previamente seleccionados en las Unidades de Salud objeto de estudio.

Objetivo: Realizar el examen físico completo para detectar sintomatología de enfermedad respiratoria superior.

Ficha N°: _____

Expediente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Signos Vitales:

Temperatura: ____

Frec. Cardíaca: _____

Talla: _____

Frec. Respiratoria: ____

Signos y Síntomas:

Fiebre _____

Odinofagia _____

Tos _____

Congestión Nasal ____

Rinorrea _____

Cefalea _____

Otalgia _____

Prurito Orofaringeo ____

Hiperemia ótica ____

Hipertrofia Amigdalina ____

Otorrea _____

Enantema faringeo ____

Disfagia _____

Linfadenopatía _____

Disfonía _____

Estridor Laringeo ____

ANEXO N° 10

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Cédula de entrevista dirigida a: Personal de salud que trabaja en las unidades de salud objeto de estudio.

Objetivos: Recolectar información sobre las Intervenciones de Prevención y Control de IRAS en las unidades de salud objeto de estudio.

1. ¿Ha recibido capacitación sobre la prevención de las IRAS (AIEPI)?

Si _____

No _____

Fecha de última capacitación: _____

2. ¿Qué factores de prevención de IRAS conoce?

Inmunización _____

Lactancia Materna _____

Estado Nutricional _____

Oligoelementos _____

Evitar el Hacinamiento _____

3. ¿Cuál es el esquema básico de manejo de las IRAS según el AIEPI?

Evaluación _____

Tratamiento _____

Clasificación _____

4. ¿Cuáles son las recomendaciones prácticas de prevención de las IRAS?

Utilizar una toallita u otro objeto al estornudar

o liberar secreciones de las vías respiratorias _____

Abrigarse en las primeras cuando el clima es frío _____

Usar remedios caseros inocuos _____

Evitar exponerse a corrientes de aire frío, lluvia _____

Evitar el hacinamiento en el hogar, la escuela, vecinos _____

Evitar el ingerir o comer sustancias frías _____

Consultar tempranamente el centro de salud _____

5. ¿Sabe usted cómo aconsejar a la madre o acompañante para que vuelva de inmediato a consultar con su hijo o hija?

Difícil de despertar _____

Vomita todo _____

No puede beber _____

Respiración rápida _____

Empeora _____

Dificultad para respirar _____

Tiene fiebre _____

Convulsiones _____

6 ¿Cada cuánto tiempo se imparten charlas educativas sobre las IRAS en este establecimiento de Salud?

Cada semana _____

Cada mes _____

Cada quince días _____

ANEXO N° 11

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL (LA) MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: _____

Sexo: M F

N° de Registro: _____ Fecha de Nac. _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: Años _____ Meses _____ Días _____

Establecimiento: _____

Atendido en: Hosp. U. de S. Domiciliar

Parto atendido por: Médico Enfermera Parto Promotor de Salud Otra personal

Patología RN: SI NO

Reclamación: SI NO

Patología RN: VIH Apnea Mal form. Congenita Sifilia Hemorragias Asfisia SDR Hipertbil. Trau. Neurol. M. hialina Infección Trau. Metabólicas

Egreso RN: _____

Sano Con patología

Especifique: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: Ninguno Hereditario Adquirido

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOs (En Parto Anterior): SI NO

Clugias Intoxicaciones VIH Alergias Asma Convulsiones Otros

Especifique: _____

VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN: Anotar fecha, las vacunas que se aplicarán hoy y las del próximo control.						
VACUNACIÓN	RN	1ra. DOSIS	2da. DOSIS	3ra. DOSIS	12 MESES	15 A 18 MESES
INTAVALENTE (DPT-HBV-IPB)						
IP						
IP						
IP						
IP						
IP						
IP						

OTIVO DE CONSULTA: _____

EMPLEE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (Encerrar en un círculo lo positivo)

ENFERMEDAD BACTERIANA GRAVE EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES: SI NO

MAYOR DE 2 MESES ENFERMEDAD MUY GRAVE: SI NO

No puede beber, o tomar el pecho, convulsiones, Letárgico o inconsciente, Vomita todo.

Diarrea abundante, hipotonía o hinchazón, Ombígo enjedo que se endurece al tacto, quejido, Irritabilidad, letárgico o inconsciente, se mueve menos de lo normal, Convulsiones, respiración rápida, supuración de oído, tiraje subcostal grave.

FECCIÓN BACTERIANA LOCAL: SI NO

Ombígo enjedo, Escasas Pústulas en el cuerpo, Supuración de ojos.

TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO

Cuánto tiempo hace _____ días

Respiración rápida _____ Tiraje Subcostal _____ Estridor en reposo _____ Silbancias _____

TIENE EL NIÑO (A) DIARREA? SI NO

Cuánto tiempo hace? _____ días

Sangre en las heces _____

eliminar el azedo general: Letárgico o inconsciente, inquieto o irritable, Ojos hundidos _____ Ombígo hinchado: Bebe mal o no puede beber

este involuntario con sed _____ Signo del pliegue cutáneo: Muy lentamente (más de 2 seg.) Lentamente

TIENE EL NIÑO (A) FIEBRE? Determinada por interrogatorio, al tacto o temperatura axilar de 38°C o más SI NO

Cuánto tiempo hace? _____ días Más de 7 días (todos los días) Rigidez de nuca _____ Manifestaciones hemorrágicas/Sosp. de dengue.

erupción Cutánea generalizada, Tos-Cariz- Conjuntivitis/ Sosp. de Sarampión, Ánua Hiperendémica Prudencia

TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OÍDO? SI NO

Dolor _____ Supuración _____ Cuánto tiempo hace _____ días Tiempo rojo _____

Torneación dolorosa detrás de la oreja

TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE GARGANTA? SI NO

Dolor _____ Ganglios del cuello crecidos y dolorosos. Escuderos blancos en garganta. Garganta eritematosa.

VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA? Signos emaciación visible grave, edema ambos pies. Pálida palmar. Intensa - leve _____

Muy bajo peso Bajo peso Riesgo

VERIFICAR SI EL NIÑO HA RECIBIDO: Vitamina A SI NO

Fecha de última dosis: _____

Febrero: SI NO

Fecha de última dosis: _____

VALUAR LA ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A EDAD: Toma pecho SI NO

Cuántas veces al día? _____

Ingiere otra alimentación SI NO

¿cuántos alimentos o líquidos? _____

Toma pecho? SI NO

durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación SI NO

SI hubo "causa" _____ durante cuánto tiempo? _____

OTROS HALLAZGOS (ESPECIFIQUE): _____

CLASIFICACIÓN: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____ REFERENCIA: SI NO

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

TRATAMIENTO: _____

FECHA PRÓXIMA CITA O CONTROL: _____

SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

CAUSA DE NO SEGUIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO MUERTE OTROS

HOJA SUBSECUENTE DE ATENCION INTEGRAL AL (LA) MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: _____		Fecha de Nac:		Fecha:		Edad:		Peso:		Tem. en:		PC:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N° de Registro: _____	Establecimiento: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MOTIVO DE CONSULTA:										CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input type="checkbox"/>			
Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente <input type="checkbox"/>													
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO (Encerrar en un círculo lo positivo):													
MENOR DE 2 MESES POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fontanela abombada, hipotermia o fiebre, Ombligo ensacado que se ensienta al abdomen, quejido, puñales grazadas, escape nasal, letárgico o inconsciente, se mueve menos de lo normal, convulsiones, Respiración rápida _____ supuración de cito traje subcostal grave.							MAYOR DE 2 MESES ENFERMEDAD MUY GRAVE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No puede beber, o tomar al pecho, convulsiones, Letárgico o inconsciente, Vómito todo.						
INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ombligo ensacado, Escasas Puñales en el cuerpo, Supuración de ojos.													
¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace _____ días													
VERIFICAR: Respiración por minuto: _____ Respiración rápida _____ Tiraje Subcostal _____ Estridor en reposo _____										MAYOR DE 2 MESES			
¿TIENE EL NIÑO (A) DIARREA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto tiempo hace? _____ días Sangre en las heces													
Delimitar el estado general: Letárgico o inconsciente, Inquieto o Irritable, Ojos hundidos, Ofrecer líquidos: Bebe mal o no puede beber Bebe evidentemente con sed Signo del pliegue cutáneo: Muy lentamente (más de 2 seg.) Lentamente													
¿TIENE EL NIÑO (A) FIEBRE? (Determinada por interrogatorio, al tacto o temperatura axilar de 38° C o más) <input type="checkbox"/> SI _____ NO _____													
Cuánto tiempo hace _____ días Más de 7 días (todos los días) Rigidez de nuca													
Manifestaciones hemorrágicas/Sosp. de dengue. Erupción Cutánea generalizada, Tos-Cortiza-Conjuntivitis/Sosp. de Sarampión, Área Hiperemática Paludismo.													
¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OÍDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor _____ Supuración _____ Cuánto tiempo hace _____ días													
Timpano rojo Tumefacción dolorosa detrás de la oreja													
¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE GARGANTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dolor _____ Ganglios del cuello agrandados y dolorosos													
Exudados blancos en garganta. Garganta enfarinosa.													
¿VERIFICAR SI PRESENTA DEBNUTRICION Y ANEMIA Signos emaciación visible grave, edema ambos pies Palidez palmar: Intensa - leve													
Muy bajo peso <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/>													
VERIFICAR SI EL NIÑO HA RECIBIDO: Vitamina A: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____													
Hierro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____													
Mebendazole: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de última dosis: _____													
EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A EDAD: Toma pecho <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día? _____ Ingiera con _____													
En caso afirmativo ¿cuántas veces al día? _____ cuantos alimentos o líquidos _____ ¿Ton _____													
Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si hubo ¿cual? _____ durante cuánto: _____													
OTROS HALLAZGOS (ESPECIFIQUE): _____													
CLASIFICACION: _____ REFERENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
DIAGNOSTICO CLINICO: _____													
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: _____ TRATAMIENTO: _____													
FECHA PROXIMA CITA O CONTROL _____ SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____													
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO: CAMBIO DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> MUERTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>													

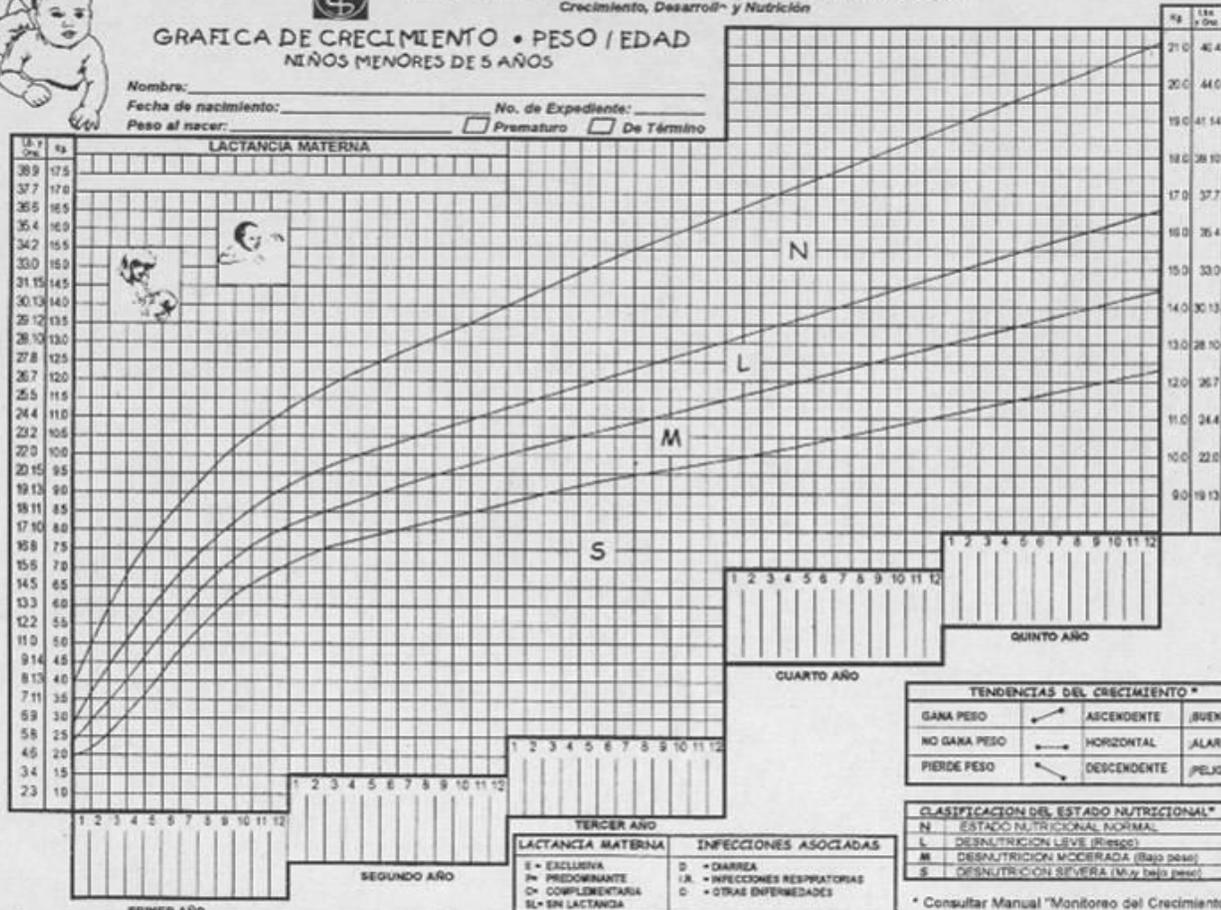
ANEXO N° 12



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente: _____
 Peso al nacer: _____ Prematuro De Término



TENDENCIAS DEL CRECIMIENTO *	
GANA PESO ↗	ASCENDENTE (BUENO)
NO GANA PESO →	HORIZONTAL (ALARMA)
PIERDE PESO ↘	DESCENDENTE (PELIGRO)

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL *	
N	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
L	DESNUTRICION LEVE (Riesgo)
M	DESNUTRICION MODERADA (Bajo peso)
S	DESNUTRICION SEVERA (Muy bajo peso)

LACTANCIA MATERNA	INFECCIONES ASOCIADAS
E = EXCLUSIVA	D = DIARREA
M = PREDOMINANTE	I.R. = INFECCIONES RESPIRATORIAS
C = COMPLEMENTARIA	O = OTRAS ENFERMEDADES
SL = SIN LACTANCIA	

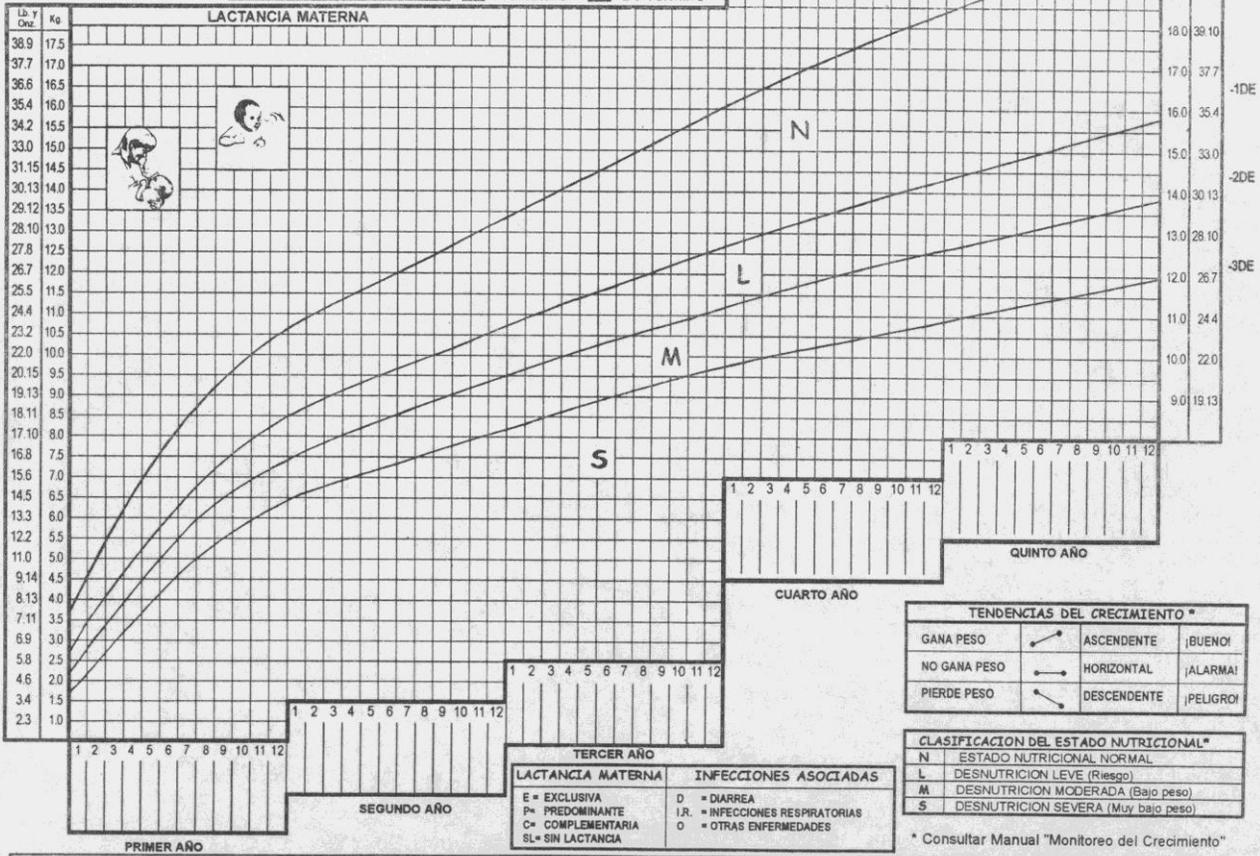
Referencias: Desviaciones Standar - Población de Referencia del N. C. H. S. El Salvador, C.A. 2001



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Crecimiento, Desarrollo y Nutrición

GRAFICA DE CRECIMIENTO • PESO / EDAD
NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

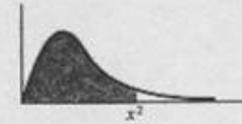
Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente: _____
 Peso al nacer: _____ Prematuro De Término



Referencias: Desviaciones Standar - Población de Referencia del N. C. H. S.

El Salvador, C.A. 2001

Tabla VIII. Distribución acumulada de ji-cuadrado



$$F(x^2) = P[X^2 \leq x^2]$$

$\gamma \backslash F$	0.005	0.010	0.025	0.050	0.100	0.250	0.500	0.750	0.900	0.950	0.975	0.990	0.995
1	0.0000393	0.000157	0.000982	0.00393	0.0158	0.102	0.455	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88
2	0.0100	0.0201	0.0506	0.103	0.211	0.575	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.6
3	0.0717	0.115	0.216	0.352	0.584	1.21	2.37	4.11	6.25	7.81	9.35	11.3	12.8
4	0.207	0.297	0.484	0.711	1.06	1.92	3.36	5.39	7.78	9.49	11.1	13.3	14.9
5	0.412	0.554	0.831	1.15	1.61	2.67	4.35	6.63	9.24	11.1	12.8	15.1	16.7
6	0.676	0.872	1.24	1.64	2.20	3.45	5.35	7.84	10.6	12.6	14.4	16.8	18.5
7	0.989	1.24	1.69	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.0	14.1	16.0	18.5	20.3
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.2	13.4	15.5	17.5	20.1	22.0
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.4	14.7	16.9	19.0	21.7	23.6
10	2.16	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.5	16.0	18.3	20.5	23.2	25.2
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.3	13.7	17.3	19.7	21.9	24.7	26.8
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.3	14.8	18.5	21.0	23.3	26.2	28.3
13	3.57	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.3	16.0	19.8	22.4	24.7	27.7	29.8
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.2	13.3	17.1	21.1	23.7	26.1	29.1	31.3
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.0	14.3	18.2	22.3	25.0	27.5	30.6	32.8

N

16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.9	15.3	19.4	23.5	26.3	28.8	32.0	34.3
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.1	12.8	16.3	20.5	24.8	27.6	30.2	33.4	35.7
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.9	13.7	17.3	21.6	26.0	28.9	31.5	34.8	37.2
19	6.84	7.63	8.91	10.1	11.7	14.6	18.3	22.7	27.2	30.1	32.9	36.2	38.6
20	7.43	8.26	9.59	10.9	12.4	15.5	19.3	23.8	28.4	31.4	34.2	37.6	40.0
21	8.03	8.90	10.3	11.6	13.2	16.3	20.3	24.9	29.6	32.7	35.5	38.9	41.4
22	8.64	9.54	11.0	12.3	14.0	17.2	21.3	26.0	30.8	33.9	36.8	40.3	42.8
23	9.26	10.2	11.7	13.1	14.8	18.1	22.3	27.1	32.0	35.2	38.1	41.6	44.2
24	9.89	10.9	12.4	13.8	15.7	19.0	23.3	28.2	33.2	36.4	39.4	43.0	45.6
25	10.5	11.5	13.1	14.6	16.5	19.9	24.3	29.3	34.4	37.7	40.6	44.3	46.9
26	11.2	12.2	13.8	15.4	17.3	20.8	25.3	30.4	35.6	38.9	41.9	45.6	48.3
27	11.8	12.9	14.6	16.2	18.1	21.7	26.3	31.5	36.7	40.1	43.2	47.0	49.6
28	12.5	13.6	15.3	16.9	18.9	22.7	27.3	32.6	37.9	41.3	44.5	48.3	51.0
29	13.1	14.3	16.0	17.7	19.8	23.6	28.3	33.7	39.1	42.6	45.7	49.6	52.3
30	13.8	15.0	16.8	18.5	20.6	24.5	29.3	34.8	40.3	43.8	47.0	50.9	53.7

Reproducido con autorización de W. H. Beyer (ed.), *CRC Handbook of Tables for Probability and Statistics*, 2ª ed., 1968, p. 294. Copyright CRC Press, Inc., Boca Raton, Florida