

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



**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL
CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES A CINCO
AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES
RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS PARA BUSCAR
ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE
ANAMOROS DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN, CHIRILAGUA Y
EL CUCO DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL EN EL PERÍODO
DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2005.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

**YANETH CAROLINA ALVARADO VELÁQUEZ
ZORAIDA ANGÉLICA CRUZ GIRÓN.
PATRICIA JEANNETTE REYES HERNÁNDEZ.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA.**

**DOCENTE ASESOR:
LIC. REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES.**

ENERO DE 2006

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
VICERECTOR ACADÉMICO

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS
VICERECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADA MARGARITA DE RECINOS
SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA
DECANO INTERINO

LICENCIADA GLORIA LARIOS DE NAVARRO
VICEDECANA INTERINA

LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA
JEFE DEL DEPARTAMENTO

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES
DOCENTE ASESOR

LICENCIADO JOSÉ ENRY GARCÍA
ASESOR DE ESTADÍSTICA

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESOR DE METODOLOGÍA

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES
DOCENTE ASESOR

DOCTOR JOSÉ ROBERTO CRÚZ SALGADO
JURADO CALIFICADOR

DOCTORA MARÍA DOLORES ÁVILA
JURADO CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por habernos dado la fortaleza necesaria para superar los obstáculos en el transcurso de nuestra carrera y a la vez culminarla con éxito.

A LA UNIVERSIDAD:

Por ser la institución formadora de profesionales de alta calidad académica permitiendo la integración a nuestra sociedad.

A NUESTROS ASESORES:

Lic. Reina América Rodríguez, Dr. Jalil Fuad Chatarra Jiménez, Lic. Elba Margarita Berrios Castillo y Lic. Enry García, por orientarnos y ayudarnos en la ejecución de esta investigación.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por concederme la oportunidad y la capacidad de alcanzar uno de mis grandes sueños en una profesión tan útil y digna.

A MIS PADRES:

Eugenio Alvarado Ayala y Virginia Esperanza de Alvarado por su apoyo incondicional, comprensión y esfuerzos para mi formación personal y académica a través de sus consejos.

A MI ESPOSO:

Atilio González Alfaro por su apoyo, comprensión en todas las etapas de mi carrera.

A MI FUTURO BEBÉ:

Por ser la fuente de mi inspiración, alegría y esperanza para lograr todas las metas de mi vida.

A MIS HERMANOS:

David Eliseo, Josué, Lilian, Tirsa, Wesley, Raquel, que me sirvieron como ejemplo e incentivo constante.

A MIS SOBRINOS:

Jonathan David, Sara, Ruth, Olimpia, Melissa, Fernando, Jonathan Eugenio, Elio, Ashley, Rebeca, Cristófer, Frank, Kelly, Jafar, Katy, Jacob por transmitirme alegría y entusiasmo.

Carolina Alvarado.

DEDICATORIA

A DIOS, NUESTRO PADRE:

Por cuidarme, iluminarme y guiarme siempre en todo momento de mi vida y mi carrera para cosechar buenos frutos hoy y siempre.

A MIS PADRES:

José Atilio Reyes Saravia y Rosa Isabel Hernández de Reyes por su amor y apoyo incondicional en mis estudios y consejos siempre.

A MI ESPOSO:

Margarito de Jesús Contreras Rivera, por apoyarme y comprenderme en todo momento y parte de mi carrera, por todo su amor.

A MIS HIJOS:

Jeffrei Alexander y Jennifer Jeannette por estar siempre conmigo dándome su alegría y amor en todo momento.

A MIS HERMANOS:

Félix Adalberto, Sandra Maribel, José Atilio, Elmer Oswaldo, William, Marina.

A MIS SOBRINOS:

Estefi, Marilin, Alejandro, Alejandra, Mónica, Fani, Valeria, Ashly, Milena,,Mauricio, Xavier y Marlon.

A MI ABUELITA:

Victoria por sus buenos consejos y amor.

Patricia Reyes.

DEDICATORIA.

A DIOS NUESTRO SEÑOR:

Por haberme iluminado, guiado, protegido y brindarme fortaleza en el transcurso de mi carrera.

A MI PADRE Y MADRE:

José Ángel Cruz y Tirsa Rebeca de Cruz por sus esfuerzos y por estar conmigo siempre brindándome sus consejos y apoyo en todas las etapas de mi vida.

A MI ESPOSO:

Mario López Elías ejemplo e incentivo constante.

A MI HERMANA:

Tirsa Patricia con sincero afecto.

A MIS SOBRINOS:

Julio Cesar y Katya quienes con su inocencia me transmitieron alegría y entusiasmo.

A MI ABUELITA:

Con grato recuerdo.

Zoraida Cruz.

**CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES
DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES
A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE
LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS
AGUDAS PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS
UNIDADES DE SALUD DE ANAMOROS
DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN, CHIRILAGUA Y EL
CUCO DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL EN EL
PERÍODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2005.**

ÍNDICE.

CONTENIDO.	Pág.
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	xvii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. Antecedentes del Fenómeno.....	22
2. Enunciado del Problema.....	24
3. Objetivos de la investigación.....	25

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1 Enfermedad Diarreica Aguda	27
2.1.1 Definición.....	28
2.1.2 Epidemiología	29
2.1.3 Fisiopatología.....	31
2.1.4 Etiología.....	33
2.1.5 Manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda.....	34
2.1.6 Manejo de las EDAS según AIEPI.....	35
2.1.7 Medidas de Prevención y control en la Enfermedad.....	44
2.2. Infecciones Respiratorias Agudas	
2.2.1 Definición.....	45
2.2.2 Epidemiología.....	46
2.2.3 Infecciones Respiratorias Agudas Altas	
2.2.3.1 Catarro Común.....	47
2.2.3.2. Faringoamigdalitis Aguda.....	50
2.2.3.3. Sinusitis.....	51

2.2.3.4. Otitis Media.....	53
2.2.3.5.. Crup.....	54
2.2.4. Infecciones Respiratorias Agudas Bajas	
2.2.4.1. Bronquitis.....	56
2.2.4.2. Bronquiolitis.....	57
2.2.4.3. Neumonía.....	58
2.3. Definición de Términos Básicos.....	61

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General.....	66
3.2. Hipótesis Específicas.....	66
3.3. Operacionalización de las Hipótesis en variables.....	67

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo de Investigación.....	71
4.2. Universo.....	72
4.3. Muestra.....	72
4.4. Tipo de Muestreo.....	75
4.5. Técnicas de Obtención de la Información.....	76
4.6. Instrumentos.....	77
4.7. Procedimiento.....	77

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.1. Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	82
5.2 Prueba de Hipótesis.....	128

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1. Conclusiones.....	132
6.2. Recomendaciones.....	137

BIBLIOGRAFÍA.....140

ANEXOS

1. Cronograma de actividades Generales	143
2. Cronograma de actividades a Desarrollar durante la Ejecución.....	144
3. Cronograma de actividades a Desarrollar durante la Ejecución.....	145
4. Cronograma de actividades a Desarrollar durante la Ejecución.....	146
5. Evaluación del Estado de Hidratación. por diarrea.....	147
6. Manejo de la Diarrea Plan A, Plan B.....	148
7. Manejo de la Diarrea Plan C.....	149
8. Indicaciones de cuando volver al servicio de salud.....	150
9. Tratamiento antimicrobiano de la Faringoamigdalitis.....	151
10. Tratamiento antimicrobiano para Otitis Media aguda.....	152
11. Recomendaciones a la madre sobre los cuidados de la Otitis Media Aguda.....	153
12. Clasificación de la Neumonía según AIEPI.....	154
13. Cédula de Entrevista.....	155
14. Fotografías.....	161

RESUMEN

Ésta investigación se realizó con los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que asistieron a su control infantil en las Unidades de Salud de Anamoros, Chirilagua y El Cuco en el período de agosto a octubre de 2005, para determinar el conocimiento que tienen estos sobre los signos de alarma de las IRAS y EDAS, así como los factores influyentes y las acciones que toman cuando sus hijos se enferman.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, obteniendo una muestra de 154 niños y niñas que asistieron a su control infantil, utilizando un muestreo no probabilístico, intencional o deliberado; se aplicaron técnicas documentales y de campo dentro de las que se mencionan la encuesta que fue dirigida a los padres o responsables que asistieron con los y las niñas a su control.

Según la información recopilada la mayoría de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años tienen un inadecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las IRAS o EDAS. Los factores socioeconómicos relacionados con este desconocimiento son, la edad de la madre, la baja escolaridad de los padres o responsables, el bajo ingreso económico, la poca asistencia a los controles infantiles y la mala o poca información recibida sobre el tema. Con respecto a las acciones tomadas por los padres cuando sus hijos se enferman, la mayoría son acciones nocivas, tales como: la administración de antidiarreicos, medicinas caseras y no les dan suero oral, ni saben prepararlo cuando sus hijos presentan diarrea, además cuando tienen una IRA las medidas tomadas consisten en darles antitusivos, antibióticos, ungüentos que no son prescritos por personal médico; también muchos de los padres aun prefieren llevar a los niños a la farmacia o al curandero cuando se enferman, provocando el agravamiento de la condición de salud de sus hijos .

INTRODUCCIÓN

En los países en vías de desarrollo como el caso de El Salvador, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) y la Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), siguen ocupando las primeras causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años; lo cual constituye un grave problema de salud pública en nuestro país.

En la Región de las Américas, las IRAS se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de cinco años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud. Todos los años, la neumonía ocasiona en todo el mundo más de 100.000 muertes de niños menores de un año, es decir un promedio de 300 muertes diarias. Noventa y nueve por ciento de estas muertes ocurre en los países en desarrollo. Otros 40.000 niños mueren anualmente por neumonía antes de alcanzar los cinco años de edad, lo cual representa otras 100 muertes diarias por esta causa en todo el hemisferio.

Aunque la extensión de las IRAS es global, su impacto se refleja con gran disparidad entre los países industrializados y los menos desarrollados. Mientras que de 1 a 3% de las muertes entre los niños menores de cinco años se debe a neumonía en los países desarrollados, la neumonía causa de 10 al 25% de las defunciones en los países en desarrollo. El grado de acceso a los servicios de salud es un elemento clave que explica esta diferencia: las IRAS son una de las principales causas de consulta y hospitalización en los países en desarrollo. Entre 30 y 60% de las consultas y entre 20 y 40% de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años se deben a la neumonía

Uno de los principales problemas asociados a la mayor gravedad de las enfermedades en niños menores de 5 años atendidos en los servicios de salud, es la falta de conocimiento de los padres y otros responsables del cuidado de los niños con respecto a los signos que indican que el niño debe ser visto por personal de salud.

En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos por estos sino que son tratados en el hogar con remedios caseros, o son llevados a curanderos que aplican técnicas nocivas a la salud del niño llevándolo al agravamiento del cuadro y la muerte.

Un gran número de muertes por Neumonía puede evitarse detectando precozmente los signos de alarma en el hogar y orientando a la rápida búsqueda de ayuda en los servicios de Salud. Un número adicional de muertes por Diarrea puede evitarse si se asegura la rápida detección de casos por parte de la Familia, la administración de líquidos adicionales para prevenir la deshidratación en el hogar, el uso de sales de rehidratación oral, así como la búsqueda oportuna de atención médica.

Es importante evaluar el conocimiento de los Padres y de la comunidad en general sobre los signos de alarma para llevar al niño a un servicio de salud oportunamente y así disminuir la mortalidad infantil.

En este documento se presentan los resultados tanto teóricos como del trabajo de campo de la investigación sobre el conocimiento que tienen los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedad Diarreica Aguda para buscar atención médica en las Unidades de Salud de Anamoros, departamento de La Unión, Chirilagua y El Cuco del departamento de San Miguel en el período de agosto a octubre de 2005. El documento se ha estructurado en seis capítulos que se describen a continuación:

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema, que consta de los antecedentes de la problemática en donde se describe de manera real y concisa el comportamiento en los últimos cinco años de las IRAS y EDAS en niños de dos meses a

cinco años en nuestro país y en las unidades de salud objeto de estudio, a su vez se encuentra el enunciado del problema en el cual surgen tres grandes interrogantes que son la base fundamental y en torno a la cual se llevó a cabo el desarrollo de la investigación y por último dentro del planteamiento del problema se incluyen los objetivos que constituyeron la guía de investigación; y están enfocados a determinar el conocimiento que tienen los padres sobre los signos de alarma de las IRAS y EDAS así como de los factores relacionados y las acciones que tomaron los responsables de los niños frente a tales situaciones.

El segundo capítulo, el marco teórico y es en este apartado donde se menciona toda la información recopilada en diferentes fuentes bibliográficas.

El tercer capítulo esta constituido por el sistema de hipótesis , en donde se trata de dar una respuesta tentativa a los problemas enunciados, y que dentro de este apartado se encuentra la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores, que consiste en llevar la hipótesis de lo abstracto a lo concreto, tomando en cuentas las variables de las hipótesis, la conceptualización de las variables y los indicadores, los cuales se tomaron como base para la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

Además se menciona el diseño metodológico, que conforma el cuarto capítulo, el cual abarca siete tópicos, dentro de los cuales para comenzar se encuentra el tipo de investigación según el tiempo que ocurrieron los hechos, el período y secuencia del estudio, tomando en cuenta el análisis y el alcance de los resultados; otro punto a considerar es el universo, que tomó en cuenta a toda la población involucrada en el estudio; la muestra, la cual es una parte del universo que fue seleccionada según bases estadísticas para su implementación; a su vez el tipo de muestreo, se refiere al proceso que se utilizó para escoger y extraer una parte del universo o población de estudio con el fin de que representara al total. Otro de los pasos incluidos dentro del diseño metodológico son las técnicas de obtención de información la cual hace referencia a los

medios a través de los cuales se recogieron los datos necesarios para el desarrollo de la investigación; se enumeran los instrumentos que indican las herramientas que se utilizaron para la recolección de la información y se describe el procedimiento donde se explican los pasos en forma detallada de todo el proceso realizado.

En el quinto capítulo se presentan los resultados, explicando paso a paso la tabulación, análisis e interpretación de la información que se obtuvo a través de la cédula de entrevista administrada a los padres o responsables que asistieron con los y las niñas a las unidades de salud de Anamoros, Chirilagua y El Cuco en los meses de agosto a octubre de 2005.

El sexto capítulo esta constituido por las conclusiones y recomendaciones, las cuales se construyeron en base a los resultados de los datos obtenidos.

Además dentro de éste informe se incluye la bibliografía que se consultó en diferentes entidades gubernamentales de salud, informes, estadísticas, Internet y libros de textos.

Los anexos conformado por el cronograma de actividades generales donde se describen las acciones que se realizaron en todo el proceso de investigación y el cronograma de actividades que se desarrolló durante la ejecución, que detalla día a día las acciones que se llevaron a cabo durante éste período, también se muestran la cédula de entrevista y las fotografías.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO EN ESTUDIO.

La Morbilidad de enfermedades en niños menores de 5 años siempre ha sido motivo de preocupación para la Salud Pública. Desde hace varias décadas se ha trabajado por disminuir la Tasa de Mortalidad infantil impulsando acciones de salud como el control de enfermedades diarreicas e inmunizaciones entre otros.

Por lo tanto las infecciones respiratorias agudas cobran mayor importancia llegando a ocupar el primer lugar de mortalidad en esta población a nivel mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud.

“Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de cuatro millones de niños por año, principalmente en Latinoamérica. La Neumonía es responsable de aproximadamente el 85 % de todas las muertes de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), pero también contribuyen a esta mortalidad la Bronquitis, Crup y complicaciones de las vías respiratorias superiores”.¹

Diferentes investigadores han identificado dos problemas prioritarios que hacen que la mortalidad por estas infecciones sea más alta. El primero es el retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento oportuno por desconocimiento de los signos iniciales de Neumonía, lo que indica claramente la necesidad de establecer parámetros precisos y concretos de diagnóstico. El segundo problema es la consulta tardía por parte de la madre, ocasionada por desconocimiento de los signos de peligro que causan la muerte del niño.

¹“IRAS en latinoamérica”. Documento disponible en (<http://www.paho.org/spanish/aiepi1htm-18k>.)

En los países en desarrollo como es el caso de El Salvador la deshidratación por diarrea, las infecciones respiratorias en particularmente la clasificada como Neumonía son unas de las primeras causas directas de muertes en niños y niñas menores de 5 años. Además son una de las causas mas frecuentes que desencadena el proceso de perdida de la velocidad de crecimiento, que si no es corregido oportunamente conduce a cuadros progresivos de desnutrición lo que hace a su vez, propicia la condición para que aumente la morbilidad y mortalidad en la niñez.

En nuestro país según la encuesta FESAL 2002 a 2003 revela que la prevalencia de diarreas en los niños menores de 5 años es de 13.8% y de infecciones respiratorias agudas es del 42.3%. Además compara la incidencia de casos de estas enfermedades entre la zona rural y la urbana, siendo para las infecciones respiratorias agudas en el área rural 45% comparado con el área urbana que es del 39.3%; con respecto a las diarreas en el área rural 15.6 % y en el área urbana 11.3%.

En El Salvador por departamento encontramos que para el caso de las diarreas la mayor frecuencia de casos se localizan en Cabañas, Cuzcatlan, San Vicente y La Paz La mayor frecuencia de casos de Infecciones Respiratorias Agudas la encontramos en los departamentos de Santa Ana, Sonsonate, Cuzcatlan.

La prevalencia de IRAS en al departamento de San Miguel es del 30% y en La Unión es del 40%. En las Unidades de Salud objeto de estudio la prevalencia de las IRAS en los últimos cinco años es del 36.8% en Anamoros, en Chirilagua es de 29.6%, en Cuco 24.6% y para las EDAS es de 14.2%, 12.3% y 11.4% respectivamente.

En vista de la problemática Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social implemento la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), desde 1997 y se ha desarrollado las modalidades de voluntarios, promotores de salud y el clínico para que la lleven a cabo, con el objetivo de

monitorizar mas cuidadosamente a cada niño que consulta los centros de salud de la red publica.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Por lo antes mencionado el grupo investigador tratara de darle respuesta al siguiente enunciado general:

¿Tendrán los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años un adecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las IRAS y EDAS?

Además el grupo investigador le dará repuestas a los siguientes enunciados específicos:

¿Influirán los Factores Socioeconómicos de los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS?

¿Cuáles son las acciones que toman los padres o responsables de los niños y niñas cuando se enferman de las IRAS y EDAS?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Investigar el conocimiento que tienen los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años sobre los signos de alarma de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas para buscar atención medica.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comprobar si los factores socioeconómicos influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS para acudir oportunamente a un centro de salud.

Describir las acciones que los padres o responsables del cuidado de los niños toman en casa cuando se enferman de infecciones respiratorias y diarreicas agudas.

Identificar los lugares donde acuden los padres en busca de ayuda cuando sus hijos presentan signos de alarma de estas enfermedades.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, pasa de nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad, los niños menores de dos años, son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. “Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños”². La causa principal de muerte es la deshidratación, la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos. Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves. Las Enfermedades Diarreicas también afectan a otros grupos de población.

Las infecciones respiratorias agudas también constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo constituyendo un problema serio de salud. Todo lo referente a estos dos problemas en salud se detalla continuación.

2.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

La diarrea es un problema importante, por su impacto en la salud infantil general, por su relación con la desnutrición, y por la alta demanda de atenciones ambulatorias y de hospitalizaciones que la caracterizan.

² “Guía de atención de las EDAS” Documento disponible en (www.metrosalud.gov.co/paginas/protocolarias/minsalud/guias/os-enfdiarreica_.htm-515k)

2.1.1 DEFINICIÓN.

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, para definirla se han adoptado diversos conceptos.

La Academia Americana de Pediatría la define como “una enfermedad de comienzo rápido, caracterizada por incremento en el número de evacuaciones al día, y alteración en la consistencia de las heces fecales, que puede ir o no acompañado de otros síntomas como los vómitos, las náuseas, el dolor abdominal o la fiebre.”

La definición más formal de diarrea “es la que considera un aumento del peso diario de las heces por encima de 200 g/día”.³

La OMS define a la diarrea “como el aumento de la frecuencia, contenido líquido, y volumen de las heces”. Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada.

La mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días. Convencionalmente, se considera como diarrea prolongada a la que dura más de 14 días.

La diarrea también se define como “la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos por las heces”⁴.

³ “Asociación Española de Gastroenterología”. (disponible en www.secretaria.aegastro.es)

⁴ “R.Bhernan Nelson Tratado de Pediatría” 17ª edición págs 1272.

2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Factores de Riesgo

Existen factores de conducta que determinan el apareamiento de las enfermedades diarreicas en los niños dentro de los cuales podemos mencionar:

- No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida).
- Usar biberones.
- Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo
- Deficiencias en higiene personal, doméstica y/o ambiental.
- Status social bajo
- Patrones culturales, mitos, tradiciones, etnopracticas, religión.
- Analfabetismo de los padres

Existen también factores propios del huésped que contribuyen al desarrollo de las enfermedades diarreicas como:

- Desnutrición.
- Inmunosupresión por infecciones virales.

Además se ha observado que las variaciones climáticas afectan el apareamiento de las diarreas:

- Diarreas virales se incrementan durante el invierno.
- Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

Factores Protectores

- Lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses
- Inmunizaciones.

Influencia de la Edad

La Enfermedad Diarreica es más intensa en los niños menores de cinco años, especialmente entre los seis meses y los dos años de edad, teniendo consecuencias graves en los menores de seis meses.

Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con enteropatógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear. Después de los dos años, la incidencia declina notoriamente porque los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteropatógenos.

Mortalidad por Diarrea

Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad. La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

Tipos Clínicos de Diarrea

- Diarrea simple
- Diarrea con disentería
- Diarrea persistente
- Cólera

Diarrea Simple

Corresponde al cuadro clínico de diarrea usual, generalmente autolimitada, con pocos días de evolución, sin ninguna de las características que la ubiquen en los demás tipos de diarrea y que se logra controlar con las medidas básicas que incluyen suero oral.

Diarrea con Disentería

Corresponde a aquellos casos que se acompañan de sangre en las heces. Lo cual está indicando que se trata de una diarrea invasora de origen bacteriano o amibiano. Las bacterias más frecuentemente responsable

Diarrea Persistente

La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga más de 14 días.

Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda.

“Del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente”⁵.
Ocurre en niños mal nutridos y por si misma es una importante causa de malnutrición.

2.1.3 FISIOPATOLOGÍA

En el intestino delgado, ocurre absorción del agua y electrolitos por las vellosidades del epitelio y, simultáneamente, secreción de éstos por las criptas. Normalmente la absorción es mayor que la secreción, por lo que el resultado neto

⁵ “Guía de atención de las EDAS” Documento disponible en
(www.metrosalud.gov.co/paginas/protocolarias/minsalud/guias/os-enfdiarreica_.htm-515k)

favorece ligeramente a la absorción, con lo que más del 90% de los fluidos que llegan al intestino delgado son absorbidos a lo largo del tracto gastrointestinal. Si se produce cualquier cambio en el flujo bidireccional, es decir, si disminuye la absorción o aumenta la secreción, el volumen que llega al intestino grueso pudiera superar la capacidad de absorción de éste, con lo que se produce diarrea. La diarrea acuosa puede producirse básicamente por dos mecanismos, que pueden sobreponerse en un mismo individuo. Éstos son:

- a) Secreción --> diarrea secretora
- b) Acción osmótica --> diarrea osmótica.

El cuadro suele ser mediado por uno o más de los siguientes mecanismos:

- Diarrea osmótica
- Diarrea secretora
- Diarrea exudativa
- Motilidad intestinal alterada
- Reducción de la superficie de absorción

Diarrea osmótica. Se origina por la presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal, como laxantes y alimentos mal digeridos que causan la salida de agua. Desaparece con el ayuno.

Diarrea secretora. Es secundaria a la secreción activa de iones que causa una pérdida considerable de agua. Dentro de este grupo se encuentran las diarreas producidas por virus (rotavirus), enterotoxinas bacterianas (cólera, E. coli), protozoos (giardia) trastornos asociados con el SIDA, tumores productores de péptido intestinal vasoactivo (VIP), tumores carcinoides (histamina y serotonina) y adenomas vellosos de colon distal. No desaparece con el ayuno.

Diarrea exudativa. Es producto de la inflamación, ulceración de la mucosa intestinal y alteración de la permeabilidad para agua, electrolitos y solutos pequeños

como la úrea. Puede tener algunos componentes de la diarrea secretora como consecuencia de la liberación de prostaglandinas por células inflamatorias. Es consecuencia de infecciones bacterianas (*Salmonella*), *Clostridium difficile* (frecuentemente inducidos por antibióticos) parásitos del colon (*Entamoeba histolytica*), enfermedad de Crohn, enterocolitis por radiación e isquemia intestinal, proctocolitis ulcerativa y enfermedad intestinal inflamatoria idiopática.

Diarrea motora. Aunque poco estudiada, se sabe con certeza que se producen alteraciones hiperperistálticas con disminución en el contacto entre el contenido luminal y la mucosa intestinal. A menudo la diarrea es intermitente y alterna con estreñimiento. Es causada por diabetes mellitus, hipertiroidismo y, también por el síndrome de intestino irritable.

Reducción de la superficie de absorción. Algunas operaciones (resección o derivación intestinal amplia) dejan una superficie de absorción inadecuada para líquidos y electrolitos. Es el denominado síndrome de intestino corto.

2.1.4 ETIOLOGÍA

Los agentes etiológicos más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente rotavirus) que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas en el mundo desarrollado, las bacterias ocupan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos, como la giardia, ocupan el 10 %. La distribución es afectada por los cambios climáticos y las estaciones del año, siendo más frecuente los rotavirus en el invierno.

La infección bacteriana más común en nuestro medio es la debida a la *Escherichia coli*. Aunque la mayor parte de las cepas de *E. coli* son inofensivas, algunas, como la enterotoxigénica, son las causantes del 70% de los casos de diarrea del viajero.

La shigellosis, conocida como disentería bacilar, es causa importante de diarrea. La presentación clínica incluye cólicos abdominales, fiebre y diarrea que con frecuencia es sanguinolenta. La Salmonella puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia.

La diarrea viral se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y cefaleas. Por lo general se autolimita en tres o cuatro días, aunque en ocasiones, produce cuadros severos con deshidratación, haciéndose obligatorio un manejo intrahospitalario.

Las infecciones parasitarias como la giardiasis, además de la diarrea, que nunca es sanguinolenta, producen dolor abdominal. La amebiasis es clínicamente indistinguible de las colitis bacterianas, por lo cual es indispensable el estudio de las heces frescas en busca de trofozoitos para asegurar el diagnóstico.

2.1.5 MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Evaluación del Paciente

Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuado.

La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación.

Evaluación del estado de hidratación

Se debe de evaluar el paciente según la estrategia AIEPI y luego clasificar (ver anexo 5).

La estrategia AIEPI menciona los signos de alarma siguiente:

- Letárgico o inconciente
- Ojos hundidos
- Signos del pliegue cutáneo.
- Contenido líquido o semilíquido de las heces
- El color de la orina del niño o niña es muy amarillo, con poca frecuencia y bajo volumen
- El niño o niña produce poca saliva (boca seca) y de consistencia pegajosa
- El niño o niña llora sin lagrimas

2.1.6 MANEJO DE LAS EDAS SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI

Un esquema útil para manejar al niño con diarrea parte de evaluar el grado de deshidratación y de la disponibilidad de la vía oral, según lo cual se selecciona uno de los planes de tratamiento siguientes:

Plan de tratamiento A: para prevenir la deshidratación en niños sin deshidratación clínica.

Plan de tratamiento B: para tratar la deshidratación mediante el uso de SRO en pacientes con deshidratación clínica sin shock

Plan de tratamiento C: para tratar con rapidez la deshidratación con shock o los casos de niños que no pueden beber.

La indicación de hospitalización en niños con diarrea aguda debe ser individualizada y acorde a la disponibilidad de los recursos locales. Como regla general, ningún paciente en el Plan A, algunos pacientes del Plan B, y todos los pacientes en el Plan C, son admitidos al hospital.

Bases del Tratamiento de la Diarrea Aguda:

- Prevenir la deshidratación si ésta no se ha evidenciado en forma clínica
- Corregir la deshidratación cuando ella está presente
- Mantener la provisión de líquidos durante el curso de la diarrea
- Mantener la alimentación durante la diarrea y la convalecencia
- Erradicar el agente causal sólo cuando esto es deseable, factible, útil y no constituye un riesgo para el paciente
- Evitar la iatrogenia

Tratamiento de pacientes con diarrea sin signos de deshidratación

Plan A

Para enseñar a la madre durante la consulta:

- 1· Continuar tratando en el hogar el episodio de diarrea de su hijo
- 2· Dar tratamiento precoz en el hogar en futuros episodios de diarrea

Explicar las tres reglas para tratar diarrea en el hogar:

- 1· **Dar al niño más líquidos que lo habitual para evitar deshidratación:**
Usar líquidos fisiológicamente formulados, (SRO, sopas, agua de arroz, yogurt sin aditivos), y alternar con agua pura. Usar SRO tal como se describe mas abajo. En niños que aún no reciben sólidos dar SRO u otros líquidos, pero no comidas propiamente tales (sopas, etc.) Dar tanto como lo que el niño acepte. Continuar dando estos líquidos hasta que termine la diarrea.
- 2· **Dar al niño alimentación normal para evitar desnutrición:** Continuar con lactancia materna. Si el niño no recibe lactancia materna, dar las fórmulas de

costumbre. Si el niño ya recibe sólidos, dar cereales (arroz, fideos, sémola, maicena, etc.) con carnes y verduras. Agregar aceite antes de servir. Dar plátano para proporcionar potasio.

3· Llevar al niño a control pronto si el niño no mejora en tres días, o si desarrolla: vómitos frecuentes, decaimiento marcado, sangre fecal, fiebre alta, exceso de deposiciones líquidas. Si al niño le dan SRO en casa, mostrar a la madre como se prepara y administra la ORS. Después de cada deposición alterada se le debe dar al niño adecuada cantidad de volúmenes. (ver anexo 6).

Forma de administrar SRO:

- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos en niños menores de 2 años
- Dar tragos frecuentes en niños mayores
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud.
Ej.: darle una cucharadita cada 2 a 3 minutos.

Tratamiento de pacientes con diarrea con deshidratación leve a moderada

Plan B

Para tratar deshidratación clínica mediante rehidratación oral se estiman volúmenes de acuerdo al peso en Kilos y la edad (ver anexo 6).

La OMS recomienda los siguientes consejos:

- Si el niño pide más SRO que lo señalado, dar más.
- Si la madre da pecho, que siga dándolo entre las administraciones de SRO.

- En niños menores de 4 meses que no reciben pecho, se puede alternar la SRO con agua pura: 100-200 cc. en 4 hrs.
- Mostrar a la madre como preparar y dar SRO.
- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos en niños menores de 2 años
- Dar tragos frecuentes en niños mayores
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud. Ej.: una cucharadita cada 2 a 3 minutos.

Si el niño desarrolla edema palpebral, suspender la administración de SRO y dar agua o leche materna. Pasar posteriormente al plan A.

Después de 4 horas, reevaluar al niño cuidadosamente de acuerdo a la tabla. Luego, seleccionar el plan apropiado.

Si no hay signos de deshidratación, pasar a Plan A.

Si todavía hay deshidratación, repetir Plan B pero empezar a ofrecer alimentación, tal como se detalla en plan A.

Si han aparecido signos de deshidratación grave, pasar a Plan C.

Dar a la madre SRO para que le sea administrada al paciente en la casa.

Dar a la madre instrucciones sobre como realimentar al paciente,(según el Plan A)

Tratamiento de pacientes con diarrea con deshidratación grave

Plan C

Para tratar deshidratación grave de inmediato en la Unidad de Salud mientras el paciente es trasladado a un Centro de Salud de mayor complejidad.

Si se puede comenzar con líquidos intravenosos (iv) de inmediato: Empezar con líquidos intravenosos. Dar 100ml/kg de solución Ringer-Lactato, o si no está disponible: dar solución de NaCl al 9 por mil (salino). Si el paciente puede beber, dar solución de rehidratación oral (SRO) mientras está pasando la infusión iv. Los líquidos intravenosos se dan de la siguiente manera: (ver anexo 7).

Evaluar nuevamente al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no ha mejorado, aumentar la velocidad de goteo.

Dar también SRO (alrededor de 5 ml/kg/hora) tan pronto como el paciente pueda beber: habitualmente después de 3 a 4 horas en menores de un año o después de 1 a 2 horas en pacientes mayores.

Después de 6 horas en menores de un año y después de 3 horas en pacientes mayores, evaluar nuevamente al paciente, usando la tabla de evaluación de hidratación. Luego, elegir el plan apropiado para continuar tratamiento (plan A, B, C).

Si no se puede comenzar con líquidos intravenosos (iv) de inmediato, pero se va a trasladar al paciente a otro sitio prontamente:

- Enviar al paciente de inmediato a donde le puedan poner una infusión iv.
- Dar a la madre SRO para que le sea administrada al paciente mientras dure el viaje, si el paciente puede beber.

Si el médico o la enfermera están entrenados para colocar una sonda nasogástrica (SNG) y no se puede trasladar al paciente prontamente:

Iniciar rehidratación por SNG usando SRO: dar 20 ml/kg/hora por 6 horas (total de 120 ml/kg).

Re-evaluar al paciente cada 1 ó 2 horas. Si hay vómitos repetidos o distensión abdominal creciente, dar la SRO más lentamente. Si la hidratación no ha mejorado después de 3 horas, enviar al paciente para terapia iv.

Repetir una vez más si el pulso radial no es detectable o todavía es muy débil.

Evaluar nuevamente al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no ha mejorado, aumentar la velocidad de goteo.

Dar también SRO (alrededor de 5 ml/kg/hora) tan pronto como el paciente pueda beber: habitualmente después de 3 a 4 horas en menores de un año o después de 1 a 2 horas en pacientes mayores.

Después de 6 horas en menores de un año y después de 3 horas en pacientes mayores, evaluar nuevamente al paciente, usando la tabla de evaluación de hidratación. Luego, elegir el plan apropiado para continuar tratamiento (plan A, B, C).

Cuando se identifican uno o más de los siguientes factores, el niño será mantenido en observación en el área de urgencias o consulta externa de la unidad de salud, para capacitar a la madre y observar la evolución del niño:

- Desnutrición grave
- Menor de dos meses de edad
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Muerte de un menor de 5 años en la familia
- Madre analfabeta
- Madre menor de 17 años
- Dificultad para el traslado al médico
- Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.

Se debe reconocer en el niño uno o más de los siguientes signos que indican la presencia de complicaciones.

- No puede beber o comer
- Vomita todo
- Tiene convulsiones
- Está letárgico o inconsciente
- Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales

En caso de identificarse uno o más de estos signos deberá enviarse al niño, lo mas rápidamente posible a un establecimiento de salud.

- Errores frecuentes en el tratamiento de las EDA
- Deficiente comunicación entre el personal de salud, y no capacitar a la madre para reconocer signos de alarma por EDA y cuando regresar. (ver anexo 8).
- No identificar los factores de mal pronóstico
- No utilizar la prescripción de terapia de hidratación oral (sólo se indica en 32 a 35% de los casos)
- Prescribir medicamentos injustificadamente (el 70 a 82% de los casos reciben antibióticos)
- Prescribir ayuno o dietas restrictivas (entre el 28 a 43% de los casos)
- Usar en forma injustificada y prolongada las venoclisis
- No trasladar al hospital los casos complicados.

Tratamiento de la disentería La presencia de sangre en las heces indica que se trata de una diarrea invasiva de origen bacteriano o amebiano, que sí amerita de un tratamiento específico con antibióticos o antiamebianos según el caso.

Se debe verificar si los niños con disentería tienen signos de deshidratación y se tratarán según lineamientos Plan A, B o C.

La mayoría de los pacientes con disentería, presentan una mejoría sustancial después de dos días del inicio del tratamiento con un antimicrobiano eficaz. Estos pacientes deben completar un tratamiento de cinco días y no requieren de un seguimiento especial. Los demás pacientes deben observarse de cerca, especialmente los pacientes que no presenten una mejoría notoria en dos días y los que están en alto riesgo de muerte por otras complicaciones.

Los niños de alto riesgo como los niños menores de un año, los desnutridos, los que no han recibido alimentación materna y los que han estado deshidratados, se controlarán permanentemente como pacientes ambulatorios o se internarán en el hospital. Los pacientes con desnutrición grave y disentería se hospitalizarán siempre. Los pacientes que no presenten mejoría después de los dos primeros días, se les ordenará un nuevo tratamiento.

Si persiste el compromiso en el estado general y aún hay sangre en las heces, después de 2 días de tratamiento, cambie a un segundo antibiótico recomendado para Shiguella por 5 días. Asegúrese de descartar amebiasis u otras posibilidades.

MEDICAMENTOS DE ELECCION PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

- Trimetoprin (10 mg/kg/día y Sulfametoxazol 50 mg/kg/día, divididos en 2 dosis diarias durante 5 días.
- Amoxicilina 50 mg/kg/día, divididos en 3 dosis diarias durante 5 días.

ANTIMICROBIANOS USADOS EN CASOS ESPECIFICOS DE DIARREA AGUDA

Shigella: Antibióticos de amplio espectro: Cloramfenicol, Cotrimoxazol, etc.

E.coli enterotoxigénica: Furazolidona, Gentamicina.

Amebiasis intestinal aguda: Metronidazol

Giardiasis: Metronidazol

Campylobacter jejuni: Eritromicina. (La diarrea asociada a esta bacteria es de curso autolimitado; el empleo de antibióticos sólo hace más precoz la erradicación del germen, sin modificar el curso clínico.)

MANEJO DEL PACIENTE CON DIARREA PERSISTENTE.

Al evaluar a los pacientes con diarrea persistente deberá seguirse la misma metodología escrita para los casos de diarrea aguda.

Reposición de líquidos y electrolitos: debe evaluarse el estado de hidratación del niño tal como se describe. El suero oral es adecuado para reemplazar las pérdidas de agua y electrolitos en la mayoría de niños con diarrea persistente; unos pocos pacientes pueden tener mala absorción de glucosa, y requieren de terapia intravenosa. Algunos pacientes desarrollan deshidratación y continúan con alta tasa de fecal después de la rehidratación; estos deben hospitalizarse y probablemente requieran tratamiento con soluciones intravenosas hasta que disminuya la pérdida fecal (ver soluciones intravenosas Plan C)

Terapia nutricional: La alimentación adecuada es el aspecto más importante del tratamiento en diarrea persistente. Muchos pueden tratarse como pacientes ambulatorios, algunos requieren hospitalización y deben recibir atención especializada. El aumento de peso es evidencia de un manejo dietético eficaz, aún antes de que cese la diarrea.

Uso de medicamentos: los pacientes con diarrea persistente y con sangre en las heces o un cultivo de heces positivo para *Shigella* deberán recibir un antibiótico adecuado para shigelosis. Si el coprocultivo de un caso de diarrea persistente revela otro patógeno, por ej., *E. coli* enteropatógena, deberá darse un antibiótico al que sea sensible ese agente. Si se observan quistes o trofozoitos de *Giardia lamblia*, o trofozoitos hematófagos de *E. histolítica* en las heces o en líquido intersticial aspirado, podría administrarse un antiprotozoario.

2.1.7 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) son causantes de un gran porcentaje de muerte en niños y niñas menores de cinco años, en países con altos niveles de pobreza.

Una de las causas principales de la mortalidad infantil por diarreas, es la falta de reconocimiento de signos de peligro y la búsqueda tardía de atención médica.

La aparición de la diarrea se debe, en gran parte, al grado de desarrollo socioeconómico de la población, específicamente en los aspectos básicos de infraestructura higiénico - sanitaria, como alcantarillados, servicios públicos de agua potable, recolección y tratamiento de la basura y prácticas higiénico - sanitarias inadecuadas. Considerando estos factores, se puede evidenciar claramente que la manera de evitar la diarrea es practicando conductas preventivas que garanticen la seguridad de las condiciones mencionadas.

De la misma manera y no menos significativo para combatir esta enfermedad, se deben identificar los signos y síntomas de peligro de la misma y buscar una atención rápida y oportuna en una unidad de salud.

Es sustancial saber también que el mejor tratamiento para aminorar la diarrea es el suero oral porque con éste se rehidrata a los niños y niñas ya que la diarrea los hace perder muchos líquidos y electrolitos. El suero oral ayudará no sólo a la rehidratación de los menores, sino también a mantenerlos alimentados mientras no quieran comer. Aunque siempre se debe tratar que coman de la misma manera que lo han hecho siempre, antes de tener diarrea.

En nuestro país el esfuerzo por el control de las enfermedades diarreicas se ha plasmado en la implementación de programas preventivos orientados a disminuir la morbilidad y mortalidad por diarreas a través de la estrategia AIEPI; la cual es aplicable para todos los niveles locales del país.

2.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

2.2.1 DEFINICIÓN.

“Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica”⁶ presentes a lo largo de todo el año y aumentando de manera muy importante durante los meses de invierno.

Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización.

Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las IRAS en altas y bajas, se acepta como IRA alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de la epiglotis hacia arriba. Sin embargo, se debe tener presente que muchas patologías respiratorias afectan tanto el tracto superior como el inferior en forma concomitante o secuencial.

⁶ R Bhernan Nelson Tratado de Pediatría 17° págs 1393.

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

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA.

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRAS de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable.

Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional.

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

Factores de riesgo.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRAS, algunos son modificables y otros no. Entre ellos tenemos, la edad del niño donde se observa que por debajo de los 5 años y sobre todo en el recién nacido y el lactante se presenta el mayor riesgo, el bajo peso al nacer favorece la mayor sensibilidad a la infección, debido entre otras causas al deterioro físico del niño y a los trastornos en la maduración del sistema inmune del bebé, asociado al bajo peso al nacer encontramos también como un factor de riesgo importante la desnutrición, la cual es la causa más común de

inmunodeficiencia, gran parte de la morbilidad y la mortalidad en individuos malnutridos se debe a las infecciones

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

2.2.3 IRAS ALTAS.

2.2.3.1 CATARRO COMÚN.

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

Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años. Esta frecuencia se mantiene relativamente alta a lo largo de la vida, aunque con cuadros más leves, con un promedio de 3 a 5 resfríos al año en el niño.

El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de

⁷ R. Bhernan Nelson Tratado de Pediatría 17° pag. 1389

inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de mononucleares y posteriormente de polimorfonucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

Cuadro Clínico

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

Mientras más pequeño el niño, más depende de su respiración nasal, por lo que esta obstrucción puede incluso producir síntomas de dificultad respiratoria.

Cuando se asocia fiebre, habitualmente se presenta al inicio del cuadro extendiéndose no más allá de 72 horas. Puede ocurrir aumento transitorio de las evacuaciones intestinales. En el examen físico sólo se objetiva congestión faríngea y presencia de coriza. Los síntomas comienzan a disminuir hacia el cuarto día, pudiendo aparecer otros signos respiratorios por extensión o por contiguidad, como disfonía o tos productiva. Los lactantes mayores y preescolares habitualmente presentan menos fiebre y menor compromiso del estado general.

A mayor edad, el cuadro comienza con sensación de sequedad e irritación nasal, seguido de estornudos y coriza. Otros síntomas como mialgias, cefalea, fiebre baja y tos pueden estar presentes. Esta fase aguda también dura, por lo general, 2 a 4 días. Dentro del diagnóstico diferencial se debe considerar, en los niños pequeños, la etapa inicial de una bronquiolitis o una laringitis. En los mayores de 4 años, los principales diagnósticos diferenciales corresponden a la rinitis alérgica y vasomotora.

Además se deben tener presente enfermedades como el coqueluche, sarampión, poliomielitis, fiebre tifoidea y otras que pueden presentar síntomas catarrales en su inicio. Finalmente, se debe recordar que los síntomas iniciales de cualquier patología respiratoria pueden sugerir un resfrío común por lo que es esencial considerar y supervisar la evolución del cuadro.

Complicaciones

Las complicaciones se producen por sobreinfección bacteriana o desencadenamiento de fenómenos alérgicos. La más frecuente es la otitis media aguda favorecida por una trompa de Eustaquio más corta y más ancha en el lactante lo que facilita la contaminación del oído medio. En el escolar, la complicación más frecuente es la sinusitis. El mal uso de los antibióticos suprime la flora bacteriana normal lo que permite la sobreinfección con agentes patógenos.

Considerando la evolución normal del resfrío común, se debe poner atención a la persistencia o reaparición de fiebre más allá del cuarto día, prolongación más allá de 7 días de la etapa purulenta de la rinorrea y falta de tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución, hechos que pueden indicar sobreinfección del cuadro.

El tratamiento es principalmente sintomático, con reposo relativo dependiendo de la edad, una adecuada hidratación y uso de antipiréticos en caso de fiebre. En los lactantes más pequeños es fundamental realizar un buen aseo nasal en forma frecuente con suero fisiológico.

Se le debe indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato, si no mejora hacer una consulta de control cinco días después.

El uso profiláctico de antibióticos está completamente contraindicado

2.2.3.2 FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.

“La faringoamigdalitis (FA) corresponde a una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas. Un tercio de las consultas pediátricas por infecciones respiratorias altas presentan como primer síntoma dolor de garganta.”⁸

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

Cuadro clínico

Dentro de las manifestaciones clínicas de la FA estreptocócica existen elementos que son muy constantes y que ayudan a sospechar el diagnóstico:

Inicio agudo de los síntomas, ausencia de síntomas catarrales, odinofagia intensa, dolor abdominal, ocasionalmente cefalea, presencia de exudado blanco, cremoso, no adherente y/o exantema con petequias en el paladar blando, adenopatías regionales. El diagnóstico se apoya en la anamnesis, examen físico y certificación etiológica. El único método certero de laboratorio continúa siendo el cultivo faríngeo.

Complicaciones

Las complicaciones de la FA por EBHA se pueden dividir en:

⁸ R. Bhernan Nelson Tratado de Pediatría 17° Pag. 1393

- Supuradas: linfadenitis cervical, absceso periamigdaliano, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda y sinusitis.
- No supuradas: enfermedad reumática, glomerulonefritis aguda.

Tratamiento

Debe estar orientado al alivio sintomático y erradicación del EBHA.

Sintomático: dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta, dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofen para la fiebre alta y/o el dolor.

Erradicación: dar una dosis de Penicilina Benzatinica. (Ver anexo 9).

2.2.3.3 SINUSITIS.

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

Etiología

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

Cuadro Clínico

Hay dos patrones básicos de presentación de las sinusitis agudas:

a) en forma de una "infección persistente" de las vías respiratorias altas,

b) como un "resfriado claramente más intenso" de lo habitual.

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

La otra forma de presentación, mucho menos frecuente, se caracteriza por fiebre moderada o alta y secreción nasal purulenta de más de 3 ó 4 días de duración. El estado general está algo afectado, hay cefalea frontal o retroorbitaria y en ocasiones, edema periorbital.

Examen clínico

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

El dolor facial no es específico ni sensible para el diagnóstico de sinusitis; sin embargo, el edema periorbitario en el contexto clínico descrito, aunque no demasiado frecuente, es muy sugestivo de sinusitis.

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

Tratamiento

De acuerdo con los patrones de susceptibilidad de los microorganismos causantes de las sinusitis agudas, el tratamiento de elección es la amoxicilina a dosis altas (70-90 mg/kg/día en 3 dosis), asociada o no a ácido clavulánico (6-8 mg/kg/día).

2.2.3.4 OTITIS MEDIA

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

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

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

Tratamiento

- Dar un antibiotico oral durante 10 dias. (Ver anexo 10)
- Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofen para la fiebre alta y/o el dolor.
- Secar el oido con mechas si hay supuracion. (Ver anexo 11).

- Hacer el control cinco días después.

2.2.3.5. CRUP.

“Es una inflamación alrededor de las cuerdas vocales, de origen desconocido, que con frecuencia se inicia por la noche con estridor inspiratorio y tos estridulosa.”⁹

El Crup viral es el más común. Otras posibles causas abarcan bacterias, alergias o irritantes inhalados. El Crup también puede ser desencadenado por el reflujo gástrico. Generalmente (75% de los casos) es causado por el virus de la parainfluenza, pero el virus sincitial respiratorio (VSR), el sarampión, el adenovirus y la influenza también pueden causar Crup.

Antes de la era de los antibióticos y de las inmunizaciones, el crup era una enfermedad temida y mortal, por lo general causada por la bacteria de difteria. Ahora, la mayoría de los casos de Crup son leves. No obstante, todavía puede ser una enfermedad peligrosa. los tres meses y los cinco años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad. Algunos niños son más propensos al Crup y lo pueden padecer varias veces.

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

Cuadro Clínico.

El Crup tiene una tos característica estridente que suena como el ladrido de una foca. En la mayoría de los niños se presenta con una leve gripe por varios días hasta

⁹ HOSPITAL NACIONAL DE MEXCO, Urgencias en Pediatría, 5ª Edición 2002 pag 921.

que una noche la tos perruna se hace evidente. A medida que la tos se hace más frecuente, el niño puede presentar dificultad respiratoria o estridor.

El Crup empeora de manera característica durante la noche y, por lo general, dura de 5 a 6 noches, pero la primera o las primeras dos noches son las peores. En muy pocas ocasiones puede durar varias semanas.

El diagnóstico de los niños con Crup usualmente se basa sobre la descripción de los síntomas por los padres y el examen físico. Algunas veces, el médico puede identificarlo sólo con escuchar la tos del niño por teléfono.

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

Tratamiento

El aire frío o húmedo puede brindar alivio.

El acetaminofén puede ayudar al niño a sentirse mejor y a bajarle la fiebre, disminuyendo así sus necesidades respiratorias.

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

La epinefrina racémica aerosolizada, al igual que la dexametasona se utilizan para ayudar a disminuir la inflamación de las vías respiratorias superiores. El oxígeno y

la humedad pueden suministrarse mediante una tienda de oxígeno colocada sobre la cama. La infección bacteriana requiere terapia con antibióticos.

2.2.4 IRAS BAJAS.

2.2.4.1 BRONQUITIS.

“Bronquitis aguda es un síndrome, en general de origen viral, que se caracteriza por tos como síntoma principal.”¹⁰

Síntomas

Los síntomas de cualquier tipo de bronquitis son, entre otros:

Tos que produce moco (esputo), dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve, sibilancias, fatiga, fiebre usualmente baja.

Incluso después de que la bronquitis aguda se haya resuelto, la persona puede experimentar una tos seca y molesta que se prolonga por varias semanas.

Al examen físico se encuentran estertores u otros sonidos respiratorios anormales.

Tratamiento

No se necesitan antibióticos para la bronquitis aguda causada por un virus y la infección se resuelve generalmente en forma espontánea en una semana.

Se pueden tomar las siguientes medidas para lograr algún alivio:

¹⁰ HOSPITAL NACIONAL DE MEXCO, Urgencias en Pediatría, 5ª Edición 2002 Págs 1414.

- Acetaminofén (si la persona presenta fiebre).
- Descansar
- Tomar mucho líquido
- Utilizar un humidificador o vapor en el baño

2.2.4.2 BRONQUIOLITIS.

Siguiendo los requisitos típicos, se trata de una enfermedad respiratoria de inicio agudo, con sibilancias de predominio espiratorio, con signos acompañantes de infección vírica como son coriza, otitis, fiebre; la edad del paciente debe ser inferior 24 meses (preferiblemente inferior a 12 meses); será el primer episodio. Además en la radiografía de tórax se detectan atrapamiento aéreo y atelectasias.

Etiología:

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

Tratamiento:

Existen varias posibilidades:

- 1) Etiológico con antivirales como la Ribavirina;
- 2) Tratamiento sintomático con broncodilatadores, adrenalina y corticoides.

2.2.4.3 NEUMONÍA.

Definición:

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

Clasificación según la Estrategia AIEPI (ver anexo 12)

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

Etiología:

Recién Nacidos:

Las neumonías son causadas por cocos gram (+), en especial *Streptococcus pneumoniae* grupo B y ocasionalmente *Staphylococcus aureus*, y bacilos entéricos gram (-).

- Lactantes de 1 mes hasta niños preescolares menores de 5 años:

El virus respiratorio sincicial es causante de la mayoría de los episodios en lactantes. El principal patógeno bacteriano a esta edad es el *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*. Es necesario considerar otros agentes menos frecuentes a esta edad como *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma pneumoniae* en preescolares. En menores de tres meses hay que considerar otros agentes menos frecuentes como citomegalovirus, *Ureoplasma ureolyticum*, *Chlamydia*, *Pneumocystis carinii*.

- Niños mayores de 5 años:

Streptococcus pneumoniae y *Mycoplasma pneumoniae* son las causas más comunes de neumonía en escolares, adolescentes y adultos jóvenes.

- Inmunocomprometidos:

Los organismos más frecuentemente involucrados en la etiología de la neumonía en estos pacientes son: bacterias gram (-), *Pneumocystis carinii*, citomegalovirus, hongos y en forma creciente, el bacilo de Koch.

Cuadro clínico.

Las manifestaciones clínicas de neumonía en pediatría son diversas, y varían según la edad del paciente, extensión de la enfermedad y el agente etiológico.

“Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen: tos, fiebre, quejido respiratorio, aleteo nasal, taquipnea, disnea, uso de musculatura accesoria y, en los menores de dos meses: apnea.”¹¹

Los síntomas inespecíficos son variados e incluyen irritabilidad, vómitos, distensión y dolor abdominal, diarrea, etc.

¹¹ HNNBB, Manual de terapeutica Pediatrica, 2003, págs 144.

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

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

Diagnóstico:

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

Tratamiento:

Neumonía Grave: referir urgentemente al Hospital, sino se puede referir inmediatamente dar la primera dosis de antibiótico en el servicio de salud. (ver anexo 6).

Neumonía: dar un antibiótico apropiado durante siete días, tratar las sibilancias si las tiene, mitigar la tos con un remedio casero inocuo, indicar a la madre cuando debe volver de inmediato, hacer un control dos días después.

2.3 Definición de Términos Básicos

Existen un vocabulario medico, el cual no es del dominio popular y puede dar error a la interpretación e incluso pueden resultar inentendible, por lo que se definen los siguientes términos para que ayuden a resolver cualquier duda sobre los temas que se han mencionado en el marco teórico y de esta forma tener una idea clara del contenido.

1. AIEPI.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, es una estrategia establecida para disminuir la morbimortalidad infantil.

2. Anaerobio.

Microorganismo que vive y crece en ausencia absoluta o casi absoluta de oxígeno molecular.

3. Asintomático

Ausencia de síntomas.

4. Apnea

Ausencia de la respiración.

5. Cefalea

Dolor de cabeza.

6. Cianosis

Coloración azulada de la piel y mucosas por concentración excesiva de hemoglobina reducida en sangre.

7. Coriza.

Estado catarral agudo de la mucosa nasal con secreción profusa de las fosas nasales.

8. Deshidratación

Perdida excesiva de agua de los tejidos corporales, que se acompaña de un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales, particularmente el sodio, potasio y cloro.

9. Disfonía

Dificultad para hablar.

10. EDAS.

Enfermedades Diarreicas Agudas.

11. Electrolitos

Elemento o sustancia que cuando se funde o se disuelve en agua u otro disolvente se disocia en iones y es capaz de conducir la corriente eléctrica.

12. Entero patógeno

Microorganismo productor de enfermedad a través del intestino.

13. Estridor

Sonido respiratorio anómalo de tono musical y alta frecuencia, producido por la existencia de una obstrucción en la traquea o la laringe.

14. Fontanela

Espacio cubierto por una membrana fuerte entre los huesos del cráneo del lactante (llamada comúnmente mollera).

15. Hipovolemia

Disminución del volumen del plasma del organismo.

16. Inmunización

Proceso por el cual se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.

17. Inmunodeficiencia

Deficiencia de la respuesta inmunitaria.

18. IRAS

Infecciones Respiratorias Agudas.

19. Letargia

Alteración del estado de conciencia que consiste en somnolencia.

20. Motilidad intestinal

Movimientos peristálticos espontáneos del intestino que facilitan la digestión, absorción de los alimentos.

21. Odinofagia

Sensación dolorosa al deglutir.

22. Oliguria

Disminución de la capacidad de formación y eliminación de la orina de forma que los productos finales del metabolismo no pueden ser excretados eficientemente.

23. Rinorrea

Eliminación abundante de mucosidad nasal fluida.

24.Sepsis

Presencia de bacterias patógenas en el torrente sanguíneo.

25. Signo de alarma.

Se refiere al indicador del agravamiento de la condición de salud.

26. Shock

Estado de colapso físico y postración, por pérdida masiva de sangre, alteración circulatoria y pérdida inadecuada de líquidos.

27. Tiraje.

Hundimiento de los tejidos blandos entre el cartílago y los huesos de las costillas, acontece en los esfuerzos inspiratorios.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

H_i: Los Padres o responsables del cuidado de los niños y las niñas de dos meses a cinco años que asisten a las Unidades de Salud en estudio, tienen un inadecuado conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

H₁: Los Factores Socioeconómicos de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.

H₂: Los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años toman acciones inadecuadas cuando sus hijos se enferman de IRAS y EDAS.

3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES.
<p>Hi:</p> <p>Los Padres o responsables del cuidado de los niños y las niñas de dos meses a cinco años que asisten a las Unidades de Salud en estudio tienen un inadecuado conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.</p>	<p>Variable. Los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas.</p> <p>Variable. Inadecuado conocimiento de los signos de alarma.</p>	<p>Padres o responsables del cuidado de los y las niñas son aquellos que por consanguinidad o afinidad tienen el deber de satisfacer las necesidades de estos y en este caso llevarlos al control infantil a la Unidad de salud.</p> <p>Cuando los padres o responsables no conocen o tienen un conocimiento erróneo de los signos de agravamiento de la condición de salud de los niños de dos meses a cinco años que presentan una IRA o EDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consanguinidad del responsable del cuidado de los y las niñas. • Edad. <p>Signos de alarma de las IRAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Respiración Rápida. *Tiraje subcostal. *Estridor en reposo. <p>Signos de alarma de las EDAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Letárgico o inconciente. *Ojos hundidos. *Signo del pliegue cutáneo. *Vómitos repetidos. *Sangre en las heces. *Bebe mal o no puede beber.

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES.
-----------	-----------	-------------------	--------------

ESPECÍFICAS			
<p>H₁: Los Factores Socioeconómicos, de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.</p>	<p>Variable. Factores Socioeconómicos.</p> <p>Variable. Conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.</p>	<p>Los Factores Socioeconómicos se refieren al conjunto de bienes de una estructura o régimen económico de un sistema u organización y su entorno social.</p> <p>Signos de alarma de las IRAS se refiere al indicador del agravamiento de la condición de salud de los y las niñas menores de cinco años que presentan una infección respiratoria.</p> <p>Signos de alarma de las EDAS se refiere al indicador del agravamiento de la condición de salud de los y las niñas menores de cinco años que presentan una enfermedad diarreica aguda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos Económicos. • Accesibilidad geográfica. • Educación. <p>Signos de alarma de las IRAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Respiración Rápida. *Tiraje subcostal. *Estridor en reposo. <p>Signos de alarma de las EDAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Letárgico o inconciente. *Ojos hundidos. *Signo del pliegue cutáneo. *Vómitos repetidos. *Sangre en las heces. *Bebe mal o no puede beber.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES.
-----------------------	-----------	-------------------	--------------

<p>H2: los Padres o Responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años toman acciones inadecuadas en casa cuando se enferman de IRAS y EDAS.</p>	<p>Variable. Los Padres o responsables del cuidado de los niños.</p>	<p>Padres o responsables del cuidado de los y las niñas son aquellos que por consanguinidad o afinidad tienen el deber de satisfacer las necesidades de estos y en este caso llevarlos al control infantil a la Unidad de salud.</p>	<p>Consanguinidad del responsable del cuidado de los y las niñas.</p> <p>Edad.</p>
	<p>Variable. Acción tomada cuando los y las niñas enferman de IRAS y EDAS.</p>	<p>Acciones se refiere a las medidas tomadas en casa por los Padres o responsables de los niños y niñas cuando se enferman de IRAS y EDAS.</p>	<p>Remedio casero. Antibióticos. Antitusivos, Expectorantes Broncodilatadores. Ungüentos. Antidiarreicos. Acetaminofén Sales de rehidratación oral.</p>

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y registros de la información, esta investigación se caracteriza por ser:

Prospectivo: Porque para el desarrollo de la investigación se tomaron en cuenta los padres o responsables del cuidado de las niñas y los niños de dos meses a cinco años que asistieron a las unidades de salud objeto de estudio en el periodo de agosto a octubre de 2005, es decir se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

Según el periodo y secuencia del estudio esta investigación se caracteriza por ser:

Transversal: Porque el estudio se llevó a cabo en un período de dos meses, estudiando las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo, sin ningún seguimiento posterior

Según el análisis y el alcance de los resultados se caracteriza por ser:

Descriptivo: Porque la investigación estuvo dirigida a determinar como estaba la problemática, sin profundizar en la explicación de los hechos o fenómenos; es decir que en este caso el estudio determinó si los padres conocen o no los signos de alarma sin ahondar en el porque de la situación. Sin embargo permitió caracterizar el problema y asociar variables que servirán como punto de partida para estudios analíticos.

4.2 UNIVERSO.

El universo se obtuvo tomando en cuenta el total de padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que consultaron por control infantil en los meses de agosto, septiembre, octubre de 2004, que prácticamente es la población esperada para esos meses en el año 2005 en las unidades de salud de Anamoros, Chirilagua y El Cuco

UNIDADES DE SALUD \ MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	TOTAL
ANAMOROS	38	42	26	106 = N1
CHIRILAGUA	30	22	44	96 = N2
EL CUCO	20	19	16	33 = N3
UNIVERSO				257 = N

Por lo que se estima un universo de 257 sujetos

4.3 MUESTRA.

Dado que el universo en estudio se trata de una población de padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que es finita se emplea la siguiente fórmula estadística para obtener la muestra de la investigación, y ésta se desarrolla de la siguiente forma:

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

Donde:

N = Universo

Z = Valor crítico para una confianza del 95%

E = Error muestral

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

n = muestra

Datos:

N = 257

Z = 1.96

E = 0.05

p = 0.5

q = 0.5

n = ?

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (257)}{(257 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (64.25)}{(256) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{246.8228}{(0.64) + (0.9604)}$$

$$n = \underline{246.8228}$$

1.6004

$$n = 154$$

n = 154 padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años

Para determinar el número de sujetos en estudio por unidad de salud, se calculó de la siguiente manera:

$$n1 = \frac{N1}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n1 = \frac{106}{257} (154) = 0.41245 (154) = 63$$

$$n1 = 63$$

$$n2 = \frac{N2}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n2 = \frac{96}{257} (154) = 0.37354 (154) = 57.5 = 58$$

$$n2 = 58$$

$$n3 = \frac{N3}{N} (n)$$

Sustituyendo:

$$n3 = \frac{55}{257} (154) = 0.21400 (154) = 32.9 = 33$$

$$n3 = 33$$

Con base a lo anterior, se tiene que se tomaron los sujetos de estudio de la siguiente forma:

UNIDAD DE SALUD	TAMAÑO DEL ESTRATO	SUBMUESTRA	PORCENTAJE
ANAMOROS	106	66	42%
CHIRILAGUA	96	58	37%
EL CUCO	55	33	21%

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que consulten por Control Infantil a las unidades objetos de estudio.
- Que pertenezcan al área geográfica de influencia.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional o conveniencia.

Muestreo no Probabilístico:

Se seleccionó la muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines de estudio.

Intencional o Conveniencia

Se decidió según los objetivos de la investigación los elementos que integraron la muestra.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Técnicas documentales:

Documental bibliográfica: A través de la cual se recopilaron los datos necesarios sobre los que se fundamenta el estudio, por medio de libros especializados y diccionarios.

Documental escrita: Porque se realizaron revisiones de los datos con respecto a la incidencia de las IRAS y las EDAS, asistencia a controles infantiles, en los archivos de las Unidades de Salud de Anamoros, Chirilagua y el Cuco.

Documental hemerográfica: Para la cual fue necesaria la revisión de sitios electrónicos y periódicos para determinar el comportamiento del fenómeno objeto de estudio.

Técnicas de campo.

La observación: Al momento de la entrevista dirigida a la madre o responsable del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años, se tomó en cuenta la actitud, aspecto, lenguaje no verbal.

La entrevista: se llevo acabo en el momento del control infantil en la cual se trató de establecer empatía con el entrevistado, para poder crear un ambiente de confianza y así lograr obtener información acertada (ver anexo 14).

4.6 INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos que se utilizaron se encuentran:

Fichas bibliográficas, fichas hemerográficas, fichas archivológicas, cámara fotográfica.

Cédula de entrevista. La que fue dirigida a los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años, que asistieron a las Unidades de Salud objeto de estudio la cual consta de 24 preguntas de las cuales 16 son cerradas y 68 abiertas. (Ver anexo 13).

4.7 PROCEDIMIENTO.

El estudio se realizó en un período de ocho meses, partiendo desde la planificación hasta la elaboración del informe final.

La investigación se llevó a cabo en dos momentos:

- a) La planificación.
- b) La ejecución

El primer momento es la Planificación.

Donde abarcó desde la selección del tema hasta el planteamiento del desarrollo de la investigación, acerca del conocimiento de los padres sobre signos de alarma de enfermedades diarreicas y respiratorias, en niños y niñas de dos meses a cinco años, para buscar ayuda medica en las unidades objeto de estudio.

El segundo momento es la Ejecución.

Éste se divide en dos grandes etapas:

- La recolección de los datos
- La tabulación de los resultados

La primera etapa corresponde a la recolección de los datos y ésta se llevó a cabo en tres diferentes Unidades de Salud que son las de Anamoros, Chirilagua y El Cuco

recabando la información de forma simultánea en los tres lugares, los meses de agosto y septiembre de 2004.

La entrevista se llevó a cabo en el momento del control infantil, se realizó la rutina que incluye medición de peso, talla, perímetro cefálico, historia clínica y examen físico completo (ver anexo 14), una vez establecida la empatía con el padre o responsable del niño(a), se les administró una Cédula de entrevista que incluyó preguntas abiertas y cerradas. (Ver anexo 13)

La cantidad de sujetos a entrevistar se determinó de acuerdo a la afluencia de pacientes que asistieron al control infantil en las Unidades de Salud en estudio y estos se seleccionaron de acuerdo al día de consulta es decir los primeros que consultaron por Control Infantil se tomaron como muestra sin selección previa.

Para determinar el conocimiento de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas menores de cinco años, los signos que se tomaron en cuenta como indicadores son:

Con relación a las IRAS

- Respiración rápida
- Tiraje subcostal
- Estridor en reposo

Con relación a las EDAS

- Vómitos repetidos
- Sed intensa
- Bebe mal o no puede beber
- Sangre en las heces
- Letárgico o inconsciente.

- Ojos hundidos
- Signo de pliegue cutáneo.

Es importante mencionar que a pesar de existir otros signos de alarma para estas enfermedades; el grupo investigador tomó en cuenta únicamente los establecidos por la estrategia AIEPI ya que es con la que trabaja el Ministerio de Salud actualmente.

La proporción de madres con conocimiento de los signos de alarma estará dada por la relación entre el número de padres o responsables del cuidado de los y las niñas menores de cinco años que conocen los signos de alarma (al menos uno para las IRAS y al menos dos para las EDAS) para buscar ayuda médica y el total de padres o responsables encuestados.

La segunda etapa se refiere a la tabulación de los resultados, una vez recolectada toda la información se procesaron los resultados para el análisis y la interpretación de éstos, y según lo anterior se realizaron las conclusiones, recomendaciones y complementación del informe final.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En éste capítulo se presenta en forma detallada las cuatro partes de las que consta el proceso que se llevó a cabo con los resultados de la cédula de entrevista que se administró a las madres o responsables que asistieron con los y las niñas de dos meses a cinco años en las Unidades de Salud de Anamoros, Chirilagua, El Cuco, en el período de agosto a octubre de 2005.

Primeramente se recopilaron los resultados por Unidad de Salud, revisando cada una de las preguntas de la cédula de entrevista, luego se obtuvo un total global de las tres Unidades de Salud, y de éstos resultados se obtuvieron los porcentajes respectivos, expresándose cada uno en sus debidos cuadros de frecuencia.

La segunda parte consiste en el análisis de los resultados, donde se desglosaron las partes de un todo, detallándose todos los datos de los cuadros de frecuencia presentados, es decir lo cuantitativo.

Posteriormente se procedió a la interpretación de los resultados, que es la tercera parte de éste capítulo y es la esencia de la información, lo que se desea transmitir y reflejar con los resultados, lo cualitativo.

Y finalmente la representación gráfica de los cuadros de frecuencia, donde se utilizaron gráficos de sectores y de barra, para una mayor asimilación de la información.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CUADRO N° 1.
PERSONAS RESPONSABLES DEL NIÑO (A) AL MOMENTO DEL
CONTROL INFANTIL

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	140	91
Padre	6	4
Abuela	6	4
Tía	2	1
TOTAL	154	100

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

Análisis:

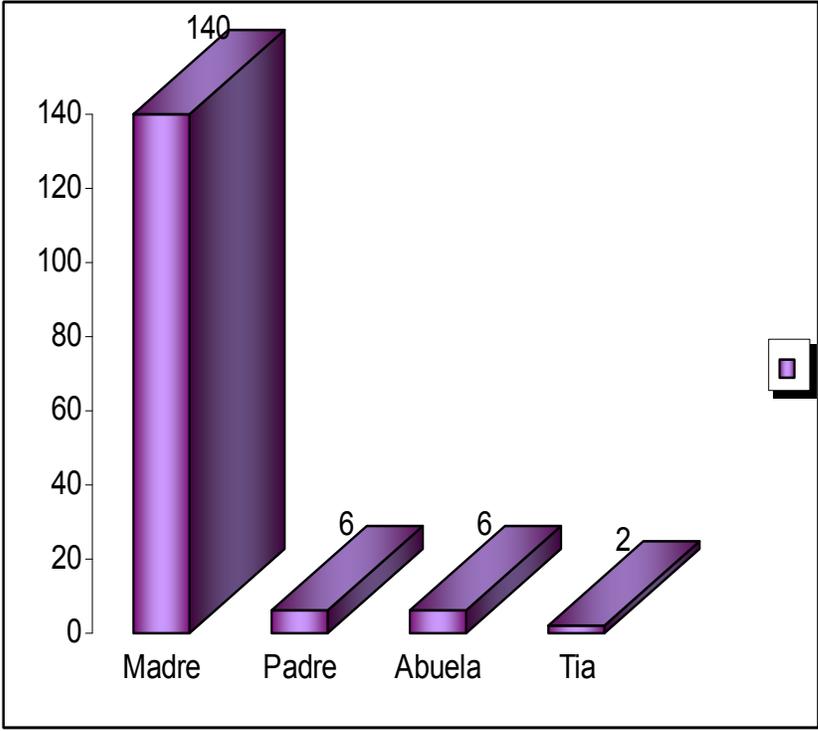
Según los resultados, se puede apreciar que de los 154 sujetos encuestados, las personas responsables del niño(a) al momento del control infantil fueron, 140 madres de familia (91%), 6 padres (4%), también en igual cantidad 6 eran abuelas con un 4% y en menor proporción 2 tías (1%).

Interpretación:

La mayor parte de los niños que asisten a su control infantil fueron llevados por sus madres, esto obedece a que generalmente en nuestro medio son ellas las encargadas de cuidar a sus hijos, ya que pasan más tiempo en casa y se dedican a oficios domésticos; sin embargo aquellos que fueron llevados por sus padres son niños abandonados por sus madres o están en el exterior, además los que llegaron con sus abuelas o tías se debe a que los padres trabajan fuera de casa, viven fuera del país o son producto de la desintegración familiar.

GRÁFICO N° 1.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL NIÑO (A) AL MOMENTO DEL CONTROL INFANTIL



Fuente Cuadro N° 1.

CUADRO N° 2

**EDAD DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS
NIÑOS(AS) QUE ASISTIERON A LA UNIDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 – 15 años	4	3
16- 20 años	35	23
21-25 años	49	32
26-30 años	28	18
31-35 años	22	14
36-40 años	8	5
≥ 41 años	8	5
TOTAL	154	100

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

Análisis:

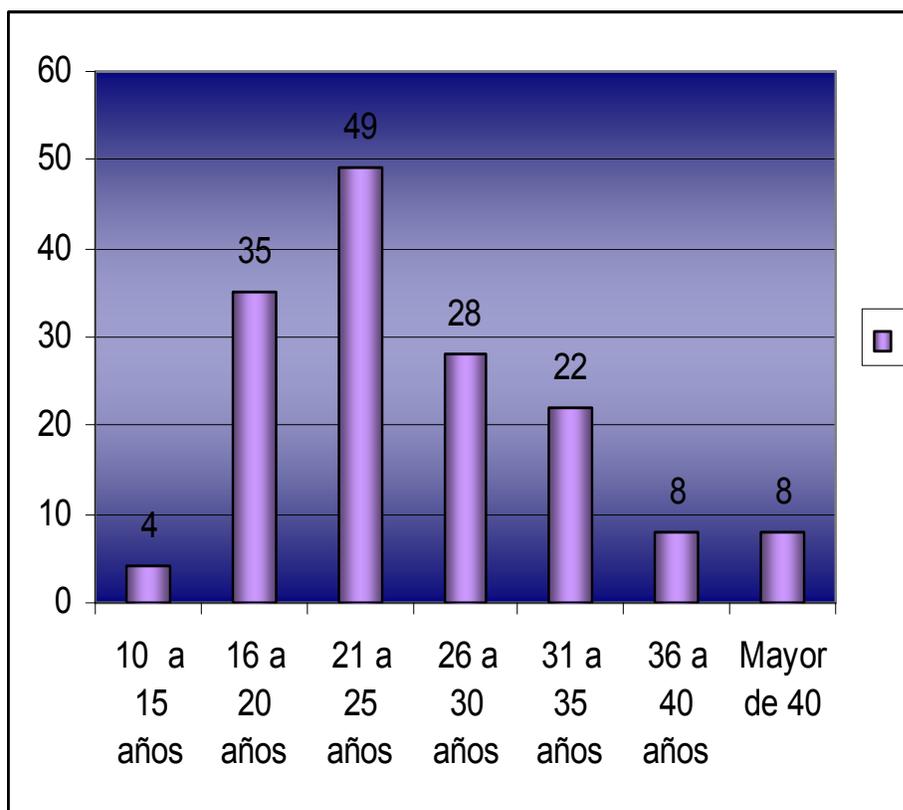
De las madres o responsables del cuidado de los niños(as) que asistieron a la unidad de salud se obtuvo que; 49 (32%) tienen entre 21 a 25 años, 35 tienen entre 16 a 20 años, lo que constituye un 23%, 28 (18%) tienen entre 26 a 30 años, 22 (14%) se encuentran entre 31 a 35 años, 8 (5%) tienen entre 36 a 40 años, en igual frecuencia se tienen 8 personas mayores de 41 años y 4 (3%) tienen entre 10 a 15 años.

Interpretación:

A partir de lo anterior se puede decir que la mayor parte de mujeres o responsables tienen edades entre 16 a 25 años representando un 55% del total de la población, lo cual confirma los datos obtenidos de la encuesta FESAL 2002/03 en la que se menciona que la mayoría de madres en nuestro país son adolescentes y jóvenes.

GRÁFICO N° 2

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA EDAD DE LOS PADRES O
RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS(AS) QUE ASISTIERON A
LA UNIDAD**



Fuente Cuadro N° 2.

CUADRO N° 3

**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS NIÑOS(AS)
QUE ASISTIERON A LA UNIDAD DE SALUD**

Grado escolar	Total	Porcentaje
Ninguno	49	32 %
1° a 3°	33	21 %
4° a 6°	49	32 %
7° a 9°	15	10 %
Bachillerato	7	4 %
Superior no universitario	1	1 %
Superior universitario	0	0
Total	154	100 %

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

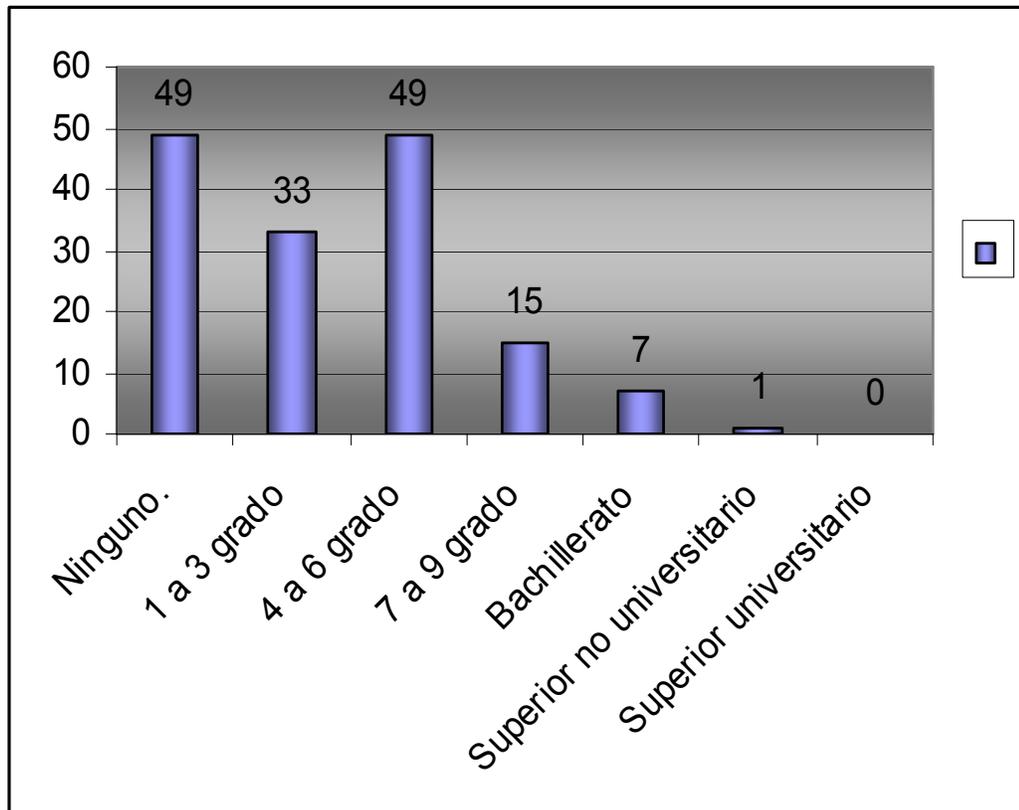
Análisis:

Según los resultados se puede apreciar que 49 (32%) de los entrevistados no obtuvieron ningún grado académico, 49 aprobaron entre 4° a 6°, solo 33 (21%), de los entrevistados aprobaron de 1° a 3°, 15 (10%), cursaron 7° a 9°, 7 (4%) cursaron el bachillerato, solo 1 aprobó un estudio superior no universitario y ninguno aprobó un estudio superior universitario.

Interpretación:

La mayor parte de las madres o responsables tienen un grado académico bajo, el 32% se encuentra entre 4° a 6°, y analfabetismo, lo cual es importante ya que esta deficiencia puede ocasionar cierta dificultad para el aprendizaje e interpretación cuando el personal de salud les brinda información sobre lo que deben hacer si sus hijos se enferman.

GRÁFICO N° 3
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES O
RESPONSABLES DE LOS NIÑOS(AS) QUE ASISTIERON A LA UNIDAD DE
SALUD



Fuente Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

TIEMPO QUE SE TARDAN LOS PACIENTES EN TRALADARSE DESDE SU VIVIENDA A LA UNIDAD DE SALUD

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
5 min. – 15 min.	29	19
16 min. – 30 min.	52	34
31 min. – 45 min.	32	21
45 min. – 1 h.	23	15
1h – 1h 30 min.	7	4
≥1h – 1h 31 min.	11	7
TOTAL	154	100

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

Análisis:

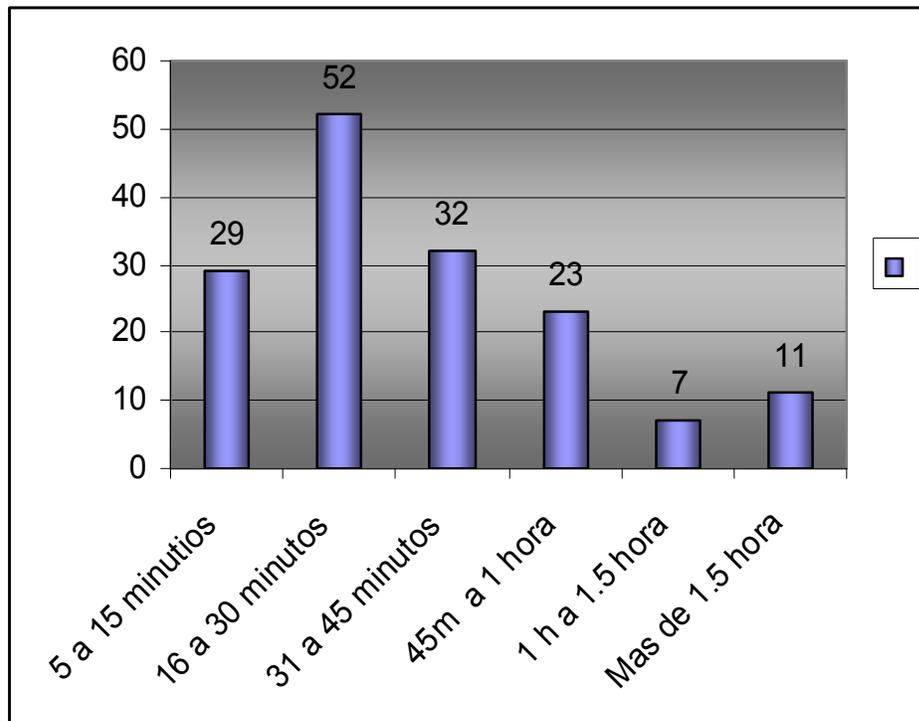
Las viviendas de los entrevistados se encuentran ubicadas en 52 (34%) de los casos entre 16 a 30 min. de la unidad de salud, 32 (21%) de los entrevistados viven a 31-45 min. de la unidad de salud, 29 (19%) viven a 5-15 min. de la unidad de salud, 23 (15%) viven a 45 min. – 1 h. de la unidad de salud, siendo el 11 (7%) entrevistados viven a ≥1h – 1h 31 min. de la unidad de salud, 7 viven a 1h – 1h 30 min. de la unidad de salud que corresponde al 4%.

Interpretación:

El 34% de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas tardan entre 16 y 30 min. para llegar a la unidad de salud, en frecuencia le siguen los que tardan ente 31-45 min. es importante resaltar que un 11 % se tarda mas de una hora para trasladarse al centro de salud mas cercano, lo cual es un factor que influye en el tiempo que se tardan en consultar ya que muchos de ellos no cuentan con transporte o no tiene dinero para pagar el pasaje.

GRÁFICO N° 4

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE EL TIEMPO QUE SE TARDAN LOS
PACIENTES EN TRALADARSE DESDE SU VIVIENDA A LA UNIDAD DE
SALUD**



Fuente Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

MADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS QUE TRABAJAN FUERA DE CASA

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Trabajan	13	8
No Trabajan	141	92
TOTAL	154	100

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

CUADRO N° 6
PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS(AS) CUANDO SUS PADRES TRABAJAN

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Abuela	9	69
Tía	3	23
Hermano	1	8
TOTAL	13*	100

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

* El total de los datos es inferior ya que solo se tomaron los sujetos que trabajaban.

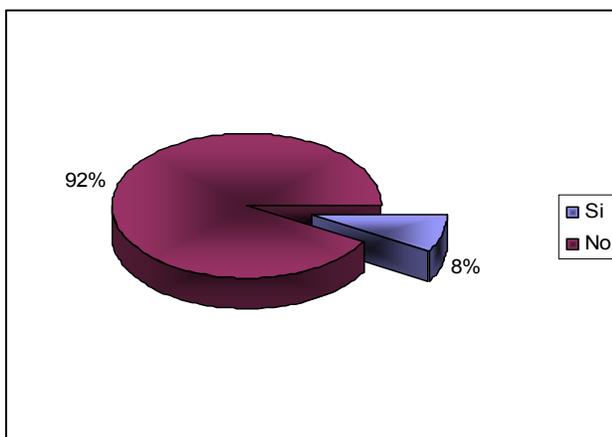
Análisis:

Según los datos que se presentan en el cuadro N° 5 se puede apreciar que 141 (92%) madres o responsables no trabajan fuera de casa y solo 13 trabajan fuera de casa que corresponde al 8%; por lo que este grupo tiene que dejar sus hijos con otras personas mientras trabajan, lo que refleja el cuadro N° 6 siendo las abuelas las que representan una mayor porcentaje con un 69%, 3 (23%) los dejan con tías y solo 1 (8%) mencionó hermano.

Interpretación:

La mayoría de madres no trabajan fuera de casa debido principalmente a las pocas oportunidades de empleo que se les presentan por su bajo nivel educativo, por no contar con una persona para el cuidado de sus hijos, también porque sus esposos no les permiten hacerlo o simplemente por poca iniciativa limitándose a los oficios domésticos. El porcentaje de madres que trabajan es muy bajo representando un 8% del total de la población y estas lo hacen porque son madres solteras que no reciben ayuda económica para el sostenimiento de la familia; dichas mujeres tienen que dejar a sus hijos con otras personas, evidenciándose que la mayoría los deja bajo el cuidado de la abuela ,por la cercanía familiar, en menor numero con tías y hermanos lo que en muchas ocasiones no brindan un cuidado apropiado para los niños, descuidándose de su control infantil, automedicándolos y no llevándolos a consultar a tiempo cuando se enferman.

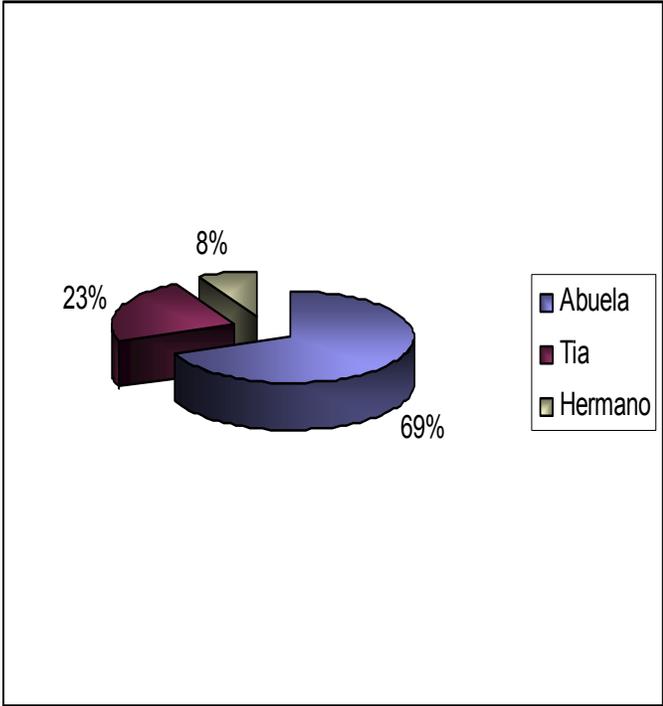
GRÁFICO N° 5
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE MADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS QUE TRABAJAN FUERA DE CASA



Fuente Cuadro N° 5

GRÁFICO N° 6

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS(AS) CUANDO SUS PADRES TRABAJAN



Fuente Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

ESTIMADO DEL INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS FAMILIAS

Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
Menor de \$100	67	43
\$101 a \$150	38	24
\$151 a \$200	35	23
\$201 a \$250	4	3
\$251 a \$300	3	2
Mas de \$300	7	5
TOTAL	154	100

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

Análisis:

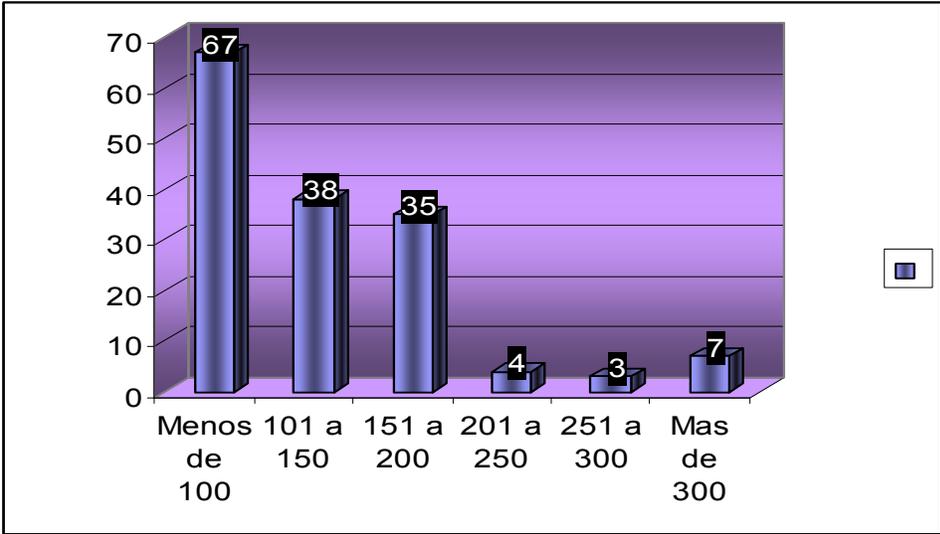
Se indago sobre la cantidad de dinero aproximada con la que cada familia de los sujetos en estudio cuentan mensualmente y se obtuvo que; 67 (43%) hogares cuentan con un ingreso mensual menor de \$100 , 58 (24%) reciben un promedio de 101 a 150 dólares mensuales, 35 (23%) familias tienen un ingreso de \$151 a \$200 , 7 (5%) hogares reciben mensualmente mas de \$300, 4 familias reciben entre \$201 a \$250 mensuales , lo que representa el 3%, y solo 3 (2%) hogares reciben mensualmente entre \$251 a \$300.

Interpretación:

La mayoría de las familias recibe un ingreso menor de \$100 mensuales, lo cual es menos de lo que se requiere para cubrir la canasta básica rural que es de \$100.33. Otro porcentaje que se encuentra con mucha frecuencia son aquellos hogares que tienen un ingreso mensual entre \$101 a \$150, cantidades que a pesar de cubrir la canasta básica no generan ni siquiera el salario mínimo que es de \$154.97 mensuales; con este salario no se puede cubrir la canasta básica ampliada, la cual incluye inversión en salud y

educación, lo que dificulta el desarrollo humano y los hace vulnerables a las enfermedades.

GRÁFICO N° 7
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE EL ESTIMADO DEL INGRESO
ECONÓMICO MENSUAL DE LAS FAMILIAS



Fuente Cuadro N° 7

CUADRO N° 8
NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA.

N° de hijos por familia	Frecuencia	Porcentaje
1	52	34
2	44	29
3	25	16
4	16	10
5 o más	17	11
TOTAL	154	100

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

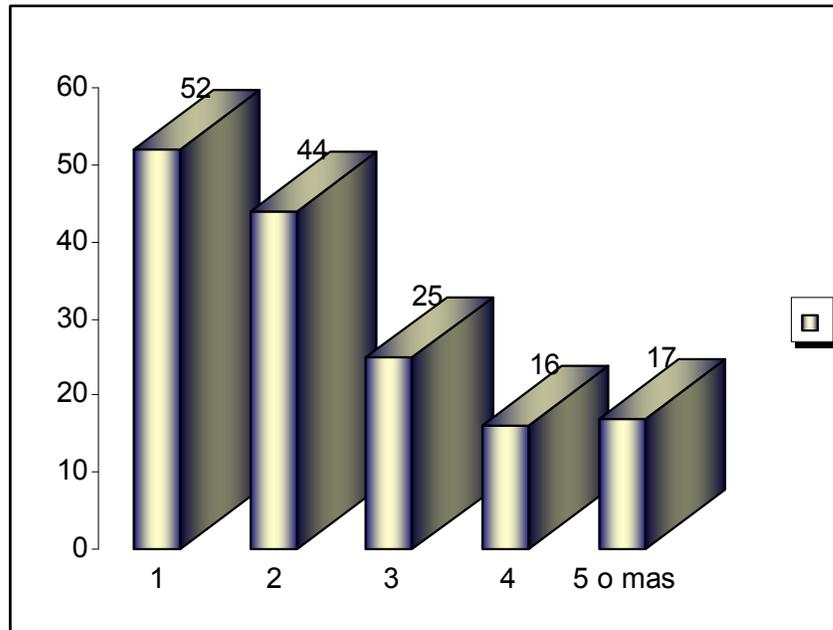
Análisis:

De las 154 madres de familia que asistieron a las unidades objeto de estudio, 52 (34%) de ellas solo tienen 1 hijo, 44 (29%) tienen 2 hijos, 25 (16%) tienen 3 hijos, 17 tienen un promedio de 5 o más hijos, que constituye un 11%, 16 (10%) tienen 4 hijos.

Interpretación:

En base a lo anterior se tiene que el 63% de las madres tiene uno o dos hijos debido a que las mujeres encuestadas fueron en su mayoría adultas jóvenes y adolescentes.

GRÁFICO N° 8
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA.



Fuente Cuadro N° 8

CUADRO N° 9
PADRES O RESPONSABLES QUE LLEVAN A LOS NIÑOS(AS) AL CONTROL
INFANTIL EN FORMA REGULAR

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Asisten de forma regular	104	68
No asisten	50	32
TOTAL	154	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

CUADRO N° 10
RAZONES POR LAS QUE NO LLEVAN A LOS NIÑOS(AS) A CONTROL
INFANTIL

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
No me queda tiempo	15	30
Se me perdió la tarjeta	12	24
No tengo dinero	8	16
Por la distancia	7	14
Cambio de domicilio	3	6
No quería traerlo	5	10
TOTAL	50	100

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

Análisis:

El cuadro N° 9 refleja que 104 (68%) padres llevan a sus hijos a control infantil en forma regular, 50 (32%) padres respondieron que no llevan a sus hijos a control.

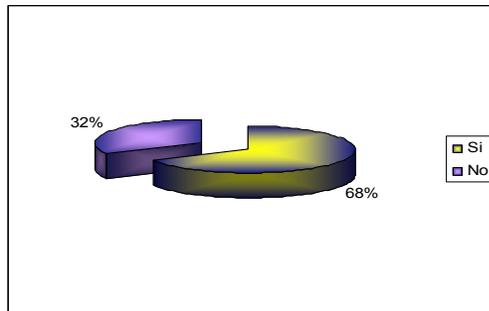
Las razones por las que no llevan a sus hijos a control infantil se mencionan en el cuadro N° 10, de donde se obtuvo que 15 (30%) padres respondieron “no me queda

tiempo”,12 (24%) sujetos contestaron “se me perdió la tarjeta”, 8 (16%) mencionaron “no tengo dinero”, 7 (14%) dijeron “por la distancia”, 5 respondieron “no quería traerlo”, que representa el 10% y (36%) contestaron por cambio de domicilio.

Interpretación:

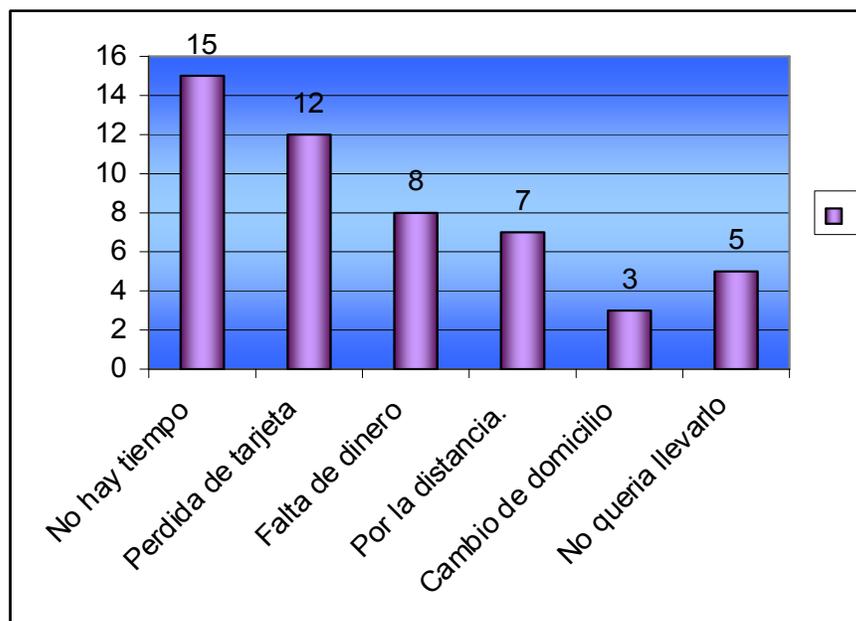
Se obtuvo que un 68% de los padres o responsables llevan regularmente a sus hijos al control infantil sin embargo un buen porcentaje no asiste en algunas ocasiones, esto debido a las razones siguientes “no me queda tiempo”, “se me perdió la tarjeta”, “no tengo dinero”, “por la distancia”. Esto es relevante ya que al no llevarlos a su control, se retrasan con su esquema de vacunación, no reciben vitaminas necesarias para su crecimiento, desarrollo o aumentar su inmunidad, no se detectan problemas de desnutrición en forma temprana y se pierde la oportunidad de informarse respecto al cuidado de su niño(a), la alimentación, los signos de alarma de las enfermedades más frecuentes en la infancia como las IRAS y EDAS y la explicación de las acciones que podrían tomar en casa cuando sus niños se enferman que no sean nocivas a su salud y cuando buscar ayuda inmediata.

GRÁFICO N° 9
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PADRES O RESPONSABLES QUE
LLEVAN A LOS NIÑOS(AS) AL CONTROL INFANTIL EN FORMA
REGULAR



Fuente cuadro N° 9

GRÁFICO N° 10
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RAZONES POR LAS QUE NO LLEVAN A
LOS NIÑOS(AS) A CONTROL INFANTIL



Fuente cuadro N° 10

CUADRO N° 11
RESPONSABLE QUE TOMA LA DECISIÓN DE CONSULTAR CUANDO SU
NIÑO(A) SE ENFERMA DE UNA IRA O EDA

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre	13	9
Madre	108	70
Abuela	16	10
Tía	1	1
Padre y Madre	16	10
TOTAL	154	100

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

Análisis:

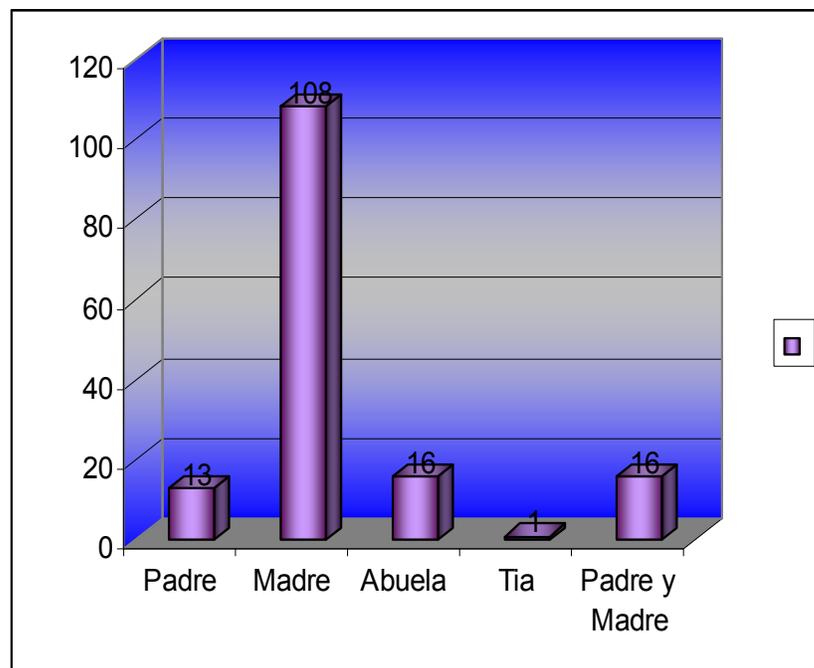
De los 154 entrevistados, 108 (70%) respondieron que son las madres las que deciden llevar a consultar a sus hijos cuando se enferman de una IRA o EDA, 16 respondieron que es la abuela quien toma la decisión, que equivale al 10%; en igual cantidad, 16 contestaron que el padre y la madre toman la decisión y 1 (1%) menciona que la tía toma la decisión.

Interpretación:

El 70% de los sujetos encuestados contestaron que es la madre quien toma la decisión de consultar cuando sus hijos se enferman de una IRA o EDA, esto se debe a que generalmente durante el día el padre está fuera de casa trabajando y es ella la que tiene que decidir que hacer con el niño en caso de enfermedad. En menor frecuencia se encuentran los que respondieron que es el padre y la madre quien toma la decisión, al igual que la abuela, en este caso toma ella la decisión porque ella es la encargada de su cuidado o porque viven en la misma vivienda que los padres.

GRÁFICO N° 11

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL RESPONSABLE QUE TOMA LA DECISIÓN DE CONSULTAR CUANDO SU NIÑO(A) SE ENFERMA DE UNA IRA O EDA



Fuente cuadro N° 11

CUADRO N° 12

**TIEMPO QUE SE TARDAN LOS PADRES O RESPONSABLES EN
CONSULTAR CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA IRA.**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 día	38	25
2 días	52	34
3 días	50	32
4 días	5	3
5 o más días	9	6
TOTAL	154	100

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

Análisis:

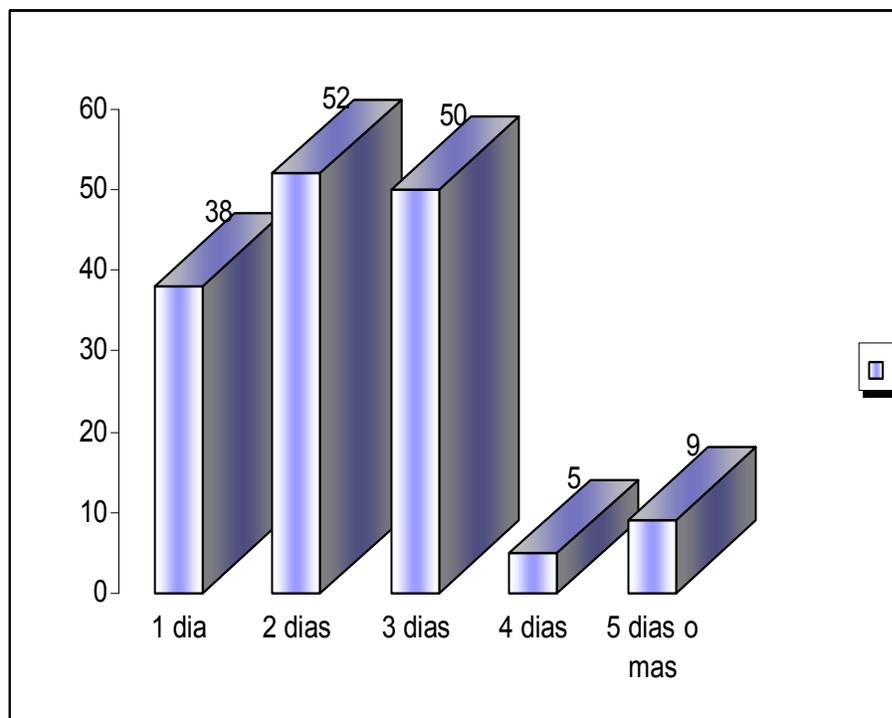
De acuerdo a la información obtenida con respecto al tiempo que se tardan en consultar los padres cuando sus hijos se enferman de una IRA, 52 (34%) padres o responsables contestaron que 2 días, 50 (32%) respondieron que 3 días, 38 (25%) dijeron que 1 día, 9 (6%) mencionaron que 5 o más días y 5 contestaron que 4 días, que representa el 3%.

Interpretación:

La mayoría de padres se tarda entre 2 y 3 días para consultar cuando sus hijos se enferman de una IRA representando un 66% entre ambas, en menor cantidad opinan que es 1 día con un 25% y con menor frecuencia contestaron entre 4, 5 o más días; lo que pone de manifiesto que la mayoría de padres llevan a consultar a sus hijos en un tiempo prudencial, ya que una minoría es la que se tarda en consultar. Sin embargo no deja de ser relevante, porque esta demora es un agravante a la condición de salud del niño que puede influir de manera directa con el número de ingresos hospitalarios y aumentar la mortalidad infantil.

GRÁFICO N° 12

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE EL TIEMPO QUE SE TARDAN LOS PADRES O RESPONSABLES EN CONSULTAR CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA IRA.



Fuente Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

TIEMPO QUE SE TARDAN LOS PADRES O RESPONSABLES EN CONSULTAR CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA EDA.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente	16	10
1 día	50	32
2 días	41	27
3 días	38	25
4 días	6	4
5 o más días	3	2
TOTAL	154	100

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

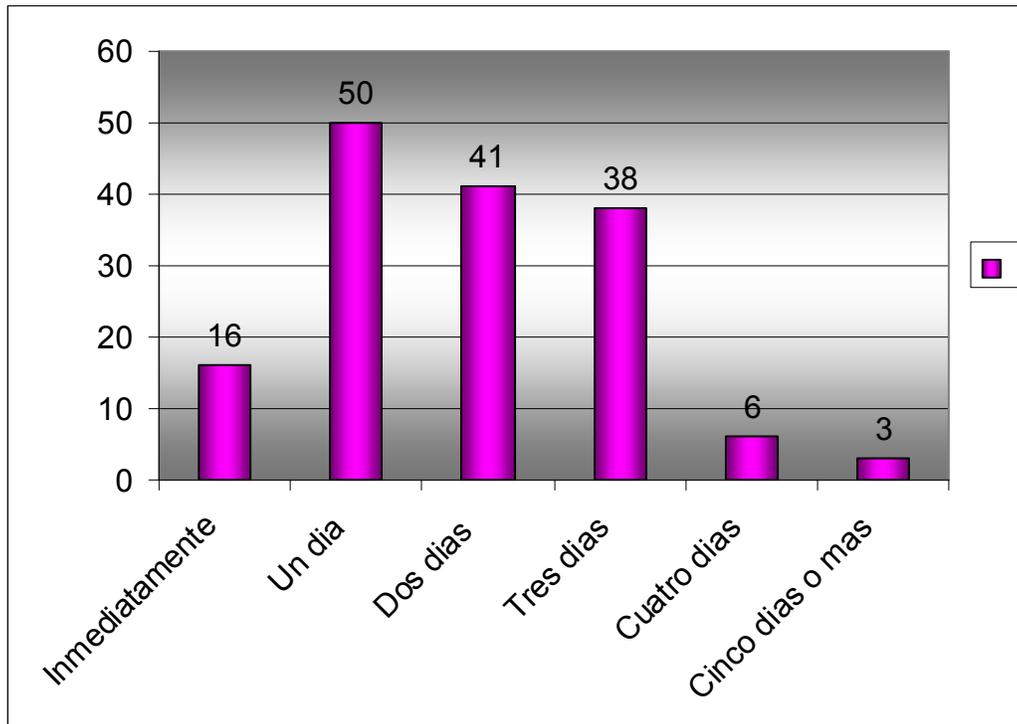
Análisis:

Según los datos que se presentan en este cuadro se puede apreciar que con respecto al tiempo que se tardan en consultar los padres cuando los niños se enferman de una EDA , 50 (32%) padres contestaron que 1 día, 41 (27%) padres respondieron que 2 días, 38 (25%) dijeron que 3 días, 16 mencionaron que inmediatamente, siendo el 10% , 6 (4%) contestaron que 4 días y 3 respondieron que 5 o mas días, lo que representa el 2% , del total de la población.

Interpretación:

El tiempo que se tardan los padres en llevar a consultar a sus hijos cuando se enferman de una EDA es de 1 a 3 días, otro porcentaje consulta inmediatamente; pero el 6% de la población encuestada refiere tardarse de 4 a 5 días o mas, lo cual retrasa el tratamiento adecuado en el momento oportuno; propiciando que el niño presente deshidratación o un estado de déficit nutricional que ponga en peligro su vida y a largo plazo la desnutrición los hace susceptibles a muchas enfermedades y ocasiona bajo desarrollo psicomotor y bajo rendimiento escolar .

GRÁFICO N° 13
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE TIEMPO PARA CONSULTAR CUANDO
LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA EDA.



Fuente Cuadro N° 13

CUADRO N° 14
LUGARES DONDE ACUDEN LOS PADRES O RESPONSABLES CUANDO
LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA IRA O EDA.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de Salud	122	79
Farmacia	10	6
Medico Privado	13	9
Promotor de Salud	2	1
Hospital	4	3
Curandero	3	2
TOTAL	154	100

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

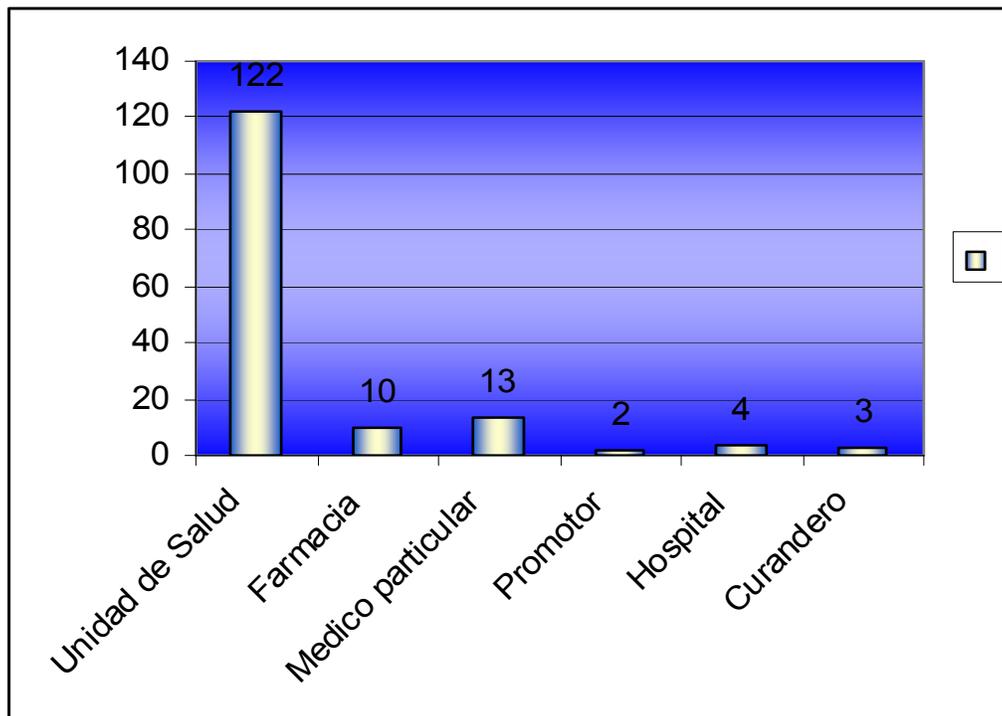
Análisis:

Cuando se les preguntó a los padres sobre donde llevan a consultar a sus hijos cuando se enferman de una IRA o EDA ,122 (79%) respondieron que los llevan a la Unidad de Salud, 13 (9%) contestaron que los llevan a médico particular, 10 dijeron que acuden a la farmacia, siendo el 6%, 4 (3%) mencionaron que los llevan al hospital, 3 respondieron que los llevan al curandero, que equivale al 2%, y 2 (1%) contestaron que los llevan al promotor de salud.

Interpretación:

La mayoría de padres refiere que lleva a sus hijos a la Unidad de Salud cuando se enferman de una IRA o EDA, en menor frecuencia prefieren consultar con el medico particular, otros deciden llevarlo a la farmacia, al hospital y la minoría al curandero y al promotor de salud. A pesar que la mayoría de padres llevan a sus hijos a la unidad de salud, es importante mencionar que el 8 % llevan a sus hijos a lugares donde podrían tomar acciones nocivas para la salud del niño empeorando la enfermedad y retrasando la consulta oportuna a un centro de salud.

GRÁFICO N° 14
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS LUGARES DONDE ACUDEN LOS PADRES O RESPONSABLES CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA IRA O EDA.



Fuente Cuadro N° 14

CUADRO N° 15
MEDIDAS QUE TOMAN EN CASA LOS PADRES CUANDO SUS HIJOS SE
ENFERMAN DE UNA EDA

Medidas	Frecuencia	Porcentaje
Antidiarreicos	54	30
Medicina casera	12	7
Suero Oral	82	46
Antibióticos	9	5
Acetaminofen	2	1
No hace nada	21	12
TOTAL	178*	100

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

* El total de los datos sobrepasa ya que los padres mencionaron más de una medida.

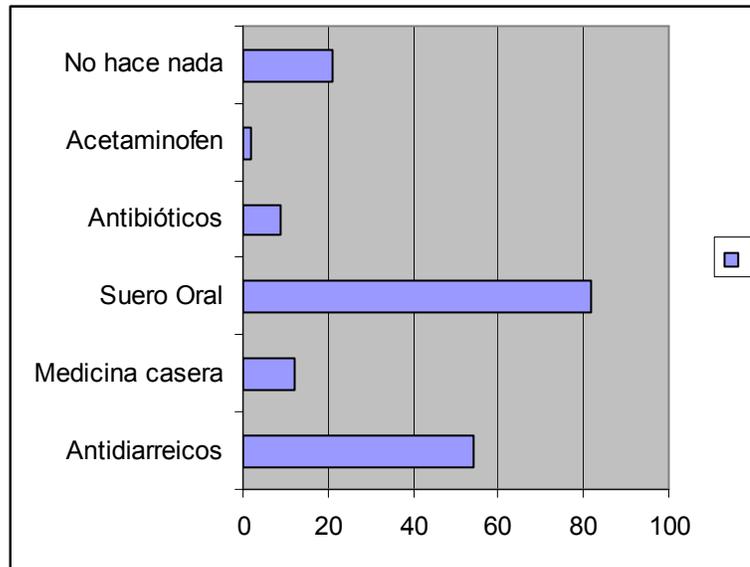
Análisis:

Cuando se les preguntó a los padres o responsables sobre las medidas que toman en casa cuando sus hijos se enferman de diarrea , 82 (46%) respondieron que les dan suero oral, 54 (30%) contestaron que les dan antidiarreicos, 21 (12%) no hace nada , 12 dijeron que les preparan una medicina casera, con un 7%, 9 (5%) mencionaron que les dan antibióticos, 2 respondieron que les dan acetaminofén, que equivale al 1%.

Interpretación:

El 53% de los padres o responsables toman medidas inadecuadas cuando los niños se enferman de diarrea; lo que pone en evidencia el inadecuado conocimiento que tienen sobre el manejo de esta enfermedad, contribuyendo al empeoramiento de la salud del niño y retrasando la administración de un tratamiento adecuado por el personal de salud.

GRÁFICO N° 15
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS MEDIDAS QUE TOMAN EN CASA
LOS PADRES CUANDO SUS HIJOS SE ENFERMAN DE UNA EDA



Fuente Cuadro N° 15

CUADRO N° 16
PADRES QUE CONOCEN LOS SIGNOS DE ALARMA DE EDAS

Conocimiento de los Padres	Frecuencia	Porcentaje
Conocen los signos	12	8
Conocen al menos un signo	70	45
No conocen los signos	72	47
TOTAL	154	100

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

CUADRO N° 17
SIGNOS DE ALARMA DE LAS EDAS QUE RECONOCEN LOS PADRES

Signo de Alarma	Frecuencia	Porcentaje
Vómitos repetidos	17	11
Sed intensa	6	4
Bebe mal o no puede beber	20	13
Sangre en las heces	3	2
Letárgico o inconciente	16	10
Ojos hundidos	6	4
Signo del pliegue cutáneo	2	1
Bebe mal o no puede beber y vómitos repetidos	12	8
No sabe	72	47
TOTAL	154	100

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

Análisis:

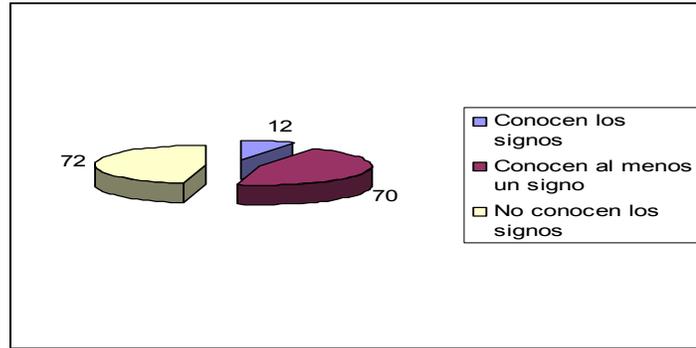
En el cuadro N° 16 se puede apreciar que del total de padres o responsables del cuidado de los y las niñas, 72 (47%) no conocen los signos de alarma de las EDAS, 70 (45%) conocen al menos un signo y solo 12 (8%) conocen dos signos de alarma.

En el cuadro N° 17 se puede evidenciar que dentro de los sujetos que no conocen los signos de alarma, 72 (47%), no saben ninguno y el resto conoce al menos 1 signo dentro de los cuales se presentan con mayor frecuencia bebe mal o no puede beber , con un 20%, seguido de 17 (11%) que contestaron vómitos repetidos, 16 dijeron letárgico o inconciente con un 10%, 6 (4%) mencionaron con igual frecuencia la sed intensa y los ojos hundidos, 3 (2%) contestaron sangre en las heces y solo 2 dijeron signo del pliegue cutáneo con un 1% del total de la población.

Interpretación:

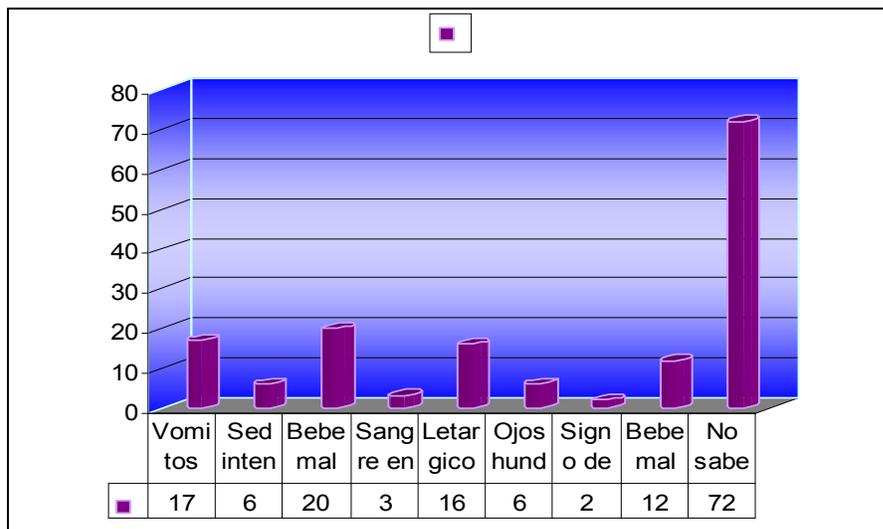
El 92% de los padres o responsables del cuidado de los niños(as) tienen un inadecuado conocimiento de los signos de alarma de las EDAS; no los conocen o solo pueden mencionar uno de los signos, lo que según los criterios establecidos para el estudio también los califica como pobre conocimiento, tendrían que saber por lo menos dos signos. Esta deficiencia de conocimiento puede obedecer a la poca información que se les brinda sobre este tema, o a la comunicación inadecuada entre el personal de salud y la comunidad, al incumplimiento de la estrategia AIEPI y a la dificultad en la comprensión de la población por el alto analfabetismo.

GRÁFICO N° 16
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PADRES QUE CONOCEN LOS
SIGNOS DE ALARMA DE EDAS



Fuente Cuadro N° 16

GRÁFICO N° 17
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS EDAS
QUE RECONOCEN LOS PADRES



Fuente Cuadro N° 17

CUADRO N° 18
PADRES QUE DAN SUERO ORAL A LOS NIÑOS(AS) CUANDO SE
ENFERMAN DE UNA EDA

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Dan suero oral	130	84
No dan suero oral	24	16
TOTAL	154	100

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

CUADRO N° 19
RAZONES POR LAS QUE LOS PADRES NO DAN SUERO ORAL A LOS
NIÑOS(AS) CUANDO SE ENFERMAN DE UNA EDA

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
No lo conoce	2	8
No tenía	10	42
No se lo recetaron	2	8
No le gusta al niño	6	25
No fue grave la diarrea	4	17
TOTAL	24	100

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

CUADRO N° 20
PADRES QUE SABEN PREPARAR SUERO CASERO

Opinión	frecuencia	Porcentaje
Sabe prepararlo	3	2
No sabe prepararlo	151	98
TOTAL	154	100

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

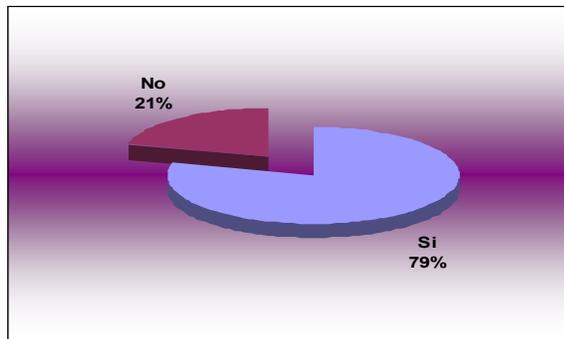
Análisis:

En el cuadro N° 18 se puede apreciar que de las 154 personas encuestadas, 130 (84%) respondieron que les dan suero oral cuando los niños(as) se enferman de una EDA, 24 (16%) contestaron que no les dan suero oral. Este grupo menciona las razones por las que no les dan suero oral a los niños(as), las que se detallan en el cuadro N° 19, dentro de las cuales 10 (42%) padres contestaron que no tenían suero oral, 6 (25%) respondieron “no le gusta al niño”, 4 dijeron “no fue grave la diarrea”, siendo el 17%, y 2 (8%) mencionaron que no lo conocen. Además se indaga si los padres sabían preparar el suero casero, la respuesta a esta interrogante se presenta en el cuadro N° 20, de donde se obtuvo que 151 (98%) no saben preparar el suero casero y solo 3 respondieron que lo pueden preparar, que equivale al 2%.

Interpretación:

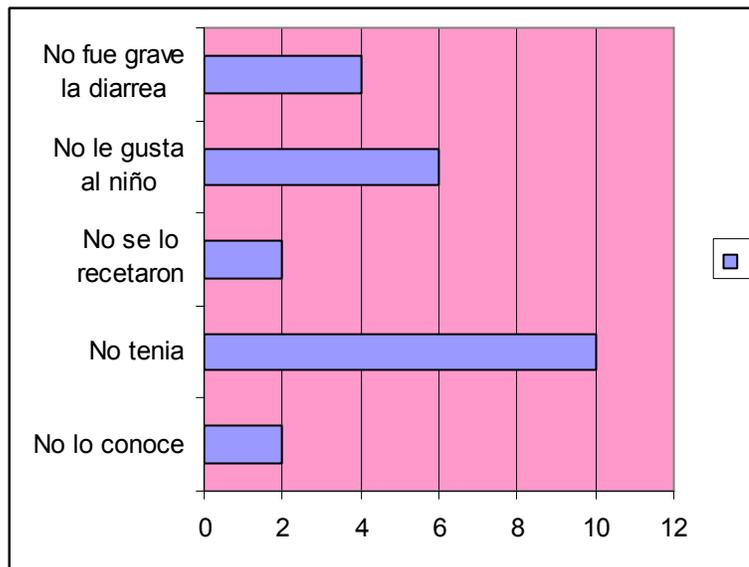
El mayor porcentaje de la población encuestada refiere que le ha dado suero oral a sus hijos cuando se enferman de una EDA; los padres que no les dan suero oral, se indaga el porque no se lo administraban y se obtuvo que la mayoría no tenían suero en ese momento, en vista de ello se les preguntó si sabían preparar suero casero, respondiendo un 98% de la población que no podía prepararlo. Esto es preocupante ya que no conocen algo tan sencillo con lo que podrían evitar que sus hijos se deshidraten, cuando presentan diarrea, o disminuir el agravamiento de la enfermedad o inclusive salvarle la vida, con una medida tan simple, fácil y disponible de practicar.

GRÁFICO N° 18
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PADRES QUE DAN SRO A LOS NIÑOS(AS) CUANDO SE ENFERMAN DE UNA EDA



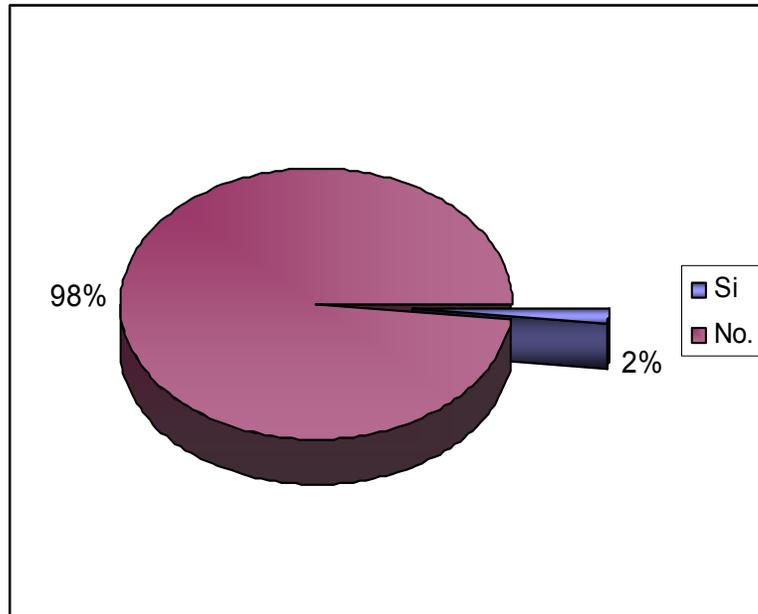
Fuente Cuadro N° 18

GRÁFICO N° 19
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RAZONES POR LAS QUE LOS PADRES NO DAN SRO A LOS NIÑOS(AS) CUANDO SE ENFERMAN DE UNA EDA



Fuente Cuadro N° 19

GRAÁFICO N° 20
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PADRES QUE SABEN PREPARAR SUERO CASERO



Fuente Cuadro N° 20

CUADRO N° 21

ACCIONES QUE TOMAN LOS PADRES CON RESPECTO A LOS LIQUIDOS A ADMINISTRAR CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA EDA.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Le da mas liquido	63	41
Menos liquido	38	25
Igual cantidad	53	34
TOTAL	154	100

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

Análisis:

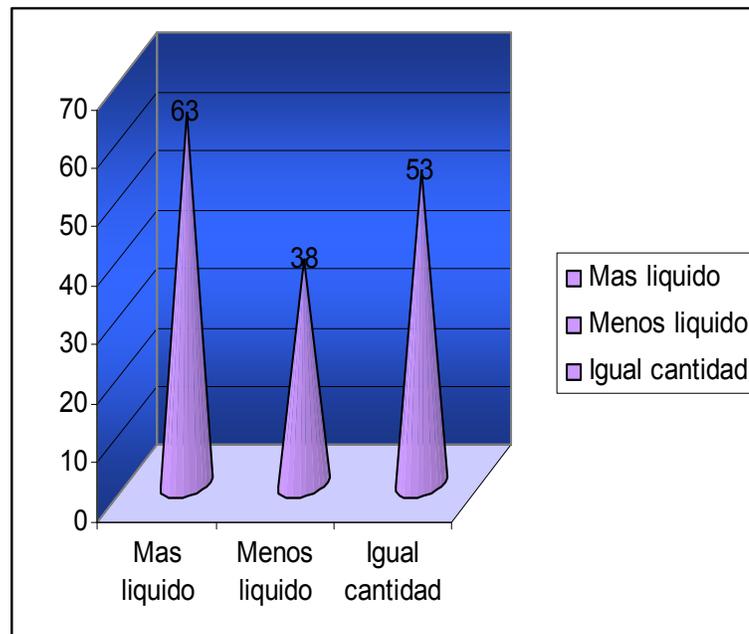
Según los datos obtenidos se evidenció que cuando los niños se enferman de diarrea los padres o responsables toman las siguientes acciones, 63 (41%) sujetos les dan mas líquidos de lo acostumbrado, 53 (34%) dijeron que les dan igual cantidad de liquido, 38 respondieron que les dan menos cantidad de liquido, que equivale al 25%.

Interpretación:

La mayoría de la población encuestada prefiere darles menos liquido o igual cantidad cuando sus hijos se enferman de una EDA; lo que pone en evidencia el pobre conocimiento que tienen con respecto a la cantidad de líquidos a administrar cuando estos se enferman de diarrea, ya que muchos de ellos piensan que la diarrea aumenta si se les da mayor cantidad de liquido, lo que es incorrecto. Esto es importante debido a que si no se le esta reponiendo al niño la cantidad de líquidos que esta perdiendo es fácil que se deshidrate.

GRÁFICO N° 21

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS ACCIONES QUE TOMAN LOS PADRES CON RESPECTO A LOS LIQUIDOS A ADMINISTRAR CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA EDA.



Fuente cuadro N° 21

CUADRO N° 22
ACCIONES QUE TOMAN LOS PADRES CON RESPECTO A LAS COMIDAS
CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE ENFERMAN DE UNA EDA.

Comida	Frecuencia	Porcentaje
Le da mas	28	18
Menos	67	44
Igual cantidad	59	38
TOTAL	154	100

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

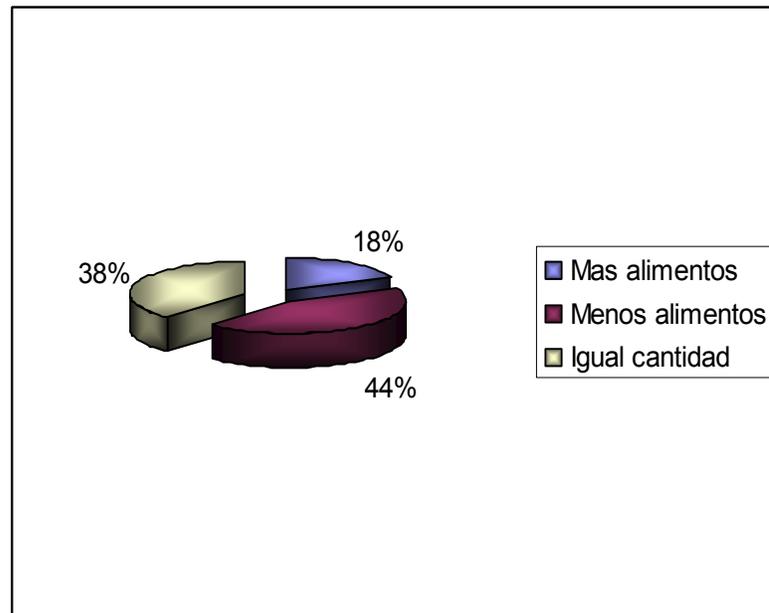
Análisis:

De acuerdo a la información obtenida se evidenció que cuando los niños se enferman de diarrea los padres o responsables toman las siguientes acciones con respecto a las comidas, 67 (44%) contestaron que les dan menos cantidad de lo acostumbrado, 59 (38%) contestaron que igual cantidad y solo 28 respondieron que le dan más comida, que equivale al 18%.

Interpretación:

La mayoría de padres o responsables considera que cuando los niños se enferman de diarrea se les debe de dar menos cantidad de comida o igual cantidad representando un 82%. Un numero menor de padres prefiere darles mayor cantidad de comida, sin embargo no es significativo porque es un porcentaje muy bajo lo cual pone en manifiesto el inadecuado conocimiento que tienen los padres con respecto a las comidas cuando sus hijos se enferman de una EDA.

GRÁFICO N° 22
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS ACCIONES QUE TOMAN LOS
PADRES CON RESPECTO A LAS COMIDAS CUANDO LOS NIÑOS(AS) SE
ENFERMAN DE UNA EDA.



Fuente Cuadro N° 22

CUADRO N° 23
MEDIDAS QUE TOMAN EN CASA LOS PADRES CUANDO SUS HIJOS SE
ENFERMAN DE UNA IRA

Medidas	Frecuencia	Porcentaje
Remedio para calmar la tos (miel, eucalipto)	35	19
Antitusivos, expectorantes, broncodilatadores	37	20
Ungüento (vick, cofalito)	14	7
Antibióticos	12	6
Medicina para bajar la fiebre	75	40
No hace nada	16	8
TOTAL	189	100

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

* El total de los datos sobrepasa ya que los padres mencionaron más de una medida.

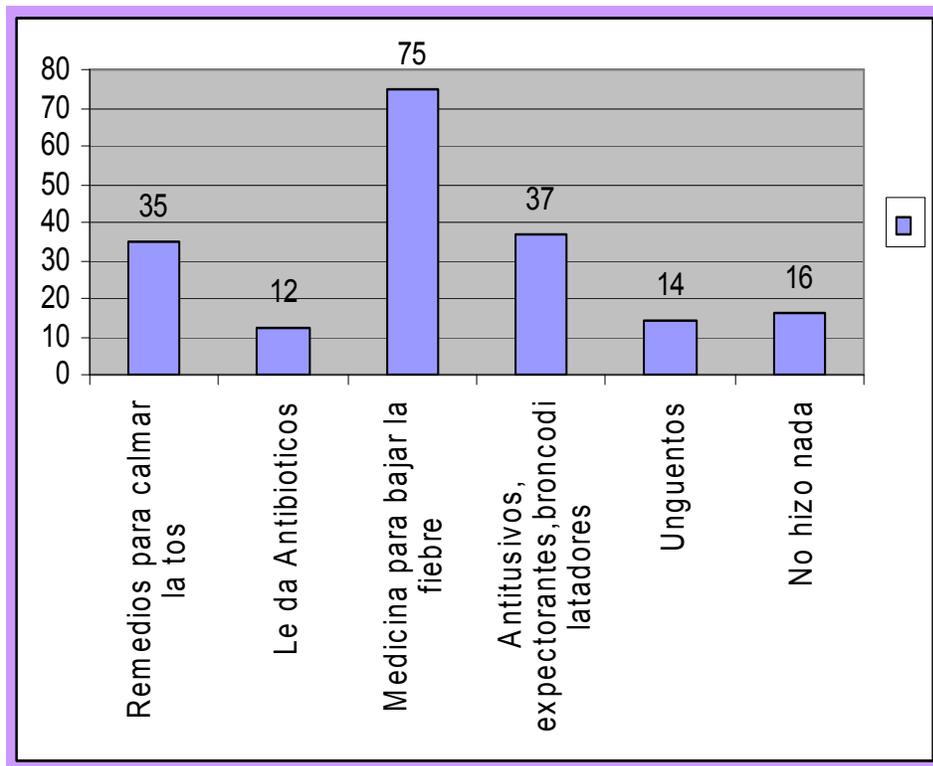
Análisis:

Quando se les preguntó a los padres o responsables sobre las medidas que toman en casa cuando sus hijos se enferman de una IRA, 75 (40%) respondieron que les daban medicina para bajar la fiebre, 37 contestaron que les dan antitusivos, expectorantes y broncodilatadores, que equivalen al 20%, 35 (19%) mencionaron que les dan remedio para calmar la tos (miel, eucalipto), 16 (8%) respondieron que no hacen nada, con un, 14 (7%) dijeron que les aplicaban ungüento (vick, cofalito) y 12 contestaron que les dan antibióticos, que corresponde al 6%.

Interpretación:

El 41% de los padres o responsables no hace nada o toma medidas inadecuadas cuando sus niños se enferman de una IRA dentro de las que se mencionan los antitusivos, ungüentos o antibióticos, que no son prescritos por personal médico, ocasionando mayores complicaciones en la salud del niño.

GRÁFICO N° 23
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS MEDIDAS QUE TOMAN EN CASA
LOS PADRES CUANDO SUS HIJOS SE ENFERMAN DE UNA IRA



Fuente cuadro N°23

CUADRO N° 24
SIGNOS DE ALARMA DE LAS IRAS QUE RECONOCEN LOS PADRES

Signo de Alarma	Frecuencia	Porcentaje
Respiración rápida	66	43
Estridor en reposo	6	4
Tiraje subcostal	0	0
Respiración y estridor	3	2
No sabe	79	51
TOTAL	154	100

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

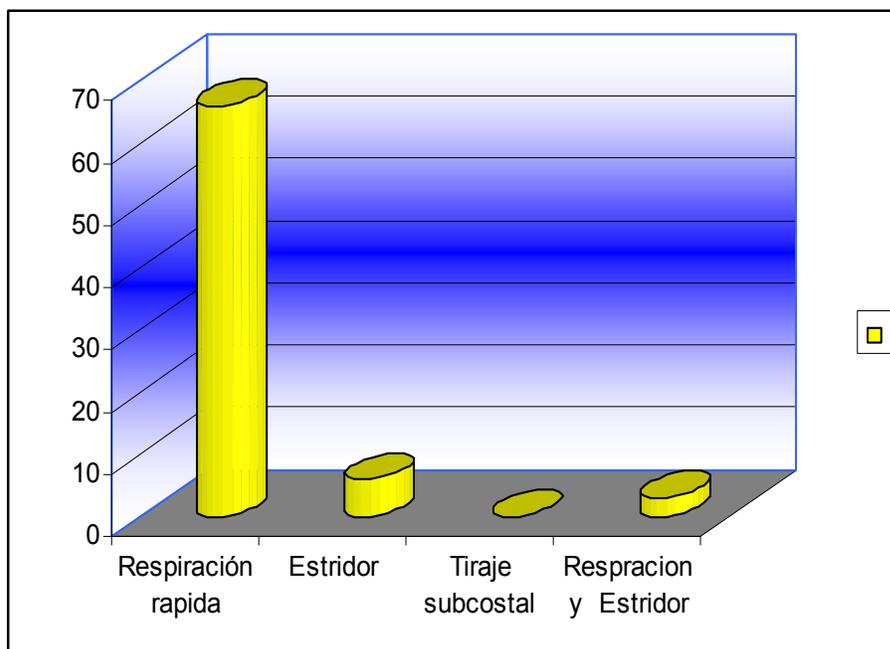
Análisis:

De los 154 padres o responsables encuestados, 79 (51%) no conocen los signos de alarma de las IRAS para llevar a consultar a sus hijos, 75 (49%) conocen los signos de alarma, dentro de este grupo lo signos que mencionaron que conocen están, 66 (43%), mencionaron la respiración rápida, 6 (4%) respondieron estridor en reposo, 3 dijeron respiración rápida y estridor, representando el 2%.

Interpretación:

La población que desconoce los signos de alarma de IRAS es mayor que la que no los conoce, esta diferencia no es muy amplia; sin embargo resulta importante ya que el 49% de los padres que no saben, no podrían detectar la gravedad de la enfermedad cuando sus hijos la presenten por lo que retrasarían el tiempo para consultar, poniendo en riesgo la vida de los niños.

GRÁFICO N° 24
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS IRAS
QUE RECONOCEN LOS PADRES



Fuente cuadro N° 24

CUADRO N° 25

ORIENTACION RECIBIDA POR LOS PADRES SOBRE LAS IRAS Y EDAS

Opinión	Frecuencia	Orientación
Si recibieron orientación	101	65
No recibieron orientación	53	35
TOTAL	154	100

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

CUADRO N° 26

PROCEDENCIA DE LA ORIENTACIÓN RECIBIDA POR LOS PADRES

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de Salud	50	49
Promotor de salud	47	47
Escuela	2	2
Vecinos	2	2
TOTAL	101	100

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

Análisis:

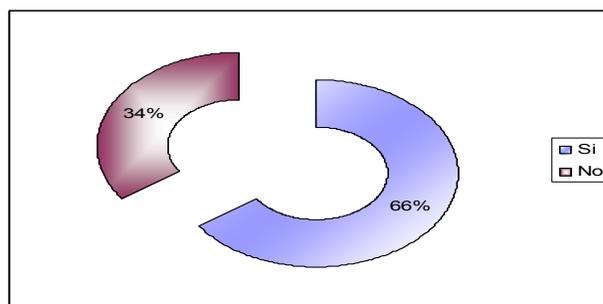
En el cuadro N° 25 se puede apreciar que de los 154 padres o responsables, 101 (65%) ha recibido algún tipo de información sobre las IRAS y las EDAS, 53 padres no han recibido ningún tipo de orientación, que corresponde al 35%.

En el cuadro N° 26 se presentan la procedencia de la orientación recibida por los padres, de donde se obtuvo que, 50 (49%) respondieron que en la unidad de salud recibieron orientación, que equivale al, 47 contestó que fue el promotor de salud quien les brindó la información, que corresponde al 47%, 2 (2%) dijeron que en la escuela, igual cantidad respondió que los vecinos le habían orientado.

Interpretación:

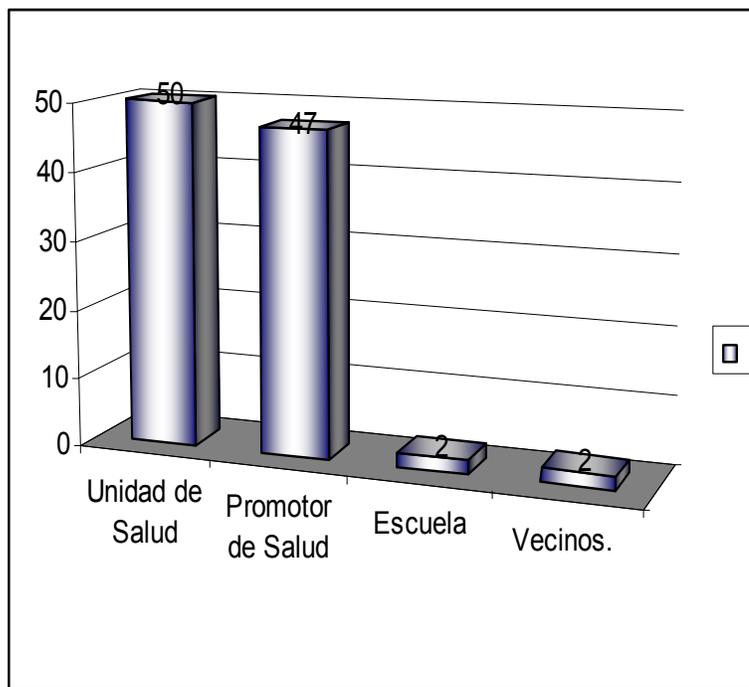
A partir de lo anterior se puede decir que la mayor parte de los entrevistados ha recibido alguna orientación sobre que hacer cuando los niños(as) se enferman de una IRA o EDA, y que esta orientación ha sido impartida por personal de la Unidad de Salud y el promotor. A pesar de ello en el estudio se evidenció que los padres no toman acciones adecuadas cuando sus hijos se enferman de estos padecimientos, y la mayoría no conoce los signos de alarma; lo que refleja que la información difundida no ha sido comprendida por la población, ya sea porque no se les brinda adecuadamente o por la dificultad que se presenta en la comprensión debido al alto nivel de analfabetismo que tienen estas personas. Un 35% de los padres o responsables no han recibido una orientación, lo que constituye un reto para el ministerio de salud y la comunidad en general.

GRÁFICO N° 25
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ORIENTACION RECIBIDA POR LOS
PADRES SOBRE LAS IRAS Y EDAS



Fuente cuadro N° 25

GRÁFICO N° 26
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PROCEDENCIA DE LA
ORIENTACION RECIBIDA POR LOS PADRES



Fuente cuadro N° 26

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General:

H₁: Los Padres o responsables del cuidado de los niños y las niñas de dos meses a cinco años que asisten a las Unidades de Salud en estudio, tienen un inadecuado conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.

Esta hipótesis se acepta mediante los siguientes datos:

- Con respecto al conocimiento de los signos de alarma de las IRAS el 51% de los padres o responsables no conoce ninguno de los signos.

- Con respecto a los signos de alarma de las enfermedades diarreicas agudas, el 92% de los padres o responsables tienen un inadecuado conocimiento, ya que el 47% no conoce ninguno de los signos y 45% solo mencionan al menos uno.

Hipótesis Específica N° 1

H1: Los Factores Socioeconómicos de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.

La hipótesis planteada se acepta a través de la siguiente información:

- El 32% de los padres o responsables no saben leer ni escribir, lo cual puede dificultar la comprensión de la información que se les brinda en los centros de salud.
- El mayor porcentaje de las familias reciben un ingreso económico menor de \$100 mensuales lo cual es menos de lo que se requiere para cubrir los gastos de la canasta básica y mucho menos para solventar gastos de salud y educación.
- El 11% de los padres o responsables tardan más de una hora en trasladarse desde su casa a la Unidad de Salud.
- Con respecto a la edad de los sujetos entrevistados se obtuvo que el 55% de las madres tenían entre 16 a 25 años de edad.

Hipótesis Específica N° 2

H2: Los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años toman acciones inadecuadas cuando sus hijos se enferman de IRAS y EDAS.

La hipótesis planteada se acepta a través de la siguiente información:

- El 8% de los padres o responsables prefieren llevar a sus hijos al curandero o a la farmacia cuando estos se enferman de una IRA o EDA.
- Cuando los niños se enferman de una EDA, el 16% de los padres no les administran suero oral, mencionando que no lo hacen porque no tenían en ese momento, no le gusta al niño, no fue grave la diarrea, no tenía o no se lo recetaron. El 98% de los padres o responsables no saben prepara suero casero.
- Con respecto a la administración de líquidos y comidas cuando los niños se enferman de una EDA, EL 59% de los padres les dan menos líquido o igual cantidad, lo cual es perjudicial para su condición de salud; el 82% de los padres les dan menos o igual cantidad de comida lo que es inadecuado.
- El 54% de los padres o responsables dan antidiarreico, antibióticos, medicina casera y no hace nada cuando sus hijos se enferman de diarrea.
- Las medidas tomadas cuando se enferman de una IRA se tiene que el 41% de los padres dan antitusivos, expectorantes, antibióticos, ungüentos no prescritos por un médico.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Con respecto a la hipótesis general basada en el conocimiento de los padres sobre los signos de alarma de IRAS y EDAS, se concluye que:

- Los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años tienen un inadecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las EDAS; ya que el 92% de la población total no los conocía. Con respecto a los signos de alarma de las IRAS el 49% de los padres los desconoce. Estos datos son importantes ya que esta deficiencia de conocimiento, condiciona que los padres consulten en forma tardía cuando sus hijos enferman de una IRA o EDA, ocasionando un empeoramiento de la condición de salud del niño(a), lo que conlleva a una mayor morbimortalidad infantil.
- Esta falta de conocimiento puede relacionarse con la mala orientación que reciben los padres por parte del personal de salud, ya que la comunicación no es adecuada, la cual además se ve afectada por la dificultad en la comprensión debido al alto índice de analfabetismo que tienen estas personas; también puede obedecer al incumplimiento de la estrategia AIEPI por parte de los médicos, enfermeras y promotores de salud

Según la primera hipótesis específica de trabajo planteada anteriormente con relación a los factores que influyen en el conocimiento de los padres sobre los signos de alarma de las IRAS y EDAS se puede concluir que:

- **Edad de la madre:**

El 55% de las madres encuestadas tienen un promedio de edad entre 16 a 25 años, lo que confirma los datos de la encuesta FESAL 2002/03 en la que se menciona que la mayoría de madres en nuestro país son adolescentes y jóvenes; condición que las desfavorece ya que por su madurez e inexperiencia, son imprudentes en las acciones que toman cuando sus hijos se enferman. Se considera que es un factor determinante en el conocimiento comprobándose la primera hipótesis específica.

- **Escolaridad de los padres o responsables del cuidado del niño(a):**

El 32% de las madres o responsables no saben leer, ni escribir, este alto nivel de analfabetismo, ya que puede limitar la comprensión de la información que se les brinda en los centros de salud y los hace vulnerables a cualquier opinión respecto al manejo de una enfermedad; lo que puede influir a que tomen medidas nocivas contra la salud del niño(a), por lo que se considera que es un factor que influye en forma directa con el conocimiento comprobándose la primera hipótesis específica.

- **Ingreso Económico :**

El mayor porcentaje de las familias encuestadas reciben un promedio menor de \$100 mensuales, lo cual es menos de lo que se requiere para cubrir gastos de la canasta básica rural que es de \$100.23. Otro porcentaje recibe entre \$101 a \$150 mensuales a pesar de cubrir los gastos de la canasta básica no ganan ni siquiera el salario mínimo que es de \$154.97, con este salario no se pueden solventar gastos para educación y salud; lo que es preocupante ya que este factor los vuelve

vulnerables a las enfermedades y les dificulta asistir a la unidad de salud, porque en muchas ocasiones no tienen dinero para pagar el transporte público, por lo que se considera que la economía es un factor influyente.

- **Tiempo que se tardan los pacientes en trasladarse desde su vivienda a la Unidad de Salud.**

El 11% de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas se tardan más de una hora para trasladarse desde su casa a la Unidad de Salud, lo que puede influir en la tardanza para consultar cuando sus hijos se enferman.

- **Asistencia al control infantil.**

El 32% de los padres o responsables no lleva en forma regular a sus hijos a su control infantil, dichas irregularidades producen un retraso en el esquema de vacunación, que no se les administren las vitaminas necesarias para su crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad, retrasa la detección de problemas de desnutrición y se pierde la oportunidad de poder explicarle a la madre los cuidados que debe tener con sus hijos respecto a la alimentación, o a las acciones que pueden tomar en casa que no sean nocivas cuando sus hijos se enferman de las IRAS o EDAS orientándolas sobre los signos de alarma y saber cuando consultar inmediatamente. Todo esto mejoraría si los padres tuvieran un poco más de conciencia y llevaran a sus hijos de forma regular a su control infantil como debería de ser, es por ello que se considera un factor importante.

- **Orientación recibida por los padres.**

El 65% de la población ha recibido orientación sobre que hacer cuando sus hijos se enferman de una IRA o EDA, la cual ha sido impartida en su mayoría por personal de la unidad de salud o los promotores; sin embargo se ha evidenciado el inadecuado conocimiento que tienen los padres respecto a estas enfermedades y las acciones nocivas que esto toman cuando sus hijos presentan una de ellas.

Por lo que se puede decir que la información brindada no ha sido difundida en forma clara a la población y también se debe tomar en cuenta las dificultades que existen en la comprensión por el alto nivel de analfabetismo que tienen dichas personas.

Y referente a la segunda hipótesis específica, se concluye que:

- **Acciones tomadas por los padres o responsables.**

En caso de las EDAS los padres refieren que dan a sus hijos suero oral, pero un buen porcentaje de la población no los usa e incluso no los conoce; solo el 2% sabe como preparar suero casero, por lo que es mayor el porcentaje de padres que toman medidas inadecuadas e incluso perjudiciales, como el uso de antidiarreicos, medicinas caseras (horchatas).

En el caso de las IRAS, los padres administran acetaminofén y remedio casero que son aceptados y no perjudiciales, pero un 33% de estos usan antitusivos, ungüentos, antibióticos que no están indicados por un medico y un 8% no toma ninguna acción. En general se considera que las acciones que toman los padres cuando sus hijos se enferman de una IRA o EDA son inadecuadas y nocivas a la salud del niño(a), por lo que se aprueba la segunda hipótesis específica.

- **Administración de liquido y comida en caso de una EDA**

La mayoría de los padres o responsables manifiestan que les administran menor o igual cantidad de liquido o comida a sus hijos enfermos. Esto es preocupante considerando que con la diarrea los niños pierden mas líquidos, electrolitos, azucares por lo que sus necesidades están aumentadas y no están siendo reemplazadas adecuadamente. Lo que nuevamente pone en evidencia que los padres no toman acciones adecuadas cuando sus hijos se enferman.

- **Lugares donde acuden cuando se enferman.**

La decisión de los padres o responsables sobre donde llevar a los niños (as) cuando se enferman de una IRA o EDA , en el mayor porcentaje es correcta ya que consultan con un profesional de la salud , aunque un porcentaje menor es llevado a la farmacia o al curandero donde no reciben una evaluación adecuada y menos un diagnostico y tratamiento adecuado, lo cual es importante ya que la mayoría de muertes hospitalarias que ocurren por estas enfermedades tienen como antecedente haber consultado o recibido un tratamiento por una persona no calificada.

Evaluando en conjunto la acciones que toman los padres o responsables se puede evidenciar el pobre conocimiento que tienen sobre las medidas que pueden tomar en casa cuando se enferman sus hijos de las IRAS o EDAS siempre que no sean nocivas y mientras son llevados a un centro de salud. Por otro lado muchos padres aun creen que con llevar a sus hijos a la farmacia o al curandero, es suficiente y adoptan tratamientos administrados por personas no responsables para el ejercicio de la medicina. Por lo que se concluye que la segunda hipótesis específica se comprobó.

6.2 RECOMENDACIONES.

Para mejorar el conocimiento que tienen los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años sobre los signos de alarma de las IRAS y EDAS se recomienda lo siguiente:

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- A través de sus dependencias capaciten al personal medico, enfermeras, promotores de salud e inspectores sobre técnicas educativas para lograr que la información transmitida a la población se asimile con éxito.
- Que se programen capacitaciones sobre la ejecución de la estrategia AIEPI, por lo menos dos ocasiones al años, haciendo refuerzos si fuese necesario cuando existan cambios o nuevos elementos para su implementación; ya que en el SIBASI de Santa Rosa de Lima solo se les ha brindado una capacitación desde que se aplico la estrategia , la que se impartió únicamente a médicos directores, jefes de enfermería y promotores de salud, dejando por un lado a médicos en servicio social, enfermeras auxiliares e inspectores que son parte fundamental como educadores en salud.
- Que exista una supervisión continua sobre el cumplimiento de la estrategia AIEPI tanto para los médicos, enfermeras y promotores de salud.

A los Directores de Unidades de Salud:

- Elaborar una programación de continua educación al personal sobre temas específicos en salud, que incluya sobretodo la prevención de las mismas enfermedades, así como la actualización de los conocimientos de cada uno de los asistentes.
- Supervisar al personal de salud en el momento que se este brindando la charla educativa para corroborar la comprensión de los pacientes respecto al tópico que se este abordando.
- Implementación de técnicas participativas e ilustrativas, así como un lenguaje claro, sencillo y practico, cuando se impartan las charlas para lograr una mayor asimilación de la población.
- Verificar el cumplimiento de las labores que corresponden al promotor de salud dentro de la comunidad, principalmente aquellas encaminadas a la promoción y prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Al Ministerio de Educación

- Que en coordinación con el ministerio de Salud se brinden capacitaciones a los maestros sobre lo referente a las enfermedades mas frecuentes en la infancia como lo son las IRAS y las EDAS para que luego ellos puedan informar adecuadamente a sus alumnos y padres de familia.
- Que se fomenten programas de estudio dirigidos a mejorar la promoción y la prevención de la salud, desde la primaria, para que en el futuro tengan los conocimientos básicos en el manejo de las enfermedades más frecuentes de la infancia y puedan también orientar a sus familiares.
- Que se implemente la escuela para padres en donde se aproveche para informarles sobre que hacer cuando sus hijos se enferman de una IRA o EDA

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS.

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

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

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

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

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

R. BEHRMAN, Richard; JENSON, Hal; KLIEGMAN, Robert. Nelson Tratado de Pediatría. 17.ª Edición; en Español, Madrid España, Editorial ELSEVIER, 2004. 2618 págs.

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

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

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

“Asociación Española de Gastroenterología”. Documento disponible en (www.secretaria.aegastro.es) consultada el 15 de junio 2005.

“Centro Nacional de Información y documentación en Salud”. Documento disponible en (bvs.inc.mx/componen/svirtual/boprane/pdf/v2n4abr200.pdf), consultada el 16 de junio 2005.

“Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda”. Documento disponible en (www.metrosalud.gov.co/paginas/protocolarios/minsalud/guias/os-enfdiarreica.htm-515k) consultado el 18 de junio 2005.

“Infecciones Respiratorias en niños”. Documento Disponible en (www.Paho.org/espanish/ap/dpc/cd/aiepi1htm-18k). Consultado el 15 de Junio 2005.

ANEXOS

ANEXO N°1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE ANAMOROS, CHIRILAGUA Y EL CUCO.

MESES	MARZO 2005				ABRIL 2005				MAYO 2005				JUNIO 2005				JULIO 2005				AGOS. 2005				SEPT. 2005				OCT. 2005				NOV. 2005				DIC. 2005	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
Inscripción del proceso																																						
Elaboración del perfil de Investigación																																						
Elaboración de protocolo de investigación																																						
Ejecución de protocolo de investigación																																						
Elaboración del informe Final																																						
Presentación del informe Final																																						
Exposición oral del informe final																																						

ANEXO N°2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE ANAMOROS, CHIRILAGUA Y EL CUCO.

MES	AGOSTO 2005																														
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Anamoros Carolina Alvarado.	█	█	█					█	█	█	█				█	█						█	█	█	█				█		
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Chirilagua por Patricia Reyes	█	█	█					█	█	█	█				█	█						█	█	█	█				█		
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en El Cuco por Zoraida Cruz		█						█			█					█								█						█	

ANEXO N°3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE ANAMOROS, CHIRILAGUA Y EL CUCO.

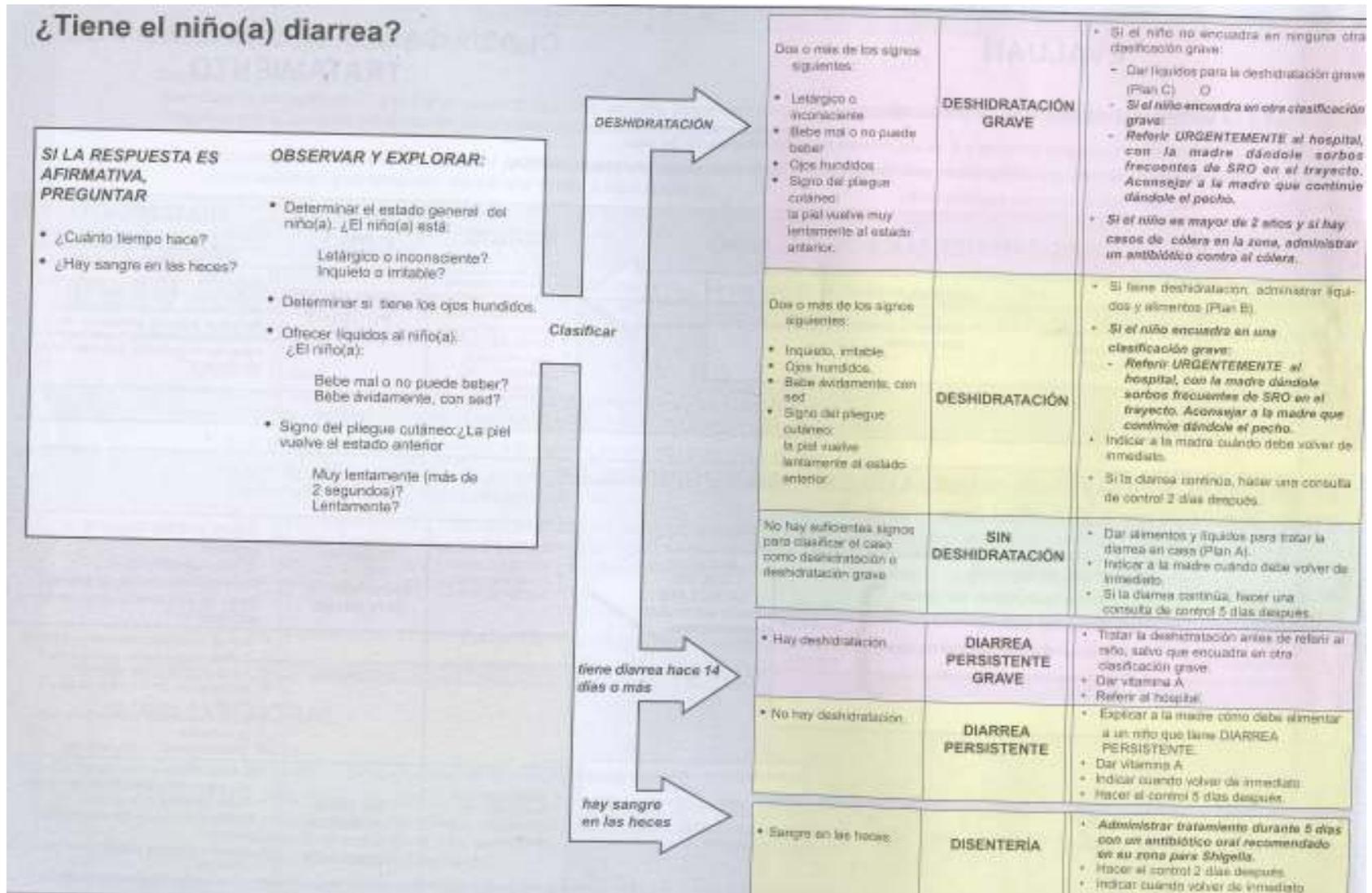
MES	SEPTIEMBRE 2005																															
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Anamoros por Carolina Alvarado.					■	■	■	■				■	■	■					■	■	■	■					■	■	■	■		
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Chirilagua por Patricia Reyes	■				■	■		■				■	■	■					■	■	■	■					■	■	■	■		
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en El Cuco por Zoraida Cruz		■						■					■						■	■							■	■				

ANEXO N°4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE DOS MESES A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS PARA BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE ANAMOROS, CHIRILAGUA Y EL CUCO.

MES	OCTUBRE 2005																														
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Anamoros Carolina Alvarado.																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en Chirilagua por Patricia Reyes																															
Administración de la cédula de entrevista y guía de observación en El Cuco por Zoraida Cruz																															

ANEXO N° 5 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN



ANEXO N° 6 MANEJO DE LA DIARREA PLAN A, PLAN B

DARLE MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO

(Véanse las recomendaciones sobre ALIMENTOS en el cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE)

Plan A: Tratar la diarrea en la casa

Enseñar a la madre las tres reglas del tratamiento en la casa: darle más líquidos, continuar alimentándolo y cuándo regresar

1. DARLE MÁS LÍQUIDOS (todo lo que el niño(a) acepte)

DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE:

- Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez.
- Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros sin azúcar (como agua de arroz, agua de coco, atoles, refrescos naturales) o agua potable.

Es especialmente importante dar SRO en casa si:

- durante esta consulta el niño(a) recibió el tratamiento con plan B o plan C;
- la diarrea empeora y el niño(a) no puede volver al servicio de salud;
- hay sospecha de cólera.

ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO. ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA.

DEMOSTRAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE DARLE AL NIÑO(A) EN CASA ADEMÁS DE LOS LÍQUIDOS QUE LE DA HABITUALMENTE:

Menor de 1 año 50 a 100 ml después de cada evacuación acuosa
Mayor de 1 año 100 a 200 ml después de cada evacuación acuosa

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharas.
- Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- Continuar dando más líquidos hasta que la diarrea pare.

2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO

3. CUÁNDO REGRESAR

} Consultar el cuadro
ACONSEJAR A LA MADRE O AL
ACOMPAÑANTE

* Plan B: Tratar la deshidratación con SRO

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO

DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS:

EDAD(*)	< de 4 meses	4 a 11 meses	1 a 2 años	2 a 4 años
PESO	< de 6 kg.	6 < 10 kg	10 < 12 kg	12 - 19 kg
En ml	200 - 400 ml	400 < 700 ml	700 - 900 ml	900 - 1400 ml

(*) Utilizar solamente la edad del niño(a) si no se sabe el peso. La cantidad aproximada de SRO necesario (en ml) también puede calcularse multiplicando el peso del niño(a) (en kg) por 75.

- Si el niño(a) quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.

DEMOSTRAR A LA MADRE CÓMO SE ADMINISTRA LA SOLUCIÓN DE SRO.

- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharas.
- Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.

CUATRO HORAS DESPUÉS:

- Reevaluar al niño(a) y clasificar la deshidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Si el niño(a) continúa deshidratado continuar el plan B durante 2 horas más.
- Comenzar a alimentar al niño(a) en el servicio de salud tan pronto lo desee.

SI LA MADRE TIENE QUE IRSE ANTES QUE SE TERMINE DE ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO:

- Enseñarle a preparar la solución de SRO en casa.
- Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en casa.
- Entregarle suficientes sobres de SRO para terminar la rehidratación.
- Entregue también dos sobres tal como se recomienda en el plan A.
- Explicarle las tres reglas del tratamiento en casa:

1. DARLE MÁS LÍQUIDOS

2. CONTINUAR A ALIMENTÁNDOLO

3. CUÁNDO DEBE REGRESAR

} Consultar el Plan A para los
líquidos recomendados y
consultar el cuadro
ACONSEJAR A LA MADRE O
AL ACOMPAÑANTE

SI EL NIÑO(A) CONTINUA VOMITANDO Y NO RECIBE SUFICIENTES LÍQUIDOS PASE A HIDRATARIO A TRAVÉS DE SNG

- Continuar la rehidratación con solución de SRO, por sonda nasogástrica: de 30 ml/kg/hora (10 - 15 gotas/ml) durante 3 horas (total 90 ml/kg).
- Reevaluar al niño(a) cada hora:
 - Si vomita varias veces o si presenta aumento de la distensión abdominal, dar el líquido más lentamente (5 gotas/kg/h) o ir administrando poco según tolerancia hasta 15 gotas/kg/hora.
 - Si la deshidratación no mejora al cabo de tres horas, referirle para que reciba tratamiento IV.
- Reevaluar al niño 3 horas después. Clasificar la deshidratación. En seguida, seleccionar el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

ANEXO N° 7 MANEJO DE LA DIARREA PLAN C

DARLE MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO

(Véanse las recomendaciones sobre ALIMENTOS en el cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE)

Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación grave

- SEGUIR LAS FLECHAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, IR HACIA LA DERECHA;
- SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, IR HACIA ABAJO.

COMENZAR AQUÍ

¿Puede aplicarse de inmediato líquido por vía intravenosa (IV)?

SI

Comenzar a dar líquidos de inmediato por vía IV. Si el niño(a) puede beber, darle SRO por vía oral mientras se instala el aparato de goteo. Dar 500 ml/kg de solución polielectrolítica, lactato de Ringer o solución salina normal, divididos de la siguiente forma:

Primera hora	Segunda hora	Tercera hora
50 ml/kg	25 ml/kg	25 ml/kg

- Reevaluar al niño(a) cada hora. Si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo (V).
- Dar también SRO (alrededor de 5 ml/kg/hora) apenas el niño(a) pueda beber.
- Al cabo de 3 horas, clasificar la deshidratación y seleccionar el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

NO

¿Hay un lugar cerca (a unos 30 minutos) donde se pueda administrar tratamiento por vía IV?

SI

- Referirlo URGENTEMENTE al hospital para que reciba tratamiento IV.
- Si el niño(a) puede beber, entregar solución preparada de SRO a la madre y mostrarla cómo administrar sorbos frecuentes en el trayecto.

NO

¿Le enseñaron a usar una sonda nasogástrica para la rehidratación?

SI

- Iniciar la rehidratación con solución de SRO, por sonda nasogástrica: dar 30 ml/kg/hora (10 - 15 gotas/kg/min) durante 3 horas (total 90 ml/kg).
- Reevaluar al niño(a) cada hora:
 - Si vometa varias veces o si presenta aumento de la distensión abdominal, dar el líquido más lentamente (5 gotas/kg/min) e incrementar gotas según tolerancia hasta 15 gotas/kg/min.
 - Si la deshidratación no mejora al cabo de tres horas, referirlo para que reciba tratamiento IV.
- Reevaluar al niño(a) 3 horas después. Clasificar la deshidratación. En seguida, seleccionar el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

NO

¿El niño(a) puede beber?

SI

- Si es posible, observar al niño(a) por lo menos durante seis horas después de la rehidratación a fin de asegurarse de que la madre pueda mantener al niño(a) hidratado dándole la solución de SRO por vía oral.

NO

Referir URGENTEMENTE al hospital para un tratamiento IV o por sonda nasogástrica.

**VACUNAR AL NIÑO(A),
SEGÚN LAS INDICACIONES**

ANEXO N° 8

INDICACIONES CUANDO DEBE REGRESAR AL SERVICIO DE SALUD

* INDICAR A LA MADRE CUÁNDO DEBE VOLVER AL SERVICIO DE SALUD

CONSULTA DE CONTROL

Recomendar a la madre que vuelva para un control en los siguientes plazos:

Si el niño tiene:	Volver para la consulta de control en:
NEUMONÍA SIBILANCIAS DESHIDRATACION DISENTERÍA SOSPECHA DE PALUDISMO ENFERMEDAD FEBRIL SOSPECHA DE SARAMPIÓN	2 días
DIARREA PERSISTENTE OTITIS MEDIA AGUDA OTITIS MEDIA CRÓNICA PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, si no mejora	5 días
ANEMIA	14 días
PESO MUY BAJO PARA LA EDAD	30 días

PRÓXIMA CONSULTA DEL NIÑO(A) SANO

Aconsejar a la madre cuándo debe volver para la próxima vacuna según el *Cronograma de Vacunación*.

Aconsejar a la madre cuándo volver para la próxima consulta según normas establecidas para crecimiento y desarrollo.



CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si el niño(a) presenta cualquiera de los signos siguientes:

Cualquier niño(a) enfermo que	<ul style="list-style-type: none"> • difícil de despertar ó no puede beber ni tomar el pecho • empeora • tiene fiebre • vomita todo • convulsiones
Si el niño(a) NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIADO, regresar si tiene:	<ul style="list-style-type: none"> • empeora • respiración rápida • dificultad para respirar
Si el niño(a) tiene diarrea, regresar si tiene:	<ul style="list-style-type: none"> • sangre en las heces • heces líquidas y abundantes • signos de deshidratación

ANEXO N° 9
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO PARA FARINGOAMIGDALITIS
AGUDA

*** *Dar un Antibiótico para la infección de garganta***

- Dar una dosis única intramuscular de penicilina benzatínica.*

<i>EDAD</i>	<i>DOSIS</i>
2 A 4 AÑOS	600 000 Unidades

* A los niños(a) alérgicos a penicilina usar otro antibiotico para tratamiento.
Ver antibioticos en cuadros anteriores

ANEXO N° 10

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO PARA OTITIS MEDIA AGUDA

* ***Dar un Antibiótico Oral Apropriado***

- **PARA LA NEUMONÍA U OTITIS MEDIA AGUDA:**

AMOXICILINA (15 MG/KG/DOSIS, CADA 8 HORAS) O TRIMETOPRIM SULFA (4 MG/KG/DOSIS, CADA 12 HORAS)

EDAD o PESO	AMOXICILINA ▶Dar cada 8 horas durante 7 para neumonía o 10 días para otitis media aguda		TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL ▶Dar cada 12 horas durante 7 para neumonía o 10 días para otitis media aguda	
	SUSPENSIÓN 125 mg por 5 ml	SUSPENSIÓN 250 mg por 5 ml	COMPRIMIDO P/ ADULTO 160 mg trimetoprim + 800 mg sulfametoxazol	SUSPENSIÓN 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5 ml
2 a 3 meses (4 - < 6 kg)	2,5 ml	1,5 ml		1,5 ml
4 a 11 meses (6 - <10 kg)	5 ml	2,5 ml		2,5 ml
1 a 2 años (10 - < 14 kg)	7,5 ml	3,5 ml	1/4	5,0 ml
3 a 4 años (14 - < 19 kg)	10 ml	5 ml	1/2	7,5 ml

- **PARA LA DISENTERÍA:**

Dar un antibiótico recomendado en su zona contra Shigella durante 5 días.

ANEXO N° 11
RECOMENDACIONES A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS EN OTITIS
MEDIA AGUDA.

ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALIZADAS

- * Explicar a la madre en qué consiste el tratamiento y por qué debe administrarse
- * Describir las etapas del tratamiento.
- * Indicar a la madre cuántas veces debe administrar el tratamiento en casa.
- * Antes que la madre se vaya del servicio de salud, cerciorarse que haya comprendido todos los procedimientos precedentes.

Secar el oído con una mecha

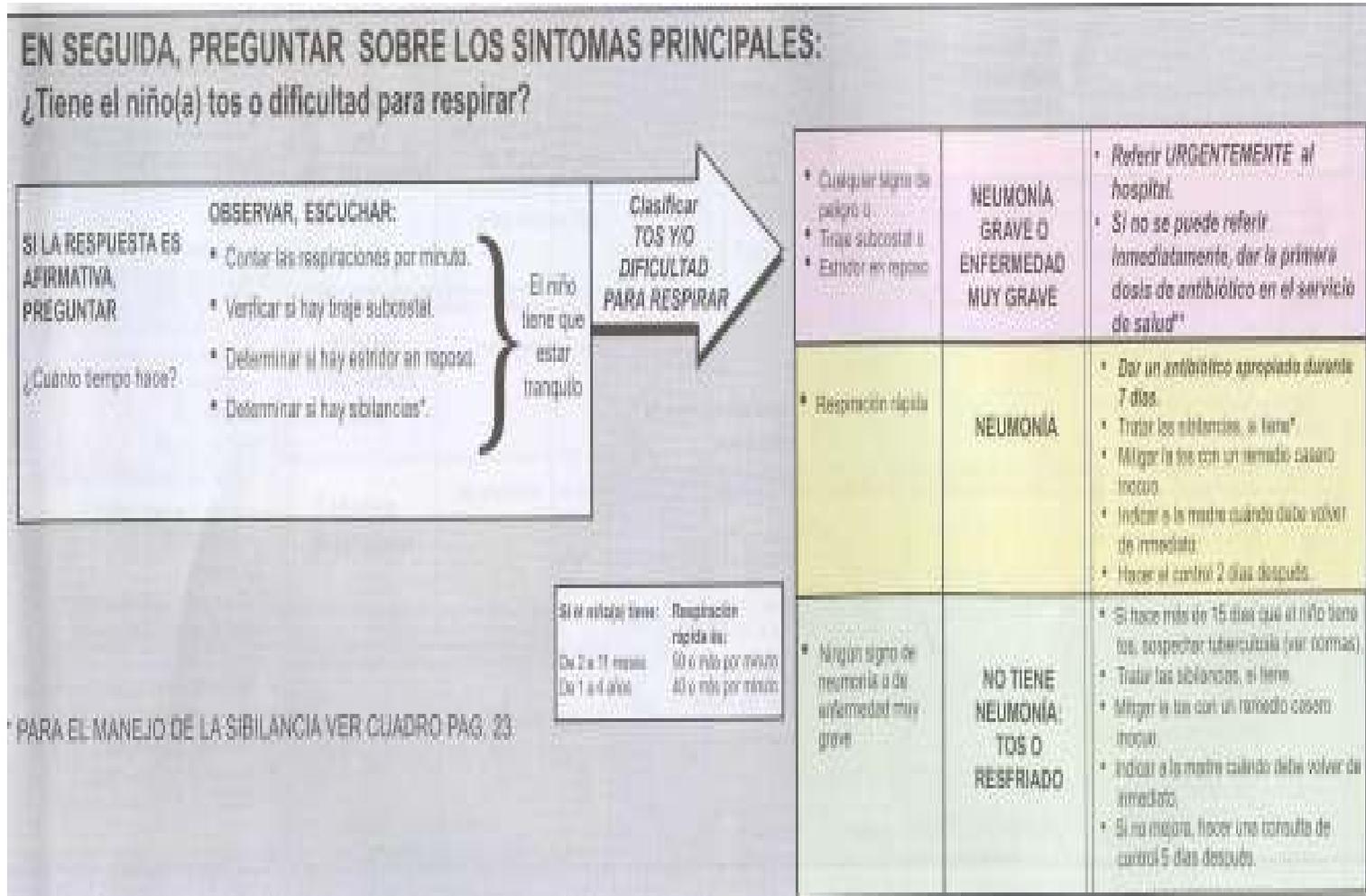
- * Secar el oído por lo menos tres veces por día.
 - Retorcer un paño absorbente o un trozo de papel absorbente, formando una mecha.
 - Colocar la mecha en el oído del niño(a).
 - Retirar la mecha cuando esté empapada.
 - Con una mecha limpia y repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.

Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio casero inocuo

- * Remedios inocuos que se recomiendan:
 - Leche materna para niños(as) alimentados exclusivamente con leche materna
 - Otros remedios como agua con miel, eucalipto, y otros culturalmente aceptados en cada zona del país
- * Remedios nocivos cuyo uso no se recomienda:
 - Antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

ANEXO N° 12

CLASIFICACION DE LA NEUMONÍA SEGÚN AIEPI



ANEXO N° 13

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

Cédula de entrevista dirigida a Los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años, que asisten a consulta a las Unidades de Salud de Anamoros, Chirilagua y El Cuco en el período comprendido entre julio a septiembre de 2005.

OBJETIVO:

Recolectar la información necesaria para el desarrollo de la investigación sobre el Conocimiento de los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años sobre los signos de alarma de Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas para buscar atención médica en las Unidades de Salud de Anamoros, Chirilagua y El Cuco.

FECHA: _____ LUGAR: _____

1- ¿Qué parentesco tiene usted con el niño?

Padre _____

Madre _____

Tio(a) _____

Abuelo(a) _____

Hermano _____

Otro . Especifique _____

2- ¿Cuántos años tiene usted?

10 – 15 años _____

16 – 20 años _____

21 – 25 años ____

26 – 30 años ____

31 – 35 años ____

36 – 40 años ____

3- ¿Sabe leer o escribir?

Si _____

No _____

4 - ¿Qué grado escolar obtuvo?

Ninguno ____

1° a 3° grado ____

4° a 6° grado ____

7° a 9° grado ____

Bachillerato ____

Superior no universitario ____

Superior universitario ____

Otros ____

5- Aproximadamente ¿Cuánto es el tiempo que se tarda en llegar a la Unidad de Salud? _____

6- ¿Usted trabaja fuera de su casa?

Si _____

No _____

En caso afirmativo, ¿con quien deja a su niño?

7- Aproximadamente ¿Cuánto es el ingreso económico mensual en su casa?

Menor de \$ 100 ____

\$ 101 a \$150 ____

\$151 a \$200 ____

\$201 a \$250 ____

Mas de \$300 ____

8- ¿Cuántos hijos tiene?

_____.

9-¿Lleva a su hijo de forma regular a su control infantil?.

Si _____ No _____

Si su respuesta es negativa, Porque?

10- ¿Cuando su niño se enferma de una Infección Respiratoria que signos tomaría en cuenta para buscar ayuda inmediata?

11- ¿Qué medidas toma usted en casa cuando su niño se enferma de una infección respiratoria ?

12- ¿ A donde lleva a su niño cuando se enferma de una infección respiratoria? hospital. _____

Unidad de Salud. _____

Medico privado. _____

Promotor de Salud. _____

Farmacia. _____

Curanderos. _____

Otros. _____

13- ¿ Cuanto tiempo se tarda en consultar cuando su niño se enferma de una IRA?

14 - ¿Cuándo su niño se enferma de Diarrea que signos tomaría en cuenta para buscar ayuda inmediata?

15 - ¿Qué medidas toma usted en casa cuando su niño se enferma de Diarrea?

16 - ¿Cuándo su niño se enferma de diarrea le da Suero Oral?

Si _____ No _____

Si su respuesta es negativa, Porque?

17 - ¿Sabe como preparar el Suero Casero?

Si _____ No _____

18 - Cuando su niño se enferma de diarrea ¿que hace usted?

Le da mas líquidos. _____

Menos líquidos. _____

Igual cantidad. _____

19 - Cuando su niño se enferma de diarrea, que hace usted con respecto a la alimentación?

Le da mas _____ Menos _____ Igual cantidad. _____

20 - ¿A donde lleva a su niño cuando se enferma de Diarrea ?

Hospital. _____

Unidad de Salud. _____

Medico privado. _____

Promotor de Salud. _____

Farmacia. _____

Curanderos. _____

Otros. _____

21 - ¿Cuanto tiempo se tarda en consultar cuando su niño se enferma de una EDA?

22 - ¿Quien toma la decisión de consultar cuando su niño se enferma de una infección respiratoria o de diarrea?

Padre _____

Madre _____

Tío(a) _____

Abuelo(a) _____

Hermano _____

Otro . _____ Especifique _____

23 - ¿Alguien le ha orientado sobre que hacer en caso de IRAS y EDAS?

Si _____ No _____

Quien? _____

ANEXO N° 14.

EXAMEN FÍSICO DEL NIÑO DURANTE EL CONTROL INFANTIL



Momento en que se realiza uno de los pasos del examen físico del niño.

ANEXO N° 14.

ADMINISTRACIÓN DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA A LAS MADRES QUE ASISTIERON CON SUS HIJOS AL CONTROL INFANTIL



Recopilación de la información necesaria para el desarrollo de la investigación a través de la Cédula de Entrevista dirigida a la madre del niño.