

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**TESIS PREVIO A OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS
DE LA ENFERMERIA**

TEMA:

Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de noviembre del 2010 a marzo del 2011.

AUTORAS:

Geovana Naranjo

Martha Toapanta

Deisy Yumbay

**DIRECTOR: DR: Guillermo Lombeida
GUARANDA - ECUADOR**

ÍNDICE

<i>DEDICATORIA</i> -----	VII
AGRADECIMIENTO -----	VIII
TEMA: -----	IX
INTRODUCCIÓN: -----	X
JUSTIFICACIÓN -----	XIII
OBJETIVO GENERAL -----	XIV
OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	XIV
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA -----	XV
VARIABLES -----	XVI
HIPÓTESIS -----	XVI
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES -----	XVII
CAPITULO II -----	1
2.1.-MARCO REFERENCIAL: -----	1
2.2.-MISION DEL CENTRO DE SALUD -----	2
2.3.-VISION DEL CENTRO DE SALUD -----	2
2.4.-PAQUETE BÁSICO DE ACTIVIDADES (PBA) -----	2
2.4.-ACTIVIDADES COMUNITARIAS. -----	3
2.5.-INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD. -----	3
2.6.-FLUJOGRAMA DEL CENTRO DE SALUD -----	4
2.7.-RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN LA UNIDAD. -----	5
3.-MARCO TEORICO -----	6
3.1EL NUEVO MODELO DE ATENCION INTEGRAL FAMILIAR COMUNITARIO 6	
CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008 -----	6
PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR. -----	6
3.2.-PLAN ESTRATEGICO DEL MSP 2009 -2013 -----	7
3.2.1.-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y SU DESARROLLO -----	7
LINEAS ESTRATEGIGAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD -----	8
CONSTATAIONES RELEVANTES. -----	10

DISTRIBUCION DE LOS EQUIPOS EBAS EN LA PROVINCIA BOLIVAR	-----12
ESTRATEGIA AIEPI	-----16
EN LOS SERVICIOS DE SALUD, LA ESTRATEGIA	-----19
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI	-----19
COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI	-----20
METODOLOGÍA DE LA ESTRATEGIA AIEPI	-----22
ADAPTACION DE LA ESTRATEGIA	-----23
IV	-----25
CAPITULO III	-----29
INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS	-----29
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	-----29
DEFINICIÓN	-----29
ETIOLOGIA	-----29
CAUSAS Y FACTORES PREDISPONENTES	-----30
FACTORES AMBIENTALES:	-----30
FACTORES INDIVIDUALES:	-----31
PREVENCIÓN	-----31
SINTOMATOLOGÍA	-----32
RECOMENDACIONES A LAS MADRES	-----32
IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA:	-----33
FACTORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	33
NEUMONÍA	-----36
DEFINICIÓN	-----36
ETIOLOGÍA:	-----36
AGENTES ETIOLOGICOS	-----36
FISIOPATOLOGÍA:	-----39
FACTORES DE RIESGO EN NEUMONÍA	-----39
SIGNOS Y SÍNTOMAS:	-----41
COMPLICACIONES:	-----42
DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO:	-----42

DIAGNÓSTICO ANALÍTICO:-----	43
TRATAMIENTO MEDICO:-----	43
CRITERIOS PARA ORIENTAR EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS -----	44
RESFRIADO COMUN (RINOFARINGITIS AGUDA) -----	44
EPIDEMIOLOGÍA -----	45
ETIOLOGIA -----	46
CUADRO CLÍNICO -----	47
DIAGNÓSTICO -----	48
TRATAMIENTO -----	49
PREVENCIÓN -----	50
RECOMENDACIONES PARA PADRES -----	51
FARINGOAMIGDALITIS -----	52
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS -----	52
MANIFESTACIONES CLÍNICAS -----	54
HALLAZGOS FÍSICOS -----	55
INFECCIÓN VIRAL -----	55
INFECCIÓN BACTERIANA -----	55
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN EL DIAGNÓSTICO -----	56
TRATAMIENTO -----	56
FALLAS DEL TRATAMIENTO E INFECCIÓN RECURRENTE -----	57
INDICACIONES QUIRÚRGICAS PARA AMIGDALOTOMÍA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA -----	57
MEDIDAS DE CONTROL -----	58
OTITIS MEDIA AGUDA -----	58
SIGNOS Y SINTOMAS -----	59
EPIDEMIOLOGIA -----	59
ENFOQUE DIAGNÓSTICO -----	60
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS -----	60

MANIFESTACIÓN CLÍNICA -----	61
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA OTITIS MEDIA-----	61
TRATAMIENTO -----	61
PREVENCIÓN Y ESTILO DE VIDA-----	62
CRUP INFECCIOSO -----	63
GENERALIDADES -----	64
EPIDEMIOLOGÍA -----	64
ETIOLOGÍA-----	65
DIAGNÓSTICO -----	66
CLÍNICA -----	66
EVALUACIÓN CLÍNICA -----	67
TRATAMIENTO -----	67
PLAN A -----	69
EL MANEJO ES EXCLUSIVAMENTE DOMICILIARIO Y ESTA BASADO EN APLICACIÓN DE MEDIDAS DE APOYO -----	69
CAPITULO III-----	71
METODOLOGIA:-----	71
MÉTODOS A EMPLEARSE EN LA INVESTIGACION: -----	71
MÉTODOS -----	72
TECNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECTADOS DE LA INFORMACION -----	73
TECNICAS -----	73
INSTRUMENTOS -----	73
ENCUESTAS-----	73
CUESTIONARIO A LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GONZALO CORDERO CRESPOCON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.---	73
ÁREA DE TRABAJO -----	73
TABULACIÓN -----	73
UNIVERSO Y MUESTRA -----	73
CAPITULO IV -----	75
CONCLUSIONES: -----	100

RECOMENDACIONES	101
CAPITULO V	102
PROPUESTA:	102
TEMA:	102
INTRODUCCIÓN.	103
JUSTIFICACIÓN:	104
OBJETIVO GENERAL:	105
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	105
BENEFICIARIOS:	106
METODOLOGÍA:	106
RECURSOS:	106
RECURSOS MATERIALES:	107
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	108
ANEXOS	109
BIBLIOGRAFÍA	120

DEDICATORIA

Este trabajo dedico de corazón a mis padres y hermanos por haber depositado toda su confianza en mí, ya que con su esfuerzo y dedicación supieron guiarme y llevarme al camino del triunfo.

Martha Toapanta

A mis padres e hijo a mis hermanos y en especial a una persona quien ya no está conmigo + Victoria Gavilanes quien desde el cielo ha guiado mis pasos para llegar al camino del éxito.

Geovana Naranjo

*A mi hijo **LUIS FABIAN** por ser fuente de inspiración, pilar fundamental de mi vida para seguir luchando rompiendo todos los obstáculos que se presentan en el diario vivir con amor tu madre **DRYP.***

Deisy Yumbay

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de corazón a Dios quien ha sido nuestro sucesor para no rendirnos y desmayar en el camino para alcanzar nuestras metas propuestas.

Agradecemos a nuestros padres, hijos y esposo quienes han estado juntos a nosotras brindándonos su apoyo moral y económico.

Nuestra gratitud eterna a la doctor Guillermo Lombeida en calidad de asesor de nuestro trabajo quien con sus criterios y valiosas sugerencias nos orientó, apoyándonos en el desarrollo y terminación de este trabajo investigativo.

Enmarcamos nuestro sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la ciudad de Guaranda y a través de ella a ese noble grupo de catedráticos, que con Vocación, paciencia y profundos conocimientos nos guiaron con sus innovaciones educativas y contribuyeron a potenciar nuestra formación profesional en beneficio de la juventud Bolivarenses y del país.

TEMA:

Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) en niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de Noviembre del 2010 a Marzo del 2011.

INTRODUCCIÓN:

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias, reconocidas como un verdadero azote que incide de forma indeseable sobre la salud, sin evidentes preferencias por sexo y con mayor frecuencia en ciertos grupos de edad.

En el niño estas infecciones se presentan con mayor frecuencia, sobre todo en los primeros años de vida, debido a determinados factores de tipo anatómico; unido a la inmadurez o fallas en los mecanismos de defensa tanto locales como humorales. Otros numerosos factores de riesgo demográficos, ambientales, alimentarios y de comportamiento son determinantes para convertir a las IRA en un problema de salud complejo.

Los microorganismos patógenos que atacan más frecuentemente el aparato respiratorio son el virus sincitial respiratorio, el Haemophilus influenzae y el parainfluenza, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno¹.

Las IRA se destacan como un gran problema de salud, tanto por su alta frecuencia como por las dificultades de su control, el impacto en la mortalidad infantil y el importante consumo de recursos que conlleva⁵, además la enfermedad puede cursar con o sin complicaciones las cuales pueden dejar secuelas que afecten la calidad de vida de las personas.

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. El impacto de estas acciones es ampliamente conocido, pues, en el mundo se evitan a diario miles de muertes por estas causas.

Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo como son Asia, África y América Latina. La neumonía es responsable de

aproximadamente el 85% de todas las muertes por IRA, pero también contribuyen a esta mortalidad la bronquiolitis, crup y complicaciones de las vías respiratorias superiores.

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; mal llamada “gripa”, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores Representa 23 millones de días laborales perdidos en los Estados Unidos y cinco billones de dólares costo por año. Extrapolando los datos anteriores, en Colombia representa 20 millones de días laborales perdidos por año y 26 millones de días con inasistencia escolar

La faringoamigdalitis aguda o faringoamigdalitis como entidad aislada es una de las enfermedades más comúnmente vista por los médicos generales y pediatras en consulta. Es una inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. La faringe es la cavidad común de los tractos respiratorio y digestivo. Está compuesta por la nasofaringe, que contiene las amígdalas faríngeas (adenoides) en su pared posterior; las amígdalas tubáricas, detrás del orificio de la trompa auditiva; la orofaringe, que contiene las amígdalas palatinas en su parte baja y en el tercio posterior de la lengua, las amígdalas linguales que vienen a constituir el anillo amígdalas de Waldeyer

Algunos autores incluyen dentro de sus consideraciones acerca del «anillo» elementos linfoides relativamente menores, como las «bandas faríngeas laterales», «granulaciones faríngeas» y el tejido linfoide del paladar blando y el ventrículo laríngeo

Estas estructuras tienen una predisposición aumentada a la inflamación e infección por su abundante contenido de tejido linfoide y además una característica especial en la infancia como órgano de crecimiento y en su papel inmunológico. En cuanto a su patrón de crecimiento, entre las edades de cuatro a

10 años, alcanza su máximo tamaño, lo cual es importante tener claro en pediatría y no considerar unas amígdalas grandes o un tejido adenoideo crecido como un crecimiento patológico que justifique tratamiento con antibióticos o conducta quirúrgica. En cuanto a su papel inmunológico a este nivel se produce IRA secretora que reacciona a infecciones y ante agresiones alérgicas, produciendo aumento de tamaño que tampoco requiere dicho tratamiento

La otitis media aguda es una de las causas más frecuentes de consulta pediátrica. Teel y colaboradores reportaron que 62% de los niños de un año han tenido por lo menos un episodio; este porcentaje se elevó a 83% a la edad de tres años y a los siete años todos los niños habían tenido un episodio de otitis aguda

En una revisión de 17.000 visitas durante el primer año de vida, la otitis media aguda fue el diagnóstico en 1/3 de los casos que consultaron por enfermedad y en 1/5 del total de controles en salud.

Los niños presentan aproximadamente de seis a ocho procesos infecciosos de vías respiratorias al año. Dichos procesos constituyen uno de los problemas más frecuentes de la pediatría general, representando más de la mitad de las consultas a un pediatra. Las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyen bronquiolitis y neumonía. La mayoría de estos episodios son de tipo neumónico y su frecuencia es mayor durante el primer año de vida con una disminución gradual de la frecuencia después de este pico inicial.

La tasa de mortalidad por neumonía es considerable en lactantes y niños menores de cinco años (2% a 7%). Se estima que más de cuatro millones de niños mueren anualmente por esta condición. Los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en neumonía son: edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, no lactancia materna, inmunizaciones incompletas y la cultura del cigarrillo

JUSTIFICACIÓN

Nosotros como Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar. Hemos visto la necesidad de realizar una evaluación a las madres sobre la aplicación del tratamiento en los hogares de las enfermedades respiratorias agudas (neumonías leves) con la finalidad de contrarrestar complicaciones graves y evitar la mortalidad en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo siendo, las infecciones respiratorias motivo principal de consulta por patología infecciosa en AP (Atención Primaria).

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas, la incidencia es más elevada en las áreas rurales, el número de episodios puede ser entre 2 y 6 crisis anuales.

En la provincia Bolívar, se considera que aún no existe el conocimiento adecuado por parte de las madres sobre distintos aspectos de gran importancia como de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Por ello, es necesario, que la madre conozca las medidas preventivas a tener en cuenta en sus niños, considerando los conocimientos, actitudes, creencias, costumbres y prácticas de la misma, contribuyendo de esta manera a reducir la morbimortalidad como también las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas mediante actividades preventivo – promocionales dirigidas a las madres y a la comunidad en general; mejorando de esta manera la calidad de vida de este grupo vulnerable.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de la aplicación efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI en el tratamiento en el hogar de las Infecciones Respiratorias Agudas (neumonía leves), y sus signos de alarma en niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de Noviembre del 2010 a Marzo del 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar problemas relacionados con la aplicación del tratamiento de las infecciones respiratorias a través de la estrategia AIEPI
- Identificar los signos de alarma de la ira en niños menores de 5 años.
- Evaluar el tratamiento en los casos de infecciones respiratorias particular en aquellos con tos y dificultad para respirar
- Diseñar materiales educativos sobre la estrategia AIEPI en el tratamiento en el hogar de la neumonía, cuadros de IRA y sus signos de alarma en niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de Noviembre del 2010 a Marzo del 2011.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿Cómo influye la aplicación de la estrategia AIEPI en el tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) en niños menores de 5 años que acuden al centro de salud **GONZALO CORDERO CRESPO** en el periodo Noviembre 2010/ Marzo 2011?

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Infecciones respiratorias (Neumonía leve)

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estrategia AIEPI

HIPÓTESIS

Cuando se aplica la estrategia AIEPI estainfluye en el tratamiento en el hogar de las infecciones respiratorias en niños menores de 5 años que acuden al centro de salud **GONZALO CORDERO CRESPO** en el periodo Noviembre 2010/ Marzo 2011.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Infecciones respiratorias (neumonías leves)	La neumonía es la inflamación aguda del parénquima pulmonar ocasionada por un agente infeccioso adquirido en la comunidad.	Agentes etiológicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Virus: virus de la gripe, Virus sincitial respiratorio, adenovirus. El citomegalovirus ➤ Bacterias: Como Neumococo (Streptococcus pneumoniae), Mycoplasmas y Chlamydias. ➤ Hongos, como Pneumocystisjiroveci 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

		Factores sistémicos	eco <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contaminación ambiental ➤ Exposición al humo ➤ Caída de ceniza volcánica ➤ Cambios climáticos ➤ hacinamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		<ul style="list-style-type: none"> • Demográfica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad de los niños 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-2 años ➤ 3-4 años ➤ 4 a5 años

			➤ Edad de las madres	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15-20 años ➤ 21- 26 años ➤ 27- 32 años ➤ 33 – 39 años ➤ 40 – 45 años
		• Vulnerabilidad	➤ sexo de los niños	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino
		• Factores socioeconómicos	➤ Nivel de instrucción de la madre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin estudiar ➤ Básico incompleta ➤ Básico completa ➤ Media incompleta

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ubicación de las casa ➤ Estado civil de las madres ➤ Número de hijos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Media completa ➤ Técnico superior ➤ Universitario ➤ Urbano ➤ Rural ➤ Soltera ➤ Casada ➤ Viuda ➤ Unión libre ➤ Separada ➤ 1 - 2 ➤ 3 - 4 ➤ 5 - 6 ➤ 7 - 8 ➤ Ninguno
--	--	--	--	--

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estrategia AIEPI	La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativa • Hospitalización Tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de personal ➤ Falta de medicación ➤ Derivaciones/referencias ➤ Demanda de paciente ➤ Falta de tiempo ➤ Ha sido hospitalizado alguna vez su hijo ➤ En cuantas ocasiones ➤ Recibió tratamiento ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No ➤ 1 ➤ 2 ➤ 3 ➤ Ninguno ➤ No responde • Si • No

		Biológicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Termino la medicación en casa ➤ Signos de alarma ➤ No puede beber ➤ Vomita todo lo que bebe ➤ Ha presentado convulsiones ➤ El niño esta letárgico o inconsciente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ Si ➤ No
		Situaciones para referir al Hospital	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fiebre ➤ Bebe mal ➤ Tos ➤ Disnea ➤ Respiraciones ruidosas

		<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nivel de capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proyección ➤ Charlas educativas ➤ Programas educativos
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención que brinda el Centro de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regular ➤ Bueno ➤ Muy bueno

CAPITULO II

2.1.-MARCO REFERENCIAL:

El Centro de Salud se inaugura el 7 de Abril de 1959 bajo la dirección del Dr. Oswaldo Egas funcionando en una casa particular de la Sra. Dolores Darquea domicilio que se encontraba ubicado en las calles García Moreno entre las calles 7 de Mayo y 9 de Abril, se brinda atención de Control Prenatal, Posparto, Planificación Familiar, Control del Niño sano e Inmunizaciones.

Posteriormente con el Dr. Raúl Tapia se cambiaron a la casa de la familia Saltos ubicado en la esquina del Barrio la Pila, luego con el Dr. González se trasladó a la casa de la familia García ubicado en las calles Convención de 1884 entre Manuela Cañizares y Selva Alegre, luego paso a la Dirección del Dr. Gustavo Arregui y Ángel Escorza, todos estos periodos laboraron con un reducido número de personal¹.

En el año 1970 se trasladaron a su propio local ubicado en la Parroquia Chávez entre la calle Espejo y 5 de Junio, diagonal al parque 9 de Octubre, bajo la dirección del Dr. Jaime Velarde y la Lic. Marcela Larrea de Silva brindando los servicios de Salud ya existentes e integrándose a otros programas actualizados según requerimientos de la población.

En el año 2002 se construye en segundo piso, una obra muy importante para el buen funcionamiento del Centro de Salud bajo la dirección de la Jefatura del Área Uno la Dra. Nancy Calero y la Coordinación de la Lic. Marcela Larrea de Silva, La Dra. Maritza Navarro Directora del Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo, coordina actividades directamente relacionadas con la atención a los usuarios y manteniendo reuniones mensuales con el equipo de salud.

2.2.-MISION DEL CENTRO DE SALUD

Impulsar un servicio de atención a la población más vulnerable, utilizando como estrategia clave un ambiente saludable de respeto y educación para solventar una adecuada cobertura, realizando evaluaciones mensuales y seguimiento permanente a los grupos de riesgo.

2.3.-VISION DEL CENTRO DE SALUD

Ser una Unidad Operativa de Salud que trascienda en el cambio de atención con calidad y calidez a la población más vulnerable, propendiendo a mejorar la salud con acciones de fomento, promoción y recuperación, que vele por una mejor forma de vida de los usuarios impartiendo un ambiente de servicio comunitario con personal capacitado.

2.4.-PAQUETE BÁSICO DE ACTIVIDADES (PBA)

Consulta de morbilidad

- Demanda espontánea y Consultas subsecuentes
- Consultas de referencia y contra referencia

Seguimiento a enfermo crónicos.

- Desnutridos, hipertensos, tuberculosos, diabéticos y otros.

Consulta preventiva a niños.

- Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Detección de desnutridos y niños en riesgo

Salud Escolar.

Consulta preventiva de embarazadas.

- Control Prenatal, y Puerperio
- Prevención con toxoide tetánico.
- Detección de infecciones genito urinarias

Promoción de la Salud o Post Consulta

- Adopción de Estilos de Vida Saludables
- Detección Oportuna del Cáncer
- Lactancia Materna
- Educación nutricional
- Planificación Familiar
- Prevención con prioridad a escolares y embarazadas
- Demanda espontánea.

2.4.-Actividades Comunitarias.

- Reuniones de trabajo con Comités Locales de Salud
- Visitas Domiciliarias
- Proyección extramural a los usuarios de salud primer nivel.
- Supervisión de las Unidades Operativas
- Apoyo a recursos comunitarios y coordinación con otras instituciones

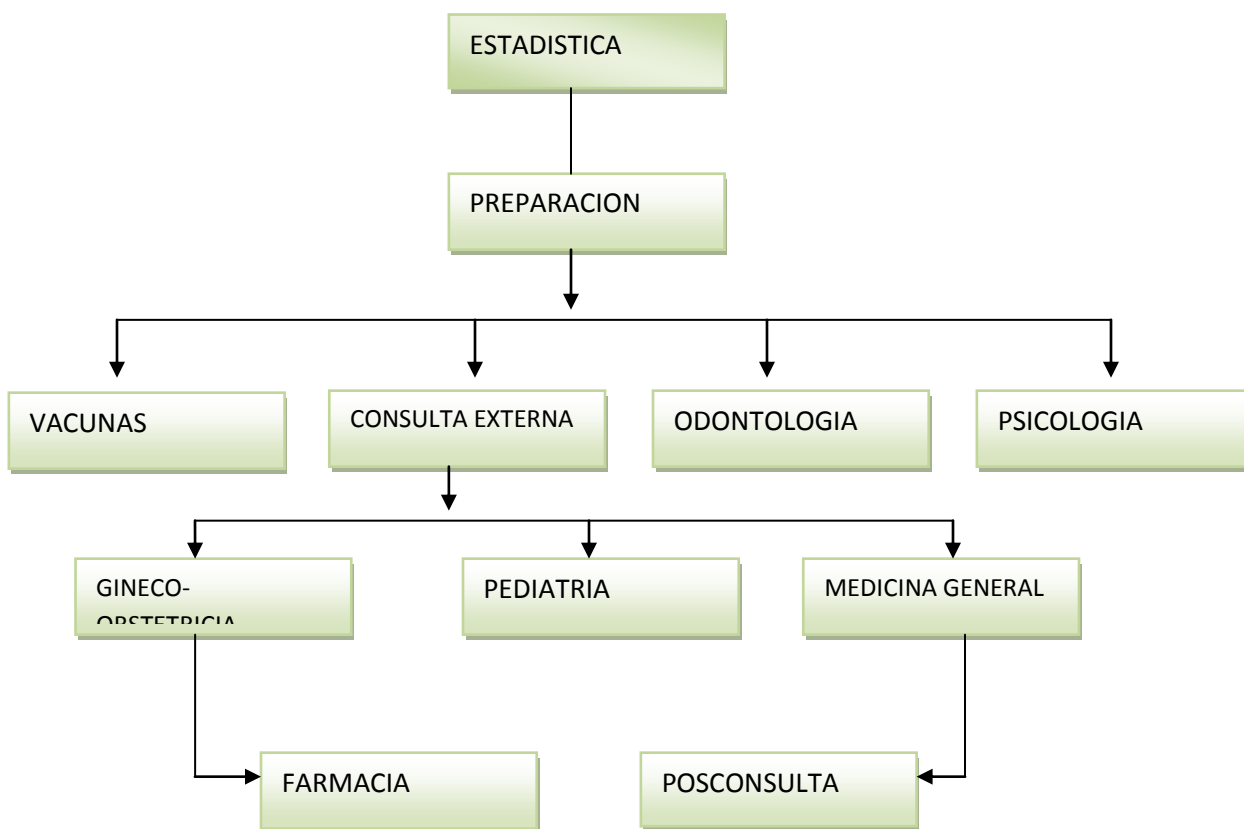
2.5.-INFRAESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD.

Consta de tres bloques, el primer bloque consta de 2 pisos, en la planta baja en la que funciona el centro de Salud "Gonzalo Cordero Crespo" el mismo que consta de 17 departamentos detallados en el plano 3.5, además posee una bodega pequeña, dos uso servicio higiénicos una para uso del personal y otro para los usuarios. En el segundo piso funciona la jefatura del área No. 1 que posee 8 departamentos con sus respectivos funcionarios.

En el segundo bloque funciona la bodega general que abastece de material a todas las unidades operativas del área No. 1.

Y un salón de reuniones que lleva por nombre Marcela Larrea de Silva.

2.6.-FLUJOGRAMA DEL CENTRO DE SALUD



2.7.-RECURSOS HUMANOS EXISTENTES EN LA UNIDAD.

1. Dr. Manuel Zanipatín	Médico
2. Dr. Marcelo Tapia	Medico
3. Dra. Katherine Duarte	Medico
4. Dr. René Alarcón	Medico
5. Dra. Karina Chico	Médico
6. Dr. David Barsallo	Med.Rrural
7. Dra. Cristina Pazos	M.Rural
8. Obste. Maritza Navarro	Obstetriz
9. Obsté. Silvia del Rosario	Obstetriz
10. Dr. José Lara	Odontólogo
11. Dr. Clara Changoluisa	Odontólogo
12. Lcda. Sandra Rosero	Enfermera
13. Lcda. Lilian Gavilánez	Enfermera
14. Srta. Silvana Medina	IRE
15. Srta. Martha Toapanta	IRE
16. Srta. Paola Baño	IRE
17. Srta. Deisy Yumbay	IRE
18. Sra. Piedad López	Aux. Odontología
19. Sra. Nelly del Salto	Aux. Enfermería
20. Sra. Grimanesa Avilés	Aux. Enfermería
21. Sra. Beatriz Gáneas	Aux. Enfermería
22. Sra. Vilma Encalada	Aux. Enfermería
23. Sr Gonzalo García	Inspector sanitario
24. Sra. Matilde Barragán	Inspectora de sanidad
25. Sr. Nelson Dávila	Inspector sanitario.

CAPITULO III

3.-MARCO TEORICO

3.1EL NUEVO MODELO DE ATENCION INTEGRAL FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL.

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008

Artículo 32: Garantiza el derecho a la salud, su vínculo con las condiciones sociales y ambientales del desarrollo, la garantía de accesos sin exclusión a programas, acciones y servicios integrales.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.

Objetivos

- Asegurar alimentación sana nutritiva y natural, con productos del medio.
- Promover prácticas de vida saludable.

¹Centro de salud Gonzalo Cordero Crespo

- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

3.2.-PLAN ESTRATEGICO DEL MSP 2009 -2013

ESTRATEGIAS

Priorización de la Atención Primaria de la Salud, organizando actividades en un sistema de atención planificado, programado y evaluado, que enfatice aquellas acciones preventivas que contribuyan al mejoramiento y protección de la salud, promoviendo la adopción de políticas favorables a la salud en ambientes de trabajo y la implementación de programas preventivos de salud ocupacional.

Focalización y reorientación de los servicios hacia la promoción en salud a cargo de equipos de salud integrales y responsables por la calidad, efectividad, oportunidad y eficiencia. Movilizar recursos comunitarios e institucionales para el manejo intersectorial de los factores protectores de la salud y prevenir los factores de riesgo y sus determinantes.

Implementación de estándares para la provisión de servicios de salud con difusión y socialización del nuevo modelo de atención en salud.

3.2.1.-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y SU DESARROLLO

La propuesta de reforma del sector salud en anteriores administraciones, estuvo orientada a conformar un sistema nacional de aseguramiento, que promovía la intervención de los gobiernos locales en este proceso, el AUS es la iniciativa nacional con las experiencias en Quito y PAP en Guayaquil.

A esta iniciativa que crea la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social apoya el BID en su proyecto de salud. Cuando se dan los cambios

constitucionales y de gobierno este financiamiento pasa a repartirse en tres componentes definidos en su línea de gasto:

INFRAESTRUCTURA: Bajo este componente se financió la compra de equipos médicos, medicamentos y la rehabilitación y construcción de la infraestructura de los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

PRO-AUS: Programa de Aseguramiento Universal en Salud, en los cantones de Quito, Guayaquil y Cuenca. Para este subcomponente se reconocieron los gastos comprendidos entre el 28 de junio de 2006 y el 31 de octubre del 2009, presentados en las solicitudes de desembolso No. 1, 4 y 6. Una vez que se declara la gratuidad de la salud se suspende el apoyo a las dos propuestas y se abre la posibilidad de concretar la implementación del nuevo modelo.

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Este subcomponente es de alcance nacional, que se encuentra funcionando en todas las provincias del país. Para este subcomponente se reconocen los gastos comprendidos entre el 1ro de enero de 2008 al 31 de diciembre del 2010

LINEAS ESTRATEGICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

COMPRENDE:

La creación de equipos básicos de salud (EBAS) para prestación de sus servicios en las áreas de salud, estarán integrados por un médico, una obstetra, una enfermera y un odontólogo, contratados bajo la denominación EBAS (contrato EBAS), quienes trabajarán exclusivamente en los objetivos y metas del modelo asignado.

EBAS INICIAL	EBAS IDEAL
EQUIPO DE ATENCIONMEDICA	EQUIPO DE ATENCION MEDICA
1 MEDICO	1 MEDICO (médico/a general, familiar oComunitario)
1 ODONTOLOGO	1 ENFERMERA
	1 ODONTOLOGO
1 OBSTETRIZ	GESTORES COMUNITARIOS DE SALUD
1 ENFERMERA	1 EDUCADOR PARA LA SALUD
1 AUXILIAR DEENFERMERIA	1 PARTERA COMUNITARIA
	1 PROMOTOR DE LA SALUD (Lídercomunitario)

Este equipo tiene señaladas actividades integrales preventivas y curativas con un amplio margen, para de acuerdo a cada diagnostico establecer las estrategias más apropiadas, remitiendo los problemas de mayor complejidad, participación con la comunidad y sus representantes en procesos de planificación y evaluación, diseño y ejecución de propuestas educativas. Estas actividades no están señaladas en el contrato modelo por prestación de servicios, estableciendo el jefe de área su ámbito de trabajo.

- 1 EBAS responsable de entre 500 a 600 familias en el área rural
- 1 EBAS responsable de entre 900 a 1000 familias en el área urbana y urbana marginal.

Formula de Asignación Prevista.

- En un primer momento, se asignó el EBAS en cada provincia, áreas de salud en base al ASIS (Análisis de Situación Integral de Salud) y planificación estratégica que demuestre la mayor población vulnerable dando prioridad al sector rural y las parroquias según líneas de pobreza del país.
- En un segundo momento, se evaluó el plan de intervención del área y unidades operativas, considerando herramientas como el mapa de riesgos, el perfil epidemiológico y las necesidades de salud de la población.

CONSTATAIONES RELEVANTES.

La nueva administración que se instala a partir del mes de mayo del 2010, dispone se realice un levantamiento de información sobre la situación en el proceso de implementación del modelo. Esta investigación revisa los documentos existentes y realiza una recolección de datos y opiniones de informantes clave en las áreas de varias provincias.

El primer problema identificado es la pérdida del concepto de APS como estrategia del modelo, si bien en los documentos esta explícito, en la aplicación se reemplaza las líneas de dirección por el instrumento de recolección de datos. A esta insuficiencia se une un débil programa de formación y monitoreo en terreno. Los equipos básicos se concentran en levantar las fichas familiares como encuestas medico sociales, añadido a la atención de demanda espontanea o atención extramural de morbilidad

La evaluación de la gestión toma en cuenta solamente el número de formularios llenos y las atenciones realizadas, no hay ninguna manera de reportar las actividades educativas, promocionales o preventivas de realizarse. Frente a los indicadores de desempeño que evalúan la actividad curativa intramural y el número de fichas los equipos básicos pierden su horizonte de acción.

La presencia del equipo de salud en la comunidad fue un impacto mediático que fortalece la política social del gobierno, que eleva su nivel de credibilidad y produce un efecto de mayor demanda hacia las unidades operativas.

Los cambios en el equipo de conducción frena el desarrollo de la estrategia, sobretudo en el proceso de empoderamiento que requiere entendimiento, formación y seguimiento de compromisos que lamentablemente no se dieron. Hay un conocimiento parcial y heterogéneo de la propuesta, sus líneas de acción y los indicadores de resultado. Un proceso de esta dimensión no puede confiar solo en

un proceso informativo en cascada, más complejo cuando los responsables cumplen directivas verticales de varios programas compitiendo por ser prioritarios. Las especiales condiciones laborales determinan diferentes condiciones salariales que desequilibran las relaciones de trabajo con equipos de salud que cumplen funciones similares pero mantienen ingresos menores, la contratación por servicios profesionales puede ser un límite si no se acompaña de un proceso de evaluación y ascenso en una carrera sanitaria estructurada

La mayor parte de los equipos de salud tienen solamente dos miembros, con un alto porcentaje de médicos frente a las otras profesiones, de las 1986 unidades de primero y segundo nivel 1276 unidades tienen profesionales destinados a APS. En muchas unidades operativas la experiencia ha sido exitosa, con ejemplos de coordinación intersectorial, participación plena de la comunidad, organización de eventos de difusión masiva, educación a promotores, salud oral escolar, control de enfermedades transmisibles, análisis de la información, recomendaciones para los instrumentos estadísticos, hay equipos que con experiencias anteriores se insertaron rápidamente en la nueva propuesta.

2

²DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD BOLIVAR

DISTRIBUCION DE LOS EQUIPOS EBAS EN LA PROVINCIA BOLIVAR

AREA 1	U. O	POBLACION	EBAS	MEDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIZ	ODONTOLOGO
1	CORDERO CRESPO	16189	4	4	4	1	2
2	GUANUJO	7951	2	2	2	1	2
3	JULIO MORENO	2972	2	2	2		1
4	SAN JUAN	3923	1	1	1		1
5	TRIGALES	5444	2	2	2		2
6	SIMIATUG	6810	3	3	3	1	2
7	VINCHOA	5304	2	2	2		1
8	FACUNDO VELA	4172	1	1	2		1
9	SALINAS	6170	2	2	2		1
10	QUINUACORRAL	2120	1	1	1		1
11	SANTAFE	2017	1	1	1		1
12	CACHISAGUA	3310	1	1	1		1
13	TALAGUA	3856	1	1	1		1
14	EL RAYO	1665	1	1	1		1
15	CUATRO ESQUINAS	4771	1	1	1		1
16	SAN LORENZO	2333	1	1	1		1
17	SAN SIMON	4671	1	1	1		1
18	TABLAS CHICO	700	1	1	1		
	TOTAL	84378	28	28	29	3	19

AREA 2	U.O		EBAS EXISTENTES	EBAS NECESARIOS		
	SAN MIGUEL	12565	4	4		
	QUISACOTO		1	1		
	SAN PABLO	6176	2	3		
	BILOVAN	3192	1	1		
	LAS GUARDIAS	2271	1	1		
	REGULA DE MORA	1160	1	1		
	BILOVAN, LAS GUARDIAS, REGULA DE MORA			1		ITINERANTE
	BALZAPAMBA	2102	3	1		
	SANTIAGO	1664	1	1		
	SAN VICENTE	1364	1	1		
	SANTIAGO, SAN VICENTE			1		ITINERANTE
	CHIMBO	4567	3	4		
	LA ASUNCION	2821	2	2		
	LA MAGDALENA	3082	2	2		
	TELIMBELA	3652	2	2		

	CALUMA	6120	3	4		
	YATUVI	1667	1	1		
	CHARQUIACU	3122	2	2		
	PITA	1190	1	1		
	TOTAL		31	34		

AREA 3	U.O	POBLACION	EBAS	MEDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIS	ODONTOLOGOS
	CHILANES	6628	5	6	6	2	3
	SAN JOSE DEL TAMBO	1316	3	4	3	1	2
	UNDUSHI	1089	1	1	1		1
	PACAY	1106	1	1	1		1
	MATAPALO	1102	1	1	1		1
	COLOMBIA ALTA	898	1	1	1		1
	ESTERO DE LA PLATA	1123	2	2	1		1
	JUNTA NUEVA	965	1	1	1		1
	FORTUNA BAJA	1161	1	1	1		1
	BOLA DE ORO	964	1	1	1		1
	SANTA ROSA DE AGUA CLARA	1136	2	2	2		1
	TOTAL	20415	19	21	19	3	14

AREA 4	POBLACION	POBLACION	EBAS	MEDICOS	ENFERMERAS	OBSTETRIS	ODONTOLOGOS
	CS ECHEANDIA	5871	4	4	4	2	3
	CAMARON	1432	1	1	1		1
	CHAZOJUAN	1126	1	1	1		1
	LA PALMA	1179	1	1	1		
	SABANETILLAS	1195	2	2	2		1
	LAS NAVES	5752	2	2	2	1	1
	LAS MERCEDES	1160	1	1	1		1
	SAN LUIS DE PAMBIL	3533	2	2	2	1	1
	TOTAL	21250	14	14	14	4	9

RESUMEN

AREA1	28
AREA2	31
AREA3	19
AREA4	14
TOTAL	92

ESTRATEGIA AIEPI

La Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), es un conjunto integrado de acciones curativas de prevención y de promoción que se brinda tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad.

La estrategia parte de la premisa que en las familias y en las comunidades tiene la principal responsabilidad de promover atención a los niños, considerando que el éxito en la reducción de la morbilidad y motilidad infantil requiere la participación activa de las comunidades de las familias y del trabajo conjunto con los trabajadores de salud las comunidades necesitan ser fortalecidas con conocimiento y habilidades relacionadas a la salud y el desarrollo del niño.

El componente comunitario y familiar de AIEPI busca iniciar reforzar y sostener las practicas³ familiares que son importantes para la supervivencia infantil crecimiento y desarrollo dentro del marco de desarrollo comunitario. Con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas motivadas.⁴

En consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental de los niños y niñas (lactancia materna. Alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y

³Estrategia AIEPI Comunitario

⁴ ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIO GONZALO CORDERO CRESPO

social) la prevención de enfermedades (vacunación higiene, protección contra malaria VIH/ sida) la atención adecuada en el hogar (alimentación durante enfermedades, **TRATAMIENTO EN EL HOGAR**, accidentes, abuso, participación de los hombres) y la búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos).

La estrategia fundamental consiste en el desarrollo de un proceso de movilización y participación comunitaria en áreas de alto riesgo para apoyar la efectiva aplicación de las prácticas claves para mejorar la salud de la niñez.

Las intervenciones son participativas y aglutinan a todas las instituciones que trabajan a favor de la niñez y en el nivel comunitario entre ellas: los servicios de salud escuelas, iglesia, municipalidades, grupos de voluntarios, club de madres y ONG en forma conjunta todas estas instituciones identifican las prácticas familiares y comunitarias que no estén protegiendo la salud de la niñez ni favoreciendo el crecimiento y desarrollo saludables.

Características de la estrategia AIEPI

En el hogar, promueve formas de proceder adecuadamente con respecto a la atención de las niñas y niños, así como conocimientos que le permitan a la familia busca a tiempo asistencia fuera del hogar, administrar correctamente el tratamiento indicado por el servicio de salud, así como también información y habilidades para brindar una mejor nutrición y la aplicación de medidas preventivas.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención tanto a nivel de las instituciones de salud como en el hogar y en la comunidad, es un derecho fundamental de los niños y niñas.

La Estrategia se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Aborda los principales problemas de salud del niño. El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas

más importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, la lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros.

- Asegura en primer lugar la identificación precoz, de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.
- Responde a la demanda actual de atención de la población, 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a instituciones de salud, tienen una o varias de las enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia
- Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas.
- Es eficaz en función del costo y su disminución. El Banco Mundial (Invertir en salud, 1993) clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos.
- Mejora la equidad. La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria, maltrato y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud.
- Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta.

- Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad.
- Puede adaptarse a la situación epidemiológica local. Retoma los problemas de salud del país o del área donde se implementará y los incluye en la estrategia.
- Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención, manejo de la enfermedad, detección oportuna de signos de alarma y factores protectores.

En los servicios de salud, la estrategia

AIEPI promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia que son vistas en consultorios para pacientes ambulatorios, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades principales, fortalecer los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y acelera la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos.

Está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho.

Objetivos de la estrategia AIEPI

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.

- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.

Componentes de la estrategia AIEPI

La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes.

- El primero consiste en el Mejoramiento del desempeño del Personal de Salud, que incluye la Adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles.
- El segundo, Fortalecimiento de los Servicios de Salud, para apoyar al trabajador de salud en sus tareas permanentes para que ofrezcan una atención de buena calidad
- El tercero el Mejoramiento de las Prácticas Familiares y Comunitarias que incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, y la acciones en el hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños.

La estrategia beneficia también al niño que acude al control de niño sano, en los dos casos, ya sea que el motivo de la consulta sea por morbilidad o atención del

niño sano, se pretende que en primer lugar se busquen activamente signos que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos y promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece.

La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud Evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres. Las intervenciones de la Estrategia AIEPI en el hogar son:

- Educar a la madre y otro responsable del cuidado, del niño.
- Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.

Manejo precoz de los casos.

- Búsqueda apropiada de asistencia.
- Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño a partir del tratamiento indicado, y de las recomendaciones para su cuidado.

El componente comunitario propone que las familias se incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro del niño protegiendo su crecimiento sano, desde el periodo prenatal, otorgando servicios y cuidados adecuados en el hogar y cuando la madre gestante, el recién nacido y el niño o niña menor de 5 años estén enfermos, detectando oportunamente signos de peligro y actuando inmediatamente para buscar ayuda.

METODOLOGÍA DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia asegura la capacitación de los recursos humanos, la organización de los servicios y los suministros necesarios para cumplir adecuadamente con los siguientes componentes:

- Evaluación del niño e identificación de signos de peligro
- Evaluación del niño con dificultad para respirar y identificación de signos de neumonía
- Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos de meningitis, neumonía, malaria o sarampión
- Evaluación de problemas de oído
- Búsqueda de signos de maltrato
- Identificación de signos de desnutrición y anemia
- Evaluación y consejos sobre lactancia materna y alimentación
- Evaluación del estado de inmunización del niño
- Tratamiento de enfermedades y problemas detectados
- Estimula prácticas saludables para el crecimiento y desarrollo del niño
- Educación al responsable de la atención del niño en el hogar sobre cuidados relativos a la enfermedad y vigilancia de los signos de gravedad para volver a consulta
- Orientar sobre pautas generales para asegurar crecimiento y desarrollo saludable

La estrategia se basa en el siguiente método: todo niño que llega a consulta, independientemente del motivo de la misma, o aún si llega para control de niños sanos, es sometido sistemáticamente a un protocolo de interrogatorio, dirigido a los responsables de su cuidado y a una exploración que permite el hallazgo de los signos y síntomas que orientan sobre la presencia de las principales enfermedades que afectan a los niños. La presencia de estos signos o síntomas permiten la clasificación del caso y el tratamiento adecuado de acuerdo a la

aplicación rigurosa del protocolo AIEPI. La consulta se aprovecha siempre para conocer el estado nutricional y de vacunación del niño y actuar en consecuencia, de acuerdo al protocolo. En toda consulta se explica a la madre cuando debe regresar para proceder a verificar la evolución de la enfermedad o a control, cuando debe regresar con urgencia, qué tratamiento se da al niño y cómo debe suministrarlo. Tras las explicaciones y demostraciones prácticas se realizan las preguntas necesarias y pruebas de verificación. En todas las consultas se dan las orientaciones necesarias para asegurar hábitos saludables relacionados con la lactancia materna y la alimentación en general.

Por otro lado, la estrategia AIEPI se adapta para dirigirla a otros recursos humanos vinculados a la salud: AIEPI dirigido a agentes comunitarios y AIEPI “conversando con las madres”. Esto permite la incorporación a la estrategia de educadores sanitarios, nutricionistas, asistentes sociales, promotores de salud y líderes comunitarios.

ADAPTACION DE LA ESTRATEGIA

La estrategia ha sido concebida en forma genérica adaptable a las diferentes realidades epidemiológicas de los distintos países, así como a las condiciones operativas de la implementación de acciones que existen en cada uno de ellos. De este modo algunos componentes de control de enfermedades prevalentes en algunos países pueden ser agregados a la estrategia AIEPI y en contraste, otros componentes no prevalentes, pueden ser suprimidos, en función de las características del área de aplicación.

La implementación de la estrategia AIEPI requiere una planificación local, que tome en cuenta el desarrollo armónico de los tres componentes, el compromiso político, como la coordinación interinstitucional e interagencial, la movilización de recursos así como la planificación, ejecución, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación

Referencia y Contrareferencia que comenzó a implementación desde 1 de septiembre del 2011.

ESTUDIOS REALIZADOS

I

Un Estudio realizado en Colombia (Cujíño y Muñoz 1999) acerca de los conocimientos, prácticas y acciones de promoción y prevención en IRA en niños, arrojó que los síntomas más frecuentes referidos por las madres de complicación respiratoria eran la dificultad para respirar, la fiebre, la congestión en los pulmones y que el niño se pone “morado”. La conducta asumida por las madres en caso de gravedad es llevar el menor al médico, a la farmacia, al centro de salud o al hospital. Expresaron además, que evitando los cambios de clima, el polvo, la humedad, el humo del cigarrillo, disminuye la frecuencia de las afecciones respiratorias en los menores. Se observó que algunas madres presentaban dificultad para diferenciar los signos y síntomas leves de los de alarma, se rescató también que algunas madres sabían reconocer ciertos signos de alarma pero no prestaban mayor atención a los de neumonía, y que ante síntomas iniciales, aplican tratamientos caseros medicando al niño según propio criterio.

II

Un estudio realizado en Chile por Toro y Astroza (citado por Cujíño y Muñoz, 1999) habla de un proyecto de autocuidado que conduce a mejorar los conocimientos de la población sobre IRA y cuyo fin era realizar una medición de los conocimientos, creencias y prácticas de las madres en relación a IRA, diagnosticar los factores de riesgo y caracterizar a las madres por estos factores de riesgo. Durante el estudio, las madres refirieron como signos de alarma la fiebre, quejido y pecho apretado, menos importancia le dieron al tiraje subcostal y respiración rápida. En cuanto al perfil de la población, la mayoría de las madres pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y muchas no completaban sus estudios. Se destaca entre las conclusiones que el nivel de escolaridad es directamente proporcional al reconocimiento de los signos de alarma de IRA.

III

Otro estudio realizado en México, concluyó que el conocimiento en IRA en el 61% de las 348 madres y/o cuidadores de menores de 5 años encuestados era regular, destacando que la mayoría no conocía la sintomatología, las medidas preventivas y los cuidados del hogar. (Martínez, Garza, Arcos y Castro, 2002.)

Distintos factores predisponentes o de riesgo pueden favorecer la presencia de las IRA, como ya hemos mencionado en párrafos anteriores, están el nivel socioeconómico y la escolaridad de los padres, encabezando la lista de factores de riesgo, siguiéndole otros no menos importantes como la edad del niño, el bajo peso al nacer, la desnutrición, la inadecuada lactancia materna, el hacinamiento, la contaminación ambiental, la inhalación de humo en niños de familiares fumadores, así como enfermedades crónicas que puedan favorecer la presencia de las IRA.

IV

Una recopilación de estudios a nivel mundial establece una serie de factores de riesgo para las IRA entre los cuales se encuentran:

Factores de riesgo demográficos:

Sexo y Edad

Al revisar la literatura destaca que los varones presentan mayor incidencia de IRA que las mujeres. En el estudio realizado en el Hospital Belén Trujillo de Perú (Citado por OPS, 1999), los resultados arrojaron que 583 casos de IRA por 1000 pacientes de consulta externa, los grupos de riesgo incluían menores de cinco años (81,5%) y sexo masculino (55,3%). Un estudio realizado en un Consultorio en Santiago de Chile, demuestra lo que se acaba de mencionar, la muestra incluyó niños entre 0 y 14 años de edad, los resultados demostraron que los riesgos de enfermar son significativamente mayores en varones y en menores de un año. (López, et al., 2001). En un estudio realizado en niños hospitalizados por IRA en un hospital de Santa Fe, Argentina, se demostró el predominio del sexo

masculino en el 64,5% de los pacientes estudiados, y los menores de un año (80,6%), como los grupos mayormente afectados. (Kusznierz, et al., 2007).

Factores de riesgo socioeconómicos

Ingreso familiar y educación de los padres

Un estudio realizado en Cuba (Martínez y Valdés, 1999), afirma como el nivel educacional de la madre o cuidador influye en la morbimortalidad por IRA, mencionando por el mismo motivo, la importancia de enfocarse en las educaciones para este grupo vulnerable, ya sea en la sala de espera de atención en los consultorios u hospitales o dentro de la misma consulta médica. Otro estudio realizado en Brasil observó que mientras menor era la renta, mayor era la prevalencia en IRA (52%). Este mismo estudio mostró que los niños con madres sin escolaridad presentaban un 68,8% de prevalencia de IRA; los niños cuyas madres tenían un mejor nivel educacional presentaban un 36,4% de prevalencia. (Freitas, et al. 2004).

Factores ambientales

Exposición al humo (contaminación doméstica).

El estudio realizado en Chile por Barría y Calvo (2008), señala que el tabaquismo pasivo de los lactantes dentro del hogar aumenta al doble el riesgo de desarrollar IRA baja. Los niños indígenas americanos menores de dos años expuestos a estufas de leña, tuvieron cerca de cinco veces más probabilidades de tener neumonía confirmada radiológicamente, que los niños de la misma edad y sexo de hogares sin tales estufas. (OPS, 1999). Respecto a la exposición de los niños al humo del cigarro, Prieto, et al. (2000), en su estudio sobre factores de riesgo para enfermedades respiratorias, señalaron que el 84% de los casos o sea, quienes presentaron enfermedad respiratoria en forma reiterada, estuvo expuesto, mientras que en los controles un 63% no tuvo exposición.

Hacinamiento

Un estudio en Brasil mostró que la presencia de tres o más niños menores de cinco años en la vivienda, se asociaba con un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía. (OPS, 1999). El estudio de Prieto et. al. (2000), también se analiza el hacinamiento en relación con las IRA, donde un 60% de los casos presentaba el factor hacinamiento, mientras que en los controles el porcentaje era sólo de un 11%.

Exposición al frío y humedad

Es posible, que factores ligados al clima frío, tales como el hacinamiento o la contaminación doméstica, sean a la larga responsables de la mayor morbilidad y mortalidad respiratorias durante los meses de invierno (OPS, 1999). Las bajas temperaturas se relacionan con un discreto efecto en IRA, favoreciendo la presencia de infecciones virales respiratorias en épocas frías. (Avendaño, Céspedes, Stecher y Palomino, 1999).

Otros

Lactancia materna

Un estudio de casos y controles realizado en Cuba (Prieto, Reitor y Russ, 2000) revela que la lactancia materna se comporta como un factor de riesgo cuando no está presente. Otro estudio realizado en América latina y el Caribe concluye que la lactancia materna exclusiva en los menores de cuatro meses y parcialmente materna en los menores de 4 a 12 meses reduciría significativamente la morbimortalidad por IRA y otras enfermedades. (Citado por la OPS, 2001). En una localidad de Brasil se demostró que la duración de la lactancia estuvo significativamente asociada con un mayor riesgo de IRA: los niños que nunca habían sido amamantados presentaban 49% más de posibilidades de contraer IRA que los niños que lo fueron o que todavía lo eran. (Freitas, Halpern, Gomes y Celso, 2004).

El informe del Estado Mundial de la Infancia 2008, elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), destaca los logros obtenidos por nuestro país respecto a sobrevivencia infantil, mencionando que en el año 2006 Chile, respecto a la mortalidad de menores de cinco años, queda en el lugar 148 entre 191 países y es superado sólo por Cuba en Latinoamérica. El informe también refiere la importante disminución de la mortalidad por IRA en los menores de un año gracias a las líneas de acción elaboradas y dedicadas a la promoción, prevención y tratamiento precoz, como los Programa IRA, las campañas de invierno e incorporación de IRA al AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas de la Salud). Señala también, el desafío pendiente, el cual es superar la inequidad que concentra las muertes en hijos de mujeres con baja escolaridad.

De acuerdo al contenido de esta investigación, se deduce que, en el contexto de las teorías de enfermería, la más relacionada a este estudio, es la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, ya que para prevenir el aumento de las cifras de morbilidad, se debe practicar esta teoría tanto por el equipo de salud, como por la comunidad.

CAPITULO III

INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Definición

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.

El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, o moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años.

ETIOLOGIA

El 80 a 90% de los cuadros de IRA son de etiología viral. Los grupos más importantes corresponden a rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, virus sincicial respiratorio (VRS) y algunos enterovirus (ECHO y coxsackie). Dentro de cada uno de ellos existen, a su vez, numerosos serotipos por lo que el número de posibles agentes patógenos para la vía respiratoria asciende al menos a 150, pudiendo incluso producir reinfección por re exposición.

A pesar que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico lo que permite diferenciarlos⁵clínicamente. La etiología bacteriana, de mucha menor frecuencia, está relacionada a algunos cuadros específicos de IRA alta, como otitis media aguda, sinusitis, adenoiditis y faringoamigdalitis.

Las infecciones respiratorias agudas, son la causa más frecuente de enfermedad en los niños y el principal motivo de consulta en los servicios de salud del estado.

CAUSAS Y FACTORES PREDISPONENTES

VIRUS Y BACTERIAS:

Se considera que más del 90% de los casos de infecciones respiratorias agudas son causadas por virus, la infección es producida por bacterias en menor porcentaje y solo en este mínimo porcentaje se justifica tratamiento con antibióticos.

FACTORES AMBIENTALES:

- **Exposición intradomiciliaria a contaminantes ambientales:** humo cuando se cocina con leña y el humo del tabaco.
- **Hacinamiento:** en estas circunstancias ocurre una mayor exposición a los microorganismos residentes en las vías respiratorias de los convivientes.
- **Clima:** Los cambios ambientales extremos, tales como caluroso-frío; o seco- húmedo y en general la exposición a cambios bruscos de temperatura

5

LÓPEZ, A. Infecciones respiratorias agudas en las América; Washington E.U.A: OPS. 26 de julio 2006; (De PDF) www.opsoms.org/spanish/dd/. 2009-07-15.

FACTORES INDIVIDUALES:

- Edad
- Bajo peso al nacimiento
- Ausencia de lactancia materna
- Desnutrición
- Infecciones previas:
- Esquema incompleto de vacunación
- Carencia de vitamina “A”

PREVENCIÓN

- Dar lactancia materna exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses y, complementaria, después de esta edad.
- Vigilar y corregir, en caso necesario, el estado nutricional del niño.
- Evitar el hábito de fumar cerca de los niños.⁶
- Evitar la quema de leña, o el uso de braseros, en habitaciones cerradas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- En tiempos de frío, mantener abrigados a los niños.
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas “A” y “C”.
- Evitar el hacinamiento humano para disminuir la transmisión de estos padecimientos.
- Ventilar la habitación del niño.
- Fomentar la atención médica del niño sano.

6

LÓPEZ, A. Infecciones respiratorias agudas en las América; Washington E.U.A: OPS. 26 de julio 2006; (De PDF) www.opsoms.org/spanish/dd/. 2009-07-15.

SINTOMATOLOGÍA

Se considera que un niño tiene infección respiratoria aguda cuando presenta tos o más de los siguientes signos y síntomas: tos, escurrimiento nasal, dolor de oído o salida de material purulento o líquido a través del mismo, dolor al deglutir, exudado purulento en faringe, voz ronca, respiración rápida o dificultad para respirar y que además presente fiebre, disminución del apetito y malestar general.

Para que se considere que es un padecimiento agudo no deberá transcurrir más de 15 días con estos signos y síntomas.

RECOMENDACIONES A LAS MADRES

Hidratación: Ofrecer líquidos abundantes. Si sólo los toma del pecho materno, ofrecer éste con más frecuencia.

Aspiración de secreciones: retirar las secreciones que obstruyan las fosas nasales. Se puede utilizar para este fin un gotero con suero fisiológico o agua con sal, o bien introducir una mecha de tela, gasa o con una perilla de aspiración para limpiar la nariz.

Alimentación: Mantener la habitual (si hay falta de apetito ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones, más veces al día). Ofrecer una toma extra de alimentos, durante la convalecencia y continuar con la lactancia materna.

- Evitar enfriamientos.
- No arropar demasiado al niño.
- Controlar la fiebre: mediante el baño con agua tibia y los medicamentos recetados por el médico.
- No administrar medicamentos no prescritos por el médico.

IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA:

- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Dificultad para beber o amamantarse
- Se ve enfermo
- Más de tres días con fiebre
- Pus en las amígdalas
- Pus o dolor en el oído
- Fiebre o baja temperatura corporal, en el niño menor de dos meses.

En los lactantes menores la mayoría de las muertes por esta causa ocurren en la casa y no en el hospital como cabría esperar y muchas veces esto sucede por simple ignorancia de la madre, porque no supo percibir el momento en que una simple gripe empezó a agravarse y cuando cayó en cuenta de ello, ya era demasiado tarde y no había nada que hacer.

Por esta razón, una de las principales acciones de la actual campaña para bajar la mortalidad por infección respiratoria aguda, consiste en instruir a la gente para que pueda saber cuándo la enfermedad requiere la presencia del médico, y cuándo es leve y puede ser tratada en la casa.

Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor
- Humedad ambiental.
- Hacinamiento.
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.
- Falta de alimentación materna.

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematológica.

Se consideran como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

1. Resfriado común.
2. Faringoamigdalitis.
3. Otitis media.
4. Crup.
5. Neumonía.

Esta última es la infección aguda que con más frecuencia amenaza la vida, especialmente en países en vía de desarrollo, como el nuestro. Por ello nos extendimos en revisar dos de sus complicaciones, por seguir teniendo especial relevancia en nuestro medio, como son: el empiema pleural y el absceso pulmonar

EPIDEMIOLOGIA

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40%.⁷

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes.

7

OMS. Boletín Epidemiológico; Washington, D.C. E.U.A: 2009; (De PDF) <http://www.paho.org/Spanish>. 2009-07-16.

Las Infecciones Respiratorias Agudas están constituidas por un variado grupo de enfermedades causadas por diversos agentes causales que afectan uno u otra zona de las vías respiratorias, cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas. Estos signos o síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal ; entre las IRA se encuentran aquellas infecciones leves como Resfrío o catarro, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves como la Neumonía.

La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada tanto por agentes bacterianos como virales. Entre las bacterias que causan estas infecciones⁸⁹ pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, y *Streptococcus B* hemolíticos. En cambio, entre los agentes virales más comunes se encuentran: Sincicial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud el Virus Sincicial Respiratorio (RSV) y el virus tipo 3 de la parainfluenza son las causas principales de infecciones respiratorias agudas en la infancia y la niñez temprana, causando del 20 al 25% de los casos de neumonía y del 45% al 50% de bronquiolitis en niños hospitalizados

CHERRY, J. Tratado de Infecciones en Pediatría: Infecciones de las vías respiratorias superiores: Resfriado común. 5ª ed. Mexico: Mc Graw – Hill; 2005: pp. 157-162.

NEUMONÍA

DEFINICIÓN

La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) Perturbando el intercambio de gases entre el espacio aéreo y el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria.

ETIOLOGÍA:

Las neumonías bacterianas tienden a ser las más graves y, en los niños, son la causa más común de neumonía. La bacteria más común que causa neumonía en niños es la *Streptococcus pneumoniae* (neumococo).

Los virus respiratorios son las causas más comunes de neumonía en los niños pequeños, alcanzando su pico máximo entre las edades de 2 y 3 años. En la edad escolar, la bacteria *Mycoplasma pneumoniae* se vuelve más común.¹⁰

AGENTES ETIOLOGICOS

ESTREPTOCOCUS PNEUMONIAE: Gram positivo, es el patógeno que más frecuentemente se asocia con neumonía, la incidencia varía en distintos centros debido a los métodos de análisis de los diferentes estudios en los cuales se incluye: toma de muestra apropiada, uso de antimicrobianos previos, test de antigenemia capsular polisacáridos.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE: Es un Gram negativo facultativo anaerobio, existen encapsulados y no encapsulados.

10

BENGUIGUI, Y." Diálogos en Pediatría: "Infecciones respiratorias agudas". 2da ed. España: Publicaciones técnicas Mediterráneo Ltda, 2004: 11- 26.

MYCOPLASMA PNEUMONIAE: Es un intermedio entre bacteria y virus, no tiene necesariamente una relación estacional, la incidencia depende si hay o no una actividad epidémica en la comunidad.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS: Es un patógeno extremadamente importante en la responsabilidad de la neumonía severa de la comunidad. La infección puede ocurrir después de Influenza o secundario a diseminación hematógica en pacientes que han utilizado antibióticos previamente. La incidencia es de 7 - 10% con una mortalidad alrededor de 30%, la que ocurre habitualmente en las primeras 48 horas de ingreso al hospital.

LEGIONELLA PNEUMONIA: Bacilo Gram negativo aerobio, existen 34 especies, son organismos de ubicación acuática y la transmisión de este patógeno es por inhalación de aerosol. Actualmente se considera el segundo agente causal de neumonías severas adquiridas en la comunidad

CHLAMYDIA PNEUMONIAE: Es una de las distintas especies de género Chlamidia, es un parásito intracelular obligado.

BACTERIAS ANAEROBIAS: son los patógenos, dominantes en los pacientes con neumonía por aspiración.

MORAXELLA CATARRHALIS: Un diplococo Gram negativo, un reconocido patógeno bronquial, particularmente asociado con pacientes con patología pulmonar preexistente.

BACILOS GRAM NEGATIVOS AEROBIOS: Incluye diversos patógenos como Echerichia Coli, Pseudomonas Aeruginosa, Klebsiella Pneumoniae. Aunque se asocian presentemente a neumonías nosocomiales, a pacientes en ventilación mecánica, usando humidificadores de aire o nebulizadores.

VIRUS: Sincicial respiratorio, Influenza A Cytomegalovirus son los más reconocidos, los pacientes se encuentran habitualmente en los extremos de la vida y se aprecian clínicamente más comprometidos y con mayor probabilidad de curso fatal.

De todos los casos comunitarios, un 7%-13% son lo bastante graves para poner en peligro la vida y requerir hospitalización. Numerosos datos demuestran que los principales factores de riesgo de la incidencia de neumonía son la falta de lactancia materna exclusiva, la desnutrición, la contaminación del aire en locales cerrados, el bajo peso al nacer, el hacinamiento y la falta de inmunización.

Neonato	1 a 3 meses	3 meses a 5 años	> 5 años
Estreptococo B	Virus respiratorio	Virus respiratorio	Micopl.pneumoniae
Varicela - Herpes	Estreptococo B	Estrept.pneumoniae	Estrept.pneumoniae
Citomegalovirus	ClamidTrachomatis	H Influenza B	Cor.pneumoniae
Esch. Coli	Enterobacterias	H Influenza NT	Virus
Listeria monocytog	Staph Aureus	Micopl.pneumoniae	H Influenza NT
Bordetel.pertusis	Bordetel.pertusis	Cor.pneumoniae	Coxiellaburnetti
Clamid Trachomatis	Listeria	M.catharralis	M. Tuberculosis
S.aureus, Proteus	H Influenza B	S.Aureus	Legionella pneum.
Klebsiella,		M.Tuberculosis	

FISIOPATOLOGÍA:

Existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado aquí el intercambio gaseoso no puede llevarse a cabo en las áreas condensadas y la sangre se desvía alrededor de los alvéolos no funcionales. Dependiendo de la cantidad de tejido afectado puede aparecer hipoxemia. Con frecuencia la neumonía puede ser causada por una aspiración de materiales infectados a los bronquios distales y alvéolos. Ciertas personas son especialmente susceptibles como aquellas personas cuyos mecanismos de defensa respiratorios están dañados o alterados.

FACTORES DE RIESGO EN NEUMONÍA

1- Demográficos:

- Sexo: No hay variación
- Edad: 50% de las muertes se producen en niños <6 meses.

Los factores responsables:

- Inmadurez inmunológica
- Bajo peso al nacer
- Nacimientos prematuros
- Destete prematuro.

2. Socioeconómicos:

La diferencia socioeconómica entre países es muy amplia. Sin embargo la mortalidad por I.R.A. es casi una constante. En cambio la anual de neumonías es de 3 a 4% en áreas desarrolladas y 10 a 20 % en países en desarrollo.

Los factores socioeconómicos están en relación al:

- Ingreso familiar
- A la educación de los padres.

- Al lugar de residencia

3. Ambientales:

Los factores de riesgos ambientales más frecuentes son:

- Por exposición al humo: que puede ser por contaminación atmosférica (Dióxido de sulfuro); por la contaminación doméstica (combustibles orgánicos: maderas-desperdicios humanos y agrícolas); por tabaco; etc.
- Por hacinamiento: el mayor contacto interhumano contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones. La presencia de 3 o más niños menores de 5 años en la vivienda o la concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía.
- Exposición al frío y la humedad: las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno. Probablemente más que el frío y la humedad, sean los contaminantes domésticos por hacinamiento ligados al clima frío, los responsables de la morbimortalidad.

4. Nutricionales:

BAJO PESO AL NACER: aproximadamente el 16% de los niños nacidos en el mundo tienen bajo peso al nacer. Esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales el 90% nace en países en desarrollo. Este bajo peso condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida. Los infantes pre término se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes pequeños para edad gestacional; los infantes severamente prematuros raramente sobreviven.

DESNUTRICIÓN: La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. El déficit de peso para edad varió de 23 a 53 %, mientras que el desgaste fue menos común, fluctuando de 3 a 19 % respectivamente. Los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

LACTANCIA MATERNA: La frecuencia de la lactancia materna varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos. Entre ricos y algunas áreas urbanas pobres, la duración media de la lactancia es de 3 meses. En otras áreas urbanas pobres y rurales pobres, los bebés son alimentados a pecho hasta los 12 5 18 meses (25). La lactancia materna protege contra las IRA mediante cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida. Después del 6to. Mes cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan los problemas económicos y como resultado la desnutrición.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Neumonía bacteriana	Neumonía viral	Neumonía atípica
Fiebre	Fiebre	Fiebre, a menudo febrícula
Escalofríos que producen temblores	Escalofríos	Escalofríos
Tos con flemas verdes, amarillentas o de color óxido	Tos seca	Toser; a veces de forma violenta; produce flemas blancas
Dolor en el pecho	Dolor de cabeza	Posibles náuseas o vómitos
Sudor excesivo	Dolor muscular	Debilidad
CIANOCIS	Color azulado en las uñas o los labios debido a una disminución de oxígeno en la sangre	
Confusión mental	Debilidad	

COMPLICACIONES:

1. Fallo respiratorio (o cardio-respiratorio) agudo.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

- La Rx de tórax constituye el diagnóstico de certeza de neumonía.
- Hay dos patrones radiológicos de neumonía: el intersticial (más propio de las víricas) y el alveolar (bacteriano)
- La radiación ionizante no es inocua: se evitará siempre que se pueda.
- En ausencia de taquipnea es poco probable la existencia de neumonía y la Rx podría obviarse, sobre todo en lactantes.
- En la bronquiolitis y el asma la Rx suele ser innecesaria y ser fuente de iatrogenia (confundir atelectasias con neumonías y tratarlas)
- En neumonías no complicadas no está indicada la Rx de control. Si la neumonía fue grande o complicada, hacer control pasadas 5 a 6 semanas a no ser que la clínica obligue a hacerlo antes.¹¹

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO:

Tienen utilidad:

Para virus:

La determinación de antígenos en moco nasal

Para Bacterias:

- El hemocultivo (específico pero poco sensible)
- Antígenos capsulares en orina (neumococo (poco específico) y legionella)
- Serología en bacterias atípicas

11

BEHRMAN, R. KLIEGMAN, R. NELSON, W. VAUGHAN, V. Nelson Tratado de Pediatría: "Nasofaringitis aguda". 14a ed. México: Interamericana/ McGraw-Hill, 2003. pp. 1285-1287.

DIAGNÓSTICO ANALÍTICO:

El recuento y la fórmula leucocitaria por sí solos no diferencian bien la etiología viral de la bacteriana.

La Saturación de oxígeno es el dato más útil para valorar la gravedad de la neumonía. El neumococo genera hipoxemia.

ASÍ PUES, LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS RENTABLES A REALIZAR SERÁN:

- Rx tórax,
- Hemograma, PCR
- hemocultivo.

TRATAMIENTO MEDICO:

- Brindar mucho líquido para ayudar a aflojar las secreciones y sacar la flema.
- Controlar la fiebre con antipiréticos (no usar aspirinas en niños).
- Reposo en cama
- Administración de líquidos, antibióticos, analgésicos, en caso necesario oxígeno
- El antibiótico prescrito debe ser específico para la bacteria identificada en el cultivo de esputo como para neumonía neumococica se empleara la penicilina g-cristalinica que se administra por vía IM hasta que la temperatura del paciente se normalice durante dos días
- Se complementa con expectorantes. Drenaje postural , y aspiración bronquial
- Realización de radiografía de tórax

ESQUEMA DE EVALUACION DE UN NIÑO CON NEUMONIA

PREGUNTE	OBSERVE		COMPLETE EL EXAMEN FISICO Y EXPLORE
	MENORES DE 2 MESES	2 MESES A 4 AÑOS	
¿Puede beber líquidos o succionar Cuánto tiempo lleva tosiendo Tuvo convulsiones (especialmente si es de 2 meses)	Frecuencia respiratoria (más de 60 veces, por minuto), tiraje, cianosis, fiebre o hipotermia, distensión abdominal, quejido	Frecuencia respiratoria mayor a 50 (2 – 11 meses) mayor a 40 (1 – 4 años) Tiraje Quejido	Decaimiento. Estado de conciencia. Estado nutricional. Estado de hidratación. Temperatura.

CRITERIOS PARA ORIENTAR EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA EN NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS

Una vez efectuado la evaluación del niño de 2 meses a 5 años, si usted ha encontrado alguno de los siguientes signos de peligro: **REFIERA DE INMEDIATO AL NIÑO AL HOSPITAL .**

SIGNOS DE PELIGRO PARA REFERENCIA A UN CENTRO HOSPITALARIO.

RESFRIADO COMUN (RINOFARINGITIS AGUDA)

El resfriado común, catarro o resfrío es una enfermedad infecciosa viral leve del sistema respiratorio superior que afecta a los niños de todas las edades, altamente contagiosa, causada fundamentalmente por rinovirus y coronavirus. Los síntomas

principales son estornudos, secreción nasal, dolor de cabeza, goteo y congestión nasal, ojos llorosos, picor, dolor o flema en la garganta, tos, cansancio y una sensación de malestar general. Es una de las enfermedades más comunes que, por lo general, dura entre 3 y 10 días. Aunque el resfriado común no tiene cura, los síntomas generalmente se resuelven espontáneamente en 7 a 10 días, con algunos síntomas pudiendo permanecer hasta por tres semanas.

El resfriado es distinto de la gripe, una infección viral más grave del tracto respiratorio que muestra síntomas adicionales: fiebre en aumento, temblores y dolores musculares, aun cuando muchas personas confunden ambos términos.

Epidemiología

El resfriado común es una enfermedad de origen viral y la epidemiología es, por lo tanto, la propia de ese tipo de enfermedades. Las infecciones del tracto respiratorio superior son muy comunes y constituyen uno de los cinco diagnósticos más frecuentes en las visitas de atención médica ambulatoria. A pesar de tratarse de infecciones leves, auto limitada y de corta duración, son la principal causa de morbilidad aguda en el absentismo laboral y escolar.

Algunos factores que influyen en la gravedad de los síntomas son: el estrés psicológico y la baja clase social. Además, una salud débil en general u otras condiciones preexistentes, como las alergias, pueden agravarse debido a una infección. El personal de salud, incluyendo odontológico tiene un riesgo, al menos potencial, de enfermar de una enfermedad respiratoria como el resfriado común, la gripe, etc.

Los virus más implicados son: rinovirus, adenovirus, coronavirus, para influenza, sincicial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie Sobresalen los siguientes aspectos:

- Es Más frecuente en los preescolares. Se presentan, con tres a nueve resfriados por año, uno cada seis semanas Se incrementa a 12 episodios/año en guarderías y en programas de educación preescolar
- Es necesario el contacto personal estrecho entre los niños para la transmisión de los virus.
- En la población infantil los niños tienden a padecer más resfriados que las niñas
- El periodo de incubación habitual de los resfriados es de dos a cinco días.
- El resfriado común es más contagioso entre el tercer y quinto día que es también cuando es más sintomático.
- Hay factores coadyuvantes como el hacinamiento, la aglomeración en sitios cerrados, la contaminación ambiental.
- La mayor parte de los virus que el individuo infectado expulsa al ambiente es a través del estornudo, al sonarse la nariz o por contaminación por secreciones nasales¹²

ETIOLOGIA

Virus El resfriado común es una infección viral del tracto respiratorio superior. En total más de 200 tipos virales serológicamente diferentes causan resfriados. El virus más frecuentemente implicado es un rinovirus (30-50%), un tipo de picornavirus con 99 serotipos conocidos Otros virus implicados incluyen: los coronavirus (10-15%), virus influenza los virus para influenza humano, y los virus sincitial respiratorio, adenovirus, enterovirus, y metapneumovirus

Rinovirus Los rinovirus constituyen la principal causa del resfriado común La temperatura óptima para la replicación del rinovirus es 33-35 °C. Los Rinovirus no replican de manera eficiente a la temperatura corporal. Ello puede explicar por qué los Rinovirus replican tan bien en las fosas nasales y el árbol traqueo bronquial superior, pero no también en el tracto respiratorio inferior. El período

12

ROBERTSON, J. SHILKOFSKI, N. Manual HarrietLane de Pediatría: "Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas". 17ª Ed. Madrid: ElsevierMosby. 2007: 125-127.

de incubación es de aproximadamente 2-4 días. La viremia con Rinovirus es muy infrecuente.

Influenza virus Los virus de la influenza son los principales causantes de la gripe, sin embargo, pueden también causar resfriados leves. La infección por virus de influenza se produce después de la transferencia de las secreciones respiratorias de una persona infectada a una persona inmunológicamente susceptible. Si el virus no es neutralizado por los anticuerpos secretores, invade las células del tracto respiratorio. Una vez dentro de las células del huésped, se produce una disfunción y degeneración celular, junto con la replicación viral y la liberación de la progenie.

Viral: A diferencia de la gripe, el virus influenza causa resfriado común cuando no aparecen síntomas sistémicos resultado de mediadores de inflamación en el organismo. El período de incubación varía desde 18 hasta 72 horas.

Cuadro clínico

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.

Se caracteriza por diferentes grados de manifestaciones, dependiendo de la edad del paciente. En los menores de tres meses la coriza es el único síntoma y la fiebre es rara o discreta. En los lactantes mayores de tres meses, quienes generalmente tienen fiebre, irritabilidad y en cuanto más pequeño es el niño más manifiesta es la obstrucción nasal que interfiere con la alimentación o el sueño.

La mayoría de los niños con resfriado común padece de tos debido a que hay receptores del reflejo de la tos a nivel de fosas nasales, laringe, tráquea y

bronquios; también se ha explicado como un reflejo debido al goteo postnasal o un factor desencadenante del fenómeno de hiperactividad bronquial

Posteriormente a los signos de localización, más o menos a los tres días, las secreciones nasales se vuelven espesas y de aspecto mucopurulento, debido a la presencia de epitelio descamado y de leucocitos polimorfo nucleares, esto no indica sobreinfección bacteriana.

La enfermedad dura de siete días a dos semanas, puede persistir tos decreciente y secreción nasal.

Al examen físico existe inflamación y edema de la mucosa nasal y faríngea sin exudado o nódulos linfáticos faríngeos, y con signos de extensión a otros niveles del aparato respiratorio como las cuerdas vocales (disfonía) y los bronquios (tos húmeda).

El resfriado común en niños es de buen pronóstico, un pequeño porcentaje de éstos sufre complicaciones como otitis media, sinusitis, adenoiditis bacteriana, síndrome sibilante o neumonías

La presencia de dolor de oído intenso o permanente, la persistencia de secreción nasal purulenta asociada a la reaparición o intensificación de la fiebre, son indicios clínicos de que hay complicaciones.

Diagnóstico

En la mayoría de los casos el cuadro clínico es suficiente para establecer con certeza el diagnóstico de resfriado común. El diagnóstico del microorganismo específico causante del cuadro es difícil y poco práctico considerando la naturaleza auto limitada de la enfermedad; sin embargo el conocimiento de los patrones estacionales de cada uno de los virus puede ayudar a sugerir el posible agente involucrado. Por otra parte la recuperación de los diferentes tipos de virus a través de cultivos es un procedimiento costoso que con

frecuencia sólo está disponible para fines de investigación, por lo que la identificación a través de pruebas serológicas ya disponibles para algunos virus puede ayudar en la descripción de algunas epidemias. La responsabilidad del médico es por lo tanto identificar estas complicaciones y proporcionar un adecuado tratamiento. Se ha reconocido que al menos 0.5% de los casos de resfriado se complican con sinusitis y hasta 2% con otitis media.

Deberá tenerse en mente que otras enfermedades pueden cursar con síntomas similares al resfriado común entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: rinitis alérgica, la cual tiene una presentación episódica crónica, cursa sin fiebre y generalmente existen antecedentes. Enfermedades sistémicas como sarampión, rubéola, varicela y parotiditis e incluso la hepatitis pueden confundirse durante su fase inicial con el resfriado común, pero posteriormente a medida que avanza el cuadro clínico se pueden diferenciar con cierta facilidad. La rinorrea persistente, particularmente si se torna sanguinolenta y es de una sola narina debe sugerir la posibilidad de un cuerpo extraño.

Tratamiento

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas. Aun cuando hay cientos de tratamientos contra el resfriado, pocos ofrecen algún beneficio al paciente pediátrico y muchos pueden ser nocivos.

No hay medicamentos específicos antivirales disponibles para erradicar los virus que causan los resfriados.

Las recomendaciones actuales están basadas en la aplicación de medidas sencillas:

- Aliviar la obstrucción nasal.
- Controlar la fiebre.
- Continuar una alimentación normal.

- Ofrecer líquidos con frecuencia.
- Detectar complicaciones.
- El alivio de los síntomas nasales y de la obstrucción nasal en los lactantes es fundamental, la limpieza adecuada de las secreciones y el lavado con suero salino cada vez que sea necesario es suficiente y no tiene ningún riesgo
- Los analgésicos y antipiréticos están indicados en aquellos niños con fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias, odinofagias, otalgias siendo más seguro el acetaminofén, a razón de 10 a 15 mg/kg., cada cuatro a seis horas durante los primeros tres días de la infección
- El ácido acetilsalicílico no se recomienda en niños con síntomas respiratorios porque lo relacionan con el síndrome de Reye asociado a infecciones respiratorias por influenza
- El uso de los antibióticos en el resfriado común no acorta la duración ni previene las complicaciones.

Prevención¹³

La mejor manera de evitar un resfriado es evitar el contacto cercano con los enfermos actuales, lavarse meticolosa y regularmente las manos y evitar tocarse la cara. Los jabones antibacterianos no tienen efecto sobre el virus del resfriado - es la propia acción mecánica de lavarse las manos la que elimina las partículas víricas.

La prevención no específica, solamente, es la que es posible aplicar, tratando de cortar el modo de transmisión:

- El simple lavado de manos por sí mismo.

13

HARKER, H. Infección y alergia respiratoria en el niño: "Resfriado común". 2a ed. Cali: XYZ; 2004: 93- 99.

- Eliminación adecuada de secreciones nasales, aunque estas medidas no son aplicables en niños pequeños.

La prevención específica por medio de vacunas para rinovirus aún no es posible. Solamente en aquellos casos de epidemia controlada por influenza y en grupos de alto riesgo

RECOMENDACIONES PARA PADRES

En la mayoría de los casos están indicadas medidas no medicamentosas para aliviar el resfriado común, consistentes en las siguientes recomendaciones

- Conservar una adecuada hidratación con líquidos orales frecuentes.
- Alimentación normal a tolerancia con alimentos nutritivos y calóricos.
- Seguir amamantándolo.
- Reposo en cama.
- Mantenerlo en un lugar fresco.
- Destaparle la nariz con solución salina a chorros, con cuatro onzas de agua más media cucharadita cafetera de sal.
- Aliviar la tos e irritación con sustancias que produzcan saliva, es de considerar el uso de bebidas con miel, limón y agua caliente
- Humedecer el medio ambiente y mantener una ventilación adecuada.
- Control de la fiebre y los síntomas generales con analgésicos y antipiréticos comunes como el acetaminofén.
- Usar vestimenta y aseo personal (baño) de forma habitual.
- Detectar y vigilar la aparición de complicaciones (frecuencia respiratoria aumentada en reposo con nariz destapada, persistencia de la fiebre después de dos a tres intentos de bajarla, dolor de oído, petequias de reciente aparición, antecedentes de convulsión febril).
- Fomentar la lactancia materna.

- Tratar de disminuir los factores coadyuvantes que en un momento dado aumentan la incidencia de la enfermedad como son el hacinamiento, la contaminación ambiental y el humo del cigarrillo.

FARINGOAMIGDALITIS

La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y de las amígdalas, es decir, de la garganta y de las anginas. Se trata de una de las infecciones más comunes durante la infancia, sobre todo en la edad escolar.

Factores epidemiológicos

La mayoría de los casos de faringoamigdalitis aguda ocurre durante los meses más fríos y lluviosos en países con estaciones. Es así como las infecciones por estreptococos usualmente aparecen en el invierno tardío o en la primavera temprana. Siendo el hábitat natural para la mayor parte de los estreptococos del grupo A el tejido linfoide de la oro faringe, la transmisión ocurre en epidemias y en lugares de elevado hacinamiento donde sube la frecuencia a 80%. De igual manera es frecuente que el pico de infección se aumente cuando el niño comienza a asistir a la escuela (son los niños que tienen alrededor de tres años de edad). Es frecuente la aparición de varios casos en la familia.

Alrededor de los seis meses de edad la inmunidad transmitida por la madre se reduce dramáticamente y los lactantes se hacen más susceptibles a las infecciones del tracto respiratorio superior. El riesgo de contagiarse un niño es cerca de 20 a 50% dependiendo de la virulencia del germen y del grado de hacinamiento.

Causas

La faringoamigdalitis es una enfermedad infecciosa y, por tanto, adquirida por contagio, bien a través del aire (al toser o estornudar) o bien por contacto directo.

Conviene desterrar ciertos mitos como el que la enfermedad se produce por no abrigarse lo suficiente, por beber líquidos fríos o comer helados, por exponerse a corrientes de aire, etc.

En la mayoría de los casos, los causantes son los virus: 90% a 95% de las veces en menores de 3 años. Las amigdalitis agudas pueden dividirse en tres categorías que sugieren su etiología y tratamiento:

- Eritematosa y exudativa: causada principalmente por virus en 70% y por bacterias en 30%, siendo el estreptococo del grupo A, el más importante.
- Ulcerativa: la mayoría son virales, raramente bacterianas, como la angina de Vincent por la asociación fusoespirilar.
- Membranosa: su prototipo es la difteria, enfermedad ya poco frecuente entre nosotros

Los virus respiratorios son los principales agentes causales. De estos, los adenovirus del tipo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7a, 9, 14 y 15, son los agentes aislados con mayor frecuencia aislados. Los organismos bacterianos también son responsables de un número significativo de episodios de faringoamigdalitis aguda por la abundancia de organismos presentes en la cavidad oral sana y el tracto respiratorio superior

El organismo bacteriano más comúnmente aislado en los cultivos de garganta es el estreptococo beta hemolítico del grupo A, en 90% de los casos. Este organismo ha sido objeto de mucha atención por su capacidad para producir fiebre reumática, una enfermedad sistémica que afecta las articulaciones y el corazón y algunas veces la piel, el sistema nervioso central y los tejidos subcutáneos

Si se dejan sin tratamiento, las infecciones por estreptococo del grupo A también pueden causar glomérulo nefritis postestreptocócica (hematuria macroscópica, hipertensión, edema, e insuficiencia renal)

Manifestaciones clínicas

El síndrome clínico clásico se presenta en los niños de cinco a 12 años de edad, con un período de incubación de 12 horas a cuatro días, de fiebre alta de inicio súbito, dolor de garganta principalmente, con amígdalas de aspecto exudativo, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, adinamia, adenomegalias dolorosas en el cuello y lesiones petequiales en el paladar blando y un eritema en papel de lija de tipo «escarlatina» que compromete tórax anterior y pliegues dando el signo de Pastia.

La faringoamigdalitis producida por virus se caracteriza por:

- Comienzo gradual y empeoramiento progresivo
- Fiebre moderada (generalmente inferior a 39°C)
- Dolor moderado de garganta
- Presencia de pequeños ganglios en el cuello
- Enrojecimiento de la orofaringe y amígdalas¹⁴
- Aumento leve-moderada del tamaño de una o ambas anginas.
- Poca afectación del estado general.
- Con frecuencia se acompaña de otros síntomas de tipo respiratorio como mucosidad nasal, tos y enrojecimiento ocular.

La faringoamigdalitis producida por bacterias se caracteriza por:

- Comienzo brusco y afectación del estado general
- Fiebre elevada (generalmente superior a 39°C)
- Aumento del tamaño de los ganglios del cuello, siendo dolorosos a la palpación.
- Es habitual que aparezcan otros síntomas como dolor de cabeza, náuseas, vómitos y/o dolor abdominal.

14

GOERINGER, G. VIDIC, B. " Embriogénesis y anatomía del anillo de Waldeyer". Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América. E.E.U.U. 2006, vol 27,(2): 223-233.

- Orofaringe y amígdalas muy enrojecidas, aumento del tamaño de una o ambas amígdalas con presencia en la superficie de puntos rojos (pequeñas hemorragias), focos de pus (bacterias) o placas blanquecinas

Hallazgos físicos

La elaboración de una historia y un examen físico completo son esenciales para el diagnóstico. Las amígdalas y la faringe deben ser evaluadas cuidadosamente para evidenciar la presencia de eritema, exudado, tamaño y simetría.

Infección viral

El eritema no exudativo de la faringe con lesiones vesiculares o ulcerativas, sugiere causa viral. Sin embargo, la mononucleosis infecciosa se presenta con exudados en las amígdalas, linfadenopatías generalizadas, malestar y esplenomegalia. Los pacientes inmunocomprometidos con agranulocitosis tienen una morbilidad aumentada. El virus herpes tipo I, provoca faringoamigdalitis indistinguible de la estreptocócica.

Infección bacteriana

El diagnóstico clínico de la amigdalofaringitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A es difícil de hacer porque comparte el mismo cuadro clínico con las de origen viral o de causa desconocida. No hay ningún signo o síntoma que sea patognomónico de faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico del grupo A. La regla de oro, consiste en la identificación del estreptococo (beta hemolítico del grupo A en el exudado de garganta). La prueba rápida detecta el antígeno A y el cultivo en agar sangre aísla la bacteria. La prueba rápida tiene una especificidad mayor de 95% y una sensibilidad mayor de 90%.

Por esta razón, si el método rápido es negativo, debe hacerse un cultivo para descartar un resultado falso negativo. Los cultivos falsos negativos son estimados en cerca de 10%.

Características epidemiológicas y clínicas en el diagnóstico

Los factores epidemiológicos y clínicos para el diagnóstico etiológico de la faringoamigdalitis han sido reportados. Breese mostró que un sistema de evaluación de nueve factores para prever la infección verdadera por estreptococos:

- Mes de observación (estación, aspecto climático).
- Edad.
- Número de leucocitos.
- Fiebre.
- Faringitis.
- Tos.
- Cefalalgias.
- Faringe anormal.
- Ganglios cervicales anormales.

Cada factor tiene un valor numérico relativo asignado para obtener un índice de predicción. Cuanto más alto es este índice, más probable es la presencia de infección estreptocócica.

Tratamiento

Los analgésicos, incluyendo, el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para la molestia de la garganta y la fiebre. La aspirina debe evitarse por el riesgo de síndrome de Reye en relación con enfermedades tipo influenza o varicela.

El manejo del paciente depende de la facilidad que tengamos para hacer el diagnóstico bacteriológico. Si no contamos con esta ayuda debemos basarnos en el cuadro clínico.¹⁵

FALLAS DEL TRATAMIENTO E INFECCIÓN RECURRENTE

Las posibles causas de aparente falla en el tratamiento incluyen:

- Pobre cumplimiento.
- Flora faríngea productora de beta lactamasa.
- Resistencia a la penicilina.
- Reinfeción.
- Resistencia a los antibióticos administrados (eritromicina, clindamicina).
- Complicaciones supurativas
- Antibióticos resistentes a la betalactamasa: cefalosporina, clindamicina, amoxicilina - clavulanato, claritromicina y azitromicina, dicloxacilina.
- Para recaída clínica en la primera semana o persistencia del estreptococo beta hemolítico, repetir dosis de penicilina benzatínica combinada con rifampicina (20mg/kg/día, c/24hs por cuatro días = 600 mg/día)

Indicaciones quirúrgicas para amigdalotomía en población pediátrica

En la población pediátrica, las indicaciones actuales de la amigdalotomía son muy precisas e incluyen

- Padecimiento de seis a siete episodios comprobados de faringoamigdalitis estreptocócica del grupo A en un período de uno o dos años, a pesar del tratamiento antibiótico.
- Crecimiento de las amígdalas que causa dificultad respiratoria

15

FRANCO, G. Infección y alergia respiratoria en niños: "Faringoamigdalitis y adenoiditis". 5ª ed. Cali: XYZ; 2007: 142-149.

- Falla cardíaca por obstrucción de las amígdalas, que ocasione cor pulmonar
- Otitis media recurrente
- Apnea obstructiva durante el sueño (elevación del CO₂).
- Hipoventilación alveolar.
- Abscesos peri amigdalinos.

Medidas de control¹⁶

Comprenden aislar el germen de manera inmediata y el tratamiento de las infecciones. Los contactos positivos con cultivo positivo deben tratarse. Los índices de adquisición de infección por estreptococo del grupo A son más elevados entre los contactos de hermanos en un 25% que entre el contacto de los padres en los ambientes no epidémicos.

Los niños no deben regresar a la escuela hasta que hayan transcurrido por los menos 24 horas después de haber iniciado la terapia antimicrobiana y hasta que estén afebriles.

Una profilaxis diaria con penicilina oral (o eritromicina) es efectiva para prevenir la adquisición de estreptococo beta hemolítico del grupo A, así como penicilina benzatínica IM dada cada 21-28 días.

OTITIS MEDIA AGUDA

Es la infección aguda del oído medio que es el espacio que se encuentra detrás del tímpano. Esta infección es muy común en niños de edades entre los 6 meses y los 2 años. La mayoría de los niños (70-80%) han tenido una infección de oído antes de haber cumplido los 6 años. Aproximadamente un tercio de ellos

FRANCO, G. Infección y alergia respiratoria en niños: "Faringoamigdalitis y adenoiditis". 5ª ed. Cali: XYZ; 2007: 142-149.

presentan 3 ó más episodios. El 5-10% de los niños que sufren una otitis padecen una nueva en el plazo de un mes. Las infecciones del oído frecuentemente van acompañadas u ocurren después de un catarro común

SIGNOS Y SINTOMAS

El dolor intenso de oído es el síntoma principal y con frecuencia nocturno. Es causado por los cambios que experimenta la presión en la parte interna del oído de su niño. Tragar, masticar o sonarse la nariz, pueden empeorar el dolor.

- Su hijo se lleva la mano al oído con frecuencia (es consecuencia del dolor).
- Fiebre (no siempre presente y más habitual en los más pequeños).
- "Zumbidos" en los oídos.
- Al tocarle la oreja a su hijo le duele.
- Su niño suele llorar más e inquietarse más de lo normal. Lloro especialmente en mitad del sueño y al succionar.
- Además oye menos por ese oído y esta situación puede persistir varias semanas.

EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad muy frecuente. Su incidencia ha aumentado llamativamente en los últimos años, de forma que se ha convertido en una enfermedad casi-universal que presentan hasta el 20-62% de los niños y entre el 50-83 % a los 3 años de edad 1,2. Además representa la primera causa de prescripción de antibióticos en la infancia 3.

Se estima que aproximadamente el 5% de los niños está "predispuesto" a desarrollar Otitis Media aguda de repetición y que hasta una tercera parte de los niños afectos de OMA tendrán un nuevo episodio en un mes 4.

El riesgo de la Otitis Media Aguda reside en sus secuelas, las más frecuentes son las recurrencias y la Otitis Media Serosa.

Enfoque diagnóstico¹⁷

Las manifestaciones clínicas más comunes de la otitis media son rinitis, tos, astenia, irritabilidad, fiebre y otalgia, tal como lo reveló un estudio clínico de 363 niños con otitis media aguda, en el que se encontraron los siguientes porcentajes

En los lactantes menores de seis meses el cuadro puede ser más inespecífico: fiebre, irritabilidad, vómito, apatía, anorexia, diarrea

Métodos diagnósticos

Frente a un cuadro clínico sospechoso, la otoscopia convencional sigue siendo el método diagnóstico de elección. Es aconsejable un otoscopio de luz halógena, con baterías nuevas, así como un conducto libre de cerumen para visualizar el tímpano.

Este procedimiento puede ser difícil en el niño, por el tamaño reducido del conducto auditivo externo y por las características propias de sujeción de los pequeños. A un grupo de médicos de nueve países se les indagó acerca de qué tan certeros eran en el diagnóstico de otitis media en niños pequeños. Se encontró únicamente 58% de aciertos en el grupo de 0-12

17

TORRES, E. Estudio clínico y etiológico de las Otitis medias Agudas en niños; Zaragoza–España: 2003- 06- 06; (De PDF) www.pap.es/paginas/Articulo.aspx?articulo=101. 2009- 07-24.

Manifestación Clínica

1. Rinitis
2. Tos
3. Astenia
4. Irritabilidad
5. Fiebre
6. Otagia

Manifestaciones clínicas de la otitis media

El enrojecimiento del tímpano únicamente, sin datos de abombamiento, opacidad o distensión, no se relaciona bien con otitis media aguda y puede deberse al llanto, intento de remover el cerumen o cuadros virales de vías respiratorias altas

La timpanometría utiliza puente de impedancia acústica para registrar la distensibilidad de la membrana timpánica y la presión del oído medio. Ante cualquier duda diagnóstica ese método nos informa la presencia de líquido en el oído medio, con un porcentaje alto de sensibilidad y especificidad

Tratamiento

Es muy importante cumplir el tratamiento tal y como haya sido prescrito por nuestro médico, aunque los síntomas desaparecieran en las primeras horas o días.

Habitualmente se emplean fármacos antiinflamatorios, que reducirán la hinchazón y por tanto el dolor, pero también reducirán la fiebre. Antibióticos por vía oral, amoxicilina con ácido clavulánico, cefalosporinas de segunda generación. Conviene por tanto recordar, que el cumplimiento del tratamiento adecuado nos evitará la aparición de distintas complicaciones, que pueden tener serias consecuencias en el oído y sobre nuestra audición.

¿Qué antibióticos usar?

El fármaco inicial de elección sigue siendo amoxicilina, porque es efectiva contra la mayoría de gérmenes patógenos y es menos costosa que las otras alternativas. Numerosos estudios no han demostrado que otros fármacos sean superiores a este medicamento en el tratamiento de dicha entidad

El tiempo sugerido de tratamiento es de tres dosis diarias durante 10 días, aunque diversos estudios han demostrado iguales resultados con manejos realizados por espacio de tres, cinco, siete y 20 días o con una a dos dosis al día

Las drogas de segunda línea se reservan para:

- Fracaso del tratamiento inicial (persistencia de fiebre u otalgia 48-72 horas).
- Infección persistente a pesar del tratamiento inicial de 10-14 días.
- Poca tolerancia a antibióticos de primera línea.
- Alta incidencia de organismos resistentes en la comunidad.¹⁸
- Cultivo de secreción ótica positivo para organismos resistentes, mediante antibiograma.
- Coexistencia de conjuntivitis.

Prevención y estilo de vida

Es muy importante estimular la lactancia materna, pues se considera que reduce los episodios de otitis media aguda en estudios longitudinales

A continuación vamos a mencionar lo que usted puede hacer para disminuir el riesgo de que su niño contraiga una infección en el oído, si bien hay que tener presente, y esto es "inevitable", que existe una predisposición personal en ciertos niños a padecer otitis, que habitualmente se hereda de los padres.

18

TORRES, E. Estudio clínico y etiológico de las Otitis medias Agudas en niños; Zaragoza–España: 2003- 06- 06; (De PDF) www.pap.es/paginas/Articulo.aspx?articulo=101. 2009- 07-24.

- Lactancia. Su hijo está menos predispuesto a contraer una infección en el oído cuando es alimentado con leche materna. Dele el pecho, es lo mejor.
- No le dé el biberón al niño mientras se encuentre acostado. Esto puede permitir que el líquido penetre en las trompas de Eustaquio. Estos conductos conectan el oído medio con la parte posterior de la nariz.
- Aleje a su niño de las personas que fuman. Los niños que permanecen alrededor de los fumadores están más predispuestos a contraer infecciones en los oídos.
- Ayúdele a tener una buena higiene nasal: sonarse con frecuencia y suavidad, si se tiene mucosidad, y hacer lavados nasales con suero fisiológico, ayuda a prevenir las otitis.
- No existe nada eficaz para evitar los catarros causados por virus (ni "defensas", ni "vitaminas", ni los remedios caseros). Su pediatra, en el caso de otitis recurrentes, le recomendará qué tratamiento debe seguir.

La vacuna antineumocócica protege contra las cepas incluidas en ella, pero no disminuye la incidencia de otitis media aguda. Por el aumento de la resistencia del neumococo a la penicilina se trabaja arduamente en Antibióticos recomendados para la otitis media

CRUP INFECCIOSO¹⁹

El crup es una infección que hace que se inflame la laringe (donde se produce la voz) y la tráquea, lo que conlleva a un estrechamiento de las vías respiratorias por debajo de las cuerdas vocales. Esto hace que la respiración se dificulte y se vuelva ruidosa.

La mayoría de niños padecen del crup infeccioso una o dos veces, mientras que algunos se ven afectados por el crup cada vez que tienen

19

BEHRMAN, R. KLIEGMAN, Robert. Crup; Nueva York – EEUU: JAMA. 2007-08-04; (De PDF) : www.fichasmedicas.com/ficha.php?where=true&idbook=8481747475&page=0. 2009-07-25

una enfermedad respiratoria. El crup es más común entre los seis meses y los tres años de edad. Después de los tres años, no es tan común porque la tráquea se ensancha y es menos probable que una inflamación dificulte la respiración. El crup puede ocurrir en cualquier momento del año, pero es más común en los meses de invierno.

GENERALIDADES

Aunque no existe consenso en la literatura internacional con respecto a la definición de «Crup», hemos acogido la más conocida: Síndrome infeccioso caracterizado por tos laríngea (más comúnmente referida como «perruna»), estridor inspiratorio y diversos grados de dificultad respiratoria

Las entidades patológicas que se engloban en este síndrome son:

- Laringotraqueobronquitis o crup viral.
- Traqueítis bacteriana o purulenta y Epiglotitis.

Epidemiología

Aparece principalmente en niños entre 3-6 meses y 3 años, con una incidencia máxima en el segundo año de vida, Predomina en varones

Los patrones epidemiológicos del CRUP dependen de la edad y de los perfiles estacionales de los distintos agentes causales. El virus para influenza tipo 1 produce la mayoría de los casos, sobre todo en otoño.

Existe otro pico de incidencia menor, en invierno, asociado al virus influenza A, al VRS y al parainfluenza tipo 3. Los casos esporádicos de la primavera y el verano suelen asociarse con el virus parainfluenza tipo 3 y, menos frecuentemente, con adenovirus, rinovirus y pneumoniae.

El crup espasmódico afecta a niños del mismo grupo de edad, tiene predisposición familiar y predomina en invierno

La vía área superior del niño posee condiciones anatómicas y fisiopatologías que explican la mayor y casi exclusiva presencia de tales entidades en esta edad pediátrica

En la raza caucásica parece ser más frecuentemente diagnosticada que en los negros americanos

Etiología²⁰

Es esencialmente de causa viral en el 70 a 95% de los casos. Esto es válido también para el crup espasmódico.

El virus para influenza tipo 1 es el causante de la mayoría de las laringotraqueítis agudas y es responsable de los brotes epidémicos.

El crup ocasionado por parainfluenza tipo 2 es menos severo y se relaciona con pequeños brotes, el parainfluenza tipo 3 sólo causa brotes esporádicos pero severos. El virus influenza tipo A se asocia con formas severas. Las epidemias están estrechamente asociadas con la incidencia de infecciones virales por virus parainfluenza durante los meses de otoño e invierno. Los adenovirus, el virus sincitial respiratorio y el del sarampión son menos frecuentes. Los agentes más frecuentes son:

- Parainfluenza tipos 1, 2 y 3
- Sarampión {en caso de epidemia}
- Virus sincitial respiratorio (VSR)
- Influenza tipo A
- Rinovirus y coxsackie tipo A 9
- Adenovirus
- Mycoplasmapneumoniae

²⁰20

BEHRMAN, R. KLIEGMAN, Robert. Crup; Nueva York – EEUU: JAMA. 2007-08-04; (De PDF) : www.fichasmedicas.com/ficha.php?where=true&idbook=8481747475&page=0. 2009-07-25

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico y se podrá o no confirmar por radiografía y menos necesariamente e incluso poco conveniente, con la endoscopia

Clínica

El inicio de la enfermedad sugiere un resfriado común. Los síntomas iniciales son obstrucción nasal,

- Rinorrea,
- Coriza
- Fiebre²¹
- Tos espasmodica
- Disfonía
- Estridor

La duración de la enfermedad en la mayoría de los niños se auto limita a los 3 días, aunque los síntomas pueden persistir hasta los 7 días.

La hipoxemia incrementa la frecuencia cardíaca y respiratoria. Los signos de hipoxemia (irritabilidad, inquietud, ansiedad, taquipnea y taquicardia) se presentan antes de que la cianosis clínica sea evidente. Hasta un 10% de los niños con laringotraqueítis requieren hospitalización y sólo un 3% de éstos, necesitan una vía artificial para el manejo de la obstrucción. Los estudios de laboratorio en el crup son de mínimo valor. El leucograma muestra una leucocitosis con predominio de neutrófilos, pero una leucocitosis mayor de 20.000 x mm³ con gran desviación a la izquierda puede sugerir un proceso bacteriano asociado.

21

BEHRMAN, R. KLIEGMAN, Robert. Crup; Nueva York – EEUU: JAMA. 2007-08-04; (De PDF) : www.fichasmedicas.com/ficha.php?where=true&idbook=8481747475&page=0. 2009-07-25

Evaluación clínica

La evaluación clínica debe incluir un puntaje que nos permita responder a la pregunta de la necesidad o no de hospitalizar al paciente y al potencial requerimiento de permeabilizar la vía aérea.

La oximetría de pulso ha sido destacada como un método para clínico fácilmente disponible, no invasivo ni traumático y que correlaciona eficientemente los grados de hipoxemia. Sin embargo, en los grados de mayor severidad y cuando existen niveles de retención de CO₂, esta evaluación puede ser errónea

Es importante reseñar que la frecuencia respiratoria es el parámetro clínico que mejor correlaciona la hipoxemia y el estridor en reposo con la severidad. Los trastornos de conciencia, la incapacidad para ingerir líquidos y el estridor audible a distancia en reposo, son parámetros que se han referenciado como criterios clínicos altamente específicos para hospitalización. Debemos tener siempre en cuenta que el crup tiende a empeorarse en la noche

Tratamiento

El crup viral es una entidad auto limitada en la mayoría de los casos. La sintomatología se resuelve espontáneamente en cuatro a ocho días.

El paciente debe ser evaluado y tratado, evitando al máximo las situaciones que generen ansiedad y angustia, ya que ello puede hacer progresar la obstrucción de la vía aérea. Se procurará mantener al niño en el regazo de sus padres

- Control de temperatura con medios físicos y acetaminofén.
- Lavados nasales con suero fisiológico.
- Estimulación de la alimentación con abundantes líquidos orales.
- Vigilar signos de empeoramiento

**TERMINOLOGÍA RECOMENDADA PARA LA NOMENCLATURA DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y SU MANEJO**

INEFECCIONES RESPIRATORIAS SIN SIGNOS DE NEUMONIS	PLANES DE MANEJO
Rinofaringitis aguda	PLAN A
Bronquitis	PLAN A
Laringitis (sin estridor en repos)	PLAN A
Amigdalitis pultácea	PLAN B
Otitis media supurada	PLAN B
Bronquilitis	PLAN C
Laringotraqueitis (con estridor en repos)	PLAN C

INFECCIONES RESPIRATORIAS COMPATIBLES CON NEUMONIA	PLANES DE MANEJO
Bronconeumonía, neumonía neumocócica, otras neumonías bacterianas.	PLAN B O C según la severidad del caso

PLAN A

EL MANEJO ES EXCLUSIVAMENTE DOMICILIARIO Y ESTA BASADO EN APLICACIÓN DE MEDIDAS DE APOYO

- Administración de líquidos a libre demanda, incluyendo te, mates, caseros y sales de rehidratación oral, sobre todo si hay diarreas
- Continuar con la lactancia materna y fraccionar la dieta habitual
- Proporcionar ambiente húmedo y temperatura apropiada
- En caso de fiebre debe usarse paños de agua tibia (no usar alcohol y agua fría), sin embargo si la fiebre persiste existe el riesgo de convulsiones en estos casos utilizar: paracetamol en dosis de 10 mg /kg dosis por vía oral que puede repetirse cada 6 horas

PLAN B

MANEJO AMBULATORIO DE NEUMONIA (NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS)

Para detectar precozmente la neumonía en los niños se recomienda verificar el aumento de la frecuencia respiratoria, efectuando el conteo de la misma con las siguientes recomendaciones:

- El niño debe estar tranquilo (de preferencia en los brazos de la madre o lactando, ya que si llora o está intranquilo puede llevar a un diagnóstico erróneo. Si el niño está con fiebre superior a 39° C, bajar la fiebre y controlar nuevamente la frecuencia respiratoria una vez que el niño esté normotérmico)
- Cuente la frecuencia respiratoria con ayuda de un reloj y durante un minuto.
- Repetir el conteo en caso de duda
- El rango de la frecuencia respiratoria de más de 50 veces por minuto, es sensible para detectar neumonía en niños entre dos años 11 meses que constituyen el grupo más vulnerable.
- Recientemente estudios realizados han demostrado que para los niños entre 1 a 5 años el parámetro frecuencia respiratoria de 40 veces, por minuto, es lo suficientemente sensible para detectar neumonía en forma precoz.

PLAN C

HOSPITALIZACIÓN

- Oxigenoterapia
- Nebulizaciones
- Posición Semifowler
- Administración de antipiréticos
- Administración de líquidos
- Administración de antibiótico

CAPITULO III

METODOLOGIA:

Es significativa la importancia que tiene la enfermera en el fomento y conservación de la salud de la humanidad. Esta responsabilidad comprende en auto prepararnos día a día con los nuevos avances de tal forma que la investigación es fundamental.

La profesión de enfermería tiene un enfoque eminentemente social como tal requiere presentar los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos que le den la validez a su práctica social. Para definir su marco teórico, indudable la necesidad de aplicar la metodología de investigación.

Se ha mencionado que la investigación en enfermería constituye un campo de enormes posibilidades de desarrollo. Es conveniente introducirse en el estudio de métodos para hacer una aplicación que permita alcanzar las metas trazadas.

METODOS A EMPLEARSE EN LA INVESTIGACION:

Tipo de estudio

POR EL PROPÓSITO. Es una investigación de tipo aplicada al campo de la IRA, desde el quehacer en Atención Primaria en salud.

POR EL NIVEL: Es descriptiva, ya que describe el tiempo, lugar y persona en un momento dado un fenómeno que se desea conocer en este caso las infecciones respiratorias agudas

POR EL LUGAR: Es de campo ya que se desarrolla en el Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo, Provincia de Bolívar

POR SU DIMENSIÓN Es: un estudio transversal, estudia el:

¿Qué pasa? Es decir que está ocurriendo con el fenómeno de estudio concreto: las infecciones respiratorias agudas

¿A quién le pasa eso?: A los niños menores de cinco años que acuden al centro de salud Gonzalo Cordero Crespo.

¿Dónde ocurre ese fenómeno? En la ciudad de Guaranda Provincia Bolívar en la zona rural.

¿Cuándo sucede? Durante el periodo Noviembre 2010 a Marzo 2011

Es transversal porque nos va a poner al día sobre una realidad de salud llamada infecciones respiratorias agudas, fenómeno estudiado cada vez a profundidad en otros lugares.

Está diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población dada y en un punto específico de tiempo

Estudio de corte transversal. La información se obtendrá a partir de la aplicación de un cuestionario a las madres de los niños. Partiendo de una definición clara de las infecciones respiratorias agudas, se medirá la proporción de casos o eventos en nuestra población (prevalencia).

Métodos

- Revisión bibliográfica.
- Conversatorios con expertos
- Presentación de la propuesta a las Dirección del centro salud Gonzalo Cordero Crespo con el fin de obtener la autorización correspondiente.
- Aplicación del cuestionario a madres de familia
- Recopilación de los datos e información
- Tabulación de datos
- Sistematización de la información
- Presentación de la información.

TECNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECTADOS DE LA INFORMACION

TECNICAS	INSTRUMENTOS
ENCUESTAS	Cuestionario a las madres que acuden al Centro de Salud GONZALO CORDERO CRESPO con niños menores de cinco años.

ÁREA DE TRABAJO

Se trabaja en las comunidades rurales del Castrillo, Paltabamba y Pircapamba pertenecientes al Cantón Guaranda y como unidad operativa tienen al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo.

TABULACIÓN

Se presenta los datos mediante los cuadros estadísticos y para esto se utiliza el programa de Word y Excel. Se utiliza tablas de frecuencias absolutas, acumuladas, relativas, la media y el promedio aritmético para el análisis estadístico.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: 1800 personas.

MUESTRA: 257 mujeres.

97: niños que son hijos de las madres investigados.

FORMULA APLICADA

$$\frac{Z^2 \cdot L}{2} \cdot N \cdot p \cdot q$$

2

$$N \cdot E^2 + \frac{Z^2 \cdot L}{2} \cdot p \cdot q$$

2

$$e=0.041$$

$$L=0.96$$

$$p=0,5$$

$$q=0,5$$

$$Z=1.96$$

$$\frac{(1.96)^2 \cdot 0.96}{2} \cdot 1800 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

2

$$1800 \cdot \frac{(0.04)^2 + (1.96)^2 \cdot 0.96}{2} \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

2

$$\frac{1.920 \cdot 450}{2}$$

$$1800 \cdot 0.0016 + 1920 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

$$\frac{864}{2}$$

$$\frac{864}{2} = 257$$

$$288 + 0.48$$

$$3.36$$

CAPITULO IV

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

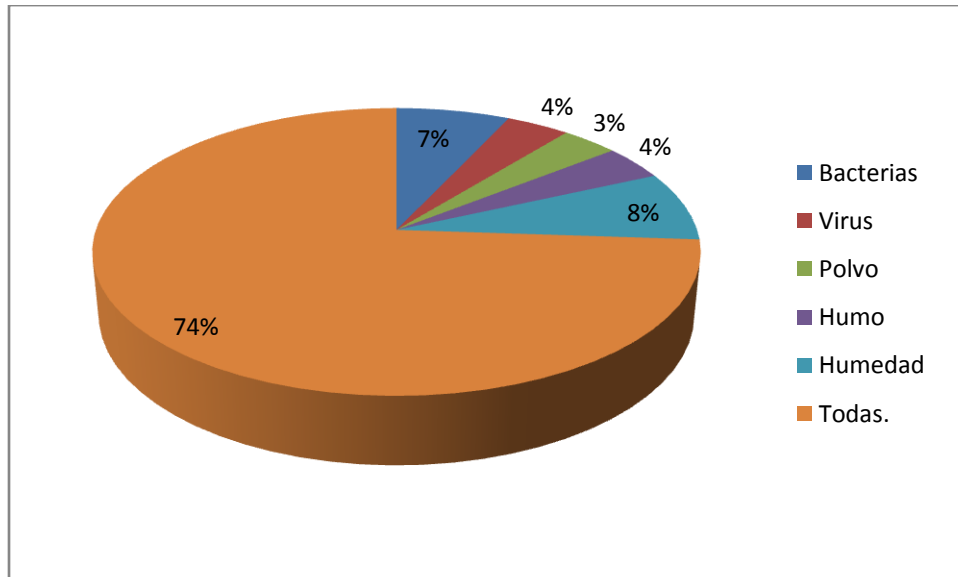
Encuesta dirigida a las madres que acuden al centro de salud **GONZALO CORDERO CRESPO**

TABLA N° 1

Causas de las infecciones respiratorias agudas(neumonías leves) en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud GONZALO CORDERO CRESPO

Opciones	F	%
Bacterias	18	7%
Virus	10	3.8%
Polvo	9	3%
Humo	10	4%
Humedad	20	8%
Todas.	190	73.9%
Total	257	100%

GRAFICO N°1



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo

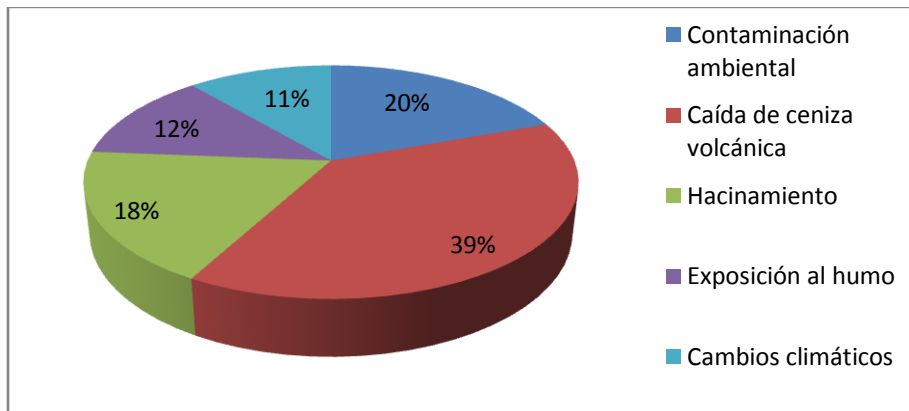
Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

TABLA N° 2

Usted cree que estos factores ambientales producen las infecciones respiratorias.

Opciones	F	%
Contaminación ambiental	50	19.4%
Caída de ceniza volcánica	99	38.5%
Hacinamiento	47	18%
Exposición al humo	32	12.4%
Cambios climáticos	29	11.2%
Total	257	100%

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Gonzalo Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

ANALISIS

Pregunta 1-2

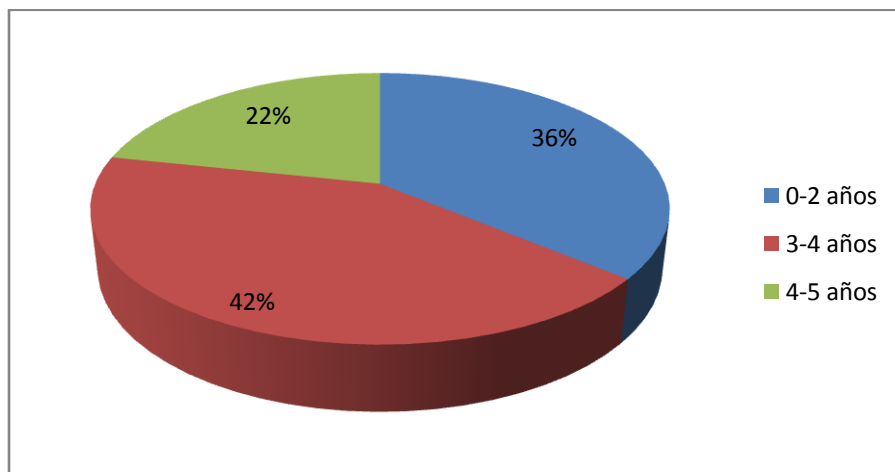
Al analizar estas preguntas podemos encontrar una discordancia desde la creencia de las personas del porque enferman sus niños con relación por las cuales ocasionan las IRA altas, es verdad que etiológicamente las bacterias son responsables de neumonía ;en tanto que el polvo, el humo, humedad, la caída de ceniza, el hacinamiento, son considerados factores de riesgo desencadenantes.

TABLA N° 3

Edad de los niños de los niños que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo

Edad	N°	%
0-2 años	35	36,08
3-4 años	41	42,26
4-5 años	21	21,64
Total	97	100

GRAFICO N° 3



Elaborado por: Internas Rotativas de Enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

GRAFICO 3

Edad	f. absoluta	f. acumulada	f. relativa	Promedio
0_2 años	35	1	35	$\bar{X}=2.92$
3_4 años	41	35	143,5	
4_5 años	21	5	105	
Total	97	95	283,5	

Análisis

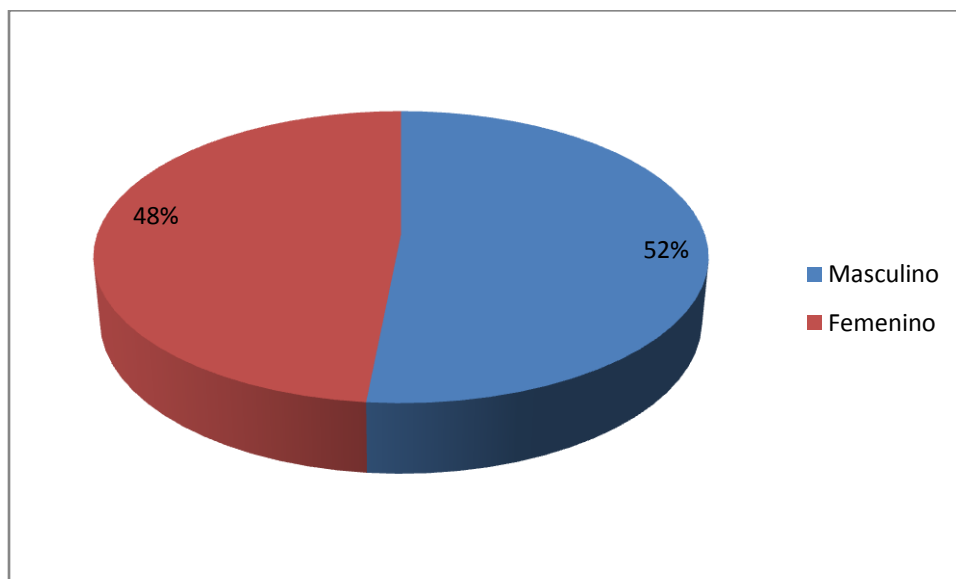
La edad de los niños investigados va, de 0 a 5 años teniendo como promedio los 2 .92años.

TABLA N°4

A que Sexo afecta más las IRAS

Género	N°	%
Masculino	50	51.54
Femenino	47	48.45
Total	97	99.99

GRAFICO N° 4



Elaborado por: Internas Rotativas de Enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

ANÁLISIS

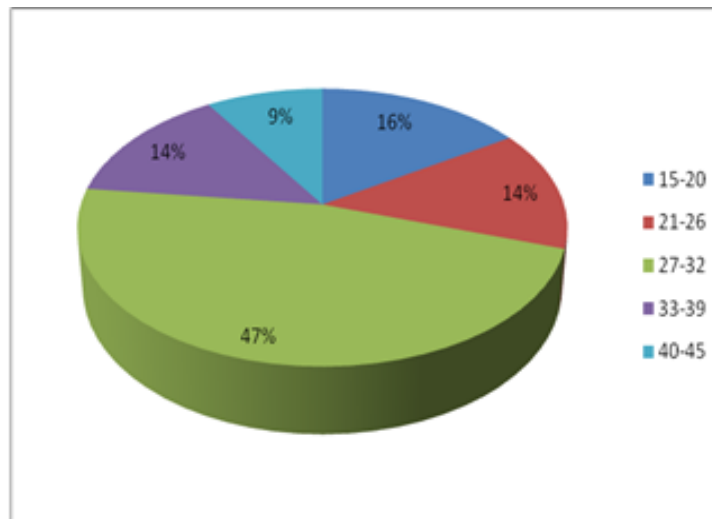
Al sexo que más afecta según nuestra investigación es al grupo masculino con un 51.54% Contrarrestando con otras investigaciones que indican que el sexo masculino tiene una probabilidad de enfermedad de IRAS. En un 64.1% en hombres y 55.3 en mujeres investigación realizada en México (Martinez, Garza, Arcos y Castro. 2002)

TABLA N°5

Edad de las madres encuestadas que acuden al centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo

Edad	F. absoluta	F. acumulativa	F. relativa	%
15-20	41	41	0.159	15.9
21-26	36	77	0.140	14
27-32	120	197	0.466	46.6
33-39	36	233	0.140	14
40-45	24	257	0.09	9.33
Total				100%

GRAFICO N°5



Elaborado por: Internas rotativas de enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

$$\text{Md: Límite inferior} + \frac{\left(\frac{n}{2}-5\right) \times w}{f_{Md}}$$

Límite inferior: Del intervalo que continúa la Md

N= número total de observación

S: Suma de f acumulados hasta intervalo anterior Md

W: amplitud

fMd: frecuencia observaciones intervalo que continua Md

$$\frac{257}{2} - 128.5$$

$$27 + \frac{(128.5-77)}{120} \times 6$$

$$27 + \frac{(51.5)}{120} \times 6$$

$$27 + \frac{(309)}{120}$$

$$\frac{336}{28}$$

Md: 28 años

TABLA 5

Edad	F. absoluta	F. acumulativa	F. relativa	Mediana
15-20	41	17.5	7175	$\bar{X}=28.86$ Años
21-26	36	23.5	846	
27-32	120	29.5	3540	
33-39	36	36	1296	
40-45	14	42.5	1020	
total	257	149	7419.5	

ANÁLISIS

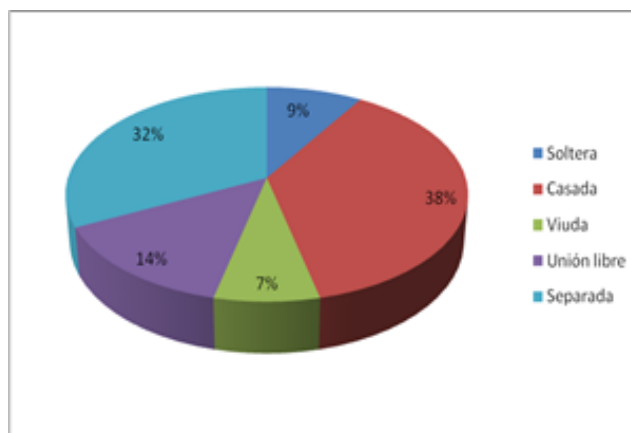
La edad de las madres se encuentran comprendidas entre los 15 a 45 años de edad; el grupo mayoritario estas entre los 27 y 32 años con un promedio de 28 a 46 años y una mediana de 28 años. Es conocido que las mujeres jóvenes tienen la obligación de personas conformación y madurez, similar a este fenómeno nacional.

TABLA Nº 6

Estado civil de las madres encuestadas que acuden al Centro de Salud Gonzalo CORDERO CRESPO

Estado Civil	F. absoluta	F. acumulativa	F. relativa	%
Soltera	23	23	0,089	8.9
Casada	96	119	0,373	37.30
Viuda	19	138	0,073	7.3
Unión libre	36	174	0,140	14
Separada	83	257	0,322	32.2
TOTAL	257			100%

GRAFICO Nº 6



Elaborado por: Internas rotativas de enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

ANÁLISIS

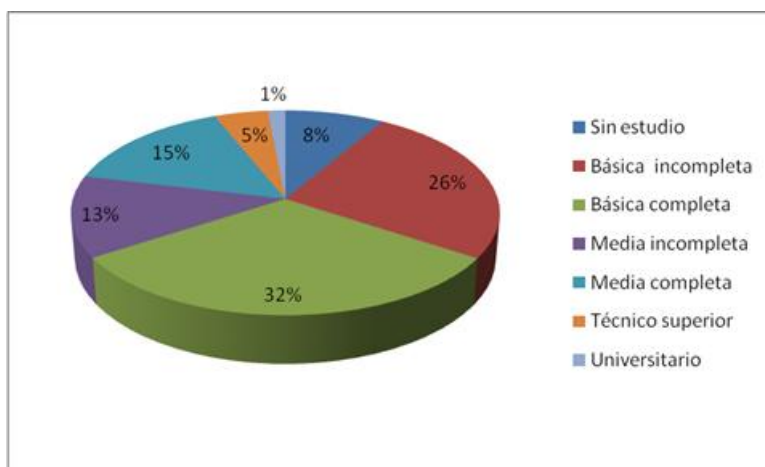
El estado Civil dominante es con el 37,3% de casados, y es debido a su estructura social, por su cultura con que se define este ciclo como importante para la procuración, llama la atención que el 32.2% de mujeres al momento de la investigación se encuentran separados de su pareja.

TABLA N°7

Qué nivel de escolaridad tiene usted

Nivel	F. absoluta	F. acumulativa	F. relativa	%
Sin estudio	22	22	0.085	8.5
Básica incompleta	66	88	0.256	25.6
Básica completa	81	169	0.315	31.5
Media incompleta	33	202	0.128	12.8
Media completa	39	241	0.151	15.1
Técnico superior	12	253	0.046	4.6
Universitario	4	257	0.015	1.5
Total	257			100%

GRAFICO N° 7



Elaborado por: Internas rotativas de enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

ANÁLISIS

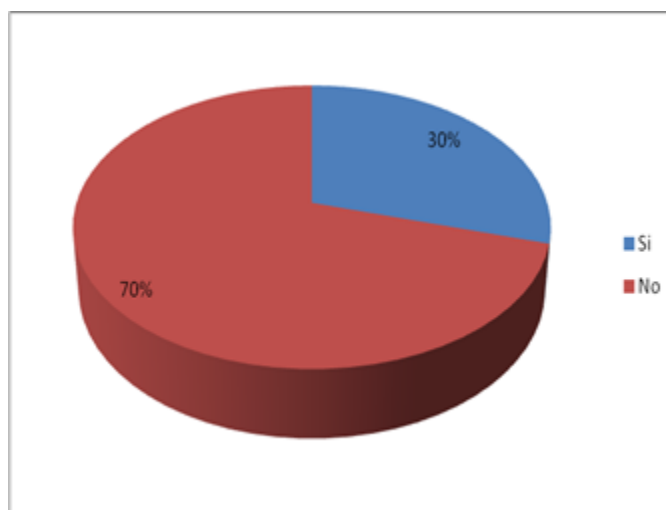
El nivel de instrucción de las madres llaman la atención que apenas el 1.5% tienen instrucción universitaria, y un 8.5% de mujeres sin un nivel de estudio. Se ha comprobado hasta la saciedad que el nivel de una instrucción de las madres influye en el nivel del estado de salud de sus hijos, y no es excepción los niños con IRA.

TABLA N° 8

Existe humedad en su casa

Humedad	N°	%
Si	76	0.298
No	181	0.704
Total	257	100%

GRAFICO N°8



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería.

Análisis

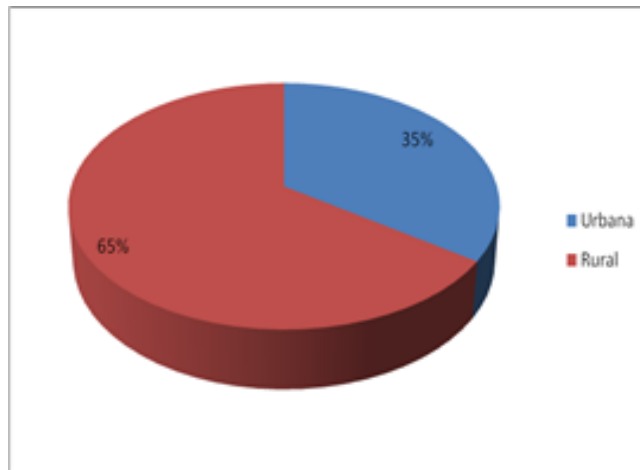
Cuando hablamos de humedad en la vivienda, se conoce sobre los determinantes sociales de la salud, y a pensar que la salud con conexiones a otros derechos, como lo estipula nuestra constitución.

TABLA N° 9

Ubicación de las casas de las madres encuestadas

Ubicación	N°	%
Urbana	89	34.63
Rural	168	65.36
Total	257	99.51

GRAFICO N° 9



Elaborado por: Internas rotativas de enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

Análisis

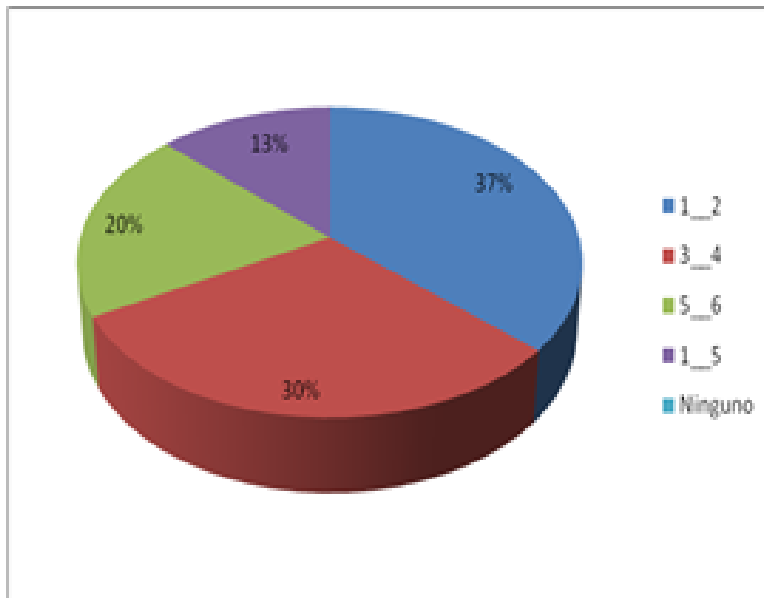
Los casos de las mujeres que pertenecen a las comunidades: Castillo, Pircabamba y Paltabamba, que son zonas cercanas a la Ciudad de Guaranda pertenecientes a la parroquia Chávez, en la zona rural con las limitaciones propias de esas comunidades

TABLA N°10

Número de hijos que están al cuidado de las madres encuestadas que acuden al Centro de Salud Gonzalo Crespo

N° de hijos	F. absoluta	F. acumulativa	F. relativa	%
1-2	93	93	0,361	36.1
3-4	77	170	0,299	29.9
5-6	51	221	0,198	19.8
7-8	33	254	0,128	12.8
Ninguno	3	257		
TOTAL				100%

GRAFICO N°10



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Gonzalo Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería.

N° de hijos	f. ab	F. cc.	f. ee	Promedio
1-2	93	1.5	139.5	$\bar{X}=3.6$
3-4	77	3.5	239.5	
5-6	51	5.5	280.5	
7-8	33	7.5	247.5	
Ninguno	3	0	0	
			937	

Análisis

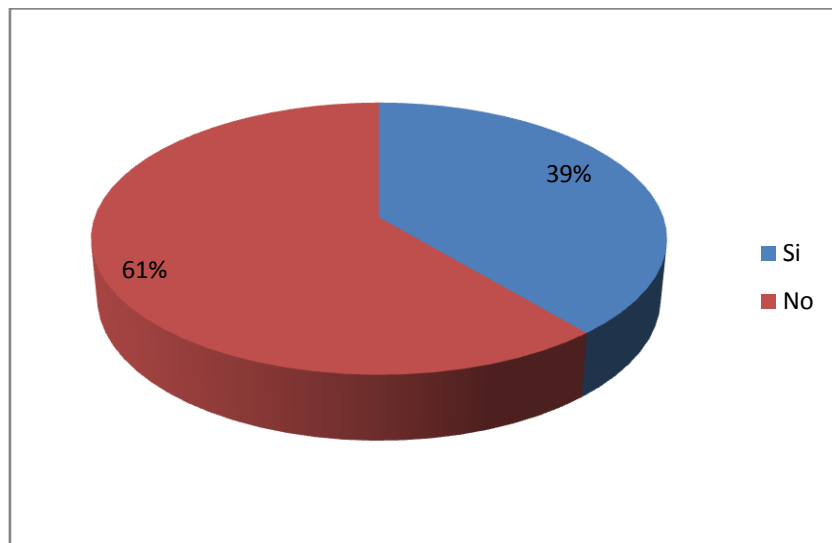
Las 257 mujeres tienen como promedio de hijos de 3-6, el mismo que es muy parecido al promedio nacional del último censo.

Tabla N° 11

Usted es asegurado al seguro social.

	F	%
Si	150	38.9
No	157	61.08
Total	257	99.98

GRAFICO N° 11



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Gonzalo Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

Análisis

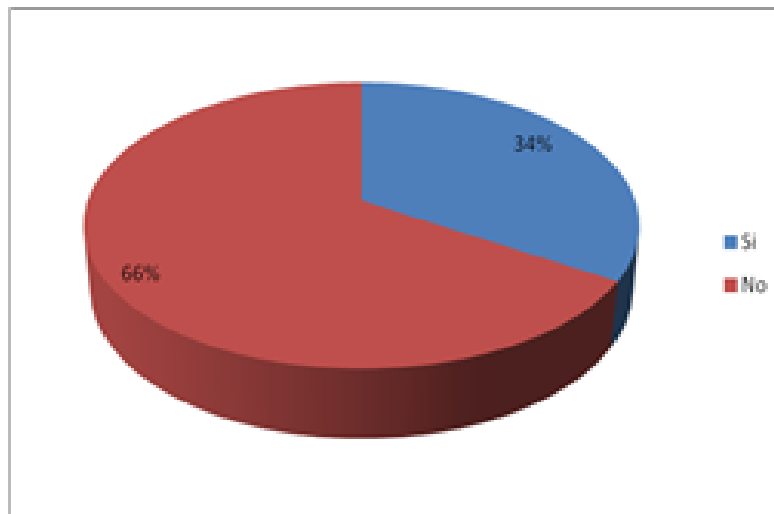
De las 257 mujeres entrevistadas el 38,1% de ellas tienen afiliación al seguro campesino y general.

TABLA Nº 12

Su niño ha sido alguna vez hospitalizado

Opciones	Nº	%
Si	87	33.85
No	170	66.14
Total	257	99.99

GRAFICONº12



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Gonzalo Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

Análisis

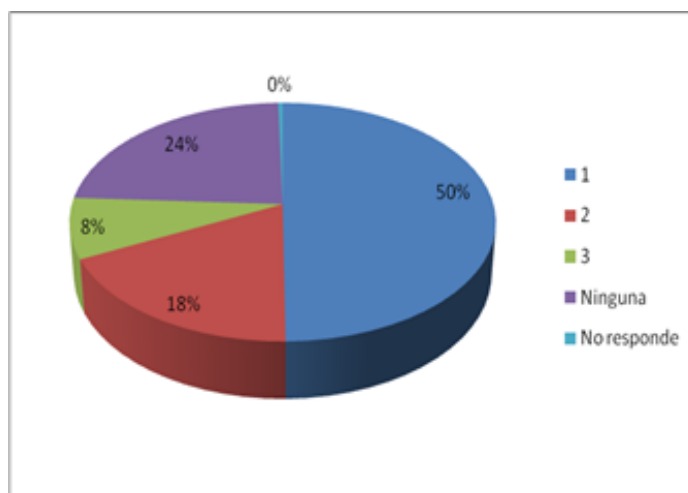
Las madres manifiestan que sus hijos han sido hospitalizados alguna vez en un 33.85% por razones de infecciones respiratorias de intensidad variable.

TABLA N° 13

En cuantas ocasiones ha sido hospitalizado su niño

N° de hospitalización	N°	%
1	128	49.80
2	46	17.89
3	21	8.17
Ninguna	61	23.73
No responde	1	0.38
Total	257	99.97

GRAFICO N° 13



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

ANÁLISIS

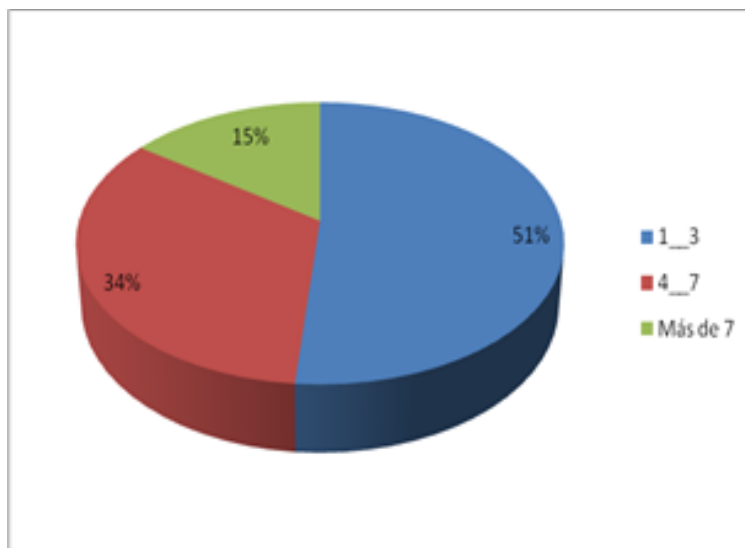
La frecuencia que el niño ha sido hospitalizado varía entre 1-3 ocasiones siendo mayoritariamente con un 49.80% la frecuencia en un ocasión.

TABLA N°14

Cuantos días estuvo hospitalizado su niño

N° de días	F. absoluta	F. acumulada	F. relativa	%
1-3	132	132	0.513	51.3
4-7	86	218	0.334	33.4
Más de 7	39	257	0.151	15.1
Total	257			100%

GRAFICO N°14



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

N° de días	f. ab	f. acumulada	f.cc
1.3	132	2	264
1.7	86	55	473
+ 7	39	35	136.5
TOTAL			873.5
\bar{X} 3.39			

ANÁLISIS

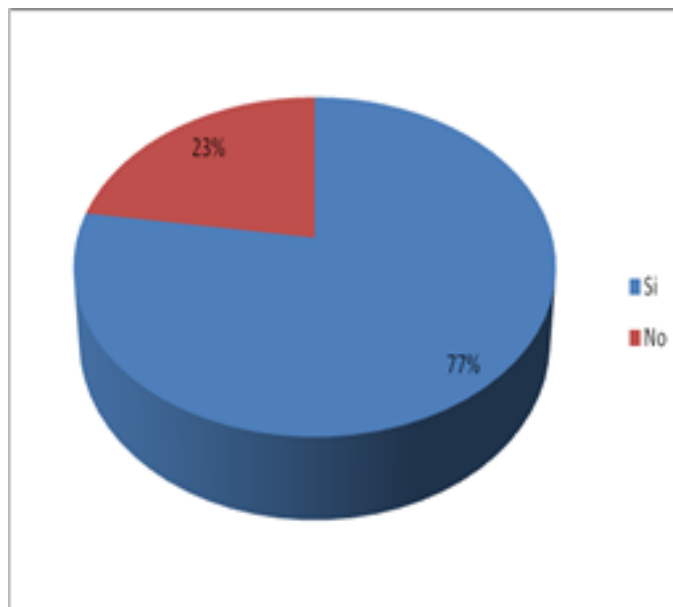
La estancia hospitalaria de los niños hospitalizados por IRA varían entre 1 a 7, y tienen un promedio de 3.39 días.

TABLA N° 15

Recibió tratamiento ambulatorio prescrito por el medico

Opciones	N°	%
Si	199	77.43
No	58	22.56
Total	257	99.99

GRAFICO N° 15



Elaborado por: Internas rotativas de enfermería

Fuente: Madres que acuden al Centro de Salud Cordero Crespo

ANÁLISIS

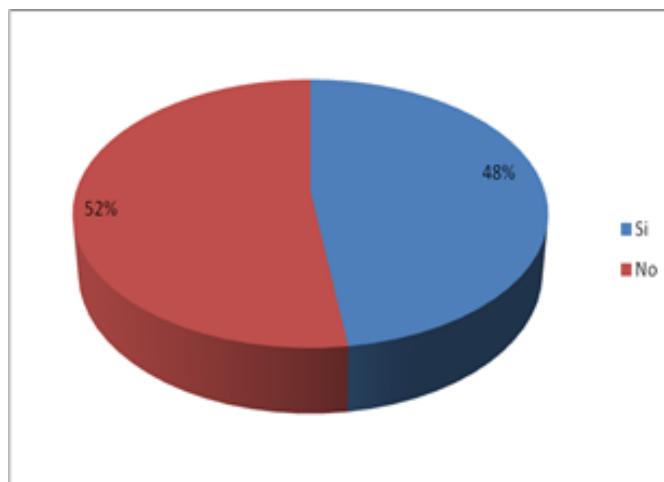
Debemos entender a este cuadro como tratamiento ambulatorio, aquel que la sala de pediatría entrega a la madre luego que el niño ha sido dado de alta y sea necesario completar el tratamiento en su casa, y esta fue del 77.43%.

TABLA N° 16

Termino la medicación en casa

Opciones	N°	%
Si	123	47.85
No	134	52.14
Total	257	99.99

GRAFICO N° 16



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

ANÁLISIS

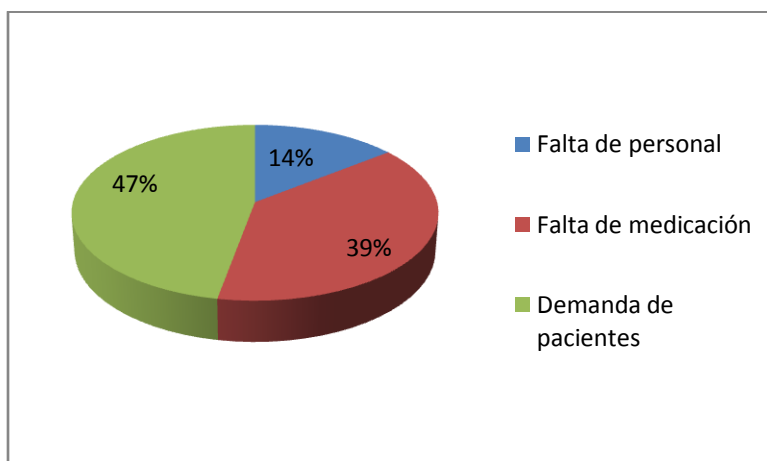
La madre nos indica que en el 52.14% de casos no terminan el tratamiento indicado en su casa, lo que constituye un peligro posterior para el uso de los antibióticos.

TABLA N° 17

Deficiencias que existen en el centro de salud al que usted acude

Opciones	F	%
Falta de personal	37	14.39%
Falta de medicación	99	38.5%
Demanda de pacientes	121	47%
Total	257	100%

GRAFICO N°17



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

ANÁLISIS

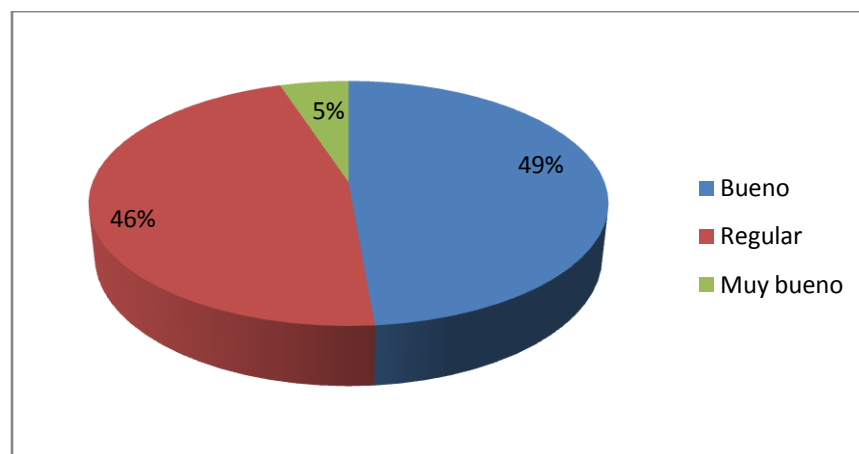
Es sentido por parte de las madres que la unidad de salud al que acude, la mayor dificultad que se halla es con la gran demanda de pacientes, por lo que dificulta la atención al niño y su familia con calidad y calidez.

TABLA N° 13

Qué tipo de atención le brindan el centro de salud que usted acude.

Opciones	F	%
Bueno	125	49%
Regular	119	46%
Muy bueno	13	5%
Total	257	100%

GRAFICO N°18



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

ANALISIS

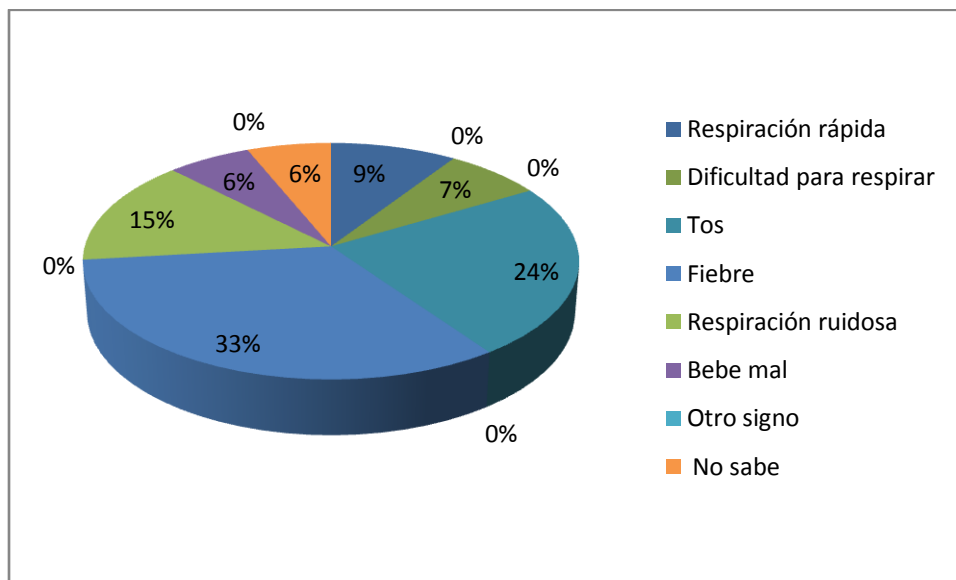
Las madres encuestadas que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo califican que la atención es buena con un 49% es decir la atención que reciben es eficaz.

TABLA Nº 19

Situación que han presentado su niño con IRA para la referencia al hospital.

Situación	Fr. Ab	%
Respiración rápida	9	9,27
Dificultad para respirar	7	7,21
Tos	23	23,11
Fiebre	32	32,98
Respiración ruidosa	14	14,43
Bebe mal	6	6,18
Otro signo	0	0
No sabe	6	6,18

GRAFICO N° 19



Fuente: Encuestas formuladas a las madres que acuden al centro de salud Cordero Crespo

Elaboración: Internas Rotativas de Enfermería

Análisis

La sintomatología que han presentado los niños para ser conducidos al hospital son variados y son los que reconocen las madres, que se han presentado en sus hijos y son similares a los que dice la academia y a otras investigaciones

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación de campo, realizada en el Centro de Salud “Gonzalo Cordero Crespo” de la ciudad de Guaranda se presentan las siguientes conclusiones:

- Como conclusión hemos determinado que no se cumple con el tratamiento en el hogar siendo un factor predominante a la resistencia de los antibióticos que conlleva a la hospitalización.
- Hemos determinado que el nivel de instrucción de la madre dificulta el cumplimiento del tratamiento en el hogar poniendo en peligro la salud del niño
- Que pese a lo controles mensuales que acuden las madres con sus hijos se ha determinado que la contaminación ambiental, como la caída de ceniza volcánica, hacinamiento son factores que causan las infecciones respiratorias agudas.
- La mayoría de las madres no están concientizadas en que una de las complicaciones del niño es la hospitalización.
- Se comprueba mediante la investigación que el sexo masculino es predominante a contrarrestar las infecciones respiratorias

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los datos vertidos en las conclusiones antes mencionadas, el Grupo investigador hace las siguientes recomendaciones, así:

- Para concientizar a las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo se debe brindar permanentemente información sobre signos de peligro en la cual debe acudir al centro de salud más cercano.
- Se recomienda al personal de salud atender al paciente con calidad y calidez a los usuarios para garantizar el bienestar en el paciente
- Incentivar a las madres a que brinden a sus hijo alimentos ricos en vitaminas y proteínas
- Continuar con las capacitaciones a cerca de la importancia de cumplir con el tratamiento en el hogar
- Recomendar a las madres a los controles mensuales del niño sano
- Al personal de salud se recomienda el seguimiento de las visitas domiciliarias para disminuir las complicaciones que acarrea las **IRAS**

CAPITULO V

PROPUESTA:

TEMA:

PLAN DE CAPACITACION A LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GONZALO CORDERO CRESPO”

DATOS INFORMATIVOS:

INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD **GONZALO CORDERO CRESPO.**

PAÍS /ÁREA GEOGRÁFICA: ECUADOR, PROVINCIA DE BOLÍVAR, CANTÓN GUARANDA

DIRECCIÓN: ESPEJO Y CORONEL GARCÍA

RESPONSABLES: INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN.

La higiene: conjunto de medidas preventivas para conservar la salud; se ha convertido en un componente esencial de nuestra vida. En la actualidad, nos parece que la necesidad de lavarse las manos, vacunar a los niños o beber agua potable resulta evidente. Sin embargo, esto no ha sido siempre así: la noción de higiene ha evolucionado, no sólo en su relación estrecha con las creencias populares y las costumbres, sino también en el ámbito del conocimiento científico y médico. De este modo, se puede hablar de dos conceptos de higiene en función de dos grandes periodos fundamentales, separados por la revolución biológica que supone el descubrimiento de los microorganismos y su papel en las enfermedades.

Esta propuesta va dirigida con el propósito de capacitar a las madres de la provincia de Bolívar que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo con la finalidad de disminuir la morbimortalidad infantil a causa de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.

Este programa lo efectuaremos desde noviembre del 2010 hasta el Marzo del 2011 mediante la presentación expositiva de charlas que contienen información educativa sobre: higiene personal, alimentación por edades seguridad alimentaria signos de alarma y peligro de IRA, y cumplimiento del tratamiento en el hogar.

JUSTIFICACIÓN:

Después de la investigación realizada sabemos que un alto porcentaje de las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo, tiene un déficit de conocimiento sobre la alimentación adecuada que deberían brindar a sus hijos durante la presencia de infecciones respiratorias aguda (neumonías leves) , además a cumplir con el tratamiento prescrito por el medico estrictamente con la complementación de la educación por parte de la enfermera.

Como internas rotativas de enfermería consideramos importante aportar conocimientos en las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo; para lo cual hemos elaborado un programa de educación, el cual contribuirá para el mejoramiento de la alimentación de los niños, autocuidado; previniendo posibles complicaciones a los que están expuestos los niños menores de 5 años.

Objetivo General:

- Educar a las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo sobre: higiene personal, alimentación en niños menores de 5 años signos de alarma y peligro de IRA y el cumplimiento del tratamiento para beneficio de sus hijos.

Objetivos Específicos:

- Orientar a las madres sobre la importancia de su participación en el programa educativo a desarrollarse.
- Enseñar los signos de peligro de las IRAS.
- Reforzar los contenidos expuestos en el intercambio de inquietudes que manifiesten las madres en el cumplimiento del tratamiento.

BENEFICIARIOS:

Este programa de educación está dirigido a las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo de Guaranda provenientes del área urbana y rural

METODOLOGÍA:

La metodología que se va a emplear será interactiva, explicativa, con técnicas de aprendizaje interactivas que puedan tener mayor participación de las madres que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el momento de la capacitación.

RECURSOS:

Recursos Humanos:

Madres que acuden al centro de salud para el control del niño sano y por morbilidad,

Internas Rotativas de Enfermería: Geovana Naranjo,

Martha Toapanta,

DeisyYumbay

RECURSOS MATERIALES:

#	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
6	marcadores de tiza liquida	1.00	6.00
8	Pliegos de cartulina	0.50	4.00
8	Pliegos de papel Periódico	0.25	2.00
150	Refrigerios	1.50	225
40	Fomix	0.20	6.00
	Frutas, legumbres, hortalizas	7.00 5.00 5.00	17.00
TOTAL			260

Recursos Financieros.

Financiado por las internas rotativas de Enfermería quienes realizamos esta investigación

Sostenibilidad

La presente propuesta de educación se ejecutará de acuerdo al cronograma establecido siendo un requisito previo a nuestra graduación, se cumplirá de acuerdo al cronograma.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	METERIAL	TECNICA DE ENFERMERIA	LUGAR
13/01/2011	9 am	Medidas de higiene	Carteles, materiales de aseo	Expositiva Demostrativa	Sala de espera del Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo de Guaranda
17/01/2011	9:30am	Alimentación por edades	Frutas	Demostrativa	
21/02/2011	9:00am	Alimentación segura	Cartulina, papel periódico	Expositiva	
14/03/2011	10:00am	Signos de peligro y alarma en las ira	Papel periódico Cartulina	Expositiva	
17/03/2011	10:00 am	Dar a conocer la importancia del tratamiento	Carteles.	Demostrativa	
24/03/2011	10:00 am	Alimentación en niños con IRAS.	Carteles	Explicativa, demostrativa	

ANEXOS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

Encuesta dirigida a las madres que acuden al centro de salud **GONZALO CORDERO CRESPO**

Lea detenidamente las siguientes preguntas y conteste con toda sinceridad ya que esto nos va ayudar a tratar prevenir infecciones respiratorias en niños menores de 5 años

1.- Causas de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud GONZALO CORDERO CRESPO

- Bacterias
- Virus
- Polvo
- Humo
- Humedad
- TODAS

2.- Usted cree que estos factores ambientales producen las infecciones respiratorias.

- Contaminación ambiental
- Caída de ceniza volcánica
- Hacinamiento
- Exposición al humo
- Cambios climáticos
 - SI
 - NO

3.-Edad de los niños de los niños que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo

- 0-2 AÑOS
- 3-4 AÑOS
- 4-5 AÑOS

4.-A que Sexo afecta más las IRAS

- Masculino
- Femenino

5.-Edad de las madres encuestadas que acuden al centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo

- 15-20
- 21-26
- 27-32
- 33-39
- 40-45

6.-Estado civil de las madres encuestadas que acuden al Centro de Salud Gonzalo CORDERO CRESPO

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Unión libre
- Separada

7.- Qué nivel de escolaridad tiene usted

- Sin estudio
- Básica incompleta
- Básica completa

- Mediana incompleta
- Mediana completa
- Técnico superior
- Universitario

8.-Existe humedad en su casa

- Si
- No

9.-Ubicación de las casas de las madres encuestadas

- Urbano
- Rural

10.-Número de hijos que están al cuidado de las madres encuestadas que acuden al Centro de Salud Gonzalo Crespo

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- NINGUNO

11.-Usted es asegurado al seguro social.

- Si
- No

12.-Su niño ha sido alguna vez hospitalizado

- Si
- No

13.-En cuantas ocasiones ha sido hospitalizado su niño

- 1
- 2
- 3
- NINGUNA
- NO RESPONDE

14.-Cuantos días estuvo hospitalizado su niño

- 1-3
- 4-7
- MAS DE 7

15.-Recibió tratamiento ambulatorio prescrito por el medico

- Si
- No

16.-Termino la medicación en casa

- Si
- No

17.-Deficiencias que existen en el centro de salud al que usted acude

- Falta de personal
- Falta de medicación
- Demanda de pacientes

18.-Qué tipo de atención le brindan el centro de salud que usted acude.

- Bueno
- Regular
- Muy bueno

19.-Situación que han presentado su niño con IRA para la referencia al hospital.

- Respiración rápida
- Dificultad para respirar tos
- Fiebre
- Respiración ruidosa
- Bebe mal
- otro signo
- No sabe

GRACIAS POR SU ATENCION

VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE LA VISITA: Enero – Marzo 2011

DIERCCION: Paltabamba, Castillo, Pircapamba

PLAN DE VISITA DIRIGIDO A LAS MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GONZALO CORDERO CRESPO

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Educar a las madres sobre la importancia de cumplir con el tratamiento prescrito por el médico y acudir a los controles, indicando los signos de peligro en los cuales debe acudir de inmediato a la casa de salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Educar a la madre del niño a administrar al horario prescrito la medicación
- Incentivar a la madre del niño a consumir líquidos
- Brindar alimentos ricos en proteínas y vitaminas
- Educar sobre la importancia de las medidas de higiene

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.-

Madre refiere que más o menos hace 48 horas evoluciona , con tos seca esporádica y alza térmica (39°) acude al centro de salud donde le prescribieron paracetamol.v.o , persistiendo sintomatología hace 6 horas dificultad respiratoria progresiva

PROBLEMAS	ACCIONES	EVALUACION
Desconocimiento de la patología	<ul style="list-style-type: none">✓ Se brinda educación acerca de los signos, síntomas y las posibles complicaciones que pueden presentarse en el niño.✓ Se aconseja a la madre del paciente sobre la importancia de consumir líquidos✓ Se recomienda cumplir el horario cantidad y frecuencia de la	Madre del paciente acepta las recomendaciones brindadas

	medicación para garantizar el tratamiento	
Falta de tiempo para acudir al centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar a la madre lo importante que es acudir a las casas de salud para la detección de la patología y brindar tratamiento ✓ Incentivar a la madre a realizar controles mensuales del niño ✓ Se informa a la madre que la medicación es gratuita 	Madre se compromete a acudir al centro de salud a los controles mensuales
Problemas de convivencia con su pareja	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se incentiva a la pareja a mantener una relación afectiva sin conflictos ✓ Educar sobre medidas de relajación para evitar el estrés de esta manera los conflictos ✓ Incentivar a apoyarse el uno del otro 	Paciente acoge las recomendaciones , y manifiesta que tratara de llevarse mejor con su pareja

OBJETIVO GENERAL:

Educar sobre la importancia de cumplir con las medidas de higiene personal

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dar a conocer a la madre del niño los riesgo que conlleva el no cumplimiento de las medidas de higiene personal
- Incentivar al lavado de manos antes y después de acudir al baño
- Educar sobre el lavado íntegro de las frutas y verduras

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.-

PROBLEMAS	ACCIONES	EVALUACION
Preocupación por presencia de parásitos en el niño	<ul style="list-style-type: none">✓ Motivarle a la madre a acudir al centro de salud a los controles y brindarle desparasitantes✓ Se recomienda evitar dulces y comidas chatarras✓ Se recomienda brindar alimentos ricos en proteínas , vitaminas✓ Se brinda educación acerca de los signos y síntomas y las posibles complicaciones que pueden presentarse	Paciente acepta las recomendaciones brindadas
Preocupación por el agua entubada	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda a la madre a hervir el agua para el consumo, garantizando el bienestar de su familia	Madre acoge la recomendación y refiere poner en practica
Problemas de recolección de basura	<ul style="list-style-type: none">✓ Motivar a la madre a recolectar la basura y enterrarla para evitar contaminación✓ Quemar las basuras que se puedan para realizar abono orgánico	Madre acoge los consejos brindados

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Incentivar a la madre de la niña acudir a los controles mensuales y al cumplimiento del esquema de vacunación para garantizar su bienestar

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Educar sobre la importancia que tiene las vacunas
- Educar sobre los beneficios de las vacunas y sus reacciones adversas
- Incentivar a los controles mensuales

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.-

PROBLEMAS	ACCIONES	EVALUACION
Temor a las reacciones de la vacuna	<ul style="list-style-type: none">✓ Educar sobre cuidados a realizarse luego de la administración de la medicación✓ informar que en caso de fiebre brindar paracetamol✓ aplicación de medios físicos como paños de agua tibia	Paciente acepta las recomendaciones brindadas
Desconocimiento de la importancia y beneficios de las vacunas	<ul style="list-style-type: none">✓ Educar a la madre sobre los beneficios de la vacuna en los niños	Madre acepta la importancia de las vacunas ,y se compromete a cumplir esquema de inmunizaciones
Falta de tiempo por labores de la madre para acudir a los controles	<ul style="list-style-type: none">• Motivar a que acuda a los controles mensuales, y si no dispone de tiempo acudir con un familiar	Afirma que en lo posterior cumplirá con los controles mensuales

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Brindar atención de salud primaria a la paciente y familia indicando la importancia y los beneficios que ofrece el centro de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incentivar a que acuda al centro de salud
- Educar sobre las medidas de higiene y alimentación
- Brindar apoyo emocional y psicológico

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN.-

PROBLEMAS	ACCIONES	EVALUACION
Falta de recursos económicos	<ul style="list-style-type: none">• Ayudar a gestionar para obtener el carnet del CONADIS	Paciente acepta las recomendaciones brindadas
Discapacidad	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar a que acuda al centro de salud• Consejería sobre las medidas de higiene general y alimentación	Se despeja las inquietudes de la paciente afirma sentirse capaz de cuidar a su hijo
Preocupación por el estado de salud del hijo	<ul style="list-style-type: none">• Educar sobre cómo debe llevar los cuidados hacia el hijo	
Hacinamiento	<ul style="list-style-type: none">• Educar a la paciente sobre la importancia de mantener limpia la vivienda• Ventilar al vivienda y explicar a la paciente sobre los perjuicios que puede producir para su salud el mantener animales dentro de la casa	

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Dar consejería a la madre sobre cómo mejorar la alimentación de acuerdo a la edad para su adecuado crecimiento y desarrollo.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Valorar el estado nutricional de la niña
- Conocer las causas que ocasionan la desnutrición.
- Educar y promover a la madre en una mejor presentación en los platos de alimentación de su niña.
- Demostrar a preparar alimentos complementarios para mejorar la alimentación y que le siga dando la lactancia materna

DESCRIPCION DE LA SITUACION: Niña de 1 año 2 meses presenta un peso bajo para su edad además presenta talla baja debido al rechazo a la alimentación no ingiere alimentación solida solo jugos

PROBLEMA	ACCIONES	EVALUACIÓN
Alteración del crecimiento con déficit de peso y estatura.	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar a la madre que continúe con lactancia materna dos veces al día.• Enseñar a la madre a preparar alimentos de calidad nutritivos en buen estado, higiénicamente preparados.• Motivar a la madre sobre la importancia de la presentación de los alimentos, color, sabor consistencia y tamaño de las proporciones.• Evitar la monotonía.• Explicar de la importancia de asistir a los controles mensuales del niño.	La madre acepta las indicaciones. Madre concientizada, asistirá a la unidad de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- LÓPEZ, A. Infecciones respiratorias agudas en las América; Washington E.U.A: OPS. 26 de julio 2006; (De PDF) www.opsoms.org/spanish/dd/. 2009-07-15.
2. OMS. Boletín Epidemiológico; Washington, D.C. E.U.A: 2009; (De PDF) <http://www.paho.org/Spanish>. 2009-07-16.
3. AGUILAR, E. Diez principales causas de morbilidad por provincias Ecuador. Quito: MSP 2007; (De PDF) <http://www.msp.ec>. 2009-07-16.
- 4 CHERRY, J. Tratado de Infecciones en Pediatría: Infecciones de las vías respiratorias superiores: Resfriado común. 5ª ed. Mexico: Mc Graw – Hill; 2005: pp. 157-162.
5. RAMOS, A. Resfriado común en niños. New Yersey: HEALTHARTICLE 2008; (De PDF) <http://www.healtharticles-lk.com/articles/8207/1>. 2009-07-18.
- 6 DE LEÓN, M. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. Medellín – Colombia: ASCOFAME 2007; (De PDF) <http://etb.net.co/clinicala100/2/051.PDF>. 2009- 07- 23.
- 7 TURNER, R. “The epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold”.SEMINARS IN PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL. Washington D.C. 2005, vol 6, (2):4-5.
- 8 BENGUIGUI, Y.” Diálogos en Pediatría: “Infecciones respiratorias agudas”. 2da ed. España: Publicaciones técnicas Mediterráneo Ltda, 2004: 11- 26.

9. BEHRMAN, R. KLIEGMAN, R. NELSON, W. VAUGHAN, V. Nelson Tratado de Pediatría: "Nasofaringitis aguda". 14a ed. México: Interamericana/ McGraw-Hill, 2003. pp. 1285-1287.

10. ROBERTSON, J. SHILKOFSKI, N. Manual HarrietLane de Pediatría: "Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas". 17ª Ed. Madrid: ElsevierMosby. 2007: 125-127.

59

11. HARKER, H. Infección y alergia respiratoria en el niño: "Resfriado común". 2a ed. Cali: XYZ; 2004: 93- 99.

12. GOERINGER, G. VIDIC, B. " Embriogénesis y anatomía del anillo de Waldeyer". Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América. E.E.U.U. 2006, vol 27,(2): 223-233.

13. FRANCO, G. Infección y alergia respiratoria en niños: "Faringoamigdalitis y adenoiditis". 5ª ed. Cali: XYZ; 2007: 142-149.

14. TRUJILLO, H. PÉREZ, M. Fundamentos de pediatría: "Amigdalofaringitis aguda". Medellín: CIB; 2005: 2271- 2274.

15. BROOK, I. YOCUM, P. FRIEDMAN, E. Annals of Otolaryngology and laryngology: "Aerobic and anaerobic bacteria in tonsils of children with recurrent tonsillitis". 3era ed. Philadelphia: Inportecnica; 2006: 172-177.

16. TEELE, D. KLEIN, J. The greater Boston otitis media study group. Epidemiology in greater Boston, a prospective cohort study. Journal of Infectious Diseases. E.E.U.U. 2003. Vol 4(2): 83-94.

17. TORRES, E. Estudio clínico y etiológico de las Otitis medias Agudas en niños; Zaragoza–España: 2003- 06- 06; (De PDF) www.pap.es/paginas/Articulo.aspx?articulo=101. 2009- 07-24.
18. CRAMBLETT, H. Alteraciones del Aparato Respiratorio en Niños: Crup (Epiglotitis, Laringitis, laringotraqueobronquitis). 3a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005: 333-340.
19. LÓPEZ, A. Infecciones Respiratorias Agudas en niños: Diagnóstico clínico. 1era ed.60 Lima- Perú: Los Andes; 2002: 224-234.
20. ARANGO, S. Neumonía Adquirida en la comunidad; Chile. Scielo. Septiembre 2006; (De PDF): www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716...script . 2009-07-02.
21. CRESSMAN, W. Diagnóstico y tratamiento de crup y epiglotitis. Clínicas Pediátricas de Norte América. Nueva York. 2004. Vol 3(2): 313-323
26. BARLEY, S. Diagnostico Crup; Nueva York: Scrib. Mayo 2005; (De PDF): www.scribd.com/doc/7123197/Crup. 2009-07-15.
22. OPS. Estrategia Aiepi; Habana – Cuba: OPS. Septiembre 2005; (De PDF): <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>. 2003-07-15.

CHARLAS EDUCATIVAS







APLICACIÓN DE ENCUESTAS





