



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
REPRESENTACIÓN EL SALVADOR



MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA 2009 – 2011, EL SALVADOR

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Informe de Tesis:

**“CONOCIMIENTO DE LOS PADRES O CUIDADORES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS
DE DOS MESES A CINCO AÑOS SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA DE LAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS AGUDAS QUE BUSCAN
ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
SAN MIGUEL. MARZO 2012”**

Autora:

Dra. Glenda Maribel Turcios Ayala.

Tutor:

Dr. Víctor Mejía

San Salvador, Mayo 2012

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

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

AI CIES:

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

A NUESTRO ASESOR:

Dr. Víctor Mejía por orientarme y ayudarme en la ejecución de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y María Santísima:

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

A mis padres:

Lic. Julio Turcios Reyes y Lic. Argelia Elizabeth Ayala por su amor y apoyo incondicional en mis estudios y consejos siempre.

A mis Hermanos:

Dr. Roger Ellebin, Lic. Claudia Vanessa, Lic. Karla Lisbeth, Dra. Jessica Judith y en especial Dra. Rhina Elizabeth por su apoyo incondicional.

A mis Sobrinos:

Rodolfo Alexander, Daniel Alejandro, Roger Ellebin, Roger Efraín, Jennifer por transmitirme alegría y entusiasmo.

A mis cuñados

Dr. Alexander Cuadra, Lic. Saúl Ernesto García, Dra. Ana Ruth Palacios por su respeto y cariño.

RESUMEN

Ésta investigación se realizó con los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que asistieron a su control infantil en las Unidad Comunitaria en Salud San Miguel durante marzo de 2012, para determinar el conocimiento que tienen estos sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, así como los factores influyentes y las acciones que toman cuando sus hijos se enferman. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, obteniendo una muestra de 50 niños y niñas que asistieron a su control infantil, utilizando un muestreo no probabilístico, intencional o deliberado; se aplicaron técnicas documentales y de campo dentro de las que se mencionan la encuesta que fue dirigida a los padres o responsables que asistieron con los y las niñas a su control. La información fue procesada en EPI-INFO 3.5.1, los cuadros, graficas e informe final fueron hechos en Microsoft Word y Excel 2007. Según la información recopilada la mayoría de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años tienen un inadecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas. Los factores socioeconómicos relacionados con este desconocimiento son, la edad de la madre, la baja escolaridad de los padres o responsables, el bajo ingreso económico y la poca asistencia a los controles infantiles y la mala o poca información recibida sobre el tema. Con respecto a las acciones tomadas por los padres cuando sus hijos se enferman, la mayoría son acciones nocivas, tales como: la administración de anti diarreicos, medicinas caseras y no les dan suero oral, ni saben prepararlo cuando sus hijos presentan diarrea, además cuando tienen una Infección Respiratoria Aguda las medidas tomadas consisten en darles antitusivos, antibióticos, ungüentos que no son prescritos por personal medico; también muchos de los padres aun prefieren llevar a los niños a la farmacia o al curandero cuando se enferman, provocando el agravamiento de la condición de salud de sus hijos. A través de sus dependencias capaciten al personal de salud sobre técnicas educativas que aseguren que la información transmitida a la población se asimile con éxito.

ÍNDICE

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

I-

I. INTRODUCCIÓN	1
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
5.1 OBJETIVO GENERAL	7
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
VI. MARCO DE REFERENCIA	8
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	10
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	19
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	31
Tipo de Estudio:	31
TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	32
INSTRUMENTOS	33
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	35
VIII. RESULTADOS	36
8.1 Con relación a los factores socioeconómicos tenemos:	36
IX. ANALISIS	44
9.1 Los Factores Socioeconómicos de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas.	44
X. CONCLUSIONES	51
XI. RECOMENDACIONES	52
XII. BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION	63

I. INTRODUCCIÓN

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

Según los informes del Ministerio de Salud en el Salvador durante el año 2011 la Tasa de Mortalidad Infantil por EDAS en la población de 2 meses a 5 años fue de 4.5 y la Tasa de Mortalidad por Neumonías fue de 5.5 por 100,000 habitantes.

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

Según Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud en El Salvador durante el año 2011 se registraron 45,000 consultas por Enfermedad Diarreica Aguda, 50,000 consultas por Infecciones Respiratorias y 25000 consultas por Neumonías que es una complicación de las Infecciones Respiratorias Agudas.

En el departamento de San Miguel la Tasa de Mortalidad Infantil por Enfermedad Diarreica Aguda fue de 8.5 y la Tasa de Mortalidad por Neumonías fue del 9.8, durante el año 2011.

El Ministerio de Salud, ha realizado diferentes intervenciones con el objetivo de disminuir la mortalidad y morbilidad de estas enfermedades en este grupo de población, considerando una de las estrategias que más se han socializado.

La Guía de Atención del Niño y Niña menores de 5 años, el cual lleva un componente de manejo clínico y otro educativo; esta estrategia ha preparado al 90% del personal médico y de enfermería del primer y segundo nivel de atención, comprometiéndose el personal capacitado a educar a la población sobre las medidas preventivas y detección de los signos de alarma de la principales enfermedades que afectan en la infancia.

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

En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados para ser atendidos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros o son llevados a curanderos que aplican procedimientos nocivos a la salud del niño, llevándolo a complicaciones y algunos casos hasta la muerte.

Con el objetivo de identificar si los padres o cuidadores de los niños y niñas de dos meses a 5 años conocen sobre los signos de alarma de las infecciones respiratorias y diarreicas aguda, se realizó un estudio a la población que demande los servicios médicos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel en horario extendido y fines de semana durante el mes de marzo del presente año.

Con el presente estudio se pretende identificar factores que influyen en la atención médica oportuna de las IRAS y EDAS que más afectan a la población infantil del departamento de San Miguel.

II. ANTECEDENTES

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

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

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

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

En los países en desarrollo como es el caso de El Salvador la deshidratación por diarrea, las infecciones respiratorias particularmente la clasificada como Neumonía son unas de las primeras causas directas de muertes en niños y niñas menores de 5 años. Además son una de las causas más frecuentes que desencadena el proceso de pérdida de la velocidad de crecimiento, que si no es corregido oportunamente conduce a cuadros progresivos de desnutrición lo que

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

hace a su vez, propicia la condición para que aumente la morbilidad y mortalidad en la niñez.

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

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

La prevalencia de IRAS en el departamento de San Miguel es del 40%. En la Unidad de Salud objeto de estudio la prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en los últimos cinco años es del 46.8% y para las Enfermedades Diarreicas Agudas es de 25.4%.

En vista de la problemática el Ministerio de Salud implemento la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), desde 1997 y se ha desarrollado las modalidades de voluntarios, promotores de salud y el clínico para que la lleven a cabo, con el objetivo de monitorizar más cuidadosamente a cada niño que consulta los centros de salud de la red pública.

III. JUSTIFICACIÓN

En el departamento de San Miguel la Tasa de Mortalidad Infantil por EDAS fue de 8.5 y la Tasa de Mortalidad por Neumonías fue del 9.8, durante el año 2011, el total de consulta médica por EDAS fue de 4500, consultas por IRAS 5000 y 25000 consultas por Neumonías; el 35 % de estas consultas se registraron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Miguel.

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

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

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar tiene como responsabilidad una población de 25,000 niños de 2 meses a 5 años y según informes de la Vigilancia Epidemiológica es la que más casos de EDAS e IRAS reportan, hasta la fecha no se cuentan con estudios que identifiquen los factores que están influyendo y que ayuden a la toma de decisiones oportunas o intervenciones para disminuir la incidencia y prevalencias de estas enfermedades.

Con el objetivo de evaluar si los padres o cuidadores de los niños y niñas de dos meses a 5 años identifican los signos de alarma de las infecciones respiratorias y diarreicas aguda, se realizara un estudio a la población que demande los servicios médicos por control infantil de niño sano o consulta por morbilidad infantil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel en horario extendido y fines de semana durante el mes de marzo del presente año.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo antes mencionado se tratara de darle respuesta al siguiente enunciado:

- ¿Influirán los Factores Socio-económicos de los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años en la identificación de los signos de alarma de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas?
- ¿Tendrán los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años un adecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas?
- ¿Cuáles son las acciones que toman los padres o responsables de los niños y niñas cuando se enferman de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas?
- ¿Cuáles son las acciones que toma la Unidad Comunitaria de Salud Familiar para documentar y garantizar que los cuidadores han comprendido sobre la identificación de los signos de alarma de las infecciones respiratorias y diarreicas agudas?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL.

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

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Comprobar si los factores socioeconómicos influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las infecciones respiratorias y diarreicas agudas para acudir oportunamente a un centro de salud.

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

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

VI. MARCO DE REFERENCIA

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

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

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

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

En muchos países se ha observado que aun cuando los servicios y el personal de salud están accesibles a la población, los niños enfermos no son llevados a tiempo para ser atendidos por estos, sino que son tratados en el hogar con remedios caseros. En algunos casos, los niños también son vistos por curanderos y otros tipos de personal tradicional. El manejo de la enfermedad de un niño en el hogar es aconsejado siempre que las medidas de tratamiento que se apliquen no sean potencialmente nocivas y siempre que los padres o responsables del cuidado del niño conozcan y sepan identificar los signos de alarma para decidir que el niño debe ser atendido por un personal de salud.

La demora en la consulta al servicio de salud puede provocar un agravamiento de la enfermedad e incluso puede provocar la muerte del niño. Por esta razón es muy importante que la familia y la comunidad conozcan los signos de alarma que debe observar en un niño cuando está enfermo para concurrir inmediatamente al servicio de salud en caso de que aparezcan.

La aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) concede una especial importancia a la educación de los padres sobre la salud infantil, lo que permite mejorar el conocimiento de la comunidad sobre los signos de alarma y posibilita la consulta oportuna en el servicio de salud.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos introdujo en el año 2002 la estrategia AIEPI en los estudios de pre grado de Medicina, dentro del curso de Salud Comunitaria, para lo cual se capacitó a sus profesores, con el apoyo de la OPS.

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa.

En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, pasa de nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad, los niños menores de dos años, son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. “Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños”²

La causa principal de muerte es la deshidratación, la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos. Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves. Las Enfermedades Diarreicas también afectan a otros grupos de población. Las infecciones respiratorias agudas también constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo constituyendo un problema serio de salud. Todo lo referente a estos dos problemas en salud se detalla continuación.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

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

DEFINICIÓN.

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, para definirla se han adoptado diversos conceptos. La Academia Americana de Pediatría la define como “una enfermedad de comienzo rápido, caracterizada por incremento en el número de evacuaciones al día, y alteración en la consistencia de las heces fecales, que puede ir o no acompañado de otros síntomas como los vómitos, las náuseas, el dolor abdominal o la fiebre.”

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

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

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

La OMS define a la diarrea “como el aumento de la frecuencia, contenido líquido, y volumen de las heces”. Un niño experimentará entre uno y tres episodios de diarrea aguda por año, en los tres primeros años de vida, cifra que asciende hasta diez por año en comunidades de extrema pobreza. En los países en desarrollo la letalidad por diarrea aguda infantil es elevada. La mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días. Convencionalmente, se considera como diarrea prolongada a la que dura más de 14 días.

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

EPIDEMIOLOGÍA

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

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

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

- Desnutrición.
- Inmunosupresión por infecciones virales.

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

- Diarreas virales se incrementan durante el invierno.

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

- Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

Factores Protectores

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

Influencia de la Edad

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

Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con enteropatógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear.

Después de los dos años, la incidencia declina notoriamente porque los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteropatógenos.

Mortalidad por Diarrea

Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad.

La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos.

Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

Tipos Clínicos de Diarrea

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

Diarrea Simple

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

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

Diarrea Persistente

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

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

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

ETIOLOGÍA

Los agentes etiológicos más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente rotavirus) que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas en el mundo desarrollado, las bacterias ocupan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos, como la giardia, ocupan el 10 %. La distribución es afectada por los cambios climáticos y las estaciones del año, siendo más frecuente los rotavirus en el invierno. La infección bacteriana más común en nuestro medio es la debida a *la Escherichia coli*. Aunque la mayor parte de las cepas de E. coli son inofensivas, algunas, como la enterotoxigénica, son las causantes del 70% de los casos de diarrea del viajero.

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

La shigellosis, conocida como disentería bacilar, es causa importante de diarrea. La presentación clínica incluye cólicos abdominales, fiebre y diarrea que con frecuencia es sanguinolenta. La Salmonella puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia. La diarrea viral se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y cefaleas. Por lo general se autolimita en tres o cuatro días, aunque en ocasiones, produce cuadros severos con deshidratación, haciéndose obligatorio un manejo intrahospitalario. Las infecciones parasitarias como la giardiasis, además de la diarrea, que nunca es sanguinolenta, producen dolor abdominal. La amebiasis es clínicamente indistinguible de las colitis bacterianas, por lo cual es indispensable el estudio de las heces frescas en busca de trofozoitos para asegurar el diagnóstico.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Evaluación del paciente Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuado. La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación.

Evaluación del estado de hidratación

Se debe de evaluar el paciente según la estrategia AIEPI y luego clasificar (Ver anexo 1)

La estrategia AIEPI menciona los signos de alarma siguiente:

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

MANEJO DE LAS EDAS SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI

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

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

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

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

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

Bases del Tratamiento de la Diarrea Aguda:

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

Tratamiento de pacientes con diarrea sin signos de deshidratación

Plan A

Para enseñar a la madre durante la consulta: (Ver anexo 2)

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

Explicar las cuatro reglas para tratar diarrea en el hogar:

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

2- No suspender el seno materno y continuar alimentándolo según su edad: Continuar con lactancia materna. Si el niño no recibe lactancia materna, dar las fórmulas de costumbre. Si el niño ya recibe sólidos, dar cereales (arroz, fideos, sémola, maicena, etc.) con carnes y verduras. Agregar aceite antes de servir. Dar plátano para proporcionar potasio.

3- No auto medicar dar consejería a la madre: No auto medicar (no dar anti diarreicos ni antieméticos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud. No usar antibióticos sin prescripción medica. No llevarlos a los curanderos o sobadores.

4- Cuando regresar inmediatamente al establecimiento de salud: si el niño no mejora en tres días, o si desarrolla: vómitos frecuentes, decaimiento marcado, sangre fecal, fiebre alta, exceso de deposiciones líquidas. (Ver anexo 4)

Si al niño le dan SRO en casa, mostrar a la madre como se prepara y administra la ORS. Después de cada deposición alterada se le debe dar al niño adecuada cantidad de volúmenes.

Forma de administrar SRO:

- Dar una cucharadita cada 1-2 minutos en niños menores de 2 años

- Dar tragos frecuentes en niños mayores

- Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego continuar con más lentitud. Ej.: darle una cucharadita cada 2 a 3 minutos.

Tratamiento de pacientes con diarrea con deshidratación leve a moderada

Plan B

Para tratar deshidratación clínica mediante rehidratación oral se estiman volúmenes de acuerdo al peso en Kilos y la edad (ver anexo 3).

La OMS recomienda los siguientes consejos:

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) son causantes de un gran porcentaje de muerte en niños y niñas menores de cinco años, en países con altos niveles de pobreza. Una de las causas principales de la mortalidad infantil por diarreas, es la falta de reconocimiento de signos de peligro y la búsqueda tardía de atención médica.

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

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

Es sustancial saber también que el mejor tratamiento para aminorar la diarrea es el suero oral porque con éste se rehidrata a los niños y niñas ya que la diarrea los hace perder muchos líquidos y electrolitos. El suero oral ayudará no sólo a la rehidratación de los menores, sino también a mantenerlos alimentados mientras no quieran comer. Aunque siempre se debe tratar que coman de la misma manera que lo han hecho siempre, antes de tener diarrea. En nuestro país el esfuerzo por el control de las enfermedades diarreicas se ha plasmado en la implementación de programas preventivos orientados a disminuir la morbilidad y mortalidad por diarreas a través de la estrategia AIEPI; la cual es aplicable para todos los niveles locales del país.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

DEFINICIÓN.

“Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) constituyen la causa más frecuente de consulta en la edad pediátrica”⁶ presentes a lo largo de todo el año y aumentando de manera muy importante durante los meses de invierno. Corresponden a la principal causa de ausentismo escolar y de hospitalización. Aunque no existe consenso en cuanto al sitio anatómico que separa las IRAS en altas y bajas, se acepta como IRA alta toda aquella patología que afecta al aparato respiratorio de la epiglotis hacia arriba.

Sin embargo, se debe tener presente que muchas patologías respiratorias afectan tanto el tracto superior como el inferior en forma concomitante o secuencial.

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

EPIDEMIOLOGÍA.

A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las IRAS de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable. Pueden producir infección inaparente o sintomática, de distinta extensión y gravedad dependiendo de factores del paciente como edad, sexo, contacto previo con el mismo agente infeccioso, alergias y estado nutricional. Las IRAS son más frecuentes en niños pequeños, especialmente en lactantes y preescolares que comienzan a concurrir a sala cuna o jardín infantil, pudiendo elevarse el número hasta 8 episodios por niño por año calendario entre el año y los 5 años de edad.

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

Factores de riesgo.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen las IRAS, algunos son modificables y otros no. Entre ellos tenemos, la edad del niño donde se observa que por debajo de los 5 años y sobre todo en el recién nacido y el lactante se presenta el mayor riesgo, el bajo peso al nacer favorece la mayor sensibilidad a la infección, debido entre otras causas al deterioro físico del niño y a los trastornos en la maduración del sistema inmune del bebé, asociado al bajo peso al nacer encontramos también como un factor de riesgo importante la desnutrición, la cual es la causa más común de inmunodeficiencia, gran parte de la morbilidad y la mortalidad en individuos malnutridos se debe a las infecciones Otro factor de riesgo importante es la no-administración de lactancia materna. Los niños en los que se sustituye la lactancia natural son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro, aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna carecen de la protección que la misma aporta contra las IRAS.

IRAS ALTAS.

CATARRO COMÚN.

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

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

El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía

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

aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de mononucleares y posteriormente de polimorfo nucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

Cuadro Clínico

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

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

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

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

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

Complicaciones

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

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

El tratamiento es principalmente sintomático, con reposo relativo dependiendo de la edad, una adecuada hidratación y uso de antipiréticos en caso de fiebre. En los lactantes más pequeños es fundamental realizar un buen aseo nasal en forma frecuente con suero fisiológico. Se le debe indicar a la madre cuando debe de volver de inmediato, si no mejora hacer una consulta de control cinco días después.

El uso profiláctico de antibióticos está completamente contraindicado.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.

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

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

Cuadro clínico

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

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

Complicaciones

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

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

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

Tratamiento

Debe estar orientado al alivio sintomático y erradicación del EBHA.

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

Erradicación: dar una dosis de Penicilina Benzatinica.

SINUSITIS.

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

Etiología

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

Cuadro Clínico:

Hay dos patrones básicos de presentación de sinusitis aguda:

- a. En forma de una infección persistente de las vías respiratorias altas.
- b. Como un resfriado claramente más intenso de lo habitual.

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

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

Tratamiento

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

OTITIS MEDIA

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

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

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

Tratamiento

Dar un antibiótico oral durante 10 días. (Ver anexo 5)

Dar en el servicio de salud la primera dosis de acetaminofén para la fiebre alta y/o el dolor.

Secar el oído con mechas si hay supuración.

Hacer el control cinco días después.

CRUP.

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

El Crup viral es el más común. Otras posibles causas abarcan bacterias, alergias o irritantes inhalados. El Crup también puede ser desencadenado por el reflujo gástrico. Generalmente (75% de los casos) es causado por el virus de la parainfluenza, pero el virus sincitial respiratorio (VSR), el sarampión, el adenovirus y la influenza también pueden causar Crup. Antes de la era de los antibióticos y de las inmunizaciones, el crup era una enfermedad temida y mortal, por lo general causada por la bacteria de difteria. Ahora, la mayoría de los casos de Crup son leves. No obstante, todavía puede ser una enfermedad peligrosa. Los tres meses y los cinco años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad. Algunos niños son más propensos al Crup y lo pueden padecer varias veces.

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

Tratamiento

El aire frío o húmedo puede brindar alivio.

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

Si la enfermedad es grave, se requiere la hospitalización del paciente.

La persistencia o el aumento de dificultad respiratoria, fatiga, coloración azulada de la piel o deshidratación son indicios de la necesidad de asistencia médica o de hospitalización.

La epinefrina racémica aerosolizada, al igual que la dexametasona se utilizan para ayudar a disminuir la inflamación de las vías respiratorias superiores. El oxígeno y la humedad pueden suministrarse mediante una tienda de oxígeno colocada sobre la cama. La infección bacteriana requiere terapia con antibióticos

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

IRAS BAJAS.

BRONQUITIS.

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

Síntomas

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

Tos que produce moco (esputo), dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve, sibilancias, fatiga, fiebre usualmente baja. Incluso después de que la bronquitis aguda se haya resuelto, la persona puede experimentar una tos seca y molesta que se prolonga por varias semanas.

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

Tratamiento

No se necesitan antibióticos para la bronquitis aguda causada por un virus y la infección se resuelve generalmente en forma espontánea en una semana. Se pueden tomar las siguientes medidas para lograr algún alivio:

Acetaminofén (si la persona presenta fiebre).

Descansar

Tomar mucho líquido

Utilizar un humidificador o vapor en el baño

BRONQUIOLITIS.

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

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

Etiología:

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

Tratamiento:

Existen varias posibilidades:

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

NEUMONÍA.**Definición:**

Neumonía es la lesión inflamatoria infecciosa del parénquima pulmonar con extensión y compromiso variable de los espacios alveolares, vía aérea central (bronquiolos terminales y respiratorios) y el intersticio circundante. Es así como puede afectar en especial al alvéolo (neumonía alveolar) o al intersticio (neumonía intersticial) o ambos.

La intensidad y el tipo de compromiso dependen del agente etiológico. Esto, junto a la edad del paciente y su condición inmunológica, determina en gran medida la fisiopatología, manifestaciones clínicas y radiológicas de la infección respiratoria.

Clasificación según la Estrategia AIEPI (Ver anexo 6)

Cualquier signo de peligro o tiraje subcostal y/o estridor en reposo clasificar como Neumonía Grave.

Si presenta respiración rápida clasificar como Neumonía.

Ningún signo de Neumonía o de enfermedad muy grave se clasifica como no tiene Neumonía: tos o resfriado.

Etiología:

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

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

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

Niños mayores de 5 años:

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

Inmunocomprometidos:

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

Cuadro clínico.

Las manifestaciones clínicas de neumonía en pediatría son diversas, y varían según la edad del paciente, extensión de la enfermedad y el agente etiológico. (Ver anexo 5)

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

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

¹¹ HNNBB, Manual de terapéutica Pediátrica, 2003, págs. 144.

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

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

Diagnóstico:

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

Tratamiento:

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

Neumonía: dar un antibiótico apropiado durante siete días, tratar las sibilancias si las tiene, mitigar la tos con un remedio casero inocuo, indicar a la madre cuando debe volver de inmediato, hacer un control dos días después. (Ver anexo 5)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Según el periodo y secuencia del estudio esta investigación se caracteriza por ser: Transversal: Porque el estudio se llevó a cabo en un período de un mes estudiando las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo.

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

Universo:

El universo se obtuvo tomando en cuenta el total de padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que consultaron por control infantil o morbilidad durante el mes de marzo 2012; en horario nocturno y fines de semana, en la Unidad de Salud Anexa San Miguel.

Muestra:

Se tomo una muestra basada en criterios no probabilístico intencional y por conveniencia en una población de 50 padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años que demandan los Servicios Médicos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel durante jueves nocturno, sábado y domingo diurno en el mes de marzo 2012.

Variables:

- Factores Socioeconómicos
- Conocimiento de los padres sobre los signos de alarma de las infecciones respiratoria y enfermedad diarreica aguda.
- Acciones que toman los padres cuando sus hijos se enferman de infección respiratoria o enfermedad diarreica aguda.

(Ver Anexo 7)

Criterios de Inclusión:

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

Criterios de Exclusión

- Que el padre o responsable del cuidado de los y las niñas no desee participar en el estudio.

TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Técnicas documentales:

- **Documental bibliográfica:** A través de la cual se recopilaron los datos necesarios sobre los que se fundamenta el estudio, por medio de libros especializados y diccionarios.
- **Documental escrita:** Porque se realizaron revisiones de los datos con respecto a la incidencia de las IRAS y las EDAS, asistencia a controles infantiles, en los archivos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel.
- **Documental hemerográfica:** Para la cual fue necesaria la revisión de sitios electrónicos y periódicos para determinar el comportamiento del fenómeno objeto de estudio.

Técnicas de campo.

- **La observación:** Al momento de la entrevista dirigida a la madre o responsable del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años, se tomó en cuenta la actitud, aspecto, lenguaje no verbal.
- **La entrevista:** se llevó a cabo en el momento del control infantil en la cual se trató de establecer empatía con el entrevistado, para poder crear un ambiente de confianza y así lograr obtener información acertada.

INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos que se utilizaron se encuentran:

Fichas bibliográficas, fichas hemerográficas, fichas archivo lógicas.

Cedula de entrevista: La que fue dirigida a los padres o responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años, que asistieron a la Unidad de Salud objeto de estudio la cual consta de 23 preguntas de las cuales 16 son cerradas y 7 abiertas.(Ver anexo 9)

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El estudio se realizo en un período de un mes, partiendo desde la planificación hasta la elaboración del informe final. La investigación se llevo a cabo en dos momentos:

a) La planificación:

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

b) La ejecución del estudio

Éste se divide en dos grandes etapas:

- La recolección de los datos:

La recolección de los datos del presente estudio se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Miguel, aplicando Guía de Entrevista a todos los Padres o Cuidadores de niños menores de 5 años, que demandaron los servicios médicos en horario extendido y fines de semana durante el mes de marzo del 2012. La entrevista se llevó a cabo en el momento de la consulta médica demandada por control infantil o morbilidad, se realizó la rutina que incluye medición de peso, talla, perímetro cefálico, historia clínica y examen físico completo; una vez establecida la empatía con el padre o responsable del niño(a) se le aplico la guía de entrevista . La cantidad de personas entrevistadas fueron 50, esto se determinó de acuerdo a la afluencia de pacientes que asistieron al control infantil o consulta por morbilidad, la muestra obtenida fue por orden de

llegada, los primeros que consultaron, se tomaron como muestra sin selección previa.

Es importante mencionar que a pesar de existir otros signos de alarma para estas enfermedades; se tomó en cuenta únicamente los establecidos por la estrategia AIEPI ya que es con la que trabaja el Ministerio de Salud actualmente, entre éstos tenemos:

Con relación a las IRAS

- Respiración rápida
- Tiraje subcostal
- Estridor en reposo

Con relación a las EDAS

- Vómitos repetidos
- Sed intensa
- Bebe mal o no puede beber
- Sangre en las heces
- Letárgico o inconsciente.
- Ojos hundidos
- Signo de pliegue cutáneo

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

- La tabulación de los resultados:

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

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La información que se recolectará en el instrumento se vació en una base de datos creada en el programa Epi-info 3.5.1 para su análisis posterior. El análisis se hizo a través de estadística descriptiva mostrando frecuencias y porcentajes; en algunas variables se seleccionó promedios, así como valores mínimos y máximos según la necesidad que se tenga según la variable, todo esto representado en graficas (gráfico de barras, pastel, etc.). Para la elaboración del informe final se utilizó Microsoft Excel 2007 en el caso de cuadros y gráficas y el texto del documento final se hizo por Microsoft Word 2007.

VIII. RESULTADOS

8.1 Con relación a los factores socioeconómicos tenemos:

8.1.1 Personas responsables del niño (a) al momento del control infantil

Según los resultados, se puede apreciar que de los 50 sujetos encuestados, las personas responsables del niño(a) al momento del control infantil fueron, 35 madres de familia (70%), 6 padres (12%), también en igual cantidad eran abuelas y en menor proporción 3 tías (6%). (Ver Anexo Tabla 1)

8.1.2 Edad de los padres o responsables del cuidado de los niños(as) que asistieron a la Unidad de Salud.

De las madres o responsables del cuidado de los niños(as) que asistieron a la unidad de salud se obtuvo que; 18 (36%) tienen entre 21 a 25 años, 12 tienen entre 16 a 20 años, lo que constituye un 24% , 7 (14%) tienen entre 26 a 30 años, 6 (12%) se encuentran entre 31 a 35 años, 3 (6%) tienen entre 36 a 40 años, en igual frecuencia se tienen 3 personas mayores de 40 años y 1 (2%) tienen entre 10 a 15 años. (Ver Anexo Tabla 2)

8.1.3 Escolaridad de los padres o responsables de los niños(as) que asistieron a la Unidad de Salud

Según los resultados se puede apreciar que 10 (20%) de los entrevistados no obtuvieron ningún grado académico, 16 aprobaron entre 4º a 6º (32%), 12 (24%), de los entrevistados aprobaron de 1º a 3º, 7 (14%), cursaron 7º a 9º, 4 (8%) cursaron el bachillerato, solo 1 aprobó un estudio superior no universitario y ninguno aprobó un estudio superior universitario. (Ver Anexo Tabla 3)

8.1.4 Tiempo que se tardan los pacientes en trasladarse desde su vivienda a la unidad de salud

Las viviendas de los entrevistados se encuentran ubicadas en 18 (36%) de los casos entre 16 a 30 min. de la Unidad de Salud, 11 (22%) de los entrevistados viven a 31-45 min. de la unidad, 4 (8%) viven a 5-15 min., 6 (12%) viven a 45 min – 1 h. de la unidad, siendo el 8 (16%) entrevistados viven a $\geq 1h - 1h 31$ min. de la unidad, 3 viven a 1h – 1h 30 min. de la unidad de salud que corresponde al 6%. (Ver Anexo Tabla 4)

8.1.5 Madres o responsables del cuidado de los niños que trabajan fuera de casa

8.1.6 Personas responsables del cuidado de los niños(as) cuando sus padres trabajan

Según los datos que se presentan en la tabla N° 5 se puede apreciar que 37 (74%) madres o responsables no trabajan fuera de casa y solo 13 trabajan fuera de casa que corresponde al 26%; por lo que este grupo tiene que dejar sus hijos con otras personas mientras trabajan, lo que refleja la tabla N° 6, donde las abuelas representan una mayor porcentaje con un 69% (9), 3 (23%) los dejan con tías y solo 1 (8%) mencionó hermano. (Ver Anexo Tabla 5 y 6)

8.1.7 Estimado del Ingreso Económico Mensual de las familias

Se indago sobre la cantidad de dinero aproximada con la que cada familia de los sujetos en estudio cuentan mensualmente y se obtuvo que; 16 (32%) hogares cuentan con un ingreso mensual menor de \$100, 12 (24%) reciben un promedio de 101 a 150 dólares mensuales, 10(20%) familias tienen un ingreso de \$151 a \$200 , 5 (10%) hogares reciben mensualmente más de \$300, 4 familias reciben entre \$201 a \$250 mensuales , lo que representa el 8%, y solo 3(6%) hogares reciben mensualmente entre \$251 a \$300.

(Ver Anexo Tabla 7)

8.1.8 Número de hijos por familia.

De las 50 madres de familia que asistieron a las unidades objeto de estudio, 17 (34%) de ellas solo tienen 1 hijo, 12 (24%) tienen 2 hijos, 9 (18%) tienen 3 hijos, 7 tienen un promedio de 5 o más hijos, que constituye un 14%, 5 (10%) tienen 4 hijos.

(Ver Anexo Tabla 8)

8.1.9. Padres o responsables que llevan a los niños(as) al control infantil en forma regular

8.1.10. Razones por las que no llevan a los niños(as) a control infantil

La tabla N° 9 refleja que 34 (68%) padres llevan a sus hijos a control infantil en forma regular, 16 (32%) padres respondieron que no llevan a sus hijos a control.

Las razones por las que no llevan a sus hijos a control infantil se mencionan en la tabla N° 10, de donde se obtuvo que 6 (37%) padres respondieron “no me queda tiempo”, 4 (25%) sujetos contestaron “se me perdió la tarjeta”, 3 (19%) mencionaron “no tengo dinero”, 2 (13%) dijeron “por la distancia y (6%) contestaron por cambio de domicilio.

(Ver Anexo Tabla 9 y 10)

8.1.11 Responsable que toma la decisión de consultar cuando su niño(a) se enferma de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda

De los 50 entrevistados, 33 (66%) respondieron que son las madres las que deciden llevar a consultar a sus hijos cuando se enferman de una IRA o EDA, 6 respondieron que es la abuela quien toma la decisión, que equivale al 12%; en igual cantidad, 6 contestaron que el padre y la madre toman la decisión y 1 (2%) menciona que la tía toma la decisión.

(Ver Anexo Tabla 11).

8.1.12 Tiempo que se tardan los padres o responsables en consultar cuando los niños(as) se enferman de una Infección Respiratoria Aguda.

De acuerdo a la información obtenida con respecto al tiempo que se tardan en consultar los padres cuando sus hijos se enferman de una IRA, 16 (32%) padres o responsables contestaron que 3 días, 12 (24%) respondieron que 2 días, 8 (16%) dijeron que 1 día, 9 (18%) mencionaron que 5 o más días y 5 contestaron que 4 días, que representa el 10%.

(Ver Anexo Tabla 12)

8.1.13 Tiempo que se tardan los padres o responsables en consultar cuando los niños(as) presentan una }Enfermedad Diarreica Aguda.

Según los datos que se presentan en este cuadro se puede apreciar que con respecto al tiempo que se tardan en consultar los padres cuando los niños se enferman de una EDA , 18 (36%) padres contestaron que 1 día, 10 (20%) padres respondieron que 2 días, 7 (14%) dijeron que 3 días, 8 mencionaron que inmediatamente, siendo el 16% , 5 (10%) contestaron que 4 días y 2 respondieron que 5 o más días, lo que representa el 4% , del total de la población. (Ver Anexo Tabla 13)

8.2. Acciones de los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años cuando sus hijos se enferman de una Infección Respiratoria o Diarreica Aguda.

8.2.1 Lugares donde acuden los padres o responsables cuando los niños(as) se enferman de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda

Cuando se les preguntó a los padres sobre donde llevan a consultar a sus hijos cuando se enferman de una IRA o EDA 35 (70%) respondieron que los llevan a la Unidad de Salud, 5(10%) contestaron que los llevan a médico particular, 4 dijeron que acuden a la farmacia, siendo el 8%, 3 (6%) mencionaron que los llevan al hospital, 2 respondieron que los llevan al curandero, que equivale al 4%, y 1 (2%) contestaron que los llevan al promotor de salud. (Ver Anexo Tabla 14)

8.2.2 Medidas que toman en casa los padres cuando sus hijos se enferman de una Infección Respiratoria Aguda.

Cuando se les preguntó a los padres o responsables sobre las medidas que toman en casa cuando sus hijos se enferman de una IRA, 42 (33%) respondieron que les daban medicina para bajar la fiebre, 32 contestaron que les dan antitusivos, expectorantes y bronco dilatadores, que equivalen al 25%, 25 (20%) mencionaron que les dan remedio para calmar la tos (miel, eucalipto), 12 (9%) respondieron que no hacen nada, con un, 10(8%) dijeron que les aplicaban ungüento (vick, cofalito) y 6 contestaron que les dan antibióticos, que corresponde al 5%.

(Ver Anexo Tabla 15)

8.2.3 Medidas que toman en casa los padres cuando sus hijos se enferman de una Enfermedad Diarreica Aguda.

Cuando se les preguntó a los padres o responsables sobre las medidas que toman en casa cuando sus hijos se enferman de diarrea, 40 % respondieron que les dan suero oral, 28 (25%) contestaron que les dan anti diarreicos, 21 (18%) no hace nada, 12 dijeron que les preparan una medicina casera, con un 11%, 9 (8%) mencionaron que les dan antibióticos, 2 respondieron que les dan acetaminofén, que equivale al 2%. (Ver Anexo Tabla 16)

8.2.4 Padres que dan suero oral a los niños(as) cuando presentan una Enfermedad Diarreica Aguda.

8.2.5 Razones por las que los padres no dan suero oral a los niños(as) cuando presentan una enfermedad diarreica aguda

8.2.6 Padres que saben preparar suero casero

En la tabla N° 16 se puede apreciar que de las 50 personas encuestadas, 38 (76%) respondieron que les dan suero oral cuando los niños(as) se enferman de una EDA, 12 (24%) contestaron que no les dan suero oral. Este grupo menciona las razones por las que no les dan suero oral a los niños(as), las que se detallan en la tabla N° 17, dentro de las cuales 5(42%) padres contestaron que no tenían suero oral, 4 (33%) respondieron “no le gusta al niño”, 2dijeron “no fue grave la diarrea”, siendo el 17%, y 1 (8%) mencionaron que no se lo recetaron. Además se indago si los padres sabían preparar el suero casero, la respuesta a esta interrogante se presenta en la tabla N° 18, de donde se obtuvo que 28 (56%) no saben preparar el suero casero y 22 respondieron que lo pueden preparar, que equivale al 44%. (Ver Anexo Tabla 17,18 y 19)

8.2.7 Acciones que toman los padres con respecto a los líquidos a administrar cuando los niños(as) se enferman de una Enfermedad Diarreica Aguda.

Según los datos obtenidos se evidenció que cuando los niños se enferman de diarrea los padres o responsables toman las siguientes acciones, 23 (46%) sujetos les dan más líquidos de lo acostumbrado, 36 (18%) dijeron que les dan igual cantidad de líquido, 18 respondieron que les dan menos cantidad de líquido, que equivale al 18%.

(Ver Anexo Tabla 20)

8. 2.8 Acciones que toman los padres con respecto a las comidas cuando los niños(as) se enferman de una Enfermedad Diarreica Aguda.

De acuerdo a la información obtenida se evidenció que cuando los niños se enferman de diarrea los padres o responsables toman las siguientes acciones con respecto a las comidas, 24 (48%) contestaron que les dan menos cantidad de lo acostumbrado, 16 (32%) contestaron que igual cantidad y solo 10 respondieron que le dan más comida, que equivale al 20%. (Ver Anexo Tabla 21)

8.3. Conocimiento de los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas de los Padres o responsables del cuidado de los niños (as) de dos meses a cinco años que asisten a la Unidad de Salud en estudio.

8.3.1 Padres que conocen los Signos de Alarma de las Enfermedades Diarreicas Agudas

8.3.2. Signos de Alarma de las Enfermedades Diarreicas Agudas que reconocen los padres

En la tabla N° 22 se puede apreciar que del total de padres o responsables del cuidado de los y las niñas, 22 (44%) no conocen los signos de alarma de las EDAS, 18 (36%) conocen al menos un signo y solo 10 (20%) conocen dos signos de alarma. En la tabla N° 23 se puede evidenciar que dentro de los sujetos que no conocen los signos de alarma, 22 (44%), no saben ninguno y el resto conoce al menos 1 signo dentro de los cuales se presentan con mayor frecuencia bebe mal o no puede beber con un 20%, seguido de 9 (18%) que contestaron vómitos repetidos, 3 (6%) mencionaron con igual frecuencia la sed intensa y los ojos hundidos, 2 dijeron letárgico o inconsciente con un 4%, y solo 1 dijo signo del pliegue cutáneo con un 2% del total de la población. (Ver Anexo Tabla 22 y 23)

8.3.3 Signos de Alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas que reconocen los padres

De los 50 padres o responsables encuestados, 26 (52%) no conocen los signos de alarma de las IRAS para llevar a consultar a sus hijos, 24 (48%) conocen los signos de alarma, dentro de este grupo lo signos que mencionaron que conocen están, 16 (32%), mencionaron la respiración rápida, 4 (8%) respondieron estridor en reposo, 3 dijeron respiración rápida y estridor, representando el 6% y solo 1 reconoce el tiraje subcostal teniendo un 2%.

(Ver Anexo Tabla 24)

8. 3.4 Orientación recibida por los padres sobre las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas

8. 3.5 Procedencia de la orientación recibida por los padres

En la tabla N° 25 se puede apreciar que de los 50 padres o responsables, 42 (84%) ha recibido algún tipo de información sobre las IRAS y las EDAS, 8 padres no han recibido ningún tipo de orientación, que corresponde al 16%. En la tabla N° 26 se presentan la procedencia de la orientación recibida por los padres, de donde se obtuvo que, 34 (81%) respondieron que en la unidad de salud recibieron orientación, que equivale al, 4 contestó que fue el promotor de salud quien les brindo la información, que corresponde al 10%, 2 (5%) dijo que en la escuela, igual cantidad respondió que los vecinos le habían orientado.

(Ver Anexo Tabla 25 y 26)

IX. ANALISIS.

9.1 Los Factores Socioeconómicos de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas.

9.1.1 Persona responsable al momento de la entrevista:

Análisis: La mayor parte de los niños que asisten a su control infantil fueron llevados por sus madres, esto obedece a que generalmente en nuestro medio son ellas las encargadas de cuidar a sus hijos, ya que pasan más tiempo en casa y se dedican a oficios domésticos; sin embargo aquellos que fueron llevados por sus padres son niños abandonados por sus madres o están en el exterior, además los que llegaron con sus abuelas o tías se debe a que los padres trabajan fuera de casa, viven fuera del país o son producto de la desintegración familiar. (Ver Anexo Grafico 1)

9.1.2. Edad de la madre:

Análisis: Se puede decir que la mayor parte de mujeres o responsables tienen edades entre 16 a 25 años representando un 60% del total de la población, lo cual confirma los datos obtenidos de la encuesta FESAL 2002/03 en la que se menciona que la mayoría de madres en nuestro país son adolescentes y jóvenes. (Ver Anexo Grafico 2)

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

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

(Ver Anexo Grafico 3)

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

Análisis: El 36% de los padres o responsables del cuidado de los y las niñas tardan entre 16 y 30 min para llegar a la unidad de salud, en frecuencia le siguen los que tardan ente 31-45 min. Es importante resaltar que un 16 % se tarda más de una hora para trasladarse al centro de salud más cercano, lo cual es un factor que influye en el tiempo que se tardan en consultar ya que muchos de ellos no cuentan con transporte o no tiene dinero para pagar el pasaje.

(Ver Anexo Grafico 4)

9.1.5. **Ocupación de las madres:**

Análisis: La mayoría de madres no trabajan fuera de casa debido principalmente a las pocas oportunidades de empleo que se les presentan por su bajo nivel educativo, por no contar con una persona para el cuidado de sus hijos, también porque sus esposos no les permiten hacerlo o simplemente por poca iniciativa limitándose a los oficios domésticos. El porcentaje de madres que trabajan es muy bajo representando un 26% del total de la población y estas lo hacen porque son madres solteras, que no reciben ayuda económica para el sostenimiento de la familia; dichas mujeres tienen que dejar a sus hijos con otras personas, evidenciándose que la mayoría los deja bajo el cuidado de la abuela por la cercanía familiar, en menor número con tías y hermanos lo que en muchas ocasiones no brindan un cuidado apropiado para los niños, descuidándose de su control infantil, auto medicándolos y no llevándolos a consultar a tiempo cuando se enferman.

(Ver Anexo Grafico 5 y 6)

9.1.6. Ingreso Económico:

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

(Ver Anexo Grafico 7)

9.1.7. Numero de hijos por familia

Análisis: En base a lo anterior se tiene que el 58% de las madres tiene uno o dos hijos debido a que las mujeres encuestadas fueron en su mayoría adultas jóvenes y adolescentes. (Ver Anexo Grafico 8)

9.1.8. Asistencia al control infantil.

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

(Ver Anexo Grafico 9 y 10)

9.1.9. Responsable que consulta cuando los niños se enferman

Análisis: El 66% de los sujetos encuestados contestaron que es la madre quien toma la decisión de consultar cuando sus hijos se enferman de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda esto se debe a que generalmente durante el día el padre está fuera de casa trabajando y es ella la que tiene que decidir qué hacer con el niño en caso de enfermedad. En menor frecuencia se encuentran los que respondieron que es el padre y la madre quien toma la decisión, al igual que la abuela, en este caso toma ella la decisión porque ella es la encargada de su cuidado o porque viven en la misma vivienda que los padres. (Ver Anexo Grafico 11)

9.1.10. Tiempo que se tardan en consultar

Análisis: La mayoría de padres se tarda entre 2 y 3 días para consultar cuando sus hijos se enferman de una Infección Respiratoria Aguda representando un 40% entre ambas, en menor cantidad opinan que es 1 día con un 16% y con menor frecuencia contestaron entre 4, 5 o más días; lo que pone de manifiesto que la mayoría de padres llevan a consultar a sus hijos en un tiempo prudencial, ya que una minoría es la que se tarda en consultar. Sin embargo no deja de ser relevante, porque esta demora es un agravante a la condición de salud del niño que puede influir de manera directa con el número de ingresos hospitalarios y aumentar la mortalidad infantil.

El tiempo que se tardan los padres en llevar a consultar a sus hijos cuando se enferman de una Enfermedad Diarreica Aguda es de 1 a 3 días, otro porcentaje consulta inmediatamente; pero el 14% de la población encuestada refiere tardarse de 4 a 5 días o más, lo cual retrasa el tratamiento adecuado en el momento oportuno; propiciando que el niño presente deshidratación o un estado de déficit nutricional que ponga en peligro su vida y a largo plazo la desnutrición los hace susceptibles a muchas enfermedades y ocasiona bajo desarrollo psicomotor y bajo rendimiento escolar. (Ver Anexo Grafico12 y 13)

9.2. Acciones que toman los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años cuando sus hijos se enferman de Infección Respiratoria o Diarreica Aguda.

9.2.1 Lugares donde consultan

Análisis: La mayoría de padres refiere que lleva a sus hijos a la Unidad de Salud cuando se enferman de una IRA o EDA, en menor frecuencia prefieren consultar con el medico particular, otros deciden llevarlo a la farmacia, al hospital y la minoría al curandero y al promotor de salud. A pesar que la mayoría de padres llevan a sus hijos a la unidad de salud, es importante mencionar que el 12 % llevan a sus hijos a lugares donde podrían tomar acciones nocivas para la salud del niño empeorando la enfermedad y retrasando la consulta oportuna a un centro de salud. (Ver Anexo Grafico14)

9.2.2. Acciones tomadas

Análisis: En el caso de las IRAS, los padres administran acetaminofén y remedio casero que son aceptados y no perjudiciales, pero un 38% de estos usan antitusivos, ungüentos, antibióticos que no están indicados por un medico y un 9% no toma ninguna acción. En general se considera que las acciones que toman los padres cuando sus hijos se enferman de una IRA o EDA son inadecuadas y nocivas a la salud del niño(a).

(Ver Anexo Grafico15).

En caso de las EDAS los padres refieren que dan a sus hijos suero oral, pero un buen porcentaje de la población no los usa e incluso no los conoce; solo el 44% sabe como preparar suero casero, por lo que es mayor el porcentaje de padres que toman medidas inadecuadas e incluso perjudiciales, como el uso de anti diarreicos, medicinas caseras (horchatas), esto es preocupante ya que no conocen algo tan sencillo con lo que podrían evitar que sus hijos se deshidraten, cuando presentan diarrea, o disminuir el agravamiento de la enfermedad o inclusive salvarle la vida, con una medida tan simple, fácil y disponible de practicar. (Ver Anexo Grafico16, 17,18 y 19)

9.2.3. **Administración de líquido y comida en caso de una EDA**

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

(Ver Anexo Grafico20 y 21)

9.3. **Conocimiento de los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas de los Padres o responsables del cuidado de los niños (as) de dos meses a cinco años que asisten a la Unidad de Salud en estudio.**

9.3.1. **Conocimiento de los signos de alarma**

Análisis: La población que desconoce los signos de alarma de IRAS es mayor que la que no los conoce, esta diferencia no es muy amplia; sin embargo resulta importante ya que el 52% de los padres que no saben, no podrían detectar la gravedad de la enfermedad cuando sus hijos la presenten por lo que retrasarían el tiempo para consultar, poniendo en riesgo la vida de los niños.

El 80% de los padres o responsables del cuidado de los niños(as) tienen un inadecuado conocimiento de los signos de alarma de las EDAS; no los conocen o solo pueden mencionar uno de los signos, lo que según los criterios establecidos para el estudio también los califica como pobre conocimiento, tendrían que saber por lo menos dos signos. Esta deficiencia de conocimiento puede obedecer a la poca información que se les brinda sobre este tema, o a la comunicación inadecuada entre el personal de salud y la comunidad, al incumplimiento de la estrategia AIEPI y a la dificultad en la comprensión de la población por el alto analfabetismo. (Ver Anexo Grafico22, 23 y 24)

9.3.2. **Orientación que reciben los padres**

Análisis: A partir de lo anterior se puede decir que la mayor parte de los entrevistados ha recibido alguna orientación sobre qué hacer cuando los niños(as) se enferman de una IRA o EDA, y que esta orientación ha sido impartida por personal de la Unidad de Salud y el promotor. A pesar de ello en el estudio se evidenció que los padres no toman acciones adecuadas cuando sus hijos se enferman de estos padecimientos, y la mayoría no conoce los signos de alarma; lo que refleja que la información difundida no ha sido comprendida por la población, ya sea porque no se les brinda adecuadamente o por la dificultad que se presenta en la comprensión debido al alto nivel de analfabetismo que tienen estas personas. Un 16% de los padres o responsables no han recibido una orientación, lo que constituye un reto para el ministerio de salud y la comunidad en general. (Ver Anexo Grafico25 y 26)

X. CONCLUSIONES

Con base al análisis de los resultados se concluye que:

- Los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años tienen un inadecuado conocimiento sobre los signos de alarma de las Enfermedades Diarreicas Agudas; ya que el 92% de la población en estudio no los conocía; así mismo en los signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas donde el 49% de los padres los desconoce.
Esta deficiencia de conocimiento, condiciona que los padres consulten en forma tardía cuando sus hijos enferman de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda, ocasionando un empeoramiento de la condición de salud del niño (a), lo que conlleva a una mayor morbi mortalidad infantil.
- Esta falta de conocimiento puede relacionarse con la mala orientación que reciben los padres por parte del personal de salud, ya que la comunicación no es adecuada, la cual además se ve afectada por la dificultad en la comprensión debido al alto índice de analfabetismo que tienen estas personas; también puede obedecer al incumplimiento de la estrategia AIEPI por parte de los médicos, enfermeras y promotores de salud.
- Con base a los resultados de las acciones que toman los padres o responsables se puede evidenciar el pobre conocimiento que tienen sobre las medidas que pueden tomar en casa cuando se enferman sus hijos de Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda siempre que no sean nocivas y mientras son llevados a un centro de salud .

XI. RECOMENDACIONES

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

Al SIBASI de San Miguel:

- A través de sus dependencias capaciten al personal médico, enfermeras, promotores de salud e inspectores sobre técnicas educativas para lograr que la información transmitida a la población se asimile con éxito.

- Que se programen capacitaciones sobre la ejecución de la estrategia AIEPI, por lo menos dos ocasiones al año, haciendo refuerzos si fuese necesario cuando existan cambios o nuevos elementos para su implementación; ya que en el SIBASI de San Miguel solo se les ha brindado una capacitación desde que se aplicó la estrategia, la que se impartió únicamente a médicos directores, jefes de enfermería y promotores de salud, dejando por un lado a médicos en servicio social, enfermeras auxiliares e inspectores que son parte fundamental como educadores en salud.

- Que exista una supervisión continua sobre el cumplimiento de la estrategia AIEPI tanto para los médicos, enfermeras y promotores de salud.

A la Dirección de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar San Miguel:

- Elaborar una programación de continua educación al personal sobre temas específicos en salud, que incluya sobretodo la prevención de las mismas enfermedades, así como la actualización de los conocimientos de cada uno de los asistentes.

- Supervisar al personal de salud en el momento que se esté brindando consejería para corroborar la comprensión de los pacientes respecto al suero oral y los signos de alarma de dichas enfermedades.
- Implementación de técnicas participativas e ilustrativas, así como un lenguaje claro, sencillo y practico, cuando se impartan las charlas educativas para lograr una mayor asimilación de la población.
- Verificar el cumplimiento de las labores que corresponden al promotor de salud dentro de la comunidad, principalmente aquellas encaminadas a la promoción y prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

XII. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

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

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

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

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

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

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

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

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

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

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

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

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

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

ANEXOS

ANEXO N° 1

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN

¿TIENE EL NIÑO (A) DIARREA?

<p>SI SU REPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo? • ¿Hay sangre en las heces? • ¿Ha tenido vómitos en las últimas 24 horas? <p>OBSERVAR Y EXPLORAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado general del niño(a). El niño(a) está: ¿Letárgico o inconsciente? ¿Inquieto o irritable? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Ofrecer líquidos al niño(a). El niño(a): ¿Bebe mal o no puede beber? ¿Bebe ávidamente, con sed? • Signo del pliegue cutáneo: ¿La piel vuelve al estado anterior muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente (Menos de 2 segundos)?
---	---

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgicos o inconsciente • Mama mal o no puede mamar • Ojos hundidos • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior. 	<p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete rápidamente el examen físico • REFERIRLO URGENTEMENTE AL HOSPITAL, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. Si es posible canalizar vena e iniciar rehidratación con Solución Salina Normal o HARTMANN a dosis de 20ml/kg de 5 a 20 min, inmediatamente refiere al hospital en el trayecto al hospital si es necesario se repiten las cargas. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar a que sea recibido por el médico
<p>Dos o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto o irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente con sed • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. 	<p>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar PLAN B de tratamiento para la diarrea (rehidratación oral en la URO del establecimiento de salud) • Evaluar riesgo social
<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como diarrea con deshidratación o diarrea con deshidratación grave</p>	<p>DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar PLAN A de tratamiento para la diarrea (tratar la Diarrea en casa para poder prevenir la deshidratación)

ANEXO N° 2

MANEJO DE LA DIARREA PLAN “A”

TRATAMIENTO PARA LA DIARREA

PLAN “A”

“TRATAR LA DIARREA EN LA CASA PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN”

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en la casa:

1. DARLE MÁS LÍQUIDOS DESPUÉS DE CADA EVACUACIÓN (todo lo que el niño(a) acepte)

- **DAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LA MADRE**
 - Darle el pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez
 - Darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos caseros sin azúcar (como agua de arroz, agua de coco, refrescos naturales) o agua segura.
 - NO dar bebidas gaseosas, ni líquidos azucarados, ni bebidas hidratantes para deportistas.
 - Lavarse las manos y frotarlas con agua y jabón: Antes de preparar los alimentos, antes de alimentar al niño(a), después de usar la letrina, después de cambiar el pañal.
- **ENSEÑAR A LA MADRE A PREPARAR Y A DAR SRO. (ENTREGARLE DOS SOBRES DE SRO PARA USAR EN CASA Y DESECHAR EL SUERO ORAL QUE NO UTILIZÓ EN 24 HORAS.)**
- **EXPLICAR A LA MADRE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE DEBE DARLE AL NIÑO(A) EN CASA:**
 - Como preparar el SRO (diluyendo un sobre en un litro de agua segura, recordándole como medir un litro)
 - Si el niño(a) no acepta el suero, no debe preocuparse y ofrecer los otros líquidos recomendados, de la siguiente manera:
 - Menor de 1 año: 50 a 100 ml (1/2 taza) después de cada evacuación.
 - Mayor de 1 año: 100 a 200 ml (1 taza) después de cada evacuación
 - Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
 - Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño presenta dos o más vómitos en una hora, consultar URGENTEMENTE al establecimiento de salud.
 - Continuar dando más líquidos mientras tenga diarrea.

2. NO SUSPENDER EL SENO MATERNO Y CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO SEGÚN SU EDAD

- Dar alimentos suaves que al niño(a) le gusten, NO golosinas
- Recomiende a la madre de agregar un tiempo más de comida durante dos semanas después de haberse repuesto de la enfermedad
- Dar puré, no dar sopas

3. NO AUTOMEDICAR, DAR CONSEJERÍA A LA MADRE

- NO automedicar (no dar antidiarreicos ni antieméticos) y otros líquidos que no sean recomendados por el personal de salud
- NO usar Antibióticos sin prescripción médica
- NO llevarlos a los curanderos o sobadores

4. CUÁNDO REGRESAR INMEDIATAMENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- Cuando presente los siguientes signos de peligro de la deshidratación:
 - Mama mal o no puede mamar.
 - Letárgico o inconsciente.
 - Ojos hundidos, signo de pliegue.
 - Vomita todo.
 - Aumentan las evacuaciones

ANEXO N° 3

MANEJO DE LA DIARREA PLAN “B”

PLAN B “ TRATAR LA DESHIDRATACIÓN EN LAS UNIDADES DE REHIDRATACIÓN ORAL (URO) DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO, evaluándolo cada hora y posteriormente dos horas mas con Plan “A” para asegurar que el niño(a) se encuentre hidratado y pueda ser enviado a su casa.

1. PESAR AL NIÑO(A) Y DETERMINAR LA CANTIDAD APROXIMADA DE SRO QUE DEBERÁ ADMINISTRARSE DURANTE CUATRO HORAS

- La cantidad aproximada de SRO necesaria en ml para administrar en 4 horas, se calcula multiplicando el peso del niño(a) en Kg. Por 75ml.

Edad	2 – 4 meses	5 a 11 meses	1 a 2 años	2 a 4 años
PESO	Menor de 6 Kg.	6 a 10 Kg.	10 a 12 Kg.	12 a 19 Kg.
En ml	200 a 400 ml	400 a 700 ml	700 a 900 ml	900 a 1400 ml

2. PREPARAR EL SUERO ORAL PARA INICIAR LA HIDRATACIÓN

- Utilice la demostración de la preparación y administración del SRO a la madre, dando con frecuencia pequeños sorbos de SRO con una taza y cuchara.
- Verifique que el niño(a) ingiera la cantidad administrada de SRO por hora.
- Si el niño(a) vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el niño continua vomitando (3 vómitos en una hora) referirlo inmediatamente al Hospital o ingresarlo.
- Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.

3. EVALUAR LOS SIGNOS VITALES Y LOS SIGNOS DE LA DESHIDRATACIÓN CADA HORA

- Utilice la Hoja de Evaluación del tratamiento de la Diarrea Plan B.
- Evalúe cada hora el estado de hidratación y si presenta dos signos de deshidratación grave, REFERIR URGENTEMENTE u hospitalizar al niño(a).
- Si cuenta con laboratorio tomar Examen General de Heces (EGH), Prueba de azul e metileno (PAM), hemograma completo y General de orina en la primera hora y decidir el tratamiento según resultado.

4. REEVALUAR CUATRO HORAS DESPUÉS

- Reevaluar al niño(a) y clasificar la deshidratación según signos vitales y el estado general.
- Si el niño(a) continua deshidratado, canalizar acceso venoso y referirlo inmediatamente al Hospital ó Ingresarlo

5. SI ESTÁ HIDRATADO CONTINUAR LA HIDRATACIÓN ORAL CON PLAN A POR DOS HORAS MÁS EN EL ESTABLECIMIENTO Y EVALUAR EL RIESGO SOCIAL.

6. SI POSTERIOR A LAS SEIS HORAS EL NIÑO SE ENCUENTRA HIDRATADO:

- Alta y control en 24 horas en el establecimiento
- Enseñarle como preparar la solución de SRO en casa.
- Demostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar el tratamiento en casa.
- Entregarle 2 sobres de SRO.
- Dar todas las recomendaciones del Plan A de tratamiento de la Diarrea y verificar que la madre las ha comprendido.

NO UTILIZAR ANTIEMÉTICOS NO ANTIDIARRÉICOS

ANEXO N° 4

¿CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO O PARA UNA CITA DE SEGUIMIENTO?

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

- No succiona o no toma pecho
- Tiene fiebre o está heladito/frío
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Cualquier signo de deshidratación
- Sangre en las heces
- Heces líquidas y abundantes

Si el niño(a) tiene	Volver para una consulta de control en:
Diarrea con deshidratación grave ó Diarrea con deshidratación ó enfermedad muy grave	De acuerdo a instrucciones el día del alta
Infección local.	2 días
Moniliasis oral.	5 días
Cualquier problema de alimentación	Referir al promotor de salud y/o voluntario de AIN u otro personal de salud comunitaria y regresar en un máximo de 30 días.

PRÓXIMO CONTROL DE NIÑO(A) SANO

Aconsejar a la madre cuándo debe volver para las próximas vacunas según el esquema de vacunación del Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones.

Aconsejar a la madre cuándo volver para el próximo control de Crecimiento y Desarrollo según Normas de Atención Integral en Salud a la Niñez.

ANEXO N° 5

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEUMONÍA SEGÚN ETIOLOGÍA

Signos y síntomas de acuerdo a la etiología más probable:

Características clínicas de pacientes con neumonía viral

- Niño(a) menor de 1 año muy frecuente
- Sibilancias muy frecuentes
- Usualmente fiebre menor de 38.5°C
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Frecuencia respiratoria aumentada

Características clínicas de pacientes con neumonía bacteriana

- Niño (a) de 1 a 4 años muy frecuente
- Usualmente fiebre mayor de 38.5°C
- Taquipnea
- Tirajes Intercostales muy frecuentes
- Las sibilancias no son un signo frecuente de neumonía bacteriana (a excepción de la causada por *Mycoplasma pneumoniae*)

DAR ANTIBIÓTICO ORAL PARA LA NEUMONÍA U OTITIS MEDIA AGUDA

Medicamento	Presentación	Dosificación	Duración de Tratamiento
AMOXICILINA	250 mg / 5ml	80 mg / kg / día cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none">• 7 para neumonía• 10 días para otitis media aguda
ERITROMICINA	250 mg / 5ml	40 mg / kg / día cada 8 horas	<ul style="list-style-type: none">• Por 7 a 10 días
TRIMETROPIM SULFAMETOXAZOL	40 mg trimetropim + 200 mg sulfametoxazol por 5 ml	10 mg / kg / día cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none">• 7 para neumonía• 10 días para otitis media aguda

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

- Remedios inocuos que se recomiendan:
 - Agua con manzanilla (para niños /as mayores de 6 meses a 1 año)
 - Agua, miel, agua con eucalipto, agua con manzanilla (para niños /as mayor de 1 año)
- Medicamento cuyo uso NO se recomienda en tos o en dificultad para respirar por ser nocivos en los menores de 5 años según medicina basada en evidencia, son los siguientes: antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

ANEXO N° 6

CLASIFICACION DE LA NEUMONÍA SEGÚN AIEPI

¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI SU REPUESTA ES AFIRMATIVA, PREGUNTAR ¿Desde cuándo?	OBSERVAR, ESCUCHAR <ul style="list-style-type: none"> • Contar las respiraciones durante un minuto. • Verificar si hay tiraje subcostal. • Determinar si hay estridor en reposo. • Determinar si hay sibilancias. 	} El niño tiene que estar tranquilo.
--	--	--------------------------------------

EVALUAR

CLASIFICAR

TRATAMIENTO

Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal • Estridor en reposo 	NEUMONÍA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente al hospital más cercano, en las mejores condiciones hemodinámicas posibles. • Acompañar al niño (a) al hospital y esperar que sea recibido por el médico. • Considerar, de acuerdo a gravedad acceso venoso permeable.
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida 	NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de Neumonía según etiología. • Si es bacteriana dar un antibiótico apropiado durante 7 días. • Tratar las sibilancias, si tiene. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato, entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN: ¿Qué hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Hacer cita para reevaluar en 2 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave 	TOS O RESFRIADO	<ul style="list-style-type: none"> • Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, proceder de acuerdo a norma para tuberculosis • Tratar las sibilancias, si tiene • Mitigar la tos con un remedio casero inocuo a partir de los 6 meses de edad • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato, entregue a la madre una hoja recordatoria de COSIN: ¿Qué hacer si su niño (a) tiene tos o dificultad para respirar? • Recomendar a la madre que continúe con lactancia materna

ANEXO N° 7

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

Para el objetivo específico 1: Comprobar si los factores socioeconómicos influyen en el conocimiento e identificación de los signos de alarma de las IRAS y EDAS y acudir oportunamente a un centro de salud, se ha definido las siguientes variables:

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES.	TÉCNICA DE CAPTURA DE DATOS E INSTRUMENTO
H1: Los Factores Socioeconómicos, de los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años influyen en el conocimiento de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.	Variable. Factores Socioeconómicos	Los Factores Socioeconómicos se refieren al conjunto de bienes de una estructura o régimen económico de un sistema u organización y su entorno social.	Ingresos Económicos. Accesibilidad geográfica. Educación.	Entrevista/guía de entrevista

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES.	TÉCNICA DE CAPTURA DE DATOS E INSTRUMENTO
	<p>Variable. Conocimiento e identificación de los signos de alarma de las IRAS y EDAS.</p>	<p>Signos de alarma de las IRAS se refiere al indicador del agravamiento de la condición de salud de los y las niñas menores de cinco años que presentan una infección respiratoria.</p> <p>Signos de alarma de las EDAS se refiere al indicador del agravamiento de la condición de salud de los y las niñas menores de cinco años que presentan una enfermedad diarreica aguda.</p>	<p>Signos de alarma de las IRAS. *Respiración Rápida. *Tiraje subcostal. *Estridor en reposo.</p> <p>Signos de alarma de las EDAS. *Letárgico o inconsciente. *Ojos hundidos. *Signo del pliegue cutáneo. *Vómitos repetidos. *Sangre en las heces. *Bebe mal o no puede beber.</p>	

Para el objetivo específico 2: Describir las acciones que los padres o responsables del cuidado de los niños toman en casa cuando se enferman de infecciones respiratorias y diarreicas agudas, se ha definido las siguientes variables:

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES.	TÉCNICA DE CAPTURA DE DATOS E INSTRUMENTO
H2: Los Padres o Responsables del cuidado de los y las niñas de dos meses a cinco años toman acciones inadecuadas en casa cuando se enferman de IRAS y EDAS.	Variable. Los Padres o responsables del cuidado de los niños.	Padres o responsables del cuidado de los y las niñas son aquellos que por consanguinidad o afinidad tienen el deber de satisfacer las necesidades de estos y en este caso llevarlos al control infantil a la Unidad de salud.	Consanguinidad del responsable del cuidado de los y las niñas. Edad.	Entrevista/guía de entrevista

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES.	TÉCNICA DE CAPTURA DE DATOS E INSTRUMENTO
	<p>Variable. Acción tomada cuando los y las niñas enferman de IRAS y EDAS.</p>	<p>Acciones se refiere a las medidas tomadas en casa por los Padres o responsables de los niños y niñas cuando se enferman de IRAS y EDAS.</p>	<p>Remedio casero. Antibióticos. Antitusivos, Expectorantes Broncodilatadores. Ungüentos. Antidiarreicos. Acetaminofén Sales de rehidratación oral.</p>	

Para el objetivo específico 3: Identificar los lugares donde acuden los padres en busca de ayuda cuando sus hijos presentan signos de alarma de estas enfermedades se ha definido las siguientes variables:

HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES.	TÉCNICA DE CAPTURA DE DATOS E INSTRUMENTO
3: Identificar los lugares donde acuden los padres en busca de ayuda cuando sus hijos presentan signos de alarma de estas enfermedades.	Variable. Los Padres o responsables del cuidado de los niños y niñas saben a dónde acudir.	Padres o responsables del cuidado de los y las niñas son aquellos que por consanguinidad o afinidad tienen el deber de satisfacer las necesidades de estos y en este caso llevarlos al control infantil a la Unidad de salud.	Consanguinidad del responsable del cuidado de los y las niñas. Edad.	Entrevista/guía de entrevista
	Variable. Conocimiento adecuado de los signos de alarma.	Cuando los padres o responsables no conocen o tienen un conocimiento erróneo de los signos de agravamiento de la condición de salud de los niños de dos meses a cinco años que presentan una IRA o EDA.	Signos de alarma de las IRAS. *Respiración Rápida. *Tiraje subcostal. *Estridor en reposo. Signos de alarma de las EDAS. *Letárgico o inconsciente. *Ojos hundidos. *Signo del pliegue cutáneo. *Vómitos repetidos. *Sangre en las heces. *Bebe mal o no puede beber.	

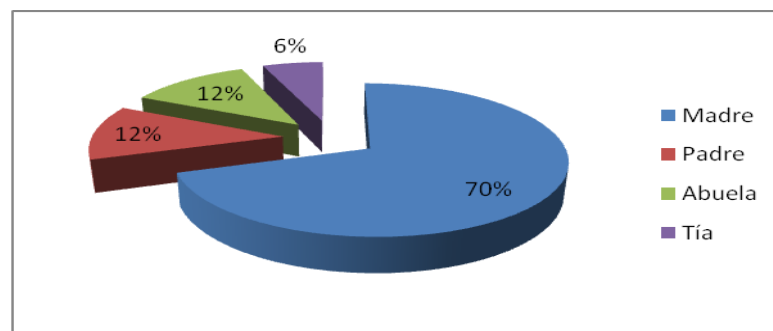
ANEXO 8

TABLA Y GRAFICO 1:

Personas responsables del niño (a) al momento del control

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	35	70
Padre	6	12
Abuela	6	12
Tía	3	6
TOTAL	50	100

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



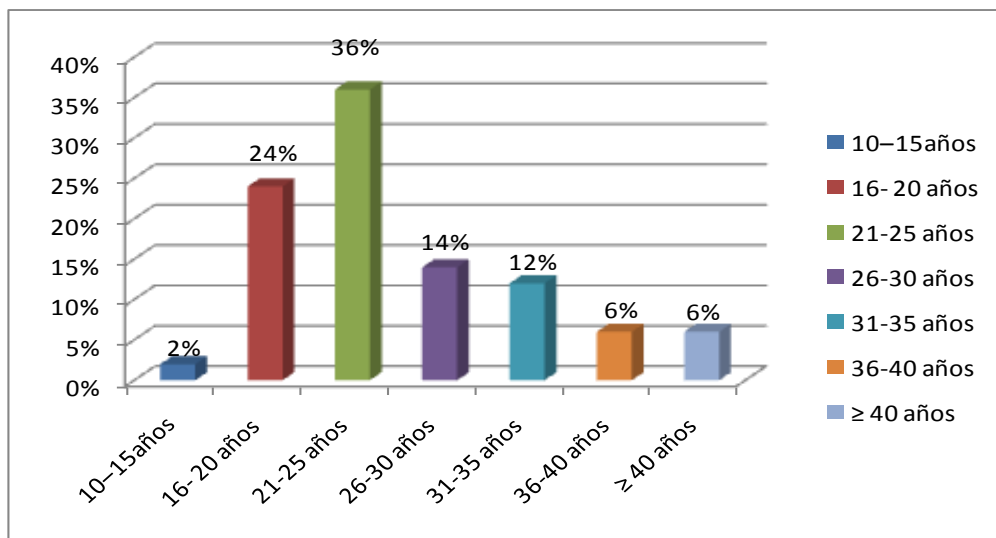
Fuente Tabla N° 1.

TABLA Y GRAFICO 2

Edad de los padres o responsables del cuidado de los niños(as)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 – 15 años	1	2
16- 20 años	12	24
21-25 años	18	36
26-30 años	7	14
31-35 años	6	12
36-40 años	3	6
≥ 40 años	3	6
TOTAL	50	100

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



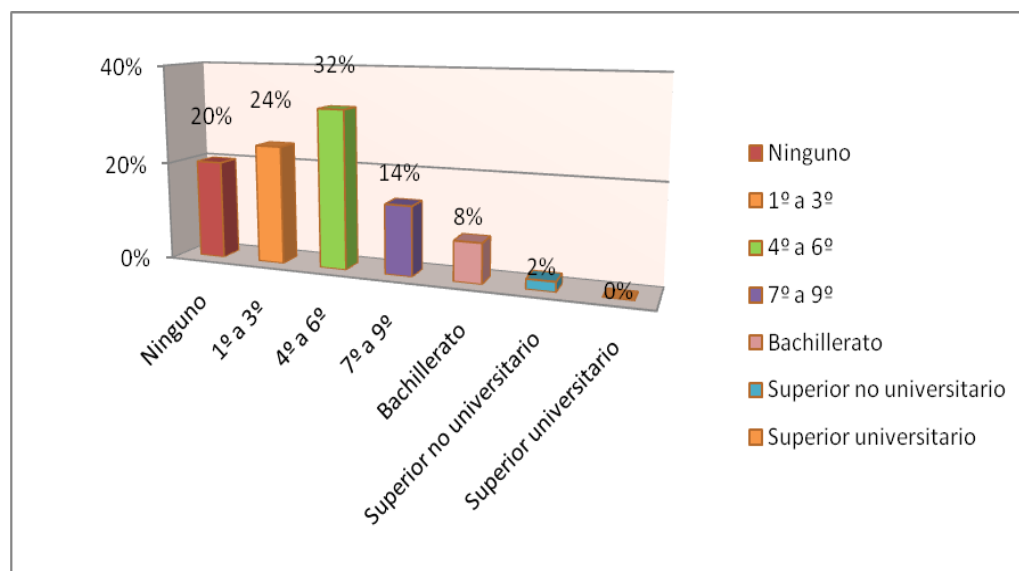
Fuente Tabla N° 2.

TABLA Y GRAFICO 3

Escolaridad de los padres o responsables de los niños (as)

Grado escolar	Total	Porcentaje
Ninguno	10	20
1° a 3°	12	24
4° a 6°	16	32
7° a 9°	7	14
Bachillerato	4	8
Superior no universitario	1	2
Superior universitario	0	0
Total	50	100

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



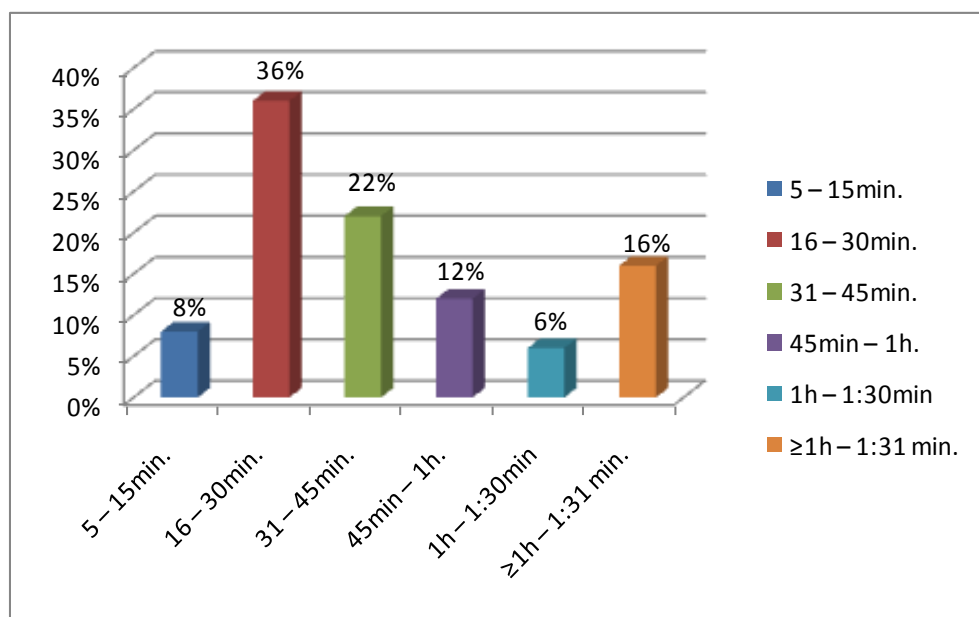
Fuente Tabla N° 3.

TABLA Y GRAFICO 4

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

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
5 min. – 15 min.	4	8
16 min. – 30 min.	18	36
31 min. – 45 min.	11	22
45 min. – 1 h.	6	12
1h – 1h 30 min.	3	6
≥1h – 1h 31 min.	8	16
TOTAL	50	100

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



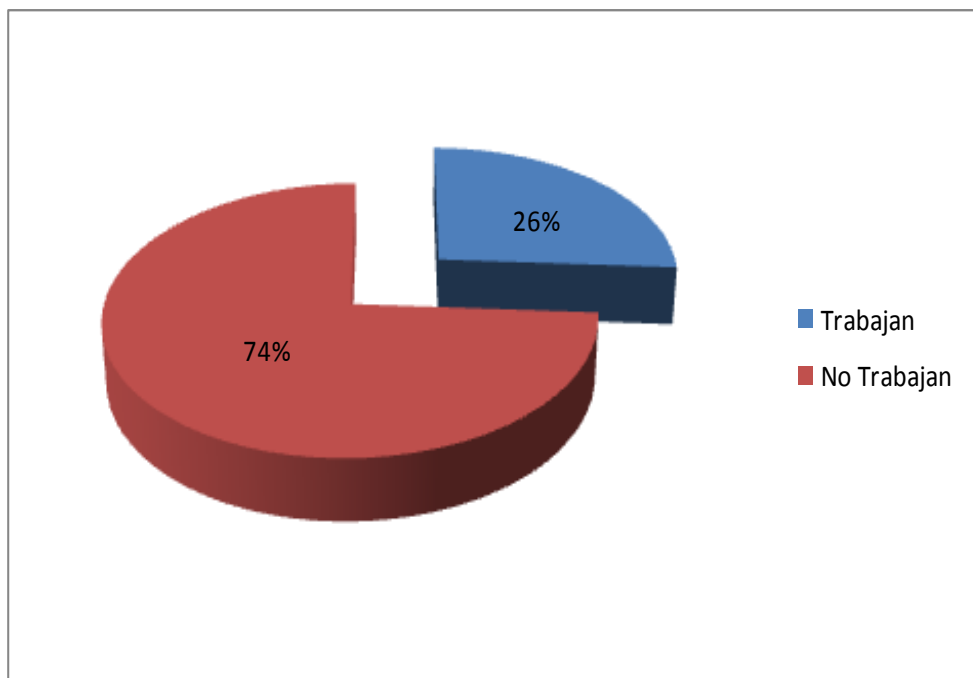
Fuente Tabla N° 4.

TABLA Y GRAFICO 5

Madres o responsables del cuidado de los niños que trabajan fuera de casa.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Trabajan	13	26
No Trabajan	37	74
TOTAL	50	100

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



Fuente Tabla N° 5.

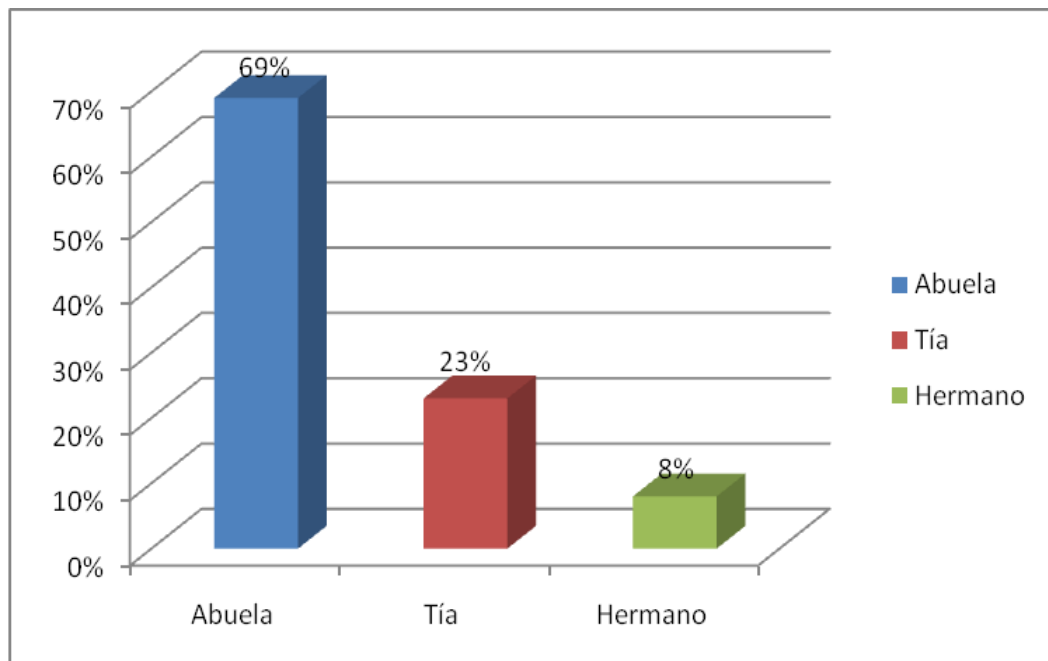
TABLA Y GRAFICO 6

Personas responsables del cuidado de los niños (as) cuando sus padres trabajan

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

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

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



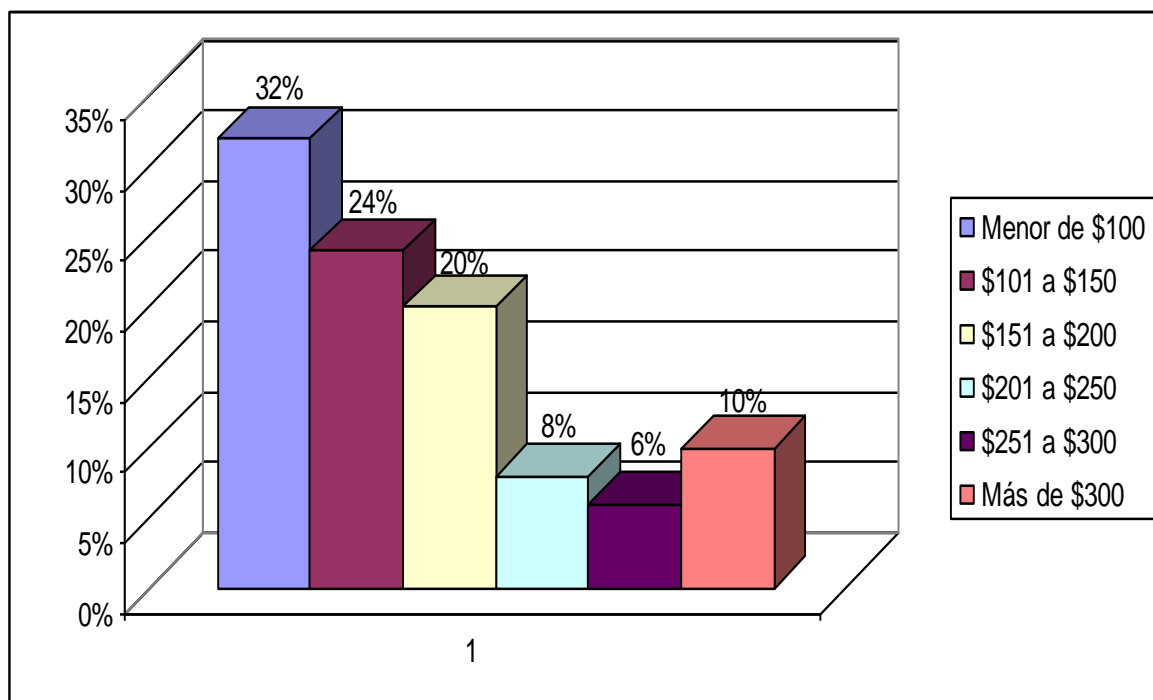
Fuente Tabla N° 6.

TABLA Y GRAFICO 7

Estimado del Ingreso Económico Mensual de las familias

Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
Menor de \$100	16	32
\$101 a \$150	12	24
\$151 a \$200	10	20
\$201 a \$250	4	8
\$251 a \$300	3	6
Más de \$300	5	10
TOTAL	50	100

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



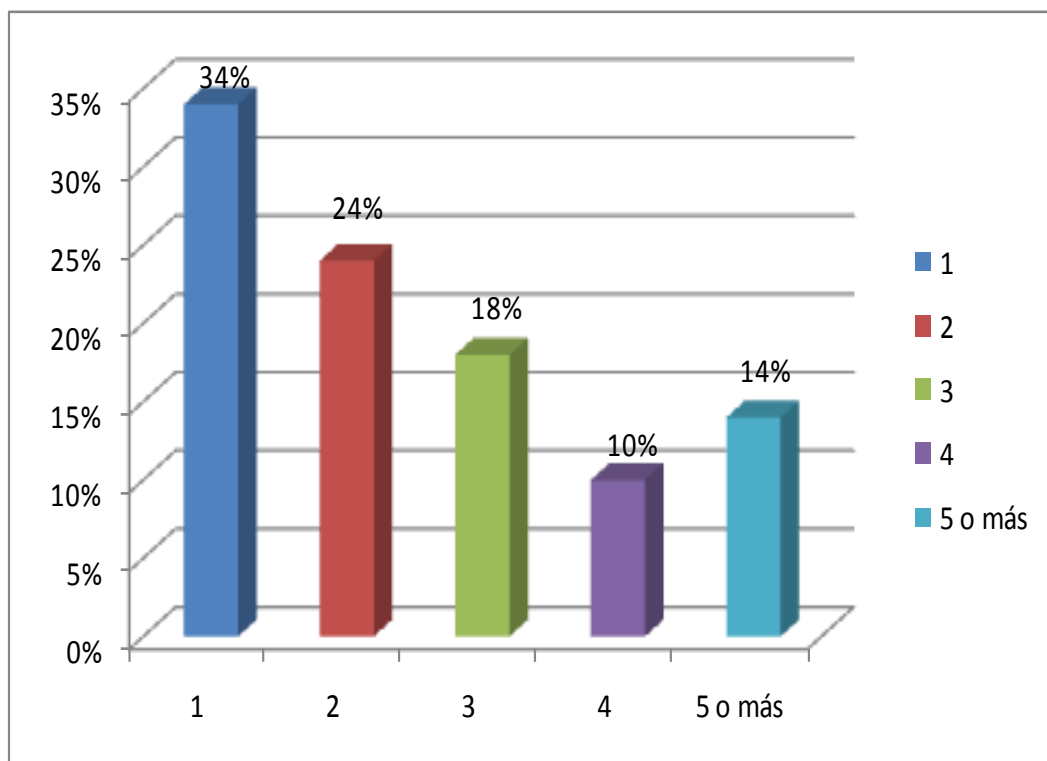
Fuente Tabla N° 7.

TABLA Y GRAFICO 8

Numero de hijos por familia

N° de hijos por familia	Frecuencia	Porcentaje
1	17	34
2	12	24
3	9	18
4	5	10
5 o más	7	14
TOTAL	50	100

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



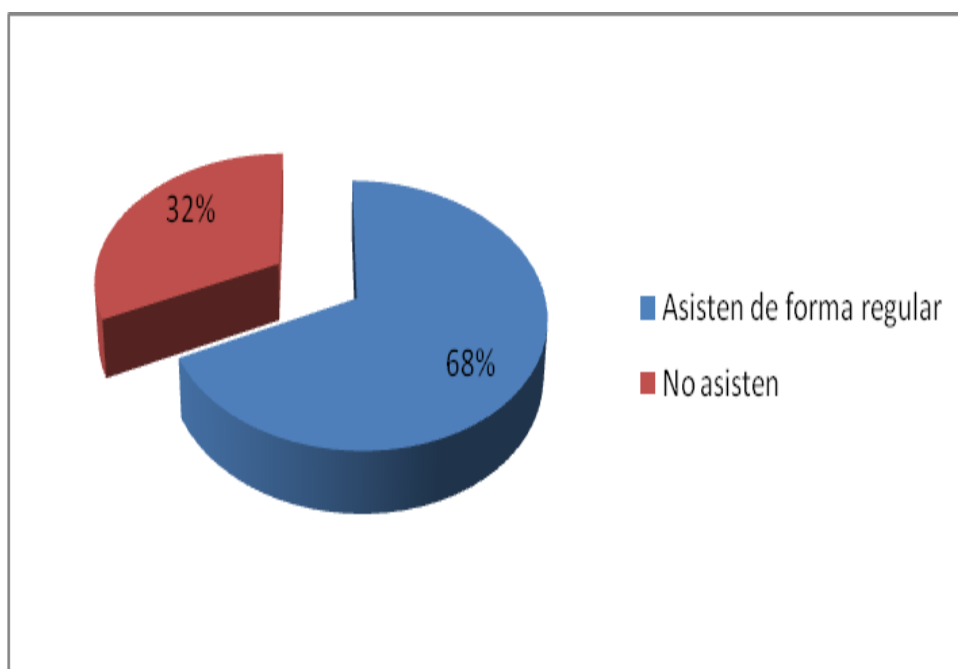
Fuente Tabla N° 8.

TABLA Y GRAFICO 9

Padres o responsables que llevan a los niños (as) al control infantil en forma regular.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Asisten de forma regular	34	68
No asisten	16	32
TOTAL	50	100

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



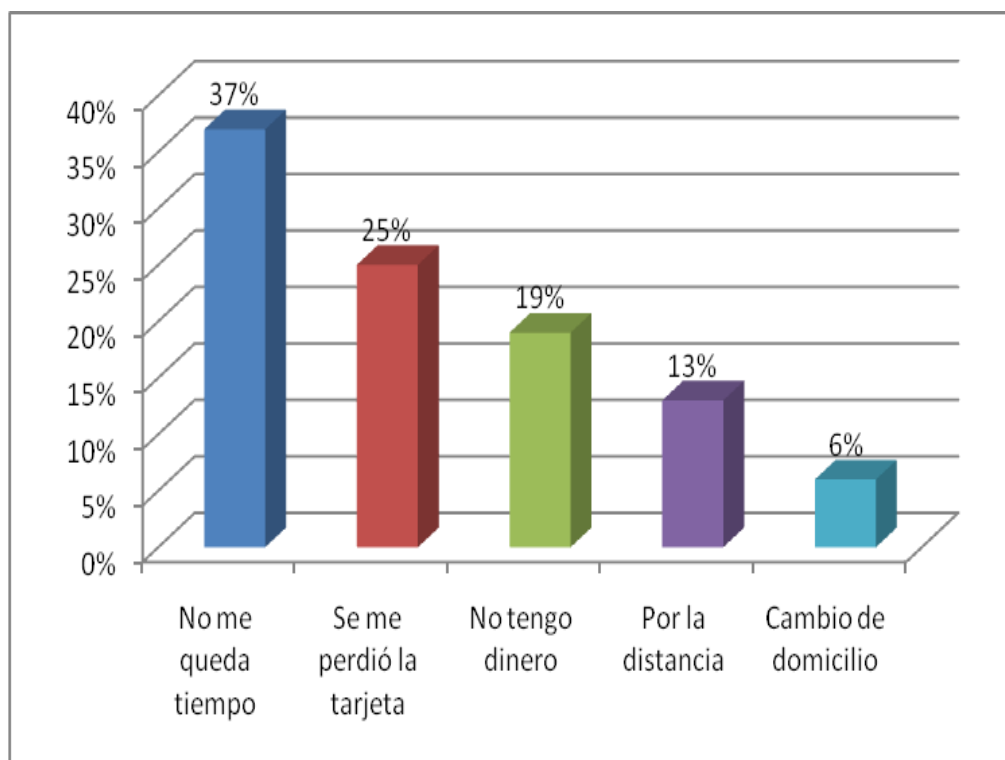
Fuente Tabla N° 9.

TABLA Y GRAFICO 10

Razones por las que no llevan a los niños a control infantil

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
No me queda tiempo	6	37
Se me perdió la tarjeta	4	25
No tengo dinero	3	19
Por la distancia	2	13
Cambio de domicilio	1	6
TOTAL	16	100

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



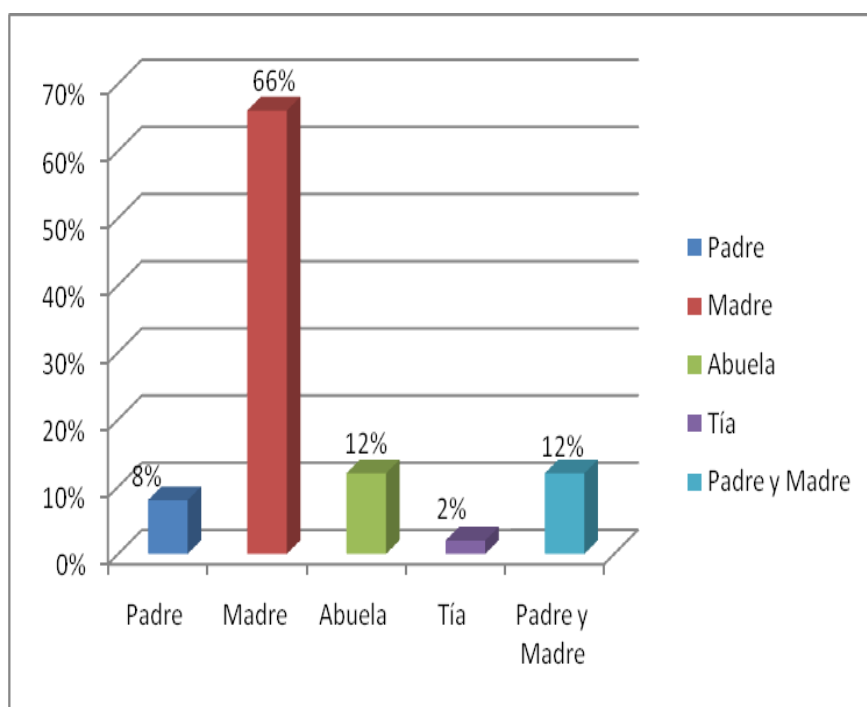
Fuente Tabla N° 10.

TABLA Y GRAFICO 11

Responsable que toma la decisión de consultar cuando su niño(a) se enferma de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre	4	8
Madre	33	66
Abuela	6	12
Tía	1	2
Padre y Madre	6	12
TOTAL	50	100

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



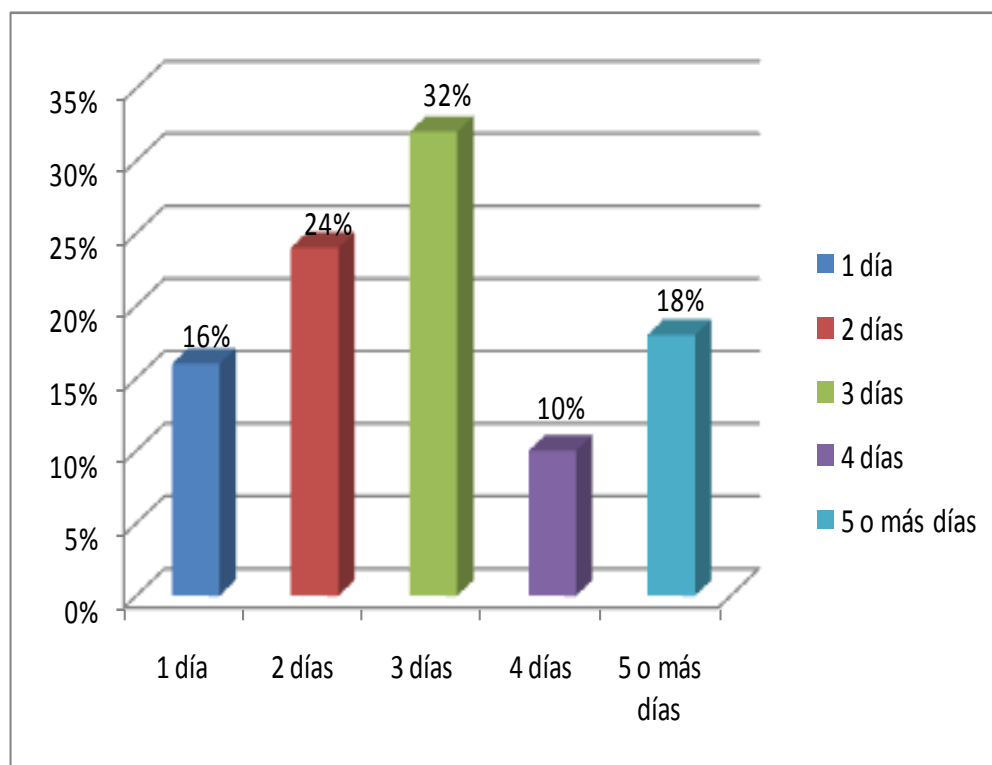
Fuente Tabla N°11.

TABLA Y GRAFICO 12

Tiempo que se tardan los padres o responsables en consultar cuando los niños se enferman de una Infección Respiratoria Aguda.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 día	8	16
2 días	12	24
3 días	16	32
4 días	5	10
5 o más días	9	18
TOTAL	50	100

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



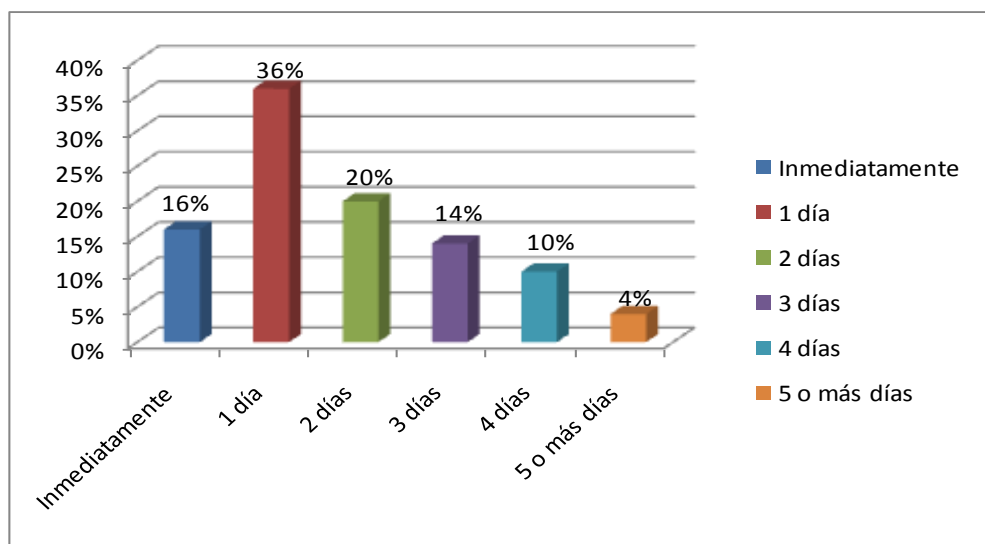
Fuente Tabla N° 12.

TABLA Y GRAFICO 13

Tiempo que se tardan los padres o responsables en consultar cuando los niños se enferman de una Enfermedad Diarreica Aguda.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Inmediatamente	8	16
1 día	18	36
2 días	10	20
3 días	7	14
4 días	5	10
5 o más días	2	4
TOTAL	50	100

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



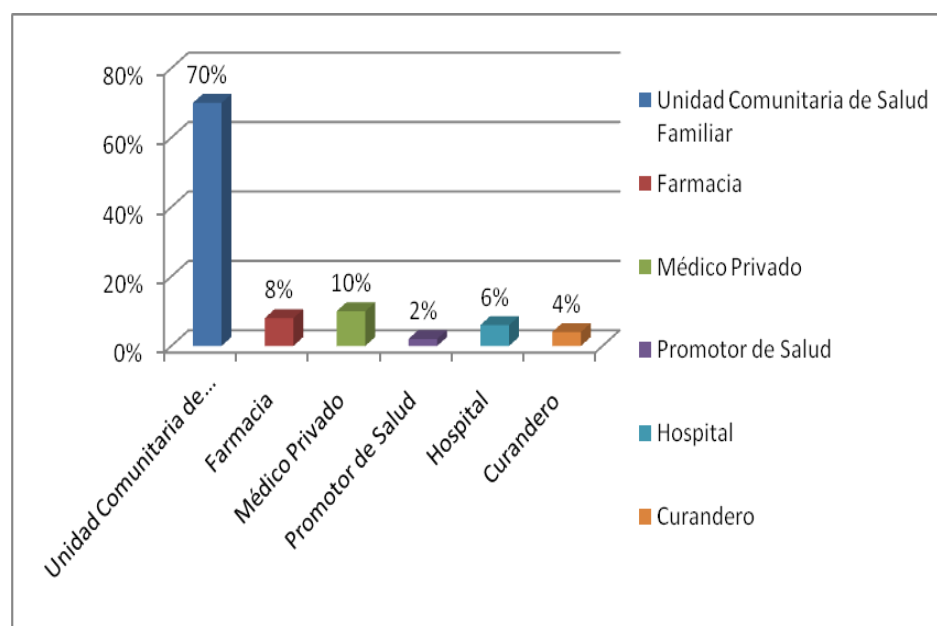
Fuente Tabla N° 13.

TABLA Y GRAFICO 14

Lugares donde acuden los padres o responsables cuando los niños(as) se enferman de una Infección Respiratoria o Enfermedad Diarreica Aguda.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Unidad Comunitaria de Salud Familiar	35	70
Farmacia	4	8
Médico Privado	5	10
Promotor de Salud	1	2
Hospital	3	6
Curandero	2	4
TOTAL	50	100

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



Fuente Tabla N° 14.

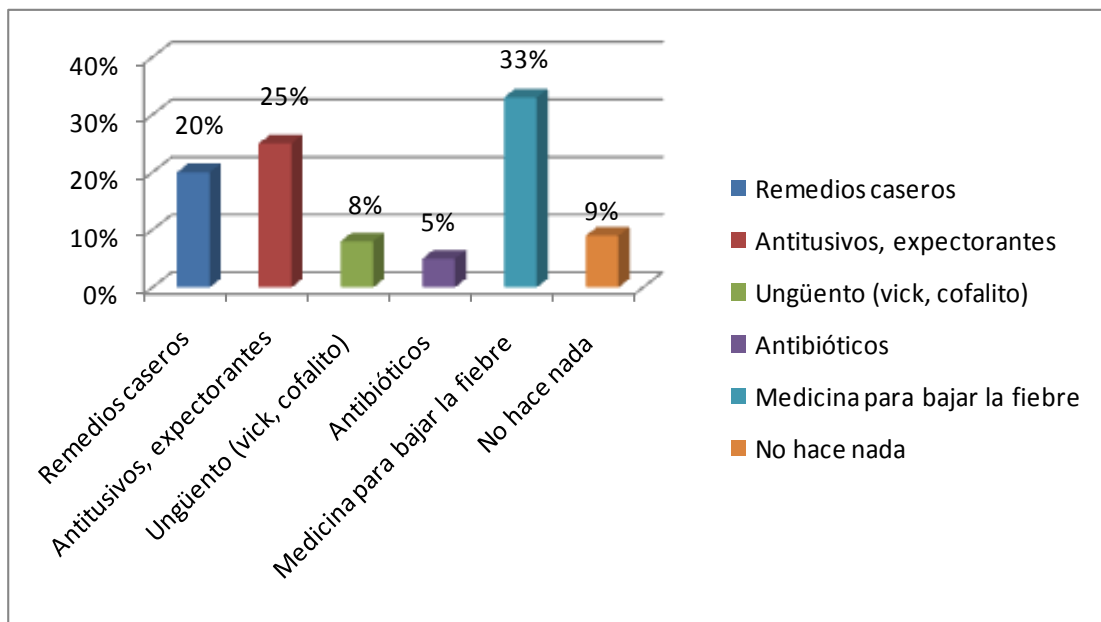
TABLA Y GRAFICO 15

Medidas que toman en casa los padres cuando se enferman de una Infección Respiratoria Aguda.

Medidas	Frecuencia	Porcentaje
Remedio para calmar la tos (miel, eucalipto)	25	20
Antitusivos, expectorantes, broncodilatadores	32	25
Ungüento (vick, cofalito)	10	8
Antibióticos	6	5
Medicina para bajar la fiebre	42	33
No hace nada	12	9
TOTAL	127	100

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

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



Fuente Tabla N° 15.

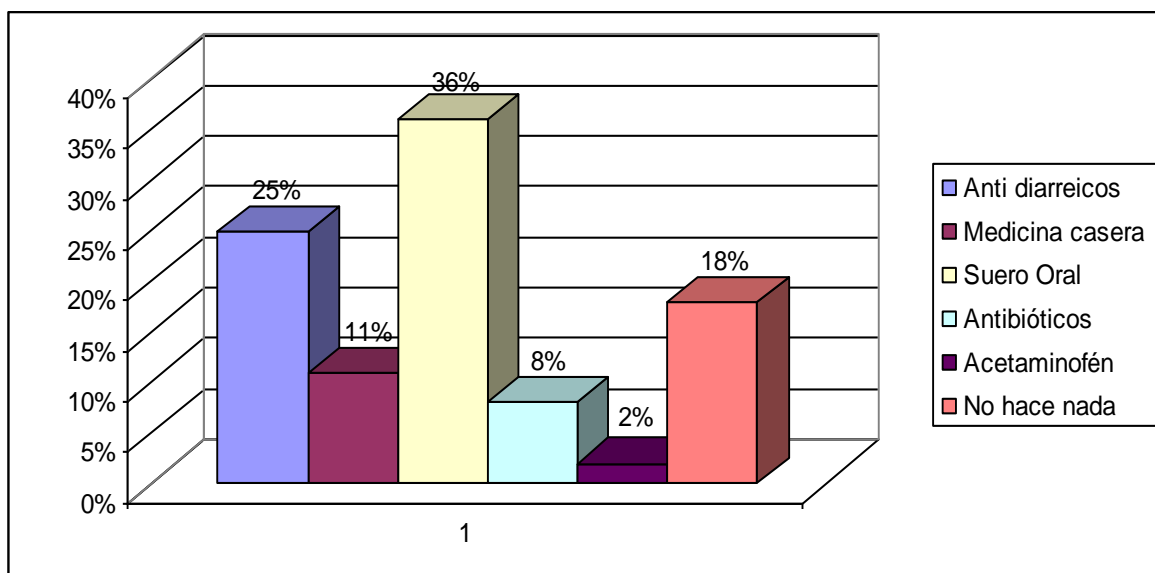
TABLA Y GRAFICO 16

Medidas que toman en casa los padres cuando sus hijos presentan una Enfermedad Diarreica Aguda.

Medidas	Frecuencia	Porcentaje
Anti diarreicos	28	25
Medicina casera	12	11
Suero Oral	40	36
Antibióticos	9	8
Acetaminofén	2	2
No hace nada	21	18
TOTAL	112*	100

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

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



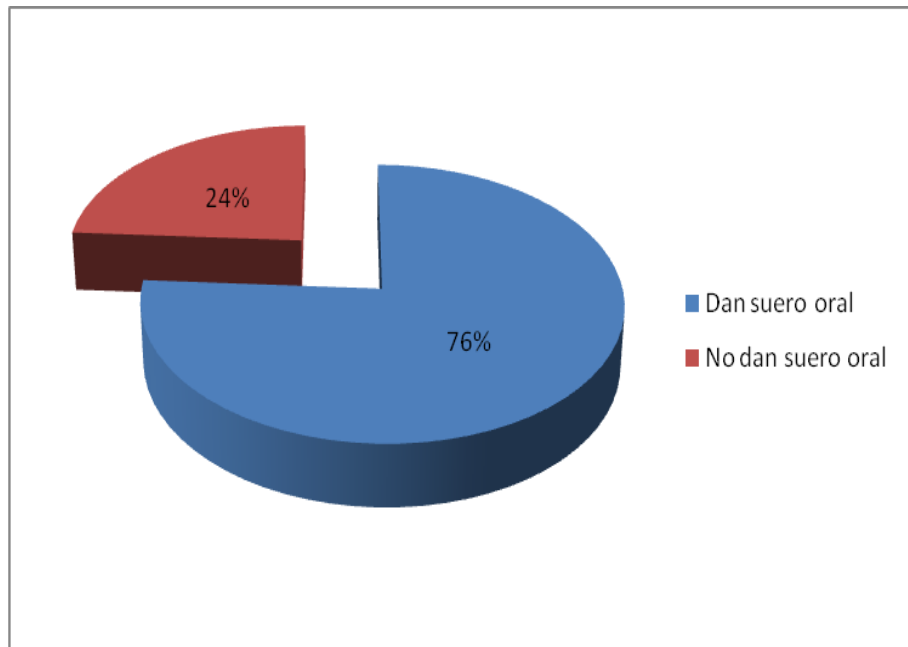
Fuente Tabla N° 16.

TABLA Y GRAFICO 17

Padres que dan suero oral a los niños(as) cuando presentan una Enfermedad Diarreica Aguda.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Dan suero oral	38	76
No dan suero oral	12	24
TOTAL	50	100

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



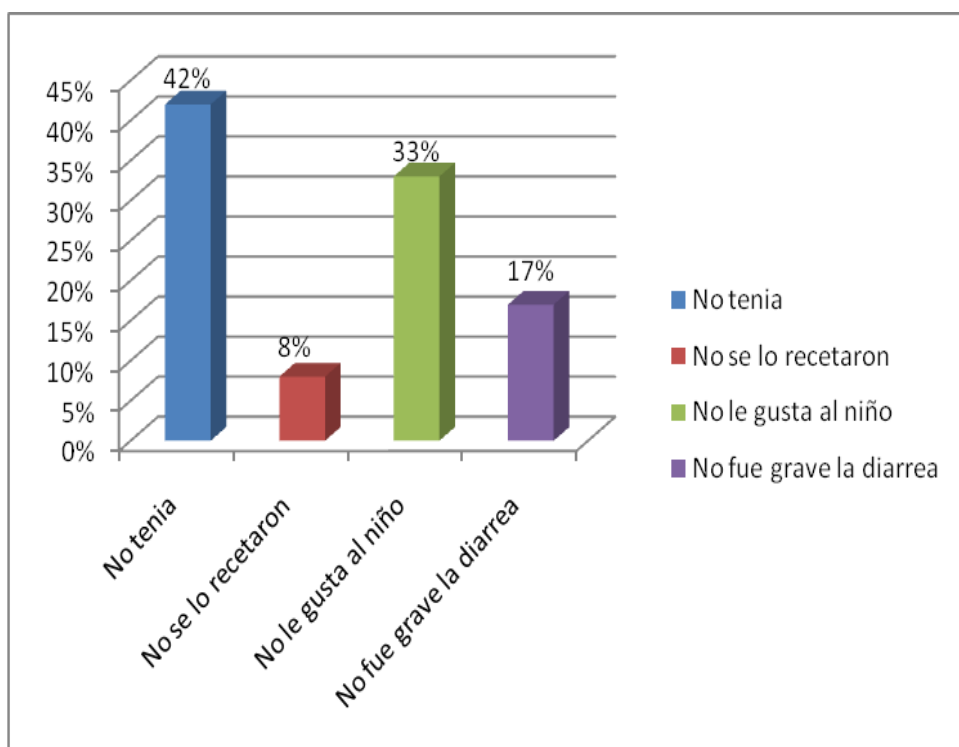
Fuente Tabla N° 17.

TABLA Y GRAFICO 18

Razones por las que los padres no dan suero oral a los niños(as) cuando presentan una Enfermedad Diarreica Aguda

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
No tenia	5	42
No se lo recetaron	1	8
No le gusta al niño	4	33
No fue grave la diarrea	2	17
TOTAL	12	100

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



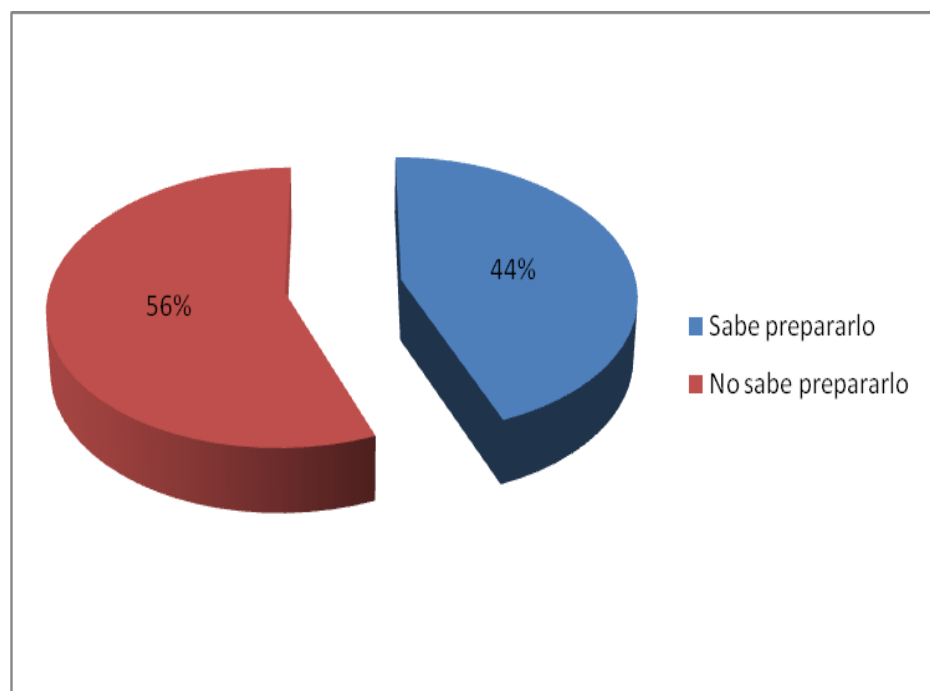
Fuente Tabla N° 18.

TABLA Y GRAFICO 19

Padres que saben preparar suero oral

Opinión	frecuencia	Porcentaje
Sabe prepararlo	22	44
No sabe prepararlo	28	56
TOTAL	50	100

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



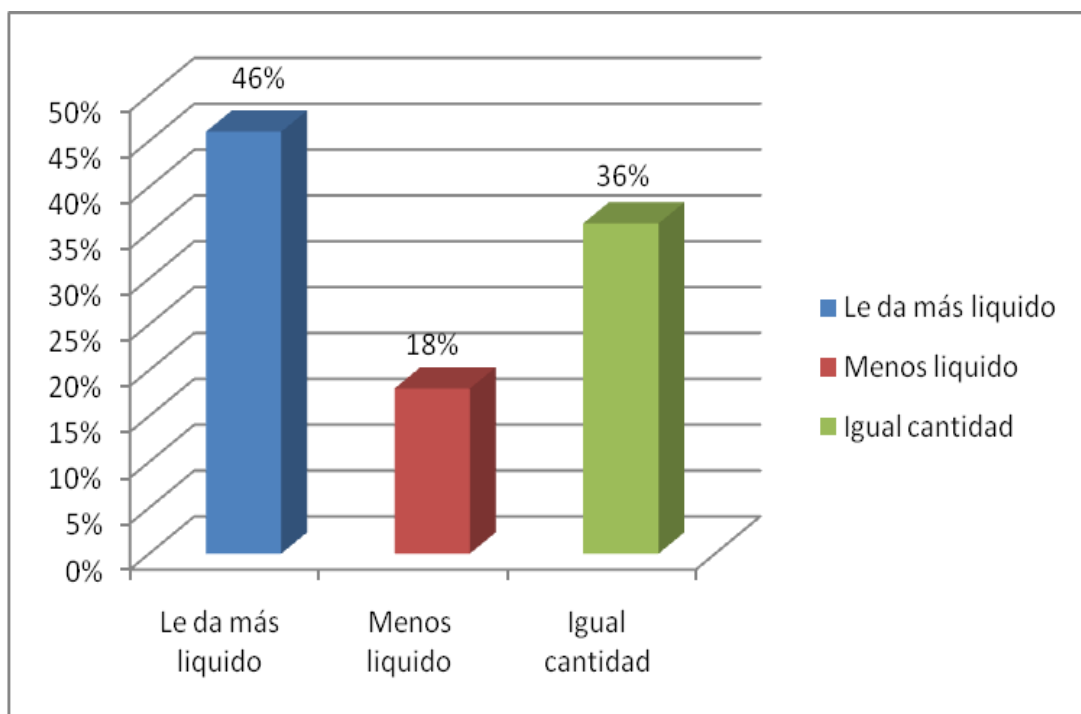
Fuente Tabla N° 19.

TABLA Y GRAFICO 20

Acciones que toman los padres con respecto a los líquidos administrados cuando los niños(as) presentan Enfermedad Diarreica Aguda.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Le da más liquido	23	46
Menos liquido	9	18
Igual cantidad	18	36
TOTAL	50	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio



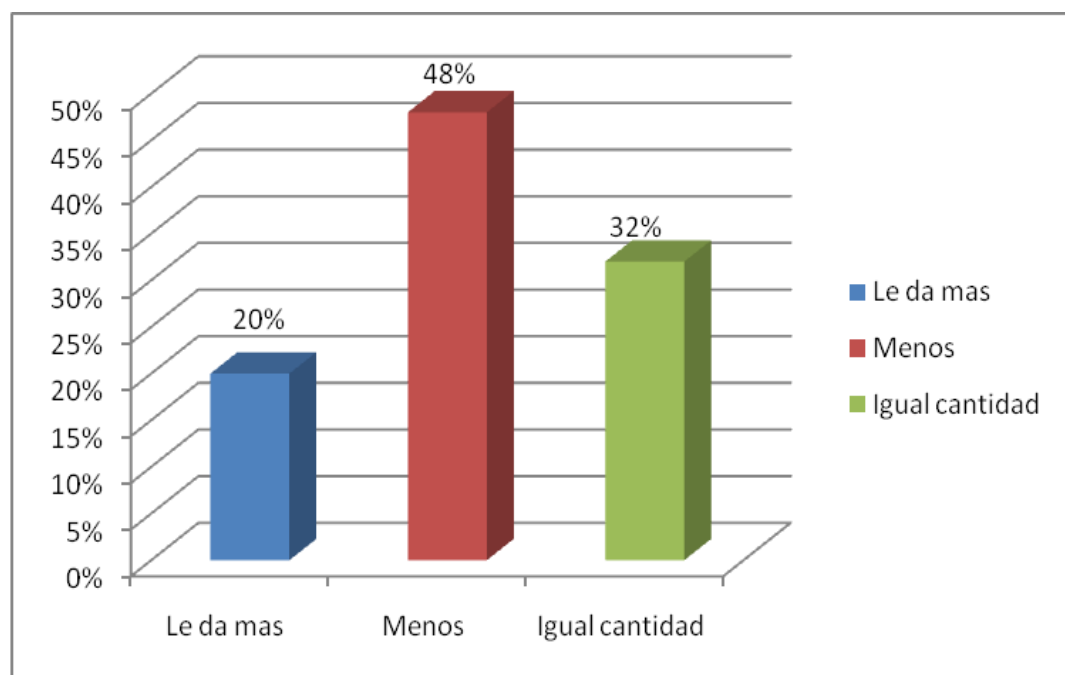
Fuente Tabla N° 20.

TABLA Y GRAFICO 21

Acciones que toman los padres con respecto a las comidas cuando los niños(as) presentan una Enfermedad Diarreica Aguda.

Comida	Frecuencia	Porcentaje
Le da mas	10	20
Menos	24	48
Igual cantidad	16	32
TOTAL	50	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio



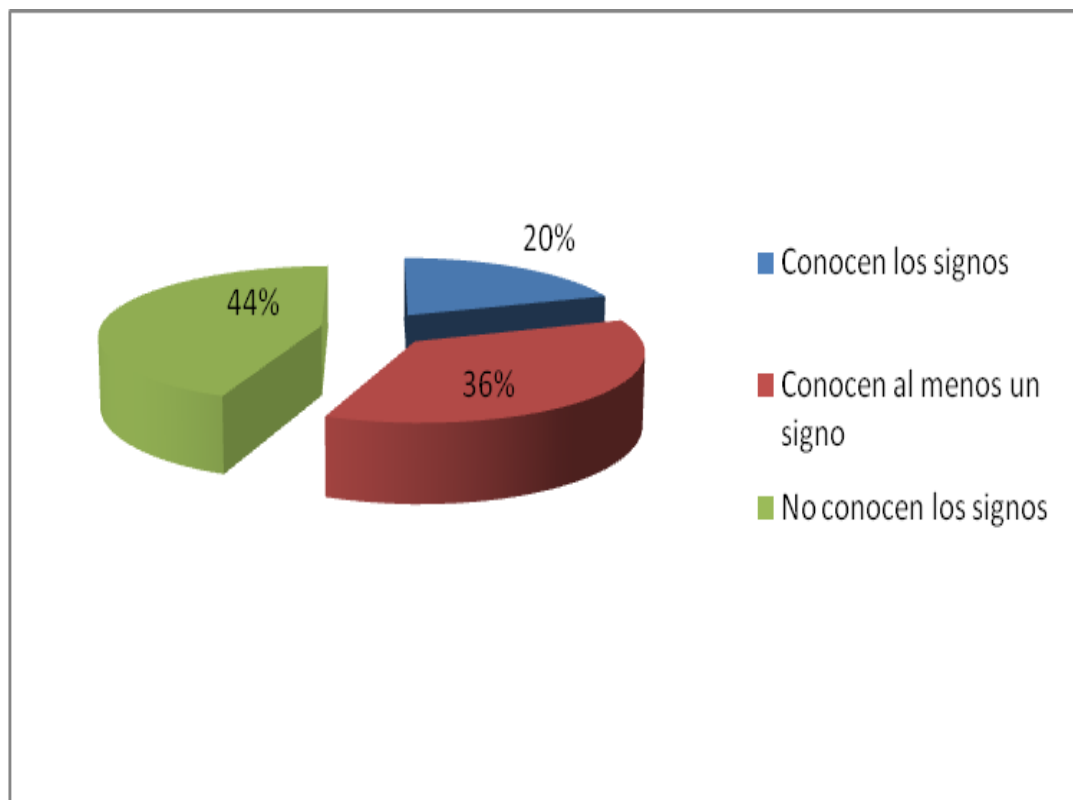
Fuente Tabla N° 21.

TABLA Y GRAFICO 22

Padres que conocen los signos de alarma Enfermedades Diarreicas Agudas.

Conocimiento de los Padres	Frecuencia	Porcentaje
Conocen los signos	10	20
Conocen al menos un signo	18	36
No conocen los signos	22	44
TOTAL	50	100

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



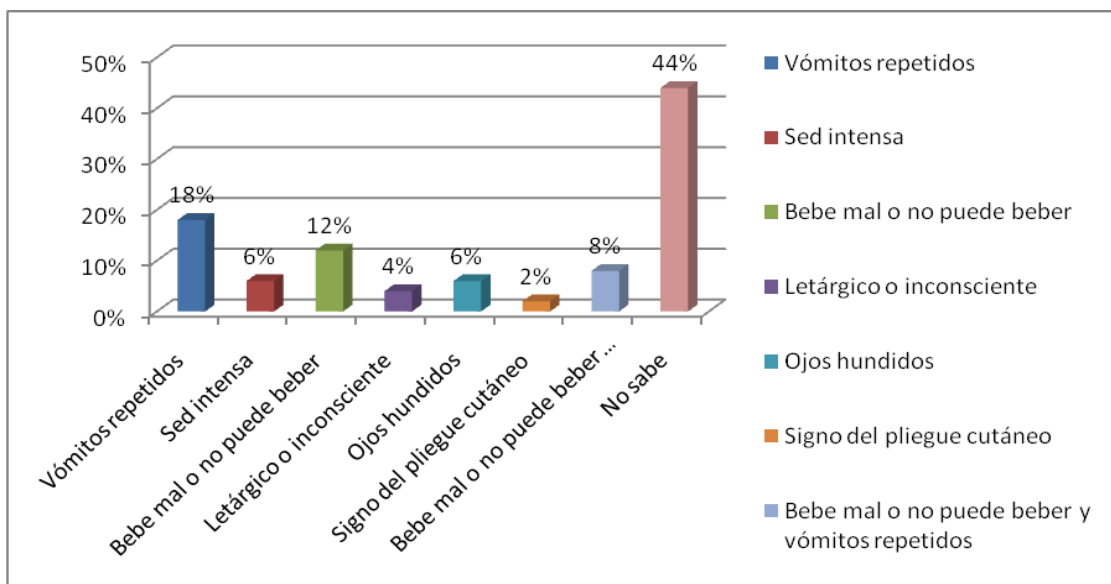
Fuente Tabla N° 22.

TABLA Y GRAFICO 23

Signos de alarma de las Enfermedades Diarreicas Agudas que reconocen los padres.

Signo de Alarma	Frecuencia	Porcentaje
Vómitos repetidos	9	18
Sed intensa	3	6
Bebe mal o no puede beber	6	12
Letárgico o inconsciente	2	4
Ojos hundidos	3	6
Signo del pliegue cutáneo	1	2
Bebe mal o no puede beber y vómitos repetidos	4	8
No sabe	22	44
TOTAL	50	100

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



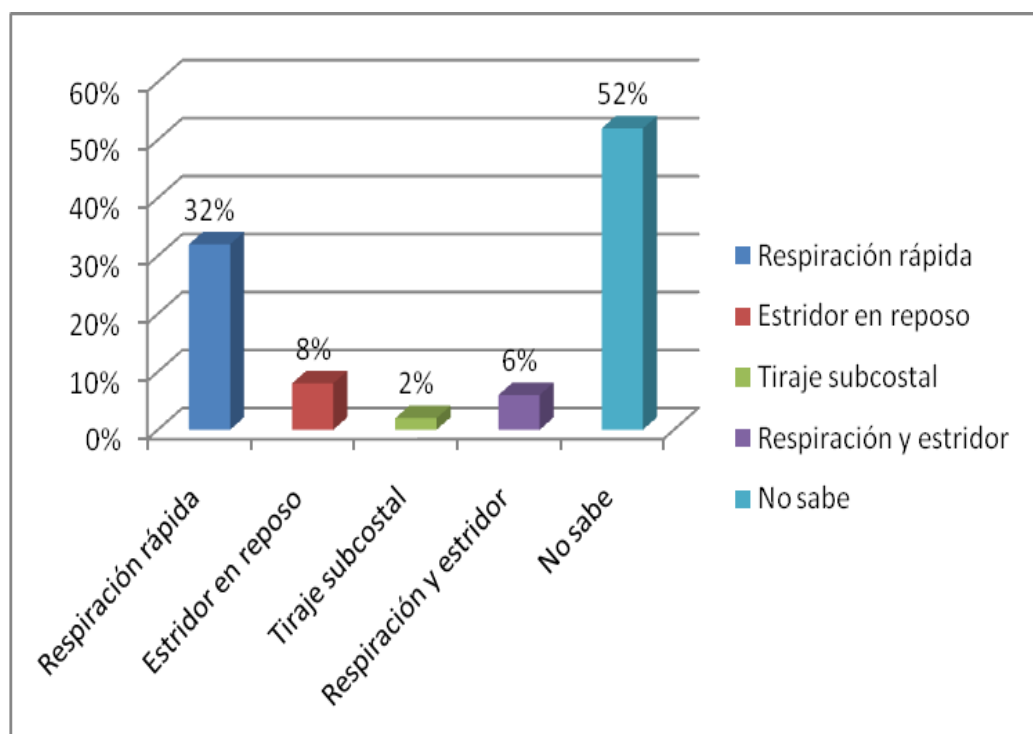
Fuente Tabla N° 23.

TABLA Y GRAFICO 24

Signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas que reconocen los padres.

Signo de Alarma	Frecuencia	Porcentaje
Respiración rápida	16	32
Estridor en reposo	4	8
Tiraje subcostal	1	2
Respiración y estridor	3	6
No sabe	26	52
TOTAL	50	100

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



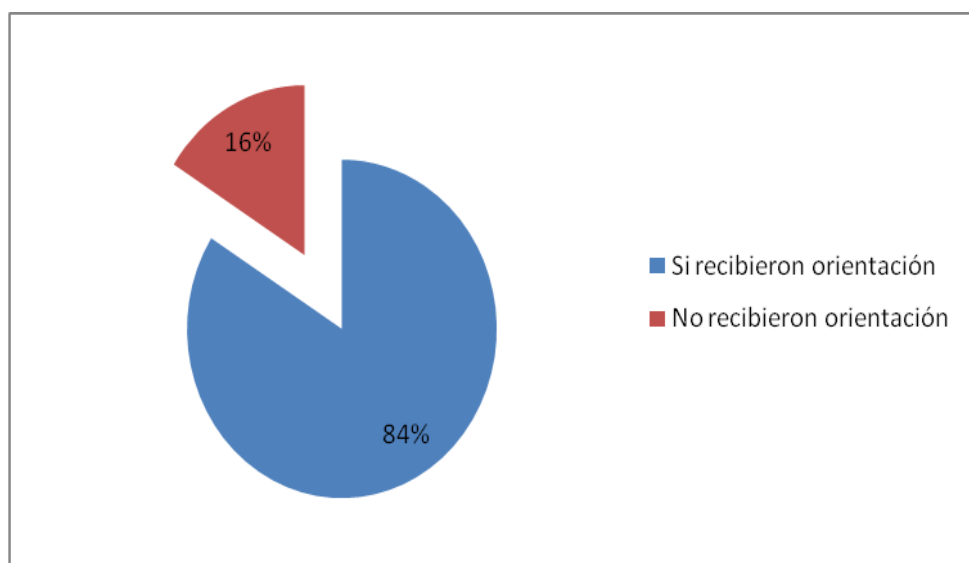
Fuente Tabla N° 24.

TABLA Y GRAFICO 25

Orientación recibida por los padres sobre Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si recibieron orientación	42	84
No recibieron orientación	8	16
TOTAL	50	100

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



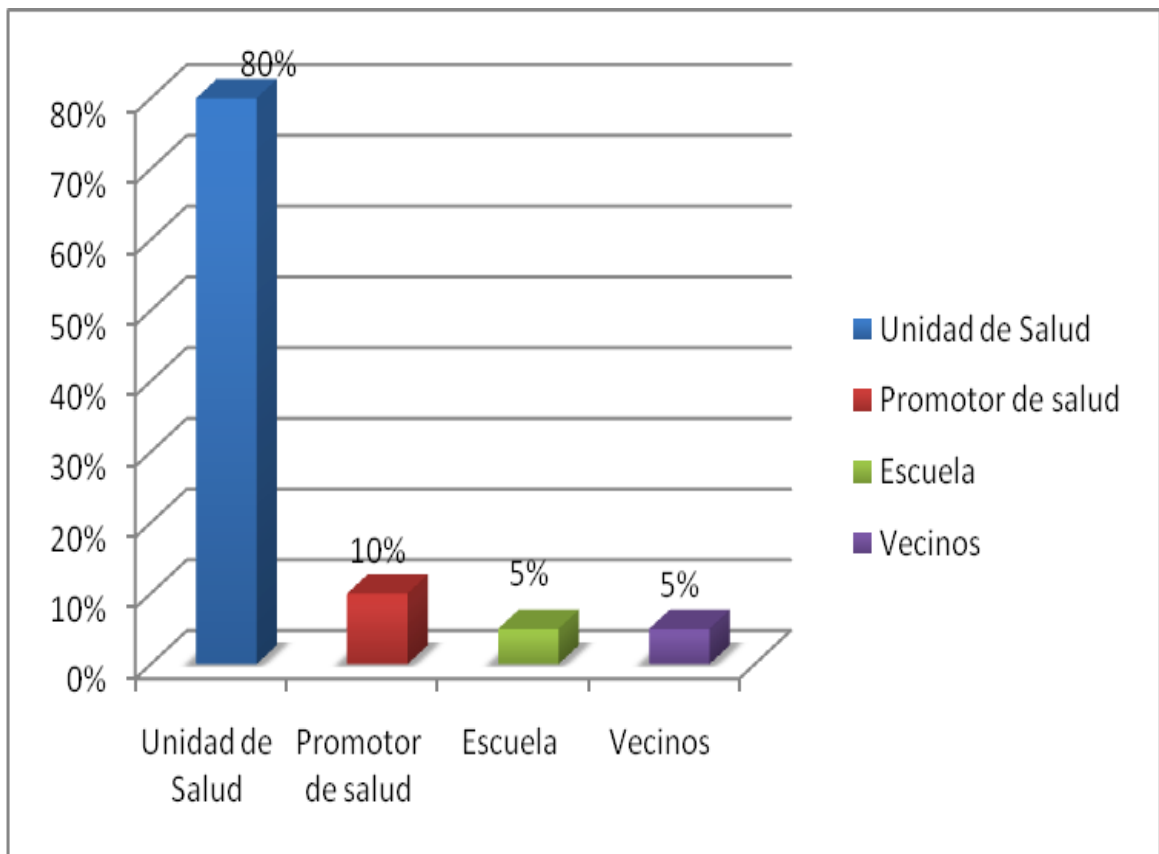
Fuente Tabla N° 25.

TABLA Y GRAFICO 26

Procedencia de la orientación recibida por los padres.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Unidad de Salud	34	80
Promotor de salud	4	10
Escuela	2	5
Vecinos	2	5
TOTAL	42	100

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



Fuente Tabla N° 26.

ANEXO 9



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2009-2011.
CIES – SAN MIGUEL, EL SALVADOR



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

OBJETIVO: Recolectar la información necesaria para el desarrollo de la investigación sobre el Conocimiento de los padres o responsables del cuidado de los niños y niñas de dos meses a cinco años sobre los signos de alarma de Infecciones Respiratorias y Diarreicas Agudas para buscar atención médica en las Unidad de salud Anexa San Miguel

NUMERO CORRELATIVO: _____

FECHA: _____

I. Datos generales

1- ¿Qué parentesco tiene usted con el niño?

- Padre _____
- Madre _____
- Tío (a) _____
- Abuelo(a) _____
- Hermano _____
- Otro. Especifique _____

2- ¿Cuántos años tiene usted?

- 10 – 15 años _____
- 16 – 20 años _____
- 21 – 25 años _____
- 26 – 30 años _____
- 31 – 35 años _____
- 36 – 40 años _____
- Mayor de 40 años: _____

3- ¿Sabe leer o escribir?

Si _____ No _____

4 - ¿Cuál fue el último grado escolar que curso?

- Ninguno _____
- 1° a 3° grado _____
- 4° a 6° grado _____
- 7° a 9° grado _____
- Bachillerato _____
- Superior no universitario _____
- Superior universitario _____
- Otros _____

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

6- ¿Usted trabaja fuera de su casa?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿con quien deja a su niño (cerrarlo con opciones)?

- Mama
- Papa
- Tío
- Hermanos
- Vecinos
- Otros _____

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

- Menor de \$ 100 _____
- \$101 a \$150 _____
- \$151 a \$200 _____
- \$201 a \$250 _____
- Más de \$300 _____

8- ¿Cuántos hijos tiene? _____.

II. Acciones que el padre de familia realiza en la atención del niño con infección respiratoria y diarrea

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

Si _____ No _____

Si su respuesta es negativa, explique

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

1. _____
2. _____
3. _____

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

III. Lugares donde acude en la búsqueda de atención medica

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

- Hospital. _____
- Unidad de Salud. _____
- Medico privado. _____
- Promotor de Salud. _____
- Farmacia. _____
- Curanderos. _____
- Otros. _____

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

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

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

1. _____
2. _____
3. _____

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

Si _____ No _____

Si su respuesta es negativa,

¿Porque? _____

17 - ¿Sabe como preparar el Suero Casero?

Si _____ No _____

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

- Le da más líquidos. _____
- Menos líquidos. _____
- Igual cantidad. _____

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

- Le da mas _____
- Menos _____
- Igual cantidad. _____

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

- Hospital. _____
- Unidad de Salud. _____
- Medico privado. _____
- Promotor de Salud. _____
- Farmacia. _____
- Curanderos. _____ Otros. _____

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

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

- Padre _____
- Madre _____
- Tío(a) _____
- Abuelo(a) _____
- Hermano _____
- Otro. _____ Especifique _____

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

Si _____ No _____

Quien (colocar una lista de opciones)

- Enfermera _____
- Medico _____
- Vecinos _____
- Promotor de salud _____