



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN-MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE ESTUDIOS DE LA SALUD

CIES



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**APLICACIÓN ADECUADA DE LAS NORMAS AIEPI EN EL MANEJO
DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES
DE 5 AÑOS, MANCHÓN NANDAIME. PRIMER SEMESTRE 2012.**

Autor: Dr. Manuel Antonio Cruz Jirón

Tutor: Dr. Pablo Cuadra.

Managua, Marzo 2013

DEDICATORIA

A DIOS.

Eterno creador de la inteligencia humana que a través de su palabra me dio sabiduría para dirigir mis esfuerzos a las más nobles intenciones de dar aportes importantes que contribuyan a mejorar el estado de salud de los niños.

A MIS PADRES

Que han sido ejemplo y una ilusión para mejorar cada día.

A MI ESPOSA.

Que por su cariño y apoyo incondicional junto a mi hijo fueron la motivación para culminar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A: Máster Juanita del Socorro Rodríguez Lara

Por su asesoría en todos los procesos metodológico y de procesamiento de la información que me permitieron llevar a feliz término este trabajo.

A todas las personas que aportaron su granito de arena para culminar este estudio como fueron los jóvenes becados a CWF del Manchón y las instituciones de salud que facilitaron la información específicamente el comportamiento de IRA en el SILAIS Granada.

RESUMEN

El presente estudio trata sobre la aplicación de las normas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el manejo de los menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que acuden para atenderse en el puesto de salud de la comunidad el Manchón del municipio de Nandaime en el Primer Semestre 2012. Tiene como objetivo conocer cómo el personal de salud aplica dichas normas, y como hipótesis de trabajo que las orientaciones para la atención de menores de 5 años con IRA contenidas en la norma AIEPI no están siendo aplicadas adecuadamente. Es un estudio descriptivo evaluativo de corte transversal, cuya población estudiada fueron 45 niños menores de 5 años con IRA que fueron atendidos en dicho establecimiento de salud en el período del estudio. Entre los principales hallazgos está: en 31 niños (69%) se clasificó su padecimiento respiratorio según lo estipulado dentro de la norma AIEPI. En 24 niños (53%) el diagnóstico fue inadecuado. En 40 niños (89%) el tratamiento fue inadecuado, el único caso de otitis media crónica no recibió recomendaciones sobre cuidados del oído, de los 32 niños con problemas de tos o dificultad para respirar, en 20 no aparece consignado si se les brindó orientaciones sobre signos y síntomas de peligro. Solamente a 1 de los 12 casos con problemas de garganta se brindó recomendaciones sobre alimentación y líquidos. En relación a los dos casos con el diagnóstico de neumonía grave, en ambas se les citó para su seguimiento en forma inadecuada y no se realizó referencia al segundo nivel de acuerdo a su gravedad. Concluyendo que la aplicación de las normas de atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en el manejo de los niños menores de 5 años con infección es respiratoria no son adecuadas.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	OBJETIVOS	5
	Objetivo General	5
	Objetivos Específicos.....	5
IV.	MARCO DE REFERENCIA	6
	4.1 Definición, etiología y epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas.....	6
	4.2. Clasificación, AIEPI descripción por patología y seguimiento de las Infecciones Respiratorias Agudas. (IRA)	8
	4.3. Tratamiento de las Infecciones Respiratorias.....	20
	4.4. Orientaciones a la madre a tratar las infecciones localizadas en casa.....	31
V	HIPOTESIS.....	44
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
VIII.	DISCUSIÓN.....	50
IX.	CONCLUSIONES.....	54
X.	RECOMENDACIONES	55
XI.	BIBLIOGRAFIA	57

I. INTRODUCCION.

El Ministerio de Salud de Nicaragua, desde los años noventa ha venido retomando de la **Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS** la estrategia de **Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)** parte de estas enfermedades son las Infecciones Respiratorias Agudas, las que integran en su abordaje aspectos preventivos curativos y de rehabilitación que han impactado positivamente en los Indicadores de Salud de la población menor de 5 años.

El SILAIS Granada en los últimos siete años ha mejorado la accesibilidad de los servicios de salud en la comunidad del Manchón área rural del Municipio de Nandaime mediante la puesta en marcha del convenio Colaboración **Ministerio de Salud y Fundación Childrens Wellenes MINSA/CWF**, lo que ha permitido que la población del Manchón y comunidades aledañas tengan un puesto de salud con personal médico y enfermería capacitado para atender a los niños y educar a la madre según normas de atención integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La mayoría de los niños de la comunidad del manchón se desenvuelven en ambientes socio-económico deteriorados, sumado a la falta de disposición por parte de las madres o tutores de aplicar en la realidad toda la información preventiva promovida por el personal de salud convirtiendo al niño en vulnerable para la proliferación (incremento de número episodios al año) y agravación de las infecciones respiratorias lo que implica la necesidad de referirlos al segundo nivel de atención.

En esta investigación se analizó si la clasificación de las enfermedades infecciones respiratorias agudas que hacen el personal de salud del mancho esta acorde a la clasificación AIEPI, cómo relaciona el médico los síntomas y signos con el diagnóstico, si se dio el seguimiento, si se refirieron adecuadamente, si el

tratamiento fue el adecuado y que información recibieron las madres en relación al cuidado de sus niños con IRA en los hogares.

Con este estudio de **Manejo de las Infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años en el Manchón Municipio Nandaime primer semestre 2012**, se pretende evidenciar como el personal Médico y de enfermería están aplicando en la atención de las Infecciones Respiratorias las normas AIEPI, así también identificar cuales aspectos: curativos, asistenciales y de rehabilitación deben fortalecerse.

Justificación.

El estudio aportará elementos importantes para la organización de los servicios de salud que mejorará la calidad de atención lográndose tener un mayor impacto en el bienestar y salud de los menores de 5 años.

II. ANTECEDENTES

M. Dávila; J. Toledo, (20) en los resultados de la encuesta en establecimientos de salud sobre el manejo de casos de IRA efectuada en Perú en el año 19952 OBJ Determinar la calidad del tratamiento de casos con Infección Respiratoria Aguda (IRA), en particular en aquellos con tos y/o dificultad para respirar se encontró que había deficiencias en la consejería, pues menos de la mitad de las madres o cuidadores recibieron consejos adecuados; asimismo, el uso inadecuado de antibióticos podría estar influenciado por la presencia del observador; finalmente, la cobertura de capacitación, el abastecimiento de medicamentos de insumos y la capacidad del establecimiento para ofrecer la Calidad del Tratamiento Estandarizado de casos TEC alcanzaron cifras aceptables.

Beni guigui Yehuda En *Rev. Soc. Bol. Ped. 2000; 39 (2): 68 -77: AIEPI, Mortalidad Infantil, antibióticos se publicó un artículo sobre El uso de antibióticos para prevenir la mortalidad Infantil* destaco que con gran frecuencia los antibióticos se utilizan en forma innecesaria e inadecuada, lo que conlleva, entre otros problemas, el incremento de la resistencia bacteriana a los mismos. La resistencia bacteriana ha llevada a modificar los criterios de tratamiento y ha generado la necesidad de invertir constantemente en conocimientos y tecnología para crear nuevos fármacos para vencerla. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de la OPS/OMS y UNICEF, contempla racionalizar la prescripción y mejorar el uso de los antibióticos, tanto por parte del personal de salud como de la comunidad.

Salas Romero María Dalila, Silva Cornejo María del Carmen en el estudio Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en menores de 5 años y su concurrencia inmediata a un servicio, (22) refirieron: los signos de Alarma de neumonía son reconocidos por la mayoría de las madres, las madres en mas del 50 % no llevan al niño al establecimiento de salud a recibir la atención oportuna frente a los signos de alarma.

Fonseca Walter, Kirkwood Betty R.(8) en el estudio Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de dos años en Fortaleza ,Brasil, refiere que los niños con un peso al nacer situado en el grupo intermedio de 2.000-2.499g presentaban un riesgo mayor aunque no significativo estadísticamente . El factor de riesgo relacionado con la nutrición, la ausencia de lactancia materna - categoría en la que se incluyeron los niños que no recibían leche materna desde dos meses antes del reclutamiento - también fue asociado significativamente con un aumento del riesgo de neumonía.

El riesgo se triplica, y más, cuando un niño ha sido hospitalizado con anterioridad tanto por neumonía como por sibilancia, y aumenta en más de 4 veces para los niños que han sufrido 3 episodios o más de sibilancia, independientemente de que éstos requirieran hospitalización o no.

Está claramente establecido que la desnutrición energéticoproteica, definida como una condición resultante del consumo y de la utilización deficientes de proteínas y de calorías en la dieta, es un importante factor determinante del aumento del riesgo de mortalidad en los lactantes). La sinergia entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas es bien conocida y puede ser explicada por diferentes factores. La deficiencia en proteína y vitaminas puede inhibir la formación de anticuerpos específicos y, también, causar un debilitamiento de los mecanismos de defensa pulmonar.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la aplicación de las Normas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI en el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en los menores de 5 años en el Manchón municipio de Nandaime en el I Semestre 2012.

Objetivos Específicos

1. Identificar si la clasificación de los problemas respiratoria se realizó de acuerdo a las normas AIEPI.
2. Revisar si el diagnóstico está de acuerdo con los signos y síntomas según normas.
3. Valorar si el tratamiento prescrito se relaciona con los recomendados en las normas para tratar las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años
4. Conocer las orientaciones brindadas por el personal de salud a las madres en relación al cuidado de los niños con problemas respiratorios.
5. Caracterizar el Seguimiento de las Infecciones respiratorias según la gravedad de la enfermedad.

IV. MARCO DE REFERENCIA

4.1 Definición, etiología y epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas.

4.1.1 Definición.

La infección respiratoria aguda es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar; nariz, oído garganta faríngea, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones. Debido a que se puede afectar varias parte del aparato respiratorio es posible encontrar signos y síntomas de infección variable como tos, fiebre, diferente grados de dificultad para respirar, obstrucción nasal o dolor en la garganta, secreción nasal, dolor de oídos etc.

(9).Gutiérrez Kumate Santos Muños Manual de infectología clínica –decimo sexta edición-2001Mendes Editores.)

4.1.2. Etiología.

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

Una gran variedad de virus y bacterias son los responsables de causar las infecciones respiratorias. Dentro de la familia de los virus esta ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sincitial respiratoria, virus de la para influenza o adenovirus. En cuanto los agentes bacterianos en afecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son los *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae* causando el 74 % de estas y el *staphilococcus aureus* el 9 %.

4.1.3. Epidemiología.

En la mayoría de los países las Infecciones respiratorias agudas (IRA) ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda y es muy elevada en personas de todas las edades y constituyen el principal motivo de consulta en los niños menores de 5 años sobre todos en los desnutridos y en los que viven en malas condiciones sanitarias con hacinamiento. Su frecuencia también es significativamente mayor cuando el niño ingresa a la escuela o a la guardería.

La incidencia de las Infecciones Respiratorias parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El Número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollos es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan la evolución más tórpida. En un porcentaje no despreciables de caso, la duración de la enfermedad ante de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El periodo de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El periodo contagioso también es variable iniciándose en algunos casos un día antes de las manifestaciones clínicas con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA es más alto en los lactantes pequeños. En los países en desarrollo aproximadamente del 20 al 25 % de la muerte por IRA, ocurren en los lactantes menores de 2 meses, registrándose muy pocas defunciones entre los niños mayores de 5 años.

4.2. Clasificación, AIEPI descripción por patología y seguimiento de las Infecciones Respiratorias Agudas. (IRA)

4.2.1. Clasificación propuesta en la Estrategia Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

1. En la Estrategia Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); Se propone una clasificación ante todo basada en niveles de severidad y una conductas de manejo para los primeros niveles de atención según dicha severidad, con especial atención a las neumonías, por ser ellas las causas más frecuentes e importante de de muerte por Infecciones Respiratorias Agudas(IRA), dicho programa es también de utilidad para otros niveles de atención y por lo tanto debemos conocerlo e integrarlo al máximo posible al proceso de nuestro diario actuar en el manejo de niños con (IRA).⁽¹⁸⁾ Ministerio de salud "Curso Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI), Managua: MINSA/ OPS/ OMS/ AIS. Tercera edición 2008

4.2.1.1. Procedimientos para la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Preguntar	Observar / Escuchar / Palpar	Clasificar
Preguntar sobre síntomas principales. Si la pregunta es afirmativa, preguntar ¿Desde cuándo?	Contar las respiraciones por minuto. Observar si hay tiraje subcostal. Escuchar si hay estridor en reposo. Escuchar si hay sibilancia.	Tos o Problema para respirar
¿Tiene dolor de oído? ¿Tiene supuración? ¿Desde cuándo? ¿Ha recibido antibióticos?	Observar si hay supuración. Palpar para determinar tumefacción y dolor detrás de la oreja.	Problemas de Oído
¿Tiene el niño dolor de garganta?	Palpar si hay ganglios. Determinar exudado y enrojecimiento de garganta.	Problemas de Gargantas.

4.2.1.2. Clasificación para los Problemas de los Oídos:

- Mastoiditis.
- Otitis Media Aguda.
- Otitis Media Crónica.
- No tiene Infección de Oído.

4.2.1.3. Clasificación para los Problemas de Garganta.

- Amigdalitis.
- Faringitis Viral.
- No tiene Faringitis.

4.2.1.4. Clasificar a un niño o niña con tos o dificultada para respirar.

- Neumonía grave o enfermedad muy grave.
- Neumonía.
- No tiene Neumonía, Tos o Resfriado.

4.2.2. Descripción por patologías y seguimiento.

4.2.2.1. Otitis media.

Definición.

Es una inflamación Infecciosa del oído medio que incluye la cavidad del oído medio trompa de Eustaquio y en algunos casos incluye los mastoides.

El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de de la trompa de Eustaquio, Habitualmente las infecciones respiratorias altas de origen viral que producen edema de la mucosa de la trompa de Eustaquio, proceden a acompañan los episodios de Otitis. AIEPI Colombia.

Epidemiología.

Es una entidad con incidencia alta y constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica, es más frecuente en los menores de 5 años ; adentro de los factores de riesgo asociados a otitis media, podemos mencionar : menor de edad, sujetos de estrato socioeconómicos bajo, hacinamiento, exposición a humo de cigarrillo, en especial por madre fumadora , condiciones de alergia personal ante todo si existe componentes de rinitis: hipertrofia adenoidea, anomalías anatómicas craneoencefálicas (Paladar hendido) el sexo (72 % predominio masculino) más frecuentes en los niños con familiares que tienen antecedentes del mismo padecimiento, lo que sugiere factores genéticos (algunos grupos especiales como niños con síndrome de Down).

En cuanto a la variación estacional se ha observado una estrecha correlación entre la presentación de infecciones del oído medio y de infecciones respiratorias superiores, las cuales predominan durante el invierno, pero se pueden observar brotes epidémicos a lo largo de todo el año. (Gutiérrez Kumate 2001)

Manifestaciones Clínicas.

Las manifestaciones clínicas de la otitis media pueden clasificarse en generales y específicas. Las primeras suelen ir presididas de un episodio gripal o de cualquier otra infección respiratoria superior. La más frecuente es la fiebre; sin embargo, puede no presentarse y es posible que también ocurra anorexia, irritabilidad, letárgica y en raras ocasiones diarreas.

Las manifestaciones clínicas específicas son: la otalgia y la otorrea, de uno o ambos oídos; la primera es de gran valor clínico, pero difícil de identificar en los niños pequeños; la otorrea característica es la purulenta, pero puede ser de tipo seroso, tal como se comentó antes. La exploración del oído con el otoscopio permite establecer el diagnóstico al confirmar la otorrea y permitir la visualización de la membrana timpánica. En la otitis media el tímpano sufre cambios que van desde la simple congestión y enrojecimiento en las fases iniciales, hasta su opacificación, abombamiento, pérdida de la movilidad, formación de pequeñas burbujas, perforación, formación de escaras y retracción, en las formas crónicas. Con respecto a la congestión y la hiperemia de la fase inicial, es importante recordar que durante las infecciones respiratorias agudas también pueden acontecer estos cambios en forma inespecífica y que, por tanto no se deben confundir con una verdadera otitis media.

En la forma aguda los síntomas desaparecen en menos de dos semanas en 50% de los casos, pero en los restantes la otorrea hasta por periodos de tres meses; cuando este lapso es mayor, el caso debe considerarse y tratarse como otitis media crónica. En los niños, la forma recurrente es relativamente frecuente con curación total entre un episodio y otro, los cuales casi siempre son precedidos por una infección respiratoria aguda.

De acuerdo con la evolución clínica se identifican tres tipos fundamentales:

- Otitis Media Aguda.
- Otitis Media Aguda recurrente.

- Otitis Media Crónica.

La progresión de la infección del oído medio hacia los tejidos vecinos es rara en la actualidad, gracias al uso de antibióticos, pero puede originar mastoiditis, laberintitis, absceso cerebral y meningitis.

4.2.2.2. Faringitis.

Definición.

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta.

Epidemiología.

En los niños pequeños el Streptococo del grupo A produce cuadro con características especiales que se conocen como nasofaringitis aguda febril y nasofaringitis prolongadas, cuyos nombres indican sus características.

Manifestaciones Clínicas.

Este conjunto de signos y síntomas puede acompañarse de fiebre mialgia, artralgias, cefalea y anorexia. La evolución natural del padecimiento es hacia la curación en un tiempo variable, generalmente es de tres a cuatro días. En ocasiones no hay rinorrea ni obstrucción nasal, y quedan como síntomas principales dolor faríngeo o hiperemia de la mucosa, estos casos con frecuencias se asocian a conjuntivitis y linfadenitis de las cadenas del cuello.

Clínicamente existen tres entidades principales que son: Amigdalitis, nasofaringitis y faringo amigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaríngea y paladar blando. La mayoría de las faringitis tiene origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus, o virus de la influenza o para Influenza. Los pacientes presentan carraspera o sensación de cosquilleo y dolor en faríngea, así como coriza estornudos. La mucosa naso faringe se encuentra inflamada

edema tizada y puede o no estar acompañada de exudado purulento además se acompaña de rumorea enrojecimiento de conjuntiva y epífora.

Aproximadamente un 5 % de las rinofaringitis se complican con sinusitis, se debe sospechar su presencia cuando se identifica rinorrea muco – purulenta retro faríngea y tos de predominio nocturna después de 7 días de evolución de una rinofaringitis. Puede haber fiebre en un 20 a 50 % de los casos y en los escolares y adultos es frecuente que se presente, cefalea y dolor en el área de los senos para nasales.

La faringo amigdalitis se caracteriza por fiebre de intensidad variable: síntomas generales como mialgias, artralgias, anorexia, cefalea, sensación de “cosquilleo” en faringe y dolor, que puede ser tan intenso que dificulte o aún impida la deglución. En la exploración física el aspecto de la faringe es hiperémico edematoso, con exudado purulento, membranas o úlceras, según la forma clínica, generalmente hay crecimiento de ganglios linfáticos de las cadenas cervicales. Cuando se forman membranas se sospecha de un origen estreptocócico, son de color blanco/gris y pueden estar circunscritas a la superficie de las amígdalas o extenderse hasta la faringe. El aspecto de las membranas es distinguible del de las membranas diftéricas.

En la forma vesiculosa hay diferencias según el virus que la produce. En los casos por Herpes se acompaña de gingivoestomatitis y se encuentran úlceras en faringe, lengua, encía y mucosa de los carrillos y los labios. En la faringo amigdalitis Coxsackie A, las úlceras están circunscritas a la parte anterior de las fauces, por lo general a los pilares anteriores. Por el solo aspecto de las lesiones no es posible distinguir entre las dos causas.

4.2.2.3. Laringotraqueitis.

Definición.

EL “Croup” subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante.

Epidemiología.

Frecuente en niños entre los tres meses y tres años de edad, suele seguir a una infección respiratoria alta, iniciada uno o dos días antes. Tienen patrón dependiente de los cambios climatológicos de los virus implicados en su etiología.

Manifestaciones Clínicas.

Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronquera), tos molesta y fuerte (tos perruna) y estridor inspiratorio.

Se inicia generalmente con rinorrea hialina y tos sin carácter especial; puede haber fiebre elevada y en dos o tres días aparece disfonía, tos Traqueal, estridor laríngeo, signos de insuficiencia respiratoria de intensidad variable de acuerdo con el grado de obstrucción, principalmente aleteo nasal, tiros supra esternales y supra clavicular, retracción, xifoidea y disociación toracoabdominal. El murmullo vesicular está disminuido en ambos campos pulmonares y esto constituye uno de los datos más útiles para valorar la entrada de aire en los pulmones y por tanto el grado de obstrucción. En los casos graves aparecen signos de hipoxemia, como cianosis, ataque al estado general, sudación y si aumenta la hipoxemia, somnolencia que evoluciona a coma, bradicardia, hipotensión arterial y finalmente muerte del paciente.

4.2.2.4. Bronquitis aguda y crónica.

Definición.

La bronquitis se define como la inflamación de la mucosa bronquial. La bronquitis aguda se manifiesta por el desarrollo de tos, con o sin expectoración, que típicamente se presenta durante el curso de una infección viral aguda. Dicha tos se desarrolla durante la primera semana de la infección, muy frecuentemente se presenta bronquitis aguda durante la infección por el virus influenza.

La bronquitis crónica se define como la presencia de tos productiva durante más de tres meses por año por lo menos dos años.

Manifestaciones Clínicas.

La aparición de tos con expectoración en la bronquitis aguda está precedida comúnmente de faringitis, coriza, febrícula y malestar general. La disnea es poco común, sino existe enfermedad pulmonar subyacente, los síntomas desaparecen en algunos días, pero la tos puede persistir por semanas e incluso meses. La cantidad de esputo y la frecuencia de tos disminuyen con el tiempo y no hay secuelas posteriores.

Los síntomas en individuos con bronquitis crónicas son la tos persistente con expectoración, sibilancia y disnea de ejercicio. Estos síntomas son insidiosos duran años. Los pacientes asisten al médico durante las exacerbaciones.

4.2.2.5. Neumonía y Bronco Neumonía.

Definición.

Es la infección focalizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominante alveolar. El compromiso localizado a un lóbulo se denomina clásicamente Neumonía lobar; cuando el proceso esta limitados a los alveolos contiguos a los bronquios o se observan focos múltiples, se denomina bronconeumonía .Par efectos prácticos el termino neumonía engloba ambos conceptos. (Gutiérrez Kumate 2001)

Epidemiología.

Como se ha mencionado previamente, las neumonías y bronco neumonías son causas frecuentes de morbilidad y desafortunadamente también de mortalidad especialmente en personas con factores de riesgos elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor de edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo y en

presencia del niño, contaminación intra y extra domiciliar etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos riesgo de neumonía bacteriana.

Manifestaciones Clínicas.

Su intensidad, severidad o gravedad, es muy variable. La tos, la fiebre, la polipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar sinología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o zonas comprometidas; el malestar general y el compromiso del malestar general varía según la severidad del cuadro clínico.

Enfoque según diagnóstico de severidad y según diagnóstico nosológicos como mencionamos previamente el programa de atención en IRA como estrategia mundial de las organizaciones de salud OPS, OMS y UNICEF (planteado en el contexto de la estrategia del AIEPI) tienen como objetivo fundamental disminuir la mortalidad buscando elementos que faciliten la atención en los diferentes niveles.

Para ello es clara la importancia de aplicar el enfoque según diagnóstico de severidad con los indicadores que muestran la mayor sensibilidad y especificidad pero que además sean sencillos de aplicar.

La clasificación para el manejo estándar de casos de IRA esta basada en signos claramente definidos que orientan ante dos decisiones de tratamiento: Prescribir o no antimicrobianos y tratar al niño en la casa o referirlo para su hospitalización.

Como la auscultación del tórax en condiciones ideales y por personal muy calificado, predice tan solo alrededor de la mitad, los casos de neumonía en niños se buscan otros signos que son mejores pronosticadores de acuerdo a estudios clínicos multicéntricos.

- Respiración rápida

- Tiraje
- Signos de Enfermedad muy grave

La respiración rápida o por, clínica, taquipnea es un indicador sensible y específico de la presencia de neumonía. Se considera que la frecuencia respiratoria está elevada cuando:

- ✓ La frecuencia respiratoria es **de 60 o más veces por minuto** en lactantes menores de 2 meses.
- ✓ La frecuencia respiratoria es más de 50 o más veces por minuto en los lactantes de 2-11 meses.
- ✓ La frecuencia respiratoria es de 40 o más veces por minuto en niños de 1-4 años.

El tiraje subcostal persistente en el niño mayor de 2 meses es el indicador clínico con mejor sensibilidad y especificidad para definir una neumonía que altere la distensibilidad pulmonar y requiere de oxígeno suplementario en el manejo básico implicando, salvo consideraciones especiales, manejo hospitalario.

Los indicadores de mayor sensibilidad para un cuadro de IRA con riesgo alto de muerte son: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía o bronconeumonía:

- Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, presencias de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber

líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses vomita todo.

- Neumonía grave: cuadro clínico de IRA más retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave y/o estridor en reposo.
- Neumonía: cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencias de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave.
- No neumonía: cuadro clínico de IRA sin ninguno de los indicadores para los otros niveles de severidad.

Es frecuente encontrar componente bronco-obstructivo en un niño con infección respiratoria aguda, dicha bronco obstrucción produce aumento de la frecuencia respiratoria y tiraje lo cual puede generar confusión con el diagnóstico de neumonía este componente debe evaluarse y tratarse para lograr adecuada interpretación a los indicadores de severidad especial consideración debe tenerse con los casos que presentan cuadros recurrente.

Una nueva evaluación después de un manejo adecuado en especial del componente bronco obstructivo debe llevar a una reclasificación del nivel de severidad para cada caso en particularidad.

4.2.2.6. Bronquiolitis.

Definición.

Cuadro de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamental a los menores de 2 años.

Epidemiología.

Se presenta principalmente en epidemias durante los meses de lluvia. La mayoría de los niños afectados tienen antecedentes de contactos con otros niños que sufrieron alguna infección respiratoria en la semana inmediata anterior. Tiene una alta contagiosidad, en especial se debe estar atento ante niños hospitalizados con otras patologías, expuestos a contagios con niños hospitalizados por bronquiolitis. Los adultos también son portadores frecuentes del virus que ocasionan bronquiolitis en los niños.

Manifestaciones Clínicas.

- Pródromos de infecciones respiratorias alta de 3 a 5 días, rinorrea, tos, pérdida de apetito, ocasionalmente fiebre.
- Sibilancias y/o roncos.
- Dificultad respiratorias en grado variables.
- Aumento de la fase espiratoria.
- En casos severo disminución de ruidos respiratorios.
- Hígado y bazo pueden palpase descendidos.

4.2.2.7. Consultas de seguimiento.

SI EL NIÑO TIENE.	VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO.
Neumonía	2 días.
Otitis media aguda.	3 días.
Otitis media crónica.	5 días.

4.3. Tratamiento de las Infecciones Respiratorias.

4.3.1. Generalidades.

A continuación se presenta cuadro de **TRATAMIENTO** para seleccionar el medicamento apropiado, determinar la dosis y el esquema correcto de administración.

Para determinar el antibiótico apropiado se debe considerar la administración a aquellos niños que tienen los siguientes cuadros clínicos:

- Neumonía Grave o una enfermedad muy grave.
- Neumonía.
- Mastoiditis.
- Otitis Media Aguda.
- Amigdalitis.

La estrategia AIEPI recomienda administrar el antibiótico de primera línea , los que de ben estar disponible en la unidad y que fueron seleccionados por que son eficaces y fáciles de administrar de no estar disponible es la única forma que justifica administrar antibiótico de segunda línea.

Algunos niños/as tienen más de una enfermedad que debe tratarse con antibiótico. Siempre que sea posible debe utilizarse un solo antibiótico eficaz para tratar la clasificación de las enfermedades del niño/a. (Ej. Tratar con un único antibiótico a un niño /a con Neumonía y Otitis media aguda.). Cuando se trate a un niño/a que tenga más de una enfermedad se puede tratar con un sólo antibiótico , no se debe duplicar la dosis ni administrar este por más tiempo.

A veces es necesario administrar más de un antibiótico para el tratamiento de las enfermedades. Ejemplo: Un niño que presenta Disentería y amigdalitis debe ser tratado con dos antibióticos que sea eficaz para cada enfermedad.

El cuadro de TRATAMIENTO indica el esquema de tratamiento y la dosis correcta de administración.

El esquema de tratamiento le dice por cuantos días y cuantas veces al día debe administrarse el medicamento.

Los antibióticos para neumonía y otitis media se dan por 5 días, para disentería se dan por 5 días. El número de veces al día que se debe administrar el antibiótico varía (2,3 o 4 veces)

Para determinar la dosis correcta del antibiótico:

Observar columna que contiene concentración de los comprimidos, jarabes o suspensión disponible en la unidad de Salud.

Seleccione en la fila de peso que corresponda al niño /a. El peso es mejor que la edad para elegir la dosis correcta. La dosis correcta se encuentra en la intersección de la columna y la fila. También puede calcular las dosis exactas según peso.

Dar acetaminofén para la fiebre alta (mayor 38.5 grado °C) o dolor de oído dolor de garganta.

La Estrategia (AIEPI) indica recomienda que si un niño tiene fiebre alta, debe administrársele una dosis de acetaminofén en la unidad de salud, si la fiebre es baja (menor 38,5 Grado °C) recomendarle a la madre que le dé más líquidos, no necesita darle acetaminofén, Si tiene dolor de oído o de garganta , entregarle a la madre un frasco de acetaminofén, orientarle que le de una dosis cada 6 horas hasta que haya desaparecido el dolor.

Tratamiento de Fiebre

Dar acetaminofén para fiebre alta (38.5 grado °C o más), en dolor de oído o de garganta.

Dar acetaminofén cada 6 horas hasta que pase la fiebre alta, en dolor de oído o garganta

Peso (Kg.)	Acetaminofén (15 mg /kg/dosis)	
	Gotas (5 mg /gota) 100mg/ml.	Jarabe (120 mg/5 ml.)
3 a 5.	8 gotas - 12 gotas.	1.5 ml – 2.5 ml.
6 a 9.	14 gotas - 22 gotas.	3 ml – .5 ml.
.10 a 14.	24 gotas - 34 gotas.	7.5 ml – 8 ml.
15 a 19.	36 gotas - 46 gotas.	7.5 ml – 11 ml.
20 a 29.	48 gotas - 70 gotas.	10 ml – 15 ml.

4.3.2. Tratamiento de la Otitis según programa IRA.

Signos.	Clasificar como,	Tratamiento.
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.	MASTODITIS	Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. Dar la primera dosis de Acetominofén. Referir urgentemente al hospital.
Fiebre Dolor de Oído Supuración visible de oído o información de que esta comenzó hace menos de 14 días.	OTITIS MEDIA AGUDA.	Dar un antibiótico vía oral por 7 días. Acetominofén Secar oído con mecha si hay supuración. Hacer seguimiento 3 días después
Supuración visible de oído o información de que esta comenzó hace 14 días.	OTITIS MEDIA CRONICA.	Aplicar gotas ótica de Ciprofloxacina, Secar oído con mecha Hacer Seguimiento 5 días después.
No tiene dolor de oído y no ha observado supuración	No tiene Infección en el Oído.	Ningún tratamiento adicional

Debe **seleccionarse el antibiótico más apropiado** para la enfermedad del niño. Si el niño puede beber se le debe administrar un antibiótico Oral.

DAR UN ANTIBIOTICO ORAL APROPIADO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS.

OTITIS MEDIA AGUDA Amoxicilina a 80 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días.

ANTIBIOTICO RECOMENDADO POR AIEPI PARA LA OTITIS MEDIA.

PESO (Kg)		Amoxicilina Susp. (250 mg/5 ml) Dar cada 12 horas (Otitis Media Aguda)	
3 a 5		4 ml.	
6 a 9		6 ml.	
10 a 14		10 ml.	
15 a 19		14 ml.	
20 a 29		20 ml	

Nota: En Mastoiditis o una enfermedad muy grave , aplicar primera dosis de Penicilina Procaínica y referir URGENTEMENTE, Si el niño es alérgico a penicilinas , utilizar Eritromicina (Suspensión 250 mg/5)

Para la otitis crónica aplicar Ciprofloxacina (gotas), 2 gotas en cada oído 12 horas por 7 días.

(19)Ministerio de salud "Curso Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI),
Managua: MINSA/ OPS/ OMS/ AIS. Reimpresión, Tercera edición 2008

4.3.3. Tratamiento de los problemas de garganta según programa IRA.

SIGNOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p>Ganglios linfáticos del cuello crecido y doloroso.</p> <p>Exudado blanco en la garganta.</p>	AMIGDALITIS.	<p>Dar una dosis de penicilina Benzatínica.</p> <p>Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero</p> <p>Dar en la unidad de salud la primera dosis de acetaminofén.</p>
<p>Garganta enrojecida.</p> <p>Dolor de garganta</p> <p>Exudado blanco sin ganglios crecidos o dolorosos en el cuello</p>	<p>FARINGITIS</p> <p>VIRAL</p>	<p>Aliviar el dolor de garganta con remedios caseros</p> <p>Indicaciones sobre cuidados en el hogar.</p> <p>Dar en la unidad de salud la primera dosis de acetaminofén.</p> <p>Orientar a la madre los signos de peligro para su regreso inmediato.</p>
<p>No tiene dolor de garganta ni esta enrojecida, ni tienen exudado blanco, ni ganglios crecidos o dolorosos.</p>	<p>NO TIENE</p> <p>FARINGITIS</p>	<p>Indicaciones sobre cuidados en el hogar.</p> <p>Investigar problemas dentales y nutricionales.</p>

**ADMINISTRAR UN ANTIBIOTICO PARA LA AMIGDALITIS.(Dosis: 50.000 UI /
K/dosis)**

Dar una dosis única intramuscular de Penicilina Benzatínica.

EDAD	DOSIS
2 A 4 años.	600.000 UI (3 ml)

Diluir el frasco de 600,000 ui en 2.5 ml de agua estéril, para un volumen de 3 ml.

Diluir el frasco de 1200,000 ui en 5 ml de agua estéril, para un volumen de 6 ml.

4.3.4. Tratamiento de la tos o dificultad para respirar.

SIGNOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Cualquier signo de peligro, O Tiraje subcostal, O Estridor en reposo.	NEOMONIA GRAVE O MUY GRAVE.	Dar la primera dosis de antibiótico apropiado. Tratar la sibilancia, si tiene. Referir URGENTEMENTE al hospital.
Respiración rápida.	NEOMONIA	Dar un antibiótico apropiado durante 5 días. Tratar la sibilancia, si tiene Orientar a la madre los signos de peligro para buscar atención. Hacer seguimiento dos días después.
Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave.	NO TIENE NEUMONIA: TOS O RESFRIADO.	Si hace más de 14 días que tiene Tos, estúdielo o refiéralo para evaluación, según normas de control de la TB. Mitigar la tos con remedios casero. Tratar la sibilancia, si tiene. Orientar a la madre los signos de peligro para su regreso inmediato. Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento en 5 días. Si es menor de 6 meses LME Si es mayor de 6 meses complementaria al menos hasta los 2 años de edad. No dar antibiótico.

ANTIBIOTICO RECOMENDADO POR AIEPI PARA LAS NEUMONIAS			
PESO (Kg)	Amoxicilina Susp. (250 mg/5 ml) Dar cada 12 horas por 5 días. (Neumonía)		Penicilina Procaínica a 50,000 UI /Kg por 5 días. (800.000 UI) Añadir 3.5 ml agua estéril al frasco para tener soluc 200.000 UI/1ml
3 a 5	2.5 ml.		1 ml.
6 a 9	5 ml.		2ml.
10 a 14	7.5 ml.		3 ml.
15 a 19	10 ml.		5 ml.
20 a 29	15 ml		6 ml

Nota: En Neumonía Grave o una enfermedad muy grave, aplicar primera dosis de Penicilina Procaínica y referir URGENTEMENTE, Si el niño es alérgico a penicilinas , utilizar Eritromicina (Suspensión 250 mg/5)

4.3.5. Tratamiento recomendado para tratar la sibilancia.

En el uso de BRONCODILATADORES DE ACCION RAPIDA. Para tratar la sibilancia es lo más recomendable .En este caso, usted debe.

- Explicar a la madre la razón por la cual administra el medicamento.
- Determinar la dosis para el peso del niño o niña (o para su edad)

TRATAMIENTOS A ADMINISTRAR SOLO EN UNIDADES DE SALUD

BRONCODILATADOR DE ACCCION RAPIDA.

Salbutamol Aerosol de dosis medida (0.5 mg)		2 puff en espaciador de volumen de bajo costo o improvisado repetir a los 30 minutos.
Salbutamol nebulizado (5 mg /ml). Nota: después de cada nebulización evalúe sibilancia.		Salbutamol 0.01 mg 0 0.02 ml/kg dosis mas 3-5 ml solu salina c/ 20 minutos X 3 dosis. La dosis de salbutamol no debe exceder de 0.5 ml. Garantizar que cada mascarilla este previamente esterilizada para cada niño/a que la va a utilizar.
Epinefrina Subcutánea. (Adrenalina) (1:1000 = 0.1 %)		0.01 cc x kg de peso.

TRATAMIENTO CON SALBUTAMOL ORAL.

Salbutamol 0.4 mg /kg/día, dividido en cuatro dosis c/ 6 horas x 5 días.

PESO (Kg)	Salbutamol oral (Jarabe 2 mg/5 ml Dosis en ml.)
3 a 5	1ml.
6 a 9	2 ml.
10 a 14	3 ml.
15 a 19	4 ml.
20 a 29	5 ml.

Prednisona 1 mg /kg/día, dar una dosis por día durante 5 días	
A partir de la segunda dosis, administrar a las 7 am o 4 pm.	
PESO (Kg)	Prednisona (Tab 5 mg) Diluir en agua azucarada o administrar con miel.)
3 a 5	1 Tableta.
6 a 9	1 y media Tableta.
10 a 14	2 Tabletetas.
15 a 19	3 y media Tableta.
20 a 29	5 Tabletetas.

4.4. Orientaciones a la madre a tratar las infecciones localizadas en casa.

4.4.1 Preparación de la madre para administración de tratamiento en casa.)

Cuando se le enseñe a la madre deberá:

- Explicar a la madre en qué consiste el tratamiento y por que debe administrarse.
- Describir etapas del tratamiento.
- Observar a la madre mientras el primer tratamiento en la unidad de salud (excepto los remedios para la tos y el dolor de la garganta.)
- Indicar a la madre cuantas veces debe administrar el tratamiento en casa.
- Antes que la madre se vaya de la unidad de Salud, cerciorarse que haya comprendido todos los procedimientos precedentes.

Algunos tratamientos para las infecciones localizadas causan malestar. Los niños /as suelen resistirse a que les traten los oídos o la boca, así se evitará que

interfiera con el tratamiento. Por lo tanto, es importante sostener al niño para que se esté quieto.

4.4.2. En relación a técnica para limpiar las fosas nasales.

Es importante mantener las fosas nasales permeables, lo cual se logra realizando lavado con solución salina o mezcla preparada en casa (a cuatro onzas de agua hervida agregue media cucharadita de sal) apliquen un gotero de esta solución en cada fosa nasal, cada tres o cuatro horas o a necesidad. No usar vasoconstrictores tópicos o nasales.

4.4.3. Cuidados de los oídos.

Para enseñarle a una madre a secar el oído con una mecha, primero dígame que es importante mantener seco el oído infectado de su niño para que se sane. Luego muéstrole como secar el oído con la mecha.

- Secar el oído con una mecha.
- Indicar a la madre el lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Secar el oído por lo menos tres veces por día:
- Retorcer un paño absorbente o un trozo de papel resistente, formando una mecha.
- Colocar la mecha en el oído del niño/a.
- Retirar la mecha cuando este empapada.
- Con una mecha limpia, repetir el procedimiento hasta que el oído este seco.
- No le debe dejar la mecha en el oído.
- No permitir que le entre agua al oído.
- No aplicar ningún tipo de solución o remedio, tampoco use aplicador con algodón en la punta.

Observe a la madre mientras práctica. Haga comentarios sobre como lo está haciendo. Cuando termine, dele la información siguiente.

- Limpie el oído con la mecha tres veces al día.
- Use este tratamiento por los días que sea necesario hasta que la mecha ya no se humedezca al meterla en el oído y que el oído no supure.
- No meta nada en el oído (aceite, líquido ni otra sustancia) en el periodo entre los tratamientos con la mecha. No lo deje nadar para que no le entre agua al oído.

Haga preguntas de verificación, tales como:

¿Qué materiales va a usar para hacer la mecha en su casa?

¿Cuántas veces al día va a secar el oído con la mecha?

¿Qué más le va introducir a su hijo/a en el oído?

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

Para suavizar la garganta o calmar la tos, use un remedio casero inocuo.

El cuadro TRATAMIENTO recomienda remedios caseros.

Remedios caseros que se recomiendan

- Leche materna si el niño/a es menor de 6 meses.
- Otros remedios como agua con miel, Te de zacate de limón, canela, manzanilla, eucalipto, orégano, al niño de 6 meses o más.

Remedios nocivos cuyo uso no se recomienda:

- Antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y mucolíticos.

Es posible que en su zona se usen algunos remedios perjudiciales. Nunca use remedios que contengan ingredientes dañinos, tales como la atropina, codeína o derivados de la codeína o alcohol, o purgantes.

Estos ingredientes pueden interferir con su alimentación, también pueden interferir con la capacidad de expectorar las secreciones de los pulmones al toser. No debe usarse gotas nasales medicadas (es decir, gotas para la nariz que contiene cualquier otro ingrediente que no sea sal).

4.4.5. Aconsejar a la madre que le dé más líquidos durante la enfermedad.

El niño con IRA, pierde más líquidos de lo normal, especialmente si tiene fiebre, por tanto se debe ofrecer líquidos adicionales.

- Darle pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.
- Darle más líquidos, por ejemplo: agua de arroz, agua de coco, atoles sin azúcar o agua limpia.

4.4.6. Indicaciones a la madre cuando debe volver a la unidad de Salud.

A toda madre que lleva a su hijo /a, a la casa se le debe indicar cuándo debe volver.

- Para una consulta de seguimiento en un determinado número de días (por ejemplo, cuando se necesita determinar la mejoría alcanzada por un antibiótico, si ha mejorado el peso, etc.)
- INMEDIATAMENTE, si aparecen signos que la enfermedad empeora.
- Para la próxima consulta del niño /a (la próxima consulta según las normas establecidas para atención integral).

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO.

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si el niño presenta cualquiera de los signos siguiente.	
Cualquier niño o niña enferma que :	Está anormalmente somnoliento. Que dejo de comer o beber. Empeora. Tiene Fiebre.
Si el niño NO TIENE NEUMONIA, TOS NI RESFRIADO, regresar si tiene	Respiración Rápida. Dificultad para respirar. Empeora.

Definición Operacional de las Variables.

Variable	Definición Operacional
Problemas de: Oído según Norma AIEPI	Proceso infeccioso que afecta; nariz, oído.
Problemas de Garganta según Norma AIEPI	Proceso infeccioso que afecta; garganta faríngea, epiglotis, laringe, tráquea.
Problemas Tos o Dificultad para respirar según normas AIEPI.	Proceso infeccioso que afecta; bronquios, bronquiolos o pulmones.
Diagnóstico según AIEPI	Enfermedades respiratorias según clasificación AIEPI
Signos y síntomas	Hallazgos clínicos registrados en el expediente por el medico
Tratamiento:	Esquema de Medicamento (Antibiótico, antipirético, bronco dilatadores) dosis , vías, días de duración según para tratar los síntomas de la enfermedad según lo orientado por la norma AIEPI.
Indicación acetaminofén.	Administrar en igual o mayor 38 de temperatura

Variable	Definición Operacional
Alimentación y líquidos	<p>Promover lactancia Materna en menores de 6 meses.</p> <p>De 6 meses o mas Abundantes líquidos ablandadores de garganta y que mitiga dolor.</p>
Cuidados de Oído	Recomendaciones en la limpieza adecuada de los oídos.
Cuidados de la Nariz	Técnica de la limpieza e higiene de las fosas nasales.
Signos de peligros	Ante la presencia de signos de peligro debe (Respiración rápida, dificultad a respirar o empeora) acudir a la unidad de salud más cercana.
Frecuencia de IRA	Números de episodios de de Infecciones respiratorias que el niño presento en el periodo de estudio.
Seguimiento	Es la fecha o días que se le orienta posterior a la consulta que regrese con el niño al puesto de salud para valoración médica.
Referencia	Cuando se envía a otro nivel de resolución según grado de gravedad de la enfermedad.

MATRIZ QUE SE UTILIZÓ PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Clasificación por problema AIEPE.	Diagnóstico por grupo de problemas AIEPI	Diagnósticos encontrados en Expediente.	Evaluación
Tos o Problema para respirar	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía Grave, • Neumonía. • No Neumonía Tos o Resfriado (Catarro Común. 		Dentro de Normas Fuera de Normas
Problemas de Oído	<ul style="list-style-type: none"> • Mastoiditis. • Otitis Media Aguda. • Otitis Media Crónica. • No tiene Infección del Oído. 		Dentro de Normas Fuera de Normas
Problemas de Gargantas.	<ul style="list-style-type: none"> • Amigdalitis. • Faringitis Viral. • No tiene Faringitis. 		Dentro de Normas Fuera de Normas

Diagnóstico por grupo de problemas de Tos o dificultad para respirar.	Signos y Síntomas según norma AIEPI.	Signos y síntomas encontrados en Expediente.	Criterio de evaluación.
Neumonía Grave.	Cualquier signo de peligro, Tiraje subcostal, o Estridor en reposo.		Dos signos
Neumonía.	Respiración rápida.		Un signo
Ningún signo de Neumonía tos o resfriado(Catarro Común)	Fiebre Tos Rinorrea.		Dos Signos

Diagnóstico por grupo de problemas de oído	Signos y Síntomas según norma AIEPI.	Signos y síntomas encontrado en Expediente	Criterio de evaluación
Mastoiditis.	Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja		Un signo
Otitis Media Aguda	Fiebre Dolor de Oído Supuración visible de oído o información de que esta comenzó hace menos de 14 días..		Dos signos
Otitis Media Crónica.	Supuración visible de oído o información de que esta comenzó hace 14 días		Dos signos
Amigdalitis.	Ganglios linfáticos del cuello crecido y doloroso. Exudado blanco en la garganta.		Dos signos o síntomas
Faringitis Viral.	Garganta enrojecida. Dolor de garganta Exudado blanco sin ganglios crecidos o dolorosos en el cuello		Dos signos o síntomas

Diagnóstico	Esquema de tratamiento según norma	Signos y síntomas Encontrados en Expediente.	Criterio de evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Mastoiditis. 	Primera dosis de un antibiótico apropiado. Primera dosis de Acetaminofén.		Completo el esquema.
Otitis Media Aguda	Amoxicilina a 80 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días.		Completo el esquema.
Otitis Media Crónica.	Aplicar gotas ótica de Ciprofloxacina,		Completo el esquema.
Amigdalitis.	Penicilina Benzatínica. Dosis única 50.000 UI / K/dosis)		Completo el esquema.
Faringitis Viral.	Dar en la unidad de salud la primera dosis de acetaminofén Tratar la sibilancia, si tiene.		Completo el esquema.
Neumonía Grave	Penicilina Procaínica a 50,000 UI /Kg por 5 días. (800.000 UI) Si el niño es alérgico a penicilinas , utilizar Eritromicina (Suspensión 250 mg/5) Tratar la sibilancia, si tiene.		Completo el esquema.

Diagnóstico por	Esquema de tratamiento según norma	Esquema de Tratamiento encontrados en Expediente	Criterio de evaluación
Neumonía.	Amoxicilina Susp. (250 mg/5 ml) Dar cada 12 horas por 5 días. (Neumonía) Tratar la sibilancia, si tiene		Completo el esquema.
Catarro Común	No dar antibiótico. Tratar la sibilancia, si tiene		Completo el esquema.

Diagnóstico	Cita Referencia según norma	Cita Referencia en expediente	Criterio de evaluación
Mastoiditis	Referir urgentemente al hospital.		Cumplimiento con la norma AIEPI.
Otitis Media Aguda.	Hacer seguimiento 3 días después		Cumplimiento con la norma AIEPI.
Otitis Media Crónica.	Hacer Seguimiento 5 días después.		Cumplimiento con la norma AIEPI.
Neumonía Grave o muy grave.	Referir URGENTEMENTE al hospital.		Cumplimiento con la norma AIEPI.
Neumonía.	Hacer seguimiento dos días después.		Cumplimiento con la norma AIEPI.
No tiene Neumonía, Tos o dificultad para respirar.	Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento en 5 días.		Cumplimiento con la norma AIEPI.

Diagnóstico	Recomendaciones según norma	Recomendaciones prescritas en expediente.	Criterio de evaluación
Neumonía.	Orientar a la madre los signos de peligro para buscar atención.		De acuerdo a la norma AIEPI
No tiene Neumonía: Tos o Resfriado.	<p>Mitigar la tos con remedios casero.</p> <p>Orientar a la madre los signos de peligro para su regreso inmediato. Si es menor de 6 meses LME</p> <p>Si es mayor de 6 meses complementaria al menos hasta los 2 años de edad.</p>		De acuerdo a la norma AIEPI

Diagnóstico	Recomendaciones según norma	Recomendaciones prescritas en expediente.	Criterio de evaluación
Mastoiditis.	Indicación de Acetominofén.		De acuerdo a la norma AIEPI.
Otitis Media Aguda	Indicación de Acetominofén Secar oído con mecha si hay supuración.		De acuerdo a la norma AIEPI
Otitis Media Crónico.	Secar oído con mecha		De acuerdo a la norma AIEPI
Amigdalitis.	Aliviar el dolor de garganta con un remedio casero Indicación de acetominofén.		De acuerdo a la norma AIEPI
Faringitis. Viral.	Aliviar el dolor de garganta con remedios caseros Indicaciones sobre cuidados en el hogar. Indicación de acetominofén.		De acuerdo a la norma AIEPI

V HIPOTESIS

En el puesto de salud el Manchón, no se aplica adecuadamente las normas de atención de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).en el manejo de las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años atendido en el puesto de salud el Manchón Nandaime.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. Área de estudio: El estudio se realizó en el Puesto de Salud de la comunidad 'El Manchón' del municipio de Nandaime, Unidad de salud administrada por la Fundación Childrens Wellnes Fund (CWF) quien tiene un convenio de colaboración con el SILAIS Granada, y que cuenta con una plantilla de un médico general y una auxiliar de enfermería.

6.2. Unidad de estudio: Niño menor de 5 años que reside en la comunidad El Manchón con diagnóstico de IRA.

6.3. Unidad de Análisis: Niño menor de 5 años que reside en la comunidad El Manchón y que presenta IRA en el I Semestre 2012 y que acude al puesto de salud de la comunidad.

6.4. Población de estudio: Total de niños menores de 5 años que residen en la comunidad 'El Manchón' del municipio de Nandaime del SILAIS Granada que acuden al puesto de salud de esa comunidad y que fueron diagnosticados con IRA.

6.5. Tipo de Estudio: Es un estudio descriptivo, evaluativo, de corte transversal.

6.6. Fuente : **Secundaria.** Expedientes clínicos.

6.7 Criterios de inclusión

Niño con expediente con información útil.

6.8. Técnica e Instrumento de recolección de dato.

Revisión documental usando como instrumento una ficha de revisión de expedientes clínicos.

Validación del Instrumento: El instrumento fue validado por el equipo encuestador, siendo aplicado en prueba piloto posterior a la cual se le incorporan mejoras para su adecuado uso.

6.9. Variables.

Objetivo No 1: Problema de oído, Problemas de garganta según norma según normas AIEPI, Problemas de Tos o dificultad para respirar según AIEPI, diagnóstico AIEPI.

Objetivo No. 2: Diagnóstico AIEPI, Signos y Síntomas.

Objetivo No.3: Tratamiento.

Objetivo No.4: Indicación de Acetaminofén, Alimentación y líquidos., Cuidados del oído, Cuidado de la nariz, Signos de Peligro.

Objetivo No.5: Frecuencia de IRA, Seguimiento, Referencia.

VII. RESULTADOS.

Respecto al **objetivo 1** Identificar si la clasificación de los problemas respiratorias se realizo de acuerdo a las normas AIEPI.

Se estudiaron un total de 45 niños menores de 5 años que durante el período del estudio presentaron IRA. Del total de los casos 31 fueron diagnosticados según la clasificación contenida en las normas AIEPI. Los restantes 14 fueron diagnosticados sin atender la clasificación diagnóstica de la norma. (Ver Anexo Tabla No I)

El único diagnóstico de los problemas de oído fue Otitis media Crónica (OMC) que esta entre la clasificación de la Norma AIEPI. De los 12 problemas de garganta: 5 fueron Amigdalitis y 6 fueron clasificados fuera de la norma. De los 32 problemas de Tos y dificultad para respirar 2 son neumonía graves, 3 son neumonías, 19 catarro común y ocho diagnósticos están fuera de las normas.

En lo referente al **Objetivo N° 2** que se refiere a: Relacionar si el diagnóstico está de acuerdo con los signos y síntomas según normas se encontró lo siguiente:

Del total de expedientes analizados, 24 niños con diagnóstico inadecuado o sea más de la mitad del total de la población de estudio. (Ver Anexo Tabla No.2)

La Otitis Media Crónica fue diagnosticada de forma adecuada según signos y síntomas recomendados por norma AIEPI.

De los 12 problemas de garganta: 5 diagnósticos fueron Amigdalitis y sólo 1 caso su diagnóstico fue adecuado según normas AIEPI, 1 problema de Faringitis con diagnóstico inadecuado. Los 6 diagnósticos fuera de norma, tres fueron diagnóstico adecuado y tres fueron diagnóstico inadecuado.

En relación a los 32 Problemas de tos o dificultad para respirar, de las 2 Neumonía graves, una fue diagnóstico adecuado y 1 inadecuado, de las 3 Neumonía 1 adecuada y 2 inadecuada. De los 19 catarros comunes, 12 tuvieron diagnóstico adecuado y 7 fueron diagnóstico inadecuado.

Con respecto al **Objetivo N° 3** que se refiere a: Valorar si el tratamiento prescrito se relaciona con lo recomendado en la norma para tratar las infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años del Manchón se obtuvo los siguientes resultados descritos a continuación.

Del total de los pacientes, se encontró que 40 niños tienen un tratamiento inadecuado. (Ver Anexo Tabla No.3)

Los 12 problemas Garganta, se desglosaron los diagnósticos en: 5 amigdalitis que tuvieron tratamiento inadecuado y el único caso de faringitis se le prescribió tratamiento inadecuado.

En los 6 diagnósticos fuera de normas que se presentaron, todos fueron tratados inadecuadamente.

En relación de los problemas de tos o dificultad para respirar, los dos diagnósticos neumonías graves tuvieron tratamiento Inadecuado, de los 3 diagnósticos de Neumonías, todos tuvieron tratamiento Inadecuado, de los 19 Catarro Común, a 4 niños el tratamiento prescrito fue adecuado y 15 no fue adecuado.

Según el **objetivo N° 4** referente a conocer las orientaciones brindadas a las madres en relación al cuidado de los niños con problemas respiratorios tenemos los resultados descrito a continuación. (Ver Anexo Tabla No.4)

El caso de otitis media crónica se realizó recomendaciones sobre síntomas de peligro, alimentación y líquidos, pero no hubo indicación de acetaminofén y cuidados del oído.

En el caso de las orientaciones sobre signos y síntomas de peligro en los 32 problemas tos o dificultad para respirar, en 20 expediente no se prescribió esta orientación, de ellos (1 Neumonía grave, 3 Neumonía, 9 catarro común y 7 fuera de norma), 12 si recibieron la orientación (1 Neumonía grave, 10 catarro común y una fuera de norma).

De la orientación sobre alimentación y líquidos en los problemas de garganta que fueron 12, encontramos que la mayoría no recibió este tipo de orientación, un total de 11 distribuidos (5 amigdalitis, 1 faringitis y 5 fuera de normas).

De los 32 Problemas de tos y dificultad para respirar, 24 no recibieron la orientación sobre alimentación y abundantes líquidos, de ellos (2 Neumonía

grave, 2 Neumonía, 14 catarro común y 6 fuera de norma), 8 casos si la recibieron (1 Neumonía, 5 catarro común y 2 fuera de norma).

En el caso de los 12 problemas de garganta, en los diagnósticos de 5 amigdalitis y 1 faringitis no se prescribió en el expediente la indicación de Acetaminofén. De igual manera en los 6 diagnósticos de fuera de norma no se prescribió en el expediente la indicación de Acetaminofén.

En los 32 casos de tos o dificultad para respirar un sólo caso dentro de los catarro común, se le indico acetaminofén.

De los 32 problemas de tos o dificultad para respirar sólo un caso de catarro común recibió consejería cuidados de la nariz.

Con relación al **objetivo No 5**, caracterizar el seguimiento de las Infecciones respiratoria según la gravedad de de la enfermedad.

Los niños que presentaron un episodio de IRA fueron 27 y se distribuyeron en 1 problema de oído, 3 problemas de garganta, 23 problemas de tos o dificultad para respirar.

De los 17 niños que presentaron de dos a tres episodios, 8 presentaron problemas de garganta, 9 problemas de tos o dificultad para respirar(Ver Anexo Tabla No 6,)

Las enfermedades que se les prescribió en el expediente cita según lo que recomienda la norma AIEPI fueron: 1 otitis media crónica,1 de los 3 diagnósticos de neumonía. La orientación de los 19 diagnósticos catarro común era de que persistir durante 5 días los signos y síntomas de la enfermedad debería regresar a la unidad de salud, esta se prescribió en cuatro expedientes diagnosticados con catarros comunes. (Ver Anexo Tabla N^o 6.)

Con relación a las dos Neumonías graves ambas fueron citas inadecuadas y no se realizó referencia al segundo nivel (Ver Anexo Tabla N^o 7)

VIII. DISCUSIÓN.

En el presente reporte de investigación encontramos que la clasificación diagnóstica de las Infecciones respiratoria que realizan los médicos en el Manchón no se hace en su totalidad de acuerdo a los tres grupos de problemas que sugiere la Norma.

Los diagnósticos que no se realizan de acuerdo a la clasificación por problemas que indica las norma AIEPI (Problemas Oído, problemas Tos o dificultad para respirar y problemas garganta), representa un porcentaje bajo pero estos lo lleva a una identificación inadecuada del diagnóstico no permitiendo una efectiva solución al cuadro clínico.

En general se observó que un poco más de la mitad de los expedientes carecían de los datos en la historia de la enfermedad y en el examen físico que (evaluación) evidenciaran los síntomas y signos básicos (clasificación) que se determinaron en el estudio y de acuerdo a la norma para que se consideraran adecuados en relación al diagnóstico.

En el caso de las cuatro amigdalitis estas carecían de examen físico oro faríngeo adecuado ya que no se encontró evidencia en el expediente que clínicamente justificara el diagnóstico.

En este mismo grupo de problema de tos, 8 diagnósticos eran fuera de norma (Bronquitis Aguda, Hiperactividad Bronquial, Neumonía Grave + Hiperactividad Bronquial) debido a que en estos sólo se ponían signo tos y o fiebre careciendo de otros hallazgos que tuviera relación clara con estos diagnósticos.

En las neumonías se encontró en los expedientes de los que se definieron como diagnóstico inadecuada en relación a los signos y no estaba prescrito frecuencia respiratoria, observación de tirajes subcostales, auscultación de estridor en reposo lo que es básico para poder clasificar y asignar un diagnóstico relacionado con los signos y síntomas recomendados por la norma.

En relación al tratamiento de las enfermedades Respiratorias Agudas una gran parte de estas no se les indico un tratamiento adecuado

Preocupa el hecho de la mayoría de las infecciones respiratorias se están manejando sin justificar el uso de antibióticos no recomendado por las normas AIEPI ,hay entidades de tipo viral en su mayoría que se les indico antibiótico y se prescriben muchos medicamentos que las normas AIEPI no las considera. M. Dávila; J. Toledo, (21) en los resultados de la encuesta en establecimientos de salud sobre el manejo de casos de IRA efectuada en Perú en el año 19952 OBJ encontró que, el uso inadecuado de antibióticos podría estar influenciado por la presencia del observador; finalmente, la cobertura de capacitación, el abastecimiento de medicamentos de insumos y la capacidad del establecimiento para ofrecer la Calidad del Tratamiento Estandarizado de casos TEC alcanzaron cifras aceptables

El total de las neumonías fueron tratadas por antibiótico como la Azitromicina no recomendado por las normas AIEPI. En la *publicación del artículo sobre El uso de antibióticos para prevenir la mortalidad Infantil de (2) Beniguigui Yehuda* destaco que con gran frecuencia los antibióticos se utilizan en forma innecesaria e inadecuada, lo que conlleva, entre otros problemas, el incremento de la resistencia bacteriana a los mismos. La resistencia bacteriana ha llevada a modificar los criterios de tratamiento y ha generado la necesidad de invertir constantemente en conocimientos y tecnología para crear nuevos fármacos para vencerla.

En el caso de los problemas de garganta la mayoría de las indicaciones fueron antibióticos que no fueron justificadas su prescripción y que no son recomendadas por la norma, los antihistamínicos y los antitusivos no eran necesarios de acuerdo al cuadro clínico.Un diagnóstico de Faringitis por prescribísele antibiótico se considera tratamiento inadecuado ya que la mayoría de los problemas de faringitis son de origen viral. Indico antibiótico.

En los problemas de tos o dificultad para respirar, podemos decir que tres antibióticos del total no son recomendados por la norma y al prescribirlos no aparece justificado en el expediente (azitromicina, eritromicina, ceftriazona). Podemos observar que 7 medicamentos fueron amoxicilina de lo cual 1 de ellos no estaba en la dosis adecuada y los otros no son indicaciones para tratar estas patologías según norma AIEPI. Los medicamentos broncodilatadores (Prednisona y salbutamol) se aplicaron con dosis inadecuada lo que no permiten tener la efectividad adecuada en estos cuadros clínicos.

La orientación sobre signos y síntomas de peligro es de vital importancia para que los padres/madres o cabezas de familias de los menores de 5 años contribuyan a evitar las complicaciones. La deficiencia de esta orientación no contribuye a crear en la población hábitos en saludable M Dávila J Toledo (21) en los resultados de la encuesta en establecimientos de salud sobre el manejo de casos de IRA efectuada en Perú en el año 19952 OBJ Determinar la calidad del tratamiento de casos con Infección Respiratoria Aguda (IRA), en particular en aquellos con tos y/o dificultad para respirar se encontró que había deficiencias en las recomendaciones,

La recomendaciones de alimentación y líquidos son de vital importancia para lograr una mejor recuperación; sin embargo no se está prescribiendo en el expediente por parte del personal de salud el Mancho ya que más del 50 % de cada grupo de Problema No se les oriento la consejería de alimentación y líquidos incumpléndose con la norma AIEPI.

En el caso de los 12 problemas de garganta al total no se orientó un adecuado manejo de las fiebres, lo que puede ocasionar complicaciones con alteraciones al sistema nervioso que pueden ser provocadas por convulsiones febriles.

La indicación dirigida a los padres acerca de la aplicación del antipirético cuando el niño presenta temperaturas de 38 o más grado centígrado pretende promover el uso razonado de acetaminofén y evitar las complicaciones por un uso excesivo de este. Los resultados del estudio nos indica que no se está

haciendo énfasis en esta práctica adecuada por parte del personal de salud del puesto de salud.

De los problemas de tos o dificultad a respirar sólo un caso de catarro común recibió consejería cuidados de la nariz. Lo que demuestra que el personal de salud no promueve este cuidado en los menores de 5 años con IRAs, disminuyendo su calidad de vida con relación a su higiene lo que podría prolongar el cuadro clínico volviéndose susceptible a otras infecciones.

La frecuencia de episodios de IRA en la mayoría fue de una vez durante el periodo que está relacionado con el comportamiento habitual.

Las citas de seguimiento y la prescripción de que a los 5 días los signos y síntomas de los catarros común persistían deberían de regresar a la unidad de salud se cumplió poco.

Por la gran incidencia que las neumonías graves tienen en la mortalidad infantil preocupa el incumplimiento de la norma en relación al seguimiento de esta entidad patológica ya que no hay evidencia escrita en el expediente si el niño fue referido al segundo nivel de atención, además no se realizó cita de seguimiento ni referencia según lo recomendado por la norma AIEPI, por lo que el personal de salud de dicha unidad desconoció la evolución de estos pacientes Fonseca Walter, Kirkwood Betty R.(9) en el estudio Factores de riesgo para la neumonía en niños menores de dos años en Fortaleza ,Brasil, refiere que el riesgo se triplica, y más, cuando un niño ha sido hospitalizado con anterioridad tanto por neumonía como por sibilancia, y aumenta en más de 4 veces para los niños que han sufrido 3 episodios o más de sibilancia, independientemente de que éstos requirieran hospitalización o no

IX.CONCLUSIONES

1. La mayoría de los diagnósticos se realizan de acuerdo a la clasificación por problemas que indica las norma AIEPI (Problemas Oído, problemas Tos o dificultad para respirar y problemas garganta)
2. La mayor parte de los expedientes carecían de los signos y síntomas necesarios para establecer una relación adecuada que sustentara los diagnósticos.
3. La mayoría de los diagnósticos se abordaron con tratamientos que no son recomendados en la norma como los (antibióticos, antigripales, antitusivos y antihistamínicos),
4. Las recomendaciones por parte del personal de salud del puesto, no se realizaron con el suficiente énfasis que contribuyan a fomentar en las madres o tutores de los niños/as hábitos de cuidado y prevención de las complicaciones.
5. Las citas y referencias que deberían de realizarse de acuerdo a la gravedad fueron insuficientes.
6. La hipótesis del estudio se confirma, porque no se está aplicando adecuadamente la norma de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el manejo de las infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años.

X. RECOMENDACIONES

Para el nivel SILAIS Granada.

1. Orientar directrices a las unidades de salud de atención primaria la Monitoria de la aplicación de las indicaciones que el curso teórico práctico de las normas AIEPI dicta en relación al manejo de las Infecciones respiratoria por parte del Personal de Salud.
2. Garantizar el estricto cumplimiento de las Normas de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes (AIEPI) en las unidades de salud que están fuera o dentro de los Convenios de colaboración MINSA- CWF.

Para el nivel Gerencia Salud CWF

1. Realizar diagnóstico de los conocimientos sobre manejo de las IRA según norma AIEPI que tiene el personal de Salud de las unidades CWF.
2. Gestionar con e nivel SILAIS Granada al reforzamiento al personal de salud CWF de los conocimientos teórico practico del manejo de las Infecciones respiratoria AIEPI.
3. Brindar seguimientos al personal de salud a la aplicación de la norma en expedientes casos IRA y analizar los resultados con el personal de salud del puesto.

Para la unidad de Salud Manchón.

1. Aplicación de la norma AIEPI del manejo de las Infecciones respiratorias.
2. Reforzar en las charlas educativas a la población con temas de cuidados de los menores de 5 años con IRAs en los hogares.

3. Dar seguimiento a la prescripción de medicamentos como expectorantes antitusivo, antihistamínico y antibióticos.
4. Reforzar en los promotores de salud los conocimientos sobre el cuidado de los menores de 5 años que presentan IRA.
5. Fortalecer el seguimiento y contra referencia comunitaria de los casos de IRA en menores de 5 año por parte de líderes y promotores de Salud.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Acute Respiratory infections: the forgotten pandemic. Communique from the international conference on acute respiratory infections, held in Canberra, Australia, 7-10 July 1997. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(1):2-4.
2. Benguigui Y. Prioridades en la salud infantil. *Noticias sobre IRA* 1993-1994;25(2):5-6.
3. Breiman RF, Butler JC, McInnes PM. Vaccines to prevent respiratory infection: Opportunities on the near and far horizon. *Curr Opin Infect Dis* 1999;12:145-52.
4. Brown K. Alimentación a los niños enfermos. *Noticias sobre IRA* 1995;31(4):4-5.
5. Departamento de Estadísticas. Distrito Sanitario. Municipio Guaicaipuro. Estado Miranda. Año 2005.
6. El Manual MERCK Novena edición.
7. Fernández Salgado M, Rubio Batista J. Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas en el niño. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(3):400-8.
8. Fonseca Walter, Kirkwood Betty R.. WWW.Sideshare.net/jesiprisc/aiepi-27wf.i
9. García Rosique Mercedes “factor de Riesgo de Morbilidad y Mortalidad por Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años” revista médica electrónica. Mayo 2010. Disponible en <http://www.scielo.sid.cu/cielo>.
10. Gutiérrez Kumate Santos Muños. Manual de Infectología Clínica – decimo sexta edición-2001 Méndez Editores
11. Hinman A. Eradication of vaccine-preventable diseases. *Annu Rev Public Health* 1999; 20:211-29.
12. Komarov Y, Aldereguía J. ¿Hábito de fumar o salud? *Rev Cubana Med Gen Integr* 1986;2(4):43-64.

13. McCracken GH Jr. Etiology and treatment of pneumonia. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19(4):373-7.
14. Módulo Condiciones de Vida CIES 2011-
15. Monto AS, Lehmann D. Acute respiratory infections (ARI) in children: prospects for prevention. *Vaccine* 1998;16(16):1582-8.
16. Mulholland L, M. Reconocimientos de causas y síntomas de la neumonía. sobre IRA 1993-1994;25(2):3-4.
17. Mulholland K. La neumonía en los niños con desnutrición grave. *Noticias sobre IRA* 1995;31(4):2-3.
18. MSDS. Anuario Estadístico de Venezuela. Año 2005.
19. Ministerio de salud "Curso Clínico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI), Managua: MINSA/ OPS/ OMS/ AIS. Reimpresión, Tercera edición 2008
20. M. Dávila, Médico Pediatra Salubrista, Profesional Nacional EDA/IRA/AIEPI OPS/OMS Perú.
21. Riverón RW, Rojo I, González R. Mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de 15 años en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1986;24(3):279-89.
22. Salas Romero María Dalila, Silva Cornejo María del Carmen **conocimiento de los padres sobre signos de alarma** www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/015-2009.pdf
23. Tammala OK. First year infection after initial hospitalization in low birth weight infants with and without bronchopulmonary dysplasia. *Scan J Infect Dis* 1992;24(4):515-24.
24. Tesis para maestría de epidemiología, EVALUACION DEL MANEJO DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS QUE DEMANDAD ATENCION ALAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.MINSA III Región Septiembre 1987.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variable	Indicador	Valor	Escala de medición de la variable
Problemas de Oído según Norma AIEPI.	Cuadro Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Mastoiditis. • Otitis Media Aguda. • Otitis Media Crónica • Fuera de Normas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal politómica
Problemas de Garganta según AIEPI.	Cuadro Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Amigdalitis. • Faringitis viral. • No tiene Faringitis. • Fuera de Normas. 	Nominal politómica
Problemas Tos o Dificultad para respirar según AIEPI.	Cuadro Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía Grave. • Neumonía. • No tiene Neumonía. • Fuera de Normas. 	Nominal politómica
Diagnóstico AIEPI.	Cuadro Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos Problema de Oídos. • Diagnósticos Problemas de Garganta. • Diagnósticos Tos o dificultad para respirar. 	Nominal politómica

Variable.	Indicador.	Valor.	Escala.
Signos y síntomas.	Adecuado con el Diagnóstico según problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Tratamiento.	Fármaco indicado adecuadamente según problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Indicación Acetaminofén	Orientación escrita en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Alimentación y líquidos.	Orientación escrita en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Cuidados de Oído.	Orientación escrita en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Cuidados de la Nariz.	Orientación escrita en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Signos de peligros.	Orientación escrita en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica

Variable.	Indicador	Valor	Escala
Frecuencia de IRA.	Episodios.	<ul style="list-style-type: none"> • Un episodio • Dos episodios • Tres episodios. • Cuatro o mas 	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica
Seguimiento	Cita según norma	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada. • Inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica
Referencia.	Traslado según norma	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal dicotómica

Tablas de Resultados

Objetivo: 1.

Tabla No 1.

**PROBLEMAS IRA Y DIAGNOSTICO - AIEPI.
PUESTO DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012.**

IRA.	Fuera de la Norma.	Dentro de la Norma.
Problemas de Oído.		1
Problemas de Garganta.	6	6
Problemas de Tos y dificultad para respirar.	8	24
Total.	14	31

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Objetivo: 2.

Tabla No 2.

**DIAGNOSTICO - AIEPI / SIGNOS Y SINTOMAS.
Puesto de Salud Manchón I Semestre 2012.**

	Diagnostico adecuado	Diagnostico Inadecuado.
Problemas de Oído.	1	
Problemas de Garganta.	5	7
Problemas de Tos y dificultad para respirar.	15	17
Total.	21	24

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Objetivo: 3.

Tabla No 3.

**PROBLEMAS DE OIDO, GARGANTA,TOS Y DIFICULTAD../TRATAMIENTO.
Puesto de Salud Manchón I Semestre 2012.**

	Tratamiento Adecuado.	Tratamiento Inadecuado.
Problemas de Oído	1	
Problemas de Garganta		12
Problemas de Tos y dificultad para respirar.	4	28
Total.	5	40

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Objetivo: 4.

**TABLA No. 4
RECOMENDACIONES ORIENTADAS
PUESTO DE SALUD EL MANCHON I SEMESTRE 2012.**

ORIENTACION	PROBLEMAS DE OIDO.	PROBLERMAS DE GARGANTA.	TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
SIGNOS Y SINTOMAS.			
SI.	1	1	12
NO.		11	20
ALIMENTACION Y LIQUIDOS.			
SI.	1	1	8
NO.		11	24
CUIDADOS DE NARIZ.			
SI.		1	1
NO.	1	12	31
CUIDADO DE OIDO			
SI.			1
NO.	1	12	31
INDICACION ACETOMINOFEN.			
SI.			1
NO.	1	12	31

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Objetivo: 5.

Tabla No. 5

**PROBLEMAS DE OIDO, GARGANTA, TOS Y DIFICULTAD. / FRECUENCIA.
PUESTOS DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012.**

	1 EPISODIO.	2 A 3 EPISODIOS.	4 O MÁS.	TOTAL
Problemas de Oído.	1			1
Problemas de Garganta.	3	8	1	12
Problemas de Tos y dificultad para respirar.	23	9		32

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No.6

**PROBLEMAS DE OIDO, GARGANTA, TOS Y DIFICULTAD / SEGUIMIENTO.
PUESTO DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012.**

	CITA ADECUADA	CITA INADECUADA.	TOTAL
Problemas de Oído	1		1
Problemas de Tos y dificultad para respirar.	7	25	32

Fuente: Ficha de recolección de datos.

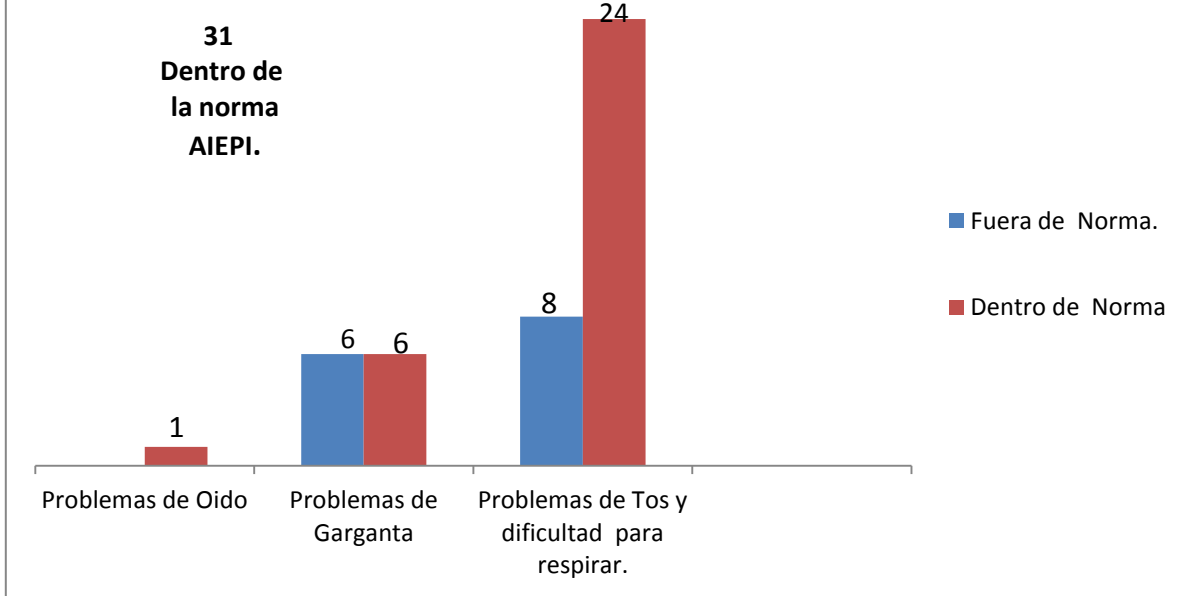
Tabla No. 7

**SEGUIMIENTO Y REFERENCIA.
PUESTO DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012.**

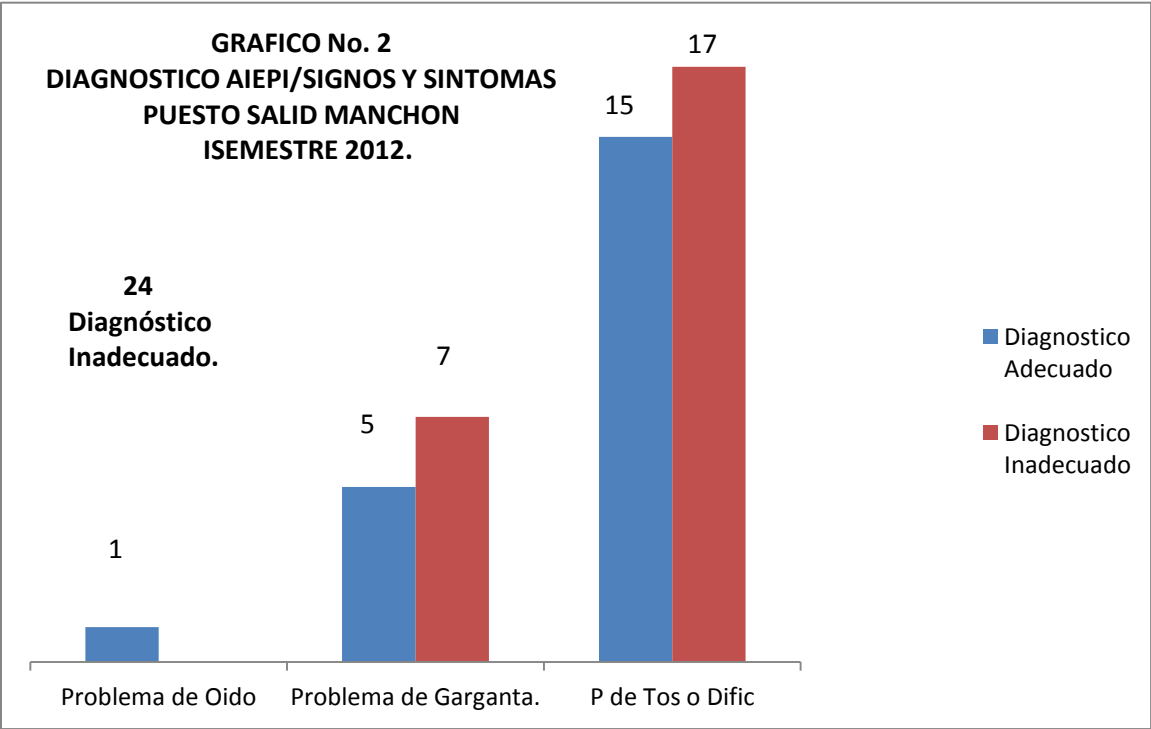
	Neumonía Grave
Cita adecuada.	2
Referencia inadecuada.	2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRAFICO No 1.
ROBLEMAS IRA Y DIAGNOSTICO AIEPI.
PUESTO DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012

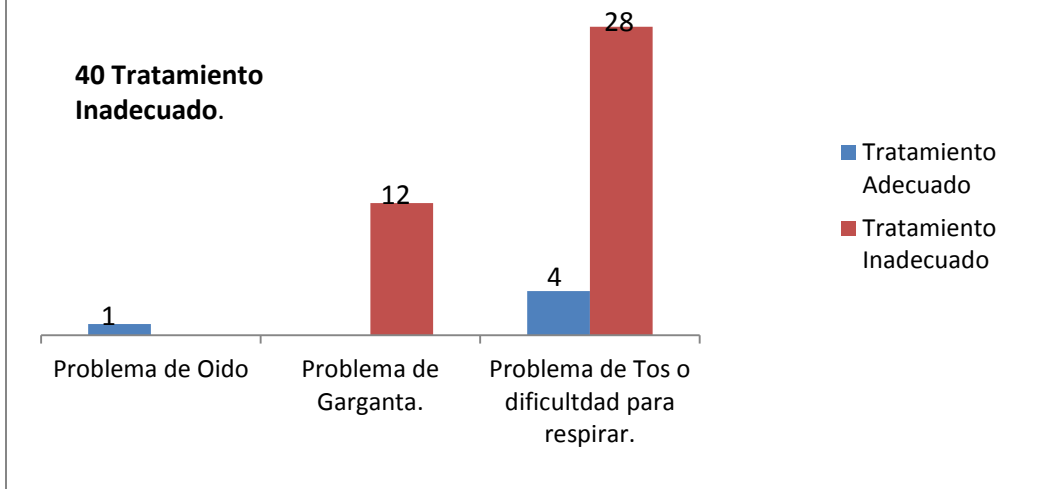


Fuente: Tabla No 1.



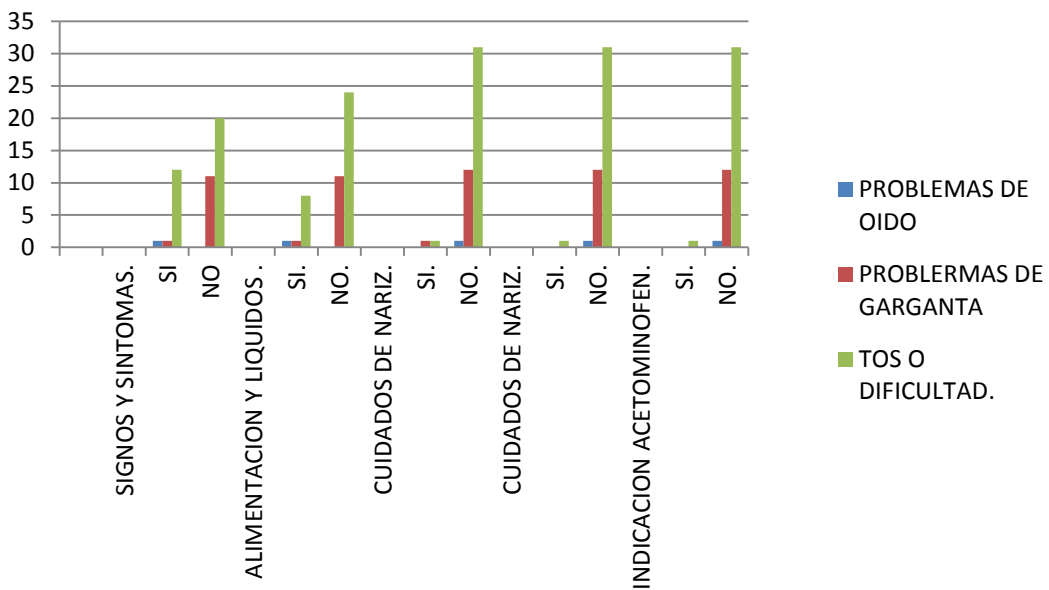
Fuente Tabla No.2.

GRAFICO No. 3
PROBLEMAS IRA Y TRATAMIENTO
PUESTO DE SALUD MANCHON I SEMESTRE 2012.

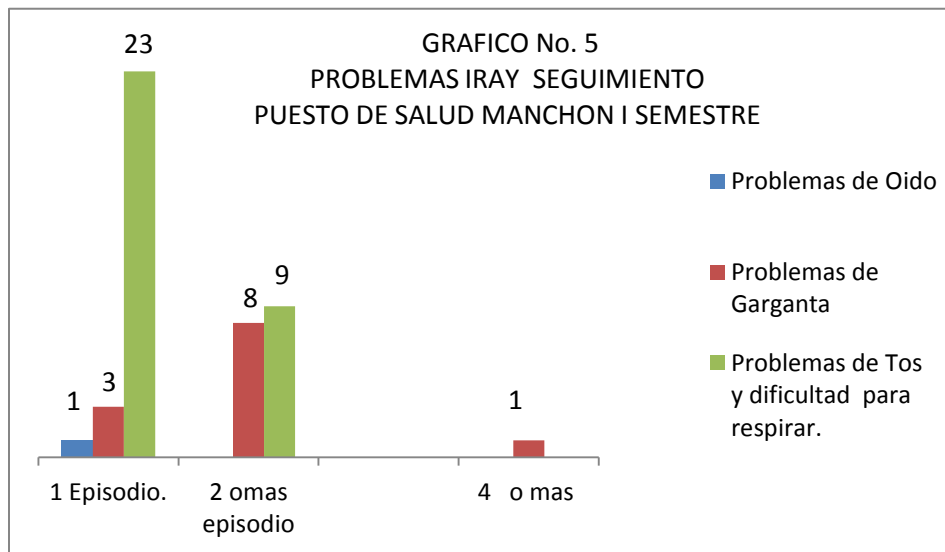


Fuente: Tabla No 3.

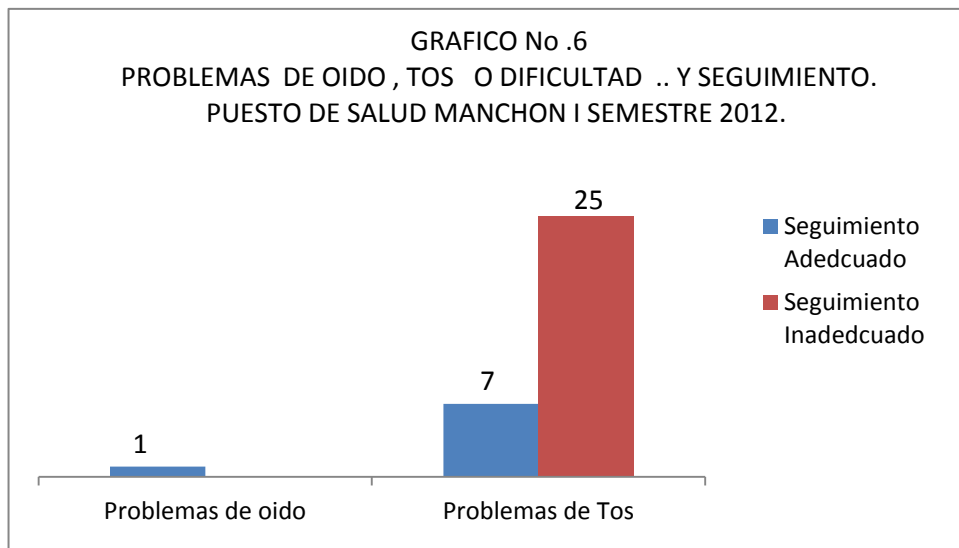
**GRAFICO No. 4
PROBLEMAS DE IRA Y RECOMENDACIONES
PUESTO SALUD MANCHON I SEMESTRE.**



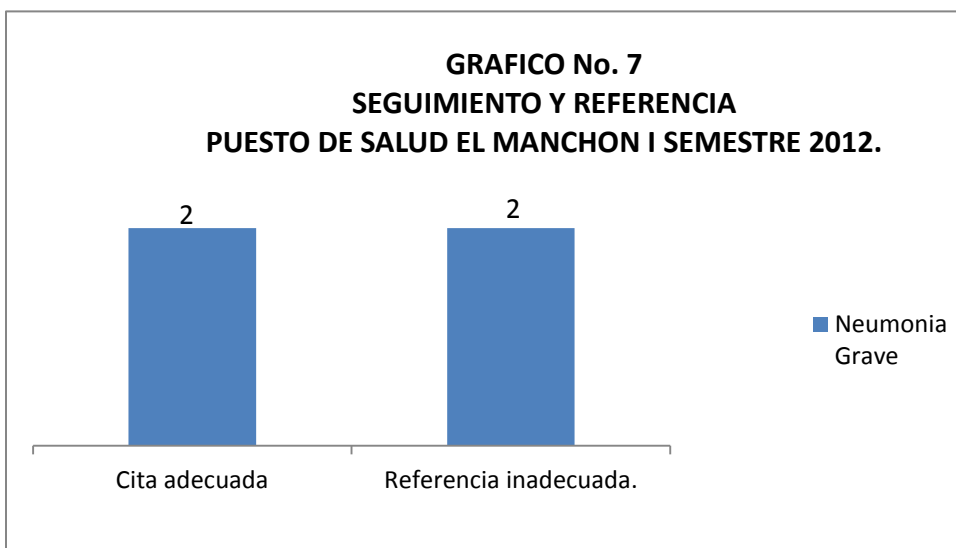
Fuente: Tabla No. 4



Fuente: Tabla No 5.



Fuente: Tabla No 6.



Fuente: Tabla No 7

INSTRUMENTO DE RECOPIACION DE DATOS

APLICACIÓN ADECUADA DE NORMAS AIEPI EN EL MNEJO DE MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUIDAS (IRA) I SEMESTRE 2012.

Ficha No. _____

Expediente clínico : _____

1. No de episodios de IRA en el Periodo. _____

2 Nombre Diagnóstico _____

3 Poner (x) en el grupo que pertenece el diagnóstico:

- a) Problema de oído. ____
- b) Problema de Garganta ____
- c) Problema de Tos o dificultad ____
- d) Fuera de Norma ____

4 Signos y Síntomas _____

5 Estos signos y Síntomas son adecuado según parámetros definidos. Si__ No__

6 Esquema de Tratamiento aplicado- _____

7 Esquema de tratamiento es adecuado según parámetros definidos. Si__ No__

8. Fecha o días de Próxima cita: _____ Se hizo Referencia: Si__ No__

9 Poner (x) en la recomendación prescrita en el expediente:

- a).Indicación de acetaminofén. ____
- b). Alimentación y abúndate líquidos ____
- c) Cuidados del Oído ____
- d) Cuidados de la Nariz. ____
- e.) Signo y síntomas de signo de peligros. ____