



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

***Infecciones Respiratorias Agudas que se presentan en los
niños menores de 5 años***

MEMORIA DE EXPERIENCIAS EN EL SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciada en Enfermería

Presenta

PLE. Maribel Meneses Méndez

Asesora

Doctora en Enfermería Ma. Del Carmen Montoya Díaz

Morelia, Michoacán. Mayo del 2014

DIRECTIVOS

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

DIRECTORA

ME. RUTH E. PÉREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADÉMICA

MCE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DÍAZ

ASESORA

M.E. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

VOCAL 1

M.C. MA. LETICIA VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ

VOCAL 2

SUPLENTE

DEDICATORIA

A DIOS

En primer lugar quiero agradecer a mi Dios por haberme dado la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza para poder llegar al final de mi carrera, por no haber dejado que me rindiera en ningún momento e iluminarme para salir adelante.

A MIS PADRES

Cristóbal Meneses Arcos y Clara Méndez Arcos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A MIS HERMANOS

Rosalinda, Araceli, Cristóbal, Mario Enrique y Marvin Gael que siempre me han apoyado en momentos difíciles, y nunca me han dejado caer, gracias por sus palabras sabias.

A MI FUTURO ESPOSO

Marco Antonio Pérez Cruz quien me apoyo y confortó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo porque en sus aulas recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Escuela.

Agradezco a la Dra. María del Carmen Montoya Díaz, M.E. Bárbara Mónica Lemus Loeza y a la M.C. Ma. Leticia Velázquez Fernández por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

Y a cada uno de mis compañeros y demás personas que me han apoyado durante todo el proceso de la elaboración de la tesina.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 OBJETIVOS.....	6
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II.....	16
2.1 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.1 Antecedentes de las Infecciones Respiratorias Agudas.....	17
2.1.1.1 Internacional	17
2.1.1.2. Nacional	21
2.1.1.3 Estado de Michoacán	23
2.1.2 Definición de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).....	24
2.1.3 Causas de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años.....	25
2.1.4 Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas	25
2.1.4.1 Infecciones Respiratorias Altas	26
2.1.4.1.1 Resfriado Común.....	26
2.1.4.1.2 Sinusitis	26
2.1.4.1.3 Faringoamigdalitis Aguda	27
2.1.4.1.4 Laringitis	27
2.1.4.1.5 Otitis Media Aguda (OMA).....	28
2.1.4.1.6 Laringotraqueitis	28
2.1.4.2 Infecciones Respiratorias Bajas	30
2.1.4.2.1 Gripe o Influenza	30
2.1.4.2.2 Bronquitis Aguda	31
2.1.4.2.3 Bronquiolitis	31
2.1.4.2.4 Enfermedad Bronquiolitis Grave.....	31
2.1.4.2.5 Neumonía o Pulmonía.....	32
2.1.4.2.6 Bronconeumonía	32
2.1.5 Algunos Factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Aguda.....	33
2.1.5.1 Factores de Riesgo Demográficos	33
2.1.5.1.1 Sexo	33
2.1.5.1.2 Edad	34
2.1.5.1.3 Vacunación.....	35
2.1.5.2 Factores de Riesgo Ambientales.....	35
2.1.5.2.1 Exposición al Humo.....	35

2.1.5.2.2 Humo Ambiental por Tabaco	36
2.1.5.2.3 Hacinamiento	37
2.1.5.3 Factores Nutricionales.....	39
2.1.5.3.1 Bajo Peso al Nacer	39
2.1.5.3.2 Desnutrición	41
2.1.5.3.3 Lactancia Materna	43
2.1.6 Factor de Riesgo con mayor prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas.	47
2.1.7 Nivel Educativo de las Madres está Relacionado con la presencia de IRA en los Niños.....	48
2.1.8 Factores Sociodemográficos Relacionado con la presencia de IRA en los Niños.....	49
2.1.9 Acciones de Educación y Comunicación para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas	49
2.1.10 Diagnóstico.....	50
2.1.11 Tratamiento	51
2.1.11.1 PLAN A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía:	51
2.1.11.2 PLAN B: Tratamiento para niños con neumonía leve, sin factores de mal pronóstico:	53
2.1.11.3 PLAN C: Tratamiento para niños con neumonía grave o neumonía leve, con factores de mal pronóstico:	55
2.1.12 Intervenciones de Enfermería	57
2.1.13 Complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas	57
2.1.14 Medidas de Prevención	58
CAPÍTULO III.....	60
3.1 METODOLOGÍA	60
CAPÍTULO IV	63
4.1 EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL	64
4.2 CONCLUSIONES	66
4.3 RECOMENDACIONES	68
4.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
4.5 ANEXOS.....	78

RESUMEN

Infecciones Respiratorias Agudas que se presentan en los niños menores de 5 años

Meneses Méndez, Maribel; Montoya Díaz Ma. Del Carmen

Uno de los problemas de Salud Pública en las más comunes que afectan a los niños menores de 5 años, son las Infecciones Respiratorias Agudas que se caracteriza por la alta incidencia de morbilidad, considerando como repercusiones que tiene sobre la salud del niño, además de las complicaciones que pueden llevar hasta la mortalidad. En la presente investigación se describen algunos factores de riesgo que influyen en las Infecciones Respiratorias Agudas en la Comunidad de los Dolores del Municipio de Epitacio Huerta, Michoacán. La justificación está basada en literatura científica especializada en la materia. El resultado obtenido nos dice que los factores principales son: Niños con bajo peso al nacer, el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida, condiciones de viviendas regulares y malas, exposición de humo de cigarro a los niños por padres fumadores, cambios bruscos de temperatura en meses de invierno, el esquema incompleto de vacunación, niños severamente desnutridos, abuso inadecuado de medicamentos por parte de la madre de familia.

Palabras clave: Niños, Infecciones Respiratorias, Factores de riesgo

ABSTRACT

Sharp Respiration Infections that is present in the less Childrens of 5 years.

Meneses Méndez, Maribel; Montoya Díaz Ma. Del Carmen

A problems of public health in the ways of develop more commons That affect to the less children of 5 years, are the sharp Respiration Infections that is distinguished by the high incident of mortality, we consider As repercussion that it has on the health of child, besides of the Complicates that it can carry until the mortality in the present Investigation is describe some facts of risk that influence in the Sharp respiration infectios in the community of the Dolores of town Of Epitacio Huerta, Michoacán. The justification is foundation in scientific specialize Literature in the subject. The results to obtain say us: that the principals Facts are: childrens with less weight to be born, to abandon the Nursing infant before 6 months of the life, the regulars housings And bad housings the smoke of cigarrete, brusques changes of Temperature in winter's months, the absence of vaccine Childrens severe malnutrition; excess of medicine By de mother.

Key word: less Childrens of 5 years, sharp Respiration Infections Facts of risk.

INTRODUCCIÓN

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, con evolución menor a 15 días. Refiere Ferreira, Báez, Trejo, Ferreyra, Delgado, Lingdao, Mendoza y García (2013). Es uno de los problemas de Salud Pública más importante que ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años.

Este documento se estructuró en cuatro capítulos. El capítulo uno presenta los argumentos que fundamentan la necesidad de analizar los factores de riesgo para presentar Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, se plantea la problemática que dio origen a la pregunta de investigación, en este capítulo se delimita el propósito establecido para el estudio a través del objetivo general, definiendo mediante los objetivos específicos los pasos que permitirán llevar a cabo la investigación. También se incluye la justificación donde se presentan estadísticas de las Infecciones Respiratorias Agudas.

El capítulo dos del marco teórico organiza los elementos conceptuales, se establece lo que se ha investigado por otros autores y derivados del planteamiento del problema organizados en 13 puntos: antecedentes describiendo el estado del arte internacional, nacional y estatal, definición conceptual de las Infecciones Respiratorias Agudas, causas, clasificación,

signos y síntomas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, cuidados de enfermería, complicaciones y medidas de prevención.

En el capítulo tres se presenta la metodología, Se realizó una tesina monográfica al realizar una investigación documental mediante la revisión de literatura científica en fuentes primarias como: Estadísticas, Plan Nacional de la Salud, Libros, Diccionarios, Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, Normas Oficiales, Guías de Práctica Clínica, Plataformas en Internet Google Académico, entre otros, sobre lo que se ha escrito respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, todo ello para responder la pregunta de investigación que se generó a partir de una problemática. Después de analizarlos sistemáticamente se redactó un texto original que aportaran propuestas basadas en la evidencia.

Finalizando con el capítulo cuatro donde se presentan las experiencias vividas durante el servicio social y las conclusiones respondiendo la pregunta de investigación, cumpliendo los objetivos, se proponen las recomendaciones que contribuyan a prevenir el problema; finalizando con las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la realización del servicio social como pasante de licenciada en enfermería en el Centro de Salud ubicado en la Tenencia de los Dolores, del Municipio Eпитacio Huerta, dependiente de la Jurisdicción No. 3 de Zitácuaro de la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán, se identificó la problemática de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), el grupo de edad que más afectó fueron los niños menores de 5 años y con mayor frecuencia el sexo masculino, esto quizás se debe a la falta de la lactancia materna exclusiva puesto que antes de los 4 meses las madres dejaban de darle seno materno a su bebé, debido a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento, algunas madres de familia refieren que no producen leche o prefieren alimentar a sus hijos con leche de fórmula artificial como (leche de inicio, leche de continuación, leche de crecimiento) y estos no brindan los suficientes anticuerpos. Asimismo, se observó que las familias de esta comunidad viven en hacinamiento, sus casas son chicas y son familias de 5 a 6 integrantes y este es otro factor que predispone a las Infecciones Respiratorias Agudas. Además, se identificó que la mayoría de las madres de familia eran adolescentes de 15 y 18 años que no tienen la suficiente responsabilidad en el cuidado del hijo además de tener un desconocimiento de las medidas preventivas para este tipo de infecciones como son evitar la exposición a corrientes de aire, los cambios bruscos de temperatura. También, los esquemas

de vacunación estaban incompletos debido a la carencia de vacunas por falta de surtimiento por parte de la Jurisdicción de la Secretaría de Salud. En esta comunidad había 16 niños con desnutrición otro factor de riesgo que se debe por la inadecuada alimentación y la mala absorción de nutrimentos, debido a que no comían a sus horas y no consumen los suficientes alimentos que requiere el cuerpo. Además, las madres de familia auto medicaban a los hijos porque tenían la creencia de que las infecciones respiratorias sólo se trataban con antibióticos, asistían a consulta con la idea de que ahí se les proporcionara el medicamento de antibiótico para tratar las infecciones respiratorias agudas.

Razón, (2003) Refiere que más de 4 millones de niños menores de 5 años de edad, mueren por Infecciones Respiratorias Agudas todos los años; una gran parte de ellos en el mundo en vías de desarrollo. La causa de la mayoría de estas muertes es la neumonía. Las neumonías no asociadas con el sarampión producen el 70 % de estas muertes; las neumonías pos sarampión el 15 %; la tos ferina el 10 % y; los síndromes de bronquiolitis y croup el 5 %. En el 75 % de las infecciones se prescriben antibióticos y en la mayoría de las veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana.

También, Prieto, Russ y Reitor (2000). Hallaron que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) constituyen un complejo grupo de enfermedades provocadas por diversos agentes causales que afectan cualquier punto de las vías respiratorias. Los microorganismos patógenos que atacan frecuentemente

el aparato respiratorio son el virus sincitial respiratorio, el Haemophilus influenzae y el para influenza, que aparecen en epidemia durante los meses de invierno. La importancia de esta investigación es contribuir a disminuir las infecciones en los niños menores de 5 años, prevenir complicaciones y muertes, asimismo, fomentar a las mujeres y hombres, niños, adolescentes y adultos sobre la importancia de conocer las medidas preventivas, informar los signos y síntomas de alarma de las infecciones respiratorias, enfatizar que el 90% de las infecciones respiratorias agudas son virales lo que significa que no requieren tratamiento de antibiótico sólo sintomáticos. Al mismo tiempo los profesionales de la enfermería deben realizar promoción de la salud fomentando estilos de vida saludables, desde la infancia y la adolescencia, informando sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, así como cumplir los esquemas de vacunación, mejorar el entorno de la vivienda para evitar el hacinamiento, y también tomar en cuenta la educación de la madre, porque es un factor determinante para la nutrición del niño y así evitar desnutrición en el menor de edad. Los egresados de la Facultad de Enfermería deben efectuar cuidados de promoción de la salud, que impacten en las comunidades y contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las personas, familia y comunidad. Las instituciones de salud tendrán menos gastos al disminuir el ingreso de hospitalización por complicaciones de las infecciones respiratorias agudas. Y

asimismo habrá menos consultas en Centros de Salud sobre las infecciones respiratorias en los niños menores de 5 años.

Por lo antes referido se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las Infecciones Respiratorias Agudas que se presentan en los niños menores de 5 años?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Dar a conocer las principales Infecciones Respiratorias Agudas que se presentan en los Menores de 5 Años en la Tenencia de los Dolores, del Municipio Epitacio Huerta Michoacán.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Mencionar algunos factores de riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas para este grupo de edad.
- Indicar el factor de riesgo con mayor prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas
- Especificar los factores sociodemográficos relacionados con la presencia de infecciones respiratorias agudas en los niños.
- Señalar las intervenciones para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El propósito de éste trabajo fue analizar los factores de riesgo de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años. Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) representan un importante problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, donde 4.3 millones de niños menores de cinco años son afectados cada año. Esto ocasiona de 20 a 60% de consultas pediátricas en las instituciones de salud, y causa 0.8 millones de muertes anuales en los menores de un año. En 1990, en México los fallecimientos por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) ocuparon el primer lugar como causa de muerte en menores de un año, y el segundo en niños de uno a cinco años. La mayor parte de las muertes por este padecimiento son debidas a neumonía. En México, el Programa Nacional para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas estima que 80% de las muertes por en menores de cinco años son debidas a esta causa. Indican Martínez, Suriano, Ryan y Peltó (1997).

Según la OMS Citado en la NOM-024-SSA2, (1994) Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% de los casos que se notifican afectan vías

respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía. Se ubican, entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años. La mayor incidencia y letalidad de las infecciones respiratorias se presenta en el grupo infantil y preescolar, ya que la tercera parte de los casos son registrados en estos grupos, en el que la neumonía es responsable del 85% de las defunciones. En 1993 ocurrieron 9,347 muertes en los niños de 0 a 4 años. Esta cifra representa el 46.9% de las 19,896 defunciones registradas en la población general del país a causa de estos padecimientos. A través de autopsias verbales realizadas en Tlaxcala y en algunas otras entidades se ha identificado que en el proceso enfermedad atención muerte relacionado con las infecciones respiratorias agudas, existe responsabilidad de la familia por no solicitar atención médica oportuna y, del médico por no atender adecuadamente dichos casos.

Ferreira, Báez, Trejo, Ferreyra, Delgado, Lingdao, Mendoza y García (2013) Mencionan que de acuerdo con las estadísticas oficiales, en México constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. Lo anterior representa dos a cuatro episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave.

La Secretaria de Salud México S.S.M. (2013) Menciona que la morbilidad de enfermedades en niños menores de 5 años siempre ha sido motivo de preocupación por la Salud Pública. Desde hace varias décadas se ha trabajado para disminuir la tasa de mortalidad infantil siendo el compromiso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La prevención, diagnóstico y tratamiento de estas son intervenciones del Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil, la estrategia atención integrada y consulta completa busca la atención oportuna y eficiente de las infecciones respiratorias que aunado a la vacunación universal evitará complicaciones y muertes en los niños, mejorando su calidad de vida, también es vital involucrar a las madres en el hogar. Las infecciones respiratorias no solo son la primera causa de morbilidad en México, sino que también son la primer causa de egreso hospitalario se observa una razón de 13 por 100 consultas médicas (13%), y de estas se tiene documentado que ocurren entre 2 y 4 episodios al año por niño. Las infecciones respiratorias agudas son de origen viral representan entre 80-90% de la consulta de hospitalización, una proporción menor al 50% puede complicarse en infecciones respiratorias graves y/o neumonías.

Portillo (2000) Refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1977, inició un programa en los países en vías de desarrollo con el objetivo de identificar la etiología de las infecciones respiratorias a fin de racionalizar recursos a través del fortalecimiento de los laboratorios por medio de una red

para la vigilancia de virus respiratorios que permita un abordaje correcto de estas infecciones, del mismo modo. Escalona y Alamar (2003) Refieren que más de 140 000 niños menores de 5 años mueren anualmente por neumonía en la región, cada 8 fallece un niño estas constituyen la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas. Estas cifras por sí solas hacen comprender la necesidad de programas para su control. La OMS en los últimos años ha apoyado el programa de control de infecciones respiratorias agudas en el que uno de sus pilares fundamentales lo constituye el manejo estándar de casos, que destaca que por su etiología y evolución en la mayoría de los casos resulta innecesario y hasta perjudicial el uso de productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas y más aún el uso indiscriminado de antibióticos. En el período estudiado se reportaron un total de 540 casos de infecciones respiratorias en menores de 5 años, de ellos el 22,7 % en menores de 1 año, lo que representa una incidencia de 2,8 episodios por lactante y 1,6 en mayores de 1 año. La distribución de la incidencia de casos a lo largo del año se comportó como muestra, con franco predominio entre los meses de octubre a marzo, y fueron noviembre, diciembre y enero los de mayor incidencia. Del total de episodios de este padecimiento correspondió el 88,3 % a infecciones respiratorias altas y de ellas el 86,1% fueron no complicadas y solo el 11,7 % se diagnosticó como infecciones respiratorias bajas, y no se presentó ninguna complicación. Dentro de las infecciones respiratorias altas el catarro común y la rinofaringitis aguda fueron las enfermedades más frecuentes

con 315 episodios para el 66,1%, mientras que dentro de las infecciones respiratorias bajas el 44,4% correspondió a neumonía y bronconeumonía.

Durante el año del servicio social como pasantes de la Licenciatura de Enfermería se identificaron las problemáticas más comunes que existe en la comunidad, los más frecuentes eran niños que tenían Infecciones Respiratorias Agudas, enfermedades diarreicas agudas y niños desnutridos. Quizhpe, Uphoff, Encalada, Andrade, Barten (2013) Refieren que la resistencia antimicrobiana es un problema mundial, que afecta mucho más a los grupos vulnerables. En los países en desarrollo, la tasa de infecciones es alta y los nuevos antibióticos para los cuáles aún no existe resistencia, son inaccesibles. En estos países, solo entre el 30 y el 40 % de todos los pacientes son tratados con fármacos de acuerdo a guías basadas en evidencias. De todos los pacientes diagnosticados correctamente con neumonía, entre el 30 y el 50 % no recibe el antibiótico adecuado, por otra parte, cerca del 60 % de pacientes con infecciones respiratorias virales reciben antibióticos. Los niños menores de seis años de edad tienen un alto porcentaje de resistencia a los antimicrobianos, lo que es preocupante, ya que un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad infantil tiene estrecha relación con las infecciones bacterianas. Una enfermedad común cuyo tratamiento se ha visto afectado por la creciente resistencia a los antimicrobianos es la Infección Respiratoria Aguda (IRA), que incluye nasofaringitis, otitis, epiglotis, laringitis, bronquitis y neumonía. Esta última

enfermedad es la causante del 18 % de las muertes infantiles en el año 2008 y es además la principal causa de mortalidad infantil a nivel mundial. Las infecciones respiratorias pueden ser causadas por virus, bacterias, hongos o una combinación de ellos. En niños, tanto la neumonía como otras IRA son principalmente causadas por agentes virales más que bacterianos, que suelen causar síntomas menos severos. El *Streptococcus pneumoniae*, el agente bacteriano de neumonía en niños, presenta, cada vez con mayor frecuencia, multidrogorresistencia. A menudo, estas enfermedades coexisten, por lo que un enfoque vertical de la salud infantil centrada en una sola enfermedad, no es adecuado. Para reducir las muertes provocadas por las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años de edad incluyendo la neumonía, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF en 1992, desarrollaron la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalente de la Infancia (AIEPI). Esta estrategia AIEPI ofrece un enfoque sistemático para evaluar la situación general del niño mediante la clasificación de síntomas, categorización de la enfermedad e identificación del tratamiento adecuado. La efectividad, impacto y costos de la estrategia AIEPI fueron evaluados en un estudio realizado en diversos países, que demostró beneficios directos en la salud infantil en varios países. Algunos estudios hablan de un ligero aumento en los costos a corto plazo, mientras otros no encuentran diferencias significativas en los costos del tratamiento. Aparte de mejorar el tratamiento, hay evidencia de que la estrategia AIEPI puede promover el uso racional de los antibióticos, lo

que genera beneficios directos en la salud y ahorro de costos, se evitaran problemas a futuro por complicaciones y muertes.

Llanos, Contreras, Velásquez, Mayca, Lecca, Reyes Y Peinado, (2001) Refieren que la automedicación en algunas sociedades se ha convertido así, en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento. En nuestro medio se han realizado estudios a nivel de zonas urbanas; sin embargo, en zonas rurales existen factores que podrían agravar el problema de la automedicación, los cuales han sido poco explorados, entre ellos se puede mencionar: mayor pobreza, menor accesibilidad a servicios y profesionales de la salud y creencias sobre la efectividad de algunos medicamentos. Las principales fuentes de expendio de los medicamentos utilizados para automedicación fueron las farmacias privadas (66.18%) seguidos por bodegas (13.67%) y el establecimiento de salud (11.51%). Estos valores son semejantes a los encontrados por Ángeles-Chima en Cuernavaca (México, quien muestra que el consumo por automedicación se realiza con mayor frecuencia en farmacias (59.7%) a pesar que la población tiene acceso a los servicios del seguro social; y al de Joubert (30) en Ga-Rankuwa (Sudáfrica) quien encuentra que la mayoría de medicinas fueron obtenidas en farmacias (37.1%), en

distribuidores generales (34.9%) y finalmente hospitales y clínicas (15.8%). En nuestro país, al igual que en otros lugares la mayor parte de los medicamentos a consumir se obtienen en farmacias privadas, probablemente porque no existe casi restricción alguna para la venta de medicamentos. Es fácil obtenerlos sin importar, en ocasiones, la edad del comprador, ni requerir la presentación de una receta médica. Las principales motivaciones para auto medicarse se encuentran relacionadas con el "conocimiento suficiente" para manejar las molestias presentadas, 41.7% "ya sé que recetan", 24.5% "el farmacéutico sabe", sólo el 10.8% mencionaron el aspecto económico como factor limitante para auto medicarse ("evito pagar la consulta"). Estos resultados podrían explicarse porque la población en estas zonas generalmente presenta enfermedades de leve intensidad y repetitivas, como Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) o Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Es necesario que los futuros egresados de la Facultad de Enfermería conozcan los programas que se aplican en el primer nivel de atención como: Atención a la Niñez, Atención a los Adolescentes, Atención a la Mujer, Atención al Adulto Masculino, Atención al Adulto Mayor. La enfermera (o) tiene como función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos que puede evaluar las necesidades humanas básicas. Torres, Dandicourt y Rodríguez (2005) Refieren que las funciones propias del personal de enfermería en la Atención Primaria a la salud están

dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital. León, (2006) Refiere que la enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Igualmente, el sistema de salud requiere que todos los responsables en la atención de la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud pro-activa estas razones conduce a justificar la presente tesina.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

El capítulo dos del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados por antecedentes describiendo el estado del arte internacional, nacional y estatal, definición conceptual de las Infecciones Respiratorias Agudas, causas, clasificación, signos y síntomas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamientos, intervenciones de enfermería, complicaciones y medidas de prevención.

2.1.1 Antecedentes de las Infecciones Respiratorias Agudas

2.1.1.1 Internacional

Herrera y Solano (2013) Mencionan que los estudios internacionales han demostrado que el número de episodios anuales de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, y los agentes etiológicos involucrados son similares en países desarrollados y en vías de desarrollo. De los grandes problemas que afectan a nuestra infancia, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocupan un papel predominante en cuanto a morbilidad se refiere. El conocimiento de los factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas como en otras enfermedades, parten del enfoque general que hay que tener de riesgo para poder comprender la relación causa efecto, por lo que se define como factor de riesgo a un predictor estadístico de la enfermedad. Podría conceptualizarse, como aquella circunstancia, hallazgo personal o ambiental que se relaciona estadísticamente con la enfermedad. Para poder considerarlos

Como tales deben cumplirse una serie de requisitos como son: la presencia previa del factor a la enfermedad y su asociación consistente con la enfermedad, entre otros. Álvarez, Castro, Abdo, Orta, Gómez y Álvarez (2008) Refieren que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se ubican entre las 10 principales causas de defunción en la población general, y dentro de las 3 primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, por lo que es un problema de salud pública. En Cuba el diagnóstico clínico y registro de las personas con estas Infecciones Respiratorias Agudas Altas (IRAA), se lleva a cabo siguiendo orientaciones de la Dirección Nacional de Epidemiología (DNPE) y la Dirección Nacional de Estadísticas (DNE) del MINSAP. En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples. Reconociendo la magnitud del problema de las Infecciones Respiratorias Agudas, la OMS tiene un programa para su control. Más de 140 000 niños menores de 5 años mueren anualmente por neumonía en nuestra región; cada 8 fallece un niño por Infecciones Respiratorias Agudas, y esto constituye la primera causa de consulta y hospitalización en edades pediátricas. Estas cifras por sí solas hacen comprender la necesidad de programas para su control. La OMS en los últimos años ha apoyado el programa de control de las infecciones respiratorias agudas, en el que una de sus tareas fundamentales constituye el manejo de los casos, que señala lo innecesario, y hasta perjudicial, del uso de productos aparentemente destinados a mejorar los síntomas, y más aún, el uso

indiscriminado de antibióticos. Estas infecciones, que en su mayoría tienen evolución favorable, ayudan a desarrollar el sistema inmunológico de los niños, aunque para la familia representan motivo de preocupación y ansiedad, sobre todo, cuando son recurrentes. Un paciente tiene infecciones recurrentes cuando presenta una mayor frecuencia de infecciones que las correspondientes para su edad y medio ambiente. El número de infecciones no establece diferencias entre el desarrollo inmune normal y las causas pre-disponentes o inmunodeficiencias, de modo que es fundamental la historia clínica y el examen físico completo que orienten el diagnóstico y estudio de cada paciente. En muchos niños, la repetición de estos procesos no es más que una manifestación de la atopia. Para algunos autores, los niños presentan entre 7 y 10 episodios de infecciones respiratorias por año, que son en su mayoría, leves y auto limitados, pero representan un trabajo enorme para los servicios de salud. Un grupo de niños, especialmente los que poseen factores de riesgo, pueden cursar hacia una neumonía o una enfermedad más grave, la cual aumenta la posibilidad de muerte y requiere atención hospitalaria.

En el país se producen anualmente unos 4 000 000 de consultas, con un importante impacto económico por gastos de atención y pérdida de días socialmente útiles. En una época en la que las enfermedades emergentes y re emergentes reciben la mayor atención de la comunidad científica, por causa de la enorme trascendencia social en el mundo de hoy y su repercusión futura, las Infecciones Respiratorias Agudas se mantienen como un grupo importante de

afecciones con una alta morbilidad y baja mortalidad, las que representan un motivo frecuente de incapacidad laboral y escolar con las consecuentes pérdidas económicas que ello significa. Al igual que en el resto el mundo, las infecciones respiratorias constituyen uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Constituyen la primera causa de morbilidad, y representan la tercera causa de muerte en menores de 1 año y la cuarta causa de muerte entre 1 y 4 años de edad, después de los accidentes, las malformaciones congénitas y los tumores malignos. Las tasas por cada 100 000 habitantes fueron en el año 2004 de 40 662 casos y de 42 082 en el año 2005. En el año 2006, según informe de Anuario Estadístico de Cuba, se registraron 1 093 982 consultas por este padecimiento en el grupo de 1 a 4 años. La experiencia internacional revela que un conjunto de medidas de promoción y prevención pueden lograr un impacto en su disminución y complicaciones, por lo que en nuestro país existe un programa para el control, cuyo objetivo fundamental es disminuir la morbimortalidad por esta causa, sobre todo, en menores de 5 años que constituyen un importante grupo de riesgo. De ahí la necesidad de identificar todos aquellos factores que puedan incidir en su aparición y recurrencia. El desafío ante estas infecciones tan frecuentes en la infancia consiste en diagnosticar a los niños que presentan enfermedad subyacente, sin multiplicar los exámenes y los tratamientos en los niños "normales"; los instrumentos esenciales continúan siendo el interrogatorio, el examen clínico, y algunos análisis complementarios. La relación entre beneficios, riesgos y costos

de los tratamientos médicos y quirúrgicos propuestos, debería ser confrontada respecto a las soluciones ofrecidas por las vacunas, fundamentalmente la vacuna antigripal y la vacuna antineumocócica conjugada.

2.1.1.2. Nacional

Zamorano, Márquez, Aránguiz, Bedregal y Sánchez (2003) Refieren que las infecciones respiratorias en los menores de 1 año, específicamente la bronquiolitis aguda (BA), ya sea por virus sincicial respiratorio (VRS) o por otra etiología, son un problema de salud importante tanto a nivel nacional como mundial. Esta es la causa más frecuente de morbilidad, consulta, tanto a nivel primario como de servicios de urgencia y hospitalización en períodos de otoño e invierno. Esta fluctuación estacional sugiere que factores ambientales como el frío, la humedad y precipitaciones pueden jugar un rol en la incidencia de enfermedades respiratorias, asociado a la presencia de brotes estacionales de virus respiratorios que año tras año participan de las epidemias de cuadros respiratorios. Según la Secretaria Salud México(2009) Refiere que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan algún punto de las vías respiratorias y representan para todos los países un importante problema de salud tanto por sus grandes cifras de morbilidad, como por su vigente mortalidad, a todo lo cual contribuyen las dificultades inherentes a la implementación de programas eficaces para su

prevención y control. Las infecciones respiratorias agudas representa la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países. En México constituye un problema de salud prioritario por su continua presencia dentro de las diez principales causas de defunción en los distintos grupos de edad. En cuanto al comportamiento nacional de las defunciones por Infección Respiratoria Aguda durante el periodo los años 2007 y 2008, se mantiene, a nivel nacional la tendencia una tasa de mortalidad de una defunción por cada 100 mil habitantes. El reporte estatal muestra que en el 2007 las entidades federativas con tasa más elevadas fueron: Estado de México (2.46), Puebla (1.73), Tlaxcala (1.72) y Distrito Federal (1.57). En el año 2008 se encontraron en las mismas posiciones: Estado de México (2.38), Puebla (1.73), Tlaxcala (1.43) y Distrito Federal (1.30). En ambos años, las entidades que registran la menor tasa de mortalidad por IRA son Baja California Sur (0.19 y 0.18, para 2007 y 2008, respectivamente) y Guerrero (0.22 en cada año). Respecto a la tasa general de mortalidad por Neumonía se mantiene la tendencia nacional, de 12 fallecimientos por cada 100 mil habitantes. Las entidades que reportaron la tasa más elevada en el 2007 fueron: Distrito Federal (19.44), Yucatán (17.82) y Puebla (15.02). En el año 2008 fueron: Distrito Federal (19.39), Yucatán (17.02) y Jalisco (16.08). La tasa de mortalidad por Neumonía más baja, tanto en el año 2007, como en el 2008 se registró en el estado de Quintana Roo (5.90 y 4.58) respectivamente).

La Secretaria Salud México (2008) Indico que la tasa de mortalidad observada en menores de cinco años se define como el número de muertes ocurridas por este padecimiento en los menores de cinco años por cada 100,000 niños de esta edad en un periodo determinado. Las entidades federativas que han presentado las tasas más altas de mortalidad entre el 2000 y el 2005 son: Puebla, Tlaxcala, Chiapas y Distrito Federal. En particular, el estado de Chihuahua presentó un incremento sustantivo en sus tasas de mortalidad en el año 2005, por lo que se agregó a la lista de los estados con tasas de mortalidad más elevadas. La tasa de mortalidad observada por IRAS en menores de cinco años se define como el número de muertes ocurridas por IRAS en los menores de cinco años por cada 100,000 niños de esta edad en un periodo determinado.

2.1.1.3 Estado de Michoacán

El estado de Michoacán es el que registra la tasa más alta de mortalidad acumulada en infecciones respiratorias, 9 en total en menos de tres días, con lo que la cifra pasó de 11 a un total 20, y en el caso de Jalisco pasó de 43 a 45 decesos confirmados. Las infecciones respiratorias agudas sufrieron un incremento mayor al 30 por ciento, al pasar de 23 millones 710 mil 214 casos en el 2008, a un total de 30 millones 849 mil 742 a finales del 2009. De la cantidad de infecciones respiratorias, 69 mil 674 corresponden al virus A/H1N1, desde el mes de abril hasta el corte del 20 de enero de 2010. Tan sólo en la primera semana de enero, del 3 al 9, hubo 46 notificaciones de A/H1N1 y sólo 3

de la llamada gripe estacional. Para el secretario de Salud, más de 10 a 20 millones de mexicanos ya que tuvieron contacto con el virus sin manifestaciones clínicas, y con la aplicación de 30 millones de vacunas se calcula que la mitad de la población quede inmunizada, con lo cual disminuiría el contagio.

2.1.2 Definición de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se definen como el conjunto de enfermedades transmisibles del aparato respiratorio que incluye desde el catarro común hasta la neumonía, pasando por la otitis, amigdalitis, sinusitis, bronquitis aguda, laringotraqueítis, bronquiolitis y laringitis, con evolución menor a 15 días y con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre. Ferreira et al. (2013) Las Infecciones Respiratorias Agudas son un grupo de enfermedades que afectan a todos los niños y niñas que se pueden presentar en la nariz, oídos, garganta, bronquios y pulmones. Las Infecciones Respiratorias son ocasionadas por patógenos como son los virus, bacterias, hongos y parásitos. De estos, los virus son los responsables de la mayoría de las infecciones que pueden ser leves como el resfriado o graves como la neumonía. Secretaria Salud México S.S.M. (2010).

2.1.3 Causas de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años

Herrera y Solano (2013) Refieren que una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sincitial respiratorio, virus de la para influenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus*, el 9%. Se considera que en más del 90% de los casos de las infecciones respiratorias agudas son agentes causales son virus, particularmente las del aparato respiratorio superior. En las infecciones del aparato respiratorio inferior, los virus también son los más frecuentes (60-70%) sin embargo, un alto porcentaje (30-40 %) es de etiología bacteriana. Menciona la Organización Mundial de la Salud OMS (1994) citado por la norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-(1994).

2.1.4 Clasificación de las Infecciones Respiratorias Agudas

Según OMS (1999) Citado en la Norma Oficial Mexicana 031 para la Atención Integral del Niño. Las infecciones respiratorias agudas, de acuerdo con las características clínicas, se clasifican en casos: sin neumonía; con neumonía y dificultad respiratoria leve (polipnea o taquipnea); y con neumonía y dificultad respiratoria grave (tiraje, cianosis y disociación tóraco-abdominal).

Herrera y solano (2013) Refieren que las Infecciones de las vías aéreas superiores (resfriado, sinusitis aguda, laringitis aguda, otitis media aguda, laringotraqueobronquitis, etc.) e infecciones del tracto respiratorio inferior (neumonía, bronquiolitis aguda y bronquitis).

2.1.4.1 Infecciones Respiratorias Altas

Son las más frecuentes, a menudo de origen viral y por ello de evolución auto limitada pero a veces aparentemente inofensiva, y que por diversas razones hacen infección secundaria complicada.

2.1.4.1.1 Resfriado Común

Infección Viral, de corto tiempo y de buen curso. Es la más frecuente de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Puede ser causada hasta por 200 tipos de virus. El tratamiento consiste en atacar los síntomas. Como su causa es un virus puede ser tratada en casa sin antibióticos.

Signos y Síntomas: Malestar general, Obstrucción nasal, Tos, Dolor de garganta, Irritación ocular, Ronquera, Pérdida del olfato y del gusto, Aumento de las secreciones nasales, Dolor de oídos, Fiebre, Dolor de cabeza.

2.1.4.1.2 Sinusitis

Es definida como la inflamación de la mucosa de la nariz y los senos paranasales, motivo por el cual los especialistas prefieren utilizar el término rinosinusitis. De acuerdo a su etiología es infecciosa, alérgica o mixta y por su

duración puede ser aguda con menos de 4 semanas, subaguda con 4 a 12 semanas y crónica aquella con más de 12 semanas. Indica la Secretaría Salud México (2009) citado guía práctica clínica (GPC).

Signos y Síntomas: Se caracteriza por la presencia de rinorrea purulenta, obstrucción nasal, dolor facial, así como fiebre, tos, fatiga, hiposmia o anosmia, dolor dental maxilar y plenitud ótica.

2.1.4.1.3 Faringoamigdalitis Aguda

Matiñó, Esteller, Sanz y Ademà (2003) Definen que la amigdalitis es la inflamación aguda de origen infeccioso de las formaciones linfoides de la orofaringe, especialmente las amígdalas palatinas. Dicho proceso se extiende habitualmente al resto de la mucosa faríngea y, por tanto, el término más adecuado es faringoamigdalitis. Indico Servicio de Otorrinolaringología (2003).

Signos y Síntomas: Odinofagia brusca, fiebre de intensidad variable, cefalea y, especialmente en los niños, alteraciones digestivas. Amígdalas enrojecidas y aumentadas con exudado blanco-gris en su superficie.

2.1.4.1.4 Laringitis

Inflamación aguda de la laringe subglótica y de la tráquea, la mayor parte de las veces secundaria a infección viral y que se manifiesta por dificultad respiratoria aguda, de predominio inspiratorio. En más del 90 % de los casos su origen es viral, siendo más frecuente Para influenza 1, luego Para influenza 2 y 3,

adenovirus 1,3 y 5, VRS, sarampión y ocasionalmente bacterias (estreptococo, estafilococo y haemophilus influenzae b). Según el Servicio de Pediatría (SP) 2010-2013. *Signos y Síntomas*: Generalmente precedido por síntomas catarrales de horas o días de evolución, fiebre, disfonía (ronquera, llanto ronco, tos crupal) estridor inspiratorio y tiraje de intensidad variable; signos de hipoxemia como cianosis, angustia, palidez, sudoración y taquicardia. Finalmente la etapa de agotamiento, con compromiso sensorial, cianosis y paro respiratorio.

2.1.4.1.5 Otitis Media Aguda (OMA)

Es una enfermedad del oído, de inicio súbito, que se caracteriza por presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local. Constituye de las principales Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la edad pediátrica y representa una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo. Según la Secretaria Salud México (2011) citado prevención, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda en la edad pediátrica. *Signos y Síntomas*: Inflamación de oído medio, fiebre, irritabilidad, anorexia, otalgia y vomito.

2.1.4.1.6 Laringotraqueitis

Secretaria Salud México (2009) citado como guía práctica clínica indica que la laringotraqueitis es una enfermedad infecciosa aguda que afecta

predominantemente a la población pediátrica de 6 meses a 3 años de edad y es una causa común de obstrucción de las vías respiratorias altas. Se presenta en las siguientes modalidades y se caracterizan por la aparición de los signos y síntomas. *Signos y Síntomas:* Caracterizada por tos traqueal, estridor laríngeo, inspiratorio y disfonía.

Laringotraqueitis Aguda Leve: Tos traqueal ocasional, en general no hay estridor en reposo, aunque se puede presentar al toser o llorar, no hay tiros supra esternales o son leves.

Laringotraqueitis Aguda Moderada: Tos traqueal frecuente, estridor laríngeo fácilmente audible en reposo, y dificultad respiratoria leve que se manifiesta por tiraje intercostal y esternal.

Laringotraqueitis Aguda Grave: Tos traqueal frecuente y puede ser más intensa, estridor laríngeo intenso a la inspiración e incluso puede ser audible a la espiración con mayor tiraje intercostal y esternal con dificultad respiratoria y agitación importantes.

Laringotraqueitis Aguda que Amenaza la Vida: inminencia de paro cardiorrespiratorio. Se encuentran presentes: letargo, somnolencia y cianosis. Con datos de dificultad respiratoria grave hasta el grado de esfuerzo respiratorio disminuido.

2.1.4.2 Infecciones Respiratorias Bajas

Herrera y Solano (2013) Indican que la causa más importante de mortalidad de la enfermedad es la infección bacteriana particularmente peligrosa, y la bacteriana neumónica domina todas las infecciones mortales de la infancia. Las infecciones del tracto son relativamente menos frecuentes que las altas, son de diagnóstico precoz más difícil y producen mayor mortalidad. Las infecciones respiratorias agudas son primariamente transmitidas de persona a persona a través del aire. Los factores que influyen en su transmisión son altas densidades de población.

2.1.4.2.1 Gripe o Influenza

Lagos, Avendaño y Levine (1999) Indican que los virus influenza, particularmente el virus influenza tipo A, se caracterizan por su capacidad para experimentar mutaciones y reorganizaciones genéticas que pueden determinar cambios antigénicos de mayor o menor magnitud en sus proteínas externas, y que resultan en la aparición de variantes virales que difieren parcial o totalmente de aquellas inmunológicamente conocidas por la población. *Signos y Síntomas:* Dolor de cabeza, fiebre, escalofrío, tos, garganta dolorida y dolores del cuerpo. La diarrea y el vómito no son comunes.

2.1.4.2.2 Bronquitis Aguda

La bronquitis aguda es un término que define a la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos, resultado generalmente a una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Refiere la Secretaria Salud México (2010) citado como: Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda No Complicada en el Paciente Adulto. *Signos y Síntomas:* Tos constante de inicio reciente que empeora por la noche con o sin expectoración, de duración aproximada de 10 días a 2 semanas y en ocasiones se puede presentar fiebre.

2.1.4.2.3 Bronquiolitis

Es una enfermedad respiratoria aguda que afecta la vía aérea pequeña particularmente, bronquiolos; caracterizada por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas pequeñas que aumentan la producción de moco y origina broncoespasmo. *Signos y síntomas:* La rinorrea precede frecuentemente a otros síntomas como la taquipnea y la dificultad respiratoria, La tos seca o húmeda acompaña de síntomas.

2.1.4.2.4 Enfermedad Bronquiolitis Grave

Signos y síntomas asociados con rechazo al alimento y dificultad respiratoria caracterizada por obstrucción nasal y taquipnea así como hipoxemia. Indico Secretaria Salud México S.S.M. (2009) Diagnostico y manejo en niños con bronquiolitis en fase aguda.

2.1.4.2.5 Neumonía o Pulmonía

Es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces la neumonía es infecciosa, pero no siempre es así. La neumonía puede afectar a un lóbulo pulmonar completo (neumonía lobular), a un segmento de lóbulo, a los alvéolos próximos a los bronquios (bronconeumonía) o al tejido intersticial (neumonía intersticial). *Signos y Síntomas:* Generalmente, es precedida por una enfermedad como la gripe o el catarro común, Fiebre prolongada por más de tres días, en particular si es elevada, La frecuencia respiratoria aumentada, recién nacidos hasta menos de 3 meses: más de 60 por minuto, Se produce un hundimiento o retracción de las costillas con la respiración, que se puede observar fácilmente con el pecho descubierto, las fosas nasales se abren y se cierran como un aleteo rápido con la respiración. (Esto se da principalmente en niños), Quejido en el pecho como asmático al respirar.

2.1.4.2.6 Bronconeumonía

Es la inflamación de la parte baja de las vías respiratorias debido a una infección producida generalmente por microbios. Esta enfermedad tiene un inicio brusco y repentino. Surge como una complicación grave de otras enfermedades respiratorias como resfríos mal cuidados, influenza, bronquitis. Produce serios trastornos pulmonares que si no son tratados a tiempo, causan la muerte en forma muy rápida. Indican Herrera y Solano (2013). *Signos y*

Síntomas: Fiebre elevada, por más de tres días, frecuencia respiratoria elevada, hundimiento de las costillas al respirar, se puede observar fácilmente con el pecho descubierto, las fosas nasales se abren y se cierran como un aleteo rápido con la respiración, quejido en el pecho como asmático al respirar, decaimiento, tos intensa, se pone morado cuando tose, rechazo a los alimentos, la piel se pone fría, llora débilmente, puede tener convulsiones, poca reacción a los estímulos.

2.1.5 Algunos Factores de Riesgo de las Infecciones Respiratorias Agudas

2.1.5.1 Factores de Riesgo Demográficos

2.1.5.1.1 Sexo

En un número considerable de estudios realizados en la comunidad, los varones parecen ser más afectados por las IRAB que las mujeres (2, 3). En estudios basados en datos de clínicas sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de sesgo en el sexo al buscar asistencia. El riesgo atribuible al sexo masculino lo confirmaron dos estudios recientes de casos y controles de neumonía en Brasil (4, 5). En uno de ellos, el predominio masculino se observó inversamente relacionado con la edad: mientras 74% de los casos menores de 6 meses fue de varones, esta proporción fue de sólo 51% entre niños mayores de un año.

2.1.5.1.2 Edad

Aunque la incidencia general de las IRAB es razonablemente estable durante los primeros cinco años de vida, la mortalidad se concentra en la infancia. De hecho, cerca de la mitad de las muertes debido a enfermedades respiratorias entre los niños menores de 5 años ocurre en los primeros seis meses. Este dato tiene grandes implicaciones para las campañas preventivas ya que muestra la necesidad de centrar la atención en los infantes más pequeños. Los factores responsables de la concentración tan temprana de muertes, incluyen inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y destete temprano. Refiere Victora (1996).

Herrera y solano (2013) Refieren que las IRA son graves entre los menores de un año y aún más en los menores de 2 meses, frecuentemente en menores de sexo masculino. La frecuencia de infecciones respiratorias aguda disminuye con el incremento de la edad, durante la niñez. Los niños presentan una mayor incidencia que los adultos, principalmente cuando inician la edad preescolar. Edad temprana a la infección: Los problemas respiratorios son comunes en la niñez. Entre los tres y los cinco años de edad, los niños suelen tener de siete a ocho resfriados al año. Más adelante, durante la niñez intermedia padecen menos de seis resfriados al año. El número es menor debido al desarrollo del sistema respiratorio y el sistema inmunitario.

2.1.5.1.3 Vacunación

Calderón, Moore, Pittaluga y Potin (2011) Indicaron que el uso sistemático de vacunas es una medida de gran impacto en salud pública. Se estima que la práctica obligatoria de vacunación en niños sanos a través del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), previene tres millones de muertes anualmente en el mundo. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de múltiples vacunas. Estos pacientes son particularmente susceptibles a infecciones bacterianas y virales por diversas razones. La prevención de infecciones a través del uso de vacunas, debiera ser un eje en el cuidado de estos niño; no obstante, los estudios demuestran, con frecuencia, atrasos o esquemas incompletos de vacunación en comparación con el niño de término.

2.1.5.2 Factores de Riesgo Ambientales

Los factores de riesgo ambientales más frecuentemente estudiados en las infecciones respiratorias, incluyen exposición al humo, el hacinamiento y el enfriamiento.

2.1.5.2.1 Exposición al Humo

El humo incluye varios contaminantes que afectan el tracto respiratorio. Las principales fuentes de humo que afectan a los niños en países en desarrollo incluyen la contaminación atmosférica, la contaminación doméstica por residuos

orgánicos, el humo que desprenden los anafres o braceros al quemarse carbón o leña, y el fumar pasivamente.

2.1.5.2.2 Humo Ambiental por Tabaco

La prevalencia de fumadores está aumentando en países menos desarrollados, particularmente en áreas urbanas. La asociación entre el humo ambiental del tabaco frecuentemente en referencia a los fumadores pasivos y las enfermedades respiratorias en la niñez, ha sido claramente establecida por un gran número de estudios. Los hijos de los fumadores no presentan tan buenos resultados en las pruebas de función pulmonar y muestran de 1,5 a 2,0 veces mayor incidencia de infecciones respiratorias bajas que los hijos de los no fumadores. Los datos de un estudio en 4,500 niños brasileños seguidos durante los dos primeros años de vida, mostraron un incremento de 50% en hospitalizaciones debidas a las IRAB entre los hijos de padre y madre fumadores, comparados con los hijos de no fumadores. Esta asociación es mayor para infantes que para niños mayores, y también más fuerte para una madre fumadora que para el padre que fuma. No es probable que la asociación se deba a variables de confusión. Sin embargo, dos estudios recientes en Brasil, que usaron la neumonía confirmada radiológicamente como resultado (4, 5), no encontraron una asociación significativa entre aquella y los padres fumadores. Una posible explicación para esta discrepancia es que la mayoría de los estudios positivos incluye condiciones broncoespasmódicas así como

neumonía, mientras que los dos estudios mencionados se restringieron a niños con infiltrados alveolares. Prieto et. al. (2000) En la exposición de los niños al humo del cigarro de los convivientes (fumador pasivo). El 84,4 % de los casos estuvo expuesto, mientras que en los controles el 63,3 % no tuvo exposición. Esta variable también constituyó un factor de riesgo para las IRA. El hábito de fumar pasivo constituye un peligro para los niños que se encuentran expuestos a una atmósfera de humo de tabaco. El niño paga por la despreocupación de los padres, afectándose su función respiratoria; en ellos aparecen de forma más frecuente las infecciones respiratorias agudas. Fernández Salgado plantea que esta situación se incrementa cuando ambos progenitores fuman, reportando promedios de 12,1 consultas y 1,6 ingresos por año.

2.1.5.2.3 Hacinamiento

Victoria (1996) Refiere el hacinamiento, que es notablemente común en países en desarrollo, contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones y fómites, y su asociación con las infecciones respiratorias se ha demostrado claramente 7,37. Variables relacionadas fuertemente con el hacinamiento, tales como el orden en el nacimiento y el número de niños menores de 5 años en la vivienda, están también asociadas al riesgo de infecciones respiratorias bajas. Un estudio en Brasil mostró que, después del ajuste para factores socioeconómicos y ambientales, la presencia de tres o más niños menores de 5 años en la vivienda, se asociaba con un incremento de 2,5

veces en la mortalidad por neumonía. La concurrencia a guarderías, que incrementa el contacto entre niños pequeños, está también vinculada con las infecciones respiratorias agudas. De particular interés son dos estudios en Brasil que mostraron una asociación fuerte entre la permanencia en las guarderías y la neumonía en niños menores de 2 años. Después del ajuste para variables de confusión, el incremento en el riesgo fue de 12 veces en Porto Alegre y de cinco veces en Fortaleza. El hacinamiento por lo tanto, ya sea en la casa o en instituciones, constituye uno de los factores de riesgo mejor establecidos para la neumonía. Prieto et. al. (2000) Plantea que los niños que duermen en una habitación donde hay más de 3 personas se encuentran predispuestos a adquirir infecciones respiratorias agudas, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos. El hacinamiento tuvo relación con este padecimiento pues un 60 % de los casos presentaba este factor; en los controles se presentó de forma diferente, sólo el 11,1 % de los niños dormían hacinados.

2.1.5.2.4 Exposición al Frío y a la Humedad

Se sabe comúnmente que el frío puede acarrear infecciones respiratorias; esta implicación de hecho, las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno, tal como lo muestra un estudio en niños del sur de Brasil. En los países en desarrollo, sin embargo, las tendencias estacionales

en la mortalidad infantil son ahora menos marcadas que en la primera mitad de este siglo. Sin embargo, no es claro que las alzas observadas en invierno en las enfermedades respiratorias sean causadas directamente por las bajas temperaturas. No obstante, la evidencia descrita se refiere básicamente a las infecciones virales y no a las bacterianas. Herrera y Solano (2013) indican que los cambios ambientales extremos, tales como caluroso-frío; o seco- y en general la exposición a cambios bruscos de temperatura. De la Vega, Pérez, Alern Y Lecha (2010) Refieren que las condiciones del tiempo no provocan enfermedades, sino que actúan como factor de riesgo o predisponente para la ocurrencia de crisis de salud en personas que ya padecen una enfermedad determinada. La relación entre el estado del tiempo y la salud humana es muy compleja, porque depende de la magnitud del cambio de tiempo (grado de contraste) y de la sensibilidad del receptor.

2.1.5.3 Factores Nutricionales

2.1.5.3.1 Bajo Peso al Nacer

Aproximadamente 16% de los niños nacidos en el mundo tiene bajo peso al nacer (BPN). Esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales 90% nace en los países en desarrollo. La mayoría de estos infantes parecen ser Pequeños para Edad Gestacional (PEG) nacidos a término. Esto difiere de la situación en países industrializados en donde la mayoría de infantes de BPN son pre término. Dos mecanismos principales vinculan el peso al nacer con las

Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) inmunocompetencia reducida y función pulmonar restringida. La respuesta inmune de los infantes de BPN está severamente comprometida, afectando particularmente a los niños PEG. Los infantes pre término tienden a tener una función pulmonar restringida durante la niñez, ya sea debido a displasia broncopulmonar secundaria a ventilación mecánica o a dispnasis, en la cual el desarrollo integrado de las vías aéreas y los alvéolos se ve interrumpido por el nacimiento pre término. Este mecanismo sin embargo, puede tener relevancia limitada en los países en desarrollo, donde la mayoría de los infantes de BPN son PEG, y donde los infantes severamente prematuros raramente sobreviven. El BPN es un determinante bien conocido en la mortalidad general para infantes y niños menores de 5 años. Los infantes pre término se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes PEG de peso al nacer comparable. Durante el segundo, el tercer y el cuarto año de vida, podría darse lo contrario. Cuatro estudios mostraron claros patrones de dosis-respuesta la relación entre la disminución de la mortalidad por neumonía y el incremento del peso al nacer. El riesgo relativo medio en estos estudios fue de 7,3 para niños de BPN comparado con los que pesaron 2.500 gramos o más. Solo se encontraron dos estudios de incidencia de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) en relación al peso al nacer. En un estudio de cohortes en India no se encontró asociación a pesar de la diferencia ocho veces mayor en la mortalidad. Un estudio británico mostró que los niños de Bajo Peso al Nacer (BPN) tuvieron dos veces más el número de infecciones respiratorias bajas en

el primer año de vida que sus controles apareados; para el segundo año, la diferencia entre los dos grupos no fue significativa. Varios estudios han señalado riesgos relativos para las admisiones por infecciones respiratorias en infantes de BPN, pero solo tres incluyeron un ajuste para factores de confusión. A pesar de que el sesgo en el diagnóstico probable y en la selección de los casos pudo haber afectado la investigación de estas admisiones por causas respiratorias, todos los estudios mostraron riesgos relativos elevados, oscilando de 1,5 a 8,0 para infantes de BPN. Los infantes PEG y pre término de Brasil presentan riesgos similares en cuanto a ser hospitalizados con neumonía durante los primeros dos años de vida. En el tercero y cuarto años, sin embargo, los infantes pre término experimentan mayor riesgo de ser admitidos por neumonía que los infantes PEG. Los resultados presentados llevan a la conclusión de que el BPN resulta en una tasa más alta de condiciones respiratorias graves las cuales incluyen neumonía.

2.1.5.3.2 Desnutrición

Victora (1996) Refiere que la desnutrición energético-proteica resulta de una inadecuada ingesta o utilización de calorías o proteínas en la dieta, o de enfermedades infecciosas en la niñez tales como diarrea y neumonía. En los estudios epidemiológicos, la desnutrición se evalúa habitualmente con medidas antropométricas. Los estudios en desnutrición e IRAB han variado considerablemente en la selección del indicador a informar, ya sea que se use

el de talla baja para la edad (retardo o *stunting*), bajo peso para la talla (desgaste o *wasting*), bajo peso para la edad (*underweight*) o combinaciones diferentes de los tres. La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. Datos de la Organización Mundial de la Salud de niños de un año de edad provenientes de varios países mostraron que la prevalencia media de retardo (por debajo de -2 puntajes Z), fue de 34% en América Latina a 47% en Asia. El déficit de peso para edad varió de 23 a 53%, mientras que el desgaste fue menos común, fluctuando de 3 a 19%, respectivamente. Existe evidencia abrumadora de que los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente, particularmente a nivel celular, y consecuentemente tienen infecciones más graves que los niños con un estado nutricional adecuado. El impacto de la desnutrición en la mortalidad infantil en general ha sido recientemente objeto de un meta-análisis. Incluso los déficits antropométricos más leves se asocian a un riesgo mayor de muerte. Solo dos estudios parecen estar disponibles en cuanto a mortalidad respiratoria: uno de Papua Nueva Guinea, que muestra un incremento de ocho veces en la mortalidad para niños con menos de 70% del peso para la edad; y uno de Brasil que muestra un incremento de 20 veces en la mortalidad para aquellos por debajo de -2 puntajes Z, también en lo referente a peso para edad. Este último estudio, en el que se tomaron en cuenta factores de confusión, también mostró un riesgo mayor para niños con desnutrición leve y moderada. Cuatro estudios hospitalarios han indicado riesgos relativos para la letalidad de los casos de

IRAB en relación con el estado nutricional. La mayoría de los estudios se basó en admisiones hospitalarias. Tomados en conjunto, los estudios que usaron -2 puntajes Z como el punto de corte, encontraron un incremento de dos a cuatro veces en el número de neumonías entre los niños desnutridos. Los estudios de casos y controles de Brasil sobre neumonía confirmada radiológicamente, También se encontraron asociaciones significativas en la talla para edad y en el peso para la talla. En resumen, los estudios de varios países muestran asociación entre la desnutrición y las IRAB/neumonía. Aunque la mayoría de los estudios midió el peso de los niños después que la enfermedad tuvo efecto, por lo cual puede atribuirse a la enfermedad, ello no explica la magnitud de los riesgos relativos observados. Herrera y Solano La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. El déficit de peso para edad varió de 23 a 53 %, mientras que el desgaste fue menos común, fluctuando de 3 a 19 % respectivamente. Los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

2.1.5.3.3 Lactancia Materna

Prieto et. al (2000) Refieren que en aquellos niños que al nacer no reciben lactancia materna, no recibirán la protección que la misma aporta contra las IRA. Igualmente, los niños con enfermedades asociadas o desnutrición,

presentan un sistema inmunológico deficiente para defenderse contra las infecciones. El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes (fumador pasivo) son factores de riesgo de las infecciones respiratorias. Al analizar el uso de la lactancia materna se observó que el 95,5 % de los casos fue inadecuado, mientras que en los controles sólo el 32,2 % no la recibió de forma adecuada, comportándose esta variable como factor de riesgo. En relación con la desnutrición se determinó en el 72,2 % de los casos, sin embargo en los controles sólo se reportó el 1,1 %, evaluándose como factor de riesgo. La lactancia materna exclusiva es la mejor forma de alimentar a los niños pequeños, asegura su crecimiento normal y los protege contra las infecciones diarreicas y respiratorias. Se ha debatido ampliamente cuándo se deben introducir los alimentos complementarios; si se introducen muy pronto se reduce la ingestión de leche materna del bebé, reemplazándola con fuentes de nutrientes menos apropiadas, y queda más expuesto a la infección. Al introducirlos muy tarde puede demorarse el crecimiento y desarrollo del lactante por la ingestión insuficiente de nutrientes; por eso se debe comenzar a dar alimentos complementarios entre los 4 y 6 meses. Herrera y Solano (2013) Refiere que la frecuencia de la lactancia materna varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos. Entre ricos y algunas áreas urbanas pobres, la

duración media de la lactancia es de 3 meses. En otras áreas urbanas pobres y rurales pobres, los bebés son alimentados a pecho hasta los 12 y 18 meses.

La lactancia materna protege contra las Infecciones Respiratorias Agudas mediante cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida. Después del 6to. Mes cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan los problemas económicos y como resultado la desnutrición. Delgado et. al (2006) Refieren que la leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y lactantes hasta los seis meses, tiene propiedades bio-activas que facilitan la transición de la vida intra a la extra útero. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año. Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes. Prende, Vivanco, Gutiérrez y Gilbert. (1999) Refieren que la lactancia materna exclusiva con algunas características

sociodemográficas maternas vemos que la mayoría eran madres entre 20-29 años (50,4 %), trabajadoras (62,4 %), con nivel de escolaridad medio (63,2 %) y con unión estable (85,5 %). Las madres adolescentes abandonaron con mayor frecuencia la lactancia materna exclusiva durante el 1er mes (38,1 %), así como las que tenían nivel primario (47,8 %), las estudiantes (100 %) y las solteras (58,8 %). La mayoría de las madres estudiadas eran primíparas (63,2 %) siendo éstas las que con mayor frecuencia abandonaron la lactancia materna exclusiva antes del mes (20,3 %), en comparación con las multíparas en las que hubo una mayor tendencia a prolongarla entre 1 y 4 meses. La causa de abandono de la lactancia materna exclusiva referida con mayor frecuencia por las madres fue el no tener suficiente leche (81,6 %), cuestión que no fue corroborada en ningún caso por el Médico de Familia. Durán, Villegas, Sobrado y Almanza (1999) Refieren La lactancia materna es la forma ideal y superior de nutrición para los recién nacidos a término; el alimento óptimo para el crecimiento y desarrollo por sus propiedades nutricionales, anti infecciosas y biológicas; la recomendada para alimentar al niño en forma saludable pues su desarrollo nutricional será elevado, y sin anemia, promueve el desarrollo físico y los patrones de crecimiento son superiores. Sin embargo, a pesar de las numerosas ventajas de la lactancia materna muchas madres prefirieron la alimentación artificial y aunque se logra que comiencen a lactar durante el ingreso en el hospital, con frecuencia al llegar al hogar dejan de lactar a sus niños en forma prematura.

2.1.6 Factor de Riesgo con mayor prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas.

Díaz, Soler, Ramos y González (2001) Refieren que factores demográficos, como la edad materna y el nivel educacional; así como una relación menos consistente con factores tales como el nivel socioeconómico. Asimismo constituyó la incorporación al trabajo la primera causa para el destete, sobre todo en mujeres desempleadas y de bajo nivel educacional. Muchas mujeres no están alertadas de su derecho legal en el trabajo para lactar a sus bebés, y una elevada proporción de puestos de trabajo no tiene facilidades para las madres que desean lactar a sus hijos. Otros autores encontraron una duración menor de la lactancia materna en las trabajadoras a tiempo completo, de hasta 8,6 semanas con relación a las que no trabajan.

La valoración nutricional del niño al año de edad y su relación con el tipo de lactancia practicada, demuestra una vez más, la superioridad de la lactancia natural frente a otros métodos de alimentación en relación con sus valores nutritivos, facilitando un mejor desarrollo del niño pequeño. En diversas publicaciones han sido señaladas las consecuencias negativas del abandono temprano de la lactancia materna desde puntos de vista nutricionales, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos y económicos. Las infecciones de las vías respiratorias son la segunda causa de morbilidad en el primer año de vida, y en países en desarrollo es una de las primeras causas de mortalidad

infantil. Reportan que en el primer año de vida el riesgo de morir por infecciones de las vías aéreas, al suplantarse con fórmula la alimentación del seno, es 1,6 veces mayor que si se amamantaran exclusivamente. En Brasil, César y otros demostraron que los niños que no fueron amamantados tuvieron 17 veces más probabilidad de ser hospitalizados, que los que no recibieron leche o fórmula y recibieron lactancia materna, a causa de bronconeumonía. En Santiago de Chile, resultados similares fueron obtenidos por otros autores reportando que los niños que recibieron alimentos sólidos y semisólidos, tuvieron una mayor incidencia de morbilidad por enfermedades respiratorias bajas, que aquellos que no recibieron estos suplementos. El riesgo de adquirir una bronconeumonía, es de 1,5 a 4 veces mayor entre los niños que no son amamantados.

2.1.7 Nivel Educativo de las Madres está Relacionado con la presencia de IRA en los Niños.

Quiroz y Roxana (2002) Refieren que los conocimientos y prácticas que tienen las madres de niños menores de 5 años acerca de la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas, si existe relación entre los conocimientos y las prácticas que tiene la madre del niño menor de 5 años sobre las medidas preventivas de la Infecciones Respiratorias Agudas. Respecto a los conocimientos se obtuvo que un 85% de madres tienen un conocimiento medio o bajo sobre las medidas preventivas de la infecciones respiratorias. Las

prácticas que emplean las madres para la prevención de las mismas son correctas obteniéndose un 50.7%, seguidas de las prácticas incorrectas con un 49.3%. Por eso, es necesario, que la madre conozca las medidas preventivas a tener en cuenta en sus niños, considerando los conocimientos, actitudes, creencias, costumbres y prácticas de la misma, contribuyendo de esta manera a reducir la morbilidad como también las complicaciones de las infecciones respiratorias agudas mediante actividades preventivo y promocionales dirigidas a las madres y a la comunidad en general; mejorando de esta manera la calidad de vida de este grupo vulnerable.

2.1.8 Factores Sociodemográficos Relacionado con la presencia de IRA en los Niños.

Delgado, Arroyo, Díaz y Quezada (2006) Refieren que han realizado diversos estudios para conocer los factores que están asociados a la lactancia materna. Entre los factores que se han encontrado para el abandono precoz de la lactancia se mencionan: edad de la madre menor de 20 años, no estar casada, y el regreso al trabajo. Otros estudios lo han asociado a madre estudiante, bajo nivel de escolaridad, primiparidad y madres fumadoras.

2.1.9 Acciones de Educación y Comunicación para la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas

Valdés y Martínez (1999) Refieren que existe un consenso en que cuanto mayores son los conocimientos de las madres sobre este padecimiento,

posiblemente relacionados con un mejor nivel socioeconómico y educacional, mayores son las posibilidades de que tales infecciones sean prevenidas e identificadas correcta y oportunamente en el seno familiar y de que se instauren medidas preventivas o curativas adecuadas.

En particular, la capacidad de las madres para reconocer los signos que indican que un niño puede tener neumonía, llevarlo al centro de salud, administrar la influencia más marcada sobre la suficiencia de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) ante las infecciones respiratorias para cada uno de los niveles de suficiencia considerados fue el nivel educacional, el cual, a su vez, repercute en la morbilidad. El nivel educacional se revela como la variable imprescindible en la predicción mediante regresión logística de la suficiencia al 70% de los CAP de las madres sobre las infecciones respiratorias. El riesgo de mortalidad perinatal aumenta dependiendo de que la edad de la madre se sitúe hacia ambos extremos.

2.1.10 Diagnóstico

Weissenbacher y Ávila (S.F) Indican que el diagnóstico etiológico de las infecciones respiratorias virales se realiza tradicionalmente mediante de la detección del agente etiológico durante la enfermedad o por la determinación de un aumento del título de anticuerpos durante la convalecencia. Dicho diagnóstico es complejo debido a la gran variedad de agentes que causan las IRA pero se ha simplificado grandemente con las metodologías existentes para

la detección directa del virus en el aspirado nasofaríngeo. El aislamiento en cultivos celulares más la identificación por técnicas inmunoquímicas se considera el método de elección o patrón para el diagnóstico virológico.

2.1.11 Tratamiento

La NOM 024 (1994) Refiere que el manejo y tratamiento de las IRA comprende las opciones siguientes: tratamiento sintomático y cuidados generales, tratamiento antimicrobiano y referencia al hospital. Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento ambulatorio son: acetaminofén, ampicilina, trimetoprim con sulfametoxazol, amoxicilina, y penicilina benzatínica. Administrar acetaminofén en caso de dolor o fiebre mayor a 38.5°C, a las dosis siguientes: en recién nacidos 30 mg. por kg/día, dividido cada 4 o 6 horas., sin pasar de 5 dosis al día; en niños mayores, 40 a 60 mg. por kg/día, dividido cada 4 o 6 horas sin pasar de 5 dosis al día. NOM-031(1999) Existen tres planes de acuerdo a los signos y síntomas presentados en la clasificación operativa.

2.1.11.1 PLAN A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía:

Medidas generales

- Aumentar la ingesta de líquidos
- Mantener la alimentación habitual
- No suspender la lactancia al seno materno

- Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas
- Control del dolor, la fiebre, y el malestar general, con acetaminofén, 60 mg/kg/día, vía oral, dividido en cuatro a seis tomas
- En menores de un año, no aplicar supositorios para la fiebre
- No utilizar jarabes o antihistamínicos.
- Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.
- Explicar a la madre por qué la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer.
- Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes; y Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación.

Antimicrobianos: Sólo están indicados en casos de faringoamigdalitis purulenta, otitis media aguda y sinusitis, de acuerdo con el cuadro siguiente:

- Faringoamigdalitis purulenta: Penicilina benzatínica combinada, 1'200,000 U.I., dosis única, vía intramuscular. alternativa Eritromicina 30-

40 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 10 días o Clindamicina 10-20 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 10 días.

- Otitis media aguda: Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral. Alternativa Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
- Sinusitis: Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral alternativo Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
- Capacitación a la madre o responsable del niño: La capacitación debe estar dirigida fundamentalmente hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, tiraje, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.

2.1.11.2 PLAN B: Tratamiento para niños con neumonía leve, sin factores de mal pronóstico:

Medidas generales;

- Tratamiento ambulatorio

- Aumentar la ingesta de líquidos
- Mantener la alimentación habitual, pero en pequeñas fracciones, un mayor número de veces al día.
- No suspender la lactancia al seno materno
- Controlar la fiebre: con acetaminofén, 60 mg/kg/día, por vía oral, divididos en cuatro a seis dosis diarias.
- En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.2-0.3 mg/kg/día, vía oral, divididos en tres dosis diarias. En el menor de un año, valorar la respuesta en una o dos horas; si es positiva, continuar con salbutamol, y si es negativa, suspender el tratamiento. En mayores de un año continuarlo.
- Revalorar en 24 horas, o antes, si se agrava.

Antimicrobianos:

- Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral o Trimetoprim 8-10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 40-50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
- Capacitación a la madre: La capacitación debe estar dirigida, fundamentalmente, hacia la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a

la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar.

2.1.11.3 PLAN C: Tratamiento para niños con neumonía grave o neumonía leve, con factores de mal pronóstico:

Manejo y tratamiento:

- Envío inmediato a un hospital.
- Traslado con oxígeno, si es necesario (4 a 6 litros por minuto)
- Control de la fiebre: acetaminofén, 15 mg/kg, vía oral, dosis única, y En caso de sibilancias, administrar salbutamol jarabe, 0.15 mg/kg por dosis, vía oral o inhalado (dos disparos con espaciador de aire) o 0.1 ml de adrenalina, 1:1000, vía subcutánea.

Antimicrobianos:

- Primera opción: En el menor de dos meses, ampicilina, 50 mg/kg/día, vía oral o intramuscular.
- En niños de dos meses a cuatro años, Bencilpenicilina sódica cristalina, 100,000 U.I. por kg, vía intramuscular.
- Segunda opción: en los casos donde no hay respuesta positiva, el cuadro siguiente es útil para orientar la selección de antimicrobianos.

USO DE ANTIMICROBIANOS EN NEUMONIA			
CUADRO CLÍNICO	GERMEN PROBABLE	MEDICAMENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Bronconeumonía	S. pneumoniae S. beta hemolítico	Penicilina	Cloranfenicol o TMP/SMZ
Neumonía lobar o segmentaria	S. pneumoniae Haemophilus influenzae b	Ampicilina o cefuroxina	Cloranfenicol o TMP/SMZ
Neumonía por aspiración	Flora de faringe	Penicilina Clindamicina	Penicilina más Amikacina
Neumonía con derrame	S. aureus H. influenzae	Dicloxacilina más Cloranfenicol	Dicloxacilina más Gentamicina
Neumonía con focos múltiples	S. aureus Entero bacterias	Dicloxacilina más Amikacina	Vancomicina más Amikacina
Neumonía en el menor de dos meses	Entero bacterias Streptococcus B	Ampicilina más Amikacina	Vancomicina o Eritromicina más cefalosporina de tercera generación
Neumonía intrahospitalaria	S. aureus Entero bacterias	Dicloxacilina más Amikacina	Cefalosporina de tercera generación más aminoglucósido
Neumonía en pacientes granulocitopénicos	Enterobacterias Pseudomonas Staphylococcus	Imipenem más Amikacina	Vancomicina más Amikacina

2.1.12 Intervenciones de Enfermería

La Secretaria Salud México menciona en el (2012) que se debe promover y reforzar los centros de capacitación para la atención integrada al menor de 5 años en cada entidad federativa, promoviendo la capacitación y rotación en servicio del personal de salud de primer y segundo nivel.

- Atención eficiente, referencia y contra referencia ACTIVAS de IRA.
- Capacitación a las madres en la identificación de signos de alarma.
- Incrementar la cobertura de Vacunación por vacuna y esquema completo.
- Implementar programa de incentivos en los servicios de salud y escuelas hacia una comunidad educativa corresponsable. Refiere la Secretaria Salud México S.S.M. (2012) Citado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

2.1.13 Complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas

Secretaria Salud México (S.F) Refiere que el catarro puede complicarse con una neumonía, lo que puede ocasionar la muerte reconocer los signos de alarma de las IRA: respiración rápida, dificultad respiratoria, dificultad para beber o amamantarse.

- Identificar que, ante la presencia de cualquier signo de alarma, debe solicitar consulta médica inmediata.

- Identificar otros problemas que ameritan consulta médica, como los relacionados con oído o garganta.

Identificando los siguientes factores de mal pronóstico:

- Desnutrición moderada o grave.
- Niño menor de dos meses.
- Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- Madre analfabeta o menor de 17 años.
- Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño.
- Menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer.

2.1.14 Medidas de Prevención

Según NOM-024(1994) Refiere que las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas y que se deben promover en la comunidad, son:

- Dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad.
- Vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño.

- Vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Evitar fumar cerca de los niños.
- Evitar la combustión de leña, o el uso de braseros, en habitaciones cerradas.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- En época de frío, mantener abrigados a los niños.
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C".
- Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones.
- Ventilar la habitación del niño.
- Fomentar la atención médica del niño sano

En materia de capacitación: Capacitar al personal de salud del primer nivel para la evaluación, clasificación y tratamiento específico de las IRAS Capacitar a las madres sobre la atención en el hogar del niño con IRA.

En materia de participación social: Incrementar y consolidar la coordinación con otras instituciones del Sector Salud involucradas en la atención de los niños con IRA. Incrementar la participación de otros sectores involucrados en la atención de los niños para mejorar la nutrición, la vivienda y promover el desarrollo de tareas para el mejoramiento del ambiente.

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

Se realizó una tesina monográfica, al realizar una investigación documental y al analizar literaturas científicas que otros autores han escrito sobre el problema identificado. En esta investigación se inició con la identificación de una problemática en la comunidad de la Tenencia de los Dolores del Municipio de Epitacio Huerta cuya fuente fue la experiencia vivida durante el año del servicio social. Se estructuró el planteamiento del problema de estudio y delimitando la problemática, se generaron preguntas de investigación que trataron sobre cuestiones identificadas en las personas que se atendieron durante el servicio social como pasantes de Licenciatura en Enfermería. Una vez planteado el problema de estudio, se consideró lo que se ha investigado en relación a la problemática y se realizó una revisión de la literatura en fuentes primarias como: Estadísticas, Plan Nacional de la Salud, Libros, Diccionarios, Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, Normas Oficiales, Guías de Práctica Clínica, Plataformas en Internet Google Académico, SCIELO (scielo-scientific electronic library online) y Secretaria de Salud México; se analizó el estado del conocimiento.

Después de analizarlo sistemáticamente se redactó un texto original con argumentos basados en evidencia escrita. Se definieron los objetivos de investigación los cuales fueron las guías del estudio, se justificó el estudio argumentando el porqué y el paraqué del estudio así como la importancia que tiene la realización de esta investigación a la disciplina de la enfermería, las

instituciones y la sociedad. Se finalizó con las conclusiones dando respuesta a la pregunta de investigación y se dan propuestas que contribuyan disminuir las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años.

CAPÍTULO IV

4.1 EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

Mi experiencia vivida durante el año del Servicio Social en la Comunidad de la Tenencia de los Dolores del Municipio de Epitacio Huerta, cuenta con un Centro de Salud de primer nivel de atención, con los siguientes servicios: de consulta externa, odontología, aplicación de vacunas, estimulación temprana, entre otros. Además no disponen de recursos materiales suficientes y adecuados para garantizar la atención a la salud de la población. Se caracteriza principalmente por la alta demanda de consultas durante el día, llenado de papelería y visitas domiciliarias. Como pasante de Licenciatura de Enfermería desempeñe actividades como: Toma de signos vitales, atención de enfermería en pacientes crónicos degenerativos, aplicación de biológicos, citas familiares, feria de la salud, detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Asimismo en esta población hallé una mayor incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, debido a que esta comunidad no tienen la suficiente información de cómo prevenir dicha infección respiratoria, pero como personal de salud di a conocer la importancia de las medidas de prevención, como son: Lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, si manipula sobre todo objetos que pueden ser tocados por otras personas, utilizar desinfectante para limpiar los juguetes de los niños, entre otros, evitar en lugares con multitud de personas, sobre todo si se trata de espacios cerrados, implementar la lactancia materna exclusiva hasta los 6

meses, aplicación de vacunas ,conocer los signos de alarma, mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos que contengan vitamina C y suficiente aporte de líquidos.

De esta manera el Tratamiento se basa primordialmente en la valoración del niño para poder dar un diagnostico que identifique que tipo de agente causal este provocando las complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), y posteriormente indicarle el medicamento adecuado para que podamos evitar la automedicación para los niños.

4.2 CONCLUSIONES

En esta investigación, se concluye que la enfermera desempeña un papel importantes en la prevención y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años de edad, así como en acciones preventivas de ciertos factores de riesgo que las desencadenan como son : en niños con bajo peso al nacer, el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de vida, condiciones de viviendas regulares y malas, exposición de humo de cigarro a los niños por padres fumadores, cambios bruscos de temperatura en meses de invierno, el esquema incompleto de vacunación, niños severamente desnutridos y abuso inadecuado de medicamentos por parte de la madre de familia. Existe un mayor predominio de las Infecciones Respiratorias Agudas asociadas al sexo masculino, presentando una mayor incidencia de episodios en el grupo de niños con factores de riesgos sociales.

- El abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses es uno de los principales factores con mayor prevalencia debido a que las madres de hoy en día no tienen ya la costumbre de amamantar a sus hijos durante los primeros meses de vida.
- Los factores sociodemográfico que influye en la IRA es la edad de la madre menor de 20 años, y por las condiciones económicas en las que se encuentran y esto conlleva a integrarse de nuevo a su trabajo, o por ser madres adolescentes que aún se encuentran estudiando. También

en aquellas que tienen un nivel bajo de escolaridad, la cual hay un descuido en la lactancia materna, debido a que no tienen los suficientes conocimientos en las medidas de prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas.

- Las intervenciones de enfermería para prevenir Infecciones Respiratorias Agudas se aconseja evitar los cambios bruscos de temperatura en las temporadas de invierno, por ello se recomienda abrigar a los niños adecuadamente. Asimismo, orientar a los padres de familia sobre la alimentación proporcionando un aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras que contengan vitaminas A Y C. También, la aplicación oportuna de vacunas que ayuden a reforzar el sistema inmunológico y fomentar la atención médica del niño sano.
- El motivo que me llevo a realizar esta investigación sobre las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en los niños menores de 5 años, se debe por la mayor incidencia de casos registrados en consulta durante el año del servicio social, ya que es un gran problema de salud en esta comunidad.

4.3 RECOMENDACIONES

Para el Personal de Enfermería

- Se recomienda que el personal de la Secretaría de Salud proporcione un curso de inducción a todos los pasantes de enfermería antes de presentarse al servicio social, sobre los programas que se implementaran en las comunidades. Incluyendo las infecciones respiratorias agudas.
- Evaluar el aprendizaje adquirido de los futuros egresados de la Licenciatura de Enfermería de acuerdo a las unidades de aprendizaje relacionadas con la atención primaria de salud, empleando las modalidades exámenes de conocimientos, talleres y trabajo en subgrupos, durante el periodo escolar, para reforzar contenidos, forma de aplicar y evaluar los programas que se llevan a cabo en el primer nivel de atención tales como: planificación familiar, maternidad sin riesgo, lactancia materna, el recién nacido, vacunas, Infecciones Respiratorias Agudas, entre otros.
- Se propone que en el último semestre de la carrera el personal de enfermería elabore un plan de cuidados por medio de una investigación sobre la salud comunitaria para elevar el nivel de conocimiento en las personas de la comunidad, sobre las Infecciones Respiratorias Agudas,

así como sus factores de riesgos, fortaleciéndose de esta manera la atención primaria en salud de los municipios.

Para los Pasantes de Servicio Social

- Capacitar cada mes a las madres de familia sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva por medio de talleres, dinámicas y dramatización llevándolo a cabo en el Centro de Salud de la comunidad.
- Realizar cuestionarios cada semana en el Centro de Salud, a todas las madres de familia para comprobar si identifican los signos de alarma de (IRA).
- Instruir a los padres de familia en las pláticas de cada mes sobre la importancia de la técnica del lavado de manos, por medio de rotafolios, y llevándolo a cabo en un punto de reunión de la plaza de la comunidad o en centro de salud.
- Fomentar en el Centro de Salud pláticas cada 6 meses a los padres de familia sobre las medidas de prevención para evitar las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
- Realizar en cada campaña de vacunación desfiles con los niños de edad preescolar en las calles principales de comunidad informando a la población general sobre el beneficio de las vacunas.

- Realizar talleres cada dos meses a las madres de familia informándoles que deben acudir a consulta médica en caso de una infección respiratoria para identificar el tipo de agente causal, ya que la mayoría de estas son de origen viral y sintomático que no requiere antibióticos. Asimismo evitar la automedicación que solo refuerza que los virus o bacterias se vuelvan resistentes a ciertos medicamentos.
- Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en los menores de cinco años de edad son susceptibles de prevención por medio de las intervenciones de la licenciada en enfermería durante el desarrollo del servicio social.

4.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Razón Behar, Roberto (2003). Prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas. Rev. Cubana Pediatría v.75 n.4 Ciudad de la Habana oct, dic. (En línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312003000400006&script=sci_arttext&tlng=en

2.- Prieto Herrera, María Eulalia; Russ Durán, Guadalupe; Reitor Landrian, Lorena. (2000). Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Rev. Cubana Med. Gen Integr v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. (en línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200010&script=sci_arttext

3.- Martínez, Homero; Suriano, Kimberly; Ryan, Gery; Pelto, Gretel (1997). Etnografía de la infección respiratoria aguda en una zona rural del altiplano mexicano. Salud Pública Méx; Vol. 39(3):207-216. (En línea) disponible.

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000723>

4.- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-(1994). "Para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la atención primaria a la Salud". (En línea) disponible.

<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2013/08/NOM-024-SSA2-1994.pdf>

5.- Ferreira Guerrero, Elizabeth; Báez Saldaña, Renata; Trejo Valdivia, Belem; Ferreyra Reyes, Leticia; Delgado Sánchez, Guadalupe; Chilián Herrera, Olivia Lingdao; Mendoza Alvarado, Laura R; García García, Lourdes. (2013). Infecciones Respiratorias Agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México Salud Publica México. (En línea) disponible.

http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/28olvidado.pdf

6.- Secretaria de Salud México (2013). Generalidades de las siete principales causas de morbilidad en México 2005-2012. Boletín epidemiológico. (En línea) disponible.

<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/semanas/sem42/pdf/edit4213.pdf>

7.- J. Cruz Portillo (2000). Implementación del método rápido de diagnóstico de virus por inmuno fluorescencia en niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas. Revista Chilena de Pediatría. v.71 n.1 Santiago ene. (En línea). Disponible.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062000000100016&script=sci_arttext&tlng=pt

8.- Escalona Reguera, Mario; Alamar. (2003) Morbilidad y Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 Años. Revista cubana de pediatría. v.75 n.3 ciudad de la habana jul.-sep. (En línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s003475312003000300007&script=sci_arttext&tlng=en

9.-Torres, Esperón, Maricela; Dandicourt Thomas, Caridad; Rodríguez Cabrera, Aida (2005). Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista cubana de medicina general integral v.21 n.3-4 ciudad de la habana may.-ago. (En línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s08642125200500300007

10.- León Román, Carlos Agustín (2006).La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista cubana de enfermería v.22 n.3 ciudad de la habana jul.-sep. (En línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086403192006000300007&script=sci_arttext

11.-Quizhpe, Arturo; Uphoff, Eleonora; Encalada, Lorena; Andrade, Diana; Barten Françoise (2013). Aplicación de la estrategia de atención integral de

enfermedades prevalentes de la infancia en ecuador. Revista cubana de salud pública vol.39 no.2 ciudad de la habana abr.-jun. (En línea) disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086434662013000200002&script=sci_arttext

12.- Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Contreras Ríos, Carlos Enrique; Velásquez Hurtado, José Enrique; Mayca Pérez, Julio Ander; Lecca García, Leonid; Reyes Lecca, Roberto; Peinado Rodríguez, Jesús. (2001). automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Revista Médica heredianav.12 n.4 lima oct. (En línea) disponible.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1018130x2001000400004

13.-Herrera, Ana E; Solano, Lilian M. (2013) Factores de riesgo correlacionados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud 18 de octubre de la ciudad de Machala, durante julio 2011- marzo 2012. Repositorio de la Universidad Técnica de Machala . Biblioteca de la Facultad de Ciencias Química y de la Salud.

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/handle/123456789/3333>

14.- Álvarez Castelló, Mirta; Castro Almarales, Raúl; Abdo Rodríguez Anselmo; Orta Hernández Santa Deybis; Gómez Martínez, Margarita; Álvarez Sastelló, María del Pilar. (2008). Infecciones Respiratorias Altas recurrentes. Algunas consideraciones. Revista Cubana de Medicina General Integral. v.24 n.1 ciudad de la Habana Ene.-Mar. (En línea) Disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s08642125200800100011

15.-Zamorano, Alejandra; Márquez, Sonia; Aránguiz, Juan Luis; Bedregal, Paula Sánchez, Ignacio. (2003). Relación entre Bronquiolitis Aguda con Factores Climáticos y Contaminación Ambiental. Revista Médica de Chile v.131 n.10 Santiago Oct. (En línea) Disponible.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498872003001000003&script=sci_arttext

16.- Secretaria de Salud México (2009) Panorama Epidemiológico de la Pandemia de Influenza a (h1n1). SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (En línea) Disponible.

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/p_epi_pandemia_ifluenza_%20a_h1n1_2009_mexico.pdf

17.- Secretaria de Salud México (2008). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención de la Mortalidad Infantil. Primera Edición. (En línea) Disponible.

<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/pronaremi.pdf>

18.- Secretaria de Salud México (2010). Infecciones Respiratorias Agudas Censia, México (en línea) Disponible.

<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/infancia/iras.html>

19.-Organizacion Mundial de la Salud (OMS) (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del niño. (En línea) Disponible.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

20. Secretaria de Salud (2009). Diagnóstico y Tratamiento de Sinusitis Aguda. Guía Práctica Clínica (en línea) Disponible.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/080_gpc_sinusitisaguda/sinusitis_evr_cenetec.pdf

21.-Matiñó Soler, E; Esteller Moré, E.; Sanz Gonzalo J.J.. ; Adema Alcover J.M (2003). Infección en Orl. Servicio de Otorrinolaringología (en línea) Disponible.

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/65/1482/28/1v65n1482a13049051pdf001.pdf>

22.-Servicio de Pediatría (2010-2013). Enfermedades Respiratorias Infantiles. Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (En línea) Disponible.

<http://www.hospitalfricke.cl/servicios/pediatrica/enfermedad.pdf#page=3>

23.- Secretaria de Salud México (2011). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-496-11 (En línea) Disponible.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/496_gpc_otitis_media/imss-496-11-ger_otitismedia.pdf

24.-Secretaria de Salud (2009). Diagnóstico y manejo de la laringotraqueitis agudas en pacientes mayores de 3 meses hasta 15 años de edad. Guía de práctica clínica. (En línea) Disponible.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/258_imss_10_laringotraqueitis/eyr_imss_258_10.pdf

25.- Lagos Z, Rosanna; Avendaño C, Luis F; M Levine, Myron. (1999). Vigilancia Sistemática de Virus influenza, Respiratorio Sincicial, Para influenza y adenovirus, en niños ambulatorios con infecciones respiratorias agudas. Revista médica de Chile v.127 n.9 Santiago Set.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s003498871999000900005&script=sci_arttext

26.- Secretaria de Salud (2010). Diagnóstico y Tratamiento oportuno de la Bronquitis aguda No complicada. Consejo de salubridad general. México. (En línea) Disponible.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/189_gpc_diagnostico_tratamiento_bronquitis_aguda/rer_diagnostico_y_tratamiento_de_bronquitis_aguda.pdf

27.- Secretaria de Salud. (2009). Diagnóstico y manejo en niños con bronquiolitis en fase aguda. Catálogo Maestro de Guías de práctica clínica: imss-032-08. México (en línea) Disponible.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/032_gpc_bronquiolitisped/imss_032_08_eyr.pdf

28.- Secretaria de Salud (S.F.) preguntas más frecuentes y sus respuestas (En línea) Disponible.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/iras/faqiras.htm>

29.- Victora, Cesar G; (1996). Factores de Riesgo en las IRA Bajas. Infecciones Respiratorias en niños. Sección. Magnitud del Problema. México (En línea) Disponible.

<http://pmi.salta.gov.ar/campanai2013/contenidos/aiepi1-1-3.pdf>.

30.- Calderón C, Gonzalo; Moore V, Rosario; Pittaluga P, Enrica; Potin s. Marcela (2011). Adherencia a las inmunizaciones en niños nacidos con menos de 1.500 gr de peso o antes de 32 semanas de gestación, en dos centros chilenos. Revista Chilena de Infectología (En línea) Disponible.

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s071610182011000200010

31.- De la Vega Pazitková Tatiana; Pérez Martínez, Víctor; Alerm González, Alina; Lecha Estela, Luis (2010). El asma bronquial y su asociación con los cambios de tiempo. Revista Cubana de medicina general integral. v.26 n.4 ciudad de la habana oct.-dic.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086421252010000400009

32.- Delgado Becerra, Aída; Arroyo Cabrales, Leyla María; Díaz García, Myriam Alicia Dra. Claudia Angélica Quezada–Salazar (2006). Prevalencia y Causas de Abandono de Lactancia Materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Boletín Médico del Hospital Infantil de México.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s166511462006000100005

33.- Prendes Labrada, Marianela de la C; Vivanco del Río Mirta; Gutiérrez González, Rita María; Quibert Reye, Wilfredo (1999). Factores Maternos Asociados a la Duración de la Lactancia Materna en Santos Suárez. Revista

Cubana de Medicina General Integral. v.15 n.4 Ciudad de la Habana Jul.-Ago. (En línea) Disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s086421251999000400009&script=sci_arttext

34.- Durán Menéndez, Raisa; Villegas Cruz, Déborah; Sobrado Rosales, Zeida; Almanza Mas, Manuel (1999). Factores Psicosociales que Influyen en el abandono de la lactancia materna. Revista Cubana de Pediatría v.71 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. (En línea) Disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s003475311999000200003&script=sci_arttext

35.- Díaz Tabares, Orlando; Soler Quintana, Marta Luisa; Ramos Rodríguez, Ana Olivia; González Masón Loreyle (2001). Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral. v.17 n.4 Ciudad de la Habana jul.-ago. (En línea) Disponible.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s086421252001000400005

36.- Valdés Roque, Ana Iris; Martínez Canalejo, Humberto (1999). Nivel Educativo de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las Infecciones Respiratorias Agudas de sus hijos. Rev. Panamá Salud Pública. La Habana, Cuba. (En línea) Disponible

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>.

37.- Weissenbacher, Mercedes C; Ávila, María M. (S.F.). Los virus como causa de IRA alta y baja en niños: Características generales y diagnóstico (en línea) disponible.

<http://bvs.per.paho.org/videosdigitales/matedu/icattaiepi/data/ira%20virus/9603b ede-03a9-49ec-a945-acc8b31a1771.pdf>

38.- Secretaría de Salud México (2012) Infecciones Respiratorias Agudas en Niños: Inmunizar a tiempo y educar la Respuesta. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (En línea) disponible.

http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ira_ninos.pdf

4.5 ANEXOS



En el año 2013 en Caldas hasta la fecha se ha presentado una notificación de 114 mil 758 casos de IRA, presentándose un aumento de 16 mil 071 casos, si se compara con el año 2012 al mismo periodo que fueron, 98 mil 687 casos.

Signos de alarma en infantes

Hay que estar atentos en los niños y niñas menores de 5 años las siguientes manifestaciones:

- ✓ Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida
- ✓ Se le hunden las costillas al respirar.
- ✓ Presenta ruidos extraños al respirar o "le silba el pecho".
- ✓ No quiere comer o beber y vomita todo.
- ✓ Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Decaimiento y somnolencia.
- ✓ Ataques o convulsiones

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



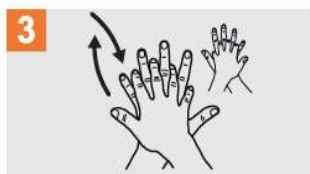
0 Mójese las manos con agua;



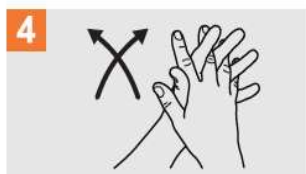
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



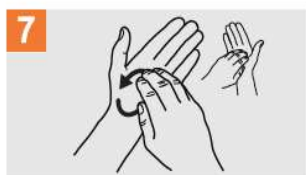
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



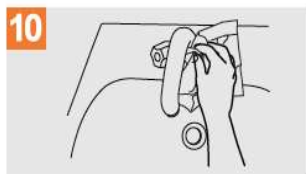
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



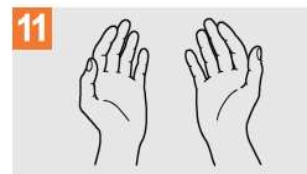
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands