

**INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS (IRA) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS MUNICIPIOS
DE VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO), PASTO (NARIÑO), NEIVA (HUILA),
VILLAVICENCIO (META)**

**ALEXANDRA MAGALY ORTIZ LUZÓN
LEIDY MARROQUIN
DIEGO FELIPE CALDERON LOZANO
DERLY DAZA LADINO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS TECNOLOGIA E INGENERIA
FACULTAD DE REGENCIA DE FARMACIA
CURSO DE PROFUNDIZACION EN SALUD PÚBLICA
COLOMBIA
2011**

**INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS (IRA) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS MUNICIPIOS
DE VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO), PASTO (NARIÑO), NEIVA (HUILA),
VILLAVICENCIO (META)**

ALEXANDRA MAGALY ORTIZ LUZÓN

CC. 1.126.446.434

LEIDY MARROQUIN

CC.27309755

DIEGO FELIPE CALDERON LOZANO

CC. 1077858099

DERLY DAZA LADINO

CC 1.121.822.015

GRUPO: 252828_48

TUTOR

DILSON RIOS

**Proyecto Investigativo presentado para optar por el título de Regente en
Farmacia**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
CURSO DE PROFUNDIZACION EN SALUD PÚBLICA
COLOMBIA
2011**

Dedicatoria

*Agradecemos a Dios por la esperanza que me mueve
y el amor que me da felicidad.*

A nuestras familias por su apoyo y comprensión

A nuestros amigos y tutores del aula virtual.

*Y a todo aquel que cree en el fomento de la buena
salud y la vida.*

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

- 1 El problema de investigación
- 1.1 Título del problema
- 1.2 Planteamiento del problema
- 1.2.1 Formulación del problema
- 1.3 Objetivos
- 1.3.1 Objetivo general
- 1.3.2 Objetivos específicos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Limitación
- 1.5.1 Delimitación espacio – temporal
- 2 Marco referencial
- 2.1 Fundamentos teóricos
- 2.2.1 Definición
- 2.2.2 Factores relacionados con la infección respiratoria aguda
 - 2.1.2.1 Exposición ambiental, datos individuales y sociales
 - 2.1.2.2 Agentes causales de la ira
- 2.1.3 Etiología de la infección respiratoria aguda
 - 2.1.3.1 Entidades clínicas más frecuentes (virus y bacterias)
 - 2.1.3.2 Epidemiología
 - 2.1.3.3 Promoción de la Salud
- 2.1.4 Diagnóstico
- 2.1.5 Clasificación
 - 2.1.5.1 Según sus signos y síntomas
- 2.1.6 Errores más frecuentes en el diagnóstico de las iras relacionados
- 2.1.7 Factores de mal pronóstico
 - 2.1.7.1 Para la atención de ira, se cuenta con tres planes generales de tratamiento
 - 2.1.7.2 Antibióticos
 - 2.1.7.3 Tratamiento de neumonía leve, sin factores de mal pronóstico.
 - 2.1.7.3 Tratamiento de neumonía grave o leve, con factores de mal pronóstico
- 2.1.8 Actividades a promover por parte del personal de salud en la comunidad para la prevención de la ira
- 2.1.9 Causas más frecuentes de ira
- 2.1.10 La prevención
- 2.1.11 Recomendaciones para detectar cuando un niño debe ser trasladado a un hospital
- 2.11.1 Signos de peligro

2.1.12	Complicaciones que pueden ocasionar las infecciones respiratorias
2.2	Antecedentes del tema
2.3	Reseña histórica
2.4	Marco legal
3.	Aspectos metodológicos
3.1	Tipo de estudio
3.2	Método de investigación
3.3	Población
3.4	Muestra
3.5	Técnicas de análisis
3.5.1	Técnicas Estadísticas.
3.5.2	Presentación de la Información.
3.5.3	Tabulación, Ordenamiento y procesamiento de la información
3.6	Fuentes de datos
3.6.1	Fuentes Primarias
3.6.2	Fuentes Secundarias
3.7	Sistema de hipótesis
3.7.1	Hipótesis de primer grado
3.7.2	Hipótesis de segundo grado
3.7.3	Hipótesis de tercer grado.
3.7.4	Hipótesis nula
3.8	identificación de variables
3.8.1	Variable Independiente
3.8.2	Variable Dependiente
3.8.3	Variable Interviniente.
4.	Aspectos administrativos
4.1	Recursos humanos.
5.	Conclusiones
6.	Recomendaciones
	Bibliografía
	Anexos

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Figura 1. Edad de los niños	
Figura 2. ¿Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?	
Figura 3. ¿Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño?	
Figura 4. ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?	
Figura 5. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?	
Figura 6. ¿Cuenta en su vivienda con piso de tierra?	
Figura 7. ¿Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?	
Figura 8. ¿Quien está encargado de cuidar su hijo?	
Figura 9. ¿Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?	

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Presupuesto	
Anexo 2.	Formato de encuesta	
Anexo 3.	Resultado encuesta municipio Valle del Guamuéz Putumayo	
Anexo 4.	encuesta municipio de Buesaco-Nariño	
Anexo 5.	Plan local de salud del municipio de Buesaco-Nariño	
Anexo 6.	Resultado encuesta municipio de Buesaco-Nariño	
Anexo 7.	Encuesta municipio de Neiva-Huila	
Anexo 8.	Resultado encuesta municipio de Neiva-Huila	
Anexo 9.	Cronograma	

INTRODUCCION

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 que se mantiene en la actualidad, tanto por sus grandes cifras de morbilidad, todavía imprecisas, como por su destacada mortalidad, con lo cual contribuyen las dificultades inherentes a la implementación de programas eficaces para su prevención y control.

Las IRA se dividen habitualmente en dos subgrupos: las infecciones respiratorias altas, que afectan el tracto respiratorio que se encuentran por encima de la epiglotis, como el resfriado común, la rinitis, la faringitis, la otitis media etc., y las infecciones respiratorias bajas, por debajo de la epiglotis, con la neumonía y la bronquiolitis como ejemplo de las infecciones clínicas más serias.

Aunque se presentan durante todo el año, su máxima incidencia ocurre en invierno con una gran posibilidad de contagio durante los meses fríos por la permanencia de los niños en lugares cerrados.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo, el periodo de incubación es variable y puede durar hasta 14 días. Varios son los factores de riesgo en la infección respiratoria aguda como son: demográficos, socioeconómicos (ingreso familiar bajo, nivel de escolaridad, lugar de residencia), ambientales, que incluyen exposición al humo (contaminación atmosférica por residuos orgánicos, humo ambiental por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad, cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales.

Los que más sufren y mueren de esta enfermedad son los niños pequeños menores de un año que viven en las comunidades más pobres. Este es a menudo el resultado de infecciones como la tosferina, la frecuencia podría reducirse en un 10-20% mediante la inmunización con estas vacunas; pero son demasiado costosas para la mayoría de los países pobres. Existen modos y medios para reducir este enorme problema, y, sin embargo, sigue sin resolverse, la razón fundamental es que los afectados son las personas más vulnerables y con menor acceso a las ventajas proporcionadas por la atención de salud moderada. La capacidad para alcanzar a esas personas vulnerables es un desafío vencido solo en contados casos.

Se estima que en el tercer mundo ocurren entre 500 y 900 millones de episodios de IRA al año, lo que abarca entre un 20 y 40% del total de todas las hospitalizaciones y el 34% de las muertes de menores de 5 años.

La región de las Américas ha sido una de las primeras en hacerse eco de las preocupaciones expresadas a nivel mundial por el problema de las IRA en los niños, en ella las IRA se ubican entre las primeras cinco causas de defunción en menores de cinco años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud. Integran el grupo de las enfermedades prevalentes de la

infancia, con un costo en salud, además del impacto para el bienestar del niño, multimillonario en términos económicos.

Los países de la región desde el comienzo del reconocimiento y preocupación por el problema, han avanzado en la instrumentación de actividades para su control y por ende, para mejorar la situación de la salud de la infancia y su bienestar.

En nuestro país se le presta especial atención al seguimiento de estos eventos, ofreciendo mediante un programa de control, el conocimiento acerca de la circulación y el comportamiento epidemiológico de los agentes causales, lo que garantiza la vigilancia, investigación epidemiológica de campo y medidas para la disminución de la morbilidad y muy especialmente del impacto de la mortalidad sobre grupos de alto riesgo, población infantil y adultos mayores.

De este modo, las IRA se han transformado en uno de los principales problemas de salud que los países deberán enfrentar hasta mediados de este nuevo siglo, en el marco de compromisos internacionales de reducir la mortalidad materno-infantil. La implementación de medidas relativamente simples, de prevención o de tratamiento, debe contribuir a este propósito.

El presente trabajo fue realizado con el fin de determinar las causas de muerte por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco en los diferentes municipios de Colombia.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 TITULO

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL MUNICIPIO DEL VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO), PASTO (NARIÑO), NEIVA (HUILA), VILLAVICENCIO (META)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones. Es causada principalmente por agentes infecciosos como virus y bacterias. Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, como tos, fiebre diferentes grados de dificultad para respirar, malestar general, dolor de garganta, secreción nasal, y dolor de oídos.

La mayor parte de las infecciones se adquieren por trasmisión, a través de contacto directo de persona en persona en pequeñas gotas, resultado de la tos y estornudo o, más frecuente mediante apretones de mano, el periodo de incubación es variable y puede durar hasta 14 días, como consecuencias de sistemas inadecuados ambientales que incluyen exposición al humo (contaminación atmosférica, contaminación domestica por residuos orgánicos, humo ambiente por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales; también se suman a estos factores el ingreso familiar bajo, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, estos pueden afectar tanto a adultos como niños. Se detectó la eminente necesidad de recolectar información confiable y veraz sobre las causas, prevención y tratamiento de enfermedades relacionadas con IRA Sin embargo, debido a la alta prevalencia de infección respiratoria en niños y debido a las características propias de este documento que difícilmente puede entrar a detallar la clínica o los aspectos fisiopatológicos para cada uno de los agentes productores de infección respiratoria, se enfatizará en un abordaje sindromático encaminado a prevenir la mortalidad por infección respiratoria aguda en los menores de 5 años, dadas su importancia en términos de salud pública.

1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia y prevalencia sobre una de las enfermedades IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) en la infancia, que permitirá identificar a tiempo medios preventivos para minimizar los índices de morbilidad por esta patología en el Municipio del Valle del Guamuez?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de investigación sobre la incidencia y prevalencia sobre una de las enfermedades de la infancia, como es la infección respiratoria aguda, con el fin de prevenir la Morbimortalidad por esta patología en la población menor de cinco años en el Municipio del Valle del Guamuez, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la región y el plan de Intervenciones colectivas aplicados para minimizar los índices de los casos presentados y mejorar la salud de la población infantil.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✘ Investigar el perfil epidemiológico del municipio de Valle del Guamuez, con el fin de analizar los casos presentados de infecciones respiratorias en la Población menor de cinco años.
- ✘ Analizar el Plan de Intervenciones colectivas del Plan de Salud Territorial Programado para reducir los índices de morbilidad por esta patología.
- ✘ Realizar un estudio diagnóstico sobre las causas y factores de riesgo de la Enfermedad Respiratoria Aguda que más inciden en la población Infantil.
- ✘ Proporcionar alarmas tempranas que permitan interactuar con los diferentes sectores con el fin de prevenir complicaciones con la enfermedad.
- ✘ Identificar los factores culturales, socio-económicos y ambientales que influye en el desarrollo de la enfermedad.

1.4 JUSTIFICACION

En la última década del siglo XX las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), continúan siendo uno de los problemas más serios de salud pública en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en niños menores de cinco años, causando aproximadamente 2 millones de muertes al año por esta causa. Dentro de las IRA la neumonía ocasiona en todo el mundo más de 100.000 muertes en los niños menores de un año, que son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad, es decir un promedio de 300 muertes diarias. Noventa y nueve por ciento de estas muertes ocurren en los países en desarrollo. Otros 40.000 niños mueren anualmente por neumonía antes de alcanzar los cinco años de edad, lo cual representa otras 100 muertes diarias por esta causa en todo el hemisferio. La neumonía causa del 10 al 25% de las defunciones en países en desarrollo.

Dentro de los planes y estrategias de salud de los municipios para garantizar la atención integral de la población infantil, esta la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes AIEPI en su componente Comunitario, que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia para el crecimiento y el desarrollo saludable. Dichas prácticas contribuyen a estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental, prevenir enfermedades, brindar la mejor asistencia domiciliaria, y detectar precozmente la necesidad de buscar atención fuera del hogar.

Existe un gran esfuerzo para disminuir los factores de riesgo, para así reducir el ingreso hospitalario, mejorar su diagnóstico y tratamiento y previniendo la aparición y exacerbación de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), sobre todo en niños lactantes y en menores de 5 años. Propósito que se pretende lograr con actividades educativas que logren modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas o familiares responsables del cuidado de los niños o niñas.

Una de las causas de muerte son los sistemas inadecuados ambientales que incluyen exposición al humo (contaminación atmosférica, contaminación doméstica por residuos orgánicos, humo ambiente por tabaco), hacinamiento (aglomeración de personas), exposición al frío, humedad y cambios bruscos de temperatura, deficiente ventilación en la vivienda y factores nutricionales estos pueden afectar tanto a adultos como niños.

En Colombia a pesar de los logros alcanzados en la última década, las infecciones respiratorias agudas, continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios en menor grado de desarrollo.

En la población de Valle del Guamuez, se han incrementado los casos de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años, debidos a que esta es una zona caliente húmeda. Además limitando con la frontera del vecino país Ecuador separados por el río San Miguel donde es muy fácil adquirir varias infecciones respiratorias, la mayoría de la población vive en hacinamiento donde varias personas duermen en una sola habitación; las condiciones ambientales de los habitantes y las viviendas son muy bajas, además, las calles de la población no poseen pavimento, por lo que se incrementan los casos de infecciones en la población infantil.

1.5 LIMITACION

1.5.1 Delimitación Espacio- Temporal

Este proyecto se realizará y se desarrollará específicamente en las diferentes regiones donde residen cada uno de los participantes de este trabajo de investigación.

El tiempo disponible para la realización del proyecto será el periodo comprendido entre, agosto y octubre de 2011.

Se trabajará las encuestas con un alto porcentaje de familiares de la población infantil que acudió a consulta médica durante los meses de agosto y octubre a las IPS en las diferentes regiones estudiadas y se visitará las casas donde viven algunos de los pacientes.

2. MARCO REFERENCIAL

La introducción de los antibióticos orales (amoxicilina) son múltiples en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA), produjo una disminución de la mortalidad así como la demanda de hospitalización por esta causa.

Sin embargo en los países en vía de desarrollo, su elevada frecuencia en niños menores de cinco años así como la repercusión sobre el estado nutricional, determina que la IRA continúe constituyendo un importante problema de salud pública. El conocimiento de su incidencia, etiología y factores predisponentes es necesario para la planificación de las estrategias de control de la enfermedad.

La investigación etiológica sistemática en los niños con infección respiratoria aguda parece ser más directa y compleja desde el punto de vista asistencial.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía, la cual es la principal complicación de las IRAS, responsable de un número significativo de muertes.

Los factores de predisposición más importantes se relacionan con exposición ambiental, y con datos individuales y sociales:

Ambientales; contaminación ambiental dentro o fuera del hogar, tabaquismo pasivo, deficiente ventilación de la vivienda, cambios bruscos de temperatura, asistencia a lugares de concentración de personas, como teatros, cines, estancias infantiles, en fin, contacto con personas enfermas de IRA.

Individuales. Edad, la frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad, presencia de alguna inmunodeficiencia, muerte de un menor de cinco años en la familia, madre 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, ausencia de lactancia materna, desnutrición moderada o grave, Infecciones previas, esquema incompleto de vacunación, carencia de vitamina A.

Factores Sociales; hacinamiento en la vivienda, Piso de tierra en la vivienda, madre con escasa escolaridad.

Agentes causales de las IRA en los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

Etiología. Entidades clínicas más frecuentes, (virus y bacterias). Los gérmenes más frecuentes en el aparato respiratorio son virus Sincitial Respiratorio, específicamente en el niño menor de un año, Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus.

Dentro de los agentes bacterianos en las infecciones adquiridas en la comunidad los microorganismos más comunes son Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae y Staphylococcus Aureus.

Otros agentes causales son Micoplasma Pneumoniae, Clamidias, Rickettsias y hongos.

Diagnóstico Debido a la elevada frecuencia de las IRA y al número de episodios mal diagnosticados y tratados es necesario unificar los criterios que faciliten su manejo.

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

Sabemos que las infecciones respiratorias agudas se presentan en el sistema respiratorio causado por virus o bacterias que entran por la nariz y la boca. Se caracteriza por malestar general, tos, fiebre. Considerada como un problema de salud pública, constituyendo uno de los motivos más frecuentes de consultas medicas y es una de las primeras causas de mortalidad infantil en países subdesarrollados. En nuestro trabajo abordamos el concepto de infección respiratoria, infecciones respiratorias agudas, factores relacionados con estas, agentes causales, diagnostico, clasificación y tratamiento.

De acuerdo con los estudios efectuados por la organización mundial de la salud (OMS) y el fondo de las naciones unidad para la infancia (UNICEF), en la región de las América , mas de una de cada tres muertes de niños de esta edad son ocasionadas por estas enfermedades, fundamentalmente infecciosas y trastornos nutricionales.

Los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedades respiratorias en Colombia son los sociodemográficos (edad materna, escolaridad de los padres, nivel socioeconómico) y ambientales (contaminación del aire, hacinamiento, temperatura y humedad, entre otros).

Las tasas de mortalidad por neumonía han disminuido en los últimos años, de 51,0 a 40,0 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996. Con la morbilidad por IRA, no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, registrando tasas de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1991 y 1996.

Es importante, establecer guías de atención que faciliten el manejo de estos niños y con ello contribuir a la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

Según información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Más del 85 % de las muertes por infecciones respiratorias pueden evitarse si se hiciera adecuada promoción y prevención con respecto a los factores de riesgo antes señalados, lo que mejoraría la condición de salud del niño y su familia, a través de componentes educativos y de promoción de la salud.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

La infección respiratoria es la causa más frecuente de enfermedad y de muerte en la infancia en todo el mundo. Se estima que causa aproximadamente más de 4,5 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años, sobre todo en los países subdesarrollados. De todas maneras, es más frecuente a edades más tempranas, sobre todo en niños menores de tres años.

Es asimismo una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, sobre todo por neumonía. La inmensa mayoría de los ingresos hospitalarios por infecciones, y de las muertes, son debidos fundamentalmente al tratamiento inapropiado, que ocasiona insuficiencia respiratoria o por una invasión bacteriana que desencadene sepsis.

2.1.2 Definición

➤ **INFECCION RESPIRATORIA**

Se define como afecciones causadas por agentes biológicos a cualquier nivel del aparato respiratorio. De acuerdo a su topografía, o localización de la infección, diferenciamos dos grandes grupos infecciones de vías respiratorias superiores y de vías respiratorias inferiores.

➤ **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**

La IRA es un cuadro infeccioso que se da en el sistema pulmonar y que normalmente lleva menos de 15 días en su evolución. Se le conoce con el nombre de catarro y es causada principalmente por virus, aunque también las bacterias y algunos protozoos pueden llegar a ser los causantes. Si no se trata de forma correcta puede dar pie a una neumonía o bronconeumonía.

Neumonía: La neumonía puede ser causada por no menos que cincuenta agentes, y normalmente afecta todo el lóbulo pulmonar o en casos graves los dos lóbulos.

Existen neumonías de tipo bacteria, viral, micoplasmática y otras causadas por diferentes protozoos.

Bronconeumonía: Se llama así cuando se encuentra comprometido, las partes aledañas al lóbulo pulmonar; en donde por lo general la parte mas afectada del pulmón resulta ser los bronquiolos.

Se caracterizan por la aparición de distintos síntomas entre los que podemos mencionar la fiebre, malestar general y decaimiento, tos con o sin expectoración.

Se transmiten de persona en persona en pequeñas gotas resultado de la tos y los estornudos. Las gotas son inhaladas directamente o, mas frecuentes, se transmiten de mano en mano mediante apretones de mano u objetos, y luego se

introducen en los conductos nasales cuando la mano toca la nariz, la boca o los ojos.

2.2.2 Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

2.1.2.1 El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematógena. Los factores predisponentes más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales y sociales:

Factores ambientales:

- acción ambiental dentro o fuera del hogar.
- Tabaquismo pasivo.
- Deficiente ventilación de la vivienda.
- Cambios bruscos de temperatura.
- Asistencia a lugares de concentración o públicos.
- Contacto con personas enfermas de IRA.

Factores Individuales:

- Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año.
- Bajo peso al nacimiento.
- Ausencia de lactancia materna.
- Desnutrición.
- Infecciones previas.
- Esquema incompleto de vacunación.
- Carencia de vitamina A.

Factores Sociales:

- Hacinamiento.
- Piso de tierra en la vivienda.

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

2.1.2.2 Agentes causales de las IRA:

En los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral, a las complicaciones otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

2.1.3 ETIOLOGÍA DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA:

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 parainfluenza 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%.

2.1.3.1 Entidades clínicas más frecuentes (virus y bacterias).

VIRUS: influenza, Rinovirus, Parainfluenza, Adenovirus. Para Faringoamidalitis Purulenta.

VIRUS: Adenovirus.

BACTERIAS: S. pyogenes. Para otitis media

VIRUS: Influenza, Parainfluenza.

BACTERIAS: H. influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis. Para Neumonía

VIRUS.: Influenza, Parainfluenza, Adenovirus.

BACTERIAS: S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, K. pneumoniae

2.1.3.2 Epidemiología

La incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo, ocurren con mayor frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda, y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución más tórpida. En un porcentaje no despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución. El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El periodo de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El periodo contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínicas con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

En cuanto a la neumonía, es la causa más frecuente de morbilidad y desafortunadamente también de mortalidad en especial en poblaciones con factores de riesgo elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo o en la presencia del niño contaminación intra y extra domiciliaria, etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos el riesgo de neumonías bacterianas.

Se debe sospechar de neumonía cuando se presenta los siguientes signos: respiración rápida 50 por minuto o más, si tiene de 2 a 11 meses; 40 por minuto o más si tiene entre 1 y 4 años. El manejo es antibióticos, tratar la fiebre y la sibilancia, control diario si el paciente no mejora.

2.1.3.3 Promoción de la Salud

Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "salutogénicamente", alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida.

2.1.4 Diagnóstico:

Debido a la elevada frecuencia de las IRA y al número de episodios mal diagnosticados y tratados es necesario unificar los criterios que faciliten su manejo.

2.1.5 Clasificación

2.1.5.1 Según sus signos y síntomas

IRA sin neumonía Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia, otorrea, disfonía y odinofagia, afectan principalmente el oído, la faringe y laringe.

IRA con neumonía leve Los mismos que los de la IRA sin neumonia se agrega taquipnea esta afecta la parte pulmonar llenándola notmalmente de bacterias lo que ocasiona la flema y eta a su vez causa mas infecciones. (Menores de 2 meses más de 60X', de 2 a 11 meses más de 50 x' y de 1 a 4 años más de 40 x')

IRA con neumonía grave Los mismos que se han descrito en la IRA leve pero se agrega un aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia esto se nota ya que el niño deberá tener los labios y la encia morada. En esta IRA se encuentra comprometido todo el sistema pulmonar y la fiebre es constante.

Si se presenta esta IRA se debe llevar al menor al centro de atención más cercano.

2.1.6 Errores más frecuentes en el diagnóstico de las IRA relacionados

- Inadvertencia de signos tempranos de neumonía
- Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio
- Clasificación equivocada

3.1.7 Factores de mal pronóstico

- Niño menor de dos meses
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Muerte de un menor de 5 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
- Desnutrición moderada o grave.

2.1.7.1 Para la atención de IRA, se cuenta con tres planes generales de tratamiento

Plan A Tratamiento para niños con IRA sin neumonía

- Incrementar 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 y el malestar general, con: acetaminofen 60 mg/kg/día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácido-acetil-salicílico o vasoconstrictores nasales
- Control de la T^o con medios físicos cuando es menor de 38 °C
- No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.
- No utilizar antitusivos o antihistamínicos
- Si existen factores de mal pronóstico, revalorar en 48 h
- Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.
- Revisar el esquema de Vacunación del paciente y aplicar las dosis faltantes.
- Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla, Cartilla Nacional de Vacunación.

2.1.7.2 Antibióticos:

Pacientes con rinofaringitis, faringitis congestiva, laringitis y bronquitis (no prescribir antibióticos ya que son de origen viral)

- Pacientes con faringitis purulenta: administrar penicilina benzatina combinada, para mayores de 30 kg administrar 1.200.000 UI, y en menores de 30 kg 600.000 UI I.M. en dosis única
- Otitis media aguda y sinusitis: administrar trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día V.O. en 2 dosis (cada doce horas por siete días o amoxicilina 40 mg/kg/día V.O. en 3 dosis (cada 8 horas) por 10 a 14 días

Revalorar en 24 h, o antes si se agrava.

El tratamiento de infecciones respiratorias agudas superiores con antibióticos, no previene la neumonía en los niños.

El tratamiento para la IRA causada por virus por lo general resulta solo ser el reposo, ya que hasta el momento se desconoce una cura para los virus. Sin embargo los síntomas pueden llevar a la muerte así que en todos los casos un alto

grado de compromiso, en evitar las complicaciones para no degenerar en una IRA grave resulta ser el mejor de los tratamientos.

Para las IRA en las que están incluidas las bacterias, resulta de mucha utilidad los antibióticos que el doctor nos receta y nunca deja de pasar la fiebre por encima de los 39,5 grados Celsius.

2.1.7.3 Plan B Tratamiento de neumonía leve, sin factores de mal pronóstico.

- Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar)
- Antibiótico: trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en 2 tomas, cada 12 h, 7 días V.O. o bencil penicilina procainica 400 000 UI, cada 24 h, por 7 días. I.M
- Incrementar ingesta de líquidos.
- Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.
- Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C. Se administrará acetaminofén 60 mg/kg/día V.O. dividido cada 6 horas sin pasar de 5 dosis al día cuando la temperatura es mayor de 38 °C
- En caso de sibilancias: salbutamol jarabe 0,2-0,3 mg/kg/día en tres tomas, V.O. En el menor de un año valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año continuar.
- Educación a la madre para que sea capaz de reconocer signos de alarma. Si identifica alguno de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.
- Revalorar en 24 horas, o antes si se agrava.

El uso indiscriminado e indebido de antibióticos, favorece resistencia bacteriana y mayor gasto económico.

2.1.7.3 Tratamiento de neumonía grave o leve, con factores de mal pronóstico

- Envío inmediato al hospital más cercano, donde se instalará el tratamiento adecuado.
- Traslado con oxígeno si es necesario (4 a 6 litros por minuto).

Signos de alarma

- Hipotermia en menores de 2 meses.
- Quejido respiratorio.
- Dificultad respiratoria
- Rechazo a los líquidos y alimentos.
- Respiración acelerada
- Hundimiento de espacios intercostales (tiro).
- Somnolencia o insomnio
- Cianosis peribucal y distal
- Fiebre (más de tres días)
- Desnutrición grave
- Ante la presencia de un signo de alarma, el niño debe ser trasladado al hospital más cercano.
- Los rayos X apoyan al diagnóstico, siempre que se cuente con el recurso.

2.1.8 Actividades a promover por parte del personal de salud en la comunidad para la prevención de las IRA.

- Promover la lactancia materna durante los primeros 4 a 6 meses y complementaria, después de esta edad.
- Vigilar y corregir el estado nutricional.
- Cumplir con el "Esquema Nacional de Vacunación de acuerdo a su edad.
- No fumar cerca de los niños.
- No quemar leña o usar braseros en habitaciones cerradas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- En época de frío, mantenerse abrigados.
- Comer frutas y verduras que contengan vitaminas "A" y "C".
- Tomar abundantes líquidos.
- Evitar el hacinamiento.
- Ventilar las habitaciones.
- Fomentar la atención médica del niño sano.

2.1.9 Causas más frecuentes de IRA

Se producen por la acción de microbios (virus o bacterias) que son transmitidos por las gotitas de saliva que un enfermo expulsa cuando habla, tose o estornuda. Los microbios también se propagan a través del aire y los utensilios de uso común.

2.1.10 La prevención

Las mejores maneras de prevenir las infecciones respiratorias son: la lactancia materna, una alimentación adecuada, la vacunación y mantenerse retirado de personas enfermas, así como evitar asistir a lugares cerrados muy concurridos.

Con la difusión y la práctica de estas medidas, podemos ayudar a disminuir el número de niños que enferman o mueren por infecciones respiratorias.

Medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

2.1.11 Recomendaciones para detectar cuando un niño debe ser trasladado A un hospital

2.1.11.1 Signos de peligro

- Que el niño deje de ingerir líquidos
 - Que su frecuencia respiratoria esté aumentada
 - Que tenga tiraje intercostal (cuando el niño al respirar se note que sus costillas presentan hundimiento)
- Con estos tres signos la madre debe trasladar al niño a un hospital para que sea visto por un médico y evitar su complicación.

2.1.12 Complicaciones que pueden ocasionar las infecciones respiratorias

La principal complicación es la neumonía y ésta puede causar la muerte del paciente sino es detectada a tiempo. Además de las neumonías, son múltiples los

problemas que pueden ocasionar las infecciones respiratorias como son: sinusitis, derrame pleural, insuficiencia cardiaca, etc.

2.2 ANTECEDENTES DEL TEMA

Este Programa se estableció formalmente en 1.982, con fin de apoyar a los países del tercer mundo en la lucha contra este flagelo que diezma a la población infantil. Tiene tres componentes principales: Servicios de Salud, Investigación y Promoción e Información. El Programa se ha puesto en práctica en muchos países y se está extendiendo constantemente dentro de ellos a través de los servicios de atención primaria de salud, para dar soluciones sencillas y prácticas a este grave problema.

Sus objetivos concuerdan con las de la Revolución para la Supervivencia y Desarrollo del niño. Programa patrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y ambas organizaciones han aunado sus esfuerzos con el fin de combatir las enfermedades que cobran más vidas infantiles. La mortalidad infantil es uno de los indicadores seleccionados para medir el progreso de la estrategia de salud para todos y por lo tanto, el Programa contra las IRA es un componente esencial del Sistema de Atención Primaria de Salud.

En su primera reunión en 1.983, el grupo asesor técnico en IRA recomendó una serie de estrategias que podían ofrecer beneficios inmediatos a los niños de los países en desarrollo. El control adecuado de casos es de primera importancia e incluye la detección temprana de infecciones, tanto leves como graves, por parte de las familias y de los trabajadores de atención primaria; tratamiento antimicrobiano, medidas de sostén, y definición de criterios para la remisión de caos a un nivel de servicios de mayor complejidad. Sigue, en segundo lugar, el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias sobre el IRA. La Educación de las madres y su participación directa en las actividades del programa es de especial relevancia.

Ginebra del 9 al 13 de marzo de 1.987, la tarea principal fue revisar la formulación de programas Nacionales de Control y los resultados de investigaciones recientes con el fin de determinar las medidas de corto plazo que pudieran avanzar los objetivos de la lucha contra las IRA. El grupo reiteró los objetivos y prioridades previamente establecidas, pues proveen una base sólida sobre la cual se pueden estructurar las actividades. Sus recomendaciones principales fueron las siguientes: 1. Continuar otorgando alta prioridad al Programa de luchas de la OMS. 2. Apoyar al desarrollo y la ejecución de Programas Nacionales. 3.- Considerar como primera prioridad el apoyo a los países o zonas de países donde la mortalidad infantil permanece por encima de 50 por 1,000 nacidos vivos. 4.- Encausar el control de casos de IRA a través de la red general de atención de la salud y promover una alta cobertura de inmunización con las vacunas del PAL 5. Asegurar el tratamiento apropiado con antibióticos incluso al nivel más periférico.

6. Solicitar apoyo financiero de diversas fuentes para ampliar el programa. 7. Promover la colaboración entre instituciones y países interesados en la lucha contra el IRA. 8.- El grupo estableció también una serie de prioridades programáticas:

1.- Procurar que el apoyo administrativo, técnico y financiero proveniente de la OMS llegue rápidamente a los países que están formulando e implantando programas de control de las IRA.

2.- Otorgar alta prioridad a la creación de Centros Nacionales de Adiestramiento para supervisores del nivel medio, así como a la elaboración y ensayo de cursos y materiales educativos.

3.- Fomentar Programas de Investigación locales para evaluar y mejorar las estrategias de los programas.

4.- Estimular una estrecha colaboración entre los programas sobre IRA y otros programas relacionados (PAI, Control de enfermedades diarreicas, salud materno infantil, medicamentos esenciales, nutrición, SIDA).

5.- Intensificar los esfuerzos de control ambiental para combatir la contaminación del aire domiciliario.

6.- Recabar la colaboración de médicos y trabajadores de salud de nivel primario, político, planificadores y del público en general para que se adhiera a los principios y práctica de los Programas de Control de IRA.

Cuadro 4. Tasa de mortalidad perinatal por enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA)

Indicador	2008	2009
Nacidos vivos (1) 7	714,477	553,212
Defunciones perinatales (2)	5,674	7,673
Tasa por 1.000 nacidos vivos	7,9	13,9
Defunciones: IRA (2)	296	325
Defunciones: EDA (2)	146	164

(1) **Fuente:** Departamento Nacional de Estadística – DANE

(2) **Fuente:** Instituto Nacional de Salud

2.3 RESEÑA HISTORICA

la Revolución para la Supervivencia y Desarrollo del niño. Programa patrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y ambas organizaciones han aunado sus esfuerzos con el fin de combatir las enfermedades que cobran más vidas infantiles. La mortalidad infantil es uno de los indicadores seleccionados para medir el progreso de la estrategia de salud para todos y por lo tanto, el Programa contra las IRA es un componente esencial del Sistema de Atención Primaria de Salud.

En su primera reunión en 1.983, el grupo asesor técnico en IRA recomendó una serie de estrategias que podían ofrecer beneficios inmediatos a los niños de los países en desarrollo. El control adecuado de casos es de primera importancia e incluye la detección temprana de infecciones, tanto leves como graves, por parte de las familias y de los trabajadores de atención primaria; tratamiento antimicrobiano, medidas de sostén, y definición de criterios para la remisión de caos a un nivel de servicios de mayor complejidad. Sigue, en segundo lugar, el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias sobre el IRA. La Educación de las madres y su participación directa en las actividades del programa es de especial relevancia.

Ginebra del 9 al 13 de marzo de 1.987, la tarea principal fue revisar la formulación de programas Nacionales de Control y los resultados de investigaciones recientes con el fin de determinar las medidas de corto plazo que pudieran avanzar los objetivos de la lucha contra las IRA. El grupo reiteró los objetivos y prioridades previamente establecidas, pues proveen una base sólida sobre la cual se pueden estructurar las actividades.

2.4 MARCO LEGAL

Las normas legales son la base fundamental para lograr el propósito del presente trabajo, por lo tanto es necesario conocer la normatividad vigente que se relaciona a continuación.

Constitución Política de Colombia

Artículo 49: la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principio de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ley 100 de 1993

Artículo 152. Objeto. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

Artículo 153 - 3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

Decreto 2200 de 2005 Que reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones como:

Art. 3. Definiciones: Uso adecuado de medicamentos. Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.

Art. 4. Servicio Farmacéutico. Es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

Ley 485 de 1998. Por medio de esta ley se reglamenta la profesión de tecnólogo en regencia de farmacia con el fin de asegurar que su ejercicio se desarrolle, conforme a los postulados del sistema integral de seguridad social en salud, a los reglamentados que expiden las autoridades públicas.

INVIMA: Ejerce las funciones de inspección y control de los servicios farmacéuticos de las instituciones prestadoras de servicios de salud y establecimientos farmacéuticos.

En Colombia estamos regidos por la ley 100 de 1993 que hace referencia a todo lo relacionado con nuestra seguridad social, allí se explica el funcionamiento de nuestra salud, la cual esta dividida en:

Servicios de salud: son todos los servicios a los que tenemos derecho y están divididos a su vez en:

Régimen contributivo: es el régimen en el que aportan todos los empleados e independientes de nuestro país, y que es atendido por las E.P.S (Entidad Promotora de Salud) y las I.P.S. (Instituciones Prestadoras de Salud), las EPS nos administran y ofrecen los P.O.S. (Plan Obligatorio de Salud) que después las IPS incorporan en su atención; de tal forma que si un servicio no está incluido por la EPS en el POS la IPS no podrá suministrarlo.

Régimen Subsidiado: es como su nombre lo indica el que es subsidiado por nuestro gobierno a aquellas personas de bajos recursos y que no están afiliadas

al régimen contributivo; para ingresar en este régimen basta con tener el análisis de su estrato socioeconómico hecho por el SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales) y estar afiliado a alguna A.R.S. (Administrador del Régimen Subsidiado) la atención de este grupo lo brinda la red de salud de nuestro país.

Régimen Vinculado: este régimen incluye a los ciudadanos que no están afiliados en ninguno de los dos regímenes anteriores.

Régimen Especial: es el que cubre a los maestros de entidades públicas, y a nuestras fuerzas militares del ejército y de la policía.

Sistema de pensión

Riesgos profesionales

Servicios Sociales Complementarios

En la dimensión jurídica, la salud unida a la vitalidad de los seres humanos es un derecho humano individual y social. El derecho a ser atendido cuando se está enfermo o a ser rehabilitado cuando las enfermedades han dejado secuelas, el derecho a que la salud sea prevenida y promovida o el conjunto de acciones y procedimientos, que el Estado y demás responsables, deben realizar para prever o contrarrestar factores que la ponen en riesgo o para desarrollar factores protectores, o incidir en condiciones que conducen a mejorar condiciones y estilos de vida y bienestar.

A pesar de su indiscutible interrelación de la salud como vitalidad humana individual y colectiva, con el derecho fundamental a la vida, que consagran casi o todas las constituciones, en el mismo sentido que el concepto de salud, el concepto de derecho a la salud no es una categoría técnica, que se haya aceptado o se acepte a nivel teórico y menos en una práctica. Se puede decir que el marco legal del Programa contra la tuberculosis se sustenta así:

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece en el Artículo 49 el derecho a la salud y al saneamiento ambiental y el deber por parte del Estado de garantizar este derecho a los ciudadanos.

Los planes de promoción y prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud son actividades mismas que defienden el derecho a la vida, consagrado como derecho fundamental en el Artículo 11 de la Constitución Política de Colombia.

Conceptualización:

La salud es: Un derecho a cargo del estado Colombiano, (art. 49 Constitución política), el cual hace parte de los derechos fundamentales del hombre (art. No 25 de la declaración universal de los derechos humanos).

Estado físico que incluye todos nuestros órganos.

Estado de bienestar en el cual nuestra mente, se encuentra en un estado consciente de equilibrio con el entorno y el medio ambiente.

Se divide en:

- Promoción y prevención
- Salud integral
- Salud mental
- Salud física

- Salud colectiva
- Y tiene mucha relación con el trabajo, la recreación, la nutrición, y la educación.

3. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con el objetivo de caracterizar la incidencia y prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, en los diferentes municipios, durante los meses de agosto a octubre del presente año.

Es descriptivo porque plantea un diagnóstico general de un tema de salud pública, el cual permite utilizar técnicas específicas de recolección de la información, como la observación y las entrevistas, logrando así identificar diferentes características de la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se empleara para el desarrollo del presente trabajo investigativo parte del proceso de observación, entrevista y recolección de datos sobre las diferentes causas de infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años residentes en algunos municipios de Colombia y como resultado de éstos procesos se determinarían las medidas necesarias que afectan positiva o negativamente a los niños menores de cinco años.

Lo anterior nos permitirá tener claro los requerimientos necesarios para poder determinar la incidencia y prevalencia de la infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años. La construcción de estos factores nos permitirá determinar las causas que soportan la incidencia de esta enfermedad en niños menores de cinco años como problema de salud pública y nos permita brindar una buena y rápida información a las madres de estos niños y personal médico.

3.3 POBLACION

La población objeto para estudio se constituye por los niños menores de cinco años de los algunos Municipios de Colombia y de los diferentes hospitales de las regiones donde vive cada uno de los miembros del proyecto de investigación. El tamaño de la población estimada es de aproximadamente 60 niños.

3.4 MUESTRA

El tipo de muestreo fue el de aleatorio simple y se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(N \cdot z^2)(p \cdot q)}{(N \cdot e^2) + (z^2 p \cdot q)}$$

En donde:

Z = nivel de confianza

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra

N = Universo

e = error de estimación

n = tamaño de la muestra

N= 60

p = 95% = 0,95

q = 1-p = 5% = 0,05

z = 1,96

e = 5% = 0,05

$$n = \frac{(60 \cdot 1.96^2)(0.95 \cdot 0.05)}{(60 \cdot 0.05^2) + (1.96^2 \cdot 0.95 \cdot 0.05)}$$
$$n = \frac{10.94856}{0.332476}$$
$$n = 32.9303$$

Nota: Se aplicaran 33 encuestas.

3.5 TECNICAS DE ANALISIS

3.5.1 Técnicas Estadísticas.

Permiten tratar la información obtenida sometiéndola a técnicas matemáticas de tipo bioestadística que permitan obtener las medidas suficientes para la búsqueda de soluciones del problema.

3.5.2 Presentación de la Información.

Se presentan datos escritos, tabulados y descritos mediante tablas de frecuencia, y su representación gráfica con su respectiva interpretación, mediante Microsoft Excel.

3.5.3 Tabulación, Ordenamiento y procesamiento de la información

Se realizó un estudio descriptivo siendo nuestro universo 60 niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda, desde agosto a hasta noviembre del presente año.

A continuación se detallan los resultados de dicha encuesta y los respectivos requerimientos encontrados:

TABLA DE ENTRADA DE DATOS MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ

ENCUESTAN.	Edad de los niños	Población según género	Escolaridad	1. Sabe usted que es una infección respiratoria aguda	2. Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño	3. con que frecuencia lleva a su hijo a control y desarrollo o PYP	4. En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación	5. Cuenta en su vivienda con piso de tierra	6. Con que frecuencia usted se lava las manos	7. Quien está a cargo del cuidado de su hijo	8. Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre
1	< 1 año	F	BACHILLER	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Usted	Llevar puesto salud
2	< 1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	0 – 3 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Usted	Remedios caseros
3	< 1 año	F	BACHILLER	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Usted	Llevar puesto salud
4	< 1 año	F	ED.SUPERIOR	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
5	< 1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	0 – 3 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
6	< 1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	0 – 3 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Usted	Remedios caseros
7	< 1 año	F	ED.SUPERIOR	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
8	< 1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	0 – 3 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Usted	Remedios caseros
9	< 1 año	F	BACHILLER	SI	SI	4 – 6 veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
10	< 1 año	F	BACHILLER	SI	SI	4 – 6 veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Usted	Llevar puesto salud

11	< 1 año	F	ED.SUPERIOR	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
12	1 año	F	ED.SUPERIOR	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
13	1 año	F	ED.SUPERIOR	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Después de ir al baño	Empleada	Llevar puesto salud
14	1 año	F	PRIMARIA	NO	SI	0 – 3 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Empleada	Remedios caseros
15	1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año		SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
16	1 año	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
17	2 años	F	BACHILLER	SI	SI	7 o más veces al año	SI	NO	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
18	2 años	F	BACHILLER	SI	SI	7 o más veces al año	NO	NO	Después de ir al baño	Guardería o jardín	Remedios caseros
19	2 años	F	BACHILLER	SI	SI	7 o más veces al año	NO	NO	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
20	2 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
21	2 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
22	2 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
23	2 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Guardería o jardín	Remedios caseros
24	2 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Usted	Remedios caseros
25	3 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	SI	Antes de preparar los alimentos	Usted	Remedios caseros
26	3 años	F	PRIMARIA	NO	NO	4 – 6 veces al año	NO	NO	Solo cada vez que las ve sucias	Usted	Remedios caseros
27	3 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	Solo cada vez que las ve sucias	Usted	Remedios caseros
28	3 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	Solo cada vez que las ve sucias	Usted	Remedios caseros
29	4 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	A veces	Usted	Remedios caseros
30	4 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	A veces	Usted	Remedios caseros
31	5 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	A veces	Usted	Remedios caseros
32	5 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	A veces	Usted	Remedios caseros
33	5 años	F	PRIMARIA	NO	NO	7 o más veces al año	NO	NO	A veces	Usted	Remedios caseros

Edad De Los Niños

Se aplicaron 33 encuestas en el Municipio del Valle del Guamuéz, Pasto, Villavicencio y Neiva a madres de niños en las edades menores de cinco años observando mayor concentración de niños de 1 año.

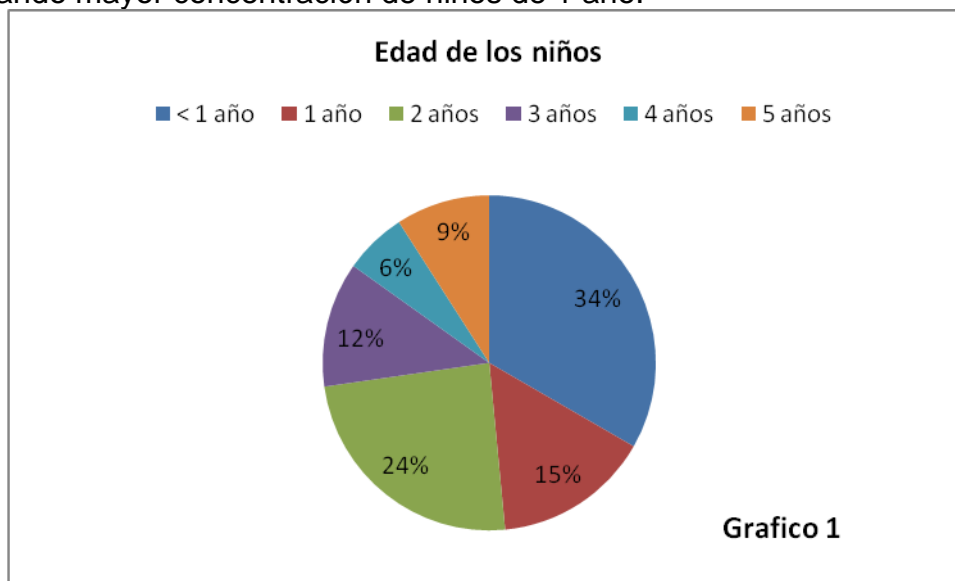


Figura 1. Edad de los niños

1. ¿Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?

De acuerdo a la encuesta realizada a 33 madres de niños menores de cinco años, 20 de ellas correspondiente al 36% conocen lo que es una infección respiratoria aguda y el 64% desconocen lo que en realidad es esta infección.

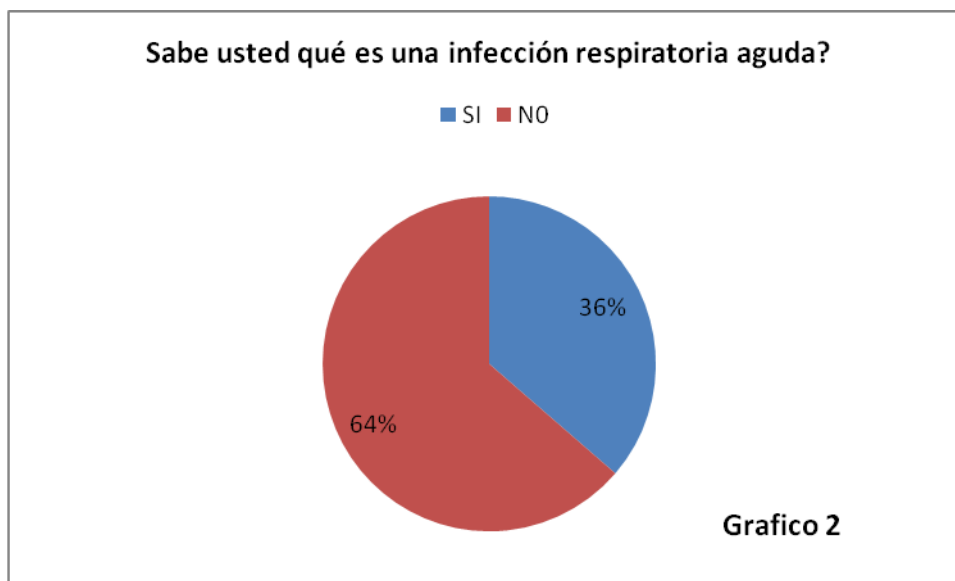


Figura 2. ¿Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?

2. ¿Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño?

Se observa que de las 33 madres a las que se les aplicó la encuesta, 20 no conocen el riesgo que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada, lo que corresponde al 61%.

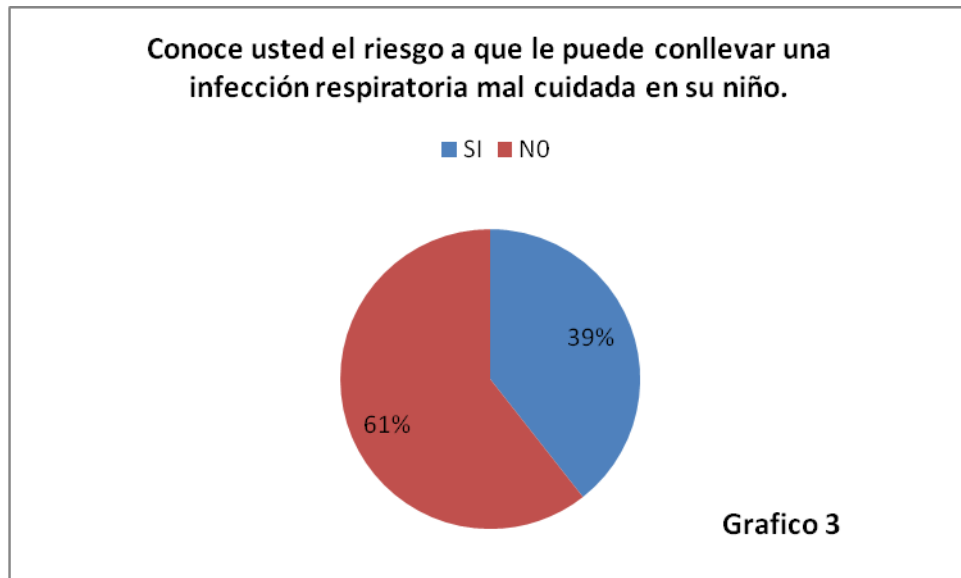


Figura 3. ¿Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño?

3. ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?

De las 33 madres encuestadas 18 afirman llevar a sus hijos a control 7 o más veces al año observando mayor prevalencia en el cuidado de sus hijos, mientras que 10 dicen llevarlos a control de 4 a 6 veces al año y 5 los llevan entre 0 y 3 veces al año, por lo que estos niños tienen más riesgo de adquirir una infección.

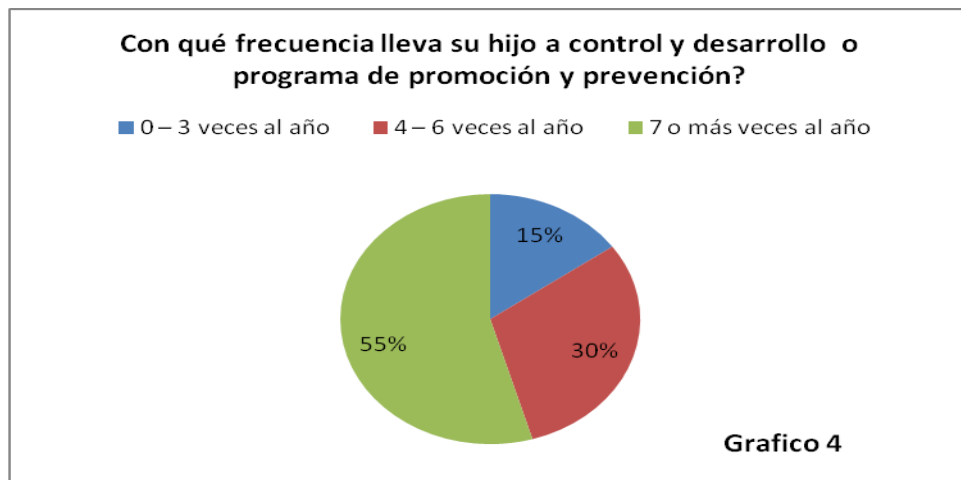


Figura 4. ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?

4. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?

El 30% de las mujeres entrevistadas, en sus viviendas cuentan con una buena ventilación, notándose que el 70% no tienen por que viven en hacinamiento y es población vulnerable.

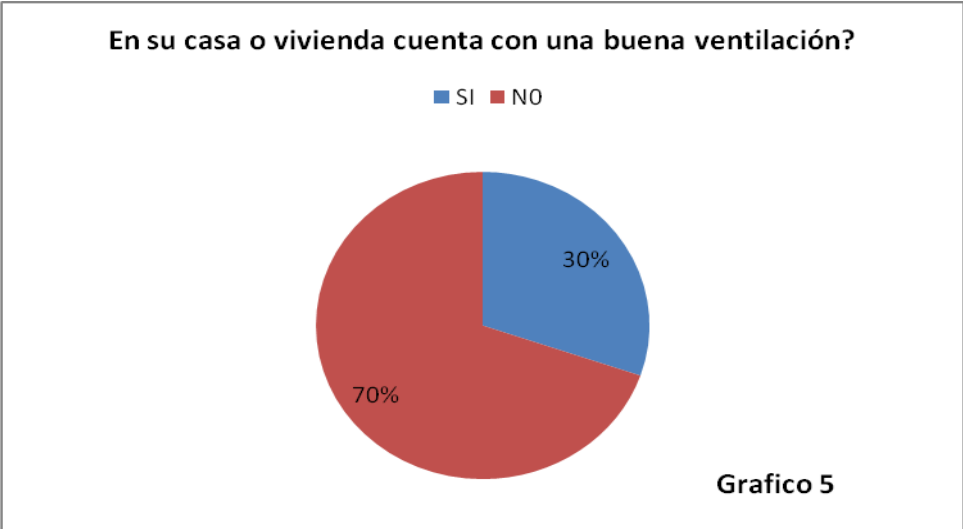


Figura 5. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?

5. ¿Cuenta en su vivienda con piso de tierra?

Se observa que el 61% tienen en sus casas el piso de tierra por que viven en corregimientos y veredas, mientras que el 39% cuentan con piso de cemento.



Figura 6. ¿Cuenta en su vivienda con piso de tierra?

6. ¿Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?

La mayoría de las mujeres encuestadas se lavan las manos antes de preparar los alimentos constituyendo el mayor porcentaje el 46%, notándose que el 30% se lavan las manos después de ir al baño incluyendo los niños y observando que el 15% a veces lo hace y el 9% solo cada vez que las ve sucias.

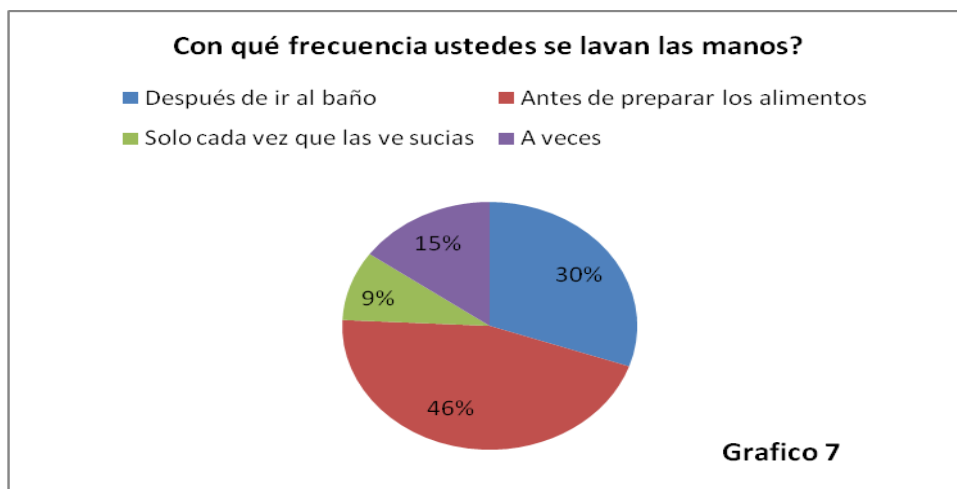


Figura 7. ¿Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?

7. ¿Quién está encargado de cuidar su hijo?

Se puede observar que la mayoría de las madres de los niños son las encargadas de cuidar sus propios hijos siendo el mayor porcentaje correspondiente al 49%, notándose que el 30% son cuidados por empleada y el 21% en las guarderías.

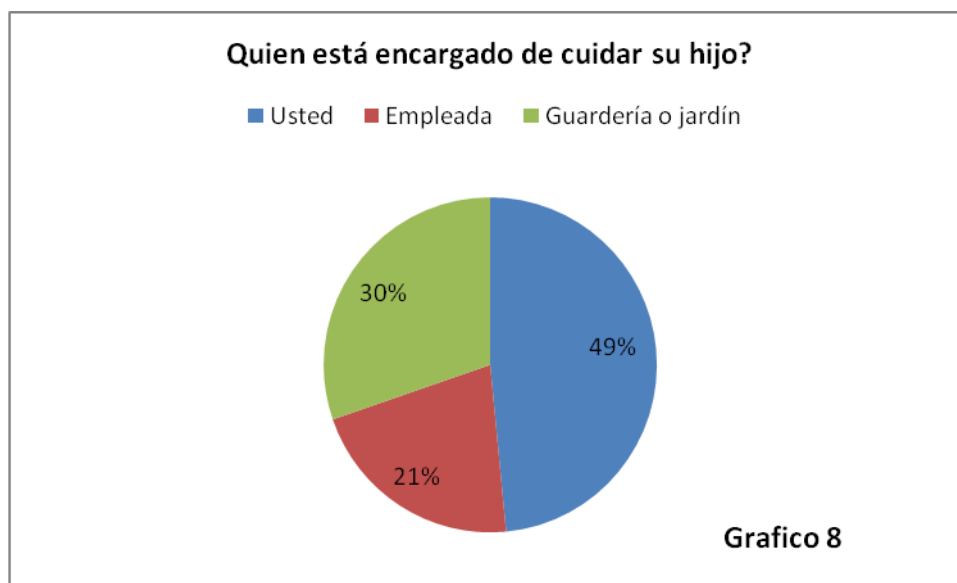


Figura 8. ¿Quien está encargado de cuidar su hijo?

8. ¿Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?

Se puede afirmar según la encuesta realizada a 33 mujeres, que el 73% les hacen remedios caseros a sus niños antes de ser llevados a un puesto de salud o el hospital por que el tratamiento no dio resultado y el 27% los llevan al puesto de salud.

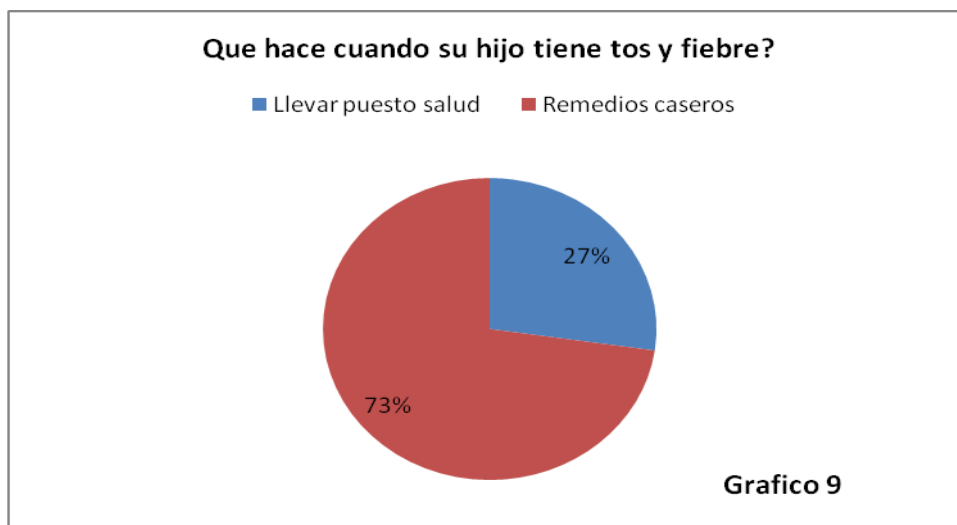
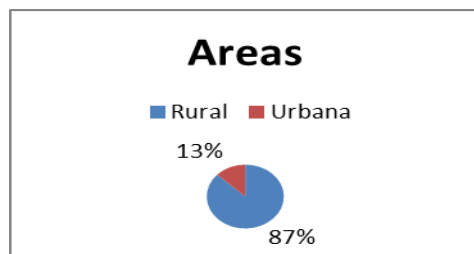


Figura 9. ¿Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?

ANALISIS DE RESULTADOS MUNICIPIO DE BUESACO-NARIÑO

Lugar donde vive el paciente: Área rural – Área Urbana



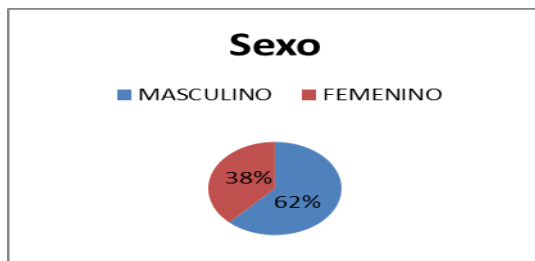
Distribución de pacientes con Infección Respiratoria Aguda, según grupo de edad.

GRUPO DE EDADES	No	%
MENOS DE 1 AÑO	38	38%
DE 1 A 3 AÑOS	62	62%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista.

Según grupo de edad (Cuadro 1) encontramos que existió un predominio de niños correspondiente al grupo de 1 a 3 años con 62 casos para un 62%.

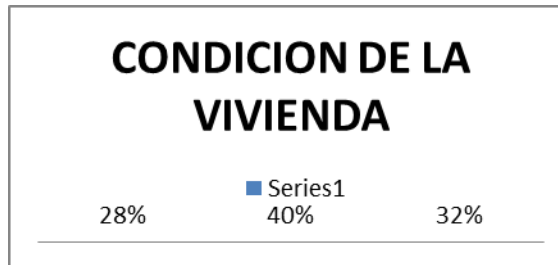
Distribución de pacientes con Infección Respiratoria Aguda según sexo



Al analizar los pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), según sexo (Cuadro 2) encontramos que el mayor número de casos estuvo representado por el sexo masculino con 62 para un 62% del total de los niños. Se plantea que el

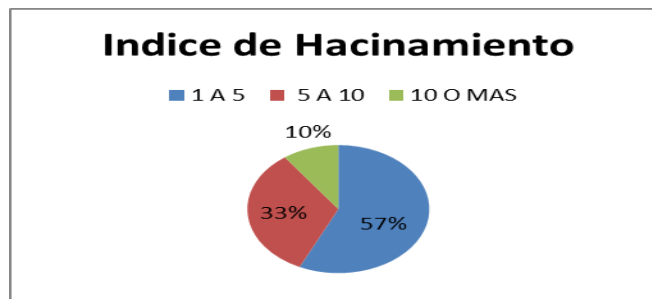
varón es más sensible a la acción de los cambios y/o alteraciones del medio ambiente, lo que los coloca en una posición desventajosa ante las infecciones.

Condiciones de vivienda



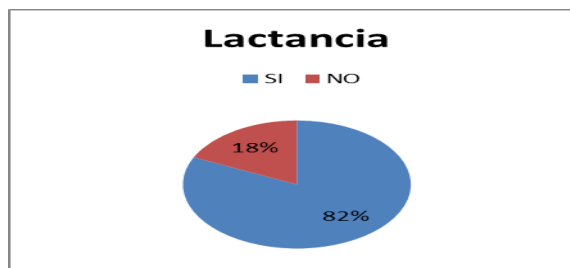
Las condiciones de vivienda se ven más reflejadas en condiciones malas, ya que se trata de una zona rural (la mayor parte) la cual no posee estructuras adecuadas, que son propensas a la humedad (moho) y ácaros por el polvo.

Índice de hacinamiento



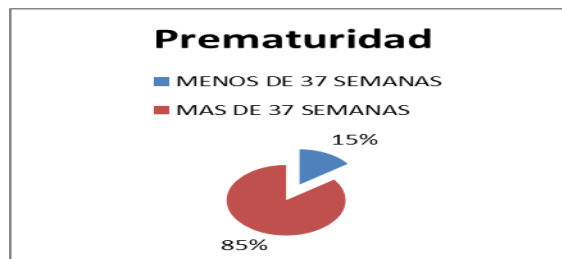
Se demuestra en la grafica que el mayor índice de hacinamiento que se da es de 1 a 5 personas por vivienda siendo el más alto; al contrario del índice de 10 o más por un porcentaje del 10%, donde se presenta la gran mayoría de niños

Lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses)



Se muestra que existe un porcentaje del 82% de lactancia materna, siendo importante ya que Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas. Y esas vidas no sólo se salvarían, sino que mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.

Prematuridad

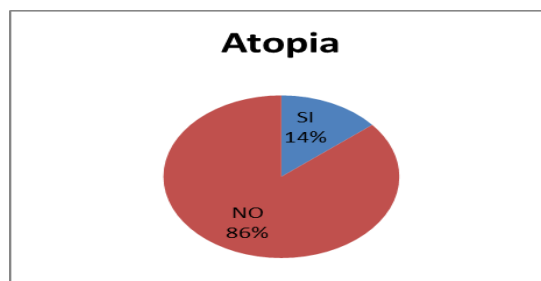


Se demuestra que más del 50% de los niños alcanzaron las semanas de gestión, siendo un embarazo normal

Peso al Nacer

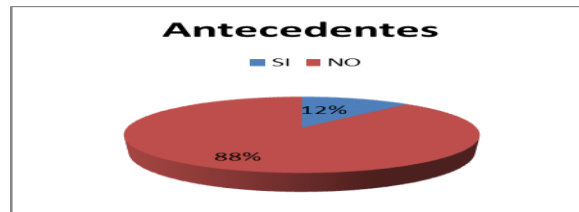


El 75% de los niños al nacer pesan más de 3500 g y el 25% no alcanzan los 3500g.



El 14% dice tener atopias y el 86% asegura que no, mostrando que las más común es la Rinofaringitis Catarral Aguda

Antecedentes Patológicos Personales



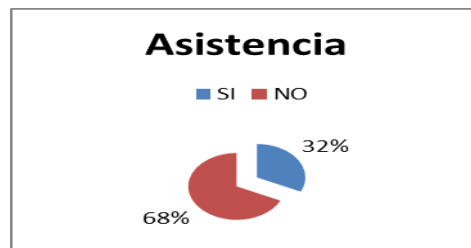
El 12 % de los encuestados dice tener antecedentes patológicos y el 88% dice que no y se ve reflejado que las enfermedades más comunes como son el asma.

Hábito de fumar de los padres



El 80% de los padres consumen cigarrillo, esto hace que tanto niños o personas cercanas se conviertan en fumadores pasivos, afectando su salud.

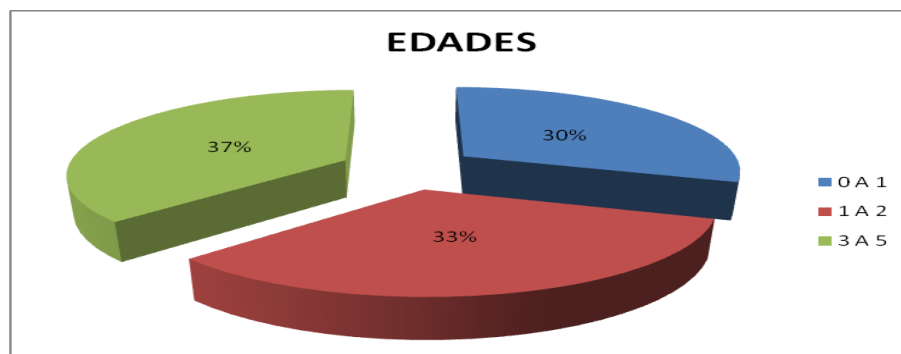
Asistencia a círculos infantiles o guarderías



El 68% de los niños, se encuentran todavía en el hogar por su corta edad, al cargo de padres, abuelos o hermanos

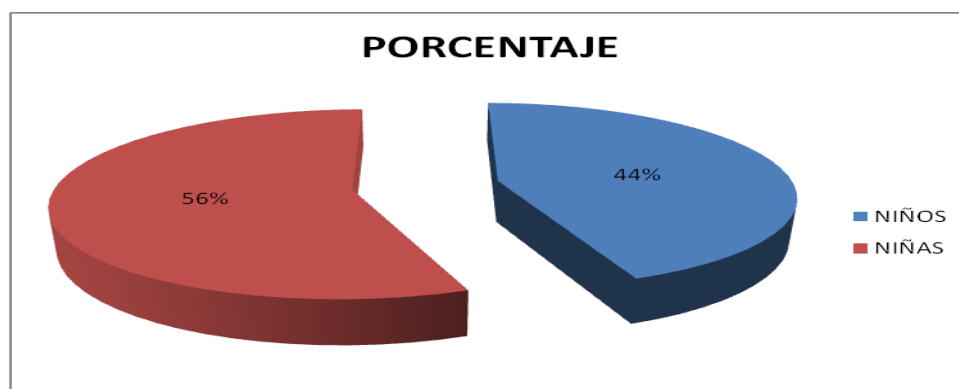
ANALISIS DE RESULTADOS MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

1. Grupos de edades:



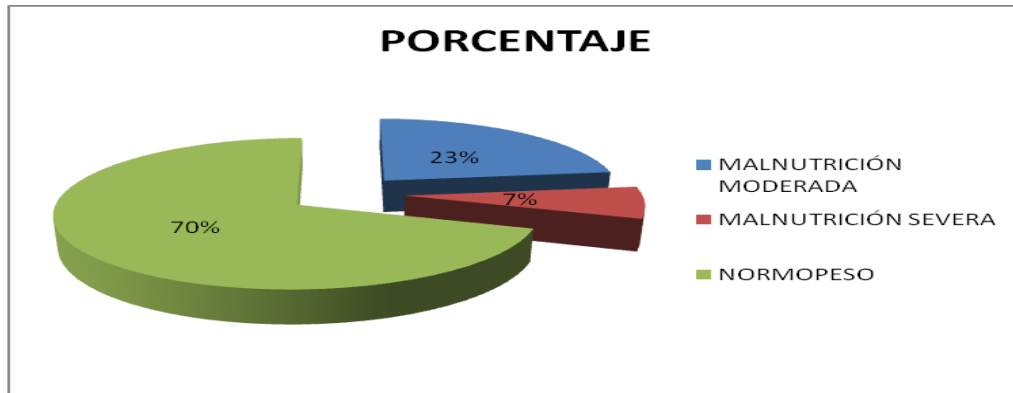
En este caso predominó la edad de 3 a 5 años, siendo los más afectados por enfermedades respiratorias agudas, debido a que tienen más contacto con el mundo externo, tienen contacto con muchas más bacterias, en los objetos que toman, cuando interactúan con más niños, hay menos precaución y cuidados por parte de los padres.

2. Niños y niñas:



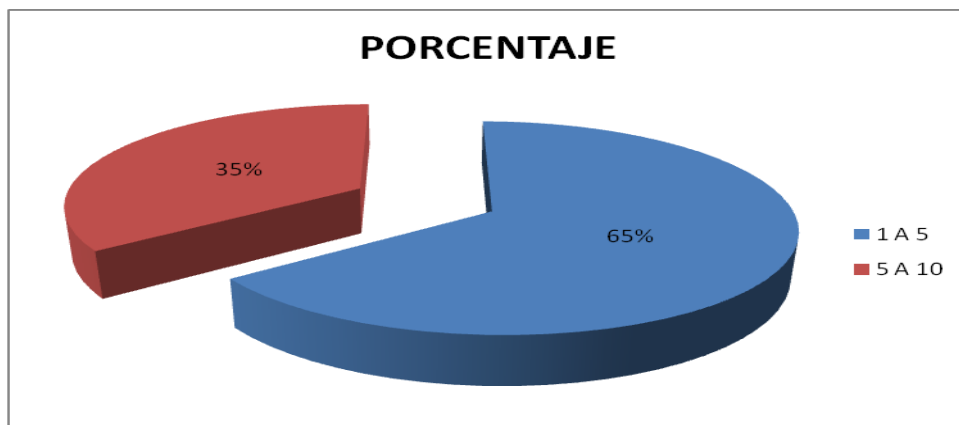
El predominio del sexo femenino con un 56% en los grupos fue debido a que existió un mayor número de niñas consultadas en esas edades. Hay poca variación en la aparición o gravedad de las IRA en relación con el sexo, en el estudio hay un 44% del sexo masculino en los menores de cinco años.

3. Estado de nutrición:



Presentaron malnutrición moderada un 23%, con un normopesos en el 70% y un 7% con malnutrición severa, el porcentaje de niños con malnutrición severa presentaron neumonía o pulmonía debido a que los niños desnutridos son vulnerables a las neumonías porque la desnutrición adelgaza la membrana pulmonar facilitando la entrada de bacterias y debilita el sistema inmunitario del niño, detectándose respuestas linfocíticas in vitro defectuosas.

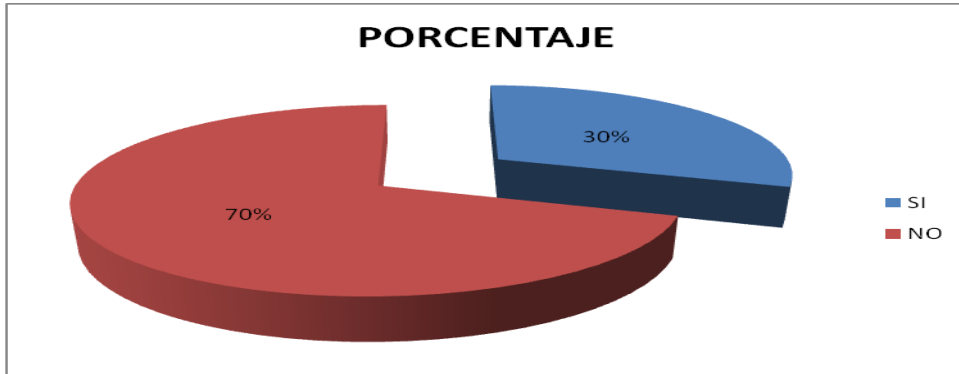
4. Índice de hacinamiento:



El estudio arrojó como resultado un 65% de hogares con 1 a 5 personas y otro 35% con 5 o más personas en el hogar.

El hacinamiento constituye una circunstancia ambiental favorable para la transmisión de las IRA entre los miembros de una familia por contacto directo.

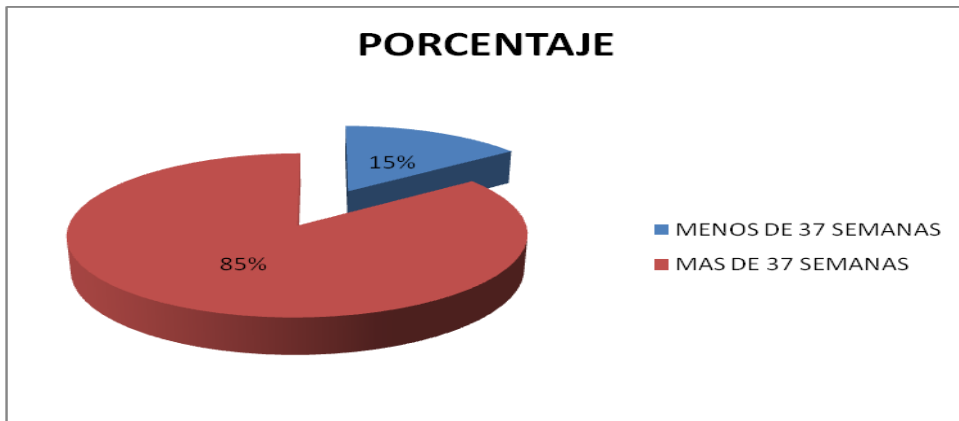
5. Lactancia materna:



En un 70% de los niños no fueron alimentados con leche materna mientras que el otro 30% si recibieron la alimentación necesaria para su proceso de formación y crecimiento.

La leche materna es importante para el niño durante sus primeros meses de vida Porque esta contiene toda la nutrición requerida para su sistema inmunológico Para la prevención de enfermedades.

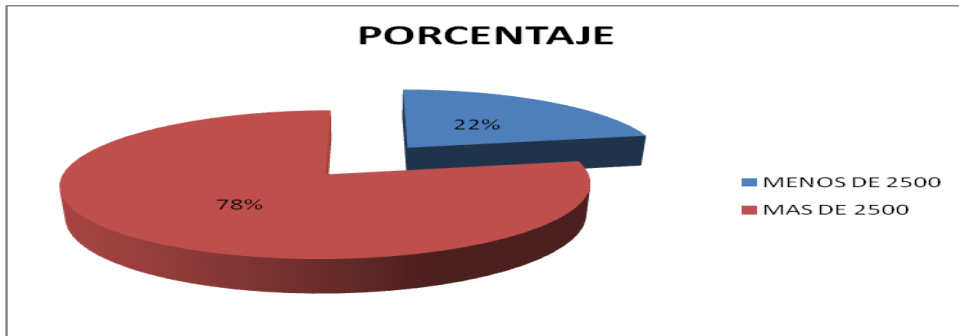
6. Prematuros:



El mayor porcentaje representa niños que nacieron después de las 37 semanas, estos nacimientos fueron normales, las enfermedades transcurrieron al contacto con el mundo externo.

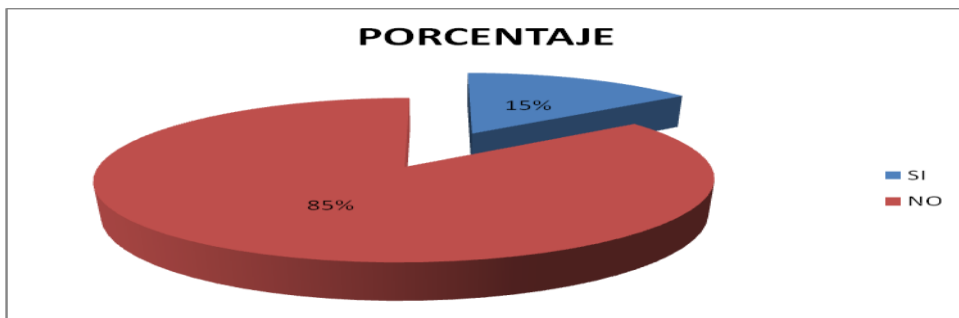
Cuando son niños prematuros algunos órganos incluyendo el pulmón no se alcanza a desarrollar lo suficiente, para estos niños tienen más cuidado y el proceso de salud es diferente para que alcancen su desarrollo adecuado.

7. Peso al nacer:



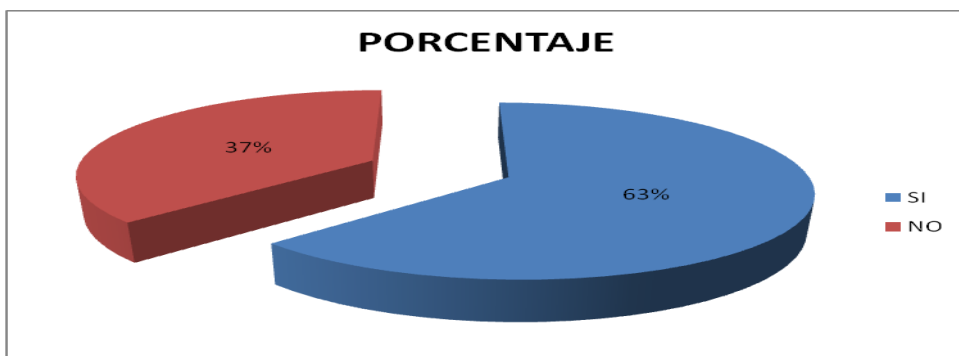
El peso al nacer es importante ya que este puede conllevar si no hay una alimentación adecuada a partir del nacimiento a una desnutrición y por lo tanto Mucho más propensos a enfermedades.

8. Antecedentes patológicos:



El 15 % de los encuestados dice tener antecedentes patológicos y el 85% dice que no y se ve reflejado que las enfermedades más comunes como son el asma.

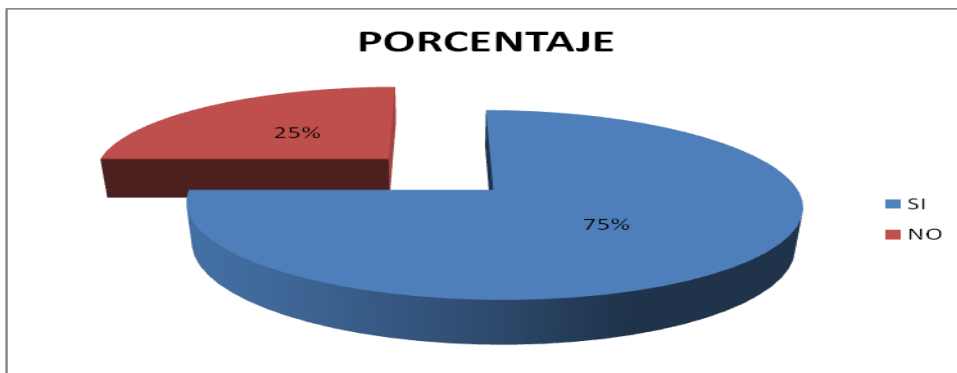
9. Habito de fumar en los padres:



El hábito de fumar en los convivientes se presentó en 38 niños representando el 63%. Estos niños convertidos en fumadores pasivos fueron más vulnerables a contraer una IRA baja;

El humo de cigarro contiene sustancias tóxicas que afectan el mecanismo de depuración mucociliar y la actividad de macrófagos, aumentando la producción de mucus y favoreciendo la aparición de las IRA.

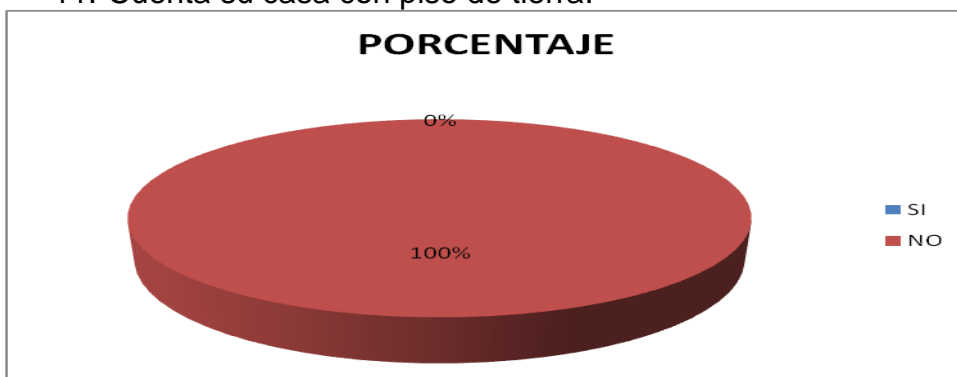
10. Asistencia a guardería infantiles:



45 niños son cuidados en guarderías representando el 75 % de las encuestas y los otros 15 niños el 25 % son cuidados en casa.

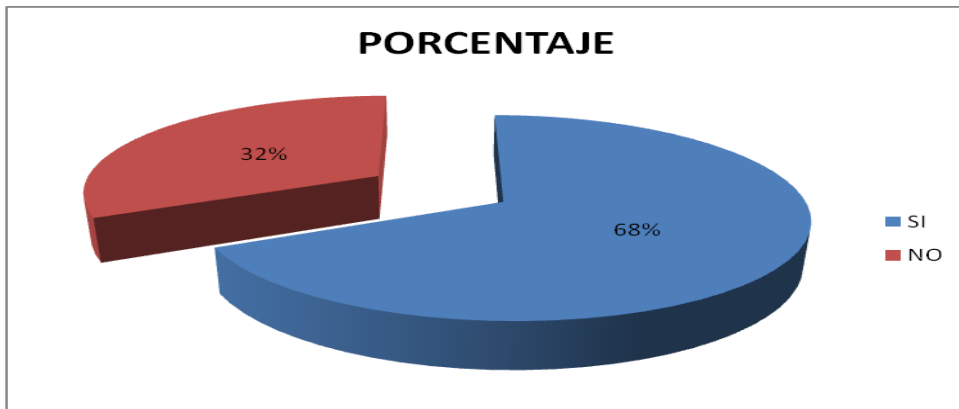
Con este estudio se ha comprobado que en guarderías tienen mayor contagio de la IRA por medio del contacto se transmiten las bacterias causantes de estas afecciones.

11. Cuenta su casa con piso de tierra:



En este caso no aplica este factor de riesgo ya que siendo zona urbana no hay presencia de piso de tierra, sin embargo otras condiciones de vivienda si pueden afectar; como la presencia de humedad en las casas, esto genera moho y otras bacterias que causan afecciones en la piel y vías respiratorias.

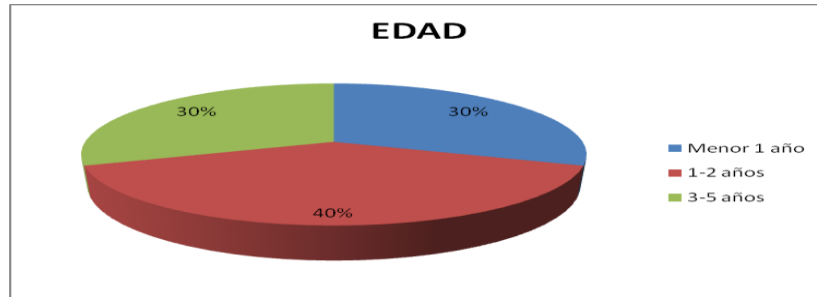
12. Su niño a sufrido cambios bruscos de temperatura:



Esto fue debido a su etiología de origen viral fundamentalmente, a la humedad y las bajas temperaturas de la zona que favorecen la transmisión de los virus;

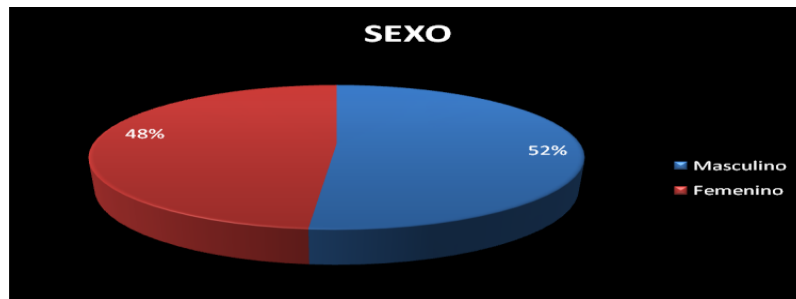
ANALISIS DE RESULTADOS MUNICIPIO DE NEIVA

Grafica 1: Edades de los niños



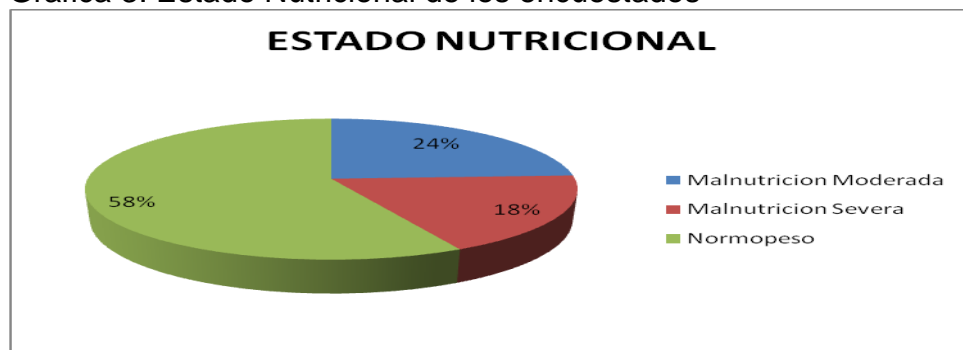
Las edades de los niños encuestados que más predominan es de 1-2 años lo cual corresponde a un 40%, seguido por los menores de 1 año y de 3-5 años, cada uno con un 30% respectivamente, para un total de un 100% de los encuestados.

Grafica 2: sexo de los encuestados



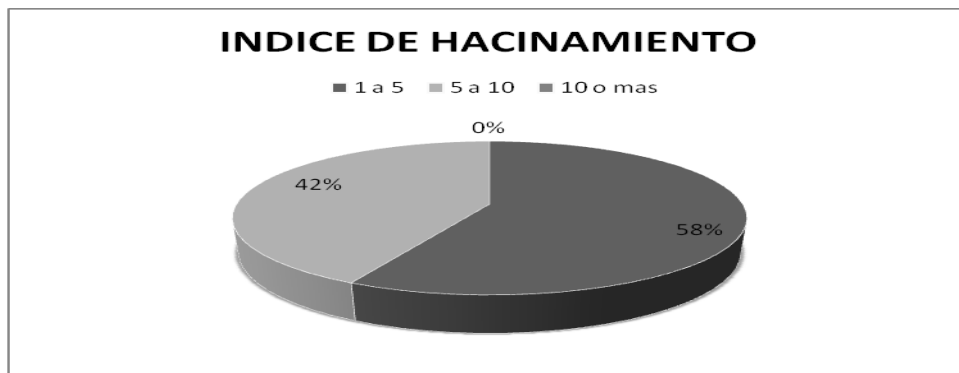
El sexo de los encuestados corresponde a un 52% que representa al sexo masculino, seguido de un 48% que corresponde al sexo femenino, por lo cual puedo decir que es más predominante el sexo masculino.

Grafica 3: Estado Nutricional de los encuestados



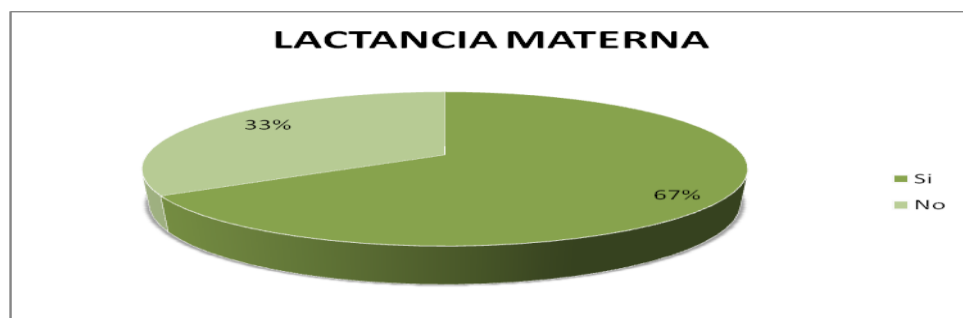
De acuerdo con lo que nos muestra la grafica 3 sobre el estado nutricional de los encuestados, puedo decir que el 58% de los encuestados posee un estado nutricional bueno es decir que esta dentro del Normopeso, mientras que el 18% padece de malnutrición severa, seguida del 24% que padece malnutrición moderada. En conclusión puedo decir que la mayoría de los encuestados posee un buen estado nutricional.

Grafica 4: Índice de Hacinamiento



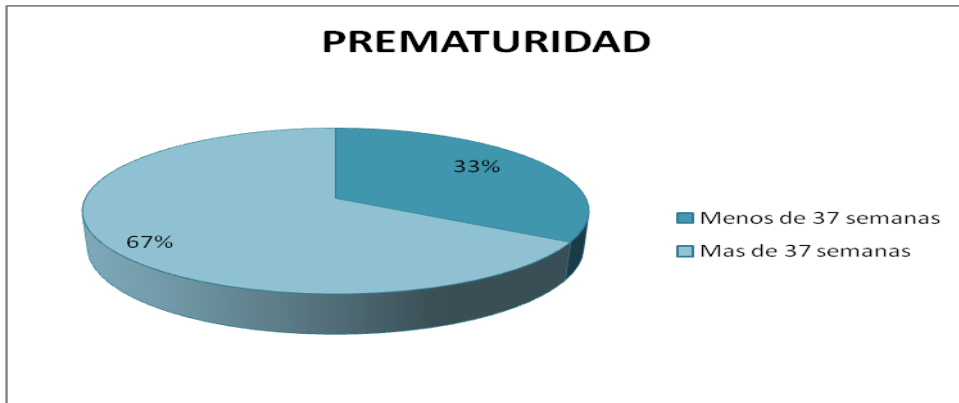
El índice de hacinamiento en la vivienda donde habitan los encuestados es de 1 a 5 personas por vivienda, lo cual representa el 58% de los encuestados, mientras que el 42% que corresponde a los encuestados donde habitan de 5 a 10 personas en la vivienda.

Grafica 5: lactancia Materna



Según la grafica 5 sobre la lactancia materna el 67% de los niños han sido amamantados por sus madres al menos hasta los seis meses, mientras que el 33% de los niños no han sido amantados los seis meses de su vida.

Grafica 6: Prematuridad



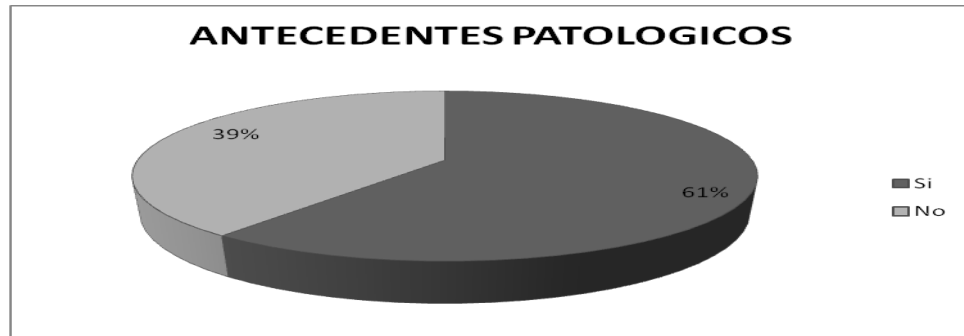
La mayoría de los encuestados han nacido después de las 37 semanas de gestación lo cual corresponde a un 67% de los encuestados, mientras que el 33% han nacido antes de las 37 semanas de gestación.

Grafica 7: Peso al nacer



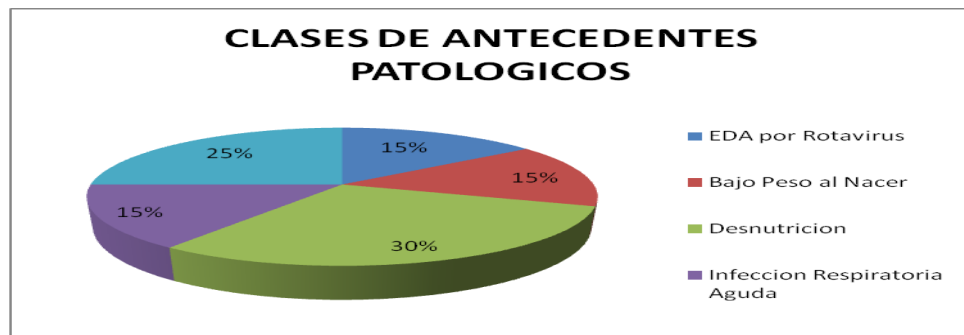
De acuerdo a la grafica 7 el 67% de los encuestados pesaron más de 2500g al nacer, mientras que el 33% de los encuestados al nacer pesaron menos de 2500 g, por lo cual puedo decir que la mayoría de los niños han tenido un peso normal al momento de nacer.

Grafica 8: Antecedentes Patológicos



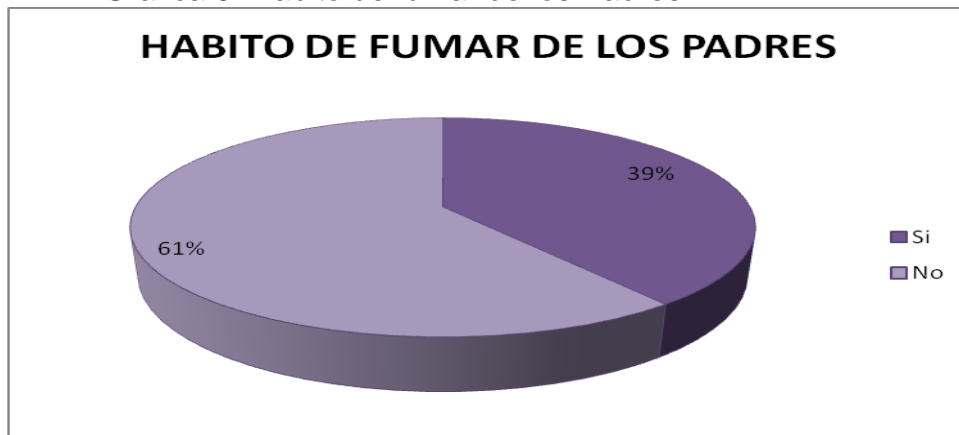
El 61% de encuestados han tenido antecedentes patológicos, mientras que el 39% no tienen ningún antecedente patológico.

Grafica 8.1: Clases de Antecedentes Patológicos



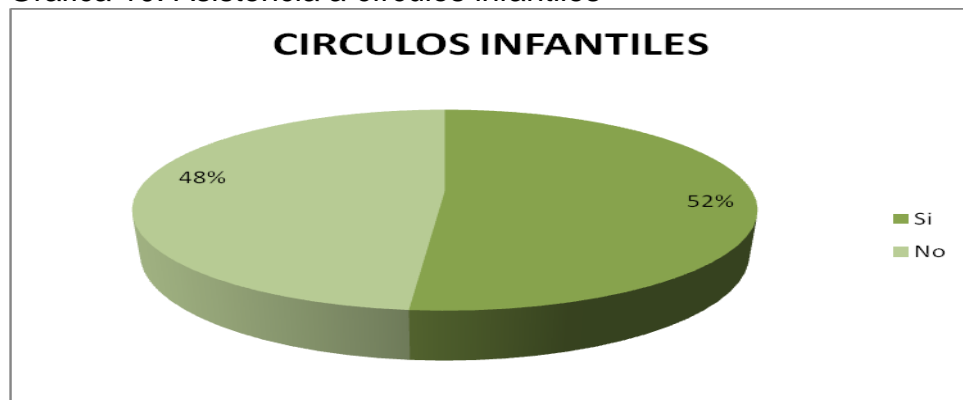
En la grafica 8 podemos observar que las clases de antecedentes patológicos que han padecido los encuestados son desnutrición con el 30%, seguido del 25% que han padecido desnutrición, mientras que el 15% ha padecido IRA, seguido de otro 15% que ha padecido EDA y otro 15% de bajo peso al nacer, y por ultimo otro 15% que ha padecido EDA por rotavirus. En conclusión el antecedente patológico que más tiene relevancia es la desnutrición.

Grafica 9: Habito de fumar de los Padres



Los padres de los encuestados en su mayoría no tienen el hábito de fumar lo que corresponde al 61%, mientras que el 39% de los padres de los encuestados tienen el hábito de fumar, por lo cual algunos de esos niños pueden padecer una IRA a causa de la exposición al humo del cigarrillo, ya que sus padres los han convertido en fumadores pasivos, donde no solo se va a enfermar el padre fumador sino también los niños expuestos al humo del cigarrillo.

Grafica 10: Asistencia a círculos infantiles



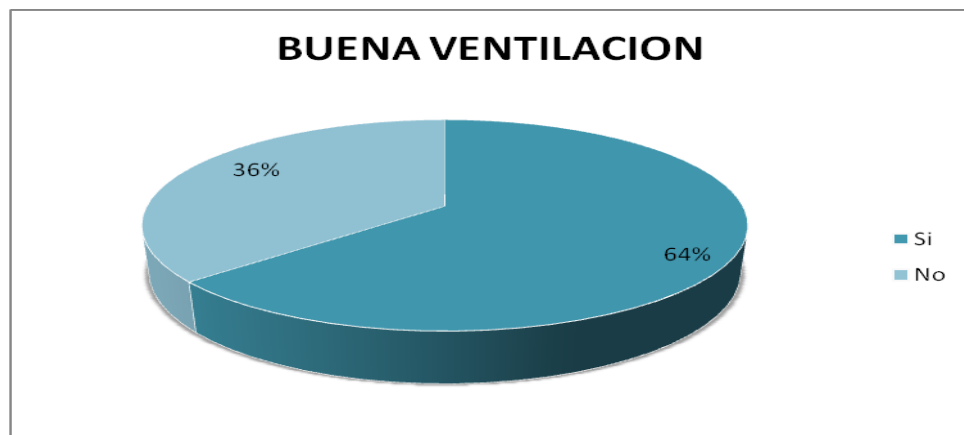
La mayoría de los niños ha acudido o asistido a círculos infantiles o guarderías, lo cual corresponde al 52%, mientras que el 48% de los niños no han asistido a ninguno de estos lugares.

Grafica 11: La vivienda cuenta con piso de tierra



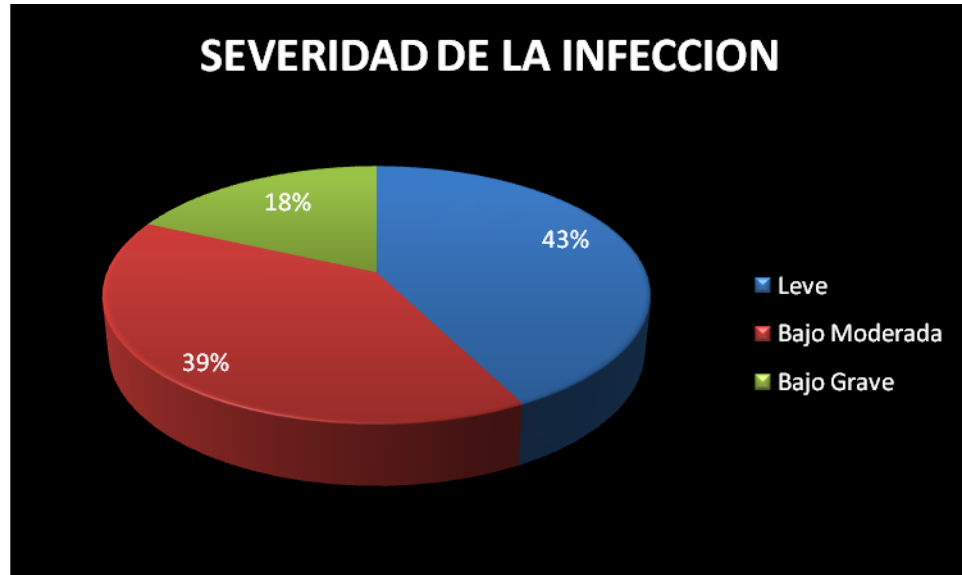
Según la grafica 11 las viviendas donde habitan los encuestados, en su mayoría (64%) poseen piso de concreto o de cemento, mientras que el 36% de las viviendas posee piso de tierra.

Grafica 12: La vivienda cuenta con ventilación



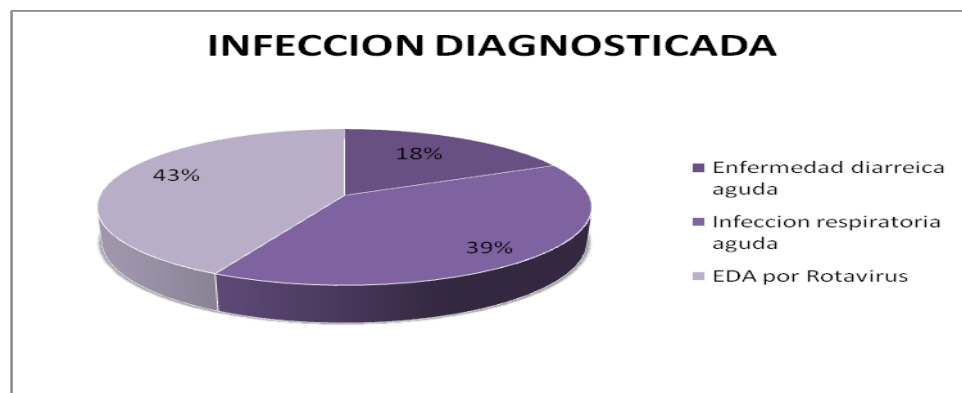
En la grafica 12 podemos observar el porcentaje de las viviendas que poseen buena ventilacion, en este caso corresponde al 64%, mientras que el 36% de la vivienda no poseen buena ventilacion, debido a que las viviendas estan ubicadas en asentamientos, invasiones o barrios subnormales.

Grafica 13: Severidad de la infeccion



En la anterior grafica (13) podemos observar la severidad de la infeccion detectada a los encuestados, puedo decir que el 43% de los encuestados ha padecido una infeccion leve, seguido del 39% que han padecido una infeccion de tipo bajo moderada y por ultimo el 18% que han padecido infecciones de tipo bajo grave.

Grafica 14: Infeccion Diagnosticada



De acuerdo a la grafica14 donde se puede observar el tipo de infecci3n diagnosticada donde el 43% corresponde a las EDA por rotavirus, seguido del 39% que corresponde a las infecciones diagnosticadas por IRA (Infecci3n Respiratoria Aguda), y por 3ltimo el 18% que corresponde a infecciones por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda).

3.6 FUENTES DE DATOS

3.6.1 Fuentes Primarias

El presente trabajo aparte de recolectar información de forma directa de fuentes primarias, implica utilizar técnicas y procedimientos que permiten resolver el tema antes mencionado.

Las fuentes primarias serán especificadas a continuación:

- Encuesta dirigida a las madres de los niños que ingresan a estos servicios de salud en el Hospital de los municipios ya citados.

- Entrevistas y sondeos informales al Personal de Salud encargados de estos programas:
 - ✓ trabajadora social
 - ✓ enfermeras jefe
 - ✓ auxiliares de enfermería

- Entrevistas informales y sondeos al personal que trabaja en el área de la farmacia (Regente de farmacia y Auxiliar).

3.6.2 Fuentes Secundarias

Cualquier tipo de estudio de investigación implica acudir a fuentes secundarias, por este motivo se ha acudido a los siguientes:

- Indicadores demográficos del DANE 2005.
- Documentos del Ministerio de Protección Social- Salud Publica.
- Visitas a EPS.

3-7 SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.7.1 Hipótesis de primer grado

En los diferentes municipios donde se aplicaron las encuestas, los niños menores de un año son los que más padecen de la infección respiratoria aguda, debido a las condiciones en que viven los habitantes (hacinamiento) y en el ambiente donde viven son muy bajas, por el mal tratamiento que se les suministra incrementan los casos en la población infantil.

3.7.2 Hipótesis de segundo grado

La mayoría de las madres de estos niños no saben lo que en realidad es una Infección respiratoria aguda ni el tratamiento adecuado que se le debe de dar al niño, y/o porque piensan que estos tratamiento son más efectivos que los que el médico les puede recetar al niño no sabiendo el daño y las consecuencias que le pueda causar a su organismo.

3.7.3 Hipótesis de tercer grado.

Las madres de estos niños buscan información para tratarle al niño esta Infección tan común antes de ser llevada a un puesto de salud o Hospital sin saber el daño que le puede ocasionar a su niño si no es atendido a tiempo por el personal

médico encargado de la salud de los habitantes del municipio citado anteriormente.

3.7.4 Hipótesis nula

Las madres de los niños desconocen de los antibióticos y la resistencia del *Staphylococcus aureus* hacia los antibióticos probados es independiente de su origen y la preparación del antibiótico casero no tiene casi utilización en municipio por que los resfriados no complicarían las infecciones respiratorias agudas debido a que no es necesaria la ingestión de líquidos.

3.8 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

3.8.1 Variable Independiente

Son los altos índices de las madres de los niños menores de cinco años que padecen de la infección respiratoria aguda, debido a los niveles ambientales, partículas suspendidas en el aire y el estado nutricional entre otras por su bajo nivel socioeconómico.

3.8.2 Variable Dependiente

Las madres adolescentes de estos niños por falta de conocimiento sobre la infección respiratoria aguda y la maternidad responsable, en niños menores de cinco años.

3.8.3 Variable Interviniente.

Son las estadísticas sobre el número de casos y causas de la infección respiratoria aguda en niños menores cinco años. No es muy evidente, los registros clínicos son inconclusos y las madres adolescentes y maduras brindan poca información sobre su situación biopsicosocial.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

La parte administrativa son las instituciones que les brindan atención a las madres de los niños y los niños con infección respiratoria aguda menores de cinco años, hospital de primer nivel, comisaría de familia, IPS privadas, secretaria de salud municipal.

4.1 Recursos humanos.

Los niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda, médicos, enfermería, nutricionista, pediatras, comisaría de familia, bienestar familiar.

5. CONCLUSIONES

En el presente trabajo los resultados de la encuestas realizadas en los diferentes municipios de Colombia a 33 madres de niños menores de 5 años el 64% conoce qué es la infección respiratoria aguda, la cual es una gran ventaja que se lleva por que todo depende de la información que tenga cada madre de esta enfermedad, las causas y la manera de prevenirla y controlarla cuando se presenta. La participación de la madre durante todo el proceso de atención del niño desde el momento mismo en que se inicia el episodio de infección respiratoria aguda es fundamental. Esta participación debe basarse y con ello evitar las complicaciones y la muerte de su hijo.

En cuanto a la frecuencia de los episodios de infección respiratoria el 55% de los niños los llevan a control y desarrollo o programa de promoción y prevención de 0 a 3 veces por año, el 30% llevan a su hijo de 4 a 6 veces por año y un 15% de 7 o más veces. Existe en toda la regio 2 factores fundamentales que condicionan la aparición y gravedad de la IRA como son los factores Ambientales. Deficiencia en la ventilación para la vivienda, hacinamiento, y saneamiento e higiene ambiental. Condiciones del niño: Eda, estado nutricional y lactancia materna.

El 61% de las madres sabe el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño y el 39% no lo sabe, esto nos indica que todavía falta información en las madres ya que la falta de conocimiento puede llevar a complicaciones severa.

En cuanto a las condiciones de vivienda cuentan con piso de cemento el 39% de los niños y el 61% no tienen es de tierra. La mayoría de los cuadros infecciosos, son de naturaleza infecciosa como virus y bacteria predominantemente viral siendo los factores predisponentes más importantes aquellos de carácter socioeconómico las deficientes condiciones de la vivienda y el hacinamiento estuvieron presentes en la mayoría de los niños estudiados

Otro de los factores de riesgo es la higiene la encuesta nos mostró que el 46% de las madres de los niños se lavan y le lavan las manos a sus hijos después de ir al baño, el 30% lo hace antes de preparar los alimentos, el 15% a veces lo hacen y el 9% solo lo hace cada vez que las ve sucias. La falta de hábitos higiénicos adecuados por parte de las personas se convierte en un problema grave por el potencial peligro de transmisión de virus y gérmenes a otras personas.

Las madres encuestadas son las encargadas de cuidar a sus hijos el 49%, el 30% tienen que dejarlo al cuidado de una empleada y un 21% los dejan en los jardines y guardería. Se observa que un 51% de los niños son cuidados por otras personas y esto lleva a analizar las condiciones de higiene e información que tienen estos cuidadores.

El 27% de las madres de los niños lleva a su hijo al hospital o al médico cuando tienen infección respiratoria, el 73% le da remedios caseros. Se observa que es alto el porcentaje que no acude al médico, hay grupos familiares que no cuentan con servicios médicos.

La infección respiratoria en la infancia es una enfermedad Bacteriana que ha permanecido presente prácticamente a lo largo de la historia humana, pero que ha adquirido vital importancia y requerido de merecida atención por parte del Estado y las Organizaciones debido al gran número de vidas que cobra.

La infección respiratoria en la infancia es una enfermedad que no distingue sexo, raza, ni edad, pues cualquier persona puede poseerla, con la aclaración de que es mucho más fácil que ataque a personas menores como son los niños.

Aunque es necesario alertar a las personas sobre la amenaza de esta enfermedad no es necesario crear ambiente de pánico alrededor de la enfermedad, pues los estudios científicos han demostrado que se puede prevenir si se lleva a cabo con mucha disciplina las recomendaciones.

La mayoría de las infecciones respiratorias y sus complicaciones son presentadas por malos hábitos de higiene, el desconocimiento de la población de que hacer en caso de los niños presenten tos y fiebre. Falta de programas de prevención y promoción en las instituciones de salud. Escasa alimentación con leche materna a los menores de 1 año.

Son muy importantes los datos encontrados en este estudio, aunque hay que tener en cuenta que la muestra tomada es muy pequeña.

Los datos encontrados no encaminan a trabajar en aspectos de darle más información de prevención de esta enfermedad a la comunidad, para así poder mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y mortalidad por IRA en nuestro municipio.

6. RECOMENDACIONES

- Realice aseo nasal con suero fisiológico tibio 2cc en cada fosa nasal con jeringa sin aguja cada 6 horas en posición sentado el niño o niña.
- Gripas pueden presentarse con fiebre, lo cual no significa que requieran antibióticos; la temperatura puede elevarse cada 4-6 horas durante 3 a 5 días y para su manejo solo requiere un termómetro y saberlo utilizar (si no sabe cómo utilizarlo acérquese a enfermería para que le enseñen) y si la temperatura supera los 38 °C es decir tiene fiebre, administre acetaminofen a la dosis recomendada por su médico. Recuerde el acetaminofen solo controla el malestar general y la fiebre, no quita la tos ni los mocos.
- Administre abundantes líquidos orales (jugos naturales endulzados), esto es lo más indicado para controlar la tos; no use suero oral si no tiene diarrea o vomito. No se deben dar jarabes para la tos, estos pueden ser perjudiciales, porque al eliminar la tos limita la capacidad de defensa del organismo.
- Es normal que pierda el apetito y no quiera recibir comida solida, pero regresara a la normalidad poco a poco que mejore.
- Ofrezca leche materna más frecuente, si aun lacta el niño o la niña.
- Evite los cambios bruscos de temperatura, proteja la boca y nariz al salir de la casa, dado que el frio entra por la boca y nariz y no por el tórax, por tanto abrigue lo suficiente pero no exceso (no le coloque muchas camisetas ni sacos ni ruanas).
- Si el niño o niña esta con gripa no lo envíe al jardín o colegio.
- Si existen adultos u otros niños enfermos realizar lavado de manos más frecuente de lo habitual y usar tapabocas.
- No exponer los niños al humo del cigarrillo ni al olor del cigarrillo.
- No automedique. Los medicamentos deben ser formulados únicamente por un médico.
- Evite los cambios bruscos de temperatura.
- Controle la fiebre: en caso de no mejorar con las medidas a realizar en casa, se debe consultar de forma inmediata a la unidad de atención en salud.
- Evite el contacto y consumo de cigarrillo

- Cubra la nariz y boca con pañuelos al toser o estornudar.
- Lávese las manos con frecuencia para evitar el contagio a otras personas.
- Recuerde que es mejor prevenir para ello: no lleve los niños sanos como acompañantes a clínicas y/o hospitales, vacune a su hijo o hija, realice lavado frecuente de manos y use tapabocas cuando alguien en casa tenga gripa, alimente a su bebe con leche materna y no exponga a cambios bruscos de temperatura.
- Consulte por urgencias en caso de respiración más rápida de lo habitual, hundimiento de cotillas al respirar, aleteo de nariz, pujo al respirar, vomita todo lo que come, no puede comer o beber, está muy dormido, no se despierta con facilidad, fiebre que dura más de 3 días, el niño es menor de 2 meses y presenta fiebre.
- Charlas a las madres sobre la importancia que acuda al centro de Salud cuando el niño padezca de esta.
- Promover educación para la salud y participación de la comunidad en la instalación de medidas de autocuidado como: prevención, detección temprana y signos de alarma en la infección respiratoria aguda.
- Haciendo cumplir las normas técnicas y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública relacionada con infancia y adolescencia. Resolución 412 del 2000.

BIBLIOGRAFIA

- Aldereguía H .J. 1988; *Nuevas orientaciones de la Salud Pública Socialista: Principales aspectos*; (p.7-8).
- James Chin. 2001. *El control de las enfermedades transmisibles*.17 ed. Washington D.C; 748P.
- Colombia; Nueva constitución Política de Colombia; 2003. 1 ed. Santa fe de Bogotá D.C. Cupido. 180P.
- Microsoft Encarta; 2005. Microsoft Corporación.
- Malagon Londoño, Gustavo y Galán Morera, Ricardo. 2002 *La salud Pública: situación actual, propuestas y recomendaciones*. 20 ed. Santa fe de Bogotá D.C. Panamericana, 492P.
- Anuario Estadístico del MINSAP, octubre de 2005, Disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- Perfil Epidemiológico del Huila, Disponible en URL http://turismo.huila.gov.co/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1083:perfil-epidemiologico&id=&Itemid=3970
- Informe de Gestión garanta de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud ; Disponible en URL: http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1027:informe-de-gestin-garanta-de-los-derechos-de-la-infancia-la-adolescencia-y-la-juventud&id=&Itemid=3989
- infecciones-respiratorias-agudas-iras; Disponible en URL: <http://www.enplenitud.com/infecciones-respiratorias-agudas-iras.html>

ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO

MATERIA FINGIBLE	CANT	V.UNIT	TOTAL
Resma de papel	02	10.000	20.0000
Cartuchos de impresora (tinta negra)	02	48.000	96.000
Cartuchos de impresora a color	02	55.000	110.000
Discos compactos	02	1.000	2.000
Memoria flash	02	25.000	50.000
GASTOS VARIOS POR SERVICIOS			\$278.000
Fotocopias	100	50	5.000
Carpeta de informes	02	2.000	4.000
Servicio de internet	300h	1500	45.000
Asesorías	40h	20.000	400.000
Subtotal gastos varios por servicio			\$454.000
Total presupuesto			\$732.000

ANEXO 2. ENCUESTA

Encuesta para recolección de datos acerca de infecciones respiratorias agudas de los niños menores de cinco años.

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
REGENCIA EN FARMACIA
COLOMBIA
2011

ENCUESTA APLICADA A: _____

En las siguientes casillas, seleccione con una X la edad de los niños (en años).

<1 año _____ 1 año _____
2 años _____ 3 años _____
4 años _____ 5 años _____

1. ¿Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?

Si _____ No _____

2. ¿Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño.

Si _____ No _____

3. ¿Con qué frecuencia lleva su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?

0 – 3 veces al año _____

4 – 6 veces al año _____

7 o más veces al año _____

4. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?

Si _____ No _____

5. ¿Cuenta en su vivienda con piso de tierra?

Si _____ No _____

6. ¿Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?

Después de ir al baño _____

Antes de preparar los alimentos _____

Solo cada vez que las ve sucias _____

A veces _____

7. ¿Quién está encargado de cuidar su hijo?

Usted _____

Empleada _____
 Guardería o jardín _____

8. ¿Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?

Llevar puesto salud _____
 Remedios caseros _____

ANEXO 3. RESULTADO ENCUESTA MUNICIPIO DE VALLE DEL GUAMUEZ-PUTUMAYO

Edad de los niños

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Edad de los niños	< 1 año	11	33,33
	1 año	5	15,15
	2 años	8	24,24
	3 años	4	12,12
	4 años	2	6,06
	5 años	3	9,09
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

1 ¿Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sabe usted qué es una infección respiratoria aguda?	SI	12	36,36
	NO	21	63,64
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

2. ¿Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño.

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Conoce usted el riesgo a que le puede conllevar una infección respiratoria mal cuidada en su niño.	SI	20	60,61
	NO	13	39,39
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

3. ¿Con qué frecuencia lleva su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Con qué frecuencia lleva su hijo a control y desarrollo o programa de promoción y prevención?	0 – 3 veces al año	5	15,15
	4 – 6 veces al año	10	30,30
	7 o más veces al año	18	54,55
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

4. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación?	SI	10	30,30
	NO	23	69,70
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

5. ¿Cuenta en su vivienda con piso de tierra?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Cuenta en su vivienda con piso de tierra?	SI	13	39,39
	NO	20	60,61
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

6. ¿Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Con qué frecuencia ustedes se lavan las manos?	Después de ir al baño	10	30,30
	Antes de preparar los alimentos	15	45,45
	Solo cada vez que las ve sucias	3	9,09
	A veces	5	15,15

TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS	33	100
----------------------------	----	-----

7. ¿Quién está encargado de cuidar su hijo?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Quien está encargado de cuidar su hijo?	Usted	16	48,48
	Empleada	7	21,21
	Guardería o jardín	10	30,30
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

8. ¿Qué hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?

TABLA DE FRECUENCIA			
VARIABLE	RANGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Que hace cuando su hijo tiene tos y fiebre?	Llevar puesto salud	9	27,27
	Remedios caseros	24	72,73
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS		33	100

ANEXO. 4. ENCUESTA MUNICIPIO DE BUESACO-NARIÑO

ENCUESTA DIRIGIDA AL RESPONSABLE DEL NIÑO(A) CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.

- Nombre y apellidos: _____
- Área donde vive el paciente: Rural _____; Urbana _____
- Edad: Menor 1 año ____; 1-2 años ____; 3-5 años ____
- Sexo: Masculino ____; Femenino ____
- Socioeconómico:
 - Condiciones de la vivienda: Buena ____ Mala ____ Regular ____
 - Índice de hacinamiento: 1 a 5 ____ 5 a 10 ____ 10 a más ____
- Lactancia materna (Exclusiva hasta los 6 meses). Si__ No__
- Prematuridad (TG): Menos de 37 semanas __ Más de 37 semanas __
- Peso al nacer: Menos de 2500 gramos __ Más de 2.500 gramos __
- Atopia: Si __ ¿Cuáles? : _____ No ____

10. Antecedentes Patológicos Personales: Si ___ ¿Cuáles? : _____ No ___

11. Hábito de fumar de los padres: Si ___ No ___

12. Asistencia a círculos infantiles o guarderías: Si ___ No ___

ANEXO. 5 PLAN LOCAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUESACO

En el municipio de Buesaco, en algunos aspectos se ha avanzado; en Salud se ha logrado carnetizar el 94% de la población pobre y vulnerable lo cual facilita el acceso a los servicios de salud a pesar de tener aún un plan obligatorio de salud restringido. En igual forma las coberturas de vacunación se acercan a las coberturas útiles, se ha logrado disminuir indicadores de muerte materna, peri natal y enfermedades en menores 5 años como Infección respiratoria Aguda y enfermedad Diarreica Aguda. Sin embargo siguen siendo grave la situación de embarazos en jóvenes menores de 20 años, el consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida, la violencia intrafamiliar y en general la violencia en sus diferentes formas que sin ser demasiado altas comparado con el resto del país, se pueden desbordar cuando no se intervienen factores estructurales o se descuida la prevención y el control.

Con el desarrollo de políticas nacionales y el impulso de políticas locales se ha mejorado el acceso a la educación especialmente primaria y secundaria, se ha disminuido la tasa de analfabetismo 6.07% sin embargo las estrategias para disminuir la deserción escolar aún son insuficientes. Los programas de alimentación a escolares que apoya el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar son insuficientes en cobertura y la ración alimentaría no responde a las necesidades de los escolares.

Al adulto mayor se lo atiende a través de programas de ocio productivo, almuerzos calientes y cuidados paliativos, además de que tienen asegurado el carné de régimen subsidiado para atención en salud en lo que cubre el plan obligatorio de salud. Sin embargo la cobertura de ellos no es suficiente para las necesidades.

Con población en situación de desplazamiento el municipio garantiza la salud a través de la asignación de carné de régimen subsidiado a todos los que acrediten su condición conforme lo establece Acción Social, en igual forma se ha establecido un procedimiento que facilita el acceso a la educación primaria y secundaria a los niños y jóvenes de esta población. Además a través de la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO) se presta la atención humanitaria de emergencia y se coordina con las instituciones competentes para atender todas las necesidades que esta población requiere.

ANEXO 6. RESULTADO ENCUESTA MUNICIPIO DE BUESACO- NARIÑO

Lugar donde vive el paciente: Área rural – Área Urbana

AREA	%
Rural	87 %
Urbana	13%

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria Aguda, según grupo de edad.

GRUPO DE EDADES	No	%
MENOS DE 1 AÑO	38	38%
DE 1 A 3 AÑOS	62	62%
TOTAL	100	100%

Fuente: Entrevista.

Distribución de pacientes con Infección Respiratoria Aguda según sexo

SEXO	No	%
MASCULINO	62	62%

FEMENINO	38	38%
TOTAL	100	100%

Condiciones de vivienda índice de hacinamiento

CONDICION	%
BUENA	28%
MALA	40%
INDICE	%
REGULAR	32%
1 A 5	57%
5 A 10	33%
10 O MAS	10%

Lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses)

LACTANCIA	%
SI	82%
NO	18%

Prematuridad

TIEMPO	%
MENOS DE 37 SEMANAS	15%
MAS DE 37 SEMANAS	85%

Peso al Nacer

PESO	%
------	---

MENOS DE 3500 GRAMOS	25%
MAS DE 3500 GRAMOS	75%

Atopia

ATOPIA	%
SI	14%
NO	86%

Antecedentes Patológicos Personales

ANTECEDENTES	%
SI	12%
NO	88%

Hábito de fumar de los padres

HABITO DE FUMAR	%
SI	80%
NO	20%

Asistencia a círculos infantiles o guarderías

ASISTENCIA	%
SI	32%
NO	68%

ANEXO. 7. ENCUESTA MUNICIPIO DE NEIVA-HUILA

ENCUESTA

ANEXO: Para la recolección de datos acerca de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.

Edad: Menor 1 año ___; 1-2 años ___; 3-5 años ___

Sexo: Masculino ___; Femenino ___

1. Estado nutricional: Malnutrición moderada___ Malnutrición severa___
Normopeso_____

2. Socioeconómico: Índice de hacinamiento: 1 a 5 _____ 5 a 10 _____ 10 a más _____

3. Lactancia materna (Exclusiva hasta los 6 meses). Si___ No___

4. Prematuridad (TG): Menos de 37 semanas ___ Más de 37 semanas ___

5. Peso al nacer: Menos de 2500 gramos ___ Más de 2.500 gramos ___

6. Antecedentes Patológicos Personales: Si _____ ¿Cuáles? : ___
No _____

7. Hábito de fumar de los padres: Si___ No ___

8. Asistencia a círculos infantiles o guarderías: Si ___ No ___

9. Cuenta en su vivienda con piso de tierra. Si ____ No ____
10. ¿En su casa o vivienda cuenta con una buena ventilación? Si ____ No ____
11. Infección Diagnosticada: Causa de ingreso: ____ Severidad de la afección: leve: ____ baja Moderada: ____ baja grave: ____

ANEXO 8. RESULTADO ENCUESTA MUNICIPIO DE NEIVA-HUILA

1. Edades de los encuestados

EDAD	fi	%
Menor 1 año	10	30%
1-2 años	13	39%
3-5 años	10	30%
Total	33	100%

2. Sexo de los encuestados

SEXO	fi	%
Masculino	17	52%
Femenino	16	48%
Total	33	100%

3. Estado Nutricional de los encuestados

ESTADO NUTRICIONAL	fi	%
Malnutrición Moderada	8	24%
Malnutrición Severa	6	18%
Normopeso	19	58%
Total	33	100%

4. Índice de hacinamiento

INDICE DE HACINAMIENTO	fi	%
1 a 5	19	58%
5 a 10	14	42%
10 o mas	0	0%
Total	33	100%

5. Lactancia Materna

LACTANCIA MATERNA	fi	%
Si	22	67%
No	11	33%
Total	33	100%

6.Prematuridad de los encuestados

PREMATURIDAD	fi	%
Menos de 37 semanas	11	33%
Más de 37 semanas	22	67%
Total	33	100%

7.Peso al nacer

PESO AL NACER	fi	%
Menos de 2500g	22	67%
Mas de 2500g	11	33%
Total	33	100%

8.Antecedentes Patológicos

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	fi	%
Si	20	61%
No	13	39%
Total	33	100%

8.1Clases de antecedentes Patológicos

CLASES DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS	Fi	%
EDA por Rotavirus	3	15%
Bajo Peso al Nacer	3	15%
Desnutrición	6	30%
Infección Respiratoria Aguda	3	15%
EDA(Enfermedad Diarreica Aguda)	5	25%
Total	20	100%

9. Habito de fumar de los padres

HABITO DE FUMAR DE	fi	%
--------------------	----	---

LOS PADRES		
Si	13	39%
No	20	61%
Total	33	100%

10. Asistencia a círculos infantiles

CIRCULOS INFANTILES	fi	%
Si	17	52%
No	16	48%
Total	33	100%

11. La vivienda cuenta con piso de tierra

PISO DE TIERRA	fi	%
Si	12	36%
No	21	64%
Total	33	100%

12. La vivienda cuenta con buena ventilación

BUENA VENTILACION	fi	%
Si	21	64%
No	12	36%
Total	33	100%

13. Severidad de la infección

SEVERIDAD DE LA INFECCION	fi	%
Leve	14	42%
Bajo Moderada	13	39%
Bajo Grave	6	18%
Total	33	100%

14. Infección Diagnosticada

INFECCION DIAGNOSTICADA	fi	%
--------------------------------	-----------	----------

Enfermedad diarreica aguda	6	0%
Infección respiratoria aguda	13	39%
EDA por Rotavirus	14	42%
Total	33	82%

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ENCUESTA DIRIGIDA AL RESPONSABLE DEL NIÑO(A) CON INFECCION RESPIRATORIA.

12. Edad: Menor 1 año ___; 1-2 años ___; 3-5 años ___

13. Sexo: Masculino ___; Femenino ___

3. Estado nutricional: Malnutrición moderada___ Malnutrición severa___ Normopeso_____

4.- Índice de hacinamiento: 1 a 5 _____ 5 a 10 _____ 10 a más _____

5. Lactancia materna (Exclusiva hasta los 6 meses). Si___ No___

6. Prematuridad (TG): Menos de 37 semanas __ Más de 37 semanas __

7. Peso al nacer: Menos de 2500 gramos __ Más de 2.500 gramos __

8. Antecedentes Patológicos Personales: Si ___ ¿Cuáles? : _____ No ___

9. Hábito de fumar de los padres: Si___ No ___

10 Asistencia a círculos infantiles o guarderías: Si ___ No ___

11. Cuenta en su vivienda con piso de tierra.

Si ___ No ___

12. Su niño ha sufrido cambios ambientales bruscos de temperatura ?

Si ___ No ___

RESULTADOS MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

Tabla de Frecuencias

Total Encuestas: 60

1. Edad: Menor 1 año ___; 1-2 años ___; 3-5 años ___

Intervalos

0_1

1_2

3_5

INTERVALOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
0_1	18	30%
1_2	20	33%
3_5	22	37%
TOTAL	60	100%

2. Sexo: Masculino ___; Femenino ___

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
------	---------------------	---------------------

FEMENINO	34	56%
MASCULINO	26	44%
TOTAL	60	100%

3. Estado nutricional: Malnutrición moderada____ Malnutrición severa____
Normopeso_____

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Malnutrición Moderada	14	23%
Malnutrición severa	4	7%
Normopeso	42	70%
Total	60	100%

4. Índice de Hacinamiento

INTERVALOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1_5	39	65%
5_10	21	35%
10 o MÁS	0	0
TOTAL	60	100%

5. Lactancia materna (Exclusiva hasta los 6 meses). Si__ No__

ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
-------------------------------	---------------------	---------------------

SI	18	30%
NO	42	70%
TOTAL	60	100%

6. Prematuridad (TG): Menos de 37 semanas ___ Más de 37 semanas ___

PREMATUROS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Mas de 37 semanas	51	85%
Menos de 37 semanas	9	15%
TOTAL	60	100%

7. Peso al nacer: Menos de 2500 gramos ___ Más de 2.500 gramos ___

PESO AL NACER	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Mas de 2500 gr	47	78%
Menos de 2500 gr	13	22%
TOTAL	60	100%

8. Antecedentes Patológicos Personales: Si ___ ¿Cuáles? : _____ No ___

ANTECEDENTES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	9	15%
NO	51	85%
TOTAL	60	100%

9. Hábito de fumar de los padres: Si ___ No ___

PADRES FUMADORES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	38	63%
NO	22	37%
TOTAL	60	100%

10 Asistencia a círculos infantiles o guarderías: Si ___ No ___

GUARDERIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	45	75%
NO	15	25%
TOTAL	60	100%

11. Cuenta en su vivienda con piso de tierra.

Si ___ No ___

PISO DE TIERRA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	0	0%
NO	60	100%
TOTAL	60	100%

12. Su niño ha sufrido cambios ambientales bruscos de temperatura ?

Si ___ No ___

CAMBIOS AMBIENTALES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	41	68%
NO	19	32%
TOTAL	60	100%

ANEXO 9. CRONOGRAM

ACTIVIDADES	MES AGOSTO				MES OCTUBRE				MES NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asesoría Metodológica del trabajo de campo												
Recolección de la información necesaria para la elaboración de la propuesta para el trabajo de campo												
Presentación de la propuesta al trabajo de campo												
Recolección de la información para la elaboración de la encuesta												
Organización e interpretación y presentación de la información de la encuesta												
Redacción y organización del trabajo de campo												
Sustentación del trabajo de campo												

