

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) DE LAS MEDIDAS
PREVENTIVAS DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA
(AIEPI) DE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD DE PRIMAVERA UKSHA,
PERTENECIENTE A LA PROVINCIA DE IMBABURA, DURANTE EL PERIODO
MARZO A AGOSTO 2010.”

DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ELABORADO POR

ANDREA CAROLINA CUEVA CAMPOVERDE

Quito, agosto de 2011

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por cada una de las bendiciones que ha puesto en mi vida; a mi madre, a mi padre y a mis hermanos, que con su amor me han enseñado a no rendirme, a luchar por lo que quiero, y sonreírle siempre a la vida; a la Máster Nelly Sarmiento, directora de la disertación, quién con su acertada y oportuna asesoría supo guiarme y orientarme para lograr mis objetivos planteados en el presente trabajo y a todo el personal docente y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que cada día me llenaron de sabios conocimientos pero sobre todo por brindarme su amistad.

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico mi esfuerzo y sacrificio realizado durante mis estudios universitarios a Dios porque ha estado conmigo cuidándome en cada paso que he dado y dándome fortaleza para continuar; a mis amados padres y hermanos Marianita, Jorge, Gaby e Iván que de diferente manera contribuyeron con su amor, optimismo y fortaleza, para que llegue a culminar esta etapa muy importante de mi vida, además por ser el motor de mi vida, los que me dan fuerza para hacer todo lo que tengo que hacer, por haber velado por mi bienestar, por ayudarme con mis estudios y por sentirse orgullosos de lo que soy. Los amo con toda mi vida.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de Gráficos	vii
Índice de Cuadros	viii
Índice de Tablas	ix
Introducción	1
Antecedentes	4
Justificación	9
Objetivos	11
Planteamiento del Problema	13
Capítulo I	
Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	
1.1 AIEPI	14
1.2 Objetivos de la Estrategia AIEPI	15
1.3 Componentes	15
1.4 Proceso de Atención Integrada de Casos	16
1.5 Signos de Peligro en General	20
1.6 Tos o Dificultad para Respirar	21
1.7 Diarrea	25
1.8 Fiebre	32
1.9 Problemas de Oído	36
1.10 Desnutrición / Anemia	39
1.11 AIEPI Comunitario	46

1.12 Practicas Claves	47
-----------------------	----

Capítulo II

Problemas de Salud más comunes de la Infancia

2.1 Infancia	51
2.2 Enfermedades Respiratorias Agudas	52
2.3 IRAS de vías altas	53
2.3.1 Resfriado Común	53
2.3.2 Otitis media	61
2.3.3 Mastoiditis	68
2.3.4 Faringoamigdalitis	72
2.4 IRAS de vías bajas	78
2.4.1 Bronquiolitis	78
2.4.2 Neumonía	83
2.5 Enfermedades Diarreicas	87
2.6 Diarrea	87
2.6.1 Tipos de diarrea	89
2.7 Desnutrición	99
2.7.1 Clasificación de la Desnutrición	100
2.8 Anemia	103

Capítulo III

Niveles de Prevención

3.1 Conceptos	107
3.2 Niveles de Prevención. Definición	110
3.3 Historia natural de la Enfermedad	111
3.4 Primer Nivel	113
3.5 Segundo Nivel	114
3.6 Tercer Nivel	115

Metodología	116
Análisis y Presentación de la Información	119
Variabales Demográficas	121
Resultados cualitativos	125
Conclusiones	131
Recomendaciones	133
Bibliografía	134

Anexos

Anexo I: Manual en Español	142
Anexo II: Manual en Quechua	150

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINAS
Gráfico N.1: Principales causas de mortalidad en menores de cinco años en la región de las Américas. Estimaciones 2002	9
Gráfico N.2: Tiraje Subcostal	23
Gráfico N.3: Signo del Pliegue	28
Gráfico N.4: Marasmo	43
Gráfico N.5: Kwashiorkor	43
Gráfico N.6: Prevención e Historia Natural de la Enfermedad	112
Gráfico N.7: Edad de las mujeres que asistieron a los Grupos Focales	121
Gráfico N.8: Estado civil de las madres de familia que asistieron a los Grupos Focales	122
Gráfico N.9: Número de hijos que tienen las madres de familia que asistieron a los Grupos Focales	123
Gráfico N.10: Escolaridad de las madres de familia que asistieron a los Grupos Focales	124

ÍNDICE DE CUADROS

CONTENIDO	PÁGINAS
Cuadro N.1: Resumen del Proceso de la Atención Integrada	19
Cuadro N.2: Clasificación y Tratamiento para la Tos o Dificultad Respiratoria	24
Cuadro N.3: Clasificación y Tratamiento para la Diarrea	29
Cuadro N.4: Clasificación y Tratamiento para la Fiebre	35
Cuadro N.5: Clasificación y Tratamiento para Problema de Oído	38
Cuadro N.6: Clasificación y Tratamiento para la Desnutrición y Anemia	45
Cuadro N.7: Infecciones Respiratorias Agudas o IRAS	53
Cuadro N.8: Agentes Infecciosos Involucrados en la Producción del Resfriado Común	57
Cuadro N.9: Agentes Infecciosos Causantes de la Faringoamigdalitis	74
Cuadro N.10: Tipos de Diarrea según su Duración	88
Cuadro N.11: Diarrea según el Mecanismo de Producción	90

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINAS
Tabla N.1: Porcentaje de Niños con Neumonía de acuerdo a su edad y a su Etiología	84
Tabla N.2: Tipo de Deshidratación de acuerdo al Porcentaje de Agua Corporal Perdida en los Niños	96
Tabla N.3: Clasificación de Fortin y Parent	97

INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es un conjunto integrado de herramientas enfocadas a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades que afectan a niños menores de 5 años de edad, las mismas que se brindan tanto en los servicios de salud, en el hogar y como en la comunidad.

La estrategia AIEPI es importante en los servicios de salud, para la detección oportuna y el tratamiento eficaz, en el hogar y en la comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables necesarias para el cuidado del niño.

La presente investigación tiene como objetivo “investigar los Conocimientos y Actitudes y Prácticas sobre las medidas preventivas de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de las mujeres de la comunidad de Primavera Usha, Otavalo, Agosto- 2010.

Esta investigación está dividida en tres capítulos:

En el capítulo I, se describen generalidades sobre la estrategia AIEPI, y el tratamiento que a dichas enfermedades sugiere el Ministerio de Salud Pública del Ecuador; el cual es importante para la realización del manual propuesto. Dentro de tratamiento que promueve la estrategia AIEPI se encuentran actividades preventivas, curativas y de rehabilitación pero especialmente las que se pueden realizar dentro del sistema de salud de primer nivel de atención. Estas enfermedades son las más comunes que han presentado los niños menores de 5 años de edad por lo que su

enfoque es muy oportuno para disminuir la morbilidad y mortalidad de este grupo etario en riesgo.

En el capítulo II, se presentan las enfermedades más comunes de la infancia, su etiología, factores de riesgo, y tratamiento, para conocer un poco más sobre cada una de estas patologías, y en base a los datos recogidos en la comunidad realizar el manual integrando todos los conocimientos de ciencia y cultura de esta comunidad. Dentro de las patologías que se describen en este capítulo se encuentran las enfermedades respiratorias agudas tanto de vías altas como de vías bajas las últimas que serían una complicación de las primeras nombradas; enfermedades diarreicas donde se detallará la clasificación de la misma de acuerdo a su duración, y a su producción; la desnutrición y anemia serán otro tema a detallar en este capítulo ya que en nuestra población infantil todavía existe un marcado índice de malnutrición que generan anemia entre otras patologías.

En el capítulo III, se encuentran los niveles de prevención, los mismos que son indispensables tratarlos ya que este proyecto va enfocado al primer nivel de prevención, es decir a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Dentro de la historia natural de la enfermedad se clasifican los periodos de ésta que serán útiles al momento de realizar acciones necesarias para la prevención de enfermedades así como de la curación de las mismas.

Los conocimientos, actitudes y prácticas explorados en la población a través de los grupos focales fueron: unidad de salud a la que asisten en caso de enfermedad, así como varios problemas de salud: signos de peligro, diarrea, deshidratación, desnutrición, fiebre, anemia y dolor de oído, de cada uno de ellos se indagó acerca de síntomas, formas de prevención, posibilidades de cura, tratamientos, complicaciones, etc. También se preguntó por las fuentes a través de las cuáles se había obtenido dicha información.

Se identificaron los principales problemas y fue la base para la construcción de material educativo en español y en quichua por tratarse de una comunidad indígena donde predomina el idioma quichua. Además se tomó como referencia bibliográfica el material producido por el Ministerio de Salud Pública (Dirección de Normalización del SNS – Salud de la Niñez).

Con el material educativo se realizó un taller de capacitación a un grupo de mujeres para que sean las encargadas de multiplicar los conocimientos aprendidos.

Se trata de una investigación de tipo transversal, y descriptiva, el universo está representado por las mujeres que viven en la Comunidad Uksha Primavera, la muestra es no probabilística, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad si no de la opinión del investigador. La técnica es cualitativa es decir se aplicó una entrevista colectiva semi-estructurada a profundidad llamada Grupo Focal con ayuda de una guía semi-estructurada con temas claves.

ANTECEDENTES

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la misma que es “útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan a la salud de los menores de 5 años”¹, ayuda a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de salud; con el fin de optimizar las condiciones de salud de los niños y niñas menores de 5 años en nuestro país.

La Estrategia AIEPI garantiza una atención adecuada y eficiente a niños menores de 5 años de edad, ya que este es un grupo de alto riesgo porque los niños pequeños no tienen la resistencia ni la fuerza de personas mayores. Además cuando ellos tienen enfermedades, generalmente tienden a agravarse más o son más graves que las de los adultos. Antiguamente los datos de morbilidad y mortalidad más alto afectaba a los siguientes grupos etarios: niños menores de 5 años, mujeres en gestantes y puérperas, adultos mayores, teniendo en cuenta que los niños menores de 5 años son más susceptibles a enfermedades es importante esta estrategia.

Los problemas más comunes en los niños menores de 5 años son: problemas del niño asociados al embarazo, parto, asfixia, bajo peso al nacer, sepsis, enfermedad diarreica aguda (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRAS), hipertermia, otitis media, desnutrición, infecciones (vías urinarias), anomalías congénitas, enfermedades cardiovasculares, entre otras; y precisamente en una de las comunidades que se observa esto es en la de Primavera Uksha.

¹ MSP. (2005). Manual de Capacitación. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador. p. 3.

La Comunidad de Primavera Uksha perteneciente a la Parroquia de San Pablo del Lago, cantón Otavalo y provincia de Imbabura en Ecuador; se encuentra delimitado de la siguiente manera: Al Norte.- Con el cerro Cubilche, Al Sur.- Con los terrenos de Galo Plaza Pallares de la hacienda Zuleta, AlEste.- Con la comunidad de Cochas y Zuleta, y Al Oeste.- Con las comunidades de Angla y Topo. Esta comunidad tiene una población aproximada de 180 familias en total.²

Esta comunidad se caracteriza por albergar una población mayormente quechua hablante (personas adultas). Sin embargo, la gente joven maneja adecuadamente el castellano.

La mayoría de hombres migran periódicamente a las ciudades, las mismas que son centros de irradiación de la occidentalización. Generalmente, algunos jóvenes entre los 15 a 25 años, tanto hombres y mujeres han migrado temporalmente desde la década de los 60 y continúan hasta la actualidad. La migración es una situación que determina la pérdida del hablado quechua.

En esta comunidad es muy común los matrimonios jóvenes por lo que existe un alto número de población infantil. Además todavía hay una escasez de agua potable, lo que incrementa las infecciones gastrointestinales y por ende la tasa de mortalidad infantil es alta. Las enfermedades de más impacto en esta población son la desnutrición, anemia, IRAS, EDAS, entre otras por lo que es importante indagar un poco más sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de las madres de familia sobre las enfermedades de sus hijos con el fin de elaborar material educativo para promoción de salud y prevención de enfermedades en los niños menores de 5 años de edad.

Se han realizado varios estudios relativos al tema como por ejemplo:

McAuliffe, J. & Colaboradores, en 1985 realizó un estudio en una Comunidad de Brasil, titulado “Estudios prospectivos de los efectos de las enfermedades en una comunidad rural del nordeste del Brasil.” Se realizó un estudio longitudinal de 78

² Cachimuel, G. Opiniones de la Comunidad Educativa frente a la EIB en una Comunidad del Ecuador [en línea]. Disponible: <http://bvirtual.proeibandes.org/bvirtual/docs/tesis/proeib/Tesis_Gabriel_Cachimuel.pdf> [Fecha de Consulta: 18/Agosto/2010].

semanas de duración de los residentes de tres vecindarios diferentes de Pacatuba, pueblo situado al nordeste del Brasil, para tratar de conocer la frecuencia de las enfermedades febriles, respiratorias y diarreicas; este análisis reveló que se habían notificado síntomas de enfermedades febriles, respiratorias o diarreicas en aproximadamente la tercera parte de todas las semanas del estudio entre niños de uno a dos años de edad residentes en dos vecindarios pobres comprendidos en la encuesta.

Gutierrez, R. & Chavarria, J. en el 2000 realizáron un estudio llamado "Conocimientos y actitudes de los padres de niños asmáticos en relación al asma de Costa Rica" Este es un estudio prospectivo con 100 niños entre 1 y 12 años de edad y diagnóstico de asma bronquial (57 niñas y 53 varones), realizado en el mes de marzo de 1999 en la Sala de Nebulización del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Se aplicó entrevista estructurada a los padres. El 52% fueron diagnosticados a edades entre 1 y 3 años y sólo el 40% ha tenido control médico regular. Aunque el 93% de los padres nunca asistió a cursos de prevención y educación sobre asma, muchos de ellos conocen sobre signos y síntomas de la enfermedad y desean adquirir más conocimiento al respecto. El estudio demuestra la necesidad de fortalecer el control de los niños asmáticos en el nivel primario de atención en salud.

En Ecuador César Herrera en 1998 realizó un estudio citado con el nombre de "Investigación de las percepciones sobre salud para definir una estrategia de comunicación en el marco del programa de atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI)" el cual concluyó en que el servicio de salud no es considerado un sitio de encuentro, de comunicación y de educación, donde se pueda intercambiar experiencias y tener un acercamiento entre comunidad y equipo de salud en busca de una salud preventiva. La comunidad espera una atención que se base en las buenas relaciones entre el equipo de salud y el paciente, que la persona que la atiende le trate adecuadamente y con cariño. La comunidad a más de un buen tratamiento busca básicamente una atención de calidez. La comunidad busca una relación y un tratamiento más personalizado y humano, entre otras.

Moran, A., en el 2002 realizó un estudio sobre “El conocimiento materno sobre signos de alarma en niños enfermos en A.H. Villa Señor de los Milagros, Callao-Lima”. Se tomó a consideración como muestra madres de familia de la comunidad de Callao. Un estudio previo indicaba que en Lima un 15% de madres conoce algún signo de alarma; y se esperaba que después de la capacitación esta proporción se eleve al 25%. Se tomaron como indicadores si la madre conocía si su hijo tenía respiraciones rápidas, si reconocía el tiraje subcostal, si sabía cuando tenía los ojos hundidos, si sabían cuando su hijo tenía el signo de difícil despertar, si conocían por lo menos dos signos importantes por los que debían ir a pedir atención urgente en una unidad de salud. Y los resultados obtenidos después de esta investigación y educación fueron buenos ya que cumplieron más de lo esperado, las madres de familia de esta comunidad reforzaron conocimientos sobre como detectar los signos de alarma en sus hijos.

Otro estudio más de Rojas, M. & Colaboradores a cerca de el “Nivel de conocimiento de las madres sobre signos de alarma para llevar a un niño al servicio de salud, antes y después de la aplicación de la estrategia AIEPI en programa Wiñay - Distrito de Pichanaki” objeto del presente estudio fue determinar el impacto de la aplicación efectiva del componente comunitario de la estrategia AIEPI sobre los conocimientos de los padres y otras personas responsables del cuidado de los niños menores de 3 años de los signos de alarma en general y de agravamiento de cuadros de infección respiratoria aguda (IRA) o enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir inmediatamente a un servicio de salud para que el niño sea atendido. La estrategia AIEPI se aplicó como parte de la intervención del Programa Wiñay en el ámbito de intervención de Cáritas Chanchamayo-Oxapampa en coordinación con Cáritas del Perú. Se seleccionó una muestra de 111 madres con niños menores de 3 años pertenecientes a las localidades de Alto Kimiriki, Huantinini, Pampa Camona y Primavera del distrito de Pichanaki. Se aplicó una encuesta basal previa a la capacitación de las madres sobre los signos de peligro en el niño enfermo y luego se efectuó una encuesta posteriormente a la capacitación de las madres. Y se observó que la proporción de madres que conocen por lo menos un signo de peligro en niños

con neumonía y por lo menos dos signos de alarma en niños con diarrea se incrementó de manera significativa, pasando de 90% a 100% y de 40% a 90%, respectivamente. El reconocimiento de algunos signos específicos fue notorio, como en el caso del tiraje subcostal (de 2.7% a 76.6%).

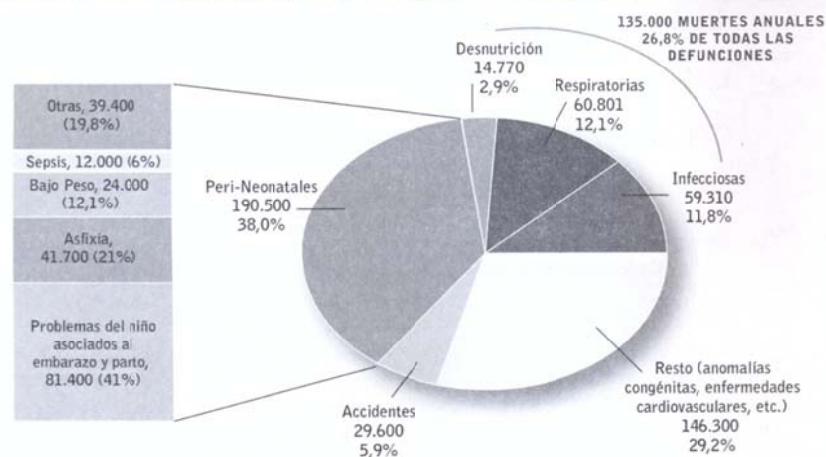
JUSTIFICACIÓN

AIEPI es una estrategia que tiene como objetivo principal mejorar las condiciones de salud de la infancia. Además es un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan a los niños menores de 5 años, por eso es importante que las madres de esta Comunidad conozcan esta herramienta para así prevenir enfermedades propias en esta edad.

La tasa de mortalidad infantil en el Ecuador en el 2006 era del 22,87%, en el 2007 del 22,1%, en el 2008 del 21,35% y del 2009 del 20,9%,³ lo que significa que cada año va disminuyendo pero en mínima cantidad.

GRÁFICO N.1

FIGURA 4.1. Principales causas de mortalidad de menores de cinco años en la Región de las Américas Estimaciones 2002



Fuente: OPS (2004). Grupo Asesor Técnico AIEPI. Informe de la Tercera Reunión. Washington, D.C. p. 16.

³ Tasa de mortalidad infantil [en línea]. Disponible en: <<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ec&v=29&l=es>> [Fecha de Consulta: 28/Mayo/2010].

En esta imagen se puede observar que la mortalidad más alta se encuentra en el grupo de peri-neonatales, frente al de niños menores de 5 años; el 41% es por problemas del niño asociados al embarazo y parto, y sepsis con el 6%; En el grupo de niños mayores de 2 meses a 4 años 11 meses y 29 días de edad se observa que el 29% tiene problemas más comunes con anomalías congénitas y enfermedades cardiovasculares, seguido de patologías respiratorias con el 12,1%, a continuación infecciones con el 11,8% incluyendo en está a las EDAS.

Esta investigación es muy importante para la población Ecuatoriana y en especial para la Comunidad de Primavera Uksha ya que con los datos obtenidos sobre el nivel de conocimiento de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de las mujeres de esta Comunidad, se elaborará material educativo en español y en quechua el mismo que tendrá el fin de orientar a las madres sobre la estrategia a realizar para prevenir y tratar las enfermedades en los niños menores de 5 años.

Por las razones antes mencionadas, la realización de este trabajo pretende ser de utilidad para enfermeras, estudiantes de enfermería y de áreas de salud, porque así se conocerá un poco más de las actividades que realizan las madres de la Comunidad de Primavera Uksha frente a enfermedades de sus niños, además la elaboración del material educativo será de mucha ayuda a la hora de dar consejos en la comunidad a las madres sobre el tratamiento de enfermedades más comunes en la infancia. El realizar material en quechua da un realce importante ya que es nuestro primer idioma, el mismo que por la globalización se ha ido quedando en el olvido.

Se espera que esta investigación sea el comienzo de nuevas investigaciones, para así conocer el manejo que se da sobre este tema en algunas o todas las comunidades de nuestro Ecuador.

OBJETIVOS

General

Analizar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de las mujeres de la Comunidad de Primavera Uksha, perteneciente a la provincia de Imbabura, durante el periodo Marzo a Agosto 2010.

Específicos

1. Analizar variables demográficas de las mujeres de la Comunidad Primavera Uksha:
 - a. Edad
 - b. Estado civil
 - c. Número de hijos
 - d. Escolaridad
2. Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) que las madres de la Comunidad de Primavera Uksha tienen sobre las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
3. Diseñar material educativo en español y quechua dirigido a las madres de la Comunidad de Primavera Uksha para evitar complicaciones de las enfermedades más comunes en la infancia.

4. Capacitar a las madres de la Comunidad Primavera Uksha que asistieron utilizando el material educativo propuesto

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las medidas preventivas de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) de las mujeres de la Comunidad de Primavera Uksha, perteneciente a la provincia de Imbabura, durante el periodo Marzo a Agosto 2010.

CAPÍTULO I

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

1.1 AIEPI

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez.

La AIEPI enfoca la atención a los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes.

1. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento.
2. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.
3. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.⁴

⁴ Eastaugh, B. & Sternal, Ch. Atención AIEPI Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [en línea]. Disponible en: <<http://trabajolibre.wordpress.com/2009/06/30/aiepi-atencion-integral-a-las-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-descargar/>> [Fecha de Consulta: 06/Junio/2010].

AIEPI tiene un componente clínico, que trata sobre como detectar, clasificar y tratar las enfermedades más comunes en niños menores de 5 años y por el AIEPI Comunitario el mismo que está enfocado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades el cual se describirá más adelante.

1.2 Objetivos de la Estrategia AIEPI

1. Reducir la mortalidad infantil.
2. Disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas menores de 5 años de edad.
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

En América, la OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que “fue lanzada en 1999 como la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, que propone reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002”.⁵

1.3 Componentes

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).⁶

⁵Módulo AIEPI [en línea]. Disponible en: <<http://www.bvspediatria.org.ar/sobreaiepi.html#metas>> [Fecha de Consulta: 17/Junio/2010].

⁶Ibid.

1.4 Proceso de Atención Integrada de Casos

La atención integrada depende de la detección de casos con el uso de signos clínicos simples, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utiliza el número más bajo posible de signos clínicos, basados en opinión clínica, resultados de investigación y logro de un equilibrio cuidadoso entre la sensibilidad y la especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo según clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnóstico exacto. Cubren las enfermedades más probables representadas por cada clasificación y parte de medicina basada en evidencias.⁷

La estrategia AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que atienden a lactantes y niños(as) enfermos desde el nacimiento hasta menores de cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un establecimiento de primer nivel (consultorio, centro de salud, subcentro de salud o puesto de salud).

El proceso de AIEPI enseña cómo atender a un niño(a) que asiste a una consulta médica por una enfermedad, o visita de seguimiento programada para verificar el progreso o su estado de inmunización. Las pautas ofrecen instrucciones sobre la manera de evaluar sistemáticamente a un niño por signos generales de enfermedades comunes, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades.

El personal de salud que aplica la AIEPI al entrevistar a la madre o a la persona a cargo del niño(a), reconocerá con exactitud los signos clínicos, elegirá los tratamientos apropiados y proporcionará consejería y atención preventiva. El proceso de atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes elementos:

- **Evaluar** a un niño(a) detectando en primer lugar signos de peligro (o posible enfermedad neonatal grave en un lactante menor de 2 meses), mediante la formulación de preguntas acerca de las condiciones comunes, el examen del niño(a), y la verificación de la nutrición y el

⁷ OPS. (2004). Manual de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D. C. p. 1.

estado de vacunación. La evaluación incluye examinar al niño(a) para comprobar la existencia de otros problemas de salud.

- **Clasificar** las enfermedades por medio de un sistema codificado por colores. Dado que muchos niños(as) tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica dependiendo de si requiere:
 - Tratamiento y referencia urgente (rojo)
 - Tratamiento médico específico y consejería (amarillos)
 - Consejería simple sobre tratamiento en casa (verde)
- Después de clasificar todas las condiciones e **identificar** tratamientos específicos, si un niño(a) requiere referencia urgente, se administrará el tratamiento esencial antes de transferirlo. Si necesita tratamiento en la casa, se elaborará un plan integrado de tratamiento y administre la primera dosis de los medicamentos en el consultorio. Si debe vacunarse, se administrará las vacunas.
- Proporcionar instrucciones prácticas para el **tratamiento**, como enseñar a la madre o persona a cargo del niño(a) cómo administrar medicamentos orales, alimentar y administrar líquidos durante la enfermedad y tratar infecciones locales en la casa. Solicite a la persona a cargo del niño que regrese para el seguimiento en una fecha específica y enséñele cómo reconocer signos que indican que el niño(a) debe regresar de inmediato al establecimiento de salud.
- Evaluar la **alimentación**, incluida la evaluación de prácticas de lactancia materna, y ofrecer consejería para resolver todo problema de alimentación identificado. Luego aconsejar a la madre sobre su propia salud.
- Cuando se lleve nuevamente a un niño(a) al consultorio según se solicitó, **proporcionar atención** de seguimiento y, si fuera necesario, determinar si existen nuevos problemas.⁸

El proceso de AIEPI cubre la mayor de causas principales, aunque no todas, por las que se lleva a un niño(a) enfermo a una consulta médica. Un niño(a) que regresa con problemas crónicos o enfermedades menos comunes puede requerir atención especial no descrita en el manual del AIEPI. La AIEPI no indica cómo atender a niños con traumatismos u otras emergencias agudas como consecuencia de accidentes o lesiones.

El manejo de casos solo es eficaz cuando las familias llevan a sus hijos enfermos a un profesional de salud capacitado para ofrecer atención oportuna e integral. En caso de que una familia espera para traer a un niño a un consultorio

⁸ MSP. (2005). Manual de Capacitación. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador. p. 4-5.

hasta que este sumamente enfermo, o acuden a un profesional de salud no capacitado, el niño(a) tiene más probabilidades de morir por la enfermedad. Parte importante del proceso de manejo integrado de casos es enseñar a las familias cuando buscar atención para un niño enfermo.

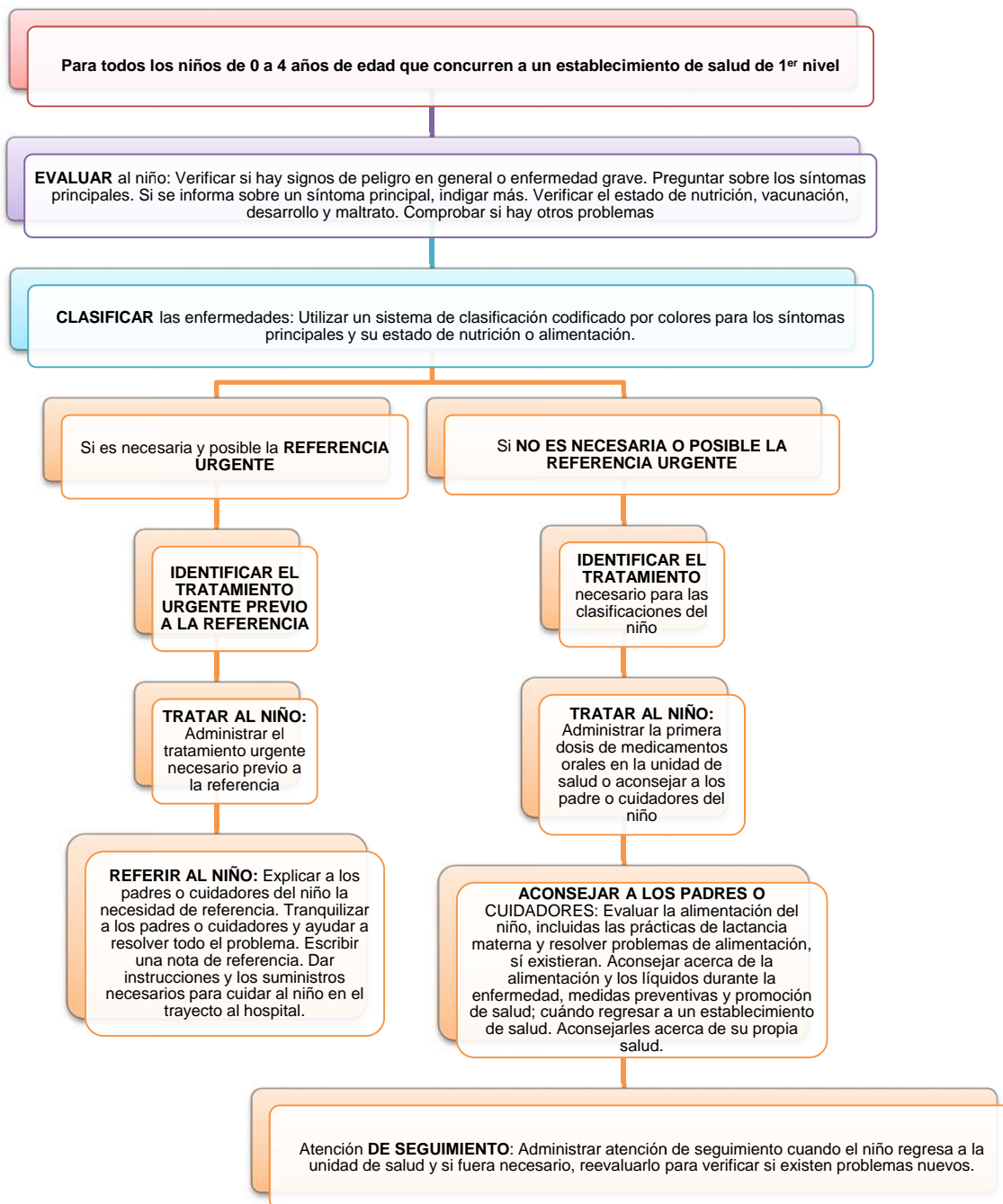
El proceso de manejo de casos de AIEPI se presenta en dos series diferentes de Cuadros de Procedimientos: una para niño(as) de 0 a 2 meses de edad y otro para niños(as) de 2 meses a menores de 5 años de edad.⁹

Para fines de investigación en este trabajo se detalla la atención para niños mayores de 2 meses y menores de 5 años de edad.

⁹ MSP. Manual de Capacitación. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. op.cit., p. 5.

CUADRO N.1

RESUMEN DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA



Fuente: MSP. (2005)
Elaborado por: Carolina Cueva C

1.5 SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

Cuando un niño llega a consulta médica es importante evaluar signos de peligro en general, ya que estos indicarán si se debe referir urgentemente al niño a otra unidad de servicios más compleja para con esto evitar cualquier complicación y así ayudar a disminuir la morbilidad y mortalidad con el grupo de mayor riesgo (niños mejores de 5 años de edad).

Los signos de peligro en general se mencionan a continuación:

1. El niño no puede beber o tomar el pecho. Un niño tiene este signo cuando no logra succionar o tragar algún líquido o el seno de la madre. El niño puede tener dificultad para succionar si tiene la nariz congestionada, se debe descartar este factor antes de clasificar.
2. El niño vomita lo que ingiere. Si un niño no retiene nada de lo que ingiere tiene este signo de peligro (alimentos, líquidos o medicación oral), si por el contrario un niño vomita frecuentemente pero puede retener ciertos líquidos, no presenta este signo.
3. El niño tuvo convulsiones. La convulsión es la presencia de movimientos agitados y repetidos, involuntarios del cuerpo, tal vez el niño pierda el conocimiento y no pueda responder a las órdenes que se le pronuncien, si el niño tuvo convulsiones tiene un signo de peligro.
4. El niño se encuentra letárgico o inconsciente. Un niño está letárgico cuando está somnoliento y no muestra interés en lo que ocurre a su alrededor. Un niño inconsciente está dormido, no se despierta con nada, no se mueve ni habla.

Es fundamental saber reconocer estos signos de peligro en general ya que son una alarma del estado de salud del niño; el niño con algún signo de peligro se

encuentra en riesgo de morir por lo que debe referirse a una unidad de salud compleja como un hospital de tercer nivel donde puedan administrar el tratamiento adecuado para el niño.

Se debe recalcar que no debe presentar más de 2 signos de peligro en general para ser transferido, sino que basta con uno de los signos anteriormente mencionados para referir / trasladar con suma urgencia a otra unidad de salud.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

1.6 TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR (IRAS)

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) pueden presentarse en cualquier parte del aparato respiratorio (como en nariz, garganta, bronquios, pulmones, entre otras); la consecuencia más común dentro de las IRAS es la dificultad respiratoria.

“La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.”¹⁰ Un niño que tenga dificultad respiratoria puede tener neumonía u otra IRA.

La neumonía bacteriana puede causar la muerte en los niños menores de 5 años debido a que provoca hipoxia (poco oxígeno) y/o septicemia (infección generalizada); en su mayoría los niños con tos o dificultad para respirar generalmente solo padecen una infección leve la misma que puede ser tratada en casa y sin necesidad de antibióticos, pero es necesario descartar una enfermedad grave, ya que la neumonía inicia como un resfriado común y poco a poco se va complicando.

La neumonía o pulmonía es una enfermedad infecciosa e inflamatoria que consiste en la infección de los espacios alveolares de los pulmones. “La neumonía

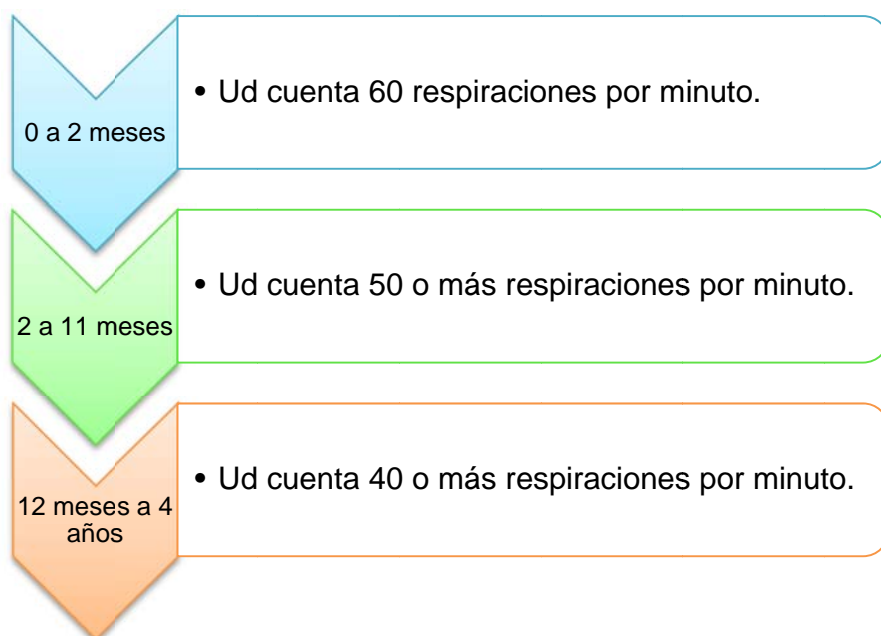
¹⁰ Clínica DAM. Dificultad respiratoria [en línea]. Disponible en: <<http://www.clinicadam.com/salud/5/003075/html>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

puede afectar a un lóbulo pulmonar completo, a un segmento de lóbulo, a los alveolos próximos a los bronquios o al tejido intersticial.”¹¹

La neumonía es una enfermedad grave que si no se detecta a tiempo, o no es tratada adecuadamente puede ocasionar la muerte de la persona que la padece.

Los signos clínicos más comunes de la neumonía en un niño menor de 5 años de edad son los siguientes:

1. Respiración rápida. El niño tiene respiración rápida si:



2. Tiraje subcostal. Se tiene que observar la parte inferior de la pared torácica. El niño tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la pared torácica se hunde durante la inspiración, ya que el niño realiza un esfuerzo extra para respirar.

¹¹ Neumonía [en línea]. Disponible en: <<http://es.wikipedia.org/wiki/Neumon%C3%ADa>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

GRÁFICO N.2 TIRAJE SUBCOSTAL

Niño sin tiraje subcostal



Niño con tiraje subcostal

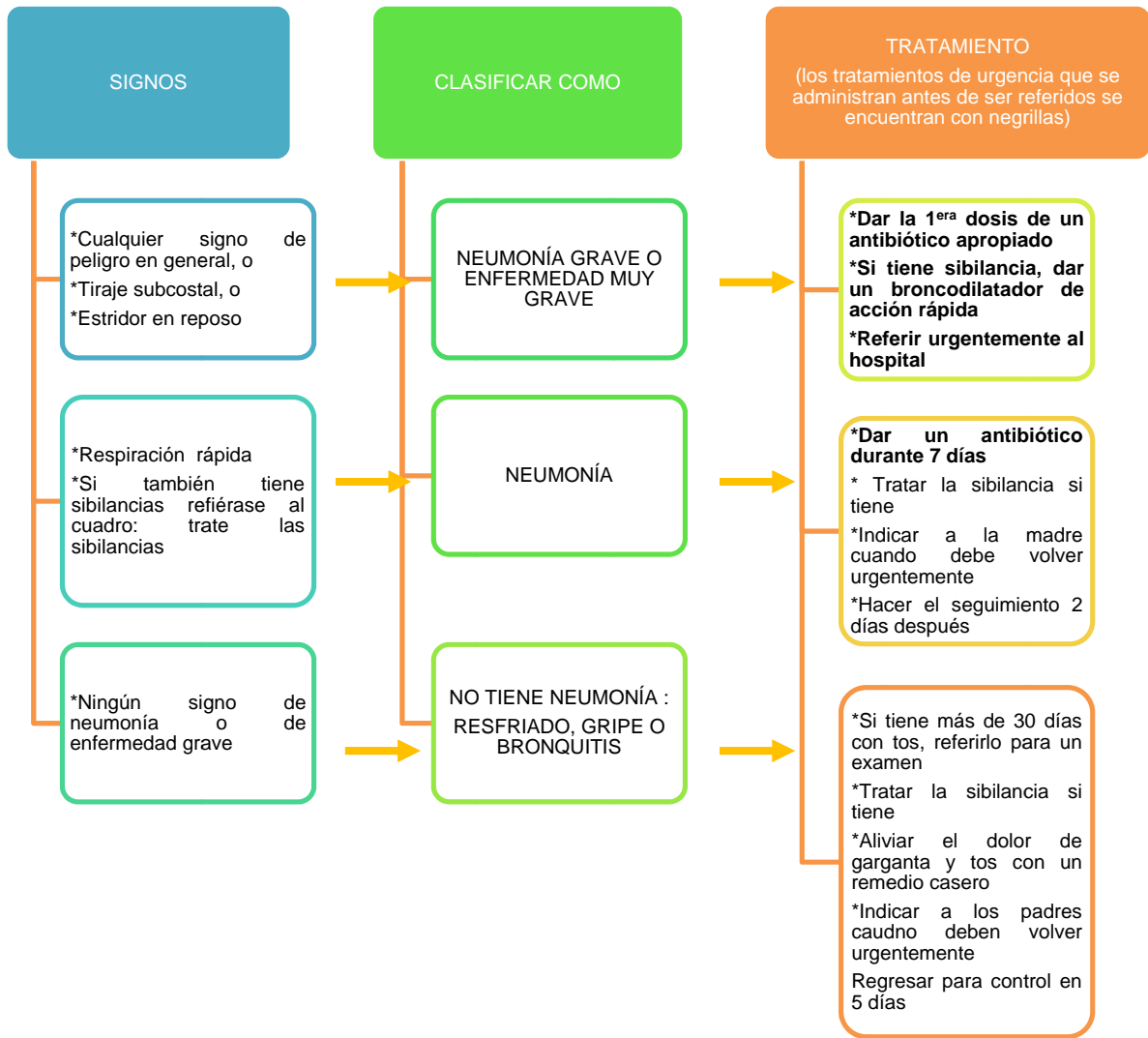


Fuente: Tiraje Subcostal [en línea]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/ev_tos_dresp_4a.htm> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

3. Estridor. Estridor es un ruido áspero que produce el niño cuando inspira. Este ruido es producido cuando existe inflamación de laringe, tráquea o epiglotis (CRUP) ya que interfiere con el ingreso de aire a los pulmones. Se escucha colocando el oído cerca de la boca y para que no se confunda con el sonido de gorgoteo se debe limpiar la nariz del niño.
4. Sibilancias. Las Sibilancias son un sonido musical producido cuando el niño exhala (constricción de los bronquios por causas alérgicas o infecciosas), que dificultan la salida del aire de los pulmones y puede estar presente en neumonía o en asma. Se debe limpiar la nariz para evitar la confusión de sonidos.

De acuerdo a los signos que presente el niño al ser valorado en la unidad de salud se clasifica la enfermedad y se da el tratamiento para la “tos o dificultad respiratoria” la clasificación y tratamiento es la siguiente:

CUADRO N.2
CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PARA LA TOS O DIFICULTAD
RESPIRATORIA



Fuente: MSP. (2005)
 Elaborado por: Carolina Cueva C

Tratar las Sibilancias:

Para tratar las sibilancias se debe administrar un broncodilatador para mejorar el intercambio gaseoso del niño, el broncodilatador recomendado es el Salbutamol.

Si el niño tiene neumonía grave o enfermedad muy grave con sibilancias, hay que administrar una dosis del broncodilatador antes de referir con urgencia a un hospital.

Si el niño tiene respiración rápida y sibilancias se debe dar una dosis de broncodilatador de acción rápida y evaluar en 30 minutos. Si continua con respiración rápida clasifique como “neumonía” y administre salbutamol y un antibiótico recomendado. Si después de los 30 minutos el niño ya no tiene respiración rápida clasifíquelo como “no tiene neumonía: resfriado, gripe o bronquitis” y continúe administrando salbutamol.

SALBUTAMOL EN INHALADOR (7 días)		
Edad o Peso	Dosis	Intervalo
2 a 11 meses	2 inhalaciones	Cada 6 horas
1 a 4 años	2 inhalaciones	Cada 6 horas

1.7 DIARREA (EDA)

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es una patología en la que el contenido de agua en las heces es más elevado que el nivel normal.

Diarrea incluye un aumento en el volumen o el contenido líquido de las deposiciones, cambios en la consistencia y aumento en la frecuencia de las deposiciones. Según la definición de la OMS, diarrea es la expulsión de tres o más deposiciones líquidas con o sin sangre en 24 horas.

La Diarrea es la eliminación de heces acuosas con una frecuencia mayor a tres veces en un día; es un problema que usualmente dura uno o dos días y cede espontáneamente sin ningún tratamiento especial. No obstante, una diarrea prolongada puede acarrear otros problemas.¹²

Tipos de deposiciones en los niños de 2 meses a menores de 5 años de edad.

La mayoría de casos de las deposiciones que producen deshidratación son líquidas; el cólera es una de las enfermedades que produce diarrea líquida, pero no todas las diarreas líquidas son producidas por este agente causal.

Diarrea Aguda. Es cuando los episodios de diarrea duran menos de 2 semanas (generalmente de 3 a 5 días), el resultado de este tipo de diarrea es una inadecuada nutrición y la deshidratación la misma que lleva a la muerte del niño en caso de no ser tratada inmediatamente.

Diarrea Persistente. En los países en vía de desarrollo, el ciclo desnutrición - mala absorción - diarrea persistente, es una de las principales causas de la mortalidad infantil. Se entiende como diarrea persistente (DP), aquel episodio diarreico de más de 14 días de duración, de comienzo agudo y supuesta etiología infecciosa, que afecta el estado nutricional del niño y pone al mismo en riesgo de muerte.

Disentería. Es diarrea con sangre visible en las heces. La causa más común de la disentería es por la bacteria Shigella. La disentería es una causa importante de morbilidad y mortalidad por diarrea. Aproximadamente 10% de todos los episodios diarreicos en menores de 5 años de edad son de este tipo, pero en relación a la mortalidad puede causar hasta el 15% de las muertes por diarrea.

¹² Marín, J. Diarrea [en línea]. Disponible en: <<http://www.galeon.com/drmarin/diarrea.htm#>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

Para evaluar la condición de salud del niño y evaluar la gravedad de la diarrea relacionada con la deshidratación, se tiene que tomar en cuenta los siguientes puntos:

- El estado general del niño. En la valoración de signos de peligro en general, se evalúa si está letárgico o inconsciente; pero si el niño se encuentra irritable o inquieto desde hace algún tiempo atrás, y la madre no le puede tranquilizar, ni la alimentación mejora el estado del niño, significa que presenta este signo de niño irritable e inquieto.
- Si los ojos están hundidos. Los ojos de un niño deshidratado suelen estar hundidos.
- Si al ofrecer líquido al niños, el bebe mal o no puede beber y si bebe ávidamente o con sed. Un niño no puede beber cuando no es capaz de llevar líquido a la boca y tragarlo. Bebe mal cuando está muy débil y necesita ayuda para hacerlo. Bebe ávidamente o con sed si se le observa desesperado por beber el líquido.
- Si presenta el signo del pliegue cutáneo, si la piel vuelve a su estado anterior lentamente o muy lentamente. Para evaluar este ítem es importante recostar al niño en una superficie plana, con los dedos pulgar e índice pellizque la piel durante 1 segundo, de forma que el pliegue quede en forma longitudinal en relación al cuerpo, y se debe notar si la piel regresa a su forma original:
 - Muy lentamente (la piel permanece levantada por más de 2 segundos)
 - Lentamente (la piel permanece levantada menos de 2 segundos)
 - Inmediatamente (la piel vuelve inmediatamente)

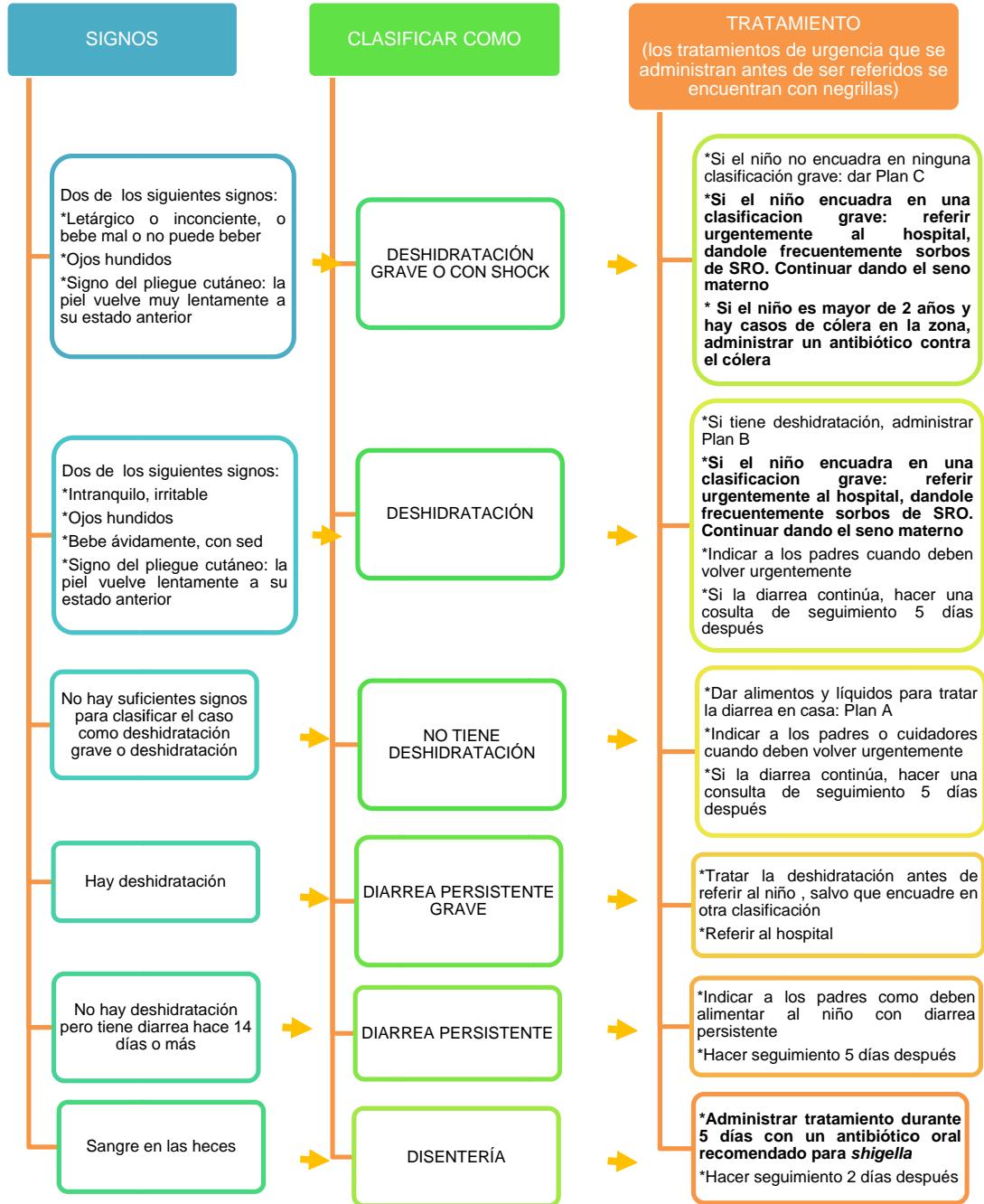
GRÁFICO N.3 SIGNO DEL PLIEGUE



Fuente: Signo del Pliegue [en línea]. Disponible en: <<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/enfermedades/diarrea-informacion/diarrea0/>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

La clasificación y el tratamiento que se da en niños con diarrea según el AIEPI dependen de los signos que el niño presente, los cuales se detallan a continuación:

CUADRO N.3
CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PARA LA DIARREA



Fuente: MSP. (2005)
Elaborado por: Carolina Cueva C

Tratamiento para la Diarrea

Plan A:

Tratar la diarrea en casa

1. Dar más líquidos
 - a. Dar seno materno con más frecuencia
 - b. Dar más líquidos caseros
 - c. Dar SRO (en especial si el niño recibió tratamiento anterior de plan B o C y si no puede ir a un Unidad de Salud y está empeorando)
 - d. Después de cada deposición diarreica dar líquidos

Menores de 2 años	50 a 100ml
Mayores de 2 años	100 a 200ml

2. Continuar con la alimentación
3. Regresar urgentemente si hay sangre en heces y si tiene dificultad para beber o tomar líquidos.

Plan B:

Tratar la deshidratación con SRO

- Administrar durante 4 horas SRO en el servicio de salud, de acuerdo a la cantidad que necesite según el cuadro que se encuentra a continuación:

Edad	< de 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a < de 2 años	2 a 5 años
Peso	< 6kg	6 - <10kg	10 - < 12kg	12 - 19kg
En ml	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1400

- Indicar a los padres como administrar el SRO
 - Pequeños sorbos de SRO con taza y cuchara
 - Si el niño vomita, esperar 10 minutos y continuar pero más lentamente

- Continuar dando el seno
- Cuatro horas después
 - Reevaluar la deshidratación y clasificar
 - Comenzar a alimentar según tolerancia
- Si los padres tienen que retirarse
 - Enseñar a preparar el SRO
 - Entregar el SRO
 - Continuar con plan A

Plan C:

Tratar rápidamente la deshidratación grave

- Si puede administrar hidratación IV, administrar Lactato Ringer o Solución Salina 0,9% la primera hora 50ml/kg y las siguientes 2 horas 50ml/kg.
 - Dar conjuntamente SRO, evaluar cada hora y si esta en mejores condiciones cambiar a Plan B, A o continuar en C.
- Si el servicio de salud no está en capacidad de colocar hidratación IV, y hay un lugar a 30 minutos que está en capacidad de administrar esta terapia IV, referir urgentemente al niño.
- Si existe una SNG en la unidad de salud se puede utilizar para hidratar
 - Inicialmente iniciar con 20ml/kg/hora
 - Evaluar cada hora
 - Si vomita, o hay distensión abdominal referirlo para que reciba tratamiento IV
 - Evaluar después de 6 horas para clasificar y tratar; si está en mejores condiciones se puede cambiar la terapia a plan B o A

1.8 FIEBRE

La fiebre, también llamada temperatura o calentura, es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal.

La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C. La fiebre actúa como un mecanismo de defensa tratando de ayudar al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógenos que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo, o que son producidas por las propias células. Debido al sistema inmunitario intacto, pocas defensas que tienen los niños por encontrarse recién a adaptándose al nuevo entorno ambiental, estos son más propensos a sufrir fiebres elevadas.

Ya que se ha mencionado que la fiebre es una respuesta a una complicación del cuerpo humano, esta es multicausal, por lo que el niño que tiene fiebre puede sufrir de malaria, dengue, tos, gripe, diarrea u otra enfermedad grave.

La fiebre se da de la siguiente manera: el hipotálamo es el ente regulador de la temperatura (termostato), cuando el hipotálamo detecta la presencia de pirógenos (agente productor de fiebre/ sustancias que actúan sobre la termorregulación de cuerpo-hipotálamo), estos son transportados a través de la sangre desde el o los lugares del cuerpo afectado, se activa y ordena al cuerpo generar más calor aumentando así el metabolismo con lo que el flujo sanguíneo periférico aumenta y aparece el calentamiento (fiebre).

Malaria.

Malaria o paludismo es una enfermedad parasitaria que involucra fiebres altas, síntomas seudogripales y anemia. Es causada por parásitos llamados “plasmodios” los cuales ingresan a su víctima a través de una picadura de los mosquitos anofeles.

La fiebre es el síntoma más frecuente en esta enfermedad, y esta dura hasta que se cure el niño. Otro de los síntomas son anemia por la destrucción de los eritrocitos por las grandes cantidades de hemoglobina, escalofrió debido a la fiebre que llegue inclusive a las convulsiones, dolor de cabeza, ictericia, dolor muscular, nauseas, vómito, heces con sangre, sudoración y coma.

Es importante descartar todas las enfermedades parecidas, ya que existen otras que tienen los mismos síntomas, si es una zona con transmisión muy alta de malaria se debe tratar como malaria pero también agregar el tratamiento para la otra enfermedad sospechada. Si no recibe tratamiento urgente para la malaria, el niño puede morir.

Dengue.

Enfermedad infectocontagiosa grave, ocasionada por un virus, transmitida por un mosquito (*Aedes Aegypti*), que al picar a las personas, provocan brotes epidémicos en la población. “Esta enfermedad puede presentarse como fiebre indiferenciada, fiebre del dengue hemorrágico, síndrome del shock y dengue visceral.”¹³

Esta enfermedad tiene signos y síntomas característicos tales como dolor de cabeza en la zona frontal, dolor detrás de los ojos que se exagera con los movimientos oculares, dolores musculares y articulares ("fiebre quebrantahuesos"), inapetencia y dificultades en el sentido del gusto, erupción de máculas o pápulas en tórax y miembros inferiores, náuseas y vómitos pero el más común es la fiebre.

Existen varias patologías causadas por fiebre por lo que es importante detectar el problema inicial mientras se trata la fiebre para que no se complique el niño.

¹³ MSP. (2005). Manual de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. op.cit., p. 37.

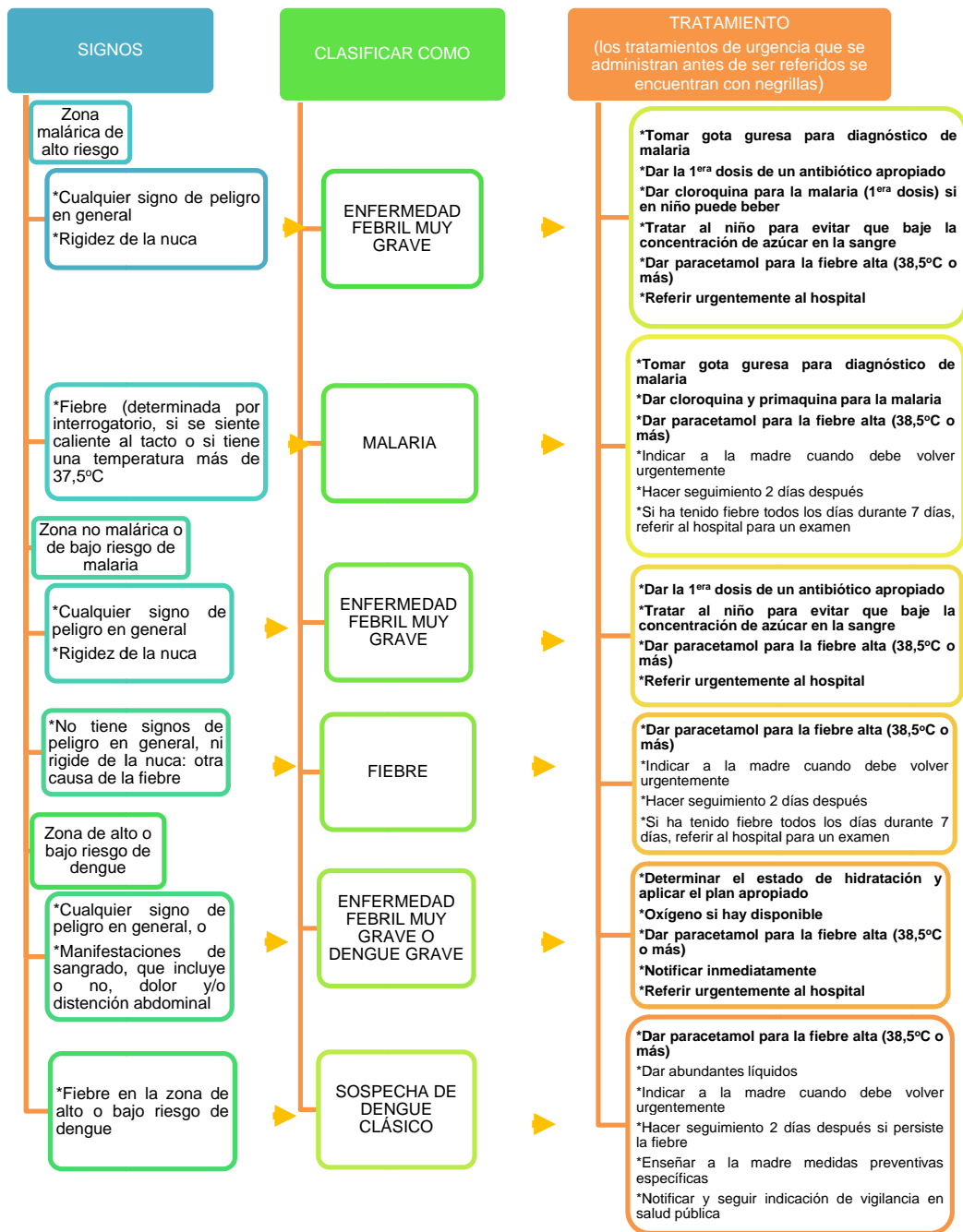
A la hora de atender a un niño con fiebre se debe tomar la temperatura. La temperatura se mide con un termómetro el mismo que puede ser colocado en boca, axila o recto; la temperatura más exacta es la rectal pero por ser un medio invasivo y traumático para el niño se debe preferir la temperatura axilar.

Si el niño tiene 37.5° C o más, tiene fiebre, y debe continuar evaluando sobre signos que afectarían al estado de salud del niño, entre estos los siguientes:

- Determinar el riesgo de malaria o dengue. Si más del 5% de los niños de esa zona han padecido de malaria y/o dengue existe riesgo de malaria o dengue alto; si menos del 5% de los niños de esa zona han padecido de malaria y/o dengue existe riesgo de malaria o dengue bajo.
- Determinar si hay rigidez de la nuca. Un niño con fiebre y rigidez de la nuca puede significar que tiene meningitis por lo que necesitaría tratamiento inmediato en una unidad de 2do o 3er nivel de salud. Generalmente un niño que presente rigidez de nuca llorara cuando se le trate de inclinar la cabeza hacia adelante.
- Observar si hay sangrados (petequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas, sangrado genital, gingivorragia o hematuria). Se debe observar si hay sangrado ya que este indicaría que el niño padeció del dengue clásico e inicio de manifestaciones hemorrágicas por consecuencia de la disminución de las plaquetas.
- Observe si el niño está inquieto o irritable.
- Valore dolor abdominal y posible distensión abdominal. El dolor y la distensión abdominal son otro síntoma y signo de microsangrados.

A continuación se presenta un cuadro donde se resume la clasificación y tratamiento que se da a un niño con temperatura, dependiendo de los signos que presente.

CUADRO N.4 CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PARA LA FIEBRE



Fuente: MSP. (2005)
Elaborado por: Carolina Cueva C

1.9 PROBLEMAS DE OÍDO

Cuando un niño tiene problemas de oído generalmente se debe a una infección causada en el mismo, esta, debido a la acumulación de pus en el oído medio (otitis media)

La otitis media es la inflamación del oído medio. Es una enfermedad muy frecuente en niños; “las bacterias y virus llegan al oído medio a través de la trompa de Eustaquio”¹⁴. En el oído medio se produce una acumulación de pus y fluidos que presionan al tímpano ocasionando un intenso dolor. Además por lo anteriormente mencionado el tímpano es incapaz de vibrar lo que genera una pérdida de la audición.

La mayoría de las otitis medias ocurren días después de que el niño sufrió alguna enfermedad respiratoria. Si el niño no recibe el tratamiento indicado correctamente o a tiempo corre el riesgo de la perforación del tímpano por lo que no sentirá dolor del mismo ya que ya no existe la presión de pus (ya que esta sale del oído), esta complicación compromete la audición del niño.

En algunas ocasiones esta infección suele extenderse hasta llegar a la apófisis mastoidea ocasionando mastoiditis o en los peores de los casos meningitis. La mastoiditis y la meningitis son enfermedades muy graves las mismas que tienen que ser atendidas emergentemente en una unidad de salud de tercer nivel donde exista personal especializado en esta área.

Para evaluar si el niño tiene problemas de oído, se debe tener en cuenta los parámetros señalados a continuación:

- Tiene el niño problemas de oído. Es importante conocer si el niño tiene algún malestar del oído, o tiene dificultad para escuchar.

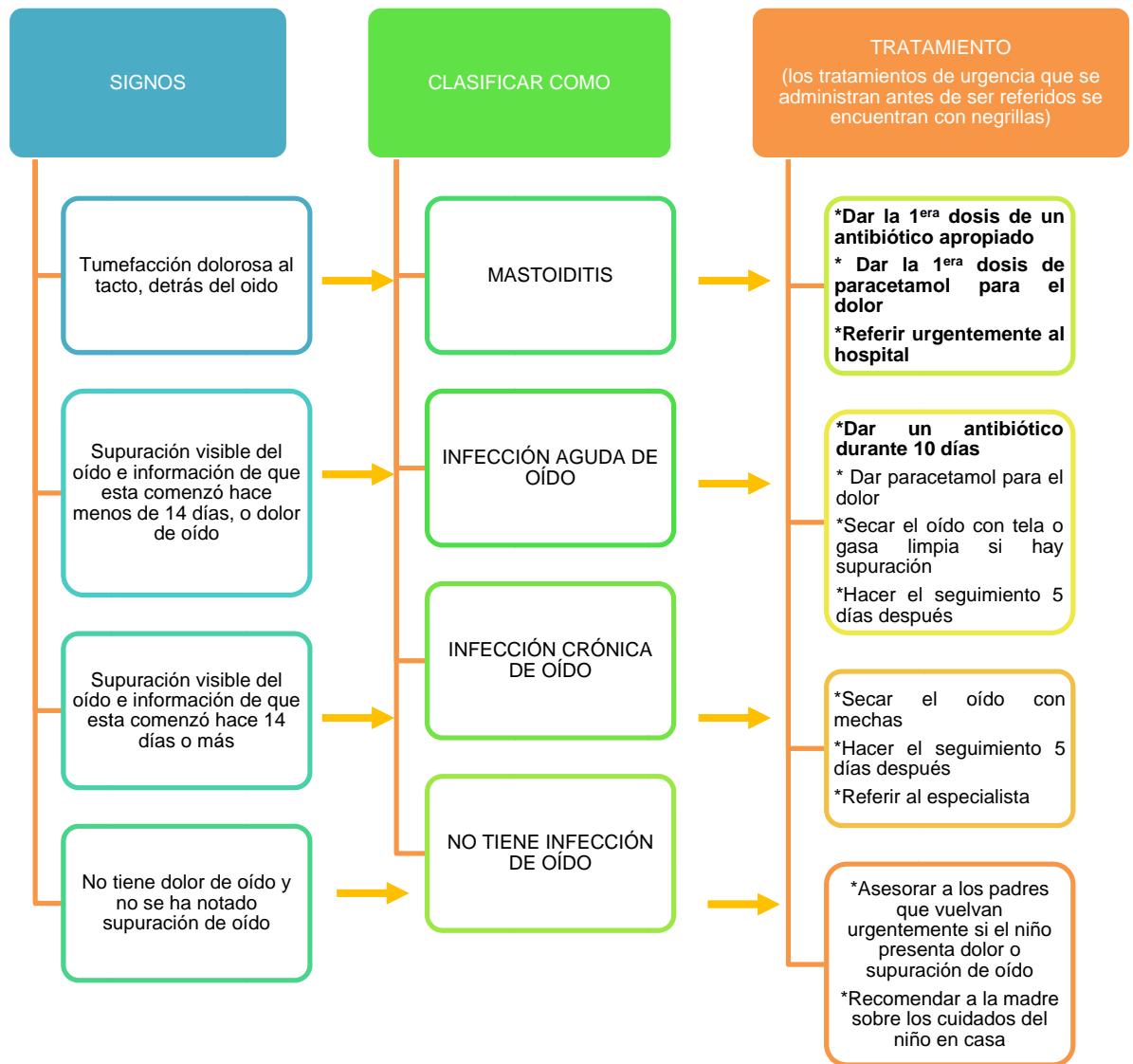
¹⁴ Gonzales, F. Infecciones de Oído [en línea]. Disponible en: <<http://www.arrakis.es/~fcoglez21/Otitis.htm>> [Fecha de Consulta: 03/Octubre/2010].

- Tiene el niño dolor de oído. Evaluar el dolor del oído, guiándose por malestar general, del oído, facies de dolor, entre otros.
- Supura el oído, hace cuanto tiempo? La supuración es signo de infección del oído evidenciada por la eliminación de pus, en la que se debe averiguar los días que estuvo eliminando secreción el oído; según esto se clasifica como infección crónica de oído si ha estado supurando por 2 semanas o más, pero si ha supurado por menos de 2 semanas es clasificado como infección aguda de oído.
- Palpar en busca de tumefacción dolorosa. Se tiene que palpar atrás de ambas orejas (apófisis mastoidea) en busca de una tumefacción dolorosa. Si el niño tiene una tumefacción dolorosa en la apófisis mastoidea significa que tiene mastoiditis ósea que esta infección que agrando hasta llegar al hueso temporal. En este caso se debe referir urgentemente a una unidad de salud de mayor complejidad.

A continuación se detalla una síntesis sobre como detectar la enfermedad del oído en base a los signos estudiados anteriormente y el tratamiento que debe darse en el Centro de Salud o la Unidad de Salud de 1er Nivel y que hacer antes de ser referido a un hospital.

Teniendo en cuenta todos estos signos que podría presentar un niño en caso de tener problemas de oído es importante clasificar y dar tratamiento a este problema de acuerdo a la clasificación de signos, a continuación se presenta un cuadro con el resumen del tratamiento que se debe a dar a este tipo de problema.

CUADRO N.5
CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PARA PROBLEMA DE OÍDO



Fuente: MSP. (2005)
Elaborado por: Carolina Cueva C

1.10 DESNUTRICIÓN, ANEMIA

“La desnutrición en sus diversas formas es la enfermedad más común en los niños. Sus factores se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.”¹⁵ Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica pero posible de prevenirse.

Desnutrición significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Este estado puede resultar de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otros problemas de salud.

La desnutrición es una enfermedad provocada por el insuficiente aporte de hidratos de carbono, grasas y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en vías de desarrollo.

Existen factores que producen la desnutrición, dentro de estos encontramos los siguientes:

- Disminución de la ingesta
- Mala absorción
- Aumento de los requerimientos nutricionales (lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía)
- Depresión o anorexia nerviosa

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede

¹⁵ Sánchez, G. La Desnutrición [en línea]. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion/desnutricion.shtml>> [Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].

ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no son digeridos o absorbidos apropiadamente.

“A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra”¹⁶ son factores que no ayudan a mejorar el estado de salud de la población con desnutrición.

Existen 2 tipos de desnutrición que se presenta en niños menores de 5 años de edad, las cuales son kwashiorkor y marasmo.

Kwashiorkor.

kwashiorkor es un tipo de malnutrición energético-proteica que cursa típicamente con la aparición de edema causado por la hipoproteinemia extrema.

Es una enfermedad grave, debida a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. Estos niños siempre tienen hambre, y sus padres, para eliminar el hambre, les suministran grandes cantidades de hidratos de carbono los mimos que por sí solos tienen un valor nutricional bajo.

El aspecto de un niño con kwashiorkor es muy particular. Las características inmediatas más llamativas son la expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil y continuo. El niño con kwashiorkor no parece mal nutrido. La cara es redonda, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente.

Sin embargo esta apariencia de “niño bien nutrido” es muy falsa ya que su edema abdominal se debe a una acumulación anormal de líquido; la presencia de proteínas en sangre es tan baja que no pueden retener agua mediante el proceso

¹⁶ Ibid.

osmótico normal, de modo que el líquido se acumula en los tejidos, encharcándolos. Debajo del edema los músculos del niño están debilitados, ya que sus proteínas se utilizan en un intento de cubrir las necesidades energéticas del organismo. El resultado es una debilidad extrema. La protrusión del abdomen se debe a una combinación de retención de líquidos, músculos atrofiados y aumento de tamaño del hígado.

Otra característica notable es el cambio de coloración de la piel y del pelo. El pelo rojizo es característico de la enfermedad y la piel puede estar más pálida de lo normal y con un tinte rojizo. La pigmentación de la capa más externa de la piel se puede haber perdido, de modo que en las áreas de exposición se observa enrojecimiento y exudación. Esto ocurre sobre todo en las axilas y en las ingles.

Los niños con kwashiorkor no tienen energías para jugar o corretear. Con frecuencia son incluso incapaces de alimentarse por sí mismos. Tanto el desarrollo físico como el mental están muy afectados, y aquellos que sobreviven sufren de modo inevitable secuelas de por vida. Estas complicaciones a largo plazo son más graves en aquellos que padecen la enfermedad antes de los dos años de edad.

El kwashiorkor se trata al principio administrando derivados lácteos con suplementos vitamínicos y minerales, para pasar después, si es posible, a una dieta equilibrada normal con un contenido proteico adecuado.¹⁷

Marasmo.

Marasmo es un tipo de desnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), caracterizada por una deficiencia calórica y energética.

“Un niño con marasmo aparece escuálido y su peso corporal puede reducirse hasta menos del 80% de su peso normal para su altura.”¹⁸

No solo se debe tratar los síntomas sino también las complicaciones de estos desórdenes nutricionales “tales como infecciones, deshidratación y trastornos del aparato circulatorio que frecuentemente son letales y provocan una alta mortalidad si

¹⁷ Ibid.

¹⁸Ramos, A. Kwashiorkor y Marasmo. Enfermedades por Déficit Nutricional [En línea]. Disponible en: <<http://www.mailxmail.com/curso-kwashiorkor-marasmo-enfermedades-deficit-nutricional/marasmo-nutricional>> [Fecha de Consulta: 21/Septiembre/2010].

son ignorados.”¹⁹ El marasmo debe ser tratado, preventivamente, el objetivo es revertirlo progresivamente. Pero el apoyo nutricional es necesario.

Si un niño se enferma continuamente, su rendimiento académico es malo quiere decir que tiene desnutrición por lo que rápidamente se le debe dar una dieta adecuada para evitar complicaciones mas graves como los dos tipos de malnutrición que se revisaron anteriormente.

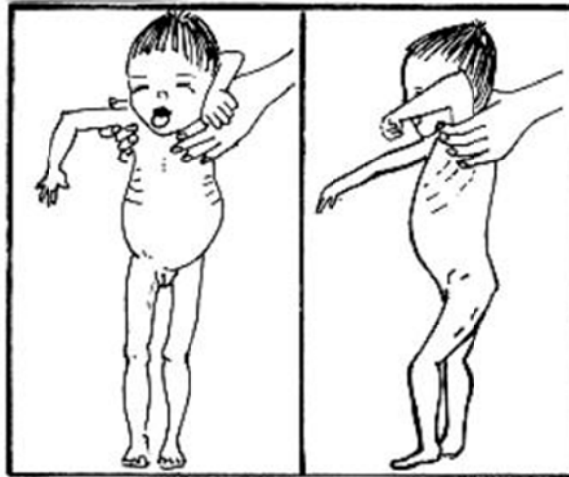
El tratamiento, cuando es posible, consiste en la administración de una dieta equilibrada, en la que el componente más importante es la leche, que en un principio se da de forma diluida y poco a poco se va haciendo más concentrada. Cuando la ingestión de proteínas es adecuada, se agregan calorías en forma de azúcar y cereales.

Una de las complicaciones de la desnutrición es la anemia. La anemia es la disminución del número de hematíes (glóbulos rojos) o de la cifra de hemoglobina por debajo de los límites normales (variable según edad y raza). La función fundamental de la hemoglobina es transportar oxígeno a todas las células del organismo para que los órganos que aquellas constituyen puedan funcionar.

La anemia es una enfermedad silenciosa, que continúa su curso sin que al principio se den cuenta los familiares de los niños que la padecen. La palidez mucocutánea es el signo más precoz, y que hay que buscar en todos los tejidos; pero también se puede encontrar cefaleas, irritabilidad, mal humor, cambios de carácter, cansancio, falta de apetito, mal rendimiento en clases y tristeza.

¹⁹ Ibid.

GRÁFICO N.4 MARASMO



Fuente: Marasmo [en línea]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/ev_desnutri_4a.htm> [Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].

GRÁFICO N.5 KWASHIORKOR



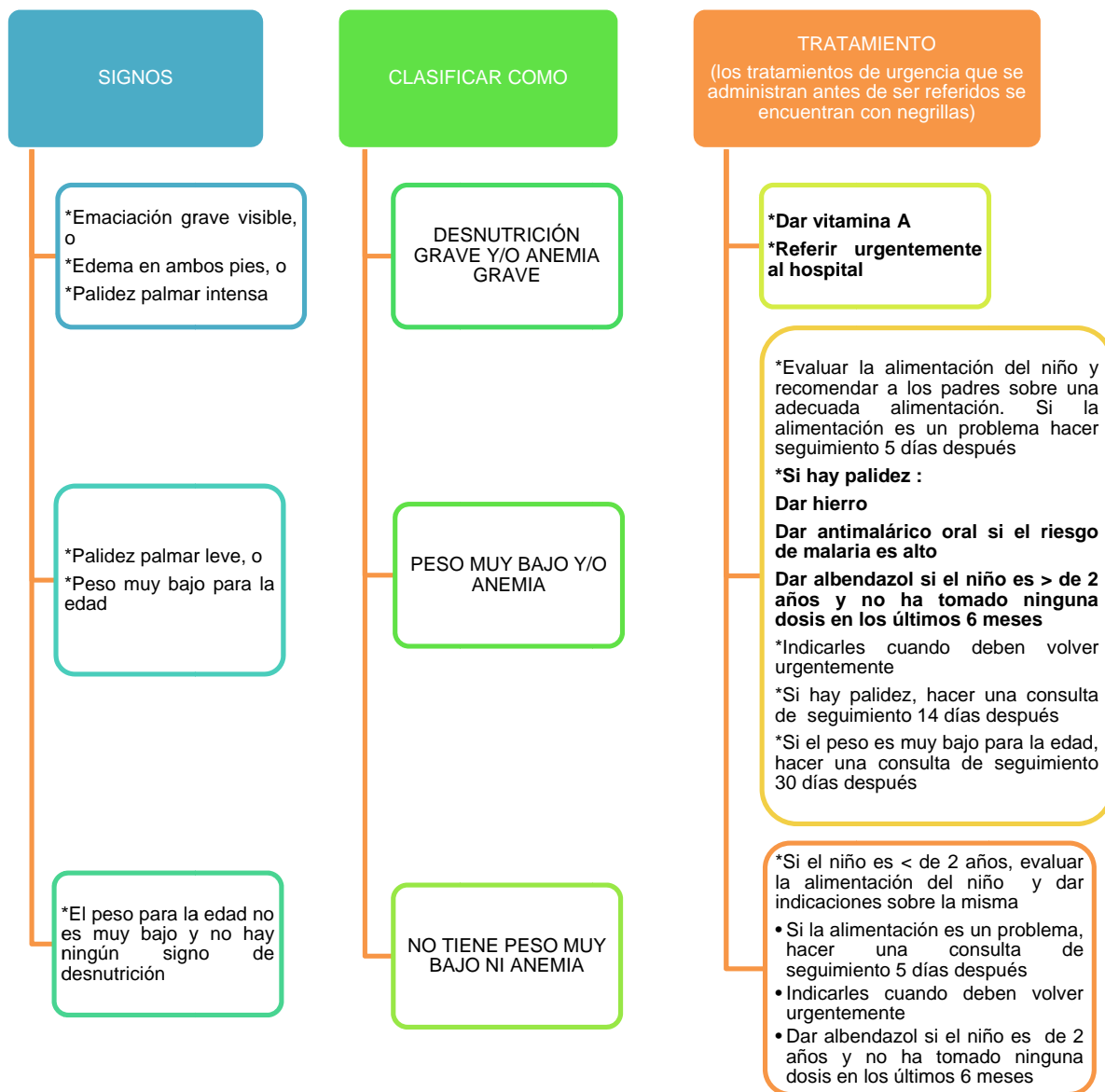
Fuente: Kwashiorkor [en línea]. Disponible en: <<http://drabusmail.blogspot.com/2009/11/algunas-enfermedades-relacionadas-con.html>> [Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].

Para evaluar la desnutrición y la anemia se toman a consideración los siguientes puntos:

- Si hay emaciación grave visible (marasmo). El niño presenta poca grasa, y parece como si solo tuviera piel y huesos. Una manera más fácil de identificar este signo es si al niño se le ven fácilmente las costillas, si las caderas son más pequeñas en relación al tórax y si los glúteos tienen la piel colgada como “calzón caído”.
- Si hay palidez palmar. La palidez es un signo de anemia. Se debe comparar la palma de la mano del niño con la de la madre, si la palma del niño es pálida tiene palidez palmar leve; si la palma del niño está muy pálida o casi blanca tiene palidez palmar intensa.
- Determinar si hay edema. En el pie del niño se presiona con el dedo pulgar y si al soltar queda una pequeña fosa significa que tiene edema.

CUADRO N.6

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO PARA LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA



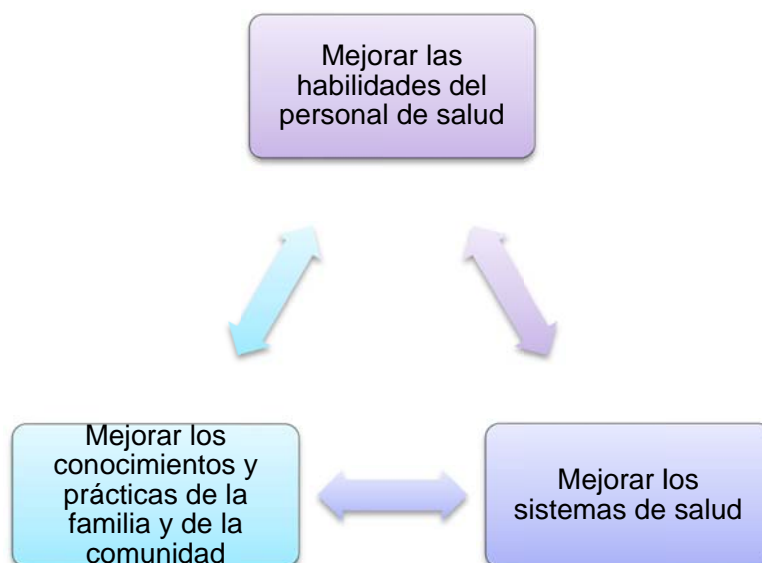
Fuente: MSP. (2005)
Elaborado por: Carolina Cueva C

1.11 AIEPI Comunitario

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es un conjunto integrado de acciones curativas, de prevención y de promoción, que se administran en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad.

“En los servicios de salud sirve para la detección oportuna y el tratamiento eficaz, y en el hogar y la comunidad, para la prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables necesarias para el cuidado”²⁰ de los niños menores de 5 años y madres gestantes.

El AIEPI comunitario tiene 3 componentes, los mismos que están encaminados a:



El componente Comunitario plantea que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo adecuado del niño protegiendo su crecimiento, desde el periodo prenatal, dando servicios y cuidados adecuados en el hogar a la madre gestante, al recién nacido y el niño menor de cinco años; a niños que estén

²⁰ MSP. (2010). AIEPI. Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para facilitadores locales de AIEPI Comunitario. p. 8.

enfermos, detectando oportunamente signos de peligro y actuando inmediatamente para buscar la solución más oportuna.

La intervención de AIEPI Comunitario tiene como referencia teorica la comunicación para el cambio social, para generar un mejor estilo y calidad de vida en los niños menores de 5 años de edad.

“Se define como comunicación para el cambio social al acto de llegar juntos a decidir quiénes son, qué quieren y cómo obtener lo que quieren.”²¹

“Los procesos de este tipo de comunicación se caracterizan por la identificación de problemas, la toma de decisiones en grupo, el planeamiento de la acción, la acción colectiva y la implementación de la acción”²²; los mismos que son aplicados en el AIEPI Comunitario.

1.12 Prácticas Claves

El AIEPI Comunitario trabaja en base a las siguientes prácticas claves:

Para el crecimiento físico y el desarrollo mental:

1. **Lactancia materna exclusiva.** Amamantar a los lactantes durante por lo menos cuatro meses, pero lo ideal es hasta los seis meses. (Las madres que resulten seropositivas al VIH deben recibir consejos del personal de salud acerca de posibles opciones diferentes a la lactancia materna.)
2. **Alimentación semi-sólida, sólida y lactancia prolongada.** A partir de los seis meses de edad, dar a los niños alimentos complementarios, que sean ricos en calorías, proteínas, grasas y micronutrientes (vitaminas y minerales), a la vez prolongar la lactancia materna hasta los dos años o más.

²¹ Ibid., p. 10.

²² Ibid., p.10.

3. **Cantidad adecuada de vitamina A, zinc y hierro.** Ofrecer a los niños cantidades adecuadas de micronutrientes (vitamina A y hierro), ya sea en su alimentación diaria o mediante la administración de suplementos.
4. **Afecto, juego y conversación; atender sus necesidades.** Estimular el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades de afecto, conversación, juego y físicas en un entorno estimulante.

Para la prevención de enfermedades:

5. **Vacunación completa y adecuada de acuerdo a la edad.** Llevar a los niños de acuerdo a un cronograma establecido para que reciban todas las vacunas necesarias (BCG, DPT, OPV y sarampión) antes de su primer cumpleaños.
6. **Ambiente limpio, agua segura y lavado de manos.** Tener una buena higiene después de ir al baño y al cambiar los pañales a los niños. Lavarse las manos después de ir al baño, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a los niños.
7. **Dormir con protección para prevenir la picadura de mosquitos (malaria).** Proteger a los niños en las zonas donde la malaria es endémica haciéndolos dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida.
8. **Protegerse del VIH/SIDA y cuidar a los niños.** Adoptar medidas de prevención del VIH/SIDA y mantener el comportamiento apropiado en la atención a las personas afectadas con la infección, en especial los huérfanos.

Para la asistencia domiciliar apropiada:

- 9. Alimentación y más líquidos cuando están enfermos.** Continuar dando la alimentación usual y ofrecer más líquidos, en especial la leche materna, a los niños cuando están enfermos.
- 10. Cuidado y tratamiento adecuado cuando están enfermos.** Dar a los niños enfermos el tratamiento apropiado en casa para las diferentes enfermedades, siempre guiados por un personal de salud.
- 11. Proteger a los niños del maltrato y del descuido.** Tomar medidas apropiadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.
- 12. Participar en el cuidado del niño y la salud de la familia.** Compartir con los padres el cuidado de los niños, y temas relacionados con la salud reproductiva de la familia.
- 13. Protección de lesiones y accidentes.** Evitar el maltrato y el descuido de los menores y tomar las medidas apropiadas si acaso ocurriera.

Para buscar atención fuera del hogar:

- 14. Reconocer los signos de peligro, buscar ayuda oportuna.** Reconocer cuando los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar atención de los proveedores apropiados.
- 15. Seguir los consejos del personal de salud.** Seguir los consejos del trabajador de salud acerca del tratamiento, el seguimiento y el reenvío a otro servicio.

16. Control prenatal, vacuna antitetánica, nutrición, parto en el establecimiento, apoyo de la familia y la comunidad. Asegurarse de que toda mujer embarazada tenga atención prenatal adecuada. Esto incluye asistir por lo menos a consultas prenatales con un proveedor de asistencia sanitaria apropiado, y recibir las dosis recomendadas de vacunación con el toxoide tetánico. La madre también necesita apoyo de su familia y de la comunidad al buscar atención en el momento del parto y durante el período del posparto y de lactancia.

CAPÍTULO II

PROBLEMAS DE SALUD MÁS COMUNES DE LA INFANCIA

2.1 Infancia

La infancia es el periodo de vida de una persona que inicia al momento del nacimiento de un niño y termina a los 7 años de edad aproximadamente o en el inicio de la pubertad.

Infante viene del latín *infantis* que etimológicamente significa “*in*” negación y “*fantis*” hablar, lo que quiere decir que, se denomina así, a los niños pequeños que no aprenden a hablar bien.

En esta etapa se conforman los soportes afectivos e intelectuales de la persona, siendo estos de los que dependerá el futuro éxito o fracaso del individuo una vez adulto.

La infancia constituye un período de la vida de todo ser humano, se identifica con el grupo etario que se desarrolla entre el nacimiento y hasta la entrada de la adolescencia; pero, sobre todo, se distingue por las actividades comportamientos y exigencias que estas demandan de los adultos para crecer y alcanzar su pleno desarrollo. Diversos factores inciden en la evolución de las formas o vías de atención a la infancia; por un lado el crecimiento económico y del avance de las políticas sociales y por otras del progreso en distintos ámbitos de conocimientos en particular de la Biología, Psicología, Sociología y Pedagogía.

Los problemas más comunes en los niños son las infecciones, las mismas que se caracterizan por ser transmitidas por algún microorganismo y su agente causal más frecuente es una persona infectada. Dentro de las infecciones más frecuentes están las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas, consideradas en la Estrategia AIEPI como una de las más importantes, seguidas de problemas de:

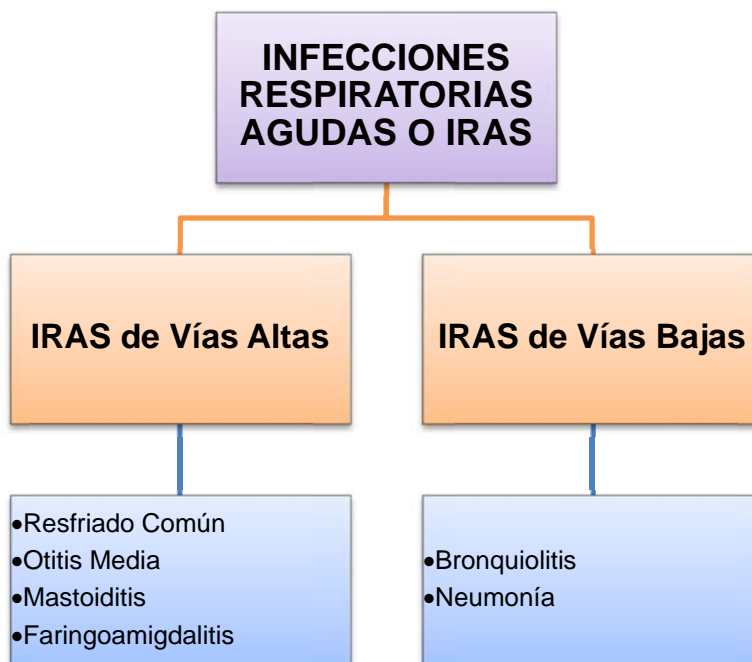
- Anemia
- Desnutrición
- Maltrato

En esta Investigación se realizará una breve descripción de estos problemas de salud.

2.2 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las enfermedades respiratorias agudas o infecciones respiratorias agudas (IRAS) son problemas infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía. Las IRAS componen un importante problema de salud pública, pues junto con las EDAS resultan patologías con la más alta morbilidad y mortalidad del mundo en niños menores de 5 años de edad.

CUADRO N.7
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS O IRAS



Fuente: Nestec S.A. Infecciones Respiratorias Agudas. Suiza. 2000
Elaborado por: Carolina Cueva C

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS O IRAS

2.3 IRAS de Vías Altas

2.3.1 Resfriado Común:

Definición.

El resfriado común o catarro es una enfermedad infecciosa viral del sistema respiratorio, es altamente contagiosa, causada fundamentalmente por rinovirus y

coronavirus. “En esta enfermedad generalmente no se producen síntomas y signos sistémicos (mialgias y fiebre), pero si se presentan, estos son muy leves.”²³

Es una enfermedad leve y auto-limitada; no obstante es la causa más importante de morbilidad aguda y de consulta médica. También es una causa importante de ausentismo escolar.

El resfriado común no es lo mismo que la gripe, ya que la gripe es una infección viral más grave del tracto respiratorio que muestra síntomas adicionales como fiebre alta, temblores y dolores musculares.

Epidemiología.

Los microorganismos causantes del resfriado común se encuentran distribuidos en todo el mundo por lo que ninguna población está libre de padecer esta enfermedad. Durante mucho tiempo se ha considerado como la enfermedad aguda más frecuente, las epidemias anuales ocurren en los meses fríos del año.

Indudablemente entre las variables responsables de las fluctuaciones estacionales en los resfriados están la reunión de los niños durante los periodos escolares y el mayor hacinamiento domiciliario de las poblaciones dentro de las casas durante los meses más fríos. Además, los cambios estacionales en la humedad relativa pueden constituir una variable importante para controlar las diferentes familias de virus, por el efecto de la humedad relativa sobre la sobrevivencia viral.

La frecuencia real del resfriado común es difícil de estimar ya que con mucha frecuencia el paciente y/o familiar se diagnostica por sí solo y se automedica; por otra parte factores como el desarrollo socioeconómico del país y creencias culturales

²³ Behrman, R. & Colaboradores. (2005). Tratado de Pediatría de Nelson. (17ª ed.). Volumen 1. España: Elsevier. p. 1389.

influyen en la notificación de los casos lo cual se refleja en las estadísticas de morbilidad de esta enfermedad.

Es necesario un contacto estrecho entre las personas para la transmisión de los microorganismos que causan el resfriado común, por lo cual es fácil entender porque en sitios con grandes concentraciones de personas se facilita la transmisión como sucede en los campamentos militares, escuelas, guarderías y asilos.

La duración de los síntomas de una infección de vías respiratorias altas es más prolongada en niños atendidos en guarderías que aquellos cuidados en sus hogares como lo describe el estudio de Wald y Col. en el que encontraron una duración promedio de los síntomas en niños menores de un año de 7.3 días contra 8.9 días en niños cuidados en guarderías; en niños de dos a tres años los síntomas se prolongaron por más de 15 días en 6.5% de los niños cuando éstos eran cuidados en sus casas contra 13.1% de los niños cuidados en guarderías.²⁴

Otros factores de riesgo identificados para el desarrollo de resfriado común al igual que para otras infecciones de las vías respiratorias son: la desnutrición, convivir en espacios cerrados (hacinamiento) y estrechos así como la exposición al humo del tabaco.

Existen dos vías principales de contagio en el resfrío común, estas se mencionan a continuación:

- Aérea: Por aerosoles de pequeñas o de grandes partículas.
- Contacto (piel, fómites): Frecuentemente en resfríos causados por rinovirus y virus respiratorio sincitial.

Existe una variación estacional con aumento de frecuencia en época de invierno. “En Ecuador esta variación es menos marcada, ya que se ha comprobado que durante todo el año hay gran cantidad de IRAS con picos en épocas lluviosas y con epidemias periódicas por algún tipo de virus.”²⁵

²⁴ Segura, E. & Colaboradores. (1998). Programa de Actualización Continua para Infectología. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. México: Intersistemas, S.A.

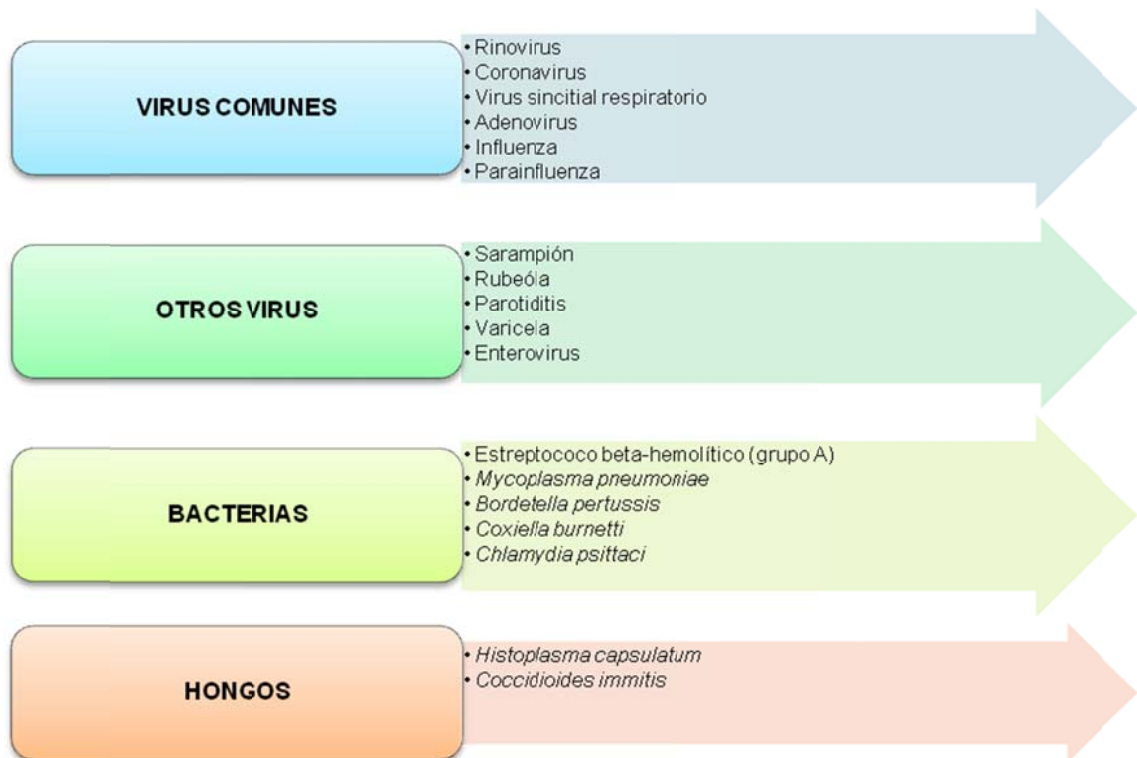
²⁵ Quiñones, E. & Colaboradores. (2006). Bases de Neumología Pediátrica. (1ª ed.). Ecuador: Noción. p. 177.

Etiología.

Existe una gran cantidad de microorganismos implicados en la producción de síntomas propios del resfriado común entre los cuales se incluyen virus, bacterias y hongos; sin embargo la mayoría de las infecciones son producidas por miembros de cinco familias de virus: mixovirus, paramixovirus, adenovirus, picornavirus y coronavirus.

Los rinovirus son responsables de la mayoría de infecciones tanto en niños como en adultos; producen de 30 a 50% de todas las infecciones agudas de las vías respiratorias. Los virus influenza y sincitial respiratorio contribuyen también con una proporción importante de los casos de resfriado común que va de 10 a 15%; del virus influenza se conocen tres tipos designados con las letras A, B y C de los cuales el del grupo A tiene la característica de cambiar su estructura antigénica, lo que propicia la aparición de epidemias con intervalos de dos a tres años (ejemplo: Gripe porcina AH1N1). Las variaciones antigénicas ocurren en el exterior del virión con lo que la inmunidad adquirida contra una cepa queda prácticamente nulificada. Del virus sincitial respiratorio se conocen dos tipos y se presentan en forma de brotes sobre todo en niños pequeños, en quienes pueden llegar a producir infecciones graves no sólo de las vías respiratorias altas sino que también con frecuencia producen neumonías.

CUADRO N.8
AGENTES INFECCIOSOS INVOLUCRADOS EN LA PRODUCCIÓN DEL
RESFRIADO COMÚN



Fuente: Segura, E. & Colaboradores. (1998). Programa de Actualización Continua para Infectología. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. México: Intersistemas, S.A.
 Elaborado por: Carolina Cueva C

Fisiopatología.

El primer paso para el desarrollo de la infección es la llegada del microorganismo a la mucosa nasal, puede colonizar la mucosa sin producir ninguna sintomatología, gracias al aparato mucociliar que lo protege de cuerpos extraños o puede penetrar la mucosa y producir el cuadro característico del resfriado común.

Los virus se encuentran en las secreciones de personas enfermas los mismos pueden ser eliminados al medio ambiente a través de pequeñas gotas de saliva que son expulsadas con la tos y los estornudos; posteriormente la vía principal de adquisición es la nasal y probablemente a través de las conjuntivas.

El virus que logra multiplicarse y penetrar la mucosa con frecuencia produce una reacción inflamatoria aguda y lesión tisular, en el caso de la infección por rinovirus no existe daño importante a nivel del epitelio respiratorio y la infiltración de células inflamatorias es escasa por lo que el cuadro clínico podría ser producido a través de otros mecanismos como puede ser la liberación de mediadores químicos.

Otros mediadores químicos como histamina, prostaglandinas e interleucinas se han involucrado en la patogénesis de la sintomatología del resfriado común.

Manifestaciones Clínicas.

Dada la enorme cantidad de microorganismos que pueden estar involucrados en la producción de un resfriado común, las manifestaciones clínicas también tendrán diferentes espectros de presentación. Después de un periodo breve de incubación (dura de 2 a 5 días) se presentarán los signos y síntomas que sugieren la presencia del resfriado común.

Los niños pequeños se ven afectados con mayor frecuencia y las manifestaciones que habitualmente se presentan en forma aguda con irritabilidad son:

- Estornudos
- Prurito nasal
- Rinorrea
- Prurito y lagrimeo aumentado
- Prurito faringeo
- Fiebre de moderada o baja intensidad
- Obstrucción nasal
- Malestar general
- Dificultad respiratoria (en lactantes cuando la congestión nasal es marcada)

En niños mayores las manifestaciones clínicas son menos graves, los síntomas son:

- Sequedad de nariz y faringe
- Estornudos
- Tos
- Secreción nasal acuosa (de ahí mucosa y después escasa)

Algunos pacientes refieren malestar general, mialgias, cefalea y pérdida del apetito y otros cursan con una marcada disminución de los sentidos del gusto y del olfato además de una sensación de presión en los oídos y los senos paranasales, esto último debido a la obstrucción y edema de la mucosa.

La fiebre es menos común y de menor intensidad que en niños pequeños, por lo que cuando ésta se eleva y se acompaña de secreción nasal verdosa o purulenta se debe a una complicación del resfriado común.

La duración promedio del cuadro clínico es de una semana; sin embargo puede prolongarse hasta por dos semanas; esto debido al hacinamiento (guarderías) y a la exposición al humo del cigarrillo. El resfriado común puede presentar complicaciones como:

- Otitis media
- Sinusitis
- Faringolaringitis
- Traqueítis
- Neumonía.

Diagnóstico.

En la mayoría de los casos el cuadro clínico es suficiente para establecer el diagnóstico de resfriado común. Existen pruebas complementarias habituales, pero no todas serán útiles para el diagnóstico final. Los valores de leucocitos o glóbulos blancos pueden estar normales o disminuidos.

Los patógenos virales responsables del resfriado común se pueden detectar mediante un cultivo, detección de antígenos o métodos serológicos, pero estos exámenes no se realizan en todos los pacientes sino solo en los que se sospecha de una infección por estreptococos del grupo A, *Bordetella pertusis* o una difteria nasal.²⁶

Se deberá tener en cuenta que otras enfermedades pueden presentar síntomas similares al resfriado común entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: rinitis alérgica (sin fiebre), enfermedades sistémicas como sarampión, rubéola, varicela y parotiditis; incluso la hepatitis pueden confundirse durante su fase inicial con el resfriado común, pero posteriormente a medida que avanza el cuadro clínico se pueden diferenciar con cierta facilidad.

Tratamiento.

No hay cura para el resfriado común, es decir, no existe tratamiento que combata directamente al virus. Sólo el sistema inmunológico del organismo puede destruir con efectividad al invasor. Pero el tratamiento que generalmente se prescribe a niños con esta enfermedad está basado en eliminar los signos y síntomas para evitar agudizar más el cuadro clínico o complicaciones futuras.

Como el agente causal más común en el resfriado común son los virus, se debería controlar esta enfermedad con antivirales, pero actualmente no se está indicando antivirales, solo se están indicando medicamentos antipiréticos para la

²⁶ Behrman, R. & Colaboradores. op.cit., p.1390.

fiebre, antihistamínicos de primera generación para reducir los síntomas característicos de esta enfermedad, analgésicos y desinflamatorios.

Existe una gran cantidad de remedios caseros, entre los cuales se pueden mencionar el mentol, eucalipto, limón con miel y extracto de rábano, vitamina C, los mismos que no curan el resfriado común, simplemente alivian los síntomas de esta enfermedad. Es útil humectar el aire para aliviar la molestia nasal y la tos.

Una de las molestias principales es la congestión nasal, la que se pueden mejorar con antihistamínicos y/o vasoconstrictores locales. No es muy favorable el uso de los antihistamínicos ya que disminuye la rinorrea pero causa letargo al niño.

Cuando la tos es importante pueden administrarse antitusígenos pese a que ya no es muy utilizada por que elimina el reflejo tusígeno, y este es muy importante para eliminar los microorganismos que entran a la faringe.

Hoy en día existen vacunas útiles para prevenir, o reducir la intensidad de resfrío común en los niños.

2.3.2 Otitis Media:

Definición.

La otitis media aguda (OMA) es la infección del oído medio de inicio súbito evidenciada por la presencia de líquido y acompañada por signos o síntomas característicos de la infección del oído medio. Es una de las enfermedades más comunes ya que es una de las complicaciones de las infecciones respiratorias de vías altas, alergias respiratorias, paladar hendido no tratado.

Epidemiología.

La OMA es la infección bacteriana más común en la infancia, representa el 9% de todas las consultas médicas.

Se asume que el 90% de los menores de edad tendrán por lo menos un episodio de otitis media en su vida, 74% de los niños tendrán 3 o más episodios y el 9% tendrán aproximadamente 31% de todos los episodios de otitis constituyendo un grupo especial de niños más susceptibles de presentar OMA. El promedio de episodios por año declina de uno a dos en el primer año a 0,4 a los 7 años.²⁷

Se estima que para antes de los tres años de edad más de dos terceras partes de los niños han tenido uno o más episodios de OMA y más de una tercera parte han tenido tres o más episodios.

Según estudios se ha notado que la enfermedad es más común en el periodo de diciembre a marzo y baja en el periodo de julio a septiembre; por lo que, aunque no siempre correlaciona con las condiciones climáticas, si coincide con la mayor incidencia de infecciones respiratorias.

La infección se presenta significativamente con mayor frecuencia en niños varones. No obstante la pobreza y sus factores acompañantes como hacinamiento, malas condiciones sanitarias y servicios médicos inadecuados son comunes en pacientes que sufren esta enfermedad.

Existen algunos factores de riesgo que predisponen a que los niños desarrollen la enfermedad, los mismos que se describen a continuación:

- Niños menores de 15 años
- Ser hombres
- Raza blanca

²⁷ Ucrós, S. & Mejía, N. (2009). Guías de Pediatría Práctica Basadas en la Evidencia (2^{da} ed.). Bogotá: Panamericana. p.167.

- Uso del biberón
- Anormalidades craneofaciales
- Inmunosupresión
- Tabaquismo en el hogar
- Asistencia a guarderías
- Infecciones respiratorias agudas²⁸

Estos factores de riesgo fueron comprobados ya que los antecedentes patológicos de los niños generalmente tienen 1 o más de los factores de riesgo mencionados anteriormente, es importante señalar que los niños que han lactado los 6 meses exclusivos el seno materno tienen su sistema inmune en parámetros normales por lo que es raro que presenten OMA, por lo que se ha catalogado a la leche materna como un factor protector contra esta enfermedad.

Etiología.

Los microorganismos que causan la OMA más comúnmente encontrados son los siguientes:

Streptococcus pneumoniae que se encuentran en el 40% de los casos, *Haemophilus influenzae* no tipificable en aproximadamente del 25 - 30% y *Moraxella catarrhalis* en un 10 - 15%. Otros organismos patógenos que en conjunto suponen el 5 % de los casos son *Streptococcus* del grupo A, *Staphylococcus aureus* y microorganismos gramnegativos como *Pseudomonas aeruginosa*.²⁹

Fisiopatología.

El mal funcionamiento anatómico y/o funcional de la trompa de Eustaquio determina un papel importante en el desarrollo de la otitis media. Las funciones de la trompa de Eustaquio con respecto al oído medio son esencialmente tres: protección

²⁸ Ibid., p.168.

²⁹ Berman, R. & Colaboradores. op.cit., p.2139.

del oído de las secreciones nasofaríngeas, drenaje en la nasofaringe de las secreciones del oído medio y ventilación del oído medio, lo que permite el equilibrio de la presión del aire del oído con la presión atmosférica.

La otitis media es una enfermedad de la mucosa del oído medio que se extiende desde la trompa de Eustaquio hasta las celdillas mastoideas. Los espacios del oído medio forman un conjunto de sistemas huecos (es un sistema neumático) que se ventilan a través de la trompa de Eustaquio, la cual se extiende desde la nasofaringe hasta la pared anterior de la caja del tímpano.

El mecanismo desencadenante es la obstrucción de la trompa. Normalmente el aire sale y entra en el oído medio con la respiración aumentando el flujo con el llanto, la tos y el estornudo. Cualquier bacteria o virus presentes en el aire faríngeo puede ser transmitido hasta el oído medio. La trompa de Eustaquio puede estar obstruida por adenoides, edema de la mucosa o inflamación facilitándose la absorción del oxígeno, presente en el oído medio, por la corriente sanguínea creándose así un vacío. La estasis favorece la replicación bacteriana. Cualquier organismo localizado en el oído medio obstruido puede multiplicarse incrementando la inflamación y congestión.

La microbiología de este tipo de otitis es consistente en el mundo siendo el *Streptococcus pneumoniae* el agente más frecuente (\pm el 30%), le siguen el *Hemophilus influenzae* (20%); el *Streptococcus pyogenes* y la *Moraxella catarrhalis*. Estos microorganismos son proporcionalmente iguales a los identificados en la faringe. Los virus del tracto respiratorio superior ocasionan el 15-20% de la otitis media.³⁰

Evolución de la Otitis Media:

1. Infecciones virales y/o Hipertrofia adenoidal
2. Edema - Infamación
3. Obstrucción de la trompa de Eustaquio
4. Alteración de la ventilación
5. Acumulo de secreciones en el oído medio
6. Infección bacteriana

³⁰ Harker, H. Otitis Media [en línea]. Disponible en: <<http://www.aibarra.org/Guias/8-6.htm>> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].

Manifestaciones Clínicas.

Los síntomas y signos de la OMA son muy variables, sobretodo en lactantes y niños pequeños.

La otitis media aguda se presenta con frecuencia con dolor acompañado de síntomas de infección de vías aéreas superiores como rinorrea, congestión nasal y tos; conjuntivitis purulenta. También se presentan otros signos como:

- Dolor de oído
- Irritabilidad
- Dificultad para dormir
- Pérdida de la audición
- Fiebre en el 50% de los casos
- Parálisis facial o ataxia en raros casos

La membrana timpánica se vuelve de color rojo o amarillo, según el grado de inflamación y la cantidad de secreción purulenta que ese encuentre en el oído medio. Puede observarse un exudado blanco. En casos tempranos de OMA es posible que el abultamiento se limite a la parte flácida, posteriormente sobresale totalmente del tímpano, dando un aspecto de rosquilla. “Puede haber rotura de la membrana timpánica ocasionando una otorrea purulenta, con otalgia que muchas veces se manifiesta por que el niño se jala las orejas continuamente.”³¹

Las complicaciones que pueden presentarse como consecuencia de otitis media aguda y crónica son:

A. Complicaciones Intracraneanas

1. Complicaciones meníngeas

i. Absceso epidural

³¹ Behrman, R & Colaboradores. op.cit., p.2140.

- ii. Meningitis
 - iii. Trombosis del seno lateral
 - iv. Fístula de LCR
 - v. Absceso subdural
2. Complicaciones extrameningeas
- i. Absceso cerebral
 - ii. Petrositis
 - iii. Absceso extradural

B. Complicaciones extracraneanas

- 1. Laberintitis serosa o purulenta
- 2. Mastoiditis
- 3. Absceso subperióstico
- 4. Parálisis del nervio facial
- 5. Destrucción oscicular
- 6. Colesteatoma
- 7. Osteomielitis del hueso temporal

Diagnóstico.

La historia clínica y la exploración otoscópica son suficientes para el diagnóstico de la otitis media. Es importante realizar una exploración completa de cabeza y cuello para identificar factores que predispongan a padecer ese tipo de problema, tales “como trastornos cráneo-faciales, obstrucción nasal, defectos de paladar o hipertrofia adenoidea. En paciente con otitis media unilateral, es preciso examinar la rinofaringe.”³²

La exploración otoscópica es el examen más importante para el diagnóstico de la otitis media. También, la realización de una otoscopia neumática puede ser esencial para determinar la movilidad de la membrana timpánica. Cuando existe otitis

³² Otitis Media [en línea]. Disponible en: < <http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/otitis>> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].

media crónica con efusión pueden verse los niveles de aire y burbujas en el oído medio.

El diagnóstico es difícil en especial en niños más pequeños “con una certeza diagnóstica de 58% para los menores de un año, y aumentada a 73% a los dos años y medio.”³³

Tratamiento.

Entre el 70 y 90% de los pacientes con OMA mejorarán sin necesidad de tratamiento antibiótico. Si el paciente es menor de 2 años o si la OMA es bilateral tiene más riesgo de tener un periodo más largo de fiebre. La presencia de vomito asociado con fiebre también es un buen predictor de fiebre prolongada. Los menores de 2 años con fiebre y otitis bilateral se benefician con el uso de antibióticos.³⁴

Dentro del tratamiento adecuado para niños con otitis media, se menciona lo siguiente:

Antibióticos Sistémicos. Generalmente se administra trimetoprim por 10 días, pero en casos de que el paciente presente alergia a este medicamento se le cambiara por eritoromicina más sulfisoxazol. En infecciones auriculares está contraindicada la utilización de tetraciclinas, ya que casi el 50% de neumocococs y estreptococos son resistentes a este medicamento. Los niños con infección persistente tendrán que recibir amoxicilina más clavulanato en 3 días o 1 cefalosporina de 4ta generación.

Gotas de Antibiótico para los oídos. Si se ha perforado el tímpano no se requiere la administración de gotas antibióticas auriculares. Sin embargo con niños con gran drenaje purulento pueden beneficiarse con este tratamiento coadyuvante. Se puede eliminar el material purulento mediante una aspiración suave con una jeringa. Después instilarse solución salina al 0,9% después de este aseo se administra las gotas auriculares. Los tapones de algodón están contraindicados.

³³ Ucrós, S. & Mejía, N. op.cit., p.168.

³⁴ Ibid., p.169.

Medidas higiénicas. Mantener una adecuada higiene del oído, lavada con suero fisiológico y secado con gasas estériles. Evitar lugares llenos de ruido.

Miringotomía y timpanocentesis. La miringotomía está indicada si el paciente tiene dolor intenso o si la infección auricular se acompaña de vómitos recurrentes o ataxia. Y la timpanocentesis se realiza en casos de otalgia intensa, enfermedad grave o signos de toxicidad, respuesta inadecuada a los antimicrobianos, complicaciones supuradas, otitis media en el neonato, inmunidad comprometida.

2.3.3 Mastoiditis:

Definición.

Mastoiditis es la inflamación de la apófisis mastoidea del hueso temporal, es una complicación de la otitis media aguda. Este trastorno suele ocurrir cuando una otitis media no tratada o tratada inadecuadamente se extiende desde el oído medio hasta el hueso que lo circunda (la apófisis mastoides).

Epidemiología.

La incidencia de mastoiditis depende de cuantas OMA se compliquen o sean mal tratadas, ya que esta patología es una complicación de la Otitis Media Aguda. Antiguamente la Mastoiditis era una de las principales causas de muerte infantil ya que no se conocían los antibióticos adecuados para el tratamiento de esta enfermedad, pero en la actualidad es una enfermedad relativamente escasa y mucho menos peligrosa.

Etiología.

En general los agentes causales de la Mastoiditis son los mismos que la OMA, entre otros:

Agentes más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxaella catarrhalis* y *Streptococos* del Grupo A. En raras ocasiones se ha encontrado como factor causal a *Bacteroides*, *Fusobacterium* y *Pseudomona aeruginosa*.

Clasificación de la Mastoiditis:

Existen tres estadios en su evolución:

- Mastoiditis simple
- Mastoiditis con periostitis
- Mastoiditis con osteítis

Mastoiditis Simple, es la inflamación de la mucosa, aparece en la mayoría de las OMA, no se acompaña de signos inflamatorios retroauriculares y no debe considerarse una complicación de la otitis media.

Mastoiditis con Periostitis, por propagación venosa de la infección del oído medio suele acompañarse de signos inflamatorios retroauriculares característicos.

Mastoiditis con Osteítis, se considera la forma más grave y evolucionada. En este caso se produce la destrucción del hueso trabeculado de las celdillas mastoideas con el riesgo de formación de un absceso subperióstico. No existen diferencias clínicas entre la mastoiditis con periostitis y la mastoiditis con osteítis, siendo el diagnóstico diferencial exclusivamente por tomografía computarizada de oído.³⁵

Fisiopatología.

El proceso fisiopatológico de la Mastoiditis es similar al de la OMA, hay que indicar la dificultad del drenaje anteromastoideo hacia la caja del oído medio, debido a la altura y estrechez del orificio que comunica al antro con la caja (conducto timpanomastoideo). La evolución de la enfermedad es de la siguiente manera:

- Primera Etapa. Caracterizada por una inflamación aguda, exudativa de la mucosa. Además, hay un proceso reactivo óseo, con periostitis (mastoidismo).

³⁵ Brown, J. (2009). Manuales de Merck. Información Médica para el Hogar. USA: Oceano. p.212.

- Segunda Etapa. Existe afectación ósea, que a su vez tiene 3 fases definitivas:
 - Fase endotemporal. Se inicia la formación del empiema.
 - Fase de flemón transóseo. Desde el antro hacia la periferia se produce la difusión infecciosa a través de los espacios conjuntivos perivasculares y de los espacios medulares del hueso mastoideo; y finaliza con lesiones óseas.
 - Fase de Exteriorización. En esta fase se completa un proceso de fistulización desde el antro cortical hasta la cortical mastoidea con la formación de un absceso subperiostico retroauricular, que constituye el signo más característico de la mastoiditis aguda.³⁶

Manifestaciones Clínicas.

Los síntomas y signos de la Mastoiditis generalmente “se caracterizan por dolor retroauricular y eritema acompañados de fiebre en espigas”³⁷

Además existe la presencia de edema detrás del oído, que al toparle se podrá sentir el aumento de temperatura en esta área. Dependiendo de cuan avanzada este la infección se podrá observar drenaje ceroso o purulento del oído. Todos estos síntomas irán acompañados de dolor de cabeza y un malestar general.

Dentro de las complicaciones de la Mastoiditis se encuentran las siguientes:

- Pérdida de la audición parcial o completa
- Destrucción del hueso mastoideo
- Parálisis facial
- Meningitis
- Diseminación de la infección al cerebro o en todo el cuerpo
- Absceso epidural

³⁶ Poch, J. & Gil-Lozaga, P. (2005). Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. (1ª ed.). España: Panamericana, S.A. p. 62.

³⁷ Mcphee, S. & Papadakis, M. (2009). Diagnóstico clínico y Tratamiento. (48ª ed.). Mexico: Mc.Graw-Hill. p.178.

Diagnóstico.

Una exploración física de la cabeza puede revelar mastoiditis, al notar el edema retroauricular. Además, una radiografía craneal, una TAC de la cabeza o una TAC del oído pueden mostrar anomalías en el hueso mastoideo. Un cultivo del drenaje del oído puede mostrar bacterias.

Es importante recordar que si el niño ya fue diagnosticado anteriormente de OMA y no ha mejorado, y tiene los síntomas de Mastitis, no se necesitan hacer más pruebas para el diagnóstico definitivo. La valoración céfalo caudal, especialmente de cabeza es la que ayudara a dar un diagnóstico de esta patología, los exámenes adicionales, sirven para guiar sobre la etiología de la misma.

Tratamiento.

El tratamiento para la mastoiditis puede resultar complicado debido a la dificultad para que los medicamentos lleguen a la profundidad suficiente dentro del hueso mastoideo y se puede requerir un tratamiento repetitivo o prolongado. Para tratar la infección, se aplican los antibióticos por medio de inyección y luego se administran los antibióticos orales.

En caso de que la terapia con antibióticos no sea efectiva, es posible que se necesite una cirugía para extraer parte del hueso mastoideo y drenarlo (mastoidectomía). Para el tratamiento de la otitis media subyacente, puede ser necesario un drenaje quirúrgico del oído medio a través del tímpano (miringotomía).

El tratamiento farmacológico está basado en antibióticos, antipiréticos, analgésicos y desinflamatorios.

Se debe administrar cloranfenicol (25mg/kg cada 8 horas IM o IV) y bencilpenicilina (50000u/kg cada 6 horas>) hasta que el niño mejore, luego se debe continuar con cloranfenicol cada 8 horas durante un total de 10 días.

Si en un lapso de 48 horas el niño no mejora se debe optar por la mastoidectomía. Si hay signos de meningitis (rigidez de la nuca, erupción cutánea con petequias, letárgia, irritabilidad abombamiento de la fontanela) o absceso cerebral será necesario hospitalizar al niño para que comience a recibir antibióticos más potentes y la cantidad de hidratación indicada por vía intravenosa.³⁸

2.3.4 Faringoamigdalitis:

Definición.

La faringoamigdalitis “es una inflamación de las fauces que compromete el paladar blando, los pilares del istmo de las fauces, las amígdalas palatinas y la pared posterior de la faringe.”³⁹ Esta es una de las infecciones más frecuentes de las vías respiratorias, siendo la infección más común de origen bacteriano, es producida con complicación del resfriado común. Y a partir de esta patología se puede diseminar la infección a otros órganos y sistemas provocando graves complicación o incluso la muerte.

Amigdalitis es la inflamación de las amígdalas o anginas, y faringitis se define como un síndrome inflamatorio de la faringe causado por varios grupos de microorganismos. Por consecuencia la faringoamigdalitis es la infección de la faringe y de las amígdalas, no es muy común que un paciente presente solo amigdalitis o faringitis ya que la una lleva al desarrollo de la otra por lo que se utiliza el término de faringoamigdalitis.

Epidemiología.

Los factores de riesgo asociados son la edad y su relación con el estado inmunológico y la asistencia a guarderías.

³⁸ OPS. (2004). Diagnostico y Tratamiento de Enfermedades Prevalentes Graves de la Infancia. (2ª ed.). Washington, D.C: OPS/PALTEX. p. 77.

³⁹ Quiñones, E. & Colaboradores. op.cit., p. 180.

La mayor incidencia de los casos de faringoamigdalitis se presenta durante los meses fríos del año. Las infecciones respiratorias y gastrointestinales se presentan muy frecuentemente en países en vías de desarrollo independientemente del nivel socioeconómico.

La faringoamigdalitis se presenta con más frecuencia en la población infantil, siendo el grupo de 3 a 15 años en donde se presenta la mayor incidencia, raras veces se presenta en niños menores de 3 años de edad.

En Ecuador se considera una patología común ya que es la infección más frecuente de origen bacteriano que afecta las vías respiratorias y solamente es superada por el resfriado común.

Etiología.

El 30% de los casos de faringoamigdalitis es causado por bacterias especialmente por *Streptococcus betahemolíticos* del grupo A (el más frecuente), *Gonococico*, *Corinebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma*, *Streptococo* grupo C, *Estafilococo*, y el 40% por agentes virales. Entre los virus más comunes están los Adenovirus, virus del Herpes simple, Coxsackie, ECHO y Epstein Barr; todos estos tienen en común producir manifestaciones parecidas a las infecciones bacterianas.

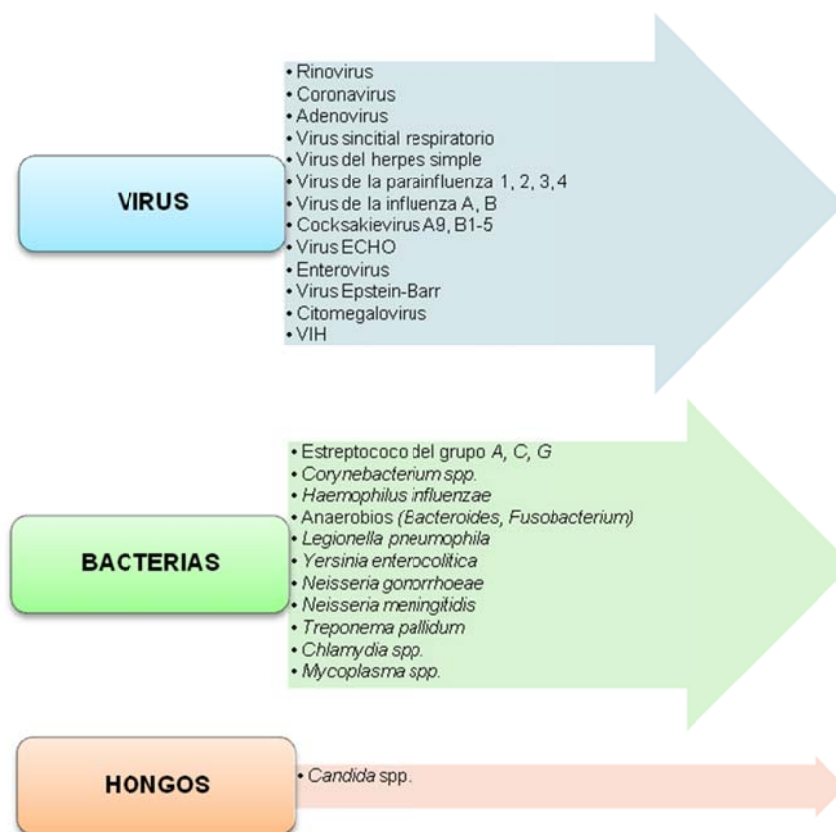
Otros virus como Influenza A y B, Parainfluenza y Sincitial respiratorio aunque también son frecuentes el cuadro clínico que ocasionan se puede distinguir con cierta facilidad de las infecciones bacterianas.

Otros organismos involucrados menos comúnmente incluyen *Corynebacterium diphtheriae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia*. Además existen otras bacterias llamadas copatógenas entre las que se encuentran *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*,

Moraxella catarrhalis, *Streptococcus pneumoniae*, *Bacteroides melaninogenicus* y otros bacteroides.

En niños previamente saludables los siguientes agentes infecciosos pueden causar hasta 90% de las infecciones agudas que involucran a la faringe y amígdalas: *Streptococcus pyogenes*, Adenovirus, virus de la influenza A y B, Parainfluenza virus 1,2 y 3, epstein-Barr virus, Enterovirus y *M. pneumoniae*.

CUADRO N.9 AGENTES INFECCIOSOS CAUSANTES DE LA FARINGOAMIGDALITIS



Fuente: Segura, E. & Colaboradores. (1998). Programa de Actualización Continua para Infectología. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. México: Intersistemas, S.A.

Elaborado por: Carolina Cueva C

Fisiopatología.

Después de la llegada del microorganismo al tejido faríngeo, la superficie de las mucosas faríngeas están sometidas a un flujo de líquidos que tienden a desplazar los gérmenes depositados en ella. La posibilidad de que un microorganismo colonice en esta mucosa está en relación directa con la capacidad de fijarse a la superficie del epitelio y eludir de esta forma el arrastre mecánico. Sólo colonizan los microorganismos que se adhieren. En este sentido el epitelio críptico es más propicio a la infección que el resto de la faringe, pues las profundas y estrechas criptas tienen un éxtasis secretorio permanente, así las bacterias y demás agentes escapan a la acción del batido ciliar y del barrido de las contracciones deglutorias, todo lo cual favorece la colonización bacteriana. La cripta amigdalina por su estructura es el lugar de la faringe con menos resistencia a las infecciones, pero por otra parte permite que se establezca un amplio contacto entre gérmenes y el sistema inmunológico amigdalino lo que desarrolla la enfermedad. El periodo de incubación puede variar entre 1 a 4 días.

Más de 90% de las infecciones estreptocócicas humanas son causadas por agentes que pertenecen al grupo A. Los sistemas de serotipificación de los estreptococos del grupo A se desarrollan sobre la base de las reacciones de precipitinas de la proteína M o de las reacciones de aglutinación de la proteína T.

La proteína M es el principal antígeno de virulencia de los estreptococos del grupo A, por lo que a mayor proteína M mayor virulencia. En la actualidad más de 80 tipos diferentes de proteína M de *Streptococcus beta-hemolítico* del grupo A han sido identificados. Las cepas más ricas en esta proteína son resistentes a la fagocitosis por leucocitos polimorfonucleares lo que les permite multiplicarse rápidamente e iniciar la enfermedad. Otro constituyente de la pared celular es el ácido lipoteicoico, esta sustancia tiene una afinidad por la unión con las membranas biológicas y es responsable del primer paso en la colonización ya que facilita la adherencia del estreptococo a la fibronectina en la superficie de una célula epitelial humana.⁴⁰

⁴⁰ Segura, E. & Colaboradores. op.cit.

Manifestaciones Clínicas.

En niños menores de seis años el inicio comúnmente se presenta con irritabilidad y fiebre generalmente no elevada, rinorrea (serosa), dolor abdominal y vómito; también puede haber ganglios cervicales dolorosos y aumentados de tamaño.

El cuadro característico se presenta en niños de edad escolar es:

- Fiebre mayor de 38 °C
- Escalofríos
- Dolor faríngeo
- Disfagia
- Cefalea
- Dolor abdominal
- Vómito.

Aunque la mayoría de los cuadros de faringoamigdalitis son autolimitados, en ocasiones pueden llegar a presentarse una gran diversidad de complicaciones como: otitis media, sinusitis, mastoiditis, absceso retrofaríngeo, absceso periamigdalino, neumonía, mediastinitis, meningitis, endocarditis, fiebre reumática, glomerulonefritis aguda.

Diagnóstico.

La faringoamigdalitis aguda es con frecuencia una patología sobre diagnosticada y con la misma frecuencia recibe un tratamiento inadecuado. No existe un método simple para distinguir la faringitis por *Estreptococo beta-hemolitico* de otros agentes causales, hay algunos hallazgos que sugieren cuando es estreptocócica como por ejemplo cuando a más de las manifestaciones clínicas comunes se presenta un “rash cutáneo, producto de la infección con este agente que genera una exotoxina pirogénica.”⁴¹

⁴¹ Quiñones, E. & Colaboradores. op.cit., p. 180.

Sólo 25 a 50% de los casos de faringoamigdalitis exudativa son de origen estreptocócico, y únicamente 50% o menos (habitualmente 30%) de los casos de faringitis estreptocócica se acompañan de exudado. La triada de fiebre, exudado faríngeo y linfadenitis cervical anterior es un fuerte indicador de faringitis estreptocócica, pero sólo se presenta en 15% de los pacientes.

La edad de presentación puede ser de ayuda importante ya que las infecciones virales que afectan la faringe se presentan con mayor frecuencia en niños menores de tres años, a diferencia de la infección estreptocócica la cuál es más común después de los cinco y hasta los diez años de edad.

Los casos de infección estreptocócica moderada son indistinguibles de una infección vírica. El hemograma puede mostrar leucocitosis en la infección estreptocócica y linfomonocitosis con presencia de linfocitos atípicos en la mononucleosis infecciosa. Por lo general las restantes infecciones víricas cursan con un hemograma normal o con leucopenia relativa. El cultivo de las secreciones faríngeas ayuda a diagnosticar el tipo de faringoamigdalitis para dar un tratamiento adecuado.

El cultivo faríngeo es el estándar de oro para el diagnóstico de *Streptococia* pero si es inadecuada la toma de la muestra o previamente se uso antibiótico no va a resultar positiva esta prueba.

Tratamiento.

El tratamiento para la faringoamigdalitis es la utilización de antibióticos, analgésicos, antipiréticos; los antibióticos utilizados para la faringoamigdalitis estreptocócica son: penicilina benzatínica, procaínica y V, propicilina potásica, eritromicina, roxitromicina, amoxicilina, ampicilina, cefalexina, entre otros.

También existe el tratamiento quirúrgico la amigdalectomía y adenoidectomía, sin embargo estos tratamientos pueden llevar a la muerte del paciente por lo que se han dejado de practicar, salvo algunas excepciones como algún crecimiento anormal en la faringe que obstruya la adecuada respiración del niño y complique gravemente el cuadro de esta enfermedad.

2.4 IRAS de Vías Bajas

2.4.1 Bronquiolitis:

Definición.

La bronquiolitis es una infección inflamatoria aguda de las vías aéreas terminales del árbol bronquial (bronquiolos). Esta enfermedad es la más común del tracto respiratorio inferior en niños menores de 2 años de edad, y viene a constituir el primer episodio bronco-obstructivo en este grupo de edad, “caracterizándose por ser una condición autolimitada con signos de infección de vías aéreas superiores iniciales y posterior aparición de sibilancias, en ausencia de otras patologías.”⁴²

Epidemiología.

Los seres humanos son la única fuente de infección. La transmisión es por contacto directo o cercano a secreciones contaminadas por microgotas respiratorias o fómites. El virus sincital respiratorio (VSR) puede persistir durante horas en superficies ambientales y por media hora aproximadamente en las manos.

La infección inicial habitual se presenta durante los dos primeros años de vida. La mortalidad es inferior al 1% pero puede alcanzar el 3% en grupos de riesgo.

⁴² Ibid., p. 194.

La reinfección es muy común, y puede aparecer en epidemias anuales durante el invierno en zonas templadas. La diseminación de esta enfermedad es muy común en la familia o cuando los niños se encuentran asistiendo a algún centro de cuidado infantil. Existen factores de riesgo que podrían desencadenar la bronquiolitis, como:

- Hacinamiento
- Asistencia a guarderías
- Bajo peso al nacer
- Tabaquismo
- Contaminación ambiental
- Falta de lactancia materna
- Edad menor a 6 meses
- Prematurez
- Enfermedades neurológicas y cardiopatías congénitas
- Inmunodeficiencia

Etiología.

El virus sincitial respiratorio es el más frecuente causal de esta enfermedad, siendo este el causante del 75 al 80% de los casos diagnosticados, seguido de este está el virus parainfluenza (1,3 y 4), influenza A y B, adenovirus (3, 7 y 21), rinovirus. Pero existen otros no muy comunes como *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma pneumoniae*.

Fisiopatología

El virus invade las membranas de la mucosa del tracto respiratorio inferior, formando un conglomerado gigante de células conocidas como sincitio. Penetra el citoplasma y se replica mediante mecanismos enzimáticos y genéticos de la célula huésped. Las células infectadas generan citoquinas proinflamatorias que activan y

reclutan otras células. Entonces se produce una reacción inflamatoria en respuesta a la lesión citopática con necrosis del epitelio bronquial, desaparición de cilios, incremento de la secreción de moco y liberación de mediadores de la inflamación, ocasionando obstrucción total o parcial de los bronquiolos con colapso o enfisema distal, edema submucoso y congestión vascular; sin embargo, no se afecta el tejido elástico ni el muscular.

Todos los eventos mencionados anteriormente provocan la disminución de la luz bronquiolar con afectación del flujo aéreo, aumentando así la resistencia al flujo de las vías pequeñas en especial en la espiración; el atrapamiento aéreo en los alveolos; sobre distensión pulmonar; aumento del trabajo respiratorio y alteración de la ventilación/perfusión ocasionando hipoxemia en grado variable.

Manifestaciones Clínicas.

Los signos y síntomas más característicos de esta patología son los siguientes:

- De uno a dos días de fiebre
- Rinorrea
- Tos
- Sibilancias
- Taquipnea y dificultad respiratoria

Pero también pueden haber en ciertos casos signos como:

- Aleteo nasal
- Cianosis
- Retracciones y estertores
- Roncus

Diagnóstico.

Existen pruebas como la detección de VSR, técnica de inmunofluorescencia o ELISA de las secreciones nasofaríngeas para la detección directa del antígeno viral.

La oximetría junto con la gasometría arterial, valora la oxigenación y el intercambio de gases, importantes ya que son predictores de la severidad de la enfermedad.

En la biometría hemática, se puede encontrar leucocitosis con predominio de linfocitos, pero este constituye un dato inespecífico.

“La radiografía de tórax, presenta signos de atrapamiento aéreo como aplanamiento de los diafragmas, aumento del espacio retroesternal y de los espacios intercostales, hiperlucidez o infiltrados peribronquiales y atelectasias. Además existe la escala de Wood Downes Modificada que ayuda a evaluar la gravedad de la bronquiolitis en leve moderada y grave o severa.”⁴³

Las complicaciones de la Bronquiolitis son:

- Atelectasias
- Hipoxemia
- Desequilibrio ácido base
- Infecciones bacterianas agregadas
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Apneas
- Hiponatremias

⁴³ Hay, W. & Colaboradores. (2010). Diagnóstico y Tratamientos Pediátricos. (1ª ed.). México: Mc. Graw-Hill, p. 484

Tratamiento.

El tratamiento está basado en 4 parámetros:

- **Hidratación y Soporte Nutricional**, si el niño se encuentra muy agitado, con mucha dificultad respiratoria se deberá hidratar y nutrir por vía intravenosa, pero en caso que no este grave sino con una bronquitis leve o moderada se podría utilizar la nutrición por vía oral; es importante mantener una adecuada hidratación en los niños sea vía oral o periférica dependiendo del estado físico del paciente.
- **Suplemento de O₂**, la hipoxemia es corregida con oxígeno suplementario y monitoreo de la saturación de O₂; importante es que el O₂ debe ser humidificado y administrado para obtener una saturación mayor de 90%. Se debe hidratar las mucosas nasales ya que el O₂ reseca la mucosa y podría presentarse una epistaxis.
- **Medicación**,
 - Broncodilatadores, generalmente salbutamol inhalado para dilatar la luz de los bronquiolos.
 - Corticoides, para reducir la inflamación de la mucosa.
 - Antibióticos, exclusivamente cuando el agente causal es una bacteria.
 - Analgésicos antipiréticos, como el acetaminofen o ibuprofeno para quitar el mal estar general y mantener al niño sin temperatura.
 - “Rivabirina, nucleosido sintético que se administra con nebulizador; este medicamento tiene actividad antiviral contra VSR”⁴⁴, este no es muy utilizado en el campo hospitalario en Ecuador pero si se lo tiene en cuenta en bibliografía pediátrica Americana y Ecuatoriana.
- **Terapia Respiratoria**, es muy práctica, ayuda a mejorar la oxigenación y a destetar más rápido el oxígeno.

⁴⁴ Ibid. p.484.

2.4.2 Neumonía:

Definición.

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

Epidemiología.

Todos los tipos de neumonías representan entre el 80 a 90 % de las muertes por IRA (infección respiratoria aguda). Se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años debido a la falta de atención médica oportuna, mala nutrición y hacinamiento.

“Las IRAS en el mundo son la causa de 4,3 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años, representando el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo etario. El 80 % A 90 % de este total representan las neumonías bacterianas y virales.”⁴⁵

Etiología.

La mayor parte de neumonías son de origen infeccioso. Entre las bacterias que causan neumonía están: neumococos, estafilococos, estreptococos, Haemophilus influenzae y el neumobacilo de Friendlander. “Entre los virus se encuentran todos aquellos que eran responsables de causar las diferentes infecciones respiratorias. “el microorganismo que causa la neumonía intersticial de células plasmáticas pertenece al grupo de los protozoos.”⁴⁶

⁴⁵ Sillau, J. Neumonía en niños menores de 5 años [en línea]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm> [Fecha de Consulta: 09/Noviembre/2010].

⁴⁶ Quiñones. op.cit., p. 249.

A continuación se encuentra un cuadro donde describe el porcentaje de niños enfermos con neumonía de acuerdo a la edad del niño y al agente causal de la enfermedad.

TABLA N.1
PORCENTAJE DE NIÑOS CON NEUMONÍA DE ACUERDO A SU EDAD Y A SU ETIOLOGÍA

EDAD	VIRALES	BACTERIANAS	MIXTAS
< 2 años	80%	47%	34%
2-5 años	58%	56%	33%
> 5 años	37%	58%	19%

Fuente: Segura, E. & Colaboradores. (1998). Programa de Actualización Continua para Infectología. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. México: Intersistemas, S.A.
 Elaborado por: Carolina Cueva C

Fisiopatología.

La neumonía sucede cuando los patógenos respiratorios superan las defensas pulmonares en virtud de su cantidad, virulencia, factores del huésped y medio ambiente. Existen cuatro rutas por las cuales las bacterias pueden alcanzar la vía respiratoria inferior: aspiración de microorganismos que colonizan la orofaringe, inhalación de aerosoles infecciosos, diseminación hematológica e inoculación directa.

La aspiración es la principal ruta utilizada por las bacterias para producir infección. “Normalmente, las personas tienen microaspiraciones durante el sueño; sin embargo, por un lado las defensas locales previenen infecciones y, por otro, el tipo de microorganismos aspirados es menos virulento”⁴⁷.

⁴⁷ Cabrera, A. Neumonía Adquirida en Hospitales [en línea]. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/ene-feb2009/MedInt25_31-37.pdf> [Fecha de Consulta: 09/Noviembre/2010].

Manifestaciones Clínicas.

Las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes con neumonía son las siguientes:

- Fiebre y escalofrío
- Tos (productiva o no productiva)
- Disnea
- Dolor pleurítico
- Taquipnea
- Taquicardia
- Dificultad respiratoria
- Quejido, aleteo nasal y tiraje
- Matidez a la percusión, frémito vocal, soplo tubárico.

Si existe derrame pleural el niño tendrá: roce pleural, aumento de matidez a la percusión, hipofonesis, según los tipos de neumonía, los signos y síntomas son los siguientes:

- Neumonía típica (*streptococcus pneumoniae*, *hamophilus influenzae*, *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*): al comienzo presentan fiebre, escalofrío, dolor costal, tos productiva, ausencia de sintomatología extrapulmonar.
- Neumonía atípica (viral y bacterias intracelulares): se caracteriza por un comienzo insidioso, fiebre, tos no productiva, cefalea, malestar general, sintomatología extrapulmonar.

Diagnóstico.

Para el diagnóstico de esta enfermedad, el tipo de respiración es más preciso que la auscultación y percusión. La frecuencia respiratoria se encuentra elevada. El mejor modo para compararla es que debería haber una relación entre frecuencia respiratoria frente al pulso que normalmente es de 1:4 siendo en las neumonías 1:3 o

menos. La presencia de la disnea se hace notoria en la observación debido al aleteo nasal y del tiraje subcostal así como por la contractura de los músculos auxiliares de la respiración. Se puede notar la disminución de la amplitud de los movimientos respiratorios del hemitórax afectado. A veces, si existe la participación pleural se puede escuchar una respiración jadeante. A la palpación se nota un aumento de la resistencia torácica con disminución de la expansión y aumento de las vibraciones vocales.

“En la percusión solo se notará la matidez si el niño es grande, pero en los niños pequeños predominan los signos de inflamación pulmonar. En la auscultación se nota claramente la broncofonía, el murmullo vesicular esta disminuido sobre las áreas pulmonares afectadas; estertores crepitantes unilaterales indican la existencia de neumonía.”⁴⁸ El abdomen es predominante y a veces doloroso a la palpación.

Los Rx de tórax ayudan a un diagnóstico de certeza de neumonía. Hay dos patrones radiológicos de neumonía: el intersticial (más propio de las víricas) y el alveolar (bacteriano).

En ausencia de taquipnea es poco probable la existencia de neumonía y la Rx podría obviarse, sobre todo en lactantes. En la bronquiolitis y el asma la Rx suele ser innecesaria y ser fuente de iatrogenia (confundir atelectasias con neumonías y tratarlas). En neumonías no complicadas no está indicada la Rx de control.

Tratamiento.

Si la neumonía no es tan grave y esta es provocada por un virus, puede ser tratada en la casa, y el tratamiento consiste en lo siguiente:

- Reposo relativo (evitar el hacinamiento)
- Tratamiento sintomático de la fiebre y del malestar general
- Aumentar la ingesta de líquidos

⁴⁸ Quiñones. op.cit., p.250.

- Mantener una adecuada higiene

Si la neumonía se agrava y esta es provocada por bacterias necesita ser tratada en un hospital para evitar la muerte del niño. El tratamiento indicado debe ser:

- Reposo relativo
- Nutrición adecuada
- Analgésico y antipiréticos para la fiebre y el malestar general
- Antibioticoterapia
- Fluidoterapia IV si el niño esta deshidratado o si no está en capacidad de alimentarse a través de la boca
- Oxigenoterapia para mantener $PaO_2 > 60$ y $PaCO_2 < 50$ si es preciso con ventilación asistida.

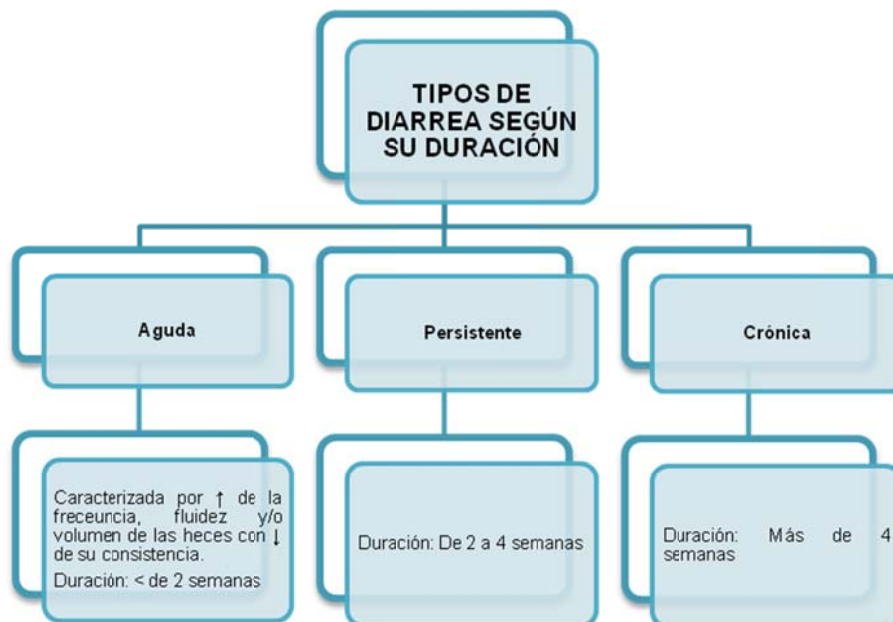
2.5 ENFERMEDADES DIARREICAS

2.6 Diarrea:

Diarrea es el incremento en el volumen y/o cambio en la consistencia de la materia fecal. En otras palabras es la presencia de tres o más deposiciones líquidas en un periodo de 24 horas.

Dependiendo del tiempo que dure la diarrea se la clasifica de la siguiente manera:

CUADRO N.10
TIPOS DE DIARREA SEGÚN SU DURACIÓN



Fuente: MSP (2005). Manual de Capacitación. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador. p. 33.
Elaborado por: Carolina Cueva C

La diarrea también es conocida con los nombres de enfermedad diarreaica aguda o gastroenteritis. Según la OMS, enfermedad diarreaica aguda (EDA) es la eliminación de heces líquidas o semilíquidas en número mayor a tres durante un periodo de 12 horas o una sola deposición con moco, sangre o pus durante un máximo de dos semanas.

Epidemiología.

La enfermedad diarreaica aguda continúa siendo un problema significativo en Salud Pública ya que es una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se presentan 1300 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años en países en vías de desarrollo y 4.6 millones de muertes por diarrea aguda.”⁴⁹

⁴⁹ Gonzales, A. & Macas, D. (2008). Etiología de la Enfermedad Diarreaica Aguda (EDA) en niños menores de cinco años durante el periodo febrero-junio 2008, en la ciudad de Loja. Ecuador. p. 16-17.

Etiología.

Los agentes infecciosos más importantes que causan diarrea son los virus (rotavirus) con el 70 al 80% de las diarreas infecciosas, las bacterias ocupan entre el 15% de los casos y los parásitos ocupan el 5%, y el no infeccioso, este último debido a: transgresión alimentaria, alergia, uso de medicamentos, intolerancia a algún componente alimentario (lactosa, glucosa, etc.); así mismo puede ser manifestación de enfermedades del aparato digestivo.

2.6.1 Tipos de Diarrea.

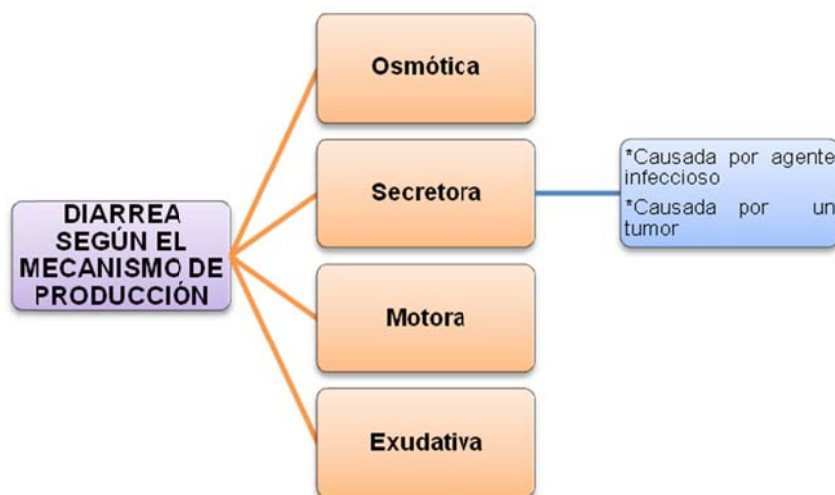
Según el mecanismo de producción, la diarrea puede clasificarse de la siguiente manera:

- 1. Diarrea Osmótica.** Caracterizada por el aumento del componente no absorbible en el tubo digestivo debido a una inadecuada absorción de las sustancias nutritivas presentes en la luz intestinal. Como resultado, los líquidos tampoco se reabsorben, y permanecen en la luz intestinal. Este tipo de diarrea se observa generalmente en síndromes de mala absorción (enfermedad celiaca, trastornos pancreáticos) donde las enzimas digestivas se encuentran alteradas. Existen alimentos como ciertas frutas, granos y suplementos del azúcar que pueden causar diarrea osmótica.
- 2. Diarrea Secretora.** En esta diarrea se genera un aumento de la secreción de electrolitos (en especial de sodio y cloro) hacia la luz intestinal arrastrando agua. “En la mayoría de los casos predomina una disminución de la absorción, pero a veces se observa un aumento inadecuado en la secreción de líquidos hacia la luz intestinal”⁵⁰ (diarrea acuosa). El tratamiento ideal es detener la deshidratación, por lo que se administrara soluciones intravenosas o vía oral.

⁵⁰ Enfermedad Diarreica Aguda [en línea]. Disponible en: < http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea#Diarrea_osm.C3.B3tica> [Fecha de Consulta: 11/Noviembre/2010].

- a. Causada por agente infeccioso (causado más frecuente por el Rotavirus).
 - b. Causada por un tumor no común que produce péptido intestinal vasoactivo
3. **Diarrea Motora.** Originada por el aumento de la motilidad intestinal. Si el alimento se mueve demasiado rápido a través del intestino, no hay demasiado tiempo para la absorción de los nutrientes y el agua.
4. **Diarrea Exudativa.** O diarrea inflamatoria, producida cuando existe algún daño de la mucosa intestinal, como inflamación, úlceras o tumefacciones, lo que provoca un incremento de la permeabilidad intestinal, se produce una pérdida lenta de fluidos ricos en proteínas y una menor capacidad de reabsorber los fluidos perdidos. Generalmente causada por enfermedades del tracto gastrointestinal, como el cáncer de colon, colitis ulcerosa, tuberculosis, entre otras, o en patologías donde no se absorben los ácidos biliares, que entrarán en el colon con un aumento de la afluencia de electrolitos.

CUADRO N.11
DIARREA SEGÚN EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN



Fuente: OPS Enfermedad Diarreica Aguda [en línea.] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea#Diarrea_osm.C3.B3tica> [Fecha de Consulta: 11/Noviembre/2010].
Elaborado por: Carolina Cueva C

La diarrea puede ser infecciosa o no infecciosa; dentro de las infecciosas, según el agente causal, la diarrea puede clasificarse de la siguiente manera:

1. Diarrea de origen Viral.-

Esta diarrea tiene un comienzo violento y acelerado, con vómitos y fiebre. El rotavirus es la causa más común de diarrea viral, este virus lesionan las células epiteliales del intestino delgado, produciendo tumefacción, vacuolización y necrosis, a causa de sus enterotoxinas; produce cambios en la microcirculación alterando la absorción de nutrientes y líquidos lo que ocasiona una diarrea osmótica. Pero existen otros virus que causan esta diarrea, como: norwalk, entérico, adenovirus y enterovirus, que se manifiestan al igual que el rotavirus con náuseas y emesis.

2. Diarrea de origen Bacteriano.-

Este tipo de diarrea ocurre generalmente en niños mayores, con condiciones deficitarias de higiene y alimentación. Las diarreas son acuosas con moco y pueden contener sangre.

La diarrea se produce por 3 mecanismos:

- a) Liberación de enterotoxinas (V. cholerae, E. coli enterotoxigénica).
- b) Enteroinvasión (E. coli enterohemorrágica).
- c) Proliferación intracelular (Shigella)

Disentería. Es la evaluación diarreica con sangre y moco, en numerosos casos la sangre no es visible macroscópicamente y en otros, la sola presencia de moco hace que se le defina como disentería. Aproximadamente el 60% de casos de disentería son causados por la bacteria Shigella, en el examen de heces se podrá encontrar heces pequeñas, muy sanguinolentas. Los síntomas de esta diarrea son fiebre, tenesmo y dolor abdominal.

Diarrea por Campilobacter jejuni. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: sangre macroscópica y moco en las heces fecales

y presenta los síntomas generales de una disenteria, es decir dolor abdominal, fiebre y tenesmo.

Diarrea Hemorrágica. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces muy sanguinolentas con leucocitos elevados; y los síntomas son: fiebre, tenesmo, dolor abdominal, puede preceder al síndrome hemolítico urémico.

Diarrea por Escherichia coli invasoras. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces pequeñas, muy sanguinolentas, leucocitos aumentados; síntomas como dolor abdominal y tenesmo.

Diarrea por Salmonella & Yeersinia enterocolitica. Al realizar el examen copro-parasitario se puede encontrar los siguientes hallazgos: heces líquidas, mal olor; leucocitos aumentados; los síntomas que el niño presenta son fiebre y dolor abdominal.

Diarrea por Aeromonas hydrophilia. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces acuosas de leve a moderadas; síntomas como náuseas, vómitos; tal vez mediada por enterotoxinas.

Diarrea por Pleisiomonas shigelloides. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces acuosas; síntomas como náuseas, vómitos y posible enterotoxinas.

Diarrea Enterotóxica. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces líquidas de color verde y voluminosas; síntomas como náuseas, vómitos; mediada por toxina termolábil.

Diarrea Enteropatogenica. Al realizar el examen copro-parasitario los hallazgos que se encuentran son: heces líquidas de color verde y voluminosas; síntomas como náuseas, vómitos.

3. **Diarrea de origen Parasitario.-**

Diarrea transmitida por vía ano-mano-boca. Los primordiales parásitos causales de la enfermedad son: la *Endoameba histolytica*, *Giardia duodenalis*, *Balantidium coli*, *Cryptosporidium spp*, *Cyclospora spp*, *Isospora spp* y *Microsporidios*. Aun así la más frecuente es la amebiasis.

Diarrea por Giardia lamblia. Al realizar el examen coproparasitario se puede observar heces líquidas, de muy mal olor y la presencia de quistes de un 30 a 60%; los síntomas característicos que genera este parásito son: vómitos, náuseas, distensión abdominal, dolor abdominal y gases.

Diarrea por Entamoeba histolytica. Al realizar el examen coproparasitario se puede encontrar heces con sangre y moco y trofozoitos; los síntomas característicos que genera este parásito son: dolor abdominal y tenesmo.

Diarrea por Cryptosporidium. Al realizar el examen coproparasitario se puede observar acuosas o sanguinolentas de acuerdo al sitio de infestación; los síntomas característicos que genera este parásito son: náuseas y dolor abdominal.

La diarrea de origen no infecciosa es la causada por alimentos, cuando existe una mala absorción como la lactosa; medicamentosa, debido a la ingesta especialmente de antibióticos y por enfermedades digestivas, como tumores intestinales, obstrucción intestinal e isquemia mesentérica.

Fisiopatología.

La diarrea es el resultado de la disfunción en el transporte de agua y electrólitos a nivel del intestino. Como consecuencia de esta alteración se origina un “aumento de la frecuencia, cantidad y volumen de las heces, así como un cambio en su consistencia por el incremento de agua y electrólitos contenidos en ellas. Todo esto condiciona un riesgo, que es la deshidratación y los trastornos del equilibrio hidro-electrolítico. Los mecanismos patogénicos que ocasionan diarrea están en dependencia de los agentes causales que la producen.

Actualmente es conocido que la diarrea es producida por los siguientes mecanismos:

- Invasividad. Es la invasión de la mucosa seguida de multiplicación celular intraepitelial y penetración de la bacteria en la lámina propia. La capacidad de una bacteria para invadir y multiplicarse en una célula, causando su destrucción, está determinada por la composición del lipopolisacárido de la pared celular de dicha bacteria en combinación con la producción y liberación de enzimas específicas. La invasividad está regulada por una combinación de plásmidos específicos y genes cromosomales que varían de un enteropatógeno a otro.
- Producción de citotoxinas. Éstas producen daño celular directo por inhibición de la síntesis de proteína.
- Producción de enterotoxinas. Da lugar a trastornos del balance de agua y sodio y mantienen la morfología celular sin alteraciones.
- Adherencia a la superficie de la mucosa. Esto da por resultado el aplanamiento de la microvellosidad y la destrucción de la función celular normal. En la adherencia celular intervienen factores como: pelos o vellos, glicoproteínas u otras proteínas que permiten la colonización bacteriana del intestino. La presencia de uno o varios de estos factores que se unen a receptores específicos en la superficie del enterocito, tiene gran importancia en la adhesión, que constituye la primera fase de la infección.⁵¹

La invasión del aparato digestivo por microorganismos patógenos causa diarrea debido a:

⁵¹ Riveron, R. (1999). Fisiopatología de la Diarrea Aguda. Cuba. p. 100.

1. Producción de enterotoxinas que estimulan la secreción de agua y electrolitos
2. Invasión directa y destrucción de las células epiteliales del intestino
3. Inflamación local e invasión sistémica.

Manifestaciones Clínicas más Comunes.

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Calambres abdominales
- Tenesmo
- En algunos casos sangre y/o moco en las heces
- Heces oleosas con olor desagradable
- Disminución del apetito
- Pérdida de peso
- Polidipsia
- En algunos casos fiebre
- Signos de deshidratación

Complicaciones.

Las complicaciones más graves de la diarrea son la deshidratación y la acidosis metabólica.

“La deshidratación es una alteración del balance hidro-electrolítico del organismo ocasionado por la disminución del aporte de líquidos, aumento en las pérdidas corporales o ambas cosas simultáneamente, pudiendo generar un compromiso de las funciones corporales.”⁵²

⁵² Libro electrónico de Temas de Urgencia [en línea]. Disponible en: <<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>> [Fecha de Consulta: 12/Noviembre/2010].

La deshidratación se clasifica según dos parámetros, primero por contenido de sodio plasmático: hipernatémicas (sodio >150mEq/L), isonatémicas (sodio 130-150mEq/L) e hiponatémicas (sodio <130mEq/L). Y segundo por el grado de deshidratación: según la aproximación del porcentaje de agua corporal perdida (líquidos y electrolitos), como se describe en la siguiente tabla:

TABLA N.2
TIPO DE DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE AGUA
CORPORAL PERDIDA EN LOS NIÑOS

	Leve	Moderada	Grave
Lactantes	<5%	5-10%	>10%
Niños mayores	<3%	3-7%	>7%

Fuente: Libro electrónico de Temas de Urgencia [en línea]. Disponible en:
 <<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>> [Fecha de Consulta: 12/Noviembre/2010].
 Elaborado por: Carolina Cueva C

Para calcular este parámetro existen 2 métodos. El más exacto consiste en calcular la pérdida porcentual de peso. Cuando no se dispone de un peso previo fiable se aplican escalas clínicas que pueden orientar como la clasificación de Fortin y Parent:

TABLA N.3
CLASIFICACIÓN DE FORTIN Y PARENT

	0	1	2
Lengua	Húmeda	Semihúmeda	Seca
Fontanelas	Plana	Un poco hundida	Profundamente hundida
Ojos	Normales	Un poco hundidos	Profundamente hundidos
Signo de Pliegue	Regresa al estado normal instantáneamente	Regresa al estado normal en < de 2 segundos	Regresa al estado normal en > de 2 segundos
Neurológico	Normal	Irritable	Letárgico
Respiración	Normal	Rápida	Profunda
Extremidades	Calientes	Frías	Frías y cianóticas

Fuente: Libro electrónico de Temas de Urgencia [en línea]. Disponible en:
<<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>> [Fecha de Consulta: 15/Noviembre/2010].
Elaborado por: Carolina Cueva C

Deshidratación leve: 0-3. Deshidratación moderada: 4-8 Deshidratación grave: 9-17. Si el niño está semicomatoso o muy irritable añadir 3.

Tratamiento de la Deshidratación en base a su clasificación:

El tratamiento de la deshidratación consiste básicamente en reponer las pérdidas estimadas de agua y electrolitos, y mantener una hidratación adecuada para el funcionamiento normal del organismo.

Deshidratación leve. Este tipo de deshidratación se puede tratar tranquilamente en la casa, lo importante es aumentar la ingesta de líquidos, administrar solución de rehidratación oral casera o la que venden en las farmacias, continuar con la alimentación (seno materno) y regresar urgentemente si el niño se complica o empeora su diarrea. La cantidad de SRO que se dará al niño es:

- Niño < de 2 años de 50 a 100ml después de cada deposición diarreaica
- Niño de 2 años o más de 100 a 200ml después de cada deposición diarreaica⁵³

Es importante recomendar que si el niño vomita después de ingerir el SRO, se debe esperar 10 minutos y volver a dar cucharadas del SRO.

Deshidratación moderada y grave. En cualquiera de estos tipos de deshidratación lo primordial es garantizar la volemia para impedir el shock y reponer los déficits de agua y electrolitos. Aunque en ocasiones se podrá tratar con sueroterapia oral según lo indicado, otras veces se ha de recurrir a la fluidoterapia intravenosa. En caso de shock se tiene que administrar cargas de líquidos isotónicos 20 ml/kg de Solución Salina 0,9% o, si $\text{pH} < 7,20$ (de 7,30 en hipernatremias), se deberá administrar bicarbonato de sodio. Si no existe respuesta se repite la expansión, máximo 60 ml/kg si no se dispone de vía central con monitorización de presión venosa central.

Es importante recalcar que si un niño no sale rápidamente de la deshidratación este podría quedar con daños significativos como insuficiencia renal aguda o en casos más graves el niño podría morir en cuestión de horas.

Diagnóstico.

El diagnóstico de disentería o de diarrea aguda, crónica o persistente se realiza por medio de: coproparasitario, coprocultivo, prueba inmunocromatográfica para Rotavirus, pruebas de ELISA, para la detección de anticuerpos de *Entamoeba histolytica*.

Tratamiento.

Como primera acción la rehidratación con Suero Oral es lo más indicado. El uso de antibióticos se indicará en caso de que la diarrea infecciosa sea de origen

⁵³ OPS. Manual de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia. Washington, D. C. 2004. Pág. 94

bacteriano comprobado con los exámenes de heces. En el caso de parásitos y protozoarios se utiliza medicamentos como: Secnidazol, Metronidazol, Tinidazol, Mebendazol, Albendazol, Pirantel de Pamoato, Nitazoxanida

Cuando un niño sufre diarrea grave necesariamente tiene que ser transferido a un hospital, para que sea tratado con sustancias intravenosas que eviten el shock o muerte del menor.

Al principio se limitará todo tipo de alimentación, y se dará una dieta blanda y líquidos claros sin fibra, y poco a poco se irá incrementando alimentos de acuerdo a la evolución de su hidratación y su respuesta a la enfermedad.

2.7 DESNUTRICIÓN (Bajo Peso)

La desnutrición es una enfermedad carencial que se origina con una inadecuada alimentación, la misma que es deficiente en la cantidad y calidad de los nutrientes ingeridos; los mismos que no cubren el requerimiento diario del organismo para que este pueda desempeñar las funciones cotidianas de la vida diaria.

Un problema de la desnutrición es que altera completamente el proceso digestivo, es decir existe una mala absorción de alimentos lo que genera una inadecuada eliminación de desechos, lo que complicaría el cuadro clínico del paciente desnutrido.

2.7.1 Clasificación de la Desnutrición.

Actualmente existen dos métodos para clasificar la desnutrición infantil:

1. **Según Wellcome.** En esta clasificación entra el kwashiorkor y el marasmo, complicaciones graves que deben ser tratadas urgentemente en el área hospitalaria.

Kwashiorkor, es el tipo de desnutrición marcada por la deficiencia crónica de proteínas. Este tipo de desnutrición es muy común en las comunidades debido al destete provocado por la llegada del nuevo hermano. “Los signos característicos del kwashiorkor son: retardo del crecimiento y desarrollo con apatía mental, edema generalizado, agotamiento de la reserva muscular, despigmentación capilar y cutánea, y alteraciones de la textura de la piel (piel escamosa).”⁵⁴ Aparte existen complicaciones químicas como hipoalbuminemia, infiltración grasa del hígado, atrofia de los acinos del páncreas, disminución enzimática, diarrea (desequilibrio hidro-electrolítico) y anemia; debido a que en el kashiorkor existe déficit de vitamina A, estos niños generalmente presentan algún tipo de ceguera.

Marasmo, es la desnutrición producida por una marcada deficiencia de proteínas como de calorías lo que ocasiona emaciación general en el cuerpo. El niño que tiene marasmo, tiene una apariencia muy delgada casi cadavérica, existe atrofia de la masa muscular por lo que tiene una apariencia avejentada y el signo de calzón caído (atrofia de músculos de glúteos)

Estos dos tipos de desnutrición retardan el crecimiento y desarrollo del niño (peso/talla), disminuye su sistema inmunitario, genera cambios psíquicos, daña al sistema óseo y otras estructuras, cambia y altera el sistema gastrointestinal, lo que en conclusión lleva al daño celular.

⁵⁴ Granados, R. (1999). Nutrición Natural, Desarrollo Biológico, Salud y Productividad. Ecuador. p. 27.

2. **Peso y Talla.** Esta clasificación divide a la desnutrición aguda que es la deficiencia de peso en relación a la talla y deficiencia de talla para la edad; y la desnutrición crónica que ocasiona enanismo (origen nutricional).

La delgadez, atribuida a la desnutrición aguda, se debe por la falta de calorías y otros nutrientes, el enanismo o desnutrición crónica podría ser causado específicamente por determinados nutrientes que intervienen en el crecimiento.

Fisiopatología.

Los niños desnutridos presentan lesiones tegumentarias de variada magnitud. La concentración de enzimas digestivas principalmente las disacáridas y pancreáticas se encuentran disminuidas, y cuya cantidad secretada se encuentra bajo el nivel normal.

A esto se adhiere la contaminación alimentaria y ambiental a la que están expuestos los pacientes con desnutrición (sistema inmunitario bajo) lo que provoca un alto riesgo de infección (gastroenteritis) agravando el cuadro de desnutrición a una deshidratación y con un resultado de alteración de la homeostasis de los líquidos y electrolitos.

Efectos de la Desnutrición.

Una de las principales características de la desnutrición es el cambio de la ingestión, digestión y absorción; esto debido a la falta de apetito del desnutrido (anorexia) lo que complica esta patología y lleva a un círculo vicioso de este cuadro. En el estómago existe una sensación de hambre impulsiva, lo que podría concluir con una bulimia.

El niño puede tener problemas con su dentadura por la falta de nutrientes ricos en calcio, flúor y magnesio lo que complicaría más al sistema digestivo ya que los dientes no cumplirían la función de degradar al máximo los alimentos.

Debido a la falta de alimento y a la hiposecreción de jugos gástricos habría una pobre producción de movimientos peristálticos por lo que la formación de la materia fecal disminuye.

Existen varias complicaciones de la desnutrición en la salud de un niño, las mismas que se resumen a continuación:

- Sistema inmunitario bajo
- Enfermedades frecuentes y recurrentes
- Heridas que no cicatrizan rápido
- Disminución de la capacidad visual
- Mal rendimiento escolar
- Daño cerebral (muerte neuronal)
- Dificultad para retener información
- Hemorragias
- Crecimiento y desarrollo alterado
- Trastornos psiquiátricos como pánico, depresión

Manifestaciones Clínicas.

La desnutrición es una patología muy complicada ya que altera a todo el organismo, algunos de los síntomas y signos característicos de un niño desnutrido se describen a continuación:

- Cabello sin brillo, ralo y despigmentado
- Tiroides engrosada
- Cara triste, poco expresiva, somnolienta
- Piel gruesa, arrugada, y despigmentada

- Heridas de difícil cicatrización
- Ojos con poca producción de lagrimas, pestañas largas
- Labios y mucosas orales secas
- Lengua inflamada, papilas gustativas atrofiadas
- Dientes con caries
- Edema generalizado
- Deformación de la columna vertebral
- Músculos atrofiados
- Anorexia, diarrea o estreñimiento
- Irritabilidad
- Retardo en el aprendizaje
- Bajo peso y talla de acuerdo a la edad
- Mareos
- Cansancio
- Enfermedades frecuentes (gripe, diarrea, etc.)

2.8 ANEMIA.

La anemia es un trastorno hematológico, en el cual disminuye el número de eritrocitos siendo estos importantes para el adecuado intercambio de oxígeno con dióxido de carbono, resulta como “consecuencia hipoxia y un ineficiente transporte de oxígeno a todo el cuerpo.”⁵⁵

“Según la OMS, el 15% de la población mundial sufre de esta patología, en especial los países en vías de desarrollo. En America del Sur ciertos estudios citan que van de 5 al 15% en varones adultos, de 10 a 35% en mujeres de edad fértil y del 15 al 50% en niños menores de 5 años de edad.”⁵⁶

⁵⁵ Escott, S. (2002). Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento. (5ª ed.). México. p. 492.

⁵⁶ Yopez, R & Estevez E. (1987). El Hierro en la Alimentación del Hombre. Ecuador. p. 19.

La disminución del Hierro en los depósitos del organismo disminuye la formación de la hemoglobina, a pesar de que se conserva el hierro después de la destrucción de los eritrocitos.

La deficiente ingestión de hierro sumada a la escasa síntesis de hemoglobina produce la anemia hipocrómica e interfiere en el ciclo de la respiración.

Manifestaciones Clínicas.

- Dificultad respiratoria
- Mareos
- Cefalea
- Dolor de abdomen
- Pirosis
- Disfagia
- Flatulencia
- Anorexia
- Glositis
- Estomatitis
- Palidez palmar y cutánea
- Edema en tobillos
- Parestesias
- Elevación de la frecuencia cardíaca
- Frío en las manos y los pies
- Cianosis
- Cansancio
- Mal rendimiento escolar
- Sueño, somnolencia
- Debilidad, fatiga, vértigo
- Irritabilidad

Tratamiento de Desnutrición y Anemia.

Básicamente el tratamiento se enfoca en proveer una adecuada alimentación al niño, equilibrada en cuanto a cantidad y calidad de nutrientes. Y si el estado de salud se complica mucho debido a la desnutrición y anemia es importante que se lleve al niño al hospital para dar tratamiento de mayor complejidad como administración de soluciones intravenosas ricas en nutrientes y en hierro.

Como parte del tratamiento es importante promover la lactancia materna, sin límite, es decir cuando el niño quiera y la cantidad que el desee, pero si se deberá estimular la alimentación del mismo ya que por la pérdida de energía, el niño se encuentra en un estado de anorexia, la cual le impide una adecuada nutrición.

Si el niño es mayor de 6 meses, a más del seno materno hay que dar alimentación complementaria, la misma que debe ser equilibrada y en una adecuada presentación para promover a la alimentación, como por ejemplo:

- Lácteos (leche, queso, yogurt)
- Carnes, legumbres y huevos (pollo, cerdo, pescado, alverja, frejol)
- Frutas y verduras (manzana, pera, tomate, lechuga)
- Harinas y cereales (trigo, maíz, avena, cebada, pan, galletas)
- Grasas y azúcares (aceite, manteca, chocolate, azúcar, golosinas, etc)

Y en caso de que el niño presente anemia, se deberá dar alimentos ricos en hierro, así por ejemplo:

- Hígado de pollo, res, ternera, etc.
- Carnes rojas, en especial de ternera, pavo y cerdo
- Huevos
- Frejol, garbanzos, arveja, lenteja, soya y habas
- Nueces, pasas, ciruelas pasas, semillas de girasol
- Espinaca, col, espárragos, brócoli, acelga, alfalfa (todos los vegetales con pigmentación verde son ricos en hierro)

- Avena, cebada, arroz, trigo

Es importante combinar los alimentos ricos en hierro con vitamina C, para que el hierro sea mejor absorbido (ensalada con limón).

Pero a más del tratamiento dietético, administrar hierro vía oral para complementar la parte nutricional y así mejorar la absorción del hierro.

CAPÍTULO III

NIVELES DE PREVENCIÓN

“Desde que la vida existe en la tierra, ha estado asociada a la enfermedad”.¹¹³ La enfermedad ha arrastrado al ser humano a lo largo de la existencia, lo que explica la preocupación por elaborar un mecanismo que evite la aparición de esta, o la muerte.

Antes de describir los tres niveles de prevención es importante mencionar los principales conceptos que engloban este tema, para tener más claro cómo funcionan los niveles mencionados.

3.1 Conceptos.

Salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Enfermedad, es la alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano.

¹¹³ Mazarrasa, L. & Colaboradores. (2003). Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2da edición. Tomo 1. McGraw-Hill. Colombia. p. 5

Estilo de vida, es el conjunto de comportamientos que desarrolla una persona, los mismos que pueden ser beneficiosos o nocivos para la salud.

Prevención, es la adopción de medidas orientadas a evitar que se produzcan enfermedades, o a impedir complicaciones en caso de una enfermedad ya existente.

“La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas.”⁵⁸ Esta considera al ser humano desde una perspectiva bio-psico-social y espiritual; e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema de Salud.

Por lo tanto la prevención integra la promoción de la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, rehabilitarlo y evitar complicaciones, mediante sus diferentes niveles de intervención.

La OMS, en 1998 menciona que la prevención son: medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Por ejemplo la creación de programas de vacunación de enfermedades infectocontagiosas, el uso de medidas protectoras a los conductores son formas de prevención.

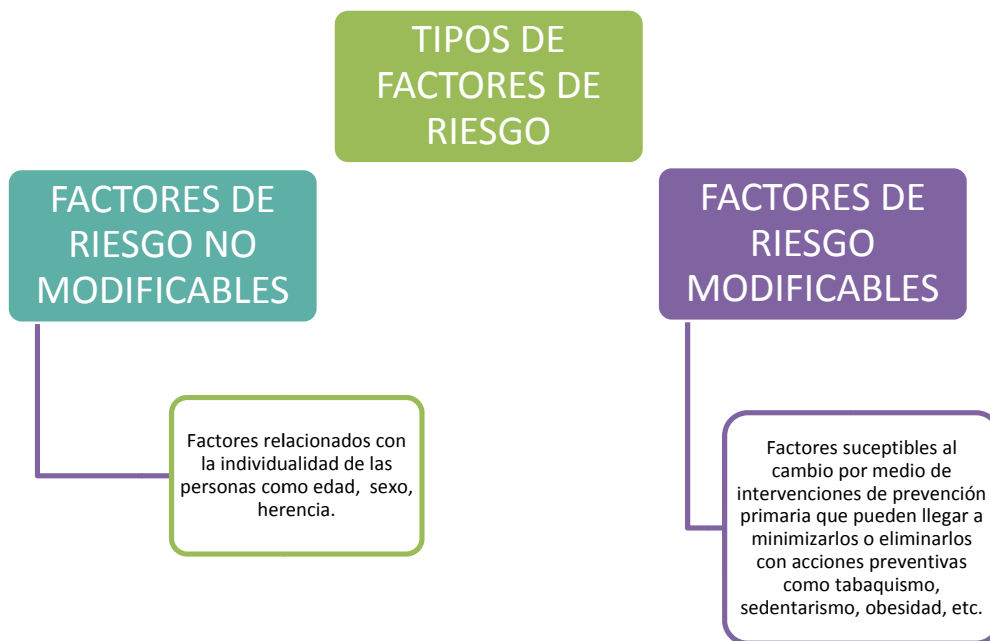
La aplicación de las intervenciones de prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

Factor de riesgo, es la presencia de variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas. Por ejemplo para que se produzca la enfermedad de Diabetes Mellitus existen factores

⁵⁸ Redondo, P. (2004) Prevención de la Enfermedad [en línea]. Disponible: <<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>> [Fecha de Consulta: 18/Noviembre/2010]. Pág. 7

de riesgo como: un familiar con esta patología, obesidad, sedentarismo, mala nutrición.

Existen dos clases de factores de riesgo, los no modificables y los modificables.



Conducta de riesgo, según la OMS en 1998 es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. Por ejemplo una persona obesa cuyo madre y tío paterno son diabéticos, mantiene un patrón de alimentación inadecuada a base de carbohidratos y grasas.

3.2 Niveles de prevención

Definición.

El desarrollo de la enfermedad, establece un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud, es susceptible de ser intervenido y modificado en las diferentes etapas de su desarrollo.

Mientras más temprano se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas.

La enfermedad y su historia natural es el resultado de un proceso dinámico en el que sus agentes causales y sus factores de riesgo interaccionan con el huésped y, se pueden distinguir claramente tres periodos. (pre patogénico, patogénico y resultados)

Uno de los modelos epidemiológicos propone que la Salud es influida por la triada Agente - Huésped – Entorno, en el que si uno de estos se altera se produce la enfermedad. Al hablar de agente, o factor etiológico puede ser exceso o deficiencia en la nutrición, sustancias químicas, agentes físicos, o agentes infecciosos; huésped o el humano susceptible al agente, corresponde a antecedentes genéticos, edad, sexo, etnicidad, estado fisiológico entre otros; y entorno es “donde pertenece una persona en donde se evalúa, factores físicos, biológicos y socioeconómicos.”⁵⁹

“No se puede separar la palabra salud - enfermedad ya que al hablar de una se la involucra a la otra, ya que son procesos inherentes a la vida misma. Solo la muerte es la negociación absoluta de ambas”⁶⁰, tan solo la alteración de la triada ecológica provoca la enfermedad.

⁵⁹ Hall, J. & Weaver B. (1990) Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas. Washington. D.C. Lippincott Company. p. 316.

⁶⁰ Martínez, F. & Colaboradores (1998) Salud pública. México. McGraw-hill. p. 84.

3.3 Historia Natural de la Enfermedad

El concepto de Historia Natural de una enfermedad fue introducido por Sir MacFarlane Burnet en 1940, para enfermedades infecciosas. Posteriormente Leavell y Clark propusieron el uso de este modelo para cualquier tipo de enfermedad, estructurando un sistema de prevención (niveles de prevención).

Historia natural de la enfermedad se define como la secuencia de acontecimientos que ocurren en un organismo desde que se produce la acción secuencial de las causas componentes hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, cronicidad o muerte), esta se divide en periodos:

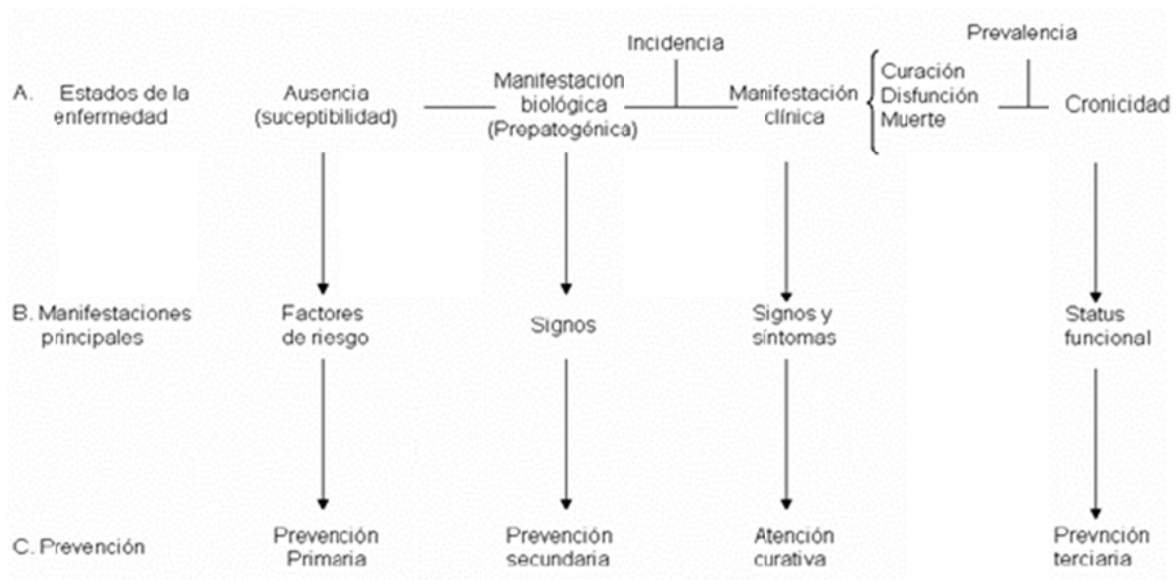
1. Pre patológico: Se inicia con la exposición a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad. En esta etapa se encuentra la triada ecológica (agente, huésped, entorno), si alguno de estos agentes se alteran se produce la enfermedad.
2. Patológico: Se presenta en dos fases: la inicial o asintomática en que la persona aún no tiene ninguna manifestación de su enfermedad, y la segunda o sintomática en donde la persona ya tiene alteraciones orgánicas evidenciándose como signos y síntomas de la enfermedad.
3. Resultados: Consecuencias del avance, detención o consecuencias de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales que se expresan en muerte, incapacidad, cronicidad o curación.

Como ejemplo se puede citar una infección de vías respiratorias inferiores:

1. Pre patológico: El contacto con un virus o bacteria (agente causal).

2. Patogénico: Desarrollo de los primeros síntomas de esta enfermedad: fiebre, cefalea, tos, rinorrea, expectoración, entre otros.
3. Resultado: Dos sería los posibles resultados
 - a. La curación del cuadro agudo, o
 - b. Agravamiento de la enfermedad a Neumonía que puede terminar en la muerte del paciente.

GRÁFICO N.6 PREVENCIÓN E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Fuente: F. Martínez & Colaboradores (1998) Salud pública México. McGraw-hill

Como se puede observar en el cuadro, se recalca la importancia de la aplicación de la prevención en cada una de las etapas de la enfermedad, para así recuperar la salud o rehabilitar si dejó alguna secuela esta enfermedad pero con el fin de evitar la muerte y mantener un adecuado estilo de vida.

3.4 PRIMER NIVEL

Objetivo.

El objetivo del primer nivel de prevención es disminuir la incidencia de las enfermedades en una determinada población.

Concepto.

Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Aplicable en el periodo pre patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad.

Actividades:

- Promoción de la salud (dirigida a las personas)
- Protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente)

La promoción de la salud en 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. 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 saludablemente, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida.

Para actuar en promoción de la salud es necesario:

1. Establecer una política que tenga en consideración todos los sectores y que se valga de diferentes métodos (educación, política, legislación), para proporcionar ambientes, bienes, y servicios sanos y más seguros.
2. Crear ambientes de apoyo a la salud teniendo en cuenta la organización del trabajo, producción de energía y urbanización.
3. Reforzar la acción comunitaria para mejorar el nivel de salud de las personas y afrontar los sus problemas.
4. Desarrollar aptitudes personales mediante la información y educación en materia de salud que permitan tomar decisiones acertadas. Estas aptitudes

deberán adquirirse durante toda la vida, a través de la familia, escuela, trabajo, medios de comunicación y en especial los servicios de salud.

5. Reorientar los servicios sanitarios para que la promoción de la salud se vaya desarrollando progresivamente sin desatender sus obligaciones de prevención y asistencia. Esto implica cambios en la formación de profesionales y en la organización de los servicios, y requiere investigaciones sobre salud, pero sobretodo un cambio importante de actitud.⁶¹

El esfuerzo coordinado de la comunidad es el que puede modificar los determinantes sociales, económicos, del entorno físico y de las conductas o comportamientos relacionados con la salud.

Ejemplo:

- Vacunación
- Uso de condones para la prevención de E.T.S. y SIDA
- Programa educativo para enseñar cómo se transmite el dengue
- Educación sobre higiene oral, entre otras

3.5 SEGUNDO NIVEL

Objetivo.

El objetivo del segundo nivel de prevención es reducir la prevalencia de la enfermedad.

Concepto.

Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Aplicable en el periodo patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad.

⁶¹ Mazarrasa, L. & Colaboradores. op.cit., p. 384

Actividades:

- El núcleo fundamental de actividades lo forman los programas de cribado o detección.

Cuando la prevención primaria ha fracasado o no ha existido, se emplea la prevención secundaria, la misma que va enfocada a un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Ejemplo:

- Prueba del Talón a los Recién Nacidos
- Toma de Papanicolau

3.6 TERCER NIVEL**Objetivo.**

El objetivo del tercer nivel de prevención es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.

Concepto.

Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud. Aplicable en el periodo de resultados de la Historia Natural de la Enfermedad.

Actividades:

- Tratamiento para prevención de secuelas
- Rehabilitación física, ocupacional, psicológica

Ejemplo:

- Educación, Control y tratamiento del diabético para evitar complicaciones de su enfermedad.
- Terapia física al enfermo con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptiva y transversal ya que se escogerán datos como: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre las medidas preventivas de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de las mujeres de la comunidad Uksha Primavera en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación, en el desarrollo de enfermedades en los niños menores de 5 años en una población específica.

Universo

Está representado por las mujeres que viven en la Comunidad Uksha Primavera.

Muestra

Se utilizará una muestra no probabilística, ya que la elección de los elementos no dependerán de la probabilidad si no de la opinión del investigador; es decir será una muestra a conveniencia, se seleccionará a informantes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Vivir en la comunidad de Uksha Primavera
- Tener al menos un hijo
- Expresar voluntariamente el deseo de participar

Por lo tanto la muestra definitiva fueron tres grupos focales de 8 a 10 personas, todas reunieron los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Técnica

Para el desarrollo de esta investigación se aplicó una técnica cualitativa: la entrevista colectiva semi-estructurada a profundidad llamada Grupo Focal, ya que son las únicas metodologías válidas para poder entender las ideas, creencias, prácticas y comportamientos de la población. S. Dawson & L. Manderson, (1998).

Instrumento

Se utilizó como instrumento la guía semi estructurada con temas claves. La ejecución de los grupos focales se realizó de la siguiente manera:

a. Selección de los Participantes:

- MODERADOR: En este caso el moderador del grupo fue el investigador principal para lo cual utilizó una guía de discusión para dirigir el grupo, presentó las preguntas, respondió neutralmente a los comentarios y estimuló la participación del grupo.
- RELATOR: El papel de relator estaba a cargo de un ayudante quién anotó las respuestas y observó las reacciones de los participantes.
- OBSERVADOR: Apoyó al relator anotando las respuestas pero principalmente observando las reacciones y los mensajes encubiertos de los participantes; adicionalmente participó otro ayudante con la filmación.
- PARTICIPANTES: El trabajo de campo se realizó en la comunidad de Uksha Primavera en la que viven aproximadamente 200 familias. Se realizaron tres grupos focales de 8 a 10 personas, todas mujeres pertenecientes a la comunidad de Uksha Primavera, la edad fluctuaba

entre 19 a 45 años, la instrucción predominante era primaria (completa e incompleta) y se desempeñaba en ocupaciones de servicios de baja calificación. Se realizaron acercamientos con los líderes comunitarios para que sean los responsables de seleccionar a los participantes de acuerdo a criterios de inclusión. Se realizó la convocatoria con una semana de anticipación para que asistan a la reunión del grupo focal. Se entregó a los participantes un pequeño refrigerio como compensación por el tiempo dedicado.

b. Diseño de la guía de discusión:

- Objetivos del Grupo Focal:
 - Obtener información de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre las medidas preventivas de la Comunidad Primavera Uksha, Otavalo, Agosto 2010.
 - Descubrir términos locales que se utilizan para referirse a síntomas, causas de las diferentes enfermedades prevalentes de la infancia y a otros aspectos relacionados con las enfermedades.
- Preámbulo: Con la finalidad de reducir la tensión del grupo a investigar y a promover la conversación se realizaron charlas previas de acercamientos a la comunidad de temas tales como historia de la comunidad, costumbres, tradiciones, actividades más comunes de las mujeres, concepciones de salud y enfermedad, y dos dinámicas grupales.
- Cuestionario: Se preparó un cuestionario con preguntas de discusión abierta, se inició dialogando sobre la concepción de salud enfermedad

de la población y posteriormente se continuó con preguntas sobre las enfermedades prevalentes de la infancia: que son, como las reconocen, como las previenen, que hacen para evitar complicaciones, entre lo más importante.

- Reunión de Grupos Focales:
 - Hora: Para establecer la hora se conversó con los líderes comunitarios, ellos indicaron que la mejor hora era las 10h00 de la mañana, ya que salían de la iglesia y podían quedarse las mujeres que previamente fueron seleccionadas.
 - Lugar: Se seleccionó el local de la Junta Comunal.

Análisis y Presentación de la Información

Los Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP) es una herramienta utilizada para evaluar el comportamiento de una determinada población, mediante la realización de una encuesta dirigida a dicha población.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. Es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Es el saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.

Para esta investigación se define conocimiento como el conjunto de saberes populares que poseen las madres de familia de la Comunidad Uksha Primavera sobre la definición, causas, síntomas, tratamientos y prevención de las enfermedades prevalente en la infancia.

Por otro lado las actitudes son el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento; orientadas hacia las agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados.

Y por último la práctica es definida como la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos, ya sea empíricos o científicos. Esta se desarrolla teniendo en cuenta las costumbres, creencias y/o tradiciones presentes en un grupo poblacional.

El análisis de estos datos permitió al grupo de trabajo centrarse rápidamente en los temas que los participantes consideraron más importantes y obtener la información necesaria para tomar decisiones sobre el abordaje de los principales problemas de salud de la infancia y así elaborar material educativo, herramienta indispensable para la capacitación de las familias de la comunidad.

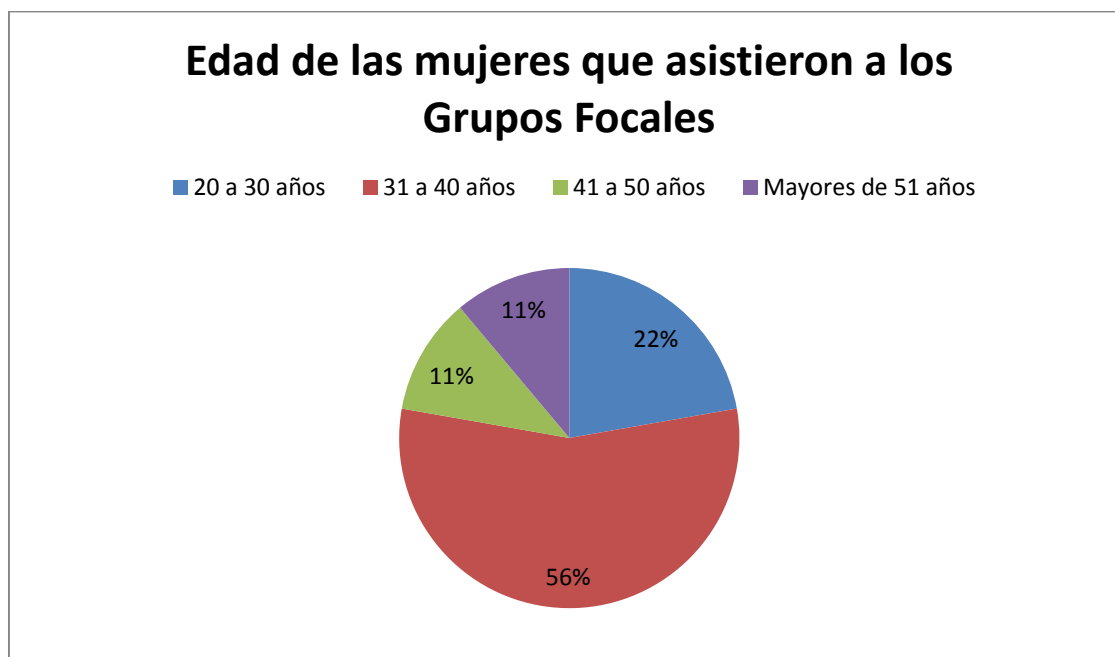
Los tres grupos focales mostraron conceptos y actitudes muy similares en la discusión del tema de interés, por lo que los resultados se muestran en conjunto. Los conocimientos, actitudes y prácticas explorados en la población a través de los grupos focales fueron: unidad de salud a la que asisten en caso de enfermedad, así como varios problemas de salud: signos de peligro, diarrea, deshidratación, desnutrición, fiebre, anemia y dolor de oído, de cada una de ellas se indagó acerca de síntomas, formas de prevención, posibilidades de cura, tratamientos, complicaciones, etc.

También se preguntó por las fuentes a través de las cuales habían obtenido dicha información.

Variables Demográficas.

A continuación se describirán los resultados de los Grupos Focales de algunas variables demográficas tomadas en cuenta:

GRÁFICO N.7

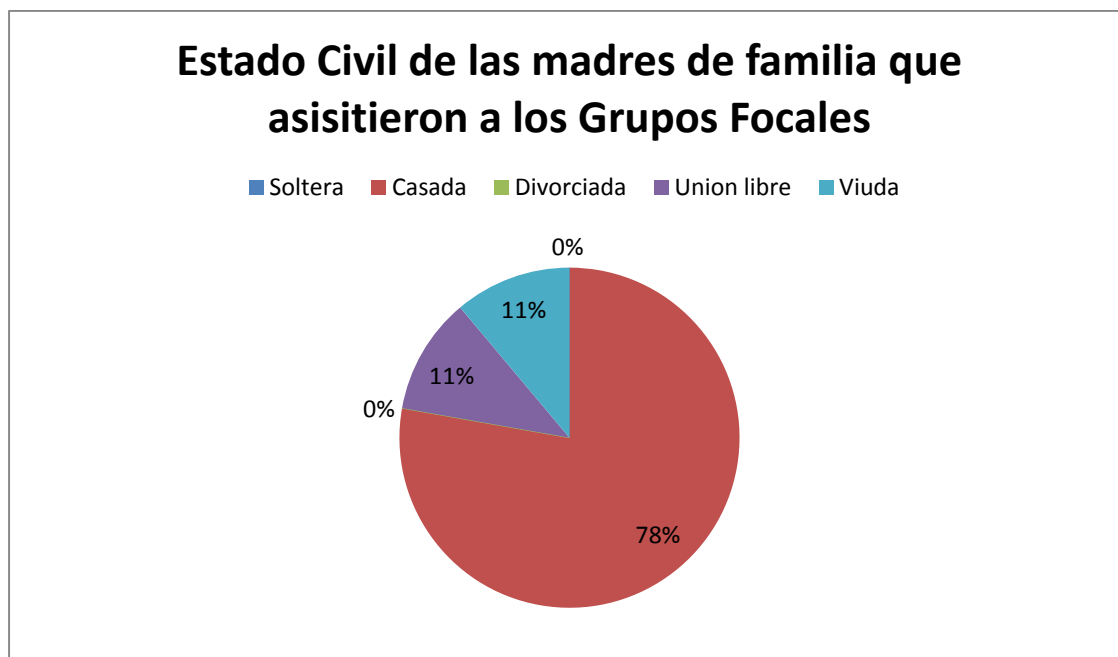


Fuente: Grupo Focal
Autor: Carolina Cueva
Fecha: Agosto 2010

Análisis: Se puede observar que del 100% de las madres que asistieron a los grupos focales el 56% se encuentran entre los 31 a 40 años de edad mientras que el 11% comprendían a madres que se encontraban entre los 41 y más años de edad.

La mayoría de madres se encontraban dentro de una edad fértil y con buen pronóstico para pasar por el proceso de alumbramiento, mientras que un pequeño porcentaje estaba sobre los 40 años de edad es decir pasaron por un embarazo de riesgo y de acuerdo a esto podría traer complicaciones futuras en sus hijos.

GRÁFICO N.8

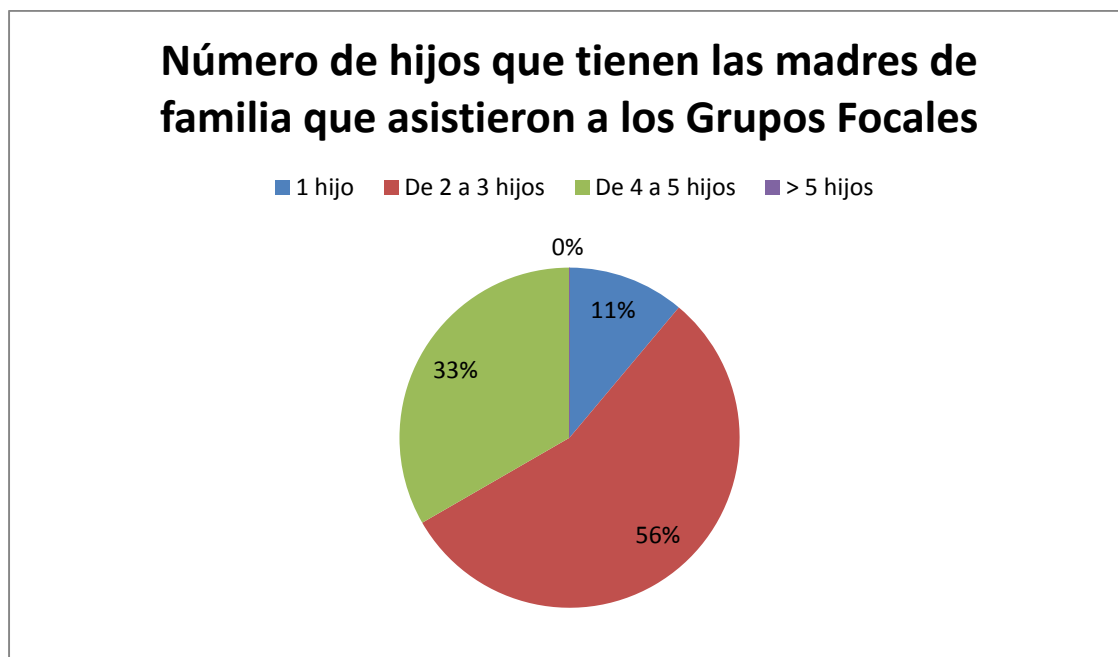


Fuente: Grupo Focal
Autor: Carolina Cueva
Fecha: Agosto 2010

Análisis: Se puede observar que la mayoría de madres de familia son casadas (78%), mientras que solo el 11% son viudas y viven en unión libre; por el hecho de que existen más madres adultas, no se observa divorcios ni madres solteras.

En esta comunidad prevalece el matrimonio ya que su idea de vida es la de una familia bien estructura conformada por madre, padre e hijos. Debido también a su cultura y creencias las madres de esta comunidad mencionaron que no podían salir de sus casas sin estar casadas por lo predomina el matrimonio.

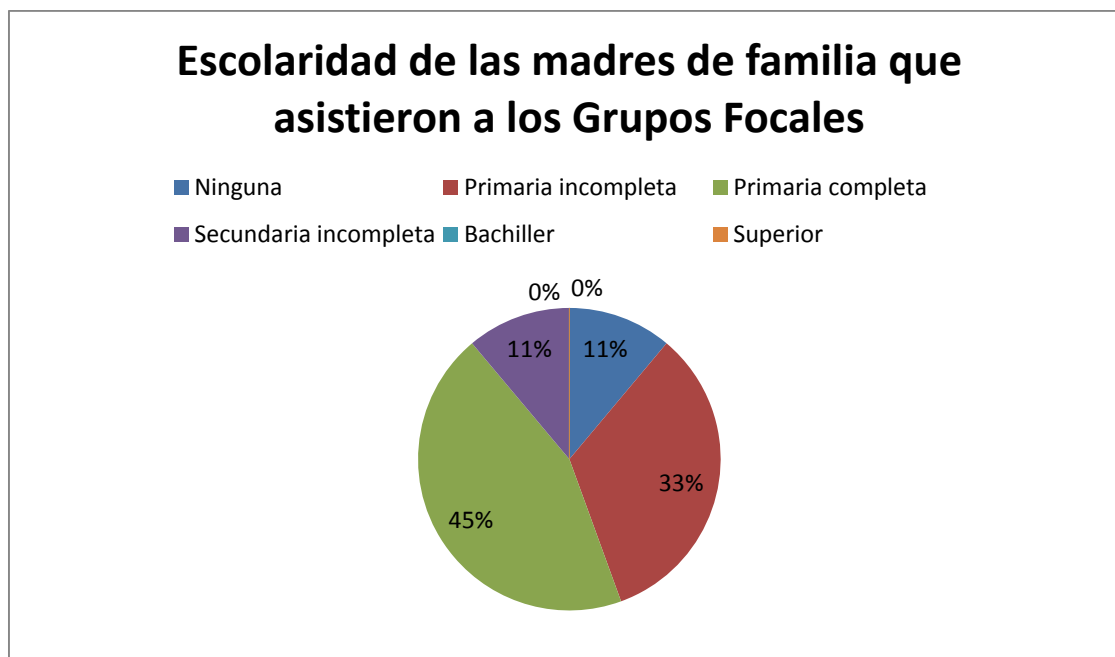
GRÁFICO N.9



Fuente: Grupo Focal
Autor: Carolina Cueva
Fecha: Agosto 2010

Análisis: En este cuadro se observa que el 56% de la madres de familia de esta comunidad tienen de 2 a 3 hijos en promedio, seguido con el 33% de 4 a 5 hijos, mientras que solo el 11% se mantiene en 1 hijo, pero es importante destacar que el 11% de estas madres son jóvenes y su etapa fértil todavía está presente; pese a la fertilidad la comunidad comentaba que algunas ya comenzaron a utilizar la planificación familiar, pese a que esto es mal visto por sus esposos ya que un indicador de “fidelidad” decían que es el embarazo, ya que el esposo sabría si ese hijo es o no suyo.

GRÁFICO N.10



Fuente: Grupo Focal
Autor: Carolina Cueva
Fecha: Agosto 2010

Análisis: Según este gráfico se puede observar que ninguna de las madres se encuentra cursando estudios superiores ni terminó el bachillerato; el 11% continuaron con la secundaria pese a no poder concluirla, pero, el 45% de las madres de familia de esta Comunidad tienen su primaria completa; y que el 11% no pudieron instruirse en una escuela, entonces esto quiere decir que todavía hay un porcentaje de la comunidad que es analfabeto, al conversar de este tema con el Sr. Galo Plaza, mencionó que “hay personas adultas que si son analfabetas, pero gracias a las dos escuelas y el colegio agrónomo de Zuleta esto está mejorando y que ya todos los niños tienen facilidades para acceder al estudio.”

Según la tasa de alfabetización de Ecuador, en el 2009 el porcentaje de alfabetos era de 91%, es decir que un gran número de habitantes podía leer y escribir; según versiones del Sr. Galo Plaza, en su comunidad, él implementó servicios para que mejore la salud y educación de sus habitantes, una de estas fue

realizar actividades conjuntas con la unidad de salud, escuelas, colegios y comunidad para instruir a las personas en especial a los niños y jóvenes.

Resultados Cualitativos.

a) Signos de Peligro

Los signos de peligro son manifestaciones que pueden poner en riesgo la vida de los niños y ante los cuales hay que actuar de inmediato, por esta razón las personas que están a cargo del cuidado de los niños tienen que saber reconocerlos.

Uno de los principales problemas que se asocian con la mayor gravedad de las enfermedades en los niños menores de cinco años es la falta de conocimiento de los padres sobre signos de peligro que indican cuando a un niño se le debe atender en un centro de salud.

Durante el trabajo con los grupos focales se exploró sobre este aspecto y lamentablemente las participantes no saben identificar signos de peligro, así por ejemplo; desconocen que si un niño tiene diarrea puede deshidratarse, no saben que si la fiebre aumenta el niño puede convulsionar, etc.

Al preguntarles como saben que sus niños tienen algún signo de peligro contestaron lo siguiente: “cuando empeoran, cuando les ataca las infecciones, cuando tienen gripe fuerte, temperatura o vómito, cuando ya no quieren comer y solo toman agua, cuando les da ataques o hemorragias de la nariz.”

Muchas de las madres no conocen los signos de peligro y esto hace necesario intervenciones educativas y sobre todo difundir la estrategia AIEPI comunitaria. En estas intervenciones es necesario incluir a las abuelas y en general a todos los miembros que contribuyen con el cuidado de los niños., lo cual ayudará a reducir la mortalidad infantil.

En México por ejemplo, un estudio para determinar los factores de riesgo para muerte por EDA encontró una asociación entre ésta y la falta de identificación de signos de peligro, por lo tanto una de las condiciones iniciales para intervenir es la exploración del grado de conocimientos que tienen las madres y los cuidadores sobre el tema.

b) Diarrea

Respecto de la identificación de la enfermedad, ésta se basó en el aumento de la frecuencia y la disminución de la consistencia de las evacuaciones, sin identificar adecuadamente el tiempo de evolución menor a dos semanas que define el concepto de diarrea aguda. “La diarrea es cuando los niños hacen caca líquida muchas veces al día, lloran, no quieren comer y a veces les da la calentura”.

En su mayoría, las participantes identificaron una etiología infecciosa de la diarrea aguda, aunque también se identificaron como causas: “ el susto o espanto, la deshidratación, la dentición, el clima especialmente las épocas de frío, los caramelos y chocolates, la comida dañada y la leche de las madres cuando están han tenido iras”. No se dan cuenta que al darle el seno a sus hijos el organismo crea los anticuerpos necesarios para luego ser transmitidos al niño a través de la leche.

Al preguntar que hacen cuando sus niños tienen diarrea comentaron que les dan: “agua de manzanilla, agua de orégano, no les dan leche materna, les dan medicamentos, solo cuando ya es fuerte la diarrea y tienen el dinero para hacerlo, además indican “Compramos suero oral o hacemos el suero oral para que no se enfermen más y cuando no se cura compramos medicamentos para la diarrea”.

Todas las madres coincidieron que la diarrea tiene un impacto negativo en el estado nutricional, en el crecimiento y el desarrollo y que puede poner en riesgo la vida de sus niños.

En relación con el manejo de la alimentación en los casos de diarrea aguda indicaron lo siguiente: no les damos el chuchito cuando tenemos iras por algunos problemas o cuando comemos comida infecciosa como la chicha. También cuando los niños son más grandes no les damos de comer, solo les damos agua y cuando ya les va pasando la diarrea les damos coladas o arroz”

c. Deshidratación

Al investigar sobre deshidratación, se observó que las madres desconocen lo que realmente significa que un niño esté deshidratado, por esta causa las prácticas de terapia de rehidratación oral (TRO) adecuadas se obstaculizan porque no se percibe una relación clara entre diarrea y deshidratación, vista esta última como un signo más de la enfermedad diarreica y no como pérdida de líquidos corporales y su complicación la muerte.

Al preguntar si saben cómo reconocer la deshidratación, indicaron que sus hijos están “de mal humor, no quieren comer, están débiles” pero no mencionaron signos de gran importancia como: ojos hundidos, boca seca, llanto sin lágrimas y pérdida de elasticidad de la piel no los refirieron las madres del estudio. Casi todas las entrevistadas sabían preparar solución de rehidratación oral; como alternativa mencionaron la mezcla de agua, sal y azúcar aunque no siempre en las proporciones adecuadas.

Al no saber reconocer claramente que es la deshidratación proceden a aplicar los cuidados que se dan a los niños con diarrea.

d. Fiebre

Al entrevistar sobre este problema de salud, se pudo identificar que las madres conocen claramente que es la fiebre, los términos que utilizan son: “calentura y temperatura.” Indican que reconocen que sus niños tienen fiebre cuando: “ la carita y

las manos se ponen rojas y quiere dormir mucho, o tienen mucha sed, están débiles.” “Les da fiebre para coger gripe, para dar diarrea, en el al aire, a los seis meses es para salir los dientecitos, cuando va a caminar, cuando da paso paso les da diarrea o fiebre”. “Para cualquier cosa da fiebre y ahí no llevamos al doctor porque ya sabemos que se cura solito”.

“Cuando les da la fiebre le ponemos en la frente o en el pecho un paño de agua de la llave, le pasamos un trapo mojado por todo el cuerquito, le hago bañar en agua de hierba mora y sauco (espuma de sauco) ponemos o tapamos con sábana y de ahí baja la fiebre.” “Yo tapo solo con sábana y esperamos dos días, si no pasa la fiebre ahí llevamos al doctor.”

El grupo no identifica que la si fiebre si es superior a 39°C o dura más de 7 días pueden convulsionar o poner en riesgo la vida de sus hijos sus niños.

e. Anemia

Al explorar que es la anemia, la mayoría de madres coincidieron que era una enfermedad que se debía a la mala alimentación, dando su punto de vista: “es la falta de hierro y alimento, es por no comer, por solo tomar cola, es cuando está amarillo la cara o el ojo, y los labios negros, ya no es rosadito.”

Al preguntar que hacen cuando su niño tiene anemia contestaron lo siguiente: “les damos las vitaminas que le dan los doctores, les damos bastante quinua, máchica y morocho.” “El jugo de alfalfa es bueno para la anemia.”

No asocian la anemia con el sueño o bajo rendimiento escolar de sus hijos, muchas veces anunciado en la reunión. Además no tienen bien claro cuáles son los alimentos que proporcionan mayor aporte hierro en la sangre y con qué frecuencia deben dar estos alimentos.

f. Dolor de oído.

El dolor de oído un problema muy común en los niños, no ha sido bien identificado como un verdadero “problema” por los habitantes de la comunidad del estudio, al preguntar qué conocimientos y práctica tenían al respecto respondieron:

“No es fácil darnos cuenta cuando les duele el oído, a veces se cogen de la carita y lloran, no sabemos porque les duele, será por el frío o porque cuando se portan mal les jalamos de las orejas para que hagan caso lo que se les dice.”

g. Información

Durante la realización de los grupos focales se mencionó que la información que reciben sobre los problemas de salud de sus niños es muy pobre y que solo se enteran cuando llevan a sus hijos a la unidad de salud en casos graves, cuando la vida de sus hijos está en peligro.

El principal problema en esta comunidad es que no hay accesibilidad económica, geográfica ni funcional para acceder a una unidad de salud. Y la poca ayuda que reciben es de las líderes comunitarias que tienen pocos conocimientos en salud.

MATERIAL EDUCATIVO

En base a la exploración de conocimientos y prácticas sobre la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, iniciando con los signos de peligro, de las mujeres de la comunidad objeto de investigación, se realizó el diseño del material educativo (ANEXO 1), poniendo mayor atención en aquellas prácticas que eran desconocidas o en las que podrían poner en peligro la vida de los niños.

Además se complemento con las prácticas saludables que propone el Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI.

Es importante tomar en cuenta que los mensajes educativos son siempre interpretados en función de un complejo modelo en el que coexisten creencias más o menos compatibles con la perspectiva biomédica y que, por lo tanto, las estrategias de prevención deben ser sensibles a la lógica y a los significados subyacentes en las nociones legas acerca de estas enfermedades.

Además la transmisión de información debe ir acompañada de una explicación y una discusión abierta acerca del reconocimiento de los signos de peligro así como de las causas, signos y síntomas de la enfermedad, tratamiento y complicaciones, por esta razón fue importante validar el material educativo y posteriormente preparar un taller de capacitación. Se inició con las madres que acudieron al taller de grupos focales para que ellas sean las que repliquen la información para toda la comunidad.

La capacitación propuesta a las madres de familia de la comunidad Primavera Uksha fue muy productiva ya que ellas recibieron el material elaborado más educación sobre los temas planteados, con lo que queda más claro el cuidado que deben tener en caso de ver algún comportamiento extraño en sus hijos pequeños y en cómo cuidarlos en caso de una enfermedad; también las madres de esta comunidad aprendieron a reconocer signos de peligro en general y en qué casos deben llevar a sus hijos a la unidad de salud de urgencia.

CONCLUSIONES

1. La estrategia AIEPI es el conjunto integrado de herramientas enfocadas a la promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades que afectan a los niños menores de 5 años de edad.
2. Del grupo de madres de familia de la comunidad Primavera Uksha que asistieron al desarrollo de los grupos focales, el mayor porcentaje corresponde a mujeres con edades de 31 a 40 años, la mayoría casadas; el promedio de hijos es de 2 a 3. Aunque no se evidenció mujeres que se encuentren cursando estudios universitarios, se comprobó que el 45% son alfabetas ya que han terminado su primaria completa, pero si hay mujeres que continuaron estudiando su secundaria pese a no culminarla por cuidar a sus hijos, tienen deseos de continuar estudiando.
3. Se puede evaluar la falta de conocimientos sobre la detección de signos de peligro en general que pueden presentar los niños: si no puede beber o tomar el seno, si vomita todo lo que come, si tienes convulsiones, o si esta inconsciente.
4. Las madres de esta comunidad tienen claro que ante la diarrea, lo importante es hidratar a su hijo y no dar lácteos ni derivados, pero falta el conocimiento sobre la preparación del suero oral casero ya que al producirse una diarrea no solo se pierde líquidos si no también electrolitos, los mismos que son importantes para el adecuado funcionamiento del organismo.
5. En el caso de fiebre las madres reconocen los signos y principales problemas que origina a la fiebre, pero al preguntarles el tratamiento sobre esta, mencionaron que no llevaban al niño al doctor ya que es un problema común y generalmente se curan solos.

6. Respecto a la anemia, las madres identifican aún que no claramente cuando su hijo está con este deterioro nutricional, pero no tienen bien claro cuáles son los alimentos ricos en hierro para tratar de eliminar la anemia.
7. Se elaboró un manual dirigido a las madres de la comunidad Primavera Uksha, en base a sus conocimientos, actitudes y prácticas, sobre los cuidados en las enfermedades prevalentes de la infancia, los mismos que están escritos en español y en quechua, enriquecidos con gráficos muy explicativos para un mejor entendimiento sobre lo que se desea profundizar.
8. Se realizó capacitación al grupo de madres que asistieron a los grupos focales para la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, utilizando los materiales antes indicados, para que sean las que repliquen los conocimientos en la comunidad.

RECOMENDACIONES

1. Es importante continuar utilizando la estrategia AIEPI en esta comunidad para mantener los índices de morbilidad y mortalidad bajos en el grupo de más riesgo es decir en niños menores de 5 años de edad.
2. Se debería proporcionar educación, o los medios necesarios para que las madres de familia continúen capacitándose, en especial a las madres jóvenes ya que actualmente tienen ayuda gracias al Sr. Galo Plaza que ha creado el colegio agrónomo para que estudien y puedan cultivar mejor sus tierras.
3. Es importante que el área de salud a la que pertenece esta comunidad se mantenga dando educación continua sobre como las madres pueden reconocer signos de peligro en general para que no se complique los niños.
4. Se recomienda a los dirigentes de esta comunidad y a la unidad de salud, se distribuya a todas las madres de familia el manual elaborado ya que es muy útil al momento que las madres se encuentren con alguna de las enfermedades más comunes de niños.
5. Finalmente es importante que se realice una nueva investigación, para medir el impacto de la capacitación en la reducción de las enfermedades prevalentes de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

Archer, S. & Fleshman, R. (1985). Enfermería de Salud Comunitaria. Colombia.

Behrman, R. (1986). Tratado de Pediatría. (9ª ed.). Tomo 1. México.

Bronquitis [en línea]. Disponible: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:u4kdz0zSycYJ:www.aibarra.org/Guias/3-17.htm+fisiopatologia+de+la+bronquitis&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].

Cabrera, A. Neumonía adquirida en Hospitales [en línea]. Disponible: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/ene-feb2009/MedInt25_31-37.pdf> [Fecha de Consulta: 09/Noviembre/2010].

Cachimuel, G. Opiniones de la Comunidad Educativa frente a la EIB en una Comunidad del Ecuador [en línea]. Disponible: <http://bvirtual.proeibandes.org/bvirtual/docs/tesis/proeib/Tesis_Gabriel_Cachimuel.pdf> [Fecha de Consulta: 18/Agosto/2010].

CENSIA. Enfermedad Diarreica Aguda, Prevención, Control y Tratamiento. (2009) [en línea]. Disponible: <http://www.ssm.gob.mx/documentos_noticias_principales/mortalidad/DIA6/MANUAL_EDAS_2009_140109.pdf> [Fecha de Consulta: 17/Noviembre/2010].

CEPAR. (1999). Políticas de Salud y Reforma Sectorial. Ecuador.

Clínica DAM. Dificultad Respiratoria [en línea]. Disponible: <<http://www.clinicadam.com/salud/5/003075/html>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

Chow, M. & Colaboradores. (1990). Manual de Enfermería Pediátrica. (2ª ed.) Tomo 3. México.

Deshidratación [en línea]. Disponible: <<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>> [Fecha de Consulta: 16/Noviembre/2010].

Diarrea aguda [en línea]. Disponible: <<http://www.monografias.com/trabajos32/diarreas/diarreas.shtml>> [Fecha de Consulta: 15/Noviembre/2010].

Disentería. [en línea]. Disponible: <<http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2001/sem44/edit44.pdf>> [Fecha de Consulta: 15/Noviembre/2010].

Estaugh, B. & Sternal, Ch. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia [en línea]. Disponible: <<http://trabajolibre.wordpress.com/2009/06/30/aiepi-atencion-integral-a-las-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-descargar/>> [Fecha de Consulta: 06/Junio/2010].

EDA [en línea]. Disponible: <<http://www.aibarra.org/Guias/5-12.htm>> [Fecha de Consulta: 15/Noviembre/2010].

Enfermedad Diarreica Aguda. [en línea]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Diarrea#Diarrea_osm.C3.B3tica> [Fecha de Consulta: 11/Noviembre/2010].

Escott, S. (2002). Nutrición, diagnóstico y tratamiento. (5ª ed.). México.

Falconi & Wallgren. (1972). Tratado de Pediatría. Tomo II. (9ª ed.). Madrid-España.

FAO. Problemas Nutricionales [en línea]. Disponible: <www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.stm> [Fecha de Consulta: 17/Octubre/2010].

Fasbase. (2000). Atención Primaria en Salud y Seguridad en el Trabajo. Ecuador.

Gómez L, EDA [en línea]. Disponible: <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1725/1/Consideraciones-generales-sobre-la-enfermedad-diarreica-aguda-Revision-bibliografica.html>> [Fecha de Consulta: 16/Noviembre/2010].

Gonzales, A. & Macas, D. (2008). Etiología de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Niños menores de cinco años durante el periodo febrero-junio 2008, en la ciudad de Loja. Ecuador.

Gonzales, F. Infecciones de oído [en línea]. Disponible: <<http://www.arrakis.es/~fcoglez21/Otitis.htm>> [Fecha de Consulta: 03/Octubre/2010].

Granados, R. (1999). Nutrición Natural, Desarrollo Biológico, Salud y Productividad. Ecuador.

Hall, J. & Redding, B. (1990). Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas. Washington, D.C.

Harker, H. Otitis Media [en línea]. Disponible: <<http://www.aibarra.org/Guias/8-6.htm>> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].

Hans, K. & Grimm, P. (2007). Nutrición. España

King, M. (1972). Servicio Médico en la Comunidad. México.

Kirubah, D. & Sushil, J. Antibioticoterapia para la Disentería por Shigella [en línea]. Disponible: <<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006784>> [Fecha de Consulta: 15/Noviembre/2010].

Laringitis [en línea]. Disponible: <http://www.nutricionalerta.com/index.php?id_menu=61&id_sec=77&id_sub=121&nombre=Laringitis> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].

Libro electrónico de Temas de Urgencia [en línea]. Disponible: <<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Deshidratacion%20pediatria.pdf>> [Fecha de Consulta: 12/Noviembre/2010].

Marín, J. Diarrea [en línea]. Disponible: <<http://www.galeon.com/drmarin/diarrea.htm#>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

Martinez, F. & Colaboradores (1998) Salud pública. México. McGraw-hill

Mazarrasa, L. & Colaboradores. (2003). Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2da edición. Tomo 1. McGraw-Hill. Colombia.

MSP. (2010). Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para facilitadores locales de AIEPI comunitario.

MSP & Consejo Nacional de Salud. (2002). Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Ecuador.

MSP. (2005). Cuadro de Procedimientos. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador.

MSP & El Universo. (1996). Esperando al Doctor. Ecuador.

MSP. (2005). Manual de Capacitación. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Ecuador

MSP. Módulo AIEPI [en línea]. Disponible: <<http://www.bvspediatria.org.ar/sobreaiepi.html#metas>> [Fecha de Consulta: 17/Junio/2010].

MSP. Nutrición Infantil [en línea]. Disponible:<http://www.pcyt.gov.ec/index.php?option=com_wrapper&Itemid=94> [Fecha de Consulta: 17/Octubre/2010].

Neumonía [en línea]. Disponible en: <<http://es.wikipedia.org/wiki/Neumon%C3%ADa>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

Nutrición Ecuador [en línea]. Disponible: <http://www.alimentateecuador.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=>> [Fecha de Consulta: 18/Octubre/2010].

- OPS. Kwashiorkor [en línea]. Disponible: <<http://drabusmail.blogspot.com/2009/11/algunas-enfermedades-relacionadas-con.html>> [Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].
- OPS. (2004). Manual de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D. C.
- OPS. Marasmo [en línea]. Disponible: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/ev_desnutri_4a.htm> [Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].
- OPS. Tiraje Subcostal [en línea]. Disponible: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/pediatria/aiepi/4_a%F1os/ev_tos_dresp_4a.htm> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].
- Otitis Media [en línea]. Disponible: <<http://www.dmedicina.com/enfermedades/infecciosas/otitis>> [Fecha de Consulta: 08/Noviembre/2010].
- Ramos, A. Kwashiorkor y Marasmo [en línea]. Disponible: <<http://www.mailxmail.com/curso-kwashiorkor-marasmo-enfermedades-deficit-nutricional/marasmo-nutricional>> [Fecha de Consulta: 21/Septiembre/2010].
- Redondo, P. (2004) Prevención de la Enfermedad [en línea]. Disponible: <<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>> [Fecha de Consulta: 18/Noviembre/2010].
- Rinitis Alérgica [en línea] Disponible: <http://www.aaaai.org/espanol/pdf/rhinitis_spanish.pdf pdf> [Fecha de Consulta: 05/Noviembre/2010].

Rinitis Alérgica [en línea]. Disponible:
<<http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neumo12400con-rinitis.htm>> [Fecha de Consulta: 14/Noviembre/2010].

Rinitis Alérgica [en línea]. Disponible:
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000813.htm>> [Fecha de Consulta: 05/Noviembre/2010].

Riveron, R. (1999). Fisiopatología de la Diarrea Aguda. Cuba.

Ruiz, V. (2005). Helicobacter pylori y Diarrea en Niños. Cuba.

Salud de Altura. Signo del Pliegue [en línea]. Disponible:
<<http://www.saluddealtura.com/todo-publico-salud/salud-nutricion-familia/enfermedades/diarrea-informacion/diarrea0/>> [Fecha de Consulta: 18/Septiembre/2010].

Sánchez, G. La Desnutrición [en línea]. Disponible:
<<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion/desnutricion.shtml>>
[Fecha de Consulta: 20/Septiembre/2010].

Segura, E. & Colaboradores. (1998). Programa de Actualización Continua para Infectología. Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores. México.

Seguro Social de Costa Rica. (2005). Tratamiento de Diarrea Aguda en Niños. Costa Rica

Sillau, J. Neumonía en Niños menores de 5 años [en línea]. Disponible:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm> [Fecha de Consulta: 09/Noviembre/2010].

Silver & Colaboradores. (1994). Manual de Pediatría. (13ª ed.). México. p. 484.

Suskind, R. (1985). Tratado de Nutrición en Pediatría. España.

Tasa de mortalidad infantil [en línea]. Disponible en:
<<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ec&v=29&l=es>> [Fecha de Consulta:
28/Mayo/2010].

Urco & Colaboradores. (2003). Guías de Pediatría Practica Basadas en la Evidencia. Colombia.

Van, C. & Ireton, C. (2004). Secretos de la Nutrición. (2ª ed.) México.

Whaley, I. & Wong, D. (1988). Tratado de Enfermería Pediátrica. (2ª ed.). México.

Wikipedia. Neumonía [en línea]. Disponible:
<<http://es.wikipedia.org/wiki/Neumon%C3%ADa>> [Fecha de Consulta:
18/Septiembre/2010].

Yepez, R. & Estevez, E. (1987). El Hierro en la Alimentación del Hombre. Ecuador.

ANEXO I

MANUAL EN ESPAÑOL



The image shows the cover and index of a manual. The cover features a colorful rainbow border on the left and bottom. At the top center, there is an illustration of two children wearing hats. Below the illustration, the text reads: 'PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE ENFERMERÍA CUIDADO PARA LOS NIÑOS QUE PRESENTAN ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA'. Further down, it lists the author 'ELABORACIÓN: CAROLINA CUEVA NELLY SARMIENTO', the designer 'DISEÑO: NATHALY EGAS TATIANA PÉREZ', the translator 'TRADUCCIÓN: ADRIÁN SUAREZ', and the year 'ECUADOR 2010'. The index page, titled 'ÍNDICE', lists the following contents: 'PÁGINA 1. INTRODUCCIÓN', 'PÁGINA 2. SIGNOS DE PELIGRO', 'PÁGINA 3. DIARREA', 'PÁGINA 4. DESHIDRATACIÓN', 'PÁGINA 7. FIEBRE', 'PÁGINA 11. TOS O GRIPE', 'PÁGINA 13. DESNUTRICIÓN', 'PÁGINA 15. ANEMIA', 'PÁGINA 19. PROBLEMAS DEL OÍDO', and 'PÁGINA 22. PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA FAMILIA'. At the bottom of the index page, there is a small logo and the text 'CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / ÍNDICE'.

ÍNDICE	
PÁGINA 1. INTRODUCCIÓN	PÁGINA 2. SIGNOS DE PELIGRO
PÁGINA 3. DIARREA	PÁGINA 4. DESHIDRATACIÓN
PÁGINA 7. FIEBRE	PÁGINA 11. TOS O GRIPE
PÁGINA 13. DESNUTRICIÓN	PÁGINA 15. ANEMIA
PÁGINA 19. PROBLEMAS DEL OÍDO	
PÁGINA 22. PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA FAMILIA	

ELABORACIÓN:
CAROLINA CUEVA
NELLY SARMIENTO

DISEÑO:
NATHALY EGAS
TATIANA PÉREZ

TRADUCCIÓN:
ADRIÁN SUAREZ

ECUADOR 2010

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

El presente material educativo ha sido elaborado a partir de los conocimientos y prácticas que tienen un grupo de mujeres de la comunidad de Primavera Usha, Otavalo sobre el manejo de los niños menores de 5 años y se ha tomado como referencia bibliográfica el material producido por el Ministerio de Salud Pública (Dirección de Normalización del SNS – Salud de la Niñez).

Está dirigido a las familias y en especial a las madres, responsables del cuidado de los niños menores de 5 años, para promover prácticas familiares y comunitarias saludables para la protección de los niños en el ambiente familiar y comunitario.

Este manual proporciona información sobre los signos que pueden poner en peligro la vida de los niños y una breve explicación de algunas enfermedades que se pueden prevenir con medidas oportunas, así como las medidas que no son recomendadas ya que complicarían la enfermedad de los niños.

INTRODUCCIÓN / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

1

SIGNOS DE PELIGRO

Es importante que usted pueda reconocer algunas señales que le indican que la vida de su niño corre peligro:

- No puede beber o tomar el seno
- Vomita todo lo que come
- Tiene convulsiones "temblor de todo el cuerpo"
- Esta Inconsciente "desmayado"

Ante cualquiera de estas señales usted deberá llevar a su hijo a un servicio de salud



2

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / SIGNOS DE PELIGRO

DIARREA

¿QUÉ ES?

Un niño tiene diarrea cuando hace 3 o más deposiciones sueltas o líquidas durante un día.



¿QUÉ PASA CUANDO UN NIÑO TIENE DIARREA?

- No tiene hambre
- Tiene dolor de barriga
- Tiene ganas de defecar "hacer popo" más veces
- El cuerpo pierde líquidos (deshidratación)

DIARREA / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

3

DESHIDRATACIÓN

La pérdida de líquidos en el cuerpo es muy peligrosa, ya que su niño puede morir.

¿CÓMO RECONOCE QUE SU NIÑO HA PERDIDO LÍQUIDOS?

- Cuando llora sin lágrimas
- Cuando los ojos están hundidos
- Cuando la boca y la lengua están secas (sin saliva)
- Cuando toma agua con desesperación



4

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / DESHIDRATACIÓN

¿QUÉ HACER?

- Dar el seno con más frecuencia
- Darle abundantes líquidos
- Continuar con la alimentación
- Lavarse las manos antes de alimentar al niño
- Darle suero oral casero (pequeños sorbos)
- Si vomita el niño, darle el suero oral casero después de 10 minutos

PREPARACIÓN DEL SUERO CASERO

- Lavarse las manos antes de preparar el suero oral casero
- Colocar 4 tazas de agua en una olla y hacer hervir
- En el agua hervida fría colocar 8 cucharadas de azúcar y una cucharadita de sal y un poco de bicarbonato
- Mezclar el suero y tapar la olla.



NOTA: Esta preparación solo dura un día (24 horas) si el niño no toma todo el suero oral casero, éste debe ser eliminado para preparar uno nuevo.

¿QUÉ NO SE DEBE HACER CUANDO SU NIÑO TIENE DIARREA?

- Dejar de dar el seno
- Dar poco líquido al niño
- Dar medicamentos sin consultar al médico



Si el niño continúa con diarrea por más de 2 días o presenta sangre en las heces acuda de inmediato a una unidad de salud.

FIEBRE

¿QUÉ ES?

Es el aumento de la temperatura corporal y se puede presentar en varias enfermedades. Un niño tiene fiebre o calentura cuando se le siente caliente al tocarle.



¿QUÉ PASA CUANDO SU NIÑO TIENE FIEBRE?

- Tiene dolor de todo el cuerpo
- Los ojos están llorosos
- No tiene hambre
- Tiene sed
- Puede producir temblor de todo el cuerpo (convulsiones).

Cuando la fiebre es muy alta el niño puede tener temblor de todo el cuerpo (convulsiones), lo que le puede dejar al niño con daños irreversibles como alteración de su desarrollo intelectual o del movimiento del cuerpo.



¿QUÉ HACER?

- Ponerle ropa ligera o fina
- Dar un baño con un paño humedecido en agua tibia (frotar con el trapo húmedo todo el cuerpo)
- Poner paños de agua tibia en la frente, axilas, abdomen e ingles
- Dar abundantes líquidos

¿QUÉ NO HACER CUANDO SU NIÑO TIENE FIEBRE?

- Dejar de dar el seno
- Dar poco o no dar líquido al niño
- Arrojar al niño
- Colocar alcohol en el cuerpo del niño
- Dar medicamentos sin consultar al médico

Si el niño continúa con fiebre por más de 2 días o tiene dura la nuca (no puede mover la cabeza para abajo) acuda de inmediato a una unidad de salud.



TOS O GRIPE

¿QUÉ ES?

Un niño tiene tos o gripe cuando tose o estornuda a menudo y/o presenta bastante secreción nasal "mocos".



¿QUÉ PASA CUANDO SU NIÑO TIENE TOS O GRIPE?

- Tiene tos constantemente
- Tiene secreción mucosa en gran cantidad "mocos"
- Tiene la nariz tapada
- Puede tener dificultad para respirar

¿QUÉ HACER?

- Dar seno materno
- Dar abundantes líquidos
- Mantener limpia la nariz (limpiar con mechas de algodón húmedos)
- Si tiene fiebre, tratar la fiebre como se indicó anteriormente
- Dar agua de manzanilla endulzada con miel de abeja, o jugo de rábano con limón y miel de abeja

¿QUÉ NO HACER CUANDO SU NIÑO TIENE TOS O GRIPE?

- Dejar de dar el seno
- Dar poco líquido al niño
- No limpiar la nariz al niño
- Dar medicamentos sin consultar al médico



Si el niño continúa con tos o gripe por más de 5 días o usted observa que su niño respira muy agitadamente acuda de inmediato a una unidad de salud.

DESNUTRICIÓN

¿QUÉ ES?

Un niño tiene desnutrición cuando no consume alimentos ricos en energía, proteínas, vitaminas y minerales, para satisfacer las necesidades nutricionales diarias.



DESNUTRICIÓN / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

13

¿QUÉ PASA CUANDO SU NIÑO TIENE DESNUTRICIÓN?

- Tiene mareos
- Se cansa rápido, solo quiere dormir
- Esta triste
- Se enferma frecuentemente (gripe – diarrea)
- Está débil
- Pierde peso (delgado)
- Tiene anemia (falta de hierro)



14

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / DESNUTRICIÓN

ANEMIA

¿QUÉ ES?

La anemia es una enfermedad de la sangre por falta de hierro, lo que hace que el cuerpo no tenga una buena circulación sanguínea, y así el niño no tiene energía para realizar las actividades diarias.

SU NIÑO TIENE ANEMIA CUANDO:

- Tiene las palmas de las manos y los labios pálidos
- Sus manos y pies siempre están fríos
- Tiene mareo
- Tiene bastante sueño
- Tiene bajas notas en la escuela



ANEMIA / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

15

¿QUÉ HACER?

- Dar el seno en más cantidad y con más frecuencia
- Si el niño es mayor de 6 meses, a más del seno materno dar alimentación complementaria
- Estimular a que el niño coma
- Dar alimentación equilibrada
 - Δ Lácteos (leche, queso, yogurt)
 - Δ Carnes, legumbres y huevos (pollo, cerdo, pescado, alverja, frejol)
 - Δ Frutas y verduras (manzana, pera, tomate, lechuga)
 - Δ Harinas y cereales (trigo, maíz, avena, cebada, pan, galletas)
 - Δ Grasas y azúcares (aceite, manteca, chocolate, azúcar, golosinas, etc)

Alimentación equilibrada



16

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / ANEMIA

- Dar alimentos ricos en hierro: (todos los vegetales de coloración verde tienen hierro)

- Δ Hígado de pollo, res, ternera, etc
- Δ Carnes rojas, en especial de ternera, pavo y cerdo
- Δ Huevos
- Δ Frejol, garbanzos, alverja, lenteja, soya y habas
- Δ Nueces, pasas, ciruelas pasas, semillas de girasol
- Δ Espinaca, col, espárragos, brócoli, acelga, alfalfa
- Δ Avena, cebada, arroz, trigo

Alimentos ricos en hierro



¿QUÉ NO HACER CUANDO SU NIÑO TIENE DESNUTRICIÓN?

- Obligar a comer al niño cosas que no quiere
- Comerse la comida de su hijo
- Gritarle o pegarle por no comer
- Pegarle por sacar malas notas en la escuela



Si hay un problema en cuanto a la alimentación del niño por más de 5 días asistir urgentemente a una unidad de salud.

PROBLEMAS DEL OÍDO

¿QUÉ ES?

Un niño tiene problemas de oído cuando tiene acumulada pus en el oído (Infección de oído) causándole dolor y fiebre.



¿QUÉ PASA CUANDO SU NIÑO TIENE PROBLEMAS DE OÍDO?

- Tiene dolor del oído
- Tiene fiebre
- No escucha muy bien
- Puede salir pus del oído del niño
- Puede provocar meningitis (Infección de las membranas que cubren al cerebro y a la médula espinal)

La meningitis puede causar problemas graves en la salud del niño como por ejemplo daño del cerebro, sordera, epilepsia (convulsiones recurrentes).

¿CÓMO RECONOCE SI SU NIÑO TIENE MENINGITIS?

- Cuando tiene fiebre alta
- Cuando tiene la nuca dura
- Cuando tiene dolor de cabeza
- Cuando está débil o se ha desmayado



¿QUÉ HACER?

- Continuar dando el seno
- Si el oído tiene pus, secarlo con una tela limpia por lo menos 3 veces al día o las veces que sea necesario
- Eliminar todos los ruidos que le provoquen dolor de cabeza
- Acudir inmediatamente a la unidad de salud más cercana

¿QUÉ NO HACER CUANDO SU NIÑO TIENE PROBLEMAS DE OÍDO?

- Dejar de dar el seno
- Meter en el oído líquidos o aceites
- Ir a la piscina o al río
- Lavar el oído del niño
- Dar medicamentos sin consultar al médico



Si el niño continúa con pus en el oído por más de 5 días, tiene dolor de cabeza y la nuca está dura acudir de inmediato a una unidad de salud.

PROBLEMAS DEL OÍDO / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

21

PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA FAMILIA

Estas recomendaciones servirán para que su niño crezca saludable, por lo tanto es importante que la familia, pero sobretodo la madre las tome en cuenta:

PRÁCTICAS PARA EL CRECIMIENTO FÍSICO Y EL DESARROLLO MENTAL DEL NIÑO

- 1 Amamantar a los lactantes exclusivamente los cuatro meses y, si fuera posible, hasta seis meses.



A partir de los seis meses de edad, dar a los niños alimentos complementarios, recién preparados como frutas, coladas de frutas.

2



- 3 Estimular al niño respondiendo a sus necesidades de afecto, conversando y jugando.

22

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / PRÁCTICAS PARA LA FAMILIA

PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

- 1 Llevar a los niños a vacunarlos



Eliminar las heces, incluidas las heces de los niños, de manera segura y lavarse las manos después de la defecación, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a los niños.

2



PRÁCTICAS PARA LA FAMILIA / CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI

23

PRÁCTICAS PARA LA ASISTENCIA DOMICILIARIA APROPIADA

- 1 Alimentar con más líquidos cuando estén enfermos



Dar a los niños enfermos el tratamiento apropiado en casa.

2

- 3 Tomar medidas apropiadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.



24

CUIDADO PARA LOS NIÑOS ESTRATEGIA AIEPI / PRÁCTICAS PARA LA FAMILIA

4

Evitar el maltrato y el descuido de los menores.



Compartir con el padre el cuidado de los niños

5

PRÁCTICAS PARA BUSCAR ATENCIÓN FUERA DEL HOGAR



Reconocer los signos de peligro.
Buscar ayuda oportuna

1

2

Seguir los consejos del trabajador de salud.



“No basta amar a los niños, es preciso que ellos se den cuenta que son amados.”



nsarmientos@puce.edu.ec

ANEXO II

MANUAL EN QUECHUA



KALLARIY

Kay killkashkaka ayllukunapakmi kan; shinapash, kayka mamakunapakmi astawan allí kan, paykunami manarak pichika (5) watata charik wawakunata rikunami kankuna, mamakunaka ayllupa, ayllullaktapa kawsaypi wawakunata mitsenkapak ayllukunapa, ayllullaktakunapa allikaylla yachayruraykunata rurana kankuna.

Ayllukunaka wawakuna ama unkuchun, imatapash, kamupi nishkakunata rurana kankuna; wawakuna unkushka karpika, wasipi paykunata alli rikuna kankuna; unkukrikuk wawakunata rikushpaka, utya, utya hampichichun hampikwasipi yanapayta maskana kankuna.

Kay killkashkaka imashina wawakunapa kawsay chikipi kan, ninpash; wawakunaka allí rikuykunawan mana unkunkakunachu, nimpashmi; shinallatak, wawakunapa unkuykunata ama anchayachichun, imatatak rurana kan, nin.

CHIKI UNANCHAKUNA

Kikinpa wawa kawsay chikipi karpika, kikinpa wakín willa-chik unanchakunata rikunata yachana kanki. Shina:

- Mana chuchunatachu ushan
- Tukuy mikushkata kuynan (shunkutikran)
- Kawchurin "Tukuy aycha chukchuy"
- Wañushka shnami kan, yuyayta chinkashka

Hawapi nishkakunata rikushpaka kikinpa wawata hampik-wasiman pushana kanki.



KALLARIY

1

2

CHIKI UNANCHAKUNA

KICHA

¿IMATAK KAN?

Shuk wawa punchapi kimsa (3) ashtawanpash kutikuna yakushina ismashpeka, payka kichata charin



¿KIKINPA WAWA KICHATA CHARISHPAKA, IMATAK TUKUN?

- Wawataka mana mikunayanachu (mana yarikaywanchu kan)
- Wiksa nanayta charin
- Wawataka achka kutikunatami ismanayan
- Aychaka yakuyashkakunata chinkan (yakuchinkay)

Aychayakuchinkay

Aychapi yakuyashkakuna chinkayka ancha chikisapami kan, kikinpa wawaka wañunata ushan.

¿KIKINPA WAWA AYCHAPI YAKUYASHKAKUNATA CHINKAK-PIKA, CHAYTAKA IMASHINATAK RIKUNKI?

- Mana wikikunawan wakashpa
- Ñawikuna uku ukupi kashpa
- Shimpash, kallupash chakishka kashpa (mana tukawan)
- Anchayaywan yakuta upyashpa



KICHA

3

4

AYCHAYAKUCHINKAY

¿IMATATAK RURANA?

- Ashtaka kutikunatami chuchuchina
- Achka yakuyashkakunatami karana
- Mikuchishpa katina
- Wawata mikuchinkapakka makikunata mayllana kan
- Wasipi rurashka suero oral nishkata karana (uchilla tsunk-aykuna)
- Wawa kuynakpika, chunka (10) chiniku (minuto nishka) kipami wasipi rurashka suero oral nishkata karana.

WASIPI RURASHKA SUERO ORAL NISHKATAKA IMASHINATAK RURANA KAN

- Suero oral nishkata rurankapakka makikunata mayllana kan.
- Shuk mankapi chusku (4) yaku shillata (pilchita) churanapash, timpuchinapashmi
- Chiri timpuchishka yakupi pusak (8) mishkikuta wishillakunata, shuk kachi wishillakuta, asha bicarbonato nishkata churana kan.
- Suero nishkataka chapuchina, mankata killpanapash

WASIPI RURASHKA SUERO ORAL NISHKATAKA IMASHINATAK RURANA KAN

5

lavarse las manos



colocar 4 tazas de agua en una olla



dejar hervir



En el agua hervida fría colocar



Mezclar el suero y hacer le olo



RIKUY: Kay allichishka upyayka shuk punchallapakmi kan.(24 pachakuna). Wawa mana tukuy wasipi rurashka suero nishkata upyakpika, shukta rurankapak, shitana kan.

¿WAWA KICHAWAN KAKPIKA IMATATAK AMA RURANA KAN?

- Mana chuchuchina
- Wawaman esha yakuyashkata karana
- Manarak hampikrunata tapushpa hambiykunata karana

NO



Ishkay (2) pucha kipa wawa kichawan katikpika, paypa ismapi yawar rikurikpi, utya, utya hampikwasiman payta pushay.

6

KIQA

RUPARIKUNKUY

¿IMATAK KAN?

Aycha rupay mirariymi kan, fawka unkuynunapi rikunata usharinpash. Rupayta rikushpa wawata llankakpika, payka ruparikunkuyta, yapakunuktapash charinmi.



¿KIKINPA WAWA RUPARIKUNKUYTA CHARISHPAKA, IMATAK TUKUN?

- Tukuy aycha naneyta charin
- Ñawikunaka wakeysapami kan
- Mana yarikayta charinchu
- Yakunayayta charin
- Tukuy aycha chukchuyta charina tukun (kawchuriykuna)

RUPARIKUNKUY

7

Ruparikunkuy ancha kakpika, wawaka tukuy aycha chukchuyta charinata ushan (kawchuriykuna), kayka, wawataka paypa umañuktu wiñaypi, aycha kuyuypipash ancha waklichiykunawansakinata ushan.



8

RUPARIKUNKUY

¿IMATATAK RURANA?

- Pankalla churanakunata payta churachina kan
- Kunuklla yakupi shutuchishka pintuan armachinami (hukurak pintuan tukuy aychata kakuna)
- Matipi, supakukurapi (kashukkunapi), wiksapi, pakakunapipash kunuklla yakupi shutuchishka pintuta churaryanami
- Achka yakuyashkakunata upyachina

¿KIKINPA WAWA RUPARIKUNKUYTA CHARIKPIKA IMATATAK AMA RURANA?

- Mana chuchuchina
- Wawaman asha, nima yakuyashkata karana
- Wawaman kunuk churanakunata churachina
- Wawa aychapi alcohol nishkata churana
- Manarak hambikrunata tapushpa hampikunata karana

RUPARIKUNKUY

9

Wawa Ishkay (2) ashtawanpash punchakuna ruparikunkuywan katikpika, mana kashpaka, kunkawashapi sinchiyashkata charikpika, utya utya hampikwasiman rina kanki.



10

RUPARIKUNKUY

UHUY, MANA SHINAKA, LUMARISU

¿IMATAK KAN?

Shuk wawa uhushpaka, uhuyta charin; kutin kutin achiknishpa, "kuñakuna" sinka yakuta shina charishpaka, lumarisuta charinmi



¿KIKINPA WAWA UHUYTA, MANA SHINAKA, LUMARISUTA CHARISHPAKA, IMATAK TUKUN?

- Uhuryanmi
- Sinka yaku shina, achka kuñakunata charin
- Harkashka sinkatami charin
- Samayta hapinkapak harkaykunata charin

UHUY, MANA SHINAKA, LUMARISU

11

¿IMATATAK RURANA?

- Mama chuchuta karana
- Achka yakuyashkakunata (upyaykuna) karana
- Sinkata pichana kan (hukushka utku chilpikunawan pichana)
- Ruparikunkuyta charikpika, ñawpa nishkakuna shina hampichina kan
- Chuspi mishkiwan mishkiyachishka manzanilla yakuta karana; mana kashpaka, chuspi mishkiwan limonwanpash rabano yakuyachishkata karana

¿KIKINPA WAWA UHUYTA, LUMARISTA CHARIKPIKA, IMATAK AMA RURANA?

- Mana chuchuta karana
- Wawaman asha yakuyashkata (upyay) karana
- Wawaman sinkata mana pichana
- Manarak hampikrunata tapushpa hampikunata karana



Wawa pichika (5) ashtawanpash punchakunata uhuywan, lumariswanpash unkushka katikpi; shinallatak, kikinpa wawa shoykushka shina samayta hapikukta rikushpaka, utya utya hampikwasiman riy

12

UHUY, MANA SHINAKA, LUMARISU

IRKIYAY

¿IMATAK KAN?

Mikuykunaka energía, proteínas, vitaminas y minerales nishkakunata charina kan, kaykunawan wawaka punchapi mikuy mutsushkakunata allikachin, mana kaykunata mikushpaka irkiyaytami charin.



IRKIYAY 13

¿KIKINPA WAWA IRKIYAYWAN KASHPAKA IMATAK TUKUN?

- Umamuyuykunata charin
- Utya utya shaykurin, puñunayanllami.
- Lakillami kan
- Unkuryan (lumaris – kicha)
- Irkimi kan
- Tsalayan (ñañu, chusu)
- Yawarunkuyta charin (hierro nishka illan)



14 IRKIYAY

YAWARUNKUY

¿IMATAK KAN?

Anemia nishkaka hillay (hierro) illaymanta yawarunkuymi kan, chaymanta aychaka manalli yewarkallpayta charin, shina wawaka puncha runaykunata rurankapakka mana sinchichu kan

KIKINPA WAWAKA IMAHAYKAPITAK (IMAWRATAK YAWARUNKUYTA (ANEMIA) CHARIN

- Yuraklla maki pampakunatapash shimikarakunatapash charin
- Paypa makikunapash chakikunapash wiñaymi chiri kankuna
- Umamuyuyta charin.
- Achkatami puñunayan
- Yachanasipi unkuymanta yachachishkata manalli yachanchu



YAWARUNKUY 15

¿IMATATAK RURANA?

- Achka kutinkunami chuchuta kaarana
- Wawa supta (6) killa ashtawan hatun kakkpa, chuchutapash paktachiy mikunakunatapash karana
- Wawa mikuchun yanapana
- Aklashka mikunakunata karana

Δ Ñuñumanta mikunakunata (ñañu (lichi), makinchu (quisu), yogurt nishka)

Δ Aychakunata, yuyukuna-murukunata, lulunkunatapash (atallpa, kuchi, challwa, alvis, purutu)

Δ Muiyukunatapash mikunakiwakuna-murukunatapash (manzana, pera, tomate, lechuga nishkakuna)

Δ Akukunata murukunatapash (waña, sara, avena, cebada, tanta, galletas nishka)

Δ Wirakuna, mishkikutakuna (yakuwira, wira, kanpikuta (chocolate), mishkikuta, hillumikunakuna, ashtawanpash)

Alimentación equilibrada



16 YAWARUNKUY

- Hillay (hierro) cherik mikunakunata karana (Tukuy waylla alpa mikunakunaka hillayta charin)

Δ Atallpa yanashunku, wakra, wawawakra, astawanpash.

Δ Puka aychakuna, wawawakra, pawshi, kuchipash astawan allí kan.

Δ Lulunkuna

Δ Purutu, raku alvis, alvis (wisya), lenteja, soya, habaspash.

Δ Nueces, pasas, ciruelas pasas, girasol muyukuna nishkakuna

Δ Espinaka, col, espárragos, brócoli, acelga, alfalfa nishkakuna

Δ Avena, cebada (akapi), arrus (llaru), waña (trigo) nishkakuna

Rikuy: Vitamina C nishkawan kay mikunakunataka karana (limón, naranja, pimientos, rabanos nishkakuna)

Alimentos ricos en hierro



YAWARINKUY 17

¿KIKINPA WAWA IRKIYAKUKPIKA, IMATATAK AMA RURANA?

- Mana munashka mikunakunata wawata mikuchina
- Kikinpa wawapa mikuyta mikuna
- Mana mikushkamanta payta makana, kaparinapsh.
- Yachanasipi manalli yachashkamanta payta makana



Wawa mikuchiypi pichika (5) ashtawanpash punchakunata lla-kikuna tiyakpika utya utya hampikwasiman rina

18 YAWARINKUY

RINRI LLAKIKUNA

¿IMATAK KAN?

Shuk wawa rinriwupi tantashka kiyata (kiyayashka rinri) charikpika, rinri llakikunatami charin. Kayka nanaytapash, ruparikunkuytami kun



¿KIKINPA WAWA RINRI LLAKIKUNATA CHARISH-PAKA IMATAK TUKUN?

- Rinri nanayta charin
- Ruparikunkuyta charin
- Mana allipacha uyanchu
- Wawa rinrimanta kiyata
- Ilukshinata ushan
- Meningitis unkuyla charinatata ushan (umañuktupa, washatulluñuktupapash pilluk aychallikakuna kiyayaymi)

RINRI LLAKIKUNA 19

Meningitis nishkaka wawa allikaypy ancha unkuynakunata rurana ushan, shina: Umañuktu wakllichiy, manawayay, hura (kutin kutin kawchuriykuna)

¿KIKINPA WAWA MENINGITIS NISHKATA CHARIKPIKA, IMASHINATAK YACHANKI?

- Hatun ruparikunkuyta charishkamanta
- Sinchi kunkawashata charishkamanta
- Umananayta charishkamanta
- Irki kakpi, mana shinkashka, shinkashka (wañushka shina) kashkamanta



20 RINRI LLAKIKUNA

¿ IMATATAK RURANA?

- Chuchuchishpa katina
- Rinri kiyata charikpika, punchapi shuk chuya llikawan kimsa (3) kutinmi, mashna kashpash, chakichina
- Umata nanachikuk tukuy uyarikunata (wakaykunata) chinkachina.
- Kuchupi tiyakuk hampikwasiman utya utya rinami

¿KIKINPA WAWA RINRI LLAKITA CHARIKPI, IMATATAK AMA RURANA?

- Mana chuchuchina
- Rinriwupi yakukunata, yakuwirakunata satina.
- Wampunayakumar, mana shinaka, hetunyakuman rina
- Wawa rinrita mayllana
- Manarak hampikrunata tapushpa, hampiykunata karana



Wawa pichika (5) ashtawanpash punchakunata uma nanayta charikpika umawasha sinchi karpika utya utya hampikwasiman riy

RINRI LLAKIKUNA 21

AYLLUPAK ALLIKAYLLA YACHAYRURAYKUNA

Kay minkaykunaka kikinpa wawa allikaylla wiñachunmi kankakuna, chaymantami aylupash, ashtawanalli mamapash kaykunata yachana kankuna

WAWA AYCHA WIÑAIIPAK, UMAÑUKTU WIÑAYPAKASH YACHAYRURAYKUNA

- 1 Chuchuchikukunata chusku (4) killakamanlla, ushash-paka sukta (6) killakaman chuchuchina



Sukta (6) killakunamanta wawakunaman, chayrak rurashka, pak'achiy mikuykunata karana: shina: muyukunata, huchukunatapash (muyukuna mishki apikunata)

2



3 Wawaman kuyay mutsykunata kushpa, partashpa, pu'llashpash yanapana

22 AYLLUPAK ALLIKAYLLA YACHAYRURAYKUNA

AMA UNKUYKUNATA HAPICHUN YACHAYRURAYKUNA

- 1 Hampita fuchsichichun wawakunata opana



Ismata, wawakuna ismatapash allf pichashpa chinkachina: ismashka kipa, manarak mikunata rurashpa, manarak wawakunata mikuchishpash makikunata mayllana

2



AYLLUPAK ALLIKAYLLA YACHAYRURAYKUNA 23

WASIPI ALLÍ YANAPAYTA KUNKAPAK YACHAYRURAYKUNA

- 1 Unkushkakuna karpika ashtawan yakuyashkakunawan mikuchina



Wasiipi unkushka wawakunaman allipacha hampinata kuna

2

- 3 Wawakunapi kirikunata (lesiones), rikaykunata (accidentes) musyankapak, rikuryankapakash ashtawanalli imakunata hapina



24 AYLLUPAK ALLIKAYLLA YACHAYRURAYKUNA

4 Uchillakuna millaymakayta, kunkayta-pash harkachina



Wewakuna kamayta yoyantin rurankuna

5

KAWSANAWASI KANCHAPI YANAPAYTA MASKANKAPAK YACHAYRURAYKUNA



1 Millaypacha (chiki) unanchakunata rikunata yachana. Munakushka yanapayta maskana

1

2 Allikay llamkatpa kunaykunata (nishkakunata) katina



AYLLUPAK ALLIBAYLLA YACHAYRURAYKUNA

25

“No basta amar a los niños, es preciso que ellos se den cuenta que son amados.”



nsarmientos@puce.edu.ec

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

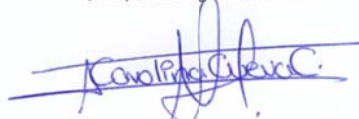
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **ANDREA CAROLINA CUEVA CAMPOVERDE**, C.I. 171466181-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **"Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas (CAP) de las Medidas Preventivas de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de las Mujeres de la Comunidad Primavera Uksha, perteneciente a la Provincia de Imbabura, durante el periodo Marzo a Agosto 2010"**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 30 de agosto de 2011



Andrea Carolina Cueva Campo Verde
C.I. 171466181-4